



## **Voorlegger rapport SiRM – Onderzoek naar versnelde opname passende zorg in de risicoverevening**

In opdracht van Zorginstituut Nederland heeft onderzoeksbureau SiRM onderzoek uitgevoerd naar de versnelde opname van innovatieve en passende zorg in de risicoverevening. Het doel is belemmerende prikkels te verminderen bij zorgverzekeraars voor de inkoop van passende zorg. In dit rapport geven we toelichting op de onderzoeksresultaten en leggen we uit welke stappen het Zorginstituut neemt om passende zorg te stimuleren.

**Zorginstituut Nederland**  
Fondsen & Informatie-  
management  
Data & Zorgfinanciering

Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[info@zinl.nl](mailto:info@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 85 55

### **Aanleiding: Risicoverevening geeft belemmerende prikkel aan zorgverzekeraars bij inkopen van passende zorg**

Passende zorg staat centraal in de transitie naar toekomstbestendige zorg. Maar de huidige vormgeving van de risicoverevening geeft zorgverzekeraars een belemmerende prikkel om passende zorg in te zetten. Omdat risicoverevening er toe kan leiden dat zorgverzekeraars een slechter financieel resultaat halen bij de inzet van passende zorg. Ook staat het huidige systeem van risicoverevening vernieuwende bekostigingsmogelijkheden in de weg. Dit leidt ertoe dat noodzakelijke zorginnovaties minder snel worden opgenomen in het vereveningssysteem. Aanpassing van de risicoverevening kan een bijdrage leveren om belemmerende prikkels weg te nemen.

Een mogelijke oplossingsrichting is de versnelde opname van nieuwe behandelvormen in de risicoverevening. Het Zorginstituut voert jaarlijks regulier onderhoud uit aan de risicoverevening, waarin wij beoordelen of er eventuele wijzigingen in behandelingen, middelen of registraties gevolgen hebben voor de risicoverevening. In het onderzoek van SiRM is gekeken naar wat het Zorginstituut in zijn reguliere werkwijze kan aanpassen om passende en innovatieve zorg sneller in het risicovereveningsmodel op te nemen.

### **Samenvatting: alternatieve oplossingen nodig naast wijziging in het reguliere onderhoud van het Zorginstituut**

Uit het onderzoek van SiRM blijkt dat de mogelijkheden beperkt zijn om via aanpassingen in het reguliere onderhoud te zorgen voor versnelde opname van passende en innovatieve zorg. De onderzoekers van SiRM hebben een aantal adviezen gegeven. We lichten toe waarmee het Zorginstituut aan de slag gaat om via de risicoverevening de beweging naar passende zorg te ondersteunen en faciliteren.

### **Het Zorginstituut past zijn werkwijze aan bij regulier onderhoud om innovatieve zorg versneld op te nemen**

Uit het onderzoek bleek dat alleen voor innovatieve zorg mogelijkheden bestaan om de zorg versneld op te nemen en de belemmerende prikkels deels weg te nemen. Dit heeft geleid tot een advies aan het Zorginstituut om de huidige werkwijze aan te passen. Wij hebben dit advies overgenomen en de nieuwe werkwijze geïmplementeerd.

### **Alternatieve oplossingen nodig voor de versnelde opname van passende zorg in de risicoverevening**

Voor passende zorg concludeerde SiRM dat het regulier onderhoud niet het juiste instrument is om belemmerende prikkels weg te nemen die zorgverzekeraars ervaren. Het Zorginstituut adviseert daarom het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om vervolgstappen te nemen om de belemmeringen weg te nemen. Het gaat in dit geval om belemmeringen die niet via de reguliere werkzaamheden van het Zorginstituut kunnen worden opgelost.

**Zorginstituut Nederland**  
Fondsen & Informatie-  
management  
Data & Zorgfinanciering

**Datum**  
24 juni 2024

### **Het Zorginstituut gaat vervolgonderzoek doen naar aandoeningsgerichte verevening**

Het Zorginstituut gaat onderzoek doen naar het stimuleren van passende zorg via aandoeningsgerichte verevening. In dit onderzoek concentreren we ons op 2 kwetsbare doelgroepen: mensen met kanker en mensen met hart- en vaatziekten. In het onderzoek wordt de aandoening als uitgangspunt gebruikt in de verevening van zorgkosten. De negatieve prikkel die zorgverzekeraars ervaren bij het voorkomen van zwaardere zorg wordt dan mogelijk verminderd. Daarnaast kan een systeem op basis van aandoeningen beter omgaan met verschillende bekostigingsvormen. Zo ontstaat een situatie dat het risicovereveningsmodel zich echt richt op gezondheidsverschillen in plaats van verschillen in zorgconsumptie.



# > Passende zorg in regulier onderhoud

Onderzoek naar versnelde opname  
passende zorg in de risicoverevening

November 2023

**SiRM.** Strategies  
in Regulated  
Markets

# Colofon

## Projectteam

Michiel van der Gaag, Jan-Peter Heida

Projectleider: Emma Brocken – [emma.brocken@sirm.nl](mailto:emma.brocken@sirm.nl)

## Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Passende zorg in regulier onderhoud - Onderzoek naar versnelde opname passende zorg in de risicoverevening, November 2023.

## Opdrachtgever

Zorginstituut Nederland

## Foto voorblad

Frank Muller

ANP

# Managementsamenvatting

Passende zorg staat centraal in de transitie naar toekomstbestendige zorg. Uit onderzoek<sup>1</sup> blijkt dat de risicoverevening kan leiden tot een slechter financieel resultaat voor zorgverzekeraar(s) bij inzet van meer passende zorg. Versnelde toelating van nieuwe behandelvormen tot de verevening werd genoemd als een van de oplossingsrichtingen. Zorginstituut Nederland (ZIN) gaf SiRM opdracht om te onderzoeken of (versnelde) opname van passende en innovatieve zorg via het regulier onderhoud mogelijk en wenselijk is. We onderzochten vier vereveningskenmerken binnen het somatische model: farmacie kostengroepen (FKG), diagnose kostengroepen (DKG), fysiotherapie diagnosegroepen (FDG) en hulpmiddelen kostengroepen (HKG).

Er bestaan vijf mogelijke belemmeringen voor passende of innovatieve zorg in de risicoverevening:

- a Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd;
- b Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel;
- c Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicoverevening;
- d Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit.
- e Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel.

Voor iedere belemmering onderzochten we twee voorbeelden:

Tabel 1. Zes van de tien voorbeelden resulteerden in zowel onder- als bovengrens in een negatief vereveningsresultaat (rood), één voorbeeld alleen in de ondergrens (geel)

Belemmering	Nr	Voorbeeld	Korte toelichting
A	1	COPD	Intensieve begeleiding bij stoppen met roken voorkomt exacerbaties.
	2	Osteoporose	Preventieve zorg na eerdere botbreuk voorkomt nieuwe fracturen.
B	3	Pijn op de borst	Substitutie tweede naar eerste lijn: van cardioloog naar huisarts.
	4	Diagnostiek PAV	Substitutie tweede naar eerste lijn: diagnostiek zonder tussenkomst vaatspecialist.
C	5	ADZ – ParkinsonNet	Betaaltitel (via ADZ-regeling ) voor sectoroverstijgende zorg voor Parkinson.
	6	IBD - Telemonitoring	Systematisch delen gezondheidsgegevens voorkomt ziekenhuiszorg.
D	7	ICD	Verscherping indicatiestelling leidt tot minder plaatsingen van ICD's.
	8	Astma (SABA)	Dagelijks ICS-gebruik leidt tot verminderd SABA-(over)gebruik.
E	9	CAR-T	Geneesmiddelen die via de sluis het basispakket instromen, en na een periode onder de vaste kosten over gaan naar variabele kosten, zijn de eerste twee risicodragende jaren nog niet verwerkt in de risicoverevening.
	10	SMA	

We concluderen dat voor ieder type belemmering voor minimaal een van de twee voorbeelden een belemmerende prikkel in de risicoverevening bestaat. Er is sprake van een belemmerende

<sup>1</sup> [APE Significant en Rebel – Risicoverevening & passende zorg](#)

prikkel als het risicovereveningsresultaat daalt bij inzet van passende/innovatieve zorg voor de betreffende patiëntgroep. Het risicovereveningsresultaat is gelijk aan de risicovereveningsbijdrage minus de kosten. Zes van de tien voorbeelden, verspreid over alle vijf de belemmeringen, resulteren zowel in de ondergrens als in de bovengrens in een negatief vereveningsresultaat. Voor ieder voorbeeld bepaalden we, indien mogelijk, een onder- en bovengrens van het vereveningsresultaat. Dit deden we door (onzekere) aannames aan te passen. Eén voorbeeld resulteert alleen in de ondergrens in een negatief vereveningsresultaat. De prikkels kunnen de gewenste beweging naar passende zorg in de weg staan en dat maakt het relevant om te onderzoeken of (versnelde) opname van passende en innovatieve zorg in de risicoverevening mogelijk is.

Uit het onderzoek volgen twee aanpassingen om innovatieve zorg versneld op te nemen via het regulier onderhoud en belemmerende prikkels voor innovatieve zorg deels weg te nemen:

- 1 FKG-kenmerk:** we adviseren om innovatieve geneesmiddelen versneld op te nemen in het FKG-kenmerk door middelen en indicaties die vanuit het basispakket vergoed worden in jaar t-2 en in jaar t overgaan van de vaste naar variabele kosten voor het eerst te verwerken in het regulier onderhoud voor jaar t. Hierdoor worden risicodragende ex-sluit geneesmiddelen twee jaar eerder verevend.
- 2 FKG- en HKG-kenmerk:** we adviseren nader onderzoek te doen naar het met terugwerkende kracht indelen van nieuwe declaratiecodes voor het FKG- en HKG-kenmerk. Door nieuwe declaratiecodes in het regulier onderhoud voor vereveningsjaar t+1 met terugwerkende kracht in te delen voor vereveningsjaar t worden nieuwe declaratiecodes één jaar eerder verevend dan in de huidige werkwijze. Onderzoek dient inzicht te geven in de effecten als gevolg van criteriumneutraliteit en de mogelijkheden binnen huidige wet- en regelgeving.

We concluderen dat het regulier onderhoud niet het juiste instrument is voor (versnelde) opname van passende zorg. In het regulier onderhoud kan ZIN alleen declaratiecodes toevoegen of verwijderen voor bestaande risicoklassen. We vonden geen mogelijkheden voor (versnelde) opname, en daarmee het wegnemen van belemmerende prikkels, van passende zorg in de risicoverevening via het regulier onderhoud. We vonden wel andere oplossingen binnen de risicoverevening die verder onderzocht kunnen worden. Dit gaat om onderzoek naar nieuwe vereveningskenmerken (bijvoorbeeld voor preventieve zorg) of onderzoek naar aangepaste vormgeving van vereveningskenmerken in het groot onderhoud (bijvoorbeeld indeling van overige zorgproducten in het DKG-kenmerk). Daarnaast zou onderzocht kunnen worden of de beweging naar passende zorg buiten de risicoverevening om gestimuleerd kan worden.

# Inhoud

<b>Colofon</b>	<b>1</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>2</b>
<b>1 Aanleiding en conclusie</b>	<b>6</b>
1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM	6
1.2 Jaarlijkse uitvoering regulier onderhoud door ZIN	7
1.3 Passende en innovatieve zorg	9
1.4 Aanpak en reikwijdte van het traject	10
<b>2 Risicoverevening bevat belemmerende prikkel passende zorg</b>	<b>11</b>
2.1 Er bestaan vijf mogelijke belemmeringen voor passende of innovatieve zorg in de risicoverevening	11
2.2 Voor ieder type belemmering bestaat voor ten minste een voorbeeld een belemmerende prikkel in de risicoverevening	14
<b>3 Versnelde opname innovatieve zorg deels mogelijk via regulier onderhoud</b>	<b>18</b>
3.1 Versnelde opname van geneesmiddelen mogelijk door eerdere verwerking in regulier onderhoud FKG	18
3.2 Versnelde opname van nieuwe declaratiecodes wellicht mogelijk voor FKG en HKG, verder onderzoek nodig	22
3.3 Voor overige innovatieve zorg vonden we geen oplossingen voor versnelde opname binnen het regulier onderhoud	25
<b>4 (Versnelde) opname passende zorg niet mogelijk via regulier onderhoud</b>	<b>28</b>
4.1 De mogelijkheden van het regulier onderhoud, namelijk het toevoegen en verwijderen van codes, zijn beperkt	28
4.2 Regulier onderhoud lijkt door beperkte mogelijkheden niet juiste instrument voor (versnelde) opname passende zorg	29
4.3 Buiten het regulier onderhoud zijn er mogelijk wel oplossingen voor (versnelde) opname passende zorg	31
<b>Bijlage 1. Selectie van voorbeelden van passende en innovatieve zorg</b>	<b>35</b>
Het opstellen van een longlist met voorbeelden van passende en innovatieve zorg	35
Van longlist naar shortlist	37
<b>Bijlage 2. Deelnemers begeleidingscommissie</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 3. Analyse per voorbeeld van innovatieve of passende zorg</b>	<b>42</b>

Blauwdruk van analyses	42
Opmerkingen vooraf	44
COPD: begeleiding bij stoppen met roken	45
Osteoporose: voorkomen van fractures	50
Pijn op de borst: substitutie naar de eerste lijn	57
Diagnostiek perifeer arterieel vaatlijden: substitutie naar eerste lijn	61
ADZ – ParkinsonNet	65
IBD: telemonitoring	68
ICD: verbetering indicatiestelling plaatsing en vervanging	73
Astma: voorkomen van SABA-overbehandeling	78
Kanker: CAR-T-celtherapie	82
SMA: weesgeneesmiddelen	87



# I Aanleiding en conclusie

## 1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM

Passende zorg is in 2020 geïntroduceerd door Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en staat centraal in de transitie naar toekomstbestendige zorg. Het is verankerd in het recentste coalitieakkoord<sup>2</sup> en het Integraal Zorgakkoord (IZA)<sup>3</sup>. Om deze transitie te faciliteren onderzocht ZIN in 2022 de werking van de risicoverevening bij de ontwikkeling van meer passende zorg<sup>4</sup>. Hieruit bleek dat de risicoverevening kan leiden tot een negatief financieel resultaat voor de zorgverzekeraar(s) bij inzet van meer passende zorg. Wanneer een zorgverzekeraar minder compensatie ontvangt vanuit de risicoverevening bij inzet op meer passende zorg kan de risicoverevening, afhankelijk van of de zorgverzekeraar zijn gedrag hierop aanpast, de beweging naar passende zorg belemmeren.

In het onderzoek van ZIN werd een doorontwikkeling van het huidige vereveningsproces, bijvoorbeeld door versnelling van het toelatingsproces van nieuwe behandelvormen tot de verevening, genoemd als één van de mogelijke oplossingsrichtingen.<sup>4</sup> Deze oplossingsrichting is ook interessant voor (passende) innovatieve zorg, of dat nu bestaande zorg vervangt of nieuwe behandelingen introduceert. ZIN gaf opdracht aan SiRM om te onderzoeken of (versnelde) opname van passende en innovatieve zorg via het regulier onderhoud mogelijk is. De vervolgvraag hierop is of deze oplossingsrichting de belemmerende prikkel in de risicoverevening wegneemt.

Met dit onderzoek brengen we mogelijkheden voor (versnelde) opname van passende en innovatieve zorg via het reguliere onderhoud in kaart. In het onderzoek beantwoorden we de volgende deelvragen:

- 1 Welke innovatieve en passende zorg komt in aanmerking om versneld opgenomen te worden, en zijn geschikt om mee te nemen in het onderzoek?
- 2 Wat is de patiënten doelgroep waarvoor de zorg ingezet kan worden, en wat is de alternatieve behandeling voor deze doelgroep?
- 3 Hoe landt de innovatieve/passende zorg en het alternatief nu in de risicoverevening?
- 4 Hoe kan de innovatieve/passende zorg (versneld) opgenomen worden in risicoverevening? Indien niet-passende ('oude') zorg in de risicoverevening zit: hoe kan dat worden aangepast?
- 5 Welke ongewenste effecten kan opname in, en in het geval van passende zorg ook verwijderen uit, de risicoverevening mogelijk hebben?
- 6 Is er een structurele werkwijze mogelijk om in het reguliere onderhoud zo snel mogelijk innovatieve/passende zorg op te nemen in de risicoverevening?

---

<sup>2</sup> [Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst'](#)

<sup>3</sup> [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'](#)

<sup>4</sup> [APE Significant en Rebel – Risicoverevening & passende zorg. Onderzoek naar de mogelijk belemmerende werking van de risicoverevening bij de ontwikkeling van meer passende zorg](#)

In het rapport lichten we de methodiek en resultaten van het onderzoek toe en adviseren we over aanpassingen van het regulier onderhoud.

## 1.2 Jaarlijkse uitvoering regulier onderhoud door ZIN

Zorgverzekeraars ontvangen compensatie voor hun voorspelbare kosten vanuit het risicovereveningssysteem. Ze ontvangen deze compensatie in de vorm van een risicovereveningsbijdrage (hierna: vereveningsbijdrage) op basis van verschillende kenmerken van hun verzekerdenpopulatie zoals leeftijd, geslacht en gebruik van gezondheidszorg in het verleden. Het risicovereveningssysteem bestaat omdat zorgverzekeraars zonder de compensatie voordeel of nadeel ervaren van het risicoprofiel van hun verzekerdenpopulatie. Vanwege de acceptatieplicht van verzekerden voor de basiszorgverzekering hebben zij tegelijkertijd (theoretisch) geen invloed op datzelfde risicoprofiel. Het doel van het risicovereveningssysteem is drieledig: wegnemen van prikkels voor risicoselectie, creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en bevorderen van doelmatigheid.<sup>5</sup>

We onderzochten mogelijke aanpassingen van de werkwijze van het regulier onderhoud voor de kenmerken Farmaciekostengroepen (FKG), Diagnosekostengroepen (DKG), Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG), en Hulpmiddelenkostengroepen (HKG). Het FKG-kenmerk bevat verschillende klassen welke refereren naar chronische aandoeningen. Een verzekerde valt in een FKG als in een voorafgaand kalenderjaar meer dan de vooraf bepaalde hoeveelheid van dat geneesmiddel is voorgeschreven. Binnen het FKG-kenmerk bestaan extreem hoge kostenclusters (EHK's). De extreem hoge kostenclusters zijn FKG-klassen met als doel het gebruik van extreem dure geneesmiddelen te verevenen.<sup>6</sup> Het HKG-kenmerk is gebaseerd op het gebruik van hulpmiddelen in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar, die duiden op chronische aandoeningen. Het DKG-kenmerk in het somatische model is gebaseerd op de clustering van diagnoses op basis van diagnoses in de medisch specialistische zorg (msz) op basis van declaraties uit het voorafgaande kalenderjaar. De FDG-klassen zijn gebaseerd op de clustering van (fysiotherapeutische) diagnoses op basis van de declaraties uit het voorafgaande kalenderjaar.<sup>7</sup> Zowel voor het DKG-kenmerk als het FDG-kenmerk vindt de clustering van diagnoses plaats op basis van meerkosten, dit is het verschil tussen de werkelijke zorgkosten en voorspelde zorgkosten. Hiermee verschilt deze clustering van de clustering voor het FKG- en HKG-kenmerk die op zorginhoudelijke gronden gebeurt.

Naast onderzoek naar nieuwe vereveningskenmerken en nieuwe schattingsmethoden wordt, om ervoor te zorgen dat de het risicovereveningssysteem actueel blijft en recente ontwikkelingen meeneemt, onderhoud uitgevoerd aan bestaande vereveningskenmerken van het vereveningsmodel. Onderhoud aan bestaande vereveningskenmerken vindt plaats op twee manieren:

- Het groot onderhoud wordt in opdracht van het Ministerie van VWS uitgevoerd door een onderzoeksbureau. Het groot onderhoud bepaalt de vormgeving van een

---

<sup>5</sup> Uitleg over de doelen van het risicovereveningssysteem en verdere informatie het systeem is te vinden in [Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet](#).

<sup>6</sup> [Verantwoording regulier onderhoud extreem hoge kostenclusters \(EHK's\)](#)

<sup>7</sup> [Zorginstituut Nederland – Verantwoording verzekerdenraming 2023](#)

vereveningskenmerk. In het groot onderhoud worden toevoegingen van nieuwe klassen, gebruik van nieuwe brongegevens, en de wijze van indeling onderzocht. Op basis van het groot onderhoud worden nieuwe referentie- en uitvoeringsbestanden gemaakt. Het referentiebestand vertaalt declaratiebestanden naar de indeling van de verzekerden in een vereveningskenmerk.

- Het regulier onderhoud vindt plaats in de jaren dat geen groot onderhoud plaatsvindt en wordt uitgevoerd door ZIN. In het regulier onderhoud past ZIN de referentie- en uitvoeringsbestanden aan op basis van eventuele wijzigingen in de behandelingen, middelen of registratie. ZIN verwerkt deze door te beoordelen of wijzigingen vereist zijn in de indeling van registratiecodes (bijv. ATC-codes voor geneesmiddelen) in de bestaande risicoklassen van het vereveningskenmerk. ZIN past de referentiebestanden voorafgaand aan een modeljaar aan. Om de ex-ante en ex-post situatie zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten stelt ZIN ook een uitvoeringsbestand op. Daarin beschrijft ZIN hoe de referentiebestanden kunnen worden toegepast op het relevante gegevensjaar. Hierin wordt bijvoorbeeld gecorrigeerd voor registratiewijzigingen. In het regulier onderhoud worden geen nieuwe klassen toegevoegd. Wel wordt onderzocht of nieuwe behandelingen of middelen in een bestaande klasse kunnen worden ondergebracht. Bij wijzigingen in de registratie gaat het Zorginstituut na of de nieuwe codes tot indeling in een klasse moeten leiden. In Tabel 2 vatten we de handelingen van het regulier onderhoud samen per relevant kenmerk van het onderzoek.

Tabel 2. De werkwijze in het regulier onderhoud verschilt per onderzocht vereveningskenmerk

Verevenings-kenmerk	Korte omschrijving huidige werkwijze regulier onderhoud ZIN	Voorbeeld
FKG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZIN stelt voor iedere nieuwe werkzame stof vast of deze wel of niet wordt ingedeeld bij bestaande FKG-klassen o.b.v. medisch inhoudelijke toets.</li> <li>• ZIN verwijdert geneesmiddelen die geen verzekerde zorg meer zijn uit indeling.</li> <li>• ZIN verwerkt andere aanpassingen zoals indicatie-uitbreidingen, sluisindicaties, wijzigingen in ATC-codes et cetera.</li> </ul>	Het voorstel van ZIN om in het risicovereveningsmodel van modeljaar 2023 de gewijzigde ATC-code van IMATINIB op te nemen.
DKG	ZIN verwerkt wijzigingen in NZa specialisme-, diagnose- en zorgproductcodes die leiden tot indeling in het DKG-kenmerk.	Het voorstel van ZIN om in het risicovereveningsmodel van modeljaar 2023 de verandering van omschrijving van zorgproduct 099499012 op te nemen.
FDG	ZIN verwerkt nieuwe of veranderde diagnosecodes in het Diagnose Classificatiesysteem Paramedische Hulp	Geen voorgestelde wijzigingen voor risicovereveningsmodel van modeljaar 2023.

	(DCSPH), en voor veranderde Code Soort Indicatie (CSI) paramedische hulp van Vektis.	
HKG	Zorginstituut verwerkt nieuwe, veranderde en vervallen generieke productcode hulpmiddelen (GPH)-codes van Vektis.	Het voorstel van ZIN om in het risicovereveningsmodel van modeljaar 2023 de GPH-code 60603030000 in te delen in de HKG-klasse Orthesen.

### 1.3 Passende en innovatieve zorg

ZIN en de NZa brachten eind 2020 advies uit over het anders organiseren van zorg zodat beschikbaar geld doelmatiger en daarmee beter kan worden besteed<sup>8</sup>. Ze vinden dat passende zorg voortaan het richtsnoer moet zijn voor de samenstelling van het verzekerde pakket, de bekostiging van zorg, het toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en de risicoverevening. Ook het IZA zet volop in op passende zorg<sup>3</sup>. ZIN gaf richting aan wat passende zorg is met het Kader Passende zorg<sup>9</sup>. Hierin omschrijft ZIN de vier principes van passende zorg:

- Passende zorg is waardegedreven;
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand;
- Passende zorg vindt plaats op de juiste plek;
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Onder innovatieve zorg verstaan we nieuwe behandelingen en technieken. We onderzoeken alleen voorbeelden die voldoen aan de stand van wetenschap.

Het valt buiten de reikwijdte van het onderzoek om te bepalen of de onderzochte voorbeelden daadwerkelijk passende zorg zijn. De bronnen die we hanteren om voorbeelden van passende en/of innovatieve zorg te selecteren, zijn:

- Eerdere onderzoeken naar passende zorg en de risicoverevening: onderzoek van APE Significant en Rebel<sup>4</sup> en onderzoek van Gupta Strategists<sup>10</sup>;
- Zinnige Zorg trajecten van ZIN<sup>11</sup>;
- De implementatieagenda van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)<sup>12</sup>;
- Voorbeelden aangedragen door de begeleidingscommissie.

In ons onderzoek vergelijken we een 'oude' situatie met een 'passende' situatie voor een voorbeeld van passende of innovatieve zorg. Met 'oude' situatie bedoelen we de meest gangbare manier waarop zorg geleverd werd voordat de innovatieve zorg of inzichten in passende zorg beschikbaar kwamen. De 'passende situatie' is de situatie met passende of innovatieve zorg (of bekostiging).

<sup>8</sup> NZa en Zorginstituut Nederland – Advies Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú

<sup>9</sup> Zorginstituut Nederland – Kader Passende zorg

<sup>10</sup> Gupta Strategists – Passende zorg in de risicoverevening (WOR 1143)

<sup>11</sup> Zorginstituut Nederland – Zinnige Zorg trajecten

<sup>12</sup> Programma ZE&GG – Implementatieagenda






## 1.4 Aanpak en reikwijdte van het traject




We voerden het onderzoek uit in vier fases. Tijdens iedere fase toetsten we de aanpak en resultaten van het onderzoek bij de begeleidingscommissie van het onderzoek. De samenstelling van de begeleidingscommissie is te vinden in Bijlage 2. Het beoogd publiek van dit rapport is ingevoerd in de risicovereeniging. Dit betreft onder andere ZIN, de NZa, het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, zorgverzekeraars, onderzoekers en de leden van de begeleidingscommissie.

De bijlages lichten onderliggende analyses toe voor tien geselecteerde voorbeelden van passende en/of innovatieve zorg. Veel voorbeelden komen voort uit verbetersignalen van ZIN. De verbetersignalen geven vaak een impactanalyse, die we als basis gebruikten voor de analyses in dit onderzoek. We gebruikten aannames om de doorrekeningen ten opzichte van de verbetersignalen te vereenvoudigen. Dit deden we omdat een versimpelde doorrekening voldoende was voor het doel van de analyses, namelijk het schatten van het financieel resultaat van zorgverzekeraars voor de groep waarop het voorbeeld van toepassing is.

Voor de reikwijdte van het onderzoek geldt:

- Het GGZ-vereveningsmodel valt volledig buiten de reikwijdte van het onderzoek. De reden hiervoor is nieuwe bekostiging van de GGZ via het zorgprestatie-model per 2022. Gevolgen hiervan voor de uitvoering van de risicovereeniging dienen eerst te zijn verwerkt, voordat versnelde opname van passende zorg wordt onderzocht.
- Voor het somatische model onderzoeken we vier kenmerken: FKG, DKG, FDG en HKG.
- De overige risicovereveningskenmerken vallen af omdat ze voldoen aan een van de twee onderstaande criteria (Figuur 1):
  - Het kenmerk is geen morbiditeitskenmerk en daarom niet afhankelijk van passende en/of innovatieve zorg. De indeling van kenmerken als leeftijd of geslacht, en andere kenmerken die niet het zorggebruik maar andere informatie als basis hebben, wordt niet beïnvloed door de opname van passende en/of innovatieve zorg.
  - ZIN voert geen regulier onderhoud uit voor het kenmerk. ZIN wil onderzoeken of het mogelijk is passende en/of innovatieve zorg (versneld) op te nemen via het reguliere onderhoud. Wanneer ZIN geen regulier onderhoud voor het kenmerk uitvoert, is het niet mogelijk passende en/of innovatieve zorg (versneld) op te nemen in dit kenmerk.

GGZ	Geheel buiten reikwijdte onderzoek		
Somatisch	Leeftijd/geslacht		Fysiotherapie diagnosegroepen (FDG) 
	Regio		Hulpmiddelen kostengroepen (HKG) 
	Aard van Inkomen		Meerjarig hoge kosten 
	Sociaaleconomische status		Meerjarig hoge kosten V&V 
	Personen per adres		Historische somatische morbiditeit 
	Seizoensarbeiders		Meerjarige farmaciekosten 
	Farmacie kostengroepen (FKG)		Indicatie bevallingen en zwangerschappen 
	Diagnose kostengroepen (DKG)		

 Kenmerk niet afhankelijk van passende/innovatieve zorg (geen morbiditeitskenmerk)
  Kenmerk waarvoor ZIN geen regulier onderhoud uitvoert
  Mogelijke aanpassing huidige werkwijze regulier onderhoud onderdeel van onderzoek

Figuur 1. We onderzochten mogelijke aanpassingen van de werkwijze van het regulier onderhoud voor de risicovereveningskenmerken FKG, DKG, FDG en HKG

## 2 Risicoverevening bevat belemmerende prikkel passende zorg

De risicoverevening bevat belemmerende prikkels voor de beweging naar passende of innovatieve zorg. We identificeerden vijf type belemmeringen (§2.1):

**Belemmering A:** Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd

**Belemmering B:** Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel

**Belemmering C:** Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicoverevening

**Belemmering D:** Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit

**Belemmering E:** Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel

Voor ieder type belemmering bestaat voor minimaal een van de twee voorbeelden een belemmerende prikkel in de risicoverevening (§2.2). Het is relevant om te onderzoeken of (versnelde) opname van passende en innovatieve zorg in de risicoverevening mogelijk is omdat deze prikkels de gewenste beweging naar passende zorg in de weg kunnen staan.

### 2.1 Er bestaan vijf mogelijke belemmeringen voor passende of innovatieve zorg in de risicoverevening

Op basis van eerder onderzoek naar passende zorg in de risicoverevening<sup>4</sup> formuleerde ZIN in een (in november 2023 nog lopend) vervolgonderzoek samen met de NZa vier mogelijke belemmeringen die de risicoverevening kan veroorzaken bij de overstap naar passende zorg. We deelden ieder voorbeeld op de longlist van ons onderzoek (zie Bijlage 1) in naar de vier mogelijk belemmeringen. We constateerden dat een aantal voorbeelden niet onder een van de vier belemmeringen vielen maar een aparte categorie vormden. Deze voorbeelden gingen niet om passende zorg of bekostiging, maar om innovatieve zorg. We introduceerden daarom een vijfde belemmering: Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel.

Onderstaand beschrijven we de vijf belemmeringen die de beweging naar passende of innovatieve zorg in de weg kunnen staan aan de hand van een voorbeeld uit het onderzoek:

#### **Belemmering A: Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd**

Deze belemmering betreft veelal preventieve zorg, erop gericht om (zwaardere) zorg te voorkomen. Dit kan zowel gaan om primaire preventie, het voorkomen van ziekte, als om secundaire en tertiaire preventie, het voorkomen van (zwaardere) zorg bij zieken. We

onderzochten een voorbeeld waarbij COPD-patiënten intensievere begeleiding krijgen bij het stoppen met roken. Deze investering resulteert naar verwachting in een reductie van klinische exacerbaties van COPD-patiënten. De belemmering ontstaat doordat preventieve zorg en bijbehorende investeringen geen onderdeel zijn van het vereveningsmodel<sup>13</sup> terwijl de zorg die wordt voorkomen dat vaak wel is.

#### **Belemmering B: Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel**

Deze belemmering betreft veelal een verschuiving van zorg, erop gericht om (zwaardere) zorg te voorkomen. De voorbeelden die we onderzochten betreffen beide een verschuiving van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg. We onderzochten onder andere de verschuiving van diagnostiek voor perifere arterieel vaatlijden (PAV) van de tweede naar de eerste lijn. In de oorspronkelijke situatie vindt diagnostiek van PAV plaats in het ziekenhuis met tussenkomst van de vaatspecialist en/of verwijzing naar de vaatchirurg. In de passende situatie vindt diagnostiek plaats in de eerste lijn zonder directe verwijzing naar de vaatchirurg. Er ontstaat een belemmerende prikkel wanneer (een deel) van de vereveningsbijdrage wegvalt, en deze afname groter is dan de mogelijke kostenbesparing. Het wegvallen van de vereveningsbijdrage komt bijvoorbeeld doordat ziekenhuiszorg onderdeel is van de risicoverevening en huisartsenzorg niet.

#### **Belemmering C: Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicoverevening**

Deze belemmering betreft nieuwe of alternatieve manieren voor het declareren van geleverde zorg waarbij die declaratie geen onderdeel is van de risicovereveningskenmerken. Zo is in 2022 een betaaltitel geïntroduceerd om activiteiten te bekostigen die niet aan individuele patiënten toe te rekenen zijn. De zogenaamde algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ) regeling is gericht op het vereenvoudigen van de financiering en declaratie van activiteiten die wenselijk zijn voor goede organisatie van (keten)zorg. ParkinsonNet wordt vanaf 1 januari 2023 bekostigd via de ADZ-regeling. Betaaltitels voor ADZ-regelingen leiden niet tot indeling in een risicovereveningskenmerk. Inmiddels is hier voor ParkinsonNet overigens wel een (mogelijk tijdelijke) oplossing voor die we in dit onderzoek toelichten.

#### **Belemmering D: Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit**

Deze belemmering betreft veelal het voorkomen van overbehandeling door betere indicatiestelling, betere diagnostiek of voortschrijdende medische inzichten. We onderzochten het voorkomen van overbehandeling met SABA-monotherapie bij astmapatiënten. SABA's zijn kortwerkende luchtwegverwijders die direct symptomen behandelen. Richtlijnen bevelen aan om de achterliggende ontstekingsreactie te behandelen met inhalatiecorticosteroiden (ICS) zodat minder gebruik van SABA nodig is. Overmatig gebruik van SABA geeft namelijk een verhoogd risico op ernstige longaanvallen, ziekenhuisopname en sterfte. Aanpassen van het zorggebruik van SABA naar ICS leidt tot een stijging van de zorgkosten als gevolg van duurdere

---

<sup>13</sup> Met onderdeel van het vereveningsmodel bedoelen we dat er (1) geen vereveningskenmerk bestaat voor dat type zorg of (2) declaraties niet tot indeling leiden in een positieve risicoklasse voor dat type zorg als er wel een vereveningskenmerk bestaat. De uitgaven vallen wel onder de Zvw uitgaven die verdeeld worden met het vereveningsmodel.



geneesmiddelen. De belemmering kan enerzijds ontstaan doordat de passende behandeling meer geld kost (bijvoorbeeld door duurdere geneesmiddelen) terwijl de vereveningsbijdrage niet evenredig stijgt. Anderzijds kan de belemmering ontstaan door een daling van de vereveningsbijdrage als gevolg van de afname van zwaarder zorggebruik terwijl de kosten niet evenredig daalt (bijvoorbeeld door meer diagnostiek met hogere kosten).

**Belemmering E: Toegevoegd door SiRM – Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel**

Deze belemmering betreft nieuwe zorg, zoals nieuwe behandelingen of nieuwe geneesmiddelen, die (nog) niet zijn opgenomen in het vereveningsmodel maar wel worden gedeclareerd via bestaande bekostigingsvormen. Dit kan komen doordat innovatieve zorg in het vereveningsjaar nog niet inzichtelijk is tijdens de start van de uitvoering van de risicoverevening, het jaar voor voorafgaand aan het risicovereveningsjaar. We onderzochten dit voor twee exclusieve geneesmiddelen die na de risicoloze periode van de vaste kosten overgaan naar de variabele kosten<sup>14</sup>. Doordat het regulier onderhoud uitgaat van risicodragendheid in het vereveningsjaar min twee, worden deze geneesmiddelen pas twee jaar nadat ze overgaan naar de variabele kosten voor het eerst verwerkt in het regulier onderhoud. De belemmering ontstaat doordat zorgverzekeraars nog geen compensatie ontvangen via indeling in het FKG-kenmerk, terwijl zorgverzekeraars al wel risico dragen.

Per belemmering selecteerden we twee voorbeelden die we in dit onderzoek analyseerden (Tabel 3). Een uitgebreide toelichting is te vinden in Bijlage 3. In het vervolg van het rapport hanteren we in tabellen dezelfde kleuren voor de belemmeringen als in Tabel 3.

Tabel 3. Voor ieder van de vijf mogelijke belemmeringen voor passende/innovatieve zorg in de risicoverevening onderzochten we twee voorbeelden

Belemmering	Voorbeelden
A. Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd	1. COPD: begeleiding bij stoppen met roken
	2. Osteoporose: voorkomen van fracturen
B. Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel	3. Pijn op de borst: substitutie naar de eerste lijn
	4. Diagnostiek PAV: substitutie naar de eerste lijn
C. Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicoverevening	5. ADZ ParkinsonNet
	6. Inflammatory Bowel's Disease (IBD): monitoring op afstand
D. Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding	7. ICD: verbetering indicatiestelling plaatsing en vervanging

<sup>14</sup> De vaste kosten krijgen zorgverzekeraars volledig vergoed, daarom zijn deze niet risicodragend. Voor de variabele kosten zijn zorgverzekeraars wel risicodragend.



tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit	8. Astma: voorkomen van SABA-overbehandeling
E. Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel	9. Kanker: CAR-T-celtherapie
	10. SMA: weesgeneesmiddelen

## 2.2 Voor ieder type belemmering bestaat voor ten minste een voorbeeld een belemmerende prikkel in de risicoverevening

### 2.2.1 De risicoverevening bevat een belemmerende prikkel als de beweging naar passende/innovatieve zorg resulteert in een daling van het vereveningsresultaat

In §2.1 introduceerden we vijf belemmeringen die de beweging naar passende zorg in de weg kunnen staan. Of er daadwerkelijk sprake is van een belemmerende prikkel is afhankelijk van de verandering in het risicovereveningsresultaat (hierna: vereveningsresultaat). Dit is het verschil tussen het vereveningsresultaat in de oude en passende situatie van een voorbeeld. Het vereveningsresultaat is gelijk aan de risicovereveningsbijdrage minus de kosten. We bekijken het vereveningsresultaat omdat dit inzicht geeft in het netto financiële resultaat van de verandering voor de zorgverzekeraar (zie Bijlage 3).

- Als het vereveningsresultaat daalt, is er een belemmerende prikkel. De beweging naar passende zorg leidt op landelijk niveau tot een negatief resultaat: de baten van de verandering zijn lager dan de kosten voor de specifieke groep verzekerden waar de beweging op gericht is.
- Als het vereveningsresultaat stijgt is, is er geen belemmerende prikkel.

Om de verandering van het vereveningsresultaat te bepalen, vergelijken we het verschil van de vereveningsbijdrage en het verschil van de kosten tussen de oude en passende situatie.

Tabel 4 geeft een overzicht van de drie situaties waarin de verandering van het vereveningsresultaat negatief is, en er sprake is van een belemmerende prikkel in de risicoverevening. Bijlage 3 geeft een uitgebreide toelichting van de manier waarop we verandering van het vereveningsresultaat vaststellen.

Tabel 4. We stellen vast of er sprake is van een belemmerende prikkel door de verandering van de vereveningsbijdrage te vergelijken met de verandering van de kosten. In situatie 2, 3 en 5 is er sprake van een belemmerende prikkel.

In rode tekst geven we de situaties weer met een afname van het vereveningsresultaat. In groen de situaties met een toename van het vereveningsresultaat.

	Vereveningsbijdrage neemt toe	Vereveningsbijdrage neemt af
Kosten nemen toe	<p>1) Bijdrage neemt meer toe dan kosten (ombuiging van kostentoe name tot positief resultaat)</p> <p>2) Bijdrage neemt minder toe dan kosten (demping negatief resultaat kosten)</p>	<p>3) Versterking kostentoe name</p>
Kosten nemen af	<p>4) Versterking kostenafname</p>	<p>5) Bijdrage neemt meer af dan kosten (ombuiging van kostenafname tot negatief resultaat)</p> <p>6) Bijdrage neemt minder af dan kosten (demping kostenafname)</p>

### 2.2.2 Zeven van de tien voorbeelden, verspreid over alle vijf de belemmeringen, resulteren in de ondergrens in een negatief vereveningsresultaat

We concluderen dat voor ieder type belemmering voor minimaal een van de twee voorbeelden een belemmerende prikkel in de risicoverevening bestaat. Deze prikkels kunnen de gewenste beweging naar passende zorg in de weg staan en dat maakt het relevant om te onderzoeken of (versnelde) opname van passende en innovatieve zorg in de risicoverevening mogelijk is. Er zijn zes voorbeelden waarvoor de risicoverevening een belemmerende prikkel bevat. De risicoverevening heeft een mogelijk belemmerende prikkel voor één voorbeeld. Bij drie voorbeelden bevat de risicoverevening geen belemmerende prikkel.

Voor ieder voorbeeld bepaalden we, indien mogelijk, een onder- en bovengrens van het vereveningsresultaat. Dit deden we door (onzekere) aannames aan te passen. Tabel 5 geeft het risicovereveningsresultaat voor ieder voorbeeld, waarbij negatieve vereveningsresultaten zijn aangegeven met rode tekst.

Tabel 5. Voor zes van de tien voorbeelden heeft de beweging naar passende zorg zowel in de onder- als bovengrens negatieve gevolgen voor het vereveningsresultaat, voor telemonitoring is het vereveningsresultaat alleen negatief voor de ondergrens. Negatieve vereveningsresultaten zijn aangegeven met rode tekst.

\* Voorbeelden waarvoor het bepalen van grenzen niet mogelijk is zijn gemarkeerd met een asterisk.

Voorbeeld	Δ vereveningsresultaat landelijk (in € × 1 miljoen)		Δ vereveningsbijdrage (in € × 1 miljoen)		Δ kosten <sup>15</sup> (in € × miljoen)	
	Onder	Boven	Onder	Boven	Onder	Boven
1 COPD	-13	-7	-3	-3	10	4
2 Osteoporose	-7*		-1*		6*	
3 Pijn op de borst	10	21	-11	0	-21*	
4 Diagnostiek PAV	-44	-22	-55	-28	-11	-5
5 ADZ – ParkinsonNet	1*		1*		0*	
6 IBD – Telemonitoring	-28	11	-1*		27	-12
7 ICD	17	17	-0	-0	-17	-17
8 Astma (SABA)	-3*		3*		5*	
9 CAR-T (meetmoment 2)	-3	-2	0*		3	2
10 SMA (meetmoment 2)	-23	-13	0*		23	13

Voor de voorbeelden rondom COPD, osteoporose, PAV, IBD, astma, kanker (CAR-T) en SMA is er zowel in de ondergrens als in de bovengrens sprake van een belemmerende prikkel vanuit de risicoverevening bij een beweging naar passende zorg:

- COPD: Het vereveningsresultaat daalt met €13 miljoen in de ondergrens en €7 miljoen in de bovengrens. Door intensievere begeleiding bij het stoppen met roken voor COPD-patiënten nemen polikliniekbezoeken en ziekenhuisopnames af. Dit leidt tot een afname van de vereveningsbijdrage van €3 miljoen. De kosten stijgen met €10 miljoen in de ondergrens en €4 miljoen in de bovengrens door de intensievere begeleiding.
- Osteoporose: Het vereveningsresultaat daalt met €7 miljoen. Door een verbeterde osteoporosebehandeling na een botbreuk neemt het aantal nieuwe fracturen af. Dit leidt tot een afname van de vereveningsbijdrage van €1 miljoen. De kosten stijgen met €6 miljoen door de verbeterde behandeling.
- PAV: Het vereveningsresultaat daalt met €44 miljoen in de ondergrens en €22 miljoen in de bovengrens. Doordat diagnostiek van PAV plaatsvindt in de eerste lijn neem het aantal diagnose behandel combinatie (dbc) zorgproducten in de tweede lijn af. Dit leidt tot een afname van de vereveningsbijdrage van €55 miljoen in de ondergrens en €28 miljoen in de bovengrens. De kosten nemen met €11 miljoen af in de ondergrens en €5 miljoen in de bovengrens door lagere kosten voor diagnostiek in de eerste lijn vergeleken met de tweede lijn.
- Astma: Het vereveningsresultaat daalt met €3 miljoen. Het medicatiegebruik van astmapatiënten verandert door ICS-gebruik en een lagere dosering SABA. Dit leidt tot een

<sup>15</sup> In een deel van de voorbeelden zijn de kosten in de passende situatie hoger dan in de oude situatie. De kosten in beide situaties zijn gebaseerd op verbeterselementen die ook kwaliteit (kwalitatief) meenemen als factor om te bepalen of zorg passende zorg is. In onze analyses onderzoeken we alleen het financieel resultaat, gezondheidswinst staat per voorbeeld kwalitatief omschreven in Bijlage 3.

toename van de vereveningsbijdrage van €3 miljoen. De kosten stijgen met €5 miljoen doordat ICS duurder is en in een hogere dosering (in termen van aantal DDD's) wordt gebruikt.

- Kanker (CAR-T): Het vereveningsresultaat is naar schatting - €3 miljoen in de ondergrens en - €2 miljoen in de bovengrens. Zorgverzekeraars worden in meetmoment 2 niet verevend voor de verwachte kosten van het geneesmiddel terwijl de middelen al wel risicodragend zijn (zie §3.2).
- SMA: Het vereveningsresultaat is naar schatting - €23 miljoen in de ondergrens en - €12 miljoen in de bovengrens. Ook hier geldt dat zorgverzekeraars in meetmoment 2 niet verevend worden voor de verwachte kosten van het geneesmiddel terwijl de middelen al wel risicodragend zijn.

Voor de belemmering *Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicoverevening* heeft de risicoverevening een mogelijke belemmerende prikkel voor telemonitoring. Het voorbeeld over telemonitoring resulteert in de ondergrens in een negatief vereveningsresultaat van €28 miljoen en in de bovengrens in een positief vereveningsresultaat van €11 miljoen. Het verschil tussen de ondergrens en bovengrens is het gevolg van een andere aanname voor de kosten voor telemonitoring. In de ondergrens gaan we uit van hogere kosten voor telemonitoring (circa €500 per patiënt) dan in de bovengrens (circa €40 euro per patiënt). De werkelijke kosten voor telemonitoring bij een groot aantal gebruikers zijn onzeker.

Voor de drie resterende voorbeelden is er geen belemmerende prikkel vanuit de risicoverevening. Dit geldt voor ParkinsonNet, pijn op de borst en ICD-plaatsingen. Zoals in §2.1 toegelicht is een oplossing gevonden waardoor zorgverzekeraars vanuit de risicoverevening compensatie ontvangen voor de ADZ-regeling van ParkinsonNet<sup>16</sup>. Zowel bij het voorbeeld over pijn op de borst als bij het verbeteren van de indicatiestelling voor ICD's neemt de vereveningsbijdrage af, maar nemen de kosten sterker af. Hierdoor stijgt het vereveningsresultaat.

---

<sup>16</sup> Korte toelichting oplossing, zie Bijlage 3

# 3 Versnelde opname innovatieve zorg deels mogelijk via regulier onderhoud

Uit het onderzoek volgen twee mogelijke aanpassingen om innovatieve zorg versneld op te nemen via het regulier onderhoud (belemmering E). We adviseren ten eerste om innovatieve geneesmiddelen versneld op te nemen in het FKG-kenmerk door middelen en indicaties die voor het eerst onder de variabele kosten vallen in jaar t in het regulier onderhoud voor vereveningsjaar t te verwerken (§3.1). Ten tweede adviseren we om het met terugwerkende kracht toevoegen van nieuwe declaratiecodes voor het FKG- en HKG-kenmerk verder te onderzoeken (§3.2). Onderzoek dient inzicht te geven in de onzekerheid voor zorgverzekeraars als gevolg van criteriumneutraliteit, en dient aan te tonen of deze aanpassing mogelijk is binnen huidige wet- en regelgeving. Met deze aanpassingen wordt de belemmering E, *Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel*, gedeeltelijk weggenomen (§3.3).

## 3.1 Versnelde opname van geneesmiddelen mogelijk door eerdere verwerking in regulier onderhoud FKG

Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor vrijwel alle geneesmiddelen binnen de Zvw. Hierop geldt een uitzondering voor dure intramurale geneesmiddelen die door de minister van VWS in de sluis voor dure geneesmiddelen zijn geplaatst. Als de minister geneesmiddelen in de sluis plaatst worden deze tijdelijk uit het basispakket van de zorgverzekering gehouden. In deze periode adviseert ZIN de minister om het geneesmiddel wel of niet te vergoeden, en onderhandelt de minister met de fabrikant over de prijs. De geneesmiddelen die na de sluisperiode het basispakket van de zorgverzekering instromen, zijn tot en met 31 december van het vierde kalenderjaar daaropvolgend risicoloos. Oftewel, zorgverzekeraars lopen geen risico over de kosten van het geneesmiddel en krijgen kosten volledig vergoed. Vanaf het vijfde jaar gaan de geneesmiddelen over van de vaste kosten naar de variabele kosten. Vanaf dat moment worden de geneesmiddelen risicodragend voor zorgverzekeraars. Figuur 2 geeft de tijdslijnen weer voor een indicatie van een geneesmiddel<sup>17</sup> die in (de loop van) 2018 voor het eerst vergoed wordt vanuit het basispakket.

<sup>17</sup> In het vervolg van dit hoofdstuk spreken we over geneesmiddel(en) in plaats van indicatie(s) van geneesmiddel(en) ten behoeve van leesbaarheid.



Figuur 2. Vanaf 1 januari van het vijfde kalenderjaar nadat geneesmiddelen uit de sluis stromen vallen de kosten onder de variabele kosten waarover zorgverzekeraars risico lopen

Alle variabele kosten die ten laste komen van de Zvw vallen onder het risicovereveningsmodel voor variabele zorgkosten. Zoals in §1.2 aangegeven voert ZIN jaarlijks een regulier onderhoud uit voor vereveningskenmerken van dit model om wijzigingen in behandelingen, middelen of registratie te verwerken. In het regulier onderhoud van het FKG-kenmerk gebruikt ZIN het meest recente complete gegevensjaar. Voor het regulier onderhoud van vereveningsjaar 2023, het eerste kalenderjaar dat het geneesmiddel uit Figuur 2 onder de variabele kosten valt, is het meest recente gegevensjaar 2021. Het regulier onderhoud voor vereveningsjaar 2023 vindt namelijk plaats in de eerste maanden van kalenderjaar 2022. Ook voor risicodragendheid gaat ZIN voor vereveningsjaar 2023 uit van het jaar 2021. Dat betekent dat ZIN in het regulier onderhoud voor vereveningsjaar 2023 geneesmiddelen die vanaf 1 januari 2021 overgaan van de vaste naar de variabele kosten voor het eerst verwerkt.

De huidige werkwijze leidt ertoe dat het geneesmiddel uit Figuur 2, dat vanaf 2023 onder de variabele kosten valt, in vereveningsjaar 2025 voor het eerst wordt verwerkt in het regulier onderhoud. Vanaf vereveningsjaar 2025 deelt ZIN (indien van toepassing) het geneesmiddel voor het eerst in in het FKG-kenmerk. Voor de twee tussenliggende jaren, vereveningsjaren 2023 en 2024, worden zorgverzekeraars niet verevend voor de verwachte kosten van het geneesmiddel terwijl de middelen al wel risicodragend zijn. We adviseren daarom om in het regulier onderhoud in het vervolg geneesmiddelen in het regulier onderhoud voor vereveningsjaar t te verwerken, wanneer ze in jaar t voor het eerst onder de variabele kosten vallen.<sup>18,19</sup> Oftewel het geneesmiddel uit Figuur 2, dat in 2021 al vanuit het basispakket vergoed wordt maar pas vanaf 2023 onder de variabele kosten valt, wordt voor het eerst verwerkt in het regulier onderhoud voor vereveningsjaar 2023.

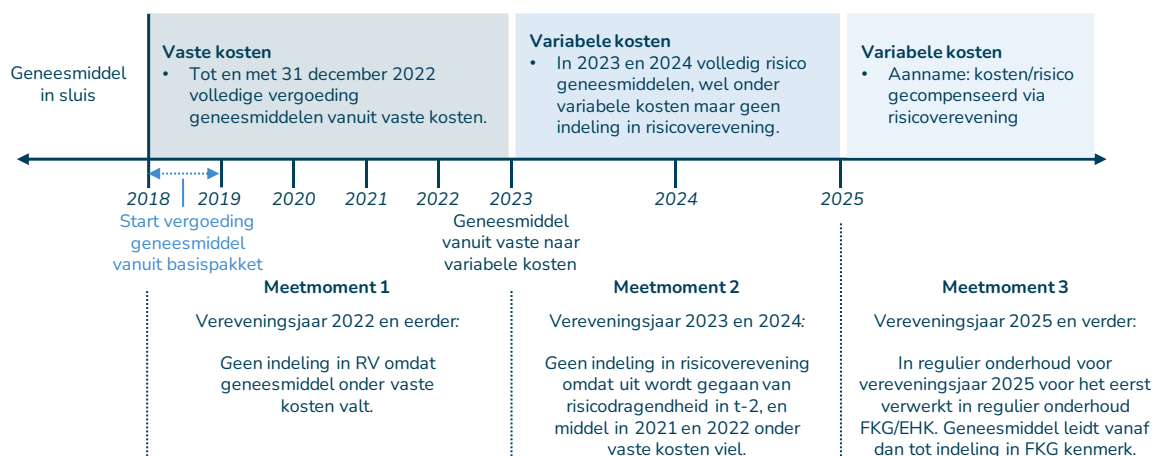
We kwantificeerden dit met twee voorbeelden van geneesmiddelen die via de sluis voor dure intramurale geneesmiddelen toegelaten werden tot het basispakket van de zorgverzekering. Zowel voor CAR-T-celtherapie met tisagenlecleucel (Kymriah) als Nusinersen dat gebruikt wordt

<sup>18</sup> Voor de EHK's vereist deze aanpassing dat de werkwijze voor de indeling (los van dit onderzoek) wordt aangepast zodat het mogelijk wordt om op basis van ATC-indicatie combinatie in te delen, in plaats van alleen op ATC-code/ stofnaam. In de huidige werkwijze wordt namelijk niet ingedeeld op de combinatie maar alleen op ATC-code. Omdat indicaties vaak in verschillende jaren overgaan naar de variabele kosten betekent dit dat de ATC-code/stofnaam pas vanaf het moment dat de laatste indicatie overgaat ingedeeld kan worden in de EHK's. De voorgestelde aanpassing vervalt in dat geval.

<sup>19</sup> Een aandachtspunt bij dit advies zijn tijdelijke plaatsingen van geneesmiddelen buiten de sluis. Het kan voorkomen dat een middel aan het einde van de vaste kosten periode na de sluis opnieuw in de sluis wordt geplaatst. We adviseren ZIN om vooraf na te gaan hoe frequent dit voorkomt en wat het effect hiervan is op de voorgestelde wijziging.

voor de behandeling van spinale musculaire atrofie (SMA) zijn in 2018 de eerste indicaties in het basispakket opgenomen. Deze indicaties gaan per 1 januari 2023 over van de vaste kosten naar de variabele kosten. Momenteel worden Kymriah en Nusinersen pas in risicovereveningsjaar 2025 voor het eerst verwerkt in het FKG-kenmerk. We onderscheiden drie meetmomenten (Figuur 3):

- 1 **Vereveningsjaar 2022 en eerder:** de jaren dat de geneesmiddelen onder de vaste kosten vallen, en zorgverzekeraars de geneesmiddelenkosten volledig vergoed krijgen.
- 2 **Vereveningsjaar 2023 en 2024:** de jaren dat de geneesmiddelen onder de variabele kosten vallen, waar zorgverzekeraars risico over lopen, maar in het regulier onderhoud nog niet zijn verwerkt. De geneesmiddelen leiden daarom niet tot indeling in het FKG-kenmerk.
- 3 **Vanaf vereveningsjaar 2025:** De jaren vanaf het jaar dat de geneesmiddelen voor het eerst worden verwerkt in het regulier onderhoud. Vanaf dit moment leidt het geneesmiddel (indien van toepassing) tot indeling in het FKG-kenmerk. Gezien de hoge kosten van de twee geneesmiddelen lijkt het waarschijnlijk dat deze in de EHK-klassen van het FKG-kenmerk worden ingedeeld.



Figuur 3. In de twee jaar nadat dure geneesmiddelen overgaan van de vaste naar de variabele kosten lopen zorgverzekeraars volledig risico over de kosten van de geneesmiddelen

Tabel 6 geeft de risicovereveningsresultaten voor de verschillende meetmomenten. Voor beide geneesmiddelen is het vereveningsresultaat negatief in het tweede meetmoment. Dit is het gevolg van de vertraagde opname van geneesmiddelen.

Tabel 6. In meetmoment 2 is het vereveningsresultaat voor de twee geneesmiddelen (voor de indicaties die vanaf 2018 instroomden in het basispakket) zeer negatief en lopen zorgverzekeraars een hoog risico. Voor CAR-T zijn de effecten van de facultatieve prestatie niet meegenomen.

Nr	Voorbeeld	Meetmoment 1	Meetmoment 2		Meetmoment 3
			Δ vereveningsresultaat landelijk (in € × 1 miljoen)	Ondergrens	
9	CAR-T	0	-2	-1	-0
10	SMA	0	-23	-13	4

ZIN gebruikt in het regulier onderhoud de G-standaard. Daarin staan alle geneesmiddelen die vergoed worden in een jaar, waaronder add-on geneesmiddelen. Add-on geneesmiddelen zijn (dure) intramurale geneesmiddelen die apart in rekening worden gebracht (naast een dbc-zorgproduct). De g-standaard bevat zowel geneesmiddelen die onder de vaste kosten vallen als geneesmiddelen die onder de variabele kosten vallen.

Geneesmiddelen zoals Kymriah en Nusinersen, die in 2023 voor het eerst onder de variabele kosten vallen, komen tijdens het regulier onderhoud voor vereveningsjaar 2023 al voor in de G-standaard. Dit maakt het mogelijk om deze geneesmiddelen al eerder te verwerken in het regulier onderhoud. Het advies om uit te gaan van risicodragendheid<sup>20</sup> in jaar t in plaats van jaar t-2, betekent voor Kymriah en Nusinersen dat de indicaties die in 2023 voor het eerst onder de variabele kosten vallen verwerkt worden in het regulier onderhoud voor vereveningsjaar 2023.

In deze aangepaste werkwijze verwerkt ZIN geneesmiddelen twee jaar eerder dan in de huidige werkwijze. Echter zijn in vereveningsjaar 2023 nog niet alle benodigde gegevens beschikbaar voor de indeling in de EHK-klassen van het FKG-kenmerk. Voor indeling van geneesmiddelen in clusters (EHK-klassen) zijn de empirisch bepaalde kosten namelijk leidend voor indeling. Geneesmiddelen kunnen niet ingedeeld worden zonder inzicht in deze kosten en deze zijn pas beschikbaar nadat het regulier onderhoud heeft plaatsgevonden. Het regulier onderhoud van het FKG-kenmerk vindt namelijk in de eerste maanden van het kalenderjaar plaats. Bij de reguliere FKG-risicoklassen is medische inhoud leidend. Dit maakt het mogelijk om indicaties medisch-inhoudelijk bij een van de bestaande FKG-risicoklassen in te delen. Dit resulteert in versnelde opname op de volgende wijze (Figuur 4):

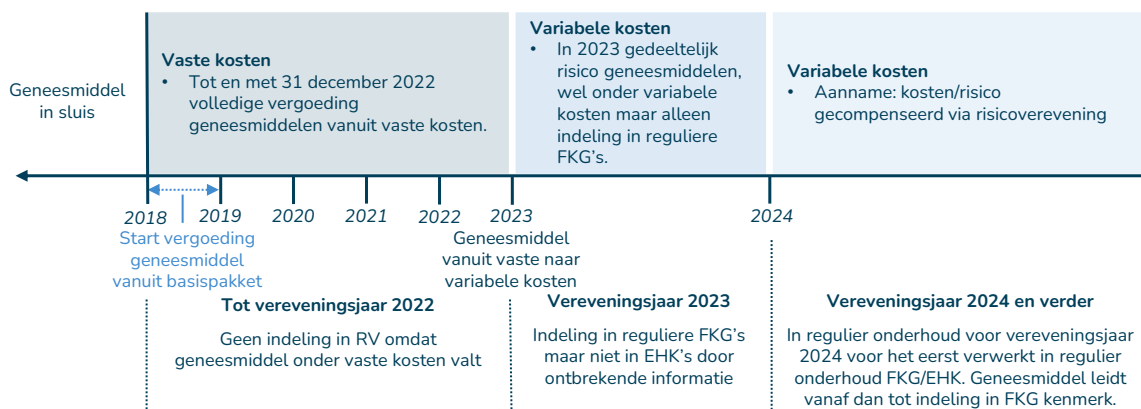
- **Vereveningsjaar 2023:** in het eerste jaar dat het geneesmiddel onder de variabele kosten valt komt het alleen in aanmerking voor indeling in de reguliere FKG's. Op basis van een medisch-inhoudelijke toets wordt het geneesmiddel (voor de betreffende indicaties) ingedeeld in een bestaande risicoklasse. Indeling in de EHK's is in dit jaar niet mogelijk omdat benodigde informatie voor indeling nog niet beschikbaar is (zie 'Vereveningsjaar 2024').
- **Vereveningsjaar 2024:** in risicovereveningsjaar 2024 kan het geneesmiddel voor het eerst verwerkt worden in de EHK's. Voor de indeling van EHK's in risicovereveningsjaar 2024 gebruikt ZIN in het regulier onderhoud namelijk het OT-bestand<sup>21</sup> van jaar 2023 met de zorgkosten en extramurale vervolgcosten in 2020. Vanaf dit jaar kan daarom getoetst worden of gebruik van het geneesmiddel in 2019 (het eerste volledige jaar dat het geneesmiddel vergoed wordt vanuit het basispakket) leidt tot hoge farmaceutische vervolgcosten in 2020. Deze kosten zijn representatief gemaakt voor 2023 en dus inclusief kosten voor geneesmiddelen die in 2023 risicodragend worden. ZIN heeft vanaf dit moment de benodigde informatie om het geneesmiddel in te delen in de EHK's. Indien het geneesmiddel niet in aanmerking komt voor de EHK's dan blijft indeling onveranderd ten opzichte van vereveningsjaar 2023.

---

<sup>20</sup> De risicodragendheid leidt ZIN af van de "lijst dure geneesmiddelen" die ZIN van het Ministerie van VWS ontvangt.

<sup>21</sup> Voor de indeling van de EHK's gebruikt ZIN het OT-bestand. Het OT-bestand van jaar t bevat per verzekerde de zorgkosten in t-3 representatief gemaakt voor jaar t en de FKG-indeling op basis van farmaciegebruik in jaar t-4. Daarnaast bevat dit bestand de extramurale farmaceutische vervolgcosten in jaar t-3.





Figuur 4. Door uit te gaan van risicodragendheid in jaar t in plaats van jaar t-2 worden geneesmiddelen ten opzichte van de huidige werkwijze in het regulier twee jaar eerder verwerkt

### 3.2 Versnelde opname van nieuwe declaratiecodes wellicht mogelijk voor FKG en HKG, verder onderzoek nodig

Voor de tweede mogelijke aanpassing is verder onderzoek nodig: het toevoegen van nieuwe declaratiecodes voor het FKG- en HKG-kenmerk met terugwerkende kracht. Deze aanpassing voorkomt dat zorgverzekeraars in de risicovereeniging met een jaar vertraging gecompenseerd worden voor nieuwe declaratiecodes. Deze aanpassing kwam gedurende het onderzoek naar voren in de bijeenkomsten met ZIN over mogelijke oplossingen voor versnelde opname van innovatieve zorg. In tegenstelling tot de aanpassing in §3.1 onderzochten we voor deze aanpassing geen voorbeelden. We adviseren daarom om de aanpassing niet direct door te voeren, maar eerst verder te onderzoeken.

Het risicovereveningsmodel is een voorspelmodel. De vereveningsbijdrage in enig vereveningsjaar wordt vastgesteld aan de hand van zorggebruik in voorgaande jaren. Zowel voor het FKG- als voor HKG-kenmerk wordt voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage uitgegaan van zorggebruik in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Oftewel, voor risicovereveningsjaar 2023 worden verzekerden ingedeeld in risicoklassen van het vereveningskenmerk op basis van gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen in 2022.

In de huidige werkwijze voegt ZIN nieuwe declaratiecodes met vooruitwerkende kracht toe aan een risicoklasse van het vereveningskenmerk FKG of HKG. ZIN kan deze nieuwe declaratiecodes alleen verwerken voor zorg die al is opgenomen in het vereveningsmodel (bestaande risicoklasse). Dit houdt in dat de zorg te koppelen (geïndiceerd) moet zijn aan een aandoening die al tot indeling leidt in de risicoverevening. ZIN voert het regulier onderhoud voor enig vereveningsjaar uit in de eerste maanden van het jaar daarvoor. Oftewel, het regulier onderhoud voor vereveningsjaar 2023 voert ZIN uit in de eerste maanden van 2022. Daarbij verwerkt ZIN wijzigingen in behandelingen, middelen of registratie die in het meest recente complete gegevensjaar plaatsvonden. Ten tijde van het regulier onderhoud is dit gegevensjaar 2021. De vertaling van aangepaste declaratiecodes naar risicoklassen legt ZIN vast in een referentiebestand. In oktober 2022 publiceert ZIN de beleidsregels voor de risicoverevening Zvw 2023. De referentiebestanden zijn een bijlage van de beleidsregels. Declaratiecodes die in 2022

in gebruik worden genomen neemt ZIN daarom pas voor het eerst mee in het regulier onderhoud voor risicovereveningsjaar 2024.

De huidige werkwijze leidt ertoe dat declaratiecodes voor het FKG- en HKG-kenmerk die nieuw in gebruik worden genomen in 2022 niet verwerkt worden in vereveningsjaar 2023 maar pas in vereveningsjaar 2024. Omdat nieuwe declaratiecodes voor heel 2022 nog niet bekend zijn ten tijde van het regulier onderhoud kunnen deze declaratiecodes ook niet worden ingedeeld. Gebruik van de declaratiecode in 2022, het jaar op basis waarvan verzekerden in vereveningsjaar 2023 worden ingedeeld, leidt per definitie niet tot indeling in een (positieve) risicoklassen van het vereveningskenmerk. Zorgverzekeraars worden voor vereveningsjaar 2023 dus niet gecompenseerd voor deze nieuwe declaratiecodes. De nieuwe codes leiden pas in vereveningsjaar 2024 voor het eerst tot indeling, zorgverzekeraars worden in de risicoverevening dus met een jaar vertraging gecompenseerd.



Figuur 5. In de huidige werkwijze leiden nieuwe declaratiecodes die in 2022 in gebruik worden genomen niet tot indeling in vereveningsjaar 2023

Een aanpassing in het regulier onderhoud kan deze vertraging van een jaar wegnemen. Namelijk door in regulier onderhoud voor vereveningsjaar 2024 nieuwe declaratiecodes niet alleen prospectief in te delen, maar ook met terugwerkende kracht het referentiebestand voor vereveningsjaar 2023 aan te passen. Het retrospectieve karakter van de aanpassing leidt er wel toe dat de ex-ante en ex-post situatie niet meer op elkaar aansluit. Daarom dient ZIN de aanpassingen te verwerken via het uitvoeringsbestand. Figuur 6 geeft de aangepaste werkwijze weer. Uiteraard leidt de aanpassing alleen tot versnelde opname van innovatieve zorg indien ZIN de nieuwe declaratiecodes in het eerstvolgende regulier onderhoud kan indelen. Indien er bijvoorbeeld geen risicoklasse is die medisch inhoudelijk past bij de nieuwe declaratiecode is indeling (en dus ook versnelde opname) niet mogelijk.



Figuur 6. In de aangepaste werkwijze van het regulier onderhoud voegt ZIN nieuwe declaratiecodes voor FKG en HKG met terugwerkende kracht toe door middel van een uitvoeringsbestand

We adviseren ZIN om deze aanpassing eerst verder te onderzoeken. Met de aanpassing wordt de onzekerheid als gevolg van de vertraagde opname weggenomen, echter leidt de wijziging tussen de ex ante en ex post indeling van declaratiecodes ook tot nieuwe onzekerheid als gevolg van criteriumneutraliteit. Verder onderzoek dient de afweging tussen de onzekerheid die wordt weggenomen door het versneld opnemen van declaratiecodes en de onzekerheid die wordt toegevoegd door criteriumneutraliteit inzichtelijk te maken. Daarnaast dient onderzocht te worden of de aanpassing past binnen huidige wet- en regelgeving.

### **Criteriumneutraliteit**

Ex ante raamt ZIN in de zogenaamde verzekerdensraming de verzekerdenaantallen per risicoklasse van een vereveningskenmerk. Bij onzekerheid rondom de raming van de aantallen verzekerden in een risicoklasse kan 'criteriumneutraliteit' worden ingezet. Met criteriumneutraliteit worden gewichten bij de definitieve vaststelling aangepast zodat het effect van een (landelijk) verschil tussen raming en realisatie van de verzekerdenaantallen teniet wordt gedaan. Er bestaan meerdere vormen van criteriumneutraliteit<sup>22</sup>:

- Klassieke criteriumneutraliteit: het normbedrag van de afslagklasse wordt ex post zodanig vastgesteld dat de som van de bijdragen van de afslagklasse en alle positieve risicoklassen gelijk is aan nul. De normbedragen van de positieve risicoklassen veranderen niet.
- Partiële criteriumneutraliteit: de criteriumneutraliteit wordt alleen toegepast op de afslagklasse en een selectie van risicoklassen binnen een kenmerk.
- Klasseneutraliteit: het normbedrag van de risicoklasse wordt ex post zodanig vastgesteld dat de realisatie van de verzekerden aantallen vermenigvuldigd met het nieuwe normbedrag gelijk is aan de raming van de verzekerdenaantallen vermenigvuldigd met het oude normbedrag. Het normbedrag van de afslagklasse verandert niet.

Toepassing van criteriumneutraliteit verschilt per vereveningsjaar. Voor vereveningsjaar 2023 wordt voor HKG klassieke criteriumneutraliteit toegepast. Voor het FKG-kenmerk wordt voor vereveningsjaar 2023 partiële criteriumneutraliteit toegepast op een deel van de risicoklassen<sup>23</sup>, waaronder de risicoklassen op basis van add-on declaraties.

Omdat nieuwe declaratiecodes in de (ex ante) verzekerdensraming nog niet bekend zijn, worden deze per definitie niet meegenomen in de verzekerdensraming. Dit heeft de volgende gevolgen:

- Indien het gaat om een bestaande patiëntgroep die overstapt van een bestaand geneesmiddel dat tot indeling leidt op een nieuw geneesmiddel, leidt het retrospectief toevoegen van nieuwe declaratiecodes niet tot een stijging van de verzekerdenaantallen tussen de ex ante en ex post situatie in de positieve risicoklassen. Het retrospectief toevoegen van de nieuwe declaratiecode leidt niet tot extra onzekerheid bij de toepassing van criteriumneutraliteit.

---

<sup>22</sup> [Beleidsregels risicoverevening Zvw 2023](#)

<sup>23</sup> Namelijk de volgende klassen: FKG-1 COPD/astma: Medicatie, FKG-2 Diabetes: Insuline, FKG-3: Diabetes: Orale medicatie, FKG-4 CVRM: Medicatie Licht, FKG-5 CVRM: Medicatie Zwaar, FKG-22 Groeistoornissen o.b.v. add-on, FKG-29 Autoimmuunziekten o.b.v. add-on, FKG-30 Nieraandoeningen o.b.v. add-on, FKG-32 Immunoglobuline o.b.v. add-on, FKG-35 COPD/Zware astma o.b.v. add-on, FKG-38 Kanker o.b.v. add-on, FKG-40 Maculadegeneratie o.b.v. add-on, FKG-41 Hypercholesterolemie, FKG-44 Extreem hoge kosten cluster 1, FKG-45 Extreem hoge kosten cluster 2, FKG-46 Extreem hoge kosten cluster 3 en FKG-47 Extreem hoge kosten cluster 4.

- Indien het gaat om een nieuwe patiëntgroep<sup>24</sup> leidt het retrospectief toevoegen van nieuwe declaratiecodes tot een stijging van de verzekerdenaantallen tussen de ex ante en ex post situatie in de positieve risicoklassen. Dit heeft gevolgen voor criteriumneutraliteit. Ervan uitgaande dat klassieke of partiële criteriumneutraliteit wordt toegepast<sup>25</sup> daalt het normbedrag van de afslagklasse om te compenseren voor de stijging van de verzekerdenaantallen in de positieve risicoklasse. De bijstelling van het normbedrag van de afslagklasse brengt voor zorgverzekeraars onzekerheid met zich mee. Verder onderzoek dient aan te tonen wat de hoogte is van de bijstellingen en hoe deze onzekerheid zich verhoudt tot de onzekerheid die wordt weggenomen door het versneld opnemen van nieuwe declaratiecodes. We adviseren om de effecten te simuleren door de aangepaste methodiek toe te passen op nieuwe declaratiecodes in een eerder vereveningsjaar

## Wet- en regelgeving

In oktober van het jaar voorafgaand aan het risicovereveningsjaar publiceert ZIN de beleidsregels voor de risicoverevening. De beleidsregels leggen de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars voor het vereveningsjaar juridisch vast. De referentiebestanden van de vereveningskenmerken FKG en HKG vormen een van de bijlages van de beleidsregels. Zoals aangegeven leidt de aanpassing in deze paragraaf ertoe dat nieuwe declaraties retrospectief worden toegevoegd aan deze referentiebestanden. Omdat de referentiebestanden via de beleidsregels juridisch vastgelegd worden en daarom in principe niet meer gewijzigd kunnen worden, dient verder onderzocht te worden of deze retrospectieve aanpassing toegestaan is binnen huidige wet- en regelgeving.

## 3.3 Voor overige innovatieve zorg vonden we geen oplossingen voor versnelde opname binnen het regulier onderhoud

### 3.3.1 De oplossing voor nieuwe declaratiecodes voor het FKG- en HKG-kenmerk is niet toepasbaar op het DKG- en FDG-kenmerk, we adviseren om nieuwe voorbeelden te monitoren

De voorgestelde aanpassing in het regulier onderhoud in §3.2 geldt voor de vereveningskenmerken FKG en HKG. Voor de vereveningskenmerken DKG en FDG zijn wijzigingen in declaratiecodes en nieuwe declaratiecodes, in tegenstelling tot het FKG- en HKG-kenmerk, voorafgaand aan het risicovereveningsjaar bekend. Indeling van verzekerden in DKG's vindt bijvoorbeeld plaats op basis van declaraties van dbc-zorgproducten. In april voorafgaand aan het jaar waarvoor de wijzigingen in werking treden, stelt de NZa de release van het dbc-pakket voor de medisch-specialistische zorg beschikbaar.

Voor DKG en FDG heeft ZIN in het regulier onderhoud voor risicovereveningsjaar  $t$ , dat in de eerste maanden van het voorafgaande kalenderjaar wordt uitgevoerd, daarom al de wijzigingen en

<sup>24</sup> Indien het gaat om een middel dat een bestaand middel met dezelfde patiëntgroep vervangt dan heeft de aanpassing ten opzichte van de huidige situatie geen gevolgen voor criteriumneutraliteit. De aantallen worden dan namelijk via het bestaande middel al meegeraamd in de verzekerdenraming.

<sup>25</sup> Dit zijn de meest gebruikelijke vormen van criteriumneutraliteit, en tevens de vormen die voor vereveningsjaar 2023 worden toegepast op het FKG- en HKG-kenmerk.

toevoegingen van declaratiecodes van heel jaar  $t-1$  in beeld. Toch leiden nieuwe declaratiecodes in jaar  $t-1$  over het algemeen niet tot indeling in jaar  $t$ . Dit komt doordat het DKG- en FDG-kenmerk gebaseerd zijn op meerkosten, en niet op medische inhoud (zie §1.3). Hierdoor kunnen, voor het DKG-kenmerk, DX-groepen die medisch inhoudelijk vergelijkbaar zijn in verschillende risicoklassen terecht kunnen komen. Over het algemeen voegt ZIN nieuwe declaratiecodes alleen toe in het regulier onderhoud als:

- Nieuwe declaratiecodes bestaande declaratiecodes vervangen. Bijvoorbeeld als in het nieuwe dbc-zorgproduct extra (nieuwe) zorg wordt toegevoegd ten opzichte van het bestaande dbc-zorgproduct. De omschrijving van het nieuwe dbc-zorgproduct is in dit geval zeer vergelijkbaar met het bestaande zorgproduct.
- Nieuwe declaratiecodes onderzocht zijn in een groot onderhoud. Omdat nieuwe declaratiecodes voorafgaand aan het jaar bekend zijn, is het mogelijk om in het groot onderhoud naast bestaande declaratiecodes ook nieuwe declaratiecodes te onderzoeken. Ondanks dat meerkosten dan nog niet bekend zijn, is in het verleden bijvoorbeeld protontherapie toegevoegd via het regulier onderhoud op basis van het advies in het groot onderhoud. Of dit mogelijk is, hangt af van de timing van het groot onderhoud ten opzichte van het risicovereveningsjaar.

Als bovenstaande niet geldt is het, aangezien werkelijke meerkosten nog niet te bepalen zijn, alleen mogelijk om nieuwe declaratiecodes tijdens het regulier onderhoud versneld op te nemen op basis van medische inhoud en een inschatting van de meerkosten. Dit zou gaan om een tijdelijke oplossing. Declaratiecodes worden in het eerstvolgende groot onderhoud alsnog op basis van meerkosten ingedeeld. Tijdens het onderzoek vonden we geen relevante voorbeelden voor het DKG- en FDG-kenmerk waarmee we deze mogelijke oplossing konden toetsen. Om nieuwe voorbeelden in komende jaren te monitoren, adviseren we ZIN om jaarlijks zowel verbeteringsignalen als de implementatieagenda van ZE&GG na te gaan.

### **3.3.2 Ook voor andere innovatieve zorg geen mogelijkheden voor versnelde opname, bijvoorbeeld omdat deze zorg onder bestaande dbc-zorgproducten valt**

In §3.3.1 gingen we in op (innovatieve) zorg gedeclareerd via nieuwe declaratiecodes. Het kan echter ook voorkomen dat voor innovatieve zorg geen nieuw dbc-zorgproduct in gebruik wordt genomen, maar onderdeel wordt van bestaande dbc-zorgproducten. In dat geval is de innovatieve zorg niet te identificeren met dbc-declaratiegegevens die de basis vormen voor het DKG-kenmerk. Omdat deze zorg niet in beeld is, is het ook niet mogelijk om een afweging te maken of (versnelde) opname in de risicoverevening mogelijk en wenselijk is. Het kan wel zijn dat het dbc-zorgproduct waaronder de innovatieve zorg valt al tot indeling in de risicoverevening leidt. Dit is het geval als:

- De diagnose-specialisme combinatie (DX-groep) voor het dbc-zorgproduct tot indeling leidt in het DKG-kenmerk en het niet gaat om een consult dbc (licht ambulant zorgproduct).
- Het een specifiek dbc-zorgproduct betreft die los van DX-groepen tot indeling leidt. Naast DX-groepen leiden namelijk specifieke zorgproducten voor nevenverrichtingen ook tot indeling in de risicoverevening.

Als het dbc-zorgproduct wel tot indeling leidt in de risicoverevening kan er nog steeds een belemmerende prikkel zijn in de risicoverevening. De indeling van DX-groepen en specifieke dbc-zorgproducten wordt vastgesteld tijdens het groot onderhoud. Indien (meer)kosten wijzigen als gevolg van de innovatieve zorg resulteert dit pas in het eerstvolgende groot onderhoud tot een andere indeling in het DKG-kenmerk.

(Versnelde) opname van innovatieve zorg is tevens niet mogelijk als het wordt bekostigd via alternatieve en/of innovatieve bekostigingsvormen die geen onderdeel zijn van huidige risicovereveningskenmerken (zie Hoofdstuk 2). Dit is bijvoorbeeld het geval voor de behandeling met CAR-T celtherapie. Omdat de behandeling niet in de dbc-structuur past, wordt de behandeling bekostigd via twee facultatieve prestaties. Facultatieve prestaties zijn ziekenhuiszorg maar leiden niet tot indeling in het DKG-kenmerk. Dezelfde problematiek geldt bijvoorbeeld voor ziekenhuiszorg die gedeclareerd wordt via overige zorgproducten (ozp's).

# 4 (Versnelde) opname passende zorg niet mogelijk via regulier onderhoud

Passende of innovatieve zorg kan alleen (versneld) worden verwerkt via het regulier onderhoud als dit mogelijk is door het toevoegen of verwijderen van declaratiecodes voor bestaande risicoklassen (§4.1). We vonden voor geen van de vier belemmeringen omtrent passende zorg mogelijkheden om passende zorg (versneld) op te nemen via het regulier onderhoud (§4.2). Voor drie van de vier belemmeringen bestaat wel een mogelijke oplossing binnen de risicoverevening die verder onderzocht kan worden (§4.3). Daarnaast zou onderzocht kunnen worden of de beweging naar passende zorg buiten de risicoverevening om gestimuleerd kan worden.

## 4.1 De mogelijkheden van het regulier onderhoud, namelijk het toevoegen en verwijderen van codes, zijn beperkt

Het (versneld) verwerken van passende of innovatieve zorg via het regulier onderhoud is alleen mogelijk door het toevoegen of verwijderen van declaratiecodes voor bestaande risicoklassen. Zoals in §1.2 is toegelicht verwerkt ZIN in het regulier onderhoud eventuele wijzigingen in behandelingen, middelen of registratie. In het regulier onderhoud voegt ZIN geen nieuwe klassen toe. Nieuwe behandelingen of middelen worden alleen toegevoegd via het regulier onderhoud indien deze in een bestaande risicoklasse van het vereveningsmodel kunnen worden ondergebracht. Als dat het geval is, past ZIN de referentie- en uitvoeringsbestanden aan. Als dat niet het geval is, wordt pas tijdens een groot onderhoud van een risicovereveningskenmerk onderzocht of behandeling, middelen of registraties kunnen worden toegevoegd. Het groot onderhoud vindt eens per drie jaar plaats in opdracht van het ministerie van VWS.

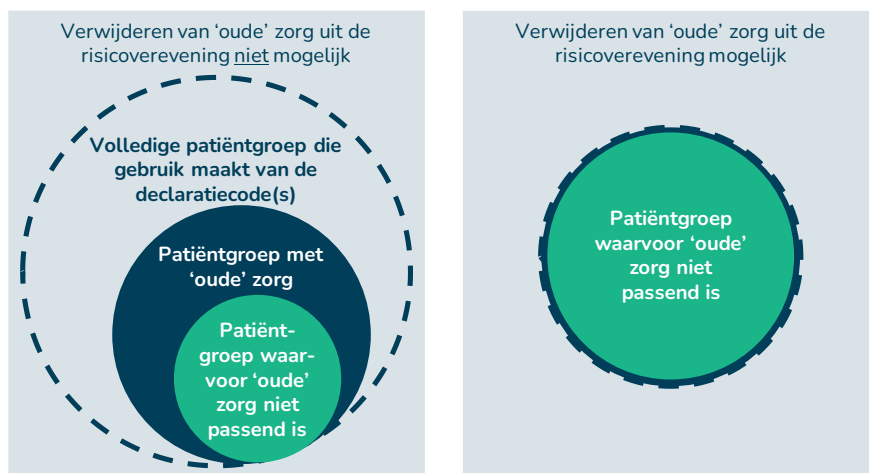
Passende/innovatieve zorg kan daarom niet (versneld) worden opgenomen in het vereveningsmodel via het regulier onderhoud wanneer:

- Het type zorg geen onderdeel is van het vereveningsmodel, zoals huisartsenzorg.
- De zorg gedeclareerd wordt via bekostigingsvormen die niet zijn opgenomen in het vereveningsmodel, zoals ADZ of facultatieve prestaties en overige zorgproducten voor de ziekenhuiszorg.
- Er onvoldoende informatie beschikbaar is om de zorg bij een bestaande risicoklasse in te delen, zie §3.3.2.

Een alternatief voor het opnemen van passende/innovatieve zorg in de risicoverevening, is het verwijderen van 'oude' zorg uit de risicoverevening. Met 'oude' zorg bedoelen we de zorg zoals die voor de introductie van passende of innovatieve zorg werd geleverd. Door de 'oude' zorg te verwijderen, vervalt de vereveningsbijdrage in de oude situatie. Hierdoor stijgt het verschil tussen het vereveningsresultaat in de oude en passende situatie en wordt de belemmerende prikkel (mogelijk) weggenomen. Het verwijderen van 'oude' zorg is alleen mogelijk wanneer deze zorg een exclusieve groep betreft. Oftewel, het dient zeker te zijn dat (Figuur 7):

- 1 De te verwijderen declaratiecode(s) alleen de groep beslaat die valt onder het voorbeeld van passende zorg.
- 2 De zorg niet meer passend is voor alle patiënten die worden ingedeeld via de betreffende declaratiecode(s).

Als het geen exclusieve groep betreft dan leidt het verwijderen van declaratiecode(s) ertoe dat patiënten waarvoor de zorg wel passend is, worden uitgesloten van indeling en daarmee de vereveningsbijdrage ten onrechte daalt.



Figuur 7. Het verwijderen van 'oude' zorg uit de risicoverevening is alleen mogelijk wanneer met declaratiecode(s) een exclusieve patiëntgroep te identificeren is waarbij voor alle patiënten de 'oude' zorg niet meer passend is

## 4.2 Regulier onderhoud lijkt door beperkte mogelijkheden niet juiste instrument voor (versnelde) opname passende zorg

We onderzochten voor ieder voorbeeld of (versnelde) opname van passende of innovatieve zorg mogelijk is door het toevoegen of verwijderen van declaratiecodes voor bestaande risicoklassen. Voor innovatieve zorg, voorbeeld negen en tien uit Tabel 3, resulteerde dit in twee mogelijke aanpassingen van het regulier onderhoud (Hoofdstuk 3). Voor alle andere voorbeelden, die vallen onder de overige vier belemmeringen van passende zorg, vonden we geen mogelijkheden om passende zorg (versneld) op te nemen via het regulier onderhoud. Tabel 7 beschrijft de bevindingen per belemmering, aan de hand van de twee onderzochte voorbeelden.



Tabel 7. Voor vier van de vijf mogelijke belemmeringen bestaat geen of slechts een zeer beperkte oplossing voor het (versneld) opnemen van passende zorg via het regulier onderhoud

Nr	Voorbeeld	Mogelijkheden voor (versnelde) opname in risicoverevening via regulier onderhoud
1	COPD	<p>Geen mogelijkheden gevonden voor (versnelde) opname van passende zorg door toevoegen van declaratiecodes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Preventieve zorg valt niet onder bestaande risicoklassen. Zowel COPD als osteoporose betreft preventieve zorg: voor COPD door intensievere begeleiding bij het stoppen met roken en bij osteoporose door botsparende medicatie en advies over valpreventie.</li> <li>Ook al valt het type zorg wel binnen de risicoverevening (botsparende medicatie kan in theorie via geneesmiddelen ingedeeld worden in FKG) is het niet mogelijk om de passende zorg (versneld) op te nemen omdat in de huidige risicovereveningskenmerken geen risicoklassen bestaan voor preventieve zorg. Daarnaast zijn dexametriscans ziekenhuiszorg, maar worden geregistreerd als zorgactiviteiten terwijl alleen zorgproducten tot indeling leiden in het DKG-kenmerk.</li> </ul>
2	Osteoporose	<p>Verwijderen van 'oude' zorg uit de risicoverevening tevens niet mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het is niet mogelijk een exclusieve groep uit te sluiten. Met de preventieve zorg wordt (zwaardere) zorg voorkomen en het is niet mogelijk om deze (zwaardere) zorg te verwijderen uit de risicoverevening omdat niet alle exacerbaties of fracturen voorkomen kunnen worden.</li> </ul>
3	Pijn op de borst	<p>Geen mogelijkheden gevonden voor (versnelde) opname van passende zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In het vereveningsmodel bestaat geen kenmerk voor huisartsenzorg.</li> <li>Zowel pijn op de borst als diagnostiek PAV betreft een verschuiving van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg. Voor pijn op de borst doordat patiënten met stabiele angina pectoris vaker in de eerste lijn kunnen blijven of sneller terug kunnen naar de eerste lijn. Bij diagnostiek PAV doordat diagnostiek plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de huisarts zonder tussenkomst van de vaatspecialist.</li> </ul>
4	Diagnostiek PAV	<p>Verwijderen van 'oude' zorg uit de risicoverevening tevens niet mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het is niet mogelijk om de gesubstitueerde ziekenhuiszorg volledig uit te sluiten van indeling. Voor een (klein) deel van de patiëntgroep kan ziekenhuiszorg wel passend zijn. In het verbeteringsignalement voor pijn op de borst sluit ZIN bij de impactanalyse bijvoorbeeld patiënten uit die in het voorgaande jaar of het jaar daarvoor ook een zorgproduct voor het specialisme cardiologie hadden.<sup>26</sup></li> </ul>
5	ADZ – ParkinsonNet	<p>Zolang innovatieve of andere bekostiging verzekerde zorg is en onder de variabele kosten valt, worden de kosten meegenomen in het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten. Hogere kosten leiden daarnaast mogelijk tot andere indeling in het meerjarig hoge kosten (MHK) kenmerk. ParkinsonNet werd in eerste instantie vanuit de beheerskosten van verzekeraars betaald, maar met de introductie van de betaaltitel en een oormerk als verzekerde zorg worden kosten meegenomen in de risicoverevening.</p> <p>Geen mogelijkheden gevonden voor (versnelde) opname van passende zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vereveningskenmerken delen (een deel van de) bestaande bekostigingsvormen in, zoals dbc-zorgproducten voor ziekenhuiszorg (DKG-kenmerk).</li> <li>Sectoroverstijgende zorg (zoals ParkinsonNet dat via de ADZ-regeling bekostigd wordt) valt niet onder bestaande risicovereveningskenmerken.</li> <li>Innovatieve bekostiging kan ook niet worden toegevoegd aan bestaande risicoklassen omdat deze niet gebaseerd zijn op de deze bekostigingsvorm, ook niet als het type zorg wel tot indeling leidt in de risicoverevening. Dit geldt bijvoorbeeld voor ziekenhuiskosten voor telemonitoring. Telemonitoring wordt gedeclareerd via ozp's maar kan in het regulier onderhoud van het DKG-kenmerk niet toegevoegd worden aan bestaande risicoklassen die dbc-zorgproducten indelen.</li> </ul>
6	IBD – Telemonitoring	<p>Verwijderen van 'oude' zorg uit de risicoverevening tevens niet mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Van uitsluiten van zorg is geen sprake omdat innovatieve bekostiging behorend bij passende zorg niet (volledig) vervangend is voor andere zorg.</li> </ul>

<sup>26</sup> [Zinnige Zorg – Verbetersignalement Pijn op de borst](#)

7	ICD	<p>Geen mogelijkheden gevonden voor (versnelde) opname van passende zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verbeteren van de indicatiestelling van ICD's en het voorkomen van SABA-monotherapie gaat beide om het voorkomen van zorg. Dit voorkomt onnodige ICD-plaatsingen en overmatig SABA-gebruik.</li> <li>• Het alternatief van passende zorg leidt in beide gevallen al tot indeling. Dit betreft cardiologische zorg voor een hartziekte (zolang dit om meer gaat dan alleen consult-dbc's) en ICS-medicatie voor astma.</li> </ul>
8	Astma (SABA)	<p>Verwijderen van 'oude' zorg of uit de risicovereeniging tevens niet mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beide voorbeelden gaan niet om een exclusieve groep. Voor het merendeel van de patiënten is de ICD wel passende zorg en met farmaciedeclaratiegegevens is geen onderscheid te maken tussen astmapatiënten en COPD-patiënten met SABA-therapie. Bij COPD-patiënten is SABA-therapie wel passend.</li> </ul>

We concluderen dat het regulier onderhoud niet het juiste instrument lijkt voor (versnelde) opname van passende zorg in de risicovereeniging. Het is namelijk aannemelijk dat andere voorbeelden van passende of innovatieve zorg, die vallen onder de vier type belemmeringen, ook niet (versneld) kunnen worden opgenomen via het huidige regulier onderhoud. Namelijk:

- **Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd**  
Andere passende of innovatieve zorg binnen deze belemmering betreft veelal preventieve zorg. Preventieve zorg is geen onderdeel van vereveningskenmerken in het vereveningsmodel. Pas wanneer preventieve zorg (via een grotere modelaanpassing) onderdeel wordt van het vereveningsmodel kan passende zorg mogelijk worden verwerkt via het regulier onderhoud.
- **Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel**  
Andere passende of innovatieve zorg binnen deze belemmering gaat per definitie om zorg waarvan het gebruik niet is opgenomen in het vereveningsmodel.
- **Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicovereeniging**  
Andere passende of innovatieve bekostigingsvormen zijn vermoedelijk niet op te nemen in de risicovereeniging zonder kenmerken opnieuw vorm te geven. Binnen dit onderzoek zagen we dit, naast de twee onderzochte voorbeelden binnen deze belemmering, ook bij het voorbeeld voor CAR-T. Bekostiging van de behandeling van CAR-T vindt plaats via facultatieve prestaties. Facultatieve prestaties zijn geen onderdeel van het huidige vereveningsmodel en zijn niet (versneld) op te nemen via het regulier onderhoud.
- **Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik met gevolg dat verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit**  
Voor andere passende of innovatieve zorg binnen deze belemmering is vaak geen exclusieve groep te definiëren.

### 4.3 Buiten het regulier onderhoud zijn er mogelijk wel oplossingen voor (versnelde) opname passende zorg

In Hoofdstuk 3 concludeerden we dat er belemmerende prikkels bestaan in de risicovereeniging die de beweging naar passende zorg in de weg kunnen staan. Omdat in §4.2 bleek dat het regulier onderhoud niet het juiste instrument is voor (versnelde) opname van passende zorg, onderzochten we of buiten het regulier onderhoud wel oplossingen bestaan voor (versnelde) opname van passende zorg. In een werksessie met ZIN en in de begeleidingscommissie

inventariseerden we mogelijke alternatieve oplossingen voor (versnelde) opname van passende zorg in de risicoverevening.

Uit de inventarisatie bleek dat voor drie van de vier belemmeringen een mogelijke oplossing bestaat binnen de risicoverevening (maar buiten het regulier onderhoud) die verder onderzocht kan worden. Alleen voor de belemmering *Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik met gevolg dat verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit* vonden we geen oplossing. Verder onderzoek voor de mogelijke oplossingen dient aan te tonen of opname inderdaad mogelijk (kan passende zorg worden opgenomen?) en wenselijk (vermindert opname de belemmerende prikkel?) is.

Binnen de risicoverevening vonden we twee oplossingsrichtingen:

- 1 Onderzoeken of opnemen van passende zorg mogelijk is door het aanpassen van de vormgeving van een vereveningskenmerk tijdens het groot onderhoud. In de vormgeving kunnen bijvoorbeeld risicoklassen, alternatieve bekostigingsvormen van het betreffende type zorg, of gegevens over eerdere jaren worden toegevoegd. Deze oplossingsrichting is alleen mogelijk wanneer het type zorg al tot indeling leidt in de risicoverevening, zoals ziekenhuiszorg.
- 2 Onderzoeken of opnemen van passende zorg mogelijk is door het introduceren van nieuwe risicovereveningskenmerken. Indien het type zorg nog niet tot indeling leidt in de risicoverevening kan de zorg alleen worden verevend door een nieuw risicovereveningskenmerk te introduceren.

Daarnaast kan onderzocht worden of de beweging naar passende zorg buiten de risicoverevening om gestimuleerd kan worden.

Tabel 8 geeft voor iedere belemmering de mogelijkheden binnen oplossingsrichting één en twee weer.

Tabel 8. Voor de voorbeelden waarvoor geen oplossing bestaat in het regulier onderhoud, bestaat in drie van de vier gevallen wel een algemene oplossing

Nr Voorbeeld	Mogelijkheden voor opname in risicoverevening buiten regulier onderhoud (aanvullend onderzoek is vereist om te toetsen of opname inderdaad mogelijk en wenselijk is)
1 COPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventieve zorg toevoegen aan bestaande risicovereveningskenmerken. Voor osteoporose zou in een groot onderhoud bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of de botsparende medicatie kan worden toegevoegd aan het FKG-kenmerk. In het geval van intensievere begeleiding van COPD-patiënten bij het stoppen met roken is dit niet mogelijk omdat dit type zorg (huisarts of andere professionele begeleider) momenteel niet tot indeling leidt.</li> <li>• Indien het niet mogelijk of wenselijk is om preventieve zorg aan bestaande vereveningskenmerken toe te voegen kan onderzoek worden gedaan naar een nieuw risicovereveningskenmerk op basis van declaraties voor preventieve zorg. Hierbij zouden op diagnosesniveau declaraties voor preventieve zorg geïdentificeerd kunnen worden. Door op diagnosesniveau in te delen kunnen binnen het kenmerk verschillende type zorg tot indeling leiden: dit geldt bijvoorbeeld voor botsparende medicatie voor de diagnose osteoporose en begeleiding bij het stoppen met roken voor de diagnose COPD.</li> </ul>

2	Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien het gaat om tertiaire preventie is het meerjarig indelen in vereveningskenmerken op basis van zorggebruik in eerdere jaren (en daarmee een vastgestelde chronische aandoening) mogelijk een oplossing. Recent onderzocht Gupta Strategists of het langer vasthouden van chronische kenmerken in het vereveningsmodel drempels voor passende zorg weg kan nemen.<sup>10</sup> Hieruit bleek echter dat de beperkte verbetering van het model voor een kleine groep verzekerden momenteel niet opweegt tegen de complexiteit en de validiteitsnadelen van de oplossing. Omdat dit onderzoek, vanwege lage patiëntaantallen, geen duidelijke conclusie trok over het voorbeeld dat ging om preventieve zorg is het mogelijk interessant hier nader onderzoek naar te doen.</li> <li>• Onderzoeken of specifieke zorgactiviteiten meegenomen kunnen worden voor de indeling in het DKG-kenmerk. Hierdoor zouden zorgactiviteiten voor Dexa-scans voor osteoporose kunnen worden opgenomen in de risicoverevening.</li> </ul>
3	Pijn op de borst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een nieuw risicovereveningskenmerk onderzoeken voor eerstelijnszorg. Beide oplossingen betreffen een verschuiving naar huisartsenzorg. Er zou onderzocht kunnen worden of het ICPC-classificeringssysteem, dat de standaard is voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsgeneeskundige zorg, gebruikt kan worden om huisartsenregistraties in te delen in de risicoverevening. Echter, de kwaliteit van de registraties dient op orde te zijn. Ook dient onderzocht te worden hoe onderscheid gemaakt kan worden tussen een diagnose en een verdenking op een aandoening. Dit maakt het opnemen van huisartsenzorg in een risicovereveningskenmerk complex.</li> </ul>
4	Diagnostiek PAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indelen van M&amp;I-verrichting in nieuw risicovereveningskenmerk voor eerstelijnszorg. Voor PAV kan een enkel-armindex worden gedeclareerd via een M&amp;I verrichting<sup>27</sup> (een prestatiebeschrijving en tarief voor geneeskundige zorg die wordt geleverd door huisartsen in het kader van Modernisering en Innovatie).</li> <li>• Mogelijk is ook hier het meerjarig indelen in vereveningskenmerken op basis van zorggebruik van eerdere jaren een oplossing indien patiënten ook na de verschuiving van zorg eerst nog een (korte) periode gebruik maken van de 'oude' zorg, bijvoorbeeld bij het sneller terugverwijzen van patiënten met stabiele angina pectoris van de cardioloog naar de huisarts.</li> </ul>
5	ADZ – ParkinsonNet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderzoeken of innovatieve bekostiging kan worden toegevoegd aan bestaande risicovereveningskenmerken voor zorgtypen die momenteel al tot indeling leiden in de risicoverevening. Dit betreft bijvoorbeeld het toevoegen van ozp's of facultatieve prestaties aan het DKG-kenmerk dat momenteel alleen uitgaat van dbc-zorgproducten. Dbc's worden ingedeeld op basis van de diagnose en het specialisme waarvoor deze geregistreerd zijn. Voor ozp's wordt alleen het specialisme en niet de diagnose geregistreerd. Toch kunnen meerdere manieren van indeling onderzocht worden: indeling van ozp's op basis van specialisme of koppeling van ozp's aan de diagnose van de patiënt door te koppelen met dbc's in hetzelfde jaar of in eerdere jaren.</li> <li>• ADZ ParkinsonNet wordt momenteel meegenomen in de risicoverevening door een ophoging van het macroprestatiebedrag (MPB) ter hoogte van de kosten voor ParkinsonNet. De zorgverzekeraar verdeelt de kosten voor de lumpsum over (maar brengt het niet in rekening bij) verzekerden met de ziekte van Parkinson volgens een verdeelsleutel, door deze in het Kosten per verzekerde (KPV) bestand bij de kosten van de betreffende patiënten op te tellen.</li> </ul>
5	IBD - Telemonitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien voor meer sectoroverstijgende zorg ADZ betaaltitels geïntroduceerd worden, is het de vraag of bovenstaande een houdbare oplossing blijft. Het is daarom interessant om te onderzoeken of ADZ-regelingen en andere zorg die niet aan individuen te koppelen is, toegevoegd kan worden aan het vereveningsmodel door groepsfactoren mee te nemen in het vereveningsmodel. De schatting van het vereveningsmodel bevat dan niet alleen het individuniveau maar ook een groepsniveau voor patiëntgroepen. Dit betekent dat het vereveningsmodel een hiërarchisch model zou worden.</li> </ul>
7	ICD	<p>Voor de belemmering <i>Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit</i> vonden we geen oplossing. Patiëntgroepen waarop de verbetering van toepassing is, zijn niet goed te</p>

<sup>27</sup> M&I verrichting 13001: Diagnostiek met behulp van Doppler

Naast het toevoegen van passende zorg in de risicoverevening kan onderzocht worden of de beweging naar passende zorg buiten de risicoverevening gestimuleerd kan worden. Dit heeft als doel om te compenseren voor de belemmerende prikkels binnen de risicoverevening. Een voorbeeld van een oplossing buiten de risicoverevening is regelruimte. Dit is eerder voorgesteld door de Raad Volksgezondheid & Samenleving (RVS) in het kader van domeinoverstijgende samenwerking. De RVS constateert dat het voorkomen van bepaalde curatieve zorg tot gevolg kan hebben dat de compensatie die zorgverzekeraars ontvangen uit het vereveningsfonds afneemt, en dat dit ertoe kan leiden dat zorgverzekeraars op voorhand voorzichtiger zijn in het bijdragen aan regionale initiatieven voor betere en meer samenhangende zorg.<sup>28</sup>

De RVS beveelt aan om vrije regelruimte voor zorginkopers te formaliseren, om structurele bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking beter mogelijk te maken. Het structureel bekostigen van deze vormen van samenwerking is nu vanuit het rechtmatigheidsbeginsel niet mogelijk. Zorginkopers zouden met deze regelruimte twee procent van de premiegelden vrij kunnen besteden aan zelf in te vullen prestaties.

Op dit moment gebruiken zorgverzekeraars tariefdifferentiatie om (de investering in) passende zorg te vergoeden. Omdat de risicoverevening uitgaat van gemiddelden over alle zorgverzekeraars is dit op grotere schaal niet houdbaar. Ook hierbij kan regelruimte helpen om de tarieven voor prestaties zuiver te houden en de investering voor passende zorg buiten de risicoverevening te houden.

---

<sup>28</sup> Raad Volksgezondheid & Samenleving – Met de stroom mee, Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning (juni 2023)

# Bijlage 1. Selectie van voorbeelden van passende en innovatieve zorg

## Het opstellen van een longlist met voorbeelden van passende en innovatieve zorg

Om tot de selectie van voorbeelden te komen die we in dit onderzoek analyseerden, stelden we een longlist op van voorbeelden van passende en innovatieve zorg op. We verzamelden voorbeelden van passende en innovatieve zorg uit verschillende bronnen:

- Eerdere onderzoeken naar passende zorg en de risicoverevening: onderzoek van APE Significant<sup>1</sup> en Rebel en onderzoek van Gupta Strategists<sup>10</sup>;
- Zinnige Zorg trajecten van ZIN ;
- De implementatieagenda van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) ;
- Voorbeelden aangedragen door de begeleidingscommissie.

Voorbeelden uit deze bronnen toetsten we aan drie criteria voor passende zorg en vier criteria voor innovatieve zorg. Alleen als voorbeelden aan deze criteria voldeden namen we ze op in de longlist (zie Figuur 8).



Figuur 8. We pasten drie of vier selectiecriteria toe op de voorbeelden van passende of innovatieve zorg uit de bronnen om tot de longlist te komen

Dit resulteerde in de longlist in Tabel 9. Voor ieder voorbeeld op de longlist schatten we in of er sprake was van een mogelijke belemmering vanuit de risicoverevening (zie §2.1). De gearceerde voorbeelden selecteerden we voor het onderzoek (zie volgende paragraaf).

Tabel 9. We stelden een longlist op met negentien voorbeelden van passende en innovatieve zorg

Voorbeeld	Omschrijving	Mogelijke belemmering
COPD: begeleiding bij stoppen met roken	Minder klinische exacerbaties doordat COPD-patiënten in meer gevallen en langduriger ondersteuning bij stoppen met roken ontvangen.	Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd
COPD: triple inhaler therapie	Minder bijwerkingen van ICS door gericht voorschrijven.	Lijkt geen belemmering te zijn voor inzet op passende zorg

Multipel Myeloom: personalized medicine	Verbeterde behandeling van multipel myeloom na test op genexpressie.	Lijkt geen belemmering te zijn voor inzet op passende zorg
Pijn op de borst: substitutie naar eerste lijn	Stabiele patiënten met medicamenteuze behandeling worden terug naar huisarts verwezen.	Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel
Stabiele angina pectoris: medicamenteuze behandeling	Minder invasieve behandelingen door deze pas uit te voeren na falen medicamenteuze behandeling.	Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit
Protonentherapie	Gezondheidswinst door nauwkeurigere behandeling van tumorbestraling.	Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel ( <i>voor protonentherapie was dit in een belemmering, inmiddels is protonentherapie opgenomen in de risicoverevening</i> )
Perifeer arterieel vaatlijden: diagnostiek naar eerste lijn	Minder zorg(producten) in tweede lijn door diagnostiek PAV in eerste lijn.	Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel
ADZ ParkinsonNet	Bekostiging voor ondersteuning van zorg loopt via risicoverevening in plaats van innovatieve bekostigingsvorm.	Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicoverevening
Cystische Fibrose: combinatietherapie in verschillende risicoklassen FKG	Minder ademhalingsproblemen door combinatietherapie.	Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd
Kanker: nieuwe innovatieve geneesmiddelen en tumor-agnostische middelen	Gezondheidswinst door slinken van tumor na gebruiken medicatie bij mensen met specifieke genmutatie.	Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel
Spinale musculaire atrofie (SMA): weesgeneesmiddelen	Weesgeneesmiddel dat versneld is geregistreerd voor de behandeling van SMA.	Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel

CAR-T-celtherapie: gentechniek immuuntherapie o.b.v. DNA-profiel	Gezondheidswinst door persoonlijke celtherapie.	Innovatieve zorg die (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel
Prehabilitatie vijf heelkundige zorgpaden (msz)	Sneller en beter herstel van operatie door verbetering van fysieke en mentale gezondheid vier weken voor operatie.	Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd
OSAS: diagnostiek naar eerste lijn en terughoudendheid met inzetten van slaapendoscopie	Minder zorg(producten) in tweede lijn door diagnostiek laagcomplexiteit patiënten in eerste lijn.	Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel
ICD: verbeteren indicatiestelling plaatsing en vervanging	Minder ICD-plaatsingen door verscherpte indicatiestelling van plaatsing en vervanging ICD's.	Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit
Prostaatcancer: MRI voor opsporing	Minder onterechte diagnoses prostaatcancer door prostaat-MRI.	Passende zorg die leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel
Telemonitoring: monitoring op afstand	Minder polikliniekbezoeken en ziekenhuisopnames door monitoring op afstand.	Passende en innovatieve zorg met betaaltitels die niet gebruikt worden in de risicoverevening
Astma: stop SABA-overgebruik	Gezondheidswinst door gebruik ICS in plaats van overgebruik SABA.	Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit
Osteoporose: voorkomen fracturen	Voorkomen fracturen door meer diagnostiek en sneller medicamenteuze behandeling.	Passende zorg heeft langere of onzekere terugverdientijd

## Van longlist naar shortlist

Om tot de tien voorbeelden te komen die we analyseerden in dit onderzoek stelden we criteria op voor de selectie van de longlist naar de shortlist. We kenden scores toe op basis van drie onderwerpen: risicoverevening, zorg en variatie. De eerste twee onderwerpen bevatten



verschillende subonderdelen waarvoor we een score van hoog, midden of laag toekenden. De gewogen score op de subonderdelen geeft een score tussen nul en één per onderwerp. De eindscore is de som van de scores over de twee onderwerpen. Voor de hoogst scorende voorbeelden maakten we op basis van het onderwerp variatie een definitieve shortlist.

Tabel 10. We beoordeelden de voorbeelden op drie onderwerpen met bijbehorende subonderdelen om tot een shortlist te komen

Onderwerp	Subonderdeel (laag/midden/hoog)	Weging (P=passende zorg, I = Innovatieve zorg)
Risicoverevening	Verwachte mate van gevolgen voor vereveningsresultaat verzekerde	1/4 (P en I)
	Heeft voorbeeld naar verwachting gevolgen voor indeling in kenmerk <sup>29</sup>	1/4 (P en I)
	Is voorbeeld (nu of in toekomst) identificeerbaar met declaratiebestanden en wordt voorbeeld uniform geregistreerd door zorgverzekeraars <sup>30</sup>	1/4 (P en I)
	Word het voorbeeld op patiëntniveau ingezet en gedeclareerd? <sup>31</sup>	1/4 (P en I)
Zorg	Verwachte mate van impact in termen van aantal patiënten	1/3 (P) 1/4 (I)
	Verwachte mate van impact in termen kosten	1/3 (P) 1/4 (I)
	Verwachte mate waarin voorbeeld al wordt ingezet (implementatiegraad)	1/3 (P) 1/4 (I)
	Alleen voor innovatieve zorg: in hoeverre is ook sprake van passende zorg?	N.v.t. (P) 1/4 (I)
Variatie	<p>Om breed te leren voor regulier onderhoud houden we in voorstel shortlist rekening met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mix van voorbeelden uit de 'lijnen' van de relevante Zvw-zorg voor het somatische model</li> <li>• Mix van verschillende vereveningskenmerken waar voorbeelden impact op hebben</li> <li>• Mix van type van innovaties/passende zorg</li> </ul>	

<sup>29</sup> Dit subonderdeel scoorden we alleen laag (geen verwachte gevolgen voor indeling) of hoog (wel verwachte gevolgen voor de indeling)

<sup>30</sup> Dit subonderdeel scoorden we alleen laag (niet identificeerbaar of uniform) of hoog (wel identificeerbaar en uniform)

<sup>31</sup> Dit subonderdeel scoorden we alleen laag (niet op patiëntniveau) of hoog (wel op patiëntniveau)

Tabel 11. We gaven ieder voorbeeld een score tussen de nul en twee op basis van de selectiecriteria voor de short list. De voorbeelden zijn gesorteerd van hoogste score naar laagste score.

Voorbeeld	Score
Kanker: nieuwe innovatieve geneesmiddelen en tumor-agnostische middelen	2,1
Perifeer arterieel vaatlijden: diagnostiek naar eerste lijn	2
Spinale musculaire atrofie (SMA): weesgeneesmiddelen	2
Telemonitoring: monitoring op afstand	2
Osteoporose: voorkomen fractures	2
COPD: begeleiding bij stoppen met roken	1,9
Pijn op de borst: substitutie naar eerste lijn	1,9
CAR-T-celtherapie: gentechniek immunotherapie o.b.v. DNA-profiel	1,9
ICD: verbeteren indicatiestelling plaatsing en vervanging	1,8
Prostaatcancer: MRI voor opsporing	1,8
Protonetherapie	1,7
Cystische Fibrose: combinatietherapie in verschillende risicoklassen FKG	1,7
Stabiele angina pectoris: medicamenteuze behandeling	1,6
ADZ ParkinsonNet	1,6
COPD: triple inhaler therapie	1,5
Prehabilitatie vijf heelkundige zorgpaden (msz)	1,5
OSAS: diagnostiek naar eerste lijn en terughoudendheid met inzetten van slaapendoscopie	1,4
Astma: stop SABA-overgebruik	1,3
Multipel Myeloom: personalized medicine	1,1

De voorbeelden die we selecteerden komen niet overeen met de voorbeelden die het hoogst scoren volgens de selectiecriteria. Op basis van de aantal kwalitatieve argumenten in Tabel 12 zijn voorbeelden, die niet hoog scoorden, geselecteerd en voorbeelden die wel hoog scoorden niet geselecteerd.

Tabel 12. Ondanks een hoge score zijn voorbeelden niet altijd geselecteerd en ondanks een lage score is een voorbeeld wel geselecteerd. Dit heeft te maken met gewenste variatie in voorbeelden of inhoudelijke relevantie van andere voorbeelden.

Voorbeeld	Reden wel of geen selectie
Kanker: nieuwe innovatieve geneesmiddelen en tumor-agnostische middelen	Geen selectie omdat CAR-T relevanter is: zowel larotrectinib als entrectinib leiden al tot indeling in het FKG-kenmerk.
Prostaatcancer: MRI voor opsporing	Geen selectie omdat verandering van voorbeeld vergelijkbaar is met dat van PAV-voorbeeld.
Protonentherapie	Geen selectie door opname in de risicoverevening en daardoor belemmerende prikkel weggenomen
Cystische Fibrose: combinatietherapie in verschillende risicoklassen FKG	Geen selectie door nieuwe CFTR-klasse en waardoor belemmerende prikkel weggenomen
Stabiele angina pectoris: medicamenteuze behandeling	Geen selectie door meenemen pijn op de borst: voorbeeld van zelfde aandoening met hogere score
Astma: stop SABA-overgebruik	Selectie zodat een tweede voorbeeld van belemmering <i>Passende zorg die leidt tot ander of minder zorggebruik</i> waardoor verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage scheefgroeit zijn opgenomen in shortlist

# Bijlage 2. Deelnemers begeleidingscommissie

Dit onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie met vijftien deelnemers en een agendalid vanuit verschillende organisaties (Tabel 13). Gedurende het onderzoek hielden we vijf bijeenkomsten met de begeleidingscommissie:

- 1 Toetsen plan van aanpak en criteria voor de selectie van voorbeelden voor longlist en shortlist.
- 2 Vaststellen van de short list met voorbeelden voor verdiepend onderzoek en vaststellen van het analyseplan.
- 3 Bespreken en toetsen van de resultaten van de analyses hoe voorbeelden van de short list in de risicoverevening landen.
- 4 Toetsen van mogelijkheden voor versnelde opname van passende zorg in de risicoverevening binnen het regulier onderhoud en algemeen.
- 5 Bespreken van het concept eindrapport.

Tabel 13. De begeleidingscommissie bestond uit dertien deelnemers en een agendalid

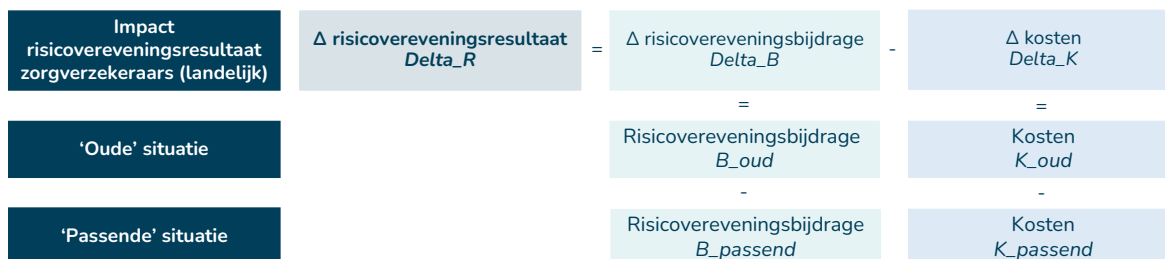
Naam	Organisatie
Mona Briggmann	Zorginstituut Nederland
Caren Tempelman	
Terry Vrinzen	
Lonneke Koenraadt-Janssen	
Roy van Egmond	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Jan Reitsma	Zorgverzekeraars Nederland
Ben Oudhuis	
Leonard Pijnenburg	
Etta van der Weijden	VGZ
Eric van der Hijden	Zilveren Kruis
Christine Kestens	CZ
Yvette van Dam	
Kirsten de Brouwer	Zorgevaluatie en Gepast Gebruik
Sjoerd Repping (agendalid)	
Harm Lieverdink	Nederlandse Zorgautoriteit
Xander Koolman	Vrije Universiteit Amsterdam

# Bijlage 3. Analyse per voorbeeld van innovatieve of passende zorg

## Blauwdruk van analyses

- We onderzochten mogelijke belemmerende prikkels in de risicoverevening bij de beweging naar passende en innovatieve zorg. Er is sprake van een mogelijke belemmerende prikkel als zorgverzekeraars financieel nadeel ervaren wanneer zij overgaan op passende en innovatieve zorg.
- Wij spreken in dit onderzoek van “prikkel” en niet van “werking”. Een belemmerende prikkel betekent namelijk niet één-op-één dat de risicoverevening een belemmerende werking heeft. Het kan zijn dat er sprake is van een belemmerende prikkel, maar dat zorgverzekeraars hier hun gedrag in de praktijk niet op (kunnen) aanpassen.
- Of zorgverzekeraars hun gedrag aanpassen op basis van deze prikkels en er ook sprake is van een belemmerende werking valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek. In eerder onderzoek kwamen praktijkvoorbeelden naar voren waarbij twijfels over het financieel resultaat als gevolg van een verwachte daling in vereveningsbijdrage wel tot ander gedrag (vertraging en mogelijke afstel van opschaling van veronderstelde passende zorg) heeft geleid bij zorgverzekeraars.<sup>4</sup>
- We beoordelen belemmerende prikkels op landelijk niveau, namelijk als som van het vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars. We onderzochten de gevolgen voor individuele zorgverzekeraars niet. Het kan zijn dat voor een individuele zorgverzekeraar het teken (positief/negatief) van het vereveningsresultaat afwijkt van het teken op landelijk niveau.
- We bepalen de delta van het vereveningsresultaat (Delta\_R) om vast te stellen of er sprake is van een belemmerende prikkel vanuit de risicoverevening. Als de delta van het vereveningsresultaat positief is er geen sprake van een belemmerende prikkel. Als de delta van het vereveningsresultaat negatief is, is er wel sprake van een belemmerende prikkel: op landelijk niveau ervaren zorgverzekeraars financieel nadeel van de overgang naar passende zorg voor de betreffende patiëntgroep.
- We onderzoeken de gevolgen van het risicovereveningsresultaat voor de patiëntgroep die valt onder het voorbeeld. Een negatief vereveningsresultaat betekent dat het vereveningsresultaat van de patiëntgroep uit het voorbeeld daalt, het betekent niet één op één dat het totale bedrag dat in de risicoverevening verdeeld wordt over zorgverzekeraars daalt.
- Vanwege afronding van (tussentijdse) resultaten in het rapport en het werken met onafgeronde getallen in de berekening kan het zijn dat eindresultaten in het rapport afwijken van afgeronde tussenresultaten in de getoonde berekening.
- **Delta\_R:** De delta van het vereveningsresultaat (Delta\_R) is gelijk aan de delta van de vereveningsbijdrage (Delta\_B) minus de delta van de kosten (Delta\_K) (Figuur 9). Voor het bepalen van de delta van de vereveningsbijdrage en de delta van de kosten vergelijken we de vereveningsbijdrage en kosten in de ‘oude’ en ‘passende’ situatie. Met de ‘oude’ situatie

bedoelen we de meest gangbare manier waarop zorg geleverd werd voordat de innovatieve zorg of inzichten in passende zorg beschikbaar kwamen. De ‘passende situatie’ is de situatie met passende of innovatieve zorg (of bekostiging).



Figuur 9. We bepalen de delta in het vereveningsresultaat tussen de oude en passende situatie als de delta van de vereveningsbijdrage minus de delta van de kosten

- **Delta\_B:** De delta van de vereveningsbijdrage is het verschil tussen de vereveningsbijdrage in de oude (*B\_oud*) en de passende (*B\_passend*) situatie. We bepalen dit verschil door de kenmerkinding van de oude en passende situatie met elkaar te vergelijken. De kenmerkinding is de indeling van verzekerden in de risicoklassen van een vereveningskenmerk. De kenmerkinding verschilt in de twee situatie doordat we na het bepalen van de oude kenmerkinding de declaratiebestanden aanpassen op de passende situatie. We vermenigvuldigen het verschil in verzekerden(jaren) van een risicoklasse met het bijbehorende normbedrag<sup>32</sup>. Wanneer er veranderingen zijn in meerdere risicoklassen is de som van de verandering in vereveningsbijdragen vermenigvuldigd met het aantal verzekerdenjaren in de betreffende risicoklassen de delta.
- **Delta\_K:** We berekenen de kostendelta als verschil tussen de kosten in de oude situatie (*K\_oud*) en de passende situatie (*K\_passend*). We berekenen *K\_oud* en *K\_passend* aan de hand van bijvoorbeeld verzekerden(jaren), zorgproducten, of consulten en de bijbehorende kosten per eenheid in de oude situatie of passende situatie. De aantallen en kosten bepalen we in een deel van de voorbeelden aan de hand van de declaratiebestanden van ZIN en voor het andere deel aan de hand van aannames op basis van bronnen zoals de verbeteringsignalen van ZIN.

De uitkomsten resulteren in verschillende scenario's (Tabel 14).

<sup>32</sup> We gebruiken de meest recente normbedragen. Dit zijn de normbedragen uit 2023. Deze zijn te vinden in de [Regeling risicoverevening 2023](#).

Tabel 14. De uitkomsten resulteren in scenario's met of zonder belemmerende prikkel. ZIN werkte ook met deze scenario's in eerdere onderzoeken. <sup>4</sup>

In rode tekst geven we de situaties weer met een afname van het vereveningsresultaat. In groen de situaties met een toename van het vereveningsresultaat.

	Vereveningsbijdrage neemt toe	Vereveningsbijdrage neemt af
Kosten nemen toe	<p>1) Bijdrage neemt meer toe dan kosten (ombuiging van kostentoe name tot positief resultaat)</p> <p>2) Bijdrage neemt minder toe dan kosten (demping negatief resultaat kosten)</p>	<p>3) Versterking kostentoe name</p>
Kosten nemen af	<p>4) Versterking kostenafname</p>	<p>5) Bijdrage neemt meer af dan kosten (ombuiging van kostenafname tot negatief resultaat)</p> <p>6) Bijdrage neemt minder af dan kosten (demping kostenafname)</p>

## Opmerkingen vooraf

Groene teksten zijn aannames gemaakt door SiRM en getoetst tijdens een interview met een expert op het gebied van het voorbeeld. Voor het merendeel van de experts gaat dit om degene die namens ZIN heeft gewerkt aan het verbeter signalement dat hoort bij het voorbeeld of aan de impactanalyse van het verbeter signalement.

In dit onderzoek schatten we voor tien voorbeelden wat de gevolgen zijn van passende zorg op de vereveningsbijdrage en de zorgkosten. Met deze schattingen willen we een gevoel krijgen bij de richting van mogelijke (belemmerende) prikkels in de risicoverevening. We bepalen de gevolgen met een versimpelde methodiek waarin we indien nodig aannames maakten op basis van beschikbare informatie en onzekerheden rondom exacte impact van passende zorg. Een schatting met een versimpelde methodiek is voldoende om in te schatten of in de risicoverevening een belemmerende prikkel bestaat voor de beweging naar passende zorg. Om te toetsen of de onzekerheid in aannames gevolgen heeft voor de richting van mogelijke prikkels bepalen we waar mogelijk zowel een onder- als bovengrens van de impact op het vereveningsresultaat.

De versimpelingen die we maken in de methodiek gaan uit van het volgende:

- We nemen de verandering in het verbeteringsignalement als uitgangspunt en houden geen rekening met de kans dat verbetering wel/niet plaatsvindt. Dit betekent ook dat we aannames, bijvoorbeeld over de grootte van veranderingen, baseren op de verbeteringsignalen.
- We houden geen rekening met welk jaar opbrengsten en kosten gerealiseerd worden en dus de snelheid waarmee verbeteringen naar verwachting geïmplementeerd worden. We gaan ervan uit dat investering en de realisatie van opbrengsten altijd in hetzelfde jaar plaatsvinden: we bepalen de landing in de risicoverevening voor één jaar. Het kan zijn dat de kosten zeker zijn (bijvoorbeeld begeleiding bij het stoppen met roken) maar de opbrengsten of timing daarvan onzeker (bijvoorbeeld voorkomen van opnames door de betere begeleiding), ook hier houden we geen rekening mee.
- We houden geen rekening met het effect van veranderingen op normbedragen. De aantallen declaraties en bijbehorende kosten hebben invloed op de normbedragen. Een herschatting van het vereveningsmodel om de normbedragen in de passende situatie viel buiten de reikwijdte van het onderzoek. Naar verwachting zijn de effecten op de normbedragen zeer beperkt.

We verwachten dat bovenstaande versimpelingen geen gevolgen hebben op de conclusie of de risicoverevening een belemmerende prikkel veroorzaakt of niet. Dat willen zeggen, we verwachten dat de delta van het vereveningsresultaat niet positief of negatief wordt, wanneer het zonder de versimpelingen het tegenovergestelde is. De omvang van de delta kan wel enigszins verschillen.

Waar we het in dit rapport hebben over de kosten kan het ook gaan om de schadelast, we maken geen onderscheid tussen kosten en schadelast. Het onderscheid is niet relevant voor de conclusies in dit rapport.

## COPD: begeleiding bij stoppen met roken

### Omschrijving verandering en relevantie

Het verbeteringsignalement van ZIN<sup>33</sup> omschrijft dat zorgprofessionals te weinig ondersteuning bieden aan COPD-patiënten bij het stoppen met roken. ZIN becijfert dat slechts bij 15% van alle serieuze stoppogingen sprake is van begeleiding op basis van effectief bewezen therapie. Hiernaast vindt verwijzing naar gecertificeerde 'stoppen met roken'-coaches slechts beperkt plaats door huis- en longartsen, terwijl begeleiding bij COPD-patiënten langduriger (6-12 maanden) moet plaatsvinden dan bij rokers in het algemeen volgens richtlijnen.

Stoppen met roken beïnvloedt het ziekteproces van COPD-patiënten in positieve zin: het resulteert in minder klinische exacerbaties (op langere termijn). Zo gaat het verbeteringsignalement ervan uit dat een rokende COPD-patiënt een twee keer zo grote kans heeft op een exacerbatie als een niet-rokende patiënt. Daarom zet het verbeteringsignalement in op betere begeleiding van COPD-patiënten tijdens het stoppen met roken. Dit houdt in dat de zorgprofessional langduriger

---

<sup>33</sup> [Zinnige Zorg - Verbetersignalement COPD](#)



en intensiever begeleiding biedt, en indien de zorgprofessional dit niet zelf kan, doorverwijst naar een ‘stop roken’-coach. Samenvattend komt dit neer op de verandering in Tabel 15.

Tabel 15. COPD-patiënten ontvangen in passende situatie langduriger en intensiever begeleiding bij het stoppen met roken

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	COPD-patiënten ontvangen mogelijk al wel ondersteuning van zorgprofessionals bij het stoppen met roken, maar deze ondersteuning is nog niet van de gewenste intensiteit.
Passende situatie	Zorgprofessionals geven langduriger en intensiever begeleiding aan COPD-patiënten. Indien hulpverlener dit niet zelf kan, verwijst de hulpverlener de patiënt door naar een ‘stop roken’-coach.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

Bij COPD is stoppen met roken de belangrijkste behandeling. Stoppen met roken verkleint de kans op een klinische exacerbatie en vergroot de kans op langer leven voor de COPD-patiënt. Op dit moment is er bij slechts bij vijftien procent van alle serieuze stoppogingen (minimaal 24 uur niet roken) sprake van begeleiding op basis van effectief bewezen therapie.<sup>33</sup> Dit biedt dus ruimte voor intensieve(re) begeleiding bij stoppen met roken.

### Selectie en identificatie van patiënten

COPD-patiënten, waarbij door het intensiever begeleiden bij het stoppen met roken een klinische exacerbatie van COPD voorkomen wordt, vallen onder dit voorbeeld. We selecteren deze patiënten als volgt:

- Patiënten met COPD zijn te herkennen aan specialisme longgeneeskunde (0322) en diagnose COPD (1241).
- Een COPD-longaanval (exacerbatie COPD) is een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen een of enkele dagen, die kan leiden tot een ziekenhuisopname. Er zijn echter geen zorgproducten die exacerbaties of longaanval in de omschrijving hebben. **We gaan er daarom vanuit dat alle ziekenhuisopnames met verpleegdagen voor de diagnose COPD het gevolg zijn van exacerbaties. Dit betreft voor de bovenstaande specialisme-diagnosecombinatie de zorgproducten in Tabel 16. Het totaal aantal patiënten voor deze acht zorgproducten tezamen is gelijk aan circa 14 duizend<sup>34</sup>.** Het verbeter signalement beschrijft dat er jaarlijks 25 duizend klinische exacerbaties zijn. We hebben geen verklaring kunnen vinden voor het verschil tussen beide aantallen.
- Het aantal klinische exacerbaties neemt af met 3.028 per jaar volgens het verbeter signalement van het Zorginstituut wanneer de impact van de stopproken maatregelen materialiseert.

<sup>34</sup> Berekend op basis van DIS open data, NZa.

Tabel 16. Er zijn verschillende zorgproducten die we hanteren voor klinische exacerbaties van COPD

Zorgproductcode	Omschrijving van zorgproduct
100501021	Ziekenhuisopname met maximaal 4 verpleegdagen bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)
100501022	Ziekenhuisopname met maximaal 4 verpleegdagen met beademing bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)
100501025	Opname met 5 tot maximaal 14 verpleegdagen bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)
100501026	Opname met 5 tot maximaal 14 verpleegdagen, met beademing bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)
100501032	Ziekenhuisopname van 15 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)
100501031	Ziekenhuisopname van 15 tot maximaal 28 verpleegdagen met beademing bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)
100501029	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)
100501030	Ziekenhuisopname met beademing met meer dan 28 verpleegdagen bij een chronische ontsteking van de longen met/ zonder blijvende schade (COPD)

### Methodiek doorrekening (bovengrens)

De doorrekening van dit voorbeeld bestaat uit verschillende onderdelen (Tabel 17).

Tabel 17. We bepalen de delta in het vereveningsresultaat aan de hand van de delta in de vereveningsbijdrage en kosten

Onderdeel doorrekening	Stappen
Simulatie van voorkomen COPD-exacerbaties	Selecteren COPD-patiënten op basis van specialisme- en diagnosecode.
	Selecteren COPD-patiënten met klinische exacerbatie op basis van zorgproductcodes uit Tabel 16.
	Toekennen willekeurige waarde tussen nul en één, die uniforme verdeling volgt, aan zorgproducten van (overgebleven) COPD-patiënten.
	Markeren van 3.028 willekeurige zorgproducten uit selectie op basis van toegekende waarde. Markeren o.b.v. grenswaarde waarbij 3.028 zorgproducten toegekende waarde hebben kleiner dan de grenswaarde.
	Bepalen indeling patiënten in DKG-kenmerk.

Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	<b>B_oud:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-5 (dit is de positieve risicoklasse waarin een verzekerde met ziekenhuiszorg voor diagnose COPD ingedeeld wordt), en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-5 respectievelijk.
	Verwijderen gemarkeerde zorgproducten voor klinische exacerbaties van COPD.
	Opnieuw indelen patiënten in het DKG-kenmerk.
	<b>B_passend:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-5, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-5 respectievelijk.
Bepalen delta kosten (Delta_K)	<b>K_oud:</b> Berekenen kosten oude situatie zonder extra begeleiding en (dus) meer exacerbaties.
	<b>K_passend:</b> Berekenen kosten passende situatie met extra begeleiding en (dus) minder exacerbaties.

## Berekening uitkomst analyse (bovengrens)

### Bepalen delta vereveningsbijdrage

Tabel 18. De afname van de vereveningsbijdrage is afgerond €3 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€2,6 mln = $1.000 \times \text{€}2.625,93$	Ongeveer duizend verzekerdenjaren meer in DKG-5 in oude situatie.
B_passend	€-0,2 mln = $500 \times \text{€} -440,37$	Ongeveer vijfhonderd verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie.
Delta_B	€-2,8 mln = $\text{€} -0,2 \text{ mln} - \text{€}2,6 \text{ mln}$	Netto resultaat van oud naar passend.

### Bepalen delta kosten

Tabel 19. De toename van kosten is afgerond €4 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€13 mln = $3.000 \times \text{€}4.404$	Circa 3 duizend exacerbaties met gemiddelde kosten van €4.404 die in oude situatie niet voorkomen werden.
K_passend	€18 mln = $57.700 \times \text{€}309$	Kosten langdurigere en intensievere begeleiding bij stoppen met roken voor 57.700 COPD-patiënten à €309 extra ten opzichte van bestaande behandeling
Delta_K	€4 mln = $\text{€}18 \text{ mln} - \text{€}13 \text{ mln}$	Netto resultaat van oud naar passend

## Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 20. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -7 miljoen door een afname van € 3 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostentoeename van €4 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€ -7 mln	€ -3 mln	€4mln

## Ondergrens van vereveningsresultaat

In de uitgangssituatie gaan we ervan uit dat opnames willekeurig voorkomen worden onafhankelijk van de duur van de opname. In de ondergrens gaan we ervan uit dat alle opnames die voorkomen worden de opnames zijn met de kortste ligduur. Dit doen we omdat het waarschijnlijk lijkt dat dit "lichtste" klinische exacerbaties zijn. Dit houdt in dat we in de ondergrens kijken naar ziekenhuisopnames met maximaal vier verpleegdagen bij COPD (zorgproduct 100501021).

## Bepalen delta vereveningsbijdrage ondergrens

Tabel 21. De afname van de vereveningsbijdrage is ook in de ondergrens afgerond €3 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€2,8 mln = $1.050 \times \text{€}2.625,93$	1.050 verzekerdenjaren meer in DKG-5 in oude situatie (was in bovengrens 1.000 verzekerdenjaren).
B_passend	€-0,2 mln = $550 \times \text{€} -440,37$	550 verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie (was in bovengrens 500 verzekerdenjaren).
Delta_B	€-3,0 mln = $\text{€} -0,2 \text{ mln} - \text{€}2,8 \text{ mln}$	Netto resultaat van oud naar passend.

## Bepalen delta kosten ondergrens

Tabel 22. De delta van de kosten neemt toe naar ongeveer €10 miljoen door lagere voorkomen kosten

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€8 mln = $3.028 \times \text{€}2.635$	Kosten exacerbaties die in oude situatie niet voorkomen worden (was in bovengrens €4.404 per exacerbatie).
K_passend		<i>Gelijk aan K_passend in bovengrens</i>
Delta_K	€10 mln = $\text{€}18 \text{ mln} - \text{€}8 \text{ mln}$	Netto resultaat van oud naar passend

## Bepalen delta vereveningsresultaat ondergrens

Tabel 23. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -13 miljoen door een afname van € 3 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostentoeename van €10 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€ -13 mln	€ -3 mln	€ 10 mln

### Conclusie

De risicoverevening veroorzaakt een belemmerende prikkel bij deze beweging naar passende zorg; op totaalniveau heeft de beweging negatieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars voor zowel de bovengrens als de ondergrens van het resultaat. In de ondergrens gaat dit om een versterking van €3 miljoen van de kostentoeename van €10 miljoen. Hierdoor neemt het vereveningsresultaat af met €13 miljoen. In het geval van de bovengrens betreft dit een versterking van €3 miljoen van de toename van zorgkosten van €4 miljoen. Dit leidt tot een afname van het vereveningsresultaat van €7 miljoen.

## Osteoporose: voorkomen van fracturen

### Omschrijving verandering en relevantie

Osteoporose is een chronische aandoening waarbij de sterkte van botten afneemt. Hierdoor hebben osteoporosepatiënten een verhoogd risico op een botbreuk. ZIN beschrijft in het verbeter signalement meerdere voorstellen om de behandeling van osteoporose te verbeteren voor patiënten die een eerdere botbreuk hebben gehad<sup>35</sup>:

- Voorkom onderdiagnostiek, onder andere door bij meer patiënten hun botdichtheid te meten via een dexam-scan.
- Verbeter de behandeling van osteoporose, onder andere door meer patiënten te behandelen met botsparende medicatie na een botbreuk.
- Verbeter patiënteninformatie over osteoporose.

ZIN schat in dat deze verbeteringen tezamen ertoe leiden dat meer dan 22 duizend mensen extra medicatie krijgen en jaarlijks bijna anderhalf duizend nieuwe botbreuken voorkomen worden. Botbreuken leiden zowel via het DKG- als het FDG-kenmerk tot indeling in de risicoverevening. Omdat preventie, bijvoorbeeld door leefstijladvies, geen onderdeel van de risicoverevening is en geen gevolgen voor de indeling heeft, leidt de afname in botbreuken mogelijk tot een afname in het aantal ingedeelde patiënten in de passende situatie. Samenvattend komt dit neer op de verandering in Tabel 24.

<sup>35</sup> [Zinnige Zorg – Verbetersignalement Osteoporose](#)

Tabel 24. In de passende situatie ontvangen osteoporosepatiënten een verbeterde osteoporosebehandeling na een botbreuk

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	Patiënten ontvangen na een botbreuk osteoporosebehandeling volgens oude praktijk.
Passende situatie	Osteoporosepatiënten ontvangen na een botbreuk verbeterde osteoporosebehandeling.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

De kans op een nieuwe botbreuk van een patiënt met osteoporose vermindert door gebruik van botsparende medicatie na een fractuur of bij gebruik van glucocorticoïden of denosumab. Valpreventie kan hier ook aan bijdragen. Op dit moment gebruiken onvoldoende vijftigplussers botsparende medicijnen na een botbreuk en wordt slechts vijf procent van de mensen met een verhoogd valrisico doorverwezen naar een fysiotherapeut.<sup>35</sup> Met de passende zorg kan daarom gezondheidswinst worden behaald.

### Selectie en identificatie van patiënten

Het verbeteringsignalement van ZIN gaat uit van een afname van anderhalf duizend nieuwe botbreuken per jaar (zie onderstaande tabel). Dit betreft onder andere een afname van 448 'andere' breuken, omdat niet gespecificeerd wordt om wat voor breuken dit gaat hebben we deze voor de analyses onderverdeeld naar heup-, wervel- en polsbreuken.

Tabel 25. Het verschilt per type breuk hoe groot de afname van breuken is

Type breuk	Aantal afnames per jaar	Aantal afname FDG
Heupbreuk	381	$381 + 448 * (381/1053) = 543$
Wervelbreuk	381	$381 + 448 * (381/1053) = 543$
Polsbreuk	291	$291 + 448 * (291/1053) = 415$
Andere breuk	448	

Het voorkomen van fracturen heeft mogelijk gevolgen voor de indeling in het DKG-kenmerk en het FDG-kenmerk, waarbij de patiënt uit de indeling valt op het moment dat een fractuur wordt voorkomen. We identificeren de patiënten voor indeling in de kenmerken separaat.

### DKG

We gaan ervan uit dat de breuken voorkomen worden bij patiënten van 65 jaar en ouder, en maken een selectie op die groep. Dit doen we voor de specialisme-diagnosecombinaties.

Tabel 26. We herkennen botbreuken aan de hand van specialisme- en diagnosecode combinaties

Specialismecode	Specialisme	Diagnosecode	Diagnose
0303	Heelkunde	0217	Bekken / sacrum
		0218	Femur, proximaal (+collum)
		0240	Acetabulum
0305	Orthopedie	3017	Bekken
		3018	Acetabulum
		3019	Femur proximaal (+collum)

## FDG

Net als voor DKG gaan we ervan uit dat de breuken voorkomen worden bij patiënten van 65 jaar en ouder. Pathologiecode 36 (Fracturen) leidt tot indeling in het FDG-kenmerk. [Als we in de DCSPH-lijst lichaamslocaties opzoeken dan vallen zowel heup-, wervel- als polsbreuken hieronder, met lichaamslocaties 60, 62, 30 t/m 35 en 52 respectievelijk.](#)

## Medicatie, dexamascans en VFA's

De afname in fracturen is het gevolg van een toename van medicatie en een toename van Dexamascans en VFA's. Beide aanpassingen hebben geen invloed op de kenmerkdeling van de relevante kenmerken en daarom passen we geen selectie toe op basis van de relevante codes.

Wat betreft de medicatie gaat ZIN ervan uit dat het 87 procent bisfosfonaten in tabletvorm betreft, 11 procent denosumab en 1 procent zolendroninezuur. Op basis van het referentiebestand voor FKG leidt geen van de ATC-codes tot indeling in de risicoverevening en daarom passen we geen selectie toe op basis van de relevante codes.

Tabel 27. We onderzochten voor vijf ATC-codes of deze tot indeling leiden in het FKG-kenmerk. Dit is niet het geval.

Medicatiegroep	Medicatie	ATC-code
Bisfosfonaten in tabletvorm	aledroninezuur	M05BA05
	risedroninezuur	M05BA07
	ibandroninezuur	M05BA06
Calciumregulerende middelen	denosumab	M05BX04
Bisfosfonaten	zolendroninezuur	M05BA08

Extra dexamascans en VFA's (zorgactiviteiten 080080, 120032, 120033 en 120037) resulteren mogelijk in andere/nieuwe zorgproducten ten opzichte van de huidige situatie. Op basis van DIS open data concluderen we dat van de vier specialisme diagnosecombinaties die het vaakst voorkomen met deze zorgactiviteiten in 2022, de top drie osteoporose betreft. Omdat alle drie deze combinaties, op basis van het referentiebestand voor DKG, niet tot indeling in de risicoverevening leiden passen we geen selectie op basis van de codes toe.

Tabel 28. Drie specialisme- en diagnosecode combinaties voor osteoporose komen het vaakst voor zorgactiviteiten voor dexamascans en VFA's (zorgactiviteiten 080080, 120032, 120033 en 120037)

Specialismecode	Specialisme	Diagnosecode	Diagnose	Aantal
0313	Interne geneeskunde	0233	Osteoporose, osteomalacie	Ca. 15 duizend
0303	Heelkunde	0151	Osteoporose	Ca. 8 duizend
0324	Interne geneeskunde	0601	Osteoporose – primair	Ca. 4 duizend

### Methodiek doorrekening (grenzen niet van toepassing)

Hieronder lichten we de bepaling van de delta in de vereveningsbijdrage voor DKG en FDG en de kostenverandering van de verbetering toe. De verbetering is gericht op het voorkomen van een nieuwe breuk na een eerste breuk, we nemen aan dat breuken die voorkomen worden door de verbetering niet in hetzelfde jaar zouden hebben plaatsgevonden als de eerste breuk (anders zou de patiënt op basis van de eerste breuk alsnog ingedeeld worden).

### Bepalen vereveningsbijdrage DKG

De doorrekening van de impact op de vereveningsbijdrage voor het DKG-kenmerk bestaat uit verschillende onderdelen (Tabel 29). We focussen op heupfracturen om de verandering in het risicovereveningsresultaat van DKG te bepalen omdat de andere fracturen niet tot indeling leiden of omdat indeling onbekend is.

Tabel 29. We berekenen de delta in de DKG-vereveningsresultaat door ziekenhuiszorg die het gevolg is van een heupfractuur te verwijderen om de passende situatie te simuleren

Onderdeel doorrekening	Stappen
Markeren van patiënten met fracturen	Selecteren patiënten met heupfractuur <sup>36</sup> op basis van Tabel 28.
	Toekennen willekeurige waarde tussen nul en één, die uniforme verdeling volgt, aan patiënten met heupfractuur.
	Markeren van 381 willekeurige patiënten uit selectie op basis van toegekende waarde. Markeren o.b.v. grenswaarde waarbij 381 patiënten toegekende waarde hebben kleiner dan de grenswaarde. Omdat 'andere breuken' uit Tabel 25 hoogstwaarschijnlijk niet tot indeling leiden in het DKG-kenmerk gaan we in deze berekening uit van de verwachte besparing van 381 heupbreuken in plaats van het aantal van 543 heupbreuken waarbij de 'andere breuken' zijn herverdeeld.

<sup>36</sup> Wervelbreuk (zonder ruggenmergletsel), polsbreuk en andere breuken nemen we niet mee, omdat deze niet tot indeling leiden of dat indeling onbekend is.



Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	Bepalen indeling patiënten in DKG-kenmerk.
	<b>B_oud:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-1, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-1 respectievelijk.
	Verwijderen ziekenhuiszorg die het gevolg is van fractuur (alle ziekenhuiszorg voor de specialisme-diagnosecombinaties in Tabel 28).
	Opnieuw indelen patiënten in DKG-kenmerk.
	<b>B_passend:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-1, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-1 respectievelijk.

### Bepalen vereveningsbijdrage FDG

De doorrekening van deze situatie bestaat uit verschillende onderdelen. We benoemen de onderdelen in de tabel hieronder.

Tabel 30. We berekenen de delta in de FDG-vereveningsbijdrage door fysiotherapie die het gevolg is van een fractuur te verwijderen om de passende situatie te simuleren

Onderdeel doorrekening Stappen	
Markeren van patiënten met fracturen	Selecteren patiënten met heup, wervel of polsfractuur op basis van pathologiecode 36 en lichaamslocaties 60, 62, 30 t/m 35 en 52 (zie eerdere toelichting).
	Toekennen willekeurige waarde tussen nul en één, die uniforme verdeling volgt, aan patiënten met heupfractuur.
	Markeren van 543, 543 en 415 patiënten met een heup-, wervel- of polsfractuur op basis van toegekende waarde. Markeren o.b.v. grenswaarde waarbij 543, 543 en 415 patiënten uit toegekende waarde hebben kleiner dan de grenswaarde.
Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	Bepalen indeling patiënten in FDG-kenmerk.
	<b>B_oud:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en FDG-1, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en FDG-1 respectievelijk.
	Verwijderen fysiotherapie als gevolg van fractuur <sup>37</sup> .
	Opnieuw indelen patiënten in FDG-kenmerk.

<sup>37</sup> We doen hierbij de aanname dat voor alle patiënten waarbij een fractuur voorkomen wordt ook fysiotherapie voorkomen wordt. Mogelijk is dit een overschatting omdat in de praktijk niet iedereen fysiotherapie krijgt. Dit blijkt ook uit dat er voor polsfracturen minder verzekerden zijn die fysiotherapie krijgen dan dat er breuken voorkomen worden, we gaan daarom uit van het minimum van de twee.

**B\_passend:** Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en FDG-1, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en FDG-1 respectievelijk.

### Bepalen kostendelta voorkomen fracturen

De doorrekening van deze situatie bestaat uit verschillende onderdelen. We benoemen de onderdelen hieronder.

Tabel 31. We berekenen de delta in kosten aan de hand van de kosten in de oude en de passende situatie

Onderdeel doorrekening	Stappen
Bepalen delta kosten (Delta_K)	<p><b>K_oud:</b> kosten niet voorkomen fracturen (heup, wervel, pols en overig)</p> <hr/> <p><b>K_passend:</b> kosten meer diagnostiek en consulten in ziekenhuis en meer medicatiegebruik en controles bij huisarts.</p>

### Bepalen delta vereveningsresultaat

Als laatste stap vergelijken we de delta's in de DKG- en FDG-vereveningsbijdrage en in de kosten om de delta in vereveningsresultaat (Delta\_R) vast te stellen. We bepalen vervolgens of er sprake is van een eventuele belemmerende prikkel.

### Berekening uitkomst analyse (grenzen niet van toepassing)

#### Bepalen vereveningsbijdrage DKG

Tabel 32. De afname van de DKG-vereveningsbijdrage is afgerond €0,09 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€0,06 mln = 300 × €205,54	Ongeveer driehonderd verzekerdenjaren meer in DKG-1 in oude situatie.
B_passend	€-0,03 mln = 70 × € -440,37	Ongeveer zeventig verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie.
Delta_B	€-0,09 mln = €-0,03 mln- €0,06 mln	Netto resultaat van oud naar passend.

## Bepalen vereveningsbijdrage FDG

Tabel 33. De afname van de FDG-vereveningsbijdrage is afgerond €-0,71 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€0,67 mln = $1.200 \times \text{€}559,13$	Ongeveer twaalf honderd verzekerdenjaren meer in FDG-1 in oude situatie.
B_passend	€-0,04 mln = $1.200 \times \text{€} -32,60$	Ongeveer twaalf honderd verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie.
Delta_B	€-0,71 mln = $\text{€} -0,04 \text{ mln} - \text{€}0,67 \text{ mln}$	Netto resultaat van oud naar passend.

## Bepalen kostendelta voorkomen fracturen

Tabel 34. De toename van kosten is afgerond €6 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€14 mln = $381 \times \text{€}25.000 + 381 \times \text{€}5.000 + 291 \times \text{€}3.500 + 448 \times \text{€}2.800$	Kosten van heup-, wervel-, polsfracturen en overige fracturen. De kosten van deze fracturen zijn respectievelijk €25.000, €5.000, €3.500, en €2.800 <sup>35</sup> .
K_passend	€20 mln = €10 mln + €9 mln	Kosten meer diagnostiek en consulten in ziekenhuis en meer medicatiegebruik en controles bij huisarts. <sup>38</sup>
Delta_K	€6 mln = €20 mln - €14 mln	Netto resultaat van oud naar passend

## Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 35. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -7 miljoen door een afname van €1 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostentoeename van €6 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€-7 mln	€-1 mln	€6 mln

<sup>38</sup> Deze kosten zijn als volgt opgebouwd en volgen uit Zinnige Zorg – Verbetersignalement Osteoporose. De kosten van meer diagnostiek en consulten in het ziekenhuis (€10,4 miljoen per jaar) bestaan uit: kosten door toename in Dexa-scans en VFA's (€6,1 miljoen), kosten door toename laboratoriumonderzoek (€0,4 miljoen) en kosten fysieke consulten na laboratoriumonderzoek en telefonisch controleconsult bij mensen met een behandeling met geneesmiddelen (€3,9 miljoen). De kosten van meer medicatiegebruik en controles bij huisarts (€9,4 miljoen per jaar) bestaan uit: kosten door toename in medicatie (€5,8 miljoen), kosten door medicatie na denosumab (€0,06 miljoen), kosten door huisartsbegeleiding van patiënten die bisfosfonaten of denosumab gebruiken (€1,3 miljoen) en kosten van apotheek (€2,3 miljoen).

## Vaststellen grenzen vereveningsresultaat niet mogelijk

We bepalen geen onder- en bovengrens voor dit voorbeeld omdat er geen aannames zijn die we kunnen aanpassen om de bandbreedte te bepalen. Een fractuur en bijbehorende zorg wordt of wel voorkomen of niet. We gaan zowel voor aantallen als kosten uit het verbeter signalement.

### Conclusie

De risicoverevening veroorzaakt een belemmerende prikkel bij deze beweging naar passende zorg: op totaalniveau heeft de beweging negatieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Het betreft een versterking van €1 miljoen van de kostentoeename van €6 miljoen. Dit zorgt voor een afname van het vereveningsresultaat van €7 miljoen.

## Pijn op de borst: substitutie naar de eerste lijn

### Omschrijving verandering en relevantie

Het verbeter signalement van ZIN<sup>39</sup> omschrijft dat patiënten met stabiele angina pectoris vaker in de eerste lijn kunnen blijven of sneller terug kunnen naar de eerste lijn. We onderzoeken de volgende twee veranderingen:

- 1 De grootste groep patiënten (66%) met niet-acute pijn op de borst in de eerste lijn heeft een laag risico. ‘Pijn op de borst’-patiënten met een lage kans op ischemische hartziekte horen volgens de NHG-standaard niet naar de cardiologie te worden verwezen. Toch wordt 28% hiervan verwezen naar een cardioloog. We onderzoeken de gevolgen van een daling van laagrisico verwijzingen vanuit de eerste lijn, omdat verwezen patiënten mogelijk in DKG-2 (RV2023 normbedrag €845,03) worden ingedeeld terwijl patiënten die niet verwezen worden niet worden ingedeeld.
- 2 Binnen twaalf maanden na verwijzing naar de tweede lijn, moet een huisarts de behandeling van een patiënt met stabiele angina pectoris kunnen overnemen, als deze niet verergert tot instabiele pijn op de borst of een hartinfarct. Dit gebeurt (nog) niet altijd. In het verbeter signalement constateert ZIN dat bij 18% van de patiënten de cardioloog de patiënt met stabiele angina pectoris ook na 12 maanden blijft zien. Follow-up zorg in het ziekenhuis leidt mogelijk tot indeling in DKG-2, terwijl follow-up zorg bij de huisarts niet tot indeling leidt.

Samenvattend vergelijken we de oude en passende situatie als omschreven in Tabel 36.

---

<sup>39</sup> [Zinnige Zorg – Verbetersignalement Pijn op de borst](#)

Tabel 36. In de passende situatie worden laagrisico patiënten minder vaak verwezen naar de cardioloog en worden patiënten met stabiele angina pectoris twaalf maanden na verwijzing naar de tweede lijn overgenomen door de huisarts

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	Patiënten met stabiele angina pectoris worden onterecht verwezen naar een cardioloog of blijven (te) lang onder controle bij de cardioloog.
Passende situatie	Laagrisico patiënten met pijn op de borst worden minder vaak dan voorheen verwezen naar de cardioloog. Patiënten met stabiele angina pectoris worden twaalf maanden na verwijzing naar de tweede lijn overgenomen door de huisarts.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

Door substitutie naar de eerste lijn verbetert de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor de patiënt met pijn op de borst.<sup>39</sup>

### Selectie en identificatie van patiënten

#### Laagrisico patiënten met pijn op de borst waarvoor een verwijzing naar de cardioloog voorkomen kan worden

ZIN gaat ervan uit dat tweedelijnszorg voorkomen kan worden voor circa 51 duizend laagrisico patiënten. ZIN selecteert patiënten op basis van twee specialisme- en diagnosecode combinaties.

Tabel 37. We herkennen laagrisico patiënten aan twee specialisme- en diagnosecode combinaties

Specialismecode	Specialisme	Diagnosecode	Diagnose
0320	Cardiologie	0201	Thoracale klachten eci
		0202	Stabiele angina pectoris

Vervolgens sluit ZIN de volgende patiënten uit:

- Patiënten met een zorgproduct voor specialisme cardiologie in het voorgaande jaar en/of het jaar daarvoor.
- Patiënten met een zorgproduct voor specialisme cardiologie en diagnosecode Angina pectoris onstabiel (code 0203), ST elevatie hartinfarct (code 0204) of Non ST elevatie hartinfarct (code 0205) in het huidige jaar of het jaar daarop.

Diagnose thoracale klachten eci (0201) leidt niet tot indeling in de risicoverevening. Stabiele angina pectoris (0202) leidt wel tot indeling. De analyses voor de vereveningsbijdrage doen we daarom voor diagnosecode 0202. Op basis van het verbeteringsignalement gaan we ervanuit uit dat circa 25%<sup>40</sup> van de zorgproducten diagnose stabiele angina pectoris betreft.

ZIN gaat er daarbij vanuit dat zorgproduct 099499022 (1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij cardiologie bij pijn op de borst) vermeden wordt. Echter geeft ZIN ook aan dat het

<sup>40</sup> Dit baseren we op de berekening  $27.359/(27.359+77.999)$ . Volgens het verbeteringsignalement zijn er 27.359 patiënten met stabiele angina pectoris en 77.999 patiënten met thoracale klachten eci.

mogelijk vaak niet gaat om zorgproduct 099499022, maar om zorgproducten met een hoger tarief zoals 099499016 (Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij pijn op de borst). In de bovengrens gaan we ervan uit dat het alleen zorgproduct 099499022 betreft, dit zorgproduct leidt niet tot indeling in de risicoverevening voor diagnosecode 202. In de ondergrens gaan we ervan uit dat het altijd gaat om een zorgproduct met een hoger tarief zoals 099499016 dat wel tot indeling leidt.

### **Patiënten met stabiele angina pectoris die twaalf maanden na verwijzing naar de tweede lijn overgenomen worden door de huisarts**

ZIN gaat uit van 34 duizend patiënten die door de huisarts overgenomen kunnen worden in de passende situatie. Zij zijn te herkennen aan één of twee polikliniekbezoeken/consultaties bij cardiologie bij pijn op de borst (zorgproduct 099499022). ZIN gaat niet uit van de mogelijkheid dat patiënten in werkelijkheid een duurdere vervolg dbc krijgen. Omdat zorgproduct 099499022 niet tot indeling in het DKG-kenmerk leidt, gaan we er daarom vanuit dat deze verandering geen gevolgen heeft voor de vereveningsbijdrage.

### **Methodiek doorrekening (bovengrens)**

Tabel 38. We berekenen de delta in het vereveningsresultaat van pijn op de borst aan de hand van de delta in de vereveningsbijdrage en de kosten

\* De onderdelen met een asterisk zijn alleen van toepassing op de ondergrens. In de bovengrens gaan we er namelijk vanuit dat de betreffende ziekenhuiszorg voor stabiele angina pectoris niet tot indeling leidt en rekenen we daarom ook geen impact op de risicovereveningsbijdrage uit.

Onderdeel doorrekening	Stappen
Simulatie van patiënten met stabiele angina pectoris*	Selecteren patiënten met stabiele angina pectoris op basis van specialisme- en diagnosecode.
	Toekennen willekeurige waarde tussen nul en één, die uniforme verdeling volgt, aan patiënten met stabiele angina pectoris.
	Markeren van 12.750 (= $0,25 \times 51.000$ ) patiënten uit selectie op basis van toegekende waarde. Markeren o.b.v. grenswaarde waarbij 12.750 patiënten toegekende waarde hebben kleiner dan de grenswaarde.
Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)*	Bepalen indeling patiënten in DKG-kenmerk.
	<b>B_oud</b> : Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-2, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-2 respectievelijk.
	Verwijderen gemarkeerde zorgproducten voor patiënten met stabiele angina pectoris. Voor de ondergrens betreft dit zorg die wel tot indeling leidt, namelijk zorgproducten met twee of meer polikliniekbezoeken en/of diagnostiek en/of een ingreep (zorgproduct 099499016 of duurder).
	Opnieuw indelen patiënten in het DKG-kenmerk.

	<b>B_Passend:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-2, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-2 respectievelijk.
Bepalen delta kosten (Delta_K)	<b>K_oud:</b> Berekenen kosten voor situatie waarin patiënten vaker zorg in de tweede lijn krijgen.
	<b>K_passend:</b> Berekenen kosten voor situatie waarin de zorg in de eerste lijn geleverd wordt.

### Berekening uitkomst analyse (bovengrens)

#### Bepalen delta vereveningsbijdrage

Omdat zorgproduct 099499022 niet leidt tot indeling in het DKG-kenmerk verandert de vereveningsbijdrage niet en is de delta daarom € 0 miljoen.

#### Bepalen delta kosten

Tabel 39. De afname van kosten is afgerond €21 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€23 mln = 85.000 × €275	Kosten diagnostiek in tweede lijn van circa 85.000 patiënten (gebaseerd op goedkoopste zorgproduct 099499022).
K_passend	€3 mln = 85.000 × 3 × €10,51	Kosten drie consulten huisarts ter vervanging van diagnostiek in tweede lijn van circa 85.000 patiënten.
Delta_K	€-21 mln = €23 mln - €3 mln	Netto resultaat van oud naar passend

#### Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 40. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -21 miljoen door een gelijke vereveningsbijdrage en een kostenafname van €21 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€21 mln	€0 mln	€ -21 mln

#### Ondergrens van vereveningsresultaat

Om een ondergrens van het resultaat te bepalen nemen we aan dat zorgproduct 099499016 of duurder voorkomen wordt. Deze zorgproducten leiden mogelijk tot indeling in het DKG-kenmerk. De kostendelta blijft hetzelfde. Dit geeft de volgende verandering in het de vereveningsbijdrage en het vereveningsresultaat. De kosten veranderen niet.

## Bepalen delta vereveningsbijdrage in ondergrens

Tabel 41. De afname van de vereveningsbijdrage is afgerond €11 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€9 mln = 10.000 × €845,03	Ongeveer 10.000 verzekerdenjaren meer in DKG-2 in oude situatie (in bovengrens leidde verandering niet tot indeling).
B_passend	€-2 mln = 5.000 × € -440,37	Ongeveer vijfduizend verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie (in bovengrens leidde verandering niet tot indeling).
Delta_B	€-11 mln = €-2 mln- €9 mln	Netto resultaat van oud naar passend.

## Bepalen delta vereveningsresultaat in ondergrens

Tabel 42. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -10 miljoen door een afname van €11 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostenafname van €21 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€10 mln	€ -11 mln	€ -21 mln

## Conclusie

De risicoverevening veroorzaakt geen belemmerende prikkel bij deze beweging naar passende zorg; op totaalniveau heeft de beweging positieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars voor zowel de bovengrens als de ondergrens van het resultaat. In de ondergrens gaat dit om een demping van €11 miljoen van de kostenafname van €21 miljoen. Hierdoor neemt het vereveningsresultaat toe met €10 miljoen. In het geval van de bovengrens betreft dit een afname van zorgkosten van €21 miljoen. Dit zorgt voor een toename van het vereveningsresultaat van €21 miljoen.

## Diagnostiek perifeer arterieel vaatlijden: substitutie naar eerste lijn

### Omschrijving verandering en relevantie

Het verbeteringsignalement van ZIN<sup>41</sup> omschrijft de verschuiving van diagnostiek van perifeer arterieel vaatlijden (PAV) van de tweede naar de eerste lijn. In de oorspronkelijke situatie vindt diagnostiek van PAV plaats in het ziekenhuis met tussenkomst van de vaatspecialist. In de passende situatie diagnosticeert de huisarts de patiënt of laat de huisarts de diagnostiek uitvoeren door een eerstelijns diagnostisch centrum of een vaatlaboratorium in het ziekenhuis. Dit gebeurt zonder directe verwijzing naar de vaatchirurg en tussenkomst van de vaatspecialist.

<sup>41</sup> [Zinnige zorg – Verbetersignalement Perifeer arterieel vaatlijden \(PAV\)](#)



De aangepaste behandelwijze voorkomt ziekenhuiszorg die mogelijke indeling via diagnose claudicatio intermittens in DKG-5 tot gevolg heeft. Tegelijkertijd is de eerstelijnsdiagnostiek niet opgenomen in de risicoverevening: zowel de diagnose van de huisarts als de diagnostiek uitgevoerd door een diagnostisch centrum of een vaatlaboratorium op verzoek van de huisarts leiden niet tot indeling in een positieve risicoklasse van een risicovereveningskenmerk. Indien de diagnostiek die de huisarts aanvraagt plaatsvindt door een vaatlaboratorium in de tweede lijn declareert het vaatlab dit via een overig product (OVP). Ook OVP's zijn niet opgenomen in de risicoverevening.

Tabel 43. In de passende situatie vindt diagnostiek PAV plaats zonder directe verwijzing naar de vaatchirurg en tussenkomst van de vaatspecialist

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	Diagnostiek perifeer arterieel vaatlijden vindt plaats in ziekenhuis met tussenkomst van vaatspecialist.
Passende situatie	Huisarts diagnosticeert patiënt of laat diagnostiek uitvoeren door een eerstelijns diagnostisch centrum of een vaatlaboratorium. Het laatste gebeurt zonder directe verwijzing naar de vaatchirurg en tussenkomst van de vaatspecialist.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

Door substitutie naar de eerste lijn verbetert de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor de PAV-patiënt.

### Selectie en identificatie van patiënten

In het verbeteringsignalelement onderzoekt ZIN patiënten die zich met claudicatio intermittens melden bij een vaatchirurg (specialismecode 0303 in combinatie met diagnosecode 0418). ZIN selecteert daarvoor de onderstaande zorgproducten wanneer deze zorgproducten binnen de eerste twaalf maanden na de diagnose geregistreerd werden. ZIN doet daarmee de (onderbouwde) aanname dat voor deze patiënten de diagnostiek van de tweede lijn naar de eerste lijn kan verschuiven.

Tabel 44. We herkennen diagnostiek PAV aan drie zorgproductcodes

Zorgproductcode	Zorgproduct
099699010	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij aderverkalking
099699011	Onderzoek in het vatenlaboratorium bij aderverkalking
099699012	Onderzoek in het vatenlaboratorium, inclusief beeldvormend onderzoek (röntgen of echo of CT-scan of MRI) bij aderverkalking

ZIN excludeert de volgende patiënten:

- Patiënten die in de twee voorgaande jaren in het ziekenhuis bekend waren met de diagnose.

- Patiënten die in de tweede lijn een percutane transluminale angioplastiek (PTA) of bypass kregen (zorgproducten 99699004, 99699098, 99699099 en 99699100). ZIN excludeert deze patiënten omdat zij zorg blijven krijgen in de tweede lijn.
- Patiënten die in stadium drie (ischemische rustpijn) of vier (ischemische ulcera of gangreen) belanden.

In onze analyse versimpelen we de analyse door alleen de drie zorgproducten (099699010, 099699011 en 099699012) uit de gegevens te verwijderen. We voeren geen aanvullende selecties uit voor registratie van zorgproducten binnen twaalf maanden na diagnose en voor de patiënten die ZIN excludeert. Dit betekent dat het aantal patiënten een grove schatting betreft, in de praktijk kan het voorkomen dat voor een patiënt diagnostiek in de tweede lijn wel passend is. Daarom gaan we zowel uit van een scenario waarin alle diagnostiek naar de eerste lijn verschuift, als van een scenario waarin de helft van de diagnostiek verschuift.

### Methodiek doorrekening (ondergrens)

De doorrekening van dit voorbeeld bestaat uit verschillende onderdelen. We benoemen de onderdelen in de tabel hieronder.

Tabel 45. We bepalen het vereveningsresultaat voor PAV aan de hand van de delta in vereveningsbijdrage en kosten

Onderdeel doorrekening	Stappen
Markeren van PAV-patiënten	Selecteren PAV-patiënten op basis van specialisme- en diagnosecode.
Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	Bepalen indeling patiënten in DKG-kenmerk.
	<b>B_oud:</b> Bepalen verzekerdjaren in afslagklasse en DKG-5, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-5 respectievelijk.
	Verwijderen alle zorgproducten met diagnostiek in de tweede lijn (zie Tabel 44).
	Opnieuw indelen patiënten in het DKG-kenmerk.
Bepalen delta kosten (Delta_K)	<b>B_passend:</b> Bepalen verzekerdjaren in afslagklasse en DKG-5, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-5 respectievelijk.
	<b>K_oud:</b> Berekenen kosten diagnostiek met betrokkenheid vaatchirurg. <b>K_passend:</b> Berekenen kosten diagnostiek in eerste lijn onder regie van de huisarts.

## Berekening uitkomst analyse (ondergrens)

### Bepalen delta vereveningsbijdrage

Tabel 46. De afname van de vereveningsbijdrage is afgerond €55 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€51 mln = 19.000 × €2.625,93	Ongeveer 19 duizend verzekerdenjaren meer in DKG-5 in oude situatie.
B_passend	€-4 mln = 10.000 × € -440,37	Ongeveer 10 duizend verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie.
Delta_B	€-55 mln = €-4 mln - €51 mln	Netto resultaat van oud naar passend.

### Bepalen delta kosten

Tabel 47. De afname van kosten is afgerond €11 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€15 mln = 29 duizend × €540	Kosten diagnostiek PAV in de tweede lijn van circa 29 duizend meer zorgproducten (gewogen gemiddelde prijs van zorgproduct)
K_passend	€4 mln = 29 duizend × €127	Kosten behorend bij diagnostiek en consulten in de eerste lijn. De gemiddelde kosten hiervan bedragen €127 (drie lange consulten bij de huisarts en gemiddelde van kosten enkel-armindex bij huisarts als M&I en kosten OVP ziekenhuis).
Delta_K	€-11 mln = €4 mln - €15 mln	Netto resultaat van oud naar passend

### Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 48. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -44 miljoen door een afname van € 55 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostenafname van €11 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€-44 mln	€-55 mln	€-11 mln

### Bovengrens van vereveningsresultaat

Om een bovengrens te geven van het resultaat nemen we aan dat de helft in plaats van alle van de diagnostiek uit de tweede lijn verplaatst naar de eerste lijn. Zowel de delta van de vereveningsbijdrage als de delta van de kosten halveren ten opzichte van de ondergrens. Dit geeft het vereveningsresultaat in Tabel 49.

## Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 49. In de bovengrens is de delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars € -22 miljoen door een afname van € 28 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostenafname van €5 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€ -22 mln	€ -28 mln	€ -5 mln

### Conclusie

De risicoverevening veroorzaakt een belemmerende prikkel bij deze beweging naar passende zorg: op totaalniveau heeft de beweging negatieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars voor zowel de bovengrens als de ondergrens van het resultaat. In de ondergrens gaat dit om een ombuiging van €55 miljoen van een kostenafname van €12 miljoen. Hierdoor neemt het vereveningsresultaat af met €43 miljoen. In het geval van de bovengrens betreft dit een ombuiging van €28 miljoen van een kostenafname van €6 miljoen. Dit zorgt voor een afname van het vereveningsresultaat van €22 miljoen.

## ADZ – ParkinsonNet

### Omschrijving verandering en relevantie

In de oude situatie bekostigen de zorgverzekeraars ParkinsonNet vanuit hun eigen middelen (beheerskosten). De kosten voor ParkinsonNet werden niet meegenomen als reguliere zorgkosten en werden daarom ook niet meegenomen in de risicoverevening. ParkinsonNet en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) maakten afspraken over een lumpsum voor de activiteiten, welke werd verdeeld over de zorgverzekeraars op basis van het aantal parkinsonpatiënten onder de verzekerden per zorgverzekeraar.

Vanaf 1 januari 2023 wordt, na toetsing van ZIN, ParkinsonNet bekostigd via een ADZ-regeling. Met de introductie van een betaaltitel en een oormerk als verzekerde zorg kon de ondersteuning vanuit ParkinsonNet meegenomen worden in de risicoverevening. Dit gebeurt op de volgende manier:

- Omdat ParkinsonNet een lumpsumbedrag in rekening brengt bij de zorgverzekeraar, moet deze de kosten verdelen over de patiënten volgens een verdeelsleutel.
- De voorgestelde verdeelsleutel bepaalt de verdeling van de kosten over de verzekerden waarvoor in het betreffende jaar een parkinson-dbc in rekening is gebracht.
- De zorgverzekeraar verdeelt de kosten vervolgens over (maar brengt niet in rekening bij) verzekerden met de ziekte van Parkinson, door deze in het Kosten per verzekerde (KPV) bestand bij de kosten van de betreffende patiënten op te tellen.

Samenvattend komt dit neer op de verandering in Tabel 50.

Tabel 50. In de passende situatie worden de kosten van ParkinsonNet wel meegenomen in de risicoverevening

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	Zorgverzekeraars bekostigen ParkinsonNet vanuit beheerskosten. Zorgverzekeraars ontvangen geen compensatie vanuit de risicoverevening.
Passende situatie	ADZ-regeling voor ParkinsonNet. Kosten worden daardoor onderdeel van de risicoverevening: op macroniveau wordt het volledige bedrag voor ParkinsonNet gecompenseerd.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

De activiteiten van ParkinsonNet dienen deels ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij het verlenen van verzekerde zorg en komen deels ten goede aan (individuele) patiënten die de zorg van de betrokken zorgaanbieders ontvangen en bij de betrokken zorgverzekeraar verzekerd zijn.<sup>42</sup>

### Selectie en identificatie van patiënten

We gaan ervan uit dat met de nieuwe ADZ-model de zorgverzekeraar de kosten van de prestatie verdeelt over de verzekerden waarvoor in een jaar een Parkinson-dbc in rekening is gebracht.<sup>43</sup>

We markeren daarom alle patiënten met een dbc (zorgproduct) declaratie voor de volgende specialisme- en diagnosecode combinaties.

Tabel 51. We herkennen Parkinsonpatiënten aan twee specialisme- en diagnosecode combinaties

Specialismecode	Specialisme	Diagnosecode	Diagnose
0330	Neurologie	0501	Morbus Parkinson
0335	Geriatricie	0252	Parkinson/Parkinsonisme

### Methodiek doorrekening (grenzen niet van toepassing)

De delta in de vereveningsbijdrage bestaat uit twee onderdelen: de macro-ophoging van het MPB (a) en de aangepaste indeling van het MHK-kenmerk die de toebedeling van kosten over verzekerden in het KPV-bestand tot gevolg heeft (b). We benoemen de onderdelen hieronder<sup>44</sup>.

<sup>42</sup> [Memo ParkinsonNet als ADZ](#)

<sup>43</sup> Dit doen we op basis van de Uitvoeringstoets Ondersteuning van parkinsonzorg als adz, waarbij tot de conclusie werd gekomen dat bij een lumpsum een geschikte verdeelsleutel zou kunnen zijn om het bedrag te verdelen over die verzekerden waarvoor in het betreffende jaar een parkinson-dbc in rekening is gebracht.

<sup>44</sup> Eventuele impact op normbedragen valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

Tabel 52. We berekenen de delta in het vereveningsresultaat aan de hand van de delta in de vereveningsbijdrage en kosten

Onderdeel doorrekening Stappen	
Markeren Parkinsonpatiënten	Markeren parkinsonpatiënten op basis van specialisme- en diagnosecode combinatie.
Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	a) Meenemen macro-ophoging MPB door meenemen ParkinsonNet in risicoverevening.
	b) Bepalen MHK-indeling.
	b) <b>B_oud</b> : Bepalen verzekerdenjaren in MHK-klassen, en vermenigvuldigen met relevante MHK-normbedragen.
	b) <b>Verdelen kosten ParkinsonNet gelijk over alle gemarkeerde patiënten in het KPV-bestand van 2021. Omdat er ten tijde van dit onderzoek nog geen verdeelsleutel is bepaald gaan we uit van een gelijke verdeling.</b>
	b) Bepalen MHK-indeling opnieuw.
	b) <b>B_passend</b> : Bepalen verzekerdenjaren in aangepaste MHK- klassen, en vermenigvuldigen met relevante MHK-normbedragen.
Bepalen delta kosten (Delta_K)	<b>K_oud</b> en <b>K_passend</b> : uitgaven aan ParkinsonNet.

### Berekening uitkomst analyse (grenzen niet van toepassing)

#### Bepalen delta vereveningsbijdrage

Tabel 53. De toename van de vereveningsbijdrage is afgerond €1 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	-	ParkinsonNet geen onderdeel van risicoverevening.
B_passend	€1 mln = €700.000 (a) + €82.000 (b) <sup>45</sup>	a) Macro-ophoging van het MPB en b) andere indeling van MHK-kenmerk voor zestig verzekerden. Stijging verschilt per verzekerde afhankelijk van risicoklasse.
Delta_B	€1 mln = €1 mln - €0 mln	Netto resultaat van oud naar passend.

<sup>45</sup> Omdat het MHK-kenmerk werkt met percentielen, en het totaal aantal verzekerden in de verschillende klassen op landelijk niveau gelijk blijft, is de netto-impact op landelijk niveau over alle verzekerden gelijk aan €0.

## Bepalen delta kosten

Tabel 54. De kosten zijn hetzelfde in de oude en passende situatie

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€1 mln	Afgeronde kosten voor ParkinsonNet. Meest recente bekende kosten voor ParkinsonNet bedroegen €700.000 <sup>46</sup> .
K_passend	€1 mln	Zelfde als oude situatie, kosten voor ParkinsonNet veranderen niet als gevolg van de ADZ-regeling.
Delta_K	€0 mln = €1 mln - €1 mln	Netto resultaat van oud naar passend

## Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 55. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € 1 miljoen door een toename van € 1 miljoen van de vereveningsbijdrage terwijl de kosten gelijk zijn in de oude en passende situatie

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€1 mln	€1 mln	€0 mln

## Vaststellen grenzen vereveningsresultaat niet mogelijk

We bepalen geen boven- en ondergrens van het vereveningsresultaat omdat het een macro-ophoging van het MPB betreft. Deze is gelijk aan de kosten van ParkinsonNet. Ook de kosten zijn zowel in de passende als oude situatie gelijk aan kosten van ParkinsonNet.

## Conclusie

De risicoverevening veroorzaakt door de introductie van de betaaltitel van ParkinsonNet geen belemmerende prikkel meer bij deze beweging naar passende zorg: op totaalniveau heeft de bekostiging van ParkinsonNet via de risicoverevening positieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. De belemmerende prikkel in de oude situatie, waarin zorgverzekeraars de kosten vanuit de beheerskosten betaalden, vervalt daarmee.

## IBD: telemonitoring

### Omschrijving verandering en relevantie

Via monitoring op afstand delen patiënten systematisch en op digitale wijze hun (klinische) parameters en ervaren ziektelast met de behandelend medisch specialist. De indicatie voor deze benadering is een medisch specialistische zorgvraag, waar een regulier controletraject onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist is geïndiceerd. Door vroege(re) signalen over

<sup>46</sup> Jaarverantwoording ParkinsonNet 2020

ziektelast wordt een afname verwacht van ziekenhuis- en spoedopnames (SEH/EHH), reguliere herhaalconsulten en opnames<sup>47</sup>.

Wanneer monitoring op afstand voorkomt dat een patiënt ziekenhuiszorg nodig heeft, door een afname van (spoed)opnames of het verminderen van (herhaal)polikliniekbezoeken, heeft dit mogelijk gevolgen voor de indeling in het DKG-kenmerk. Het voorkomen/uitstellen van ziekenhuiszorg met telemonitoring leidt daarnaast mogelijk tot een lagere vereveningsbijdrage t.o.v. een patiënt met dezelfde zorgzwaarte zonder telemonitoring.

Specifiek onderzoeken we de inzet van telemonitoring bij IBD-patiënten. Dit zijn patiënten met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa (ontsteking van de dikke darm). Deze keuze maakten we omdat voor IBD een onderzoek beschikbaar is naar de impact van telemonitoring. Een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van myIBDcoach, een telemonitoring applicatie voor IBD, toont aan dat het aantal polikliniekbezoeken met 36% afneemt door inzet van myIBDcoach, en het aantal ziekenhuisopnames met 50%.<sup>48</sup>

Samenvattend onderzoeken we de verandering als omschreven in Tabel 56.

Tabel 56. In de passende situatie volgen IBD-patiënten een controletraject onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist via telemonitoring

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	IBD-patiënten volgen een regulier controletraject onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.
Passende situatie	Via monitoring op afstand delen patiënten systematisch gezondheidsgegevens met de behandelend medisch specialist. Het controletraject neemt daardoor een andere vorm aan, met een combinatie van fysieke en digitale zorg.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

Telemonitoring verlaagt het aantal polikliniekbezoeken en de kans op ziekenhuisopnames bij IBD-patiënten.<sup>48</sup>

### Selectie en identificatie van patiënten

We identificeren IBD-patiënten aan de hand van verschillende specialisme- en diagnosecode combinaties. Deze combinaties zijn hieronder weergegeven.

<sup>47</sup> [Prestatiebeschrijvingbeschikking - Monitoring op afstand - TB/REG-21673-01](#)

<sup>48</sup> [De Jong et al. \(2020\) Cost-effectiveness of Telemedicine-directed Specialized vs Standard Care for Patients With Inflammatory Bowel Diseases in a Randomized Trial](#)



Tabel 57. We herkennen IBD-patiënten aan zes specialisme- en diagnosecode combinaties

Specialismecode	Specialisme	Diagnosecode	Diagnose
0303	Chirurgie (heelkunde)	0325	Colitis ulcerosa
		0326	Crohn (enteritis regionalis)
0313	Interne geneeskunde	0923	Colitis ulcerosa
		0922	Crohn
0318	Medisch specialisten, gastro-enterologie (maag-darm-lever-arts)	0602	Colitis ulcerosa
		0601	Morbus Crohn

### Methodiek doorrekening (ondergrens)

We analyseren de hypothetische situatie dat telemonitoring leidt tot een afname van poliklinieken in de vorm van de meest 'laagdrempelige' zorgproducten voor de diagnose IBD, namelijk een zorgproduct met 1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand. Daarnaast leidt telemonitoring in deze hypothetische situatie in een afname van zorgproducten. In de ondergrens gaan we ervan uit dat deze afname willekeurig verdeelt is over de zorgproducten voor:

- Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen
- Ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen

Telemonitoring werd in 2021, het jaar van het meest recente (en complete) dbc-gegevensbestand, geregistreerd als facultatieve prestatie of als registratieve zorgactiviteit. Omdat beide registraties niet te zijn gebruiken in de analyse<sup>49</sup> analyseren we bovenstaande hypothetische situatie.

Tabel 58. We bepalen de delta in het risicovereveningsresultaat van telemonitoring bij IBD-patiënten door een hypothetische situatie te creëren met een besparing van polikliniekbezoeken en ziekenhuisopnames

Onderdeel doorrekening	Stappen
Markeren van IBD-patiënten	Selecteren IBD-patiënten op basis van specialisme- en diagnosecode.
Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	Bepalen indeling patiënten in DKG-kenmerk.
	<b>B_oud:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-2, DKG-3 en DKG-4 en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-2, DKG-3 en DKG-4 respectievelijk.
	Verwijderen 36% van polikliniekbezoeken als onderdeel van controletraject (zorgproducten met één of twee consulten) en 50%

<sup>49</sup> Omdat de registratieve zorgactiviteit onder een zorgproduct valt, is het niet mogelijk om te analyseren wat (in 2021) het effect is geweest van telemonitoring op het vervangen of verminderen van reguliere consulten. De facultatieve prestaties openden pas per 14 oktober 2021 waardoor het niet mogelijk is om voor heel 2021 te onderzoeken of de facultatieve prestaties reguliere consulten vervingen of verminderden.

	van ziekenhuisopnames (zorgproducten met maximaal 5 of 6 tot maximaal 28 verpleegdagen). <sup>48</sup>
	Opnieuw indelen patiënten in het DKG-kenmerk.
	<b>B_passend:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse en DKG-2, DKG-3 en DKG-4 en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse en DKG-2, DKG-3 en DKG-4 respectievelijk.
Bepalen impact telemonitoring (K_tel_mon)	<b>K_uitvoer:</b> Berekenen kosten behorend bij telemonitoring.
	<b>K_besparing:</b> Berekenen besparing van polikliniekbezoeken voor controletrajecten en ziekenhuisopnames.

## Berekening uitkomst analyse (ondergrens)

### Bepalen delta vereveningsbijdrage

Tabel 59. De afname van de vereveningsbijdrage is afgerond €1 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€1,0 mln = $26 \times €845,03 + 34 \times €1.123,47 + 507 \times 1.811,29$	26 verzekerdenjaren meer in DKG-2, 34 verzekerdenjaren meer in DKG-3, en 507 verzekerdenjaren meer in DKG-4 in oude situatie.
B_passend	€-0,1 mln = $320 \times € -440,37$	320 verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie.
Delta_B	€-1,1 mln = $€-0,1 \text{ mln} - €1,0 \text{ mln}$	Netto resultaat van oud naar passend.

### Bepalen delta kosten

Tabel 60. De toename van kosten is afgerond €27 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_uitvoer	€42 mln = $84.861 \times €499,23$	Kosten voor telemonitoring bij IBD-patiënten <sup>50</sup> à €499,23 per patiënt per jaar <sup>51</sup> .
K_besparing	€ -16 mln = $€ -7 \text{ mln} + € -9 \text{ mln}$	Besparing van 36% polikliniekbezoeken en 50% ziekenhuisopnames bij IBD-patiënten. <sup>48</sup>
K_telmon	€27 mln = $€ -16 \text{ mln} + €42 \text{ mln}$	Netto resultaat van oud naar passend

<sup>50</sup> Dit zijn alle unieke IBD-patiënten die vallen onder één of meer van de zes specialisme-diagnose combinaties.

<sup>51</sup> Per 1 januari 2023 is de zorgactiviteit voor telemonitoring omgezet naar een ozp. Het maximumtarief van ozp 039133 – Telemonitoring is €164,13 . Declaratie vindt plaats zo lang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de prestatie gedeclareerd. Daarom gaan we in ondergrens uit van jaarlijkse kosten per patiënt van 3,04 (= 365/120) ozp's à €164,13 per ozp.

## Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 61. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -28 miljoen door een afname van €1 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostentoeename van €27 miljoen

Delta_R	Delta_B	K_tel_mon
€-28 mln	€-1 mln	€27 mln

## Bovengrens van vereveningsresultaat

Voor de bovengrens gaan we voor de kosten alleen uit van de licentiekosten.<sup>52</sup> Op basis van het onderzoek naar de kosteneffectiviteit van myIBDcoach gaan we uit van jaarlijkse kosten van €40 per patiënt.<sup>48</sup>

We gaan uit van dezelfde afname van polikliniekbezoeken en ziekenhuisopnames als in de ondergrens. De delta van de vereveningsbijdrage verandert daarom niet.

## Bepalen delta kosten in bovengrens

Tabel 62. De afname van kosten is afgerond €12 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_uitvoer	€3 mln = 84.861 × €40	Kosten voor telemonitoring bij IBD-patiënten à €40 per patiënt per jaar (kosten in ondergrens: €499,23 per patiënt per jaar).
K_besparing		<i>Gelijk aan K_besparing in ondergrens</i>
K_telmon	€ -12 mln = € -16 mln + €3 mln	Netto resultaat van oud naar passend

## Bepalen delta vereveningsresultaat in bovengrens

Tabel 63. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is €11 miljoen door een afname van €1 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostenafname van €12 miljoen

Delta_R	Delta_B	K_tel_mon
€11 mln	€-1 mln	€-12 mln

## Conclusie

Of de risicoverevening een belemmerende prikkel veroorzaakt bij deze beweging naar passende zorg is afhankelijk van de kosten van telemonitoring. De ondergrens resulteert in een versterking van €1 miljoen van de kostentoeename van €27 miljoen. Hierdoor neemt het vereveningsresultaat af met €28 miljoen. De bovengrens resulteert in een demping van €1 miljoen van de kostenafname van €12 miljoen. Dit resulteert in een toename van het vereveningsresultaat van €11 miljoen.

<sup>52</sup> In het kostprijsonderzoek van de NZa werden naast licentiekosten ook kosten voor inzet van personeel (medisch specialist, verpleegkundig specialist, overig personeel), kosten voor aanschaf en afschrijving hulpmiddelen en software, kosten voor beheer en onderhoud, overige kosten en overhead meegenomen.

## ICD: verbetering indicatiestelling plaatsing en vervanging

### Omschrijving verandering en relevantie

Een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) is een inwendig apparaat dat een schok geeft bij een levensbedreigende hartritmestoornis met als doel het normale hartritme te herstellen. Bij een deel van de nieuwplaatsingen<sup>53</sup> heeft de ICD mogelijk geen toevoegde waarde om sterfte te voorkomen, terwijl patiënten wel de nadelen van een ICD ervaren: risico op complicaties en onterechte schokken. Het verbeteringsignalement van ZIN<sup>54</sup> benoemt dat naar aanleiding van het Zinnige Zorg-traject een indicatierichtlijn voor het plaatsen van een ICD bij patiënten met non-ischemische cardiomyopathie (NICM) in de maak is waarin indicatiecriteria voor het plaatsen en vervangen van een ICD beter aansluiten bij de laatste wetenschappelijke inzichten. Dit leidt tot:

- 1 Naar verwachting tot zeventig procent minder ICD-plaatsingen bij NICM-patiënten. Bij initiële ICD-plaatsingen is de schatting dat dit jaarlijks gaat om 344 minder geplaatste eenkamer- en tweekamer-ICD's en subcutane ICD's en om 774 plaatsingen van een CRT-P in plaats van een CRT-D.
- 2 Naar verwachting minder ICD's die vervangen worden, in totaal 75 minder minder eenkamer- en tweekamer-ICD's en subcutane ICD's per jaar.

We focussen op de impact van de eerste verandering.

Tabel 64. In de passende situatie ontvangen NICM-patiënten minder vaak een ICD als gevolg van verscherpte indicatiecriteria voor het plaatsen en vervangen van een ICD

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	ICD's worden geplaatst bij NICM-patiënten op basis van oorspronkelijke indicatiecriteria.
Passende situatie	ICD's worden geplaatst bij NICM-patiënten op basis van indicatiecriteria die aansluiten bij de laatste wetenschappelijke inzichten, waardoor bij minder NICM-patiënten ICD's geplaatst/ vervangen worden.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

Verscherpte indicatiestelling van ICD-plaatsingen bij NICM-patiënten en van ICD-vervangingen zorgt ervoor dat de patiënt alleen wordt blootgesteld aan de bijwerkingen van een ICD, zoals de kans op ernstige complicaties en onterechte schokken, wanneer de ICD daadwerkelijk toegevoegde waarde heeft om sterfte te voorkomen.<sup>54</sup>

### Selectie en identificatie van patiënten

We selecteren patiënten met de volgende specialisme- en diagnosecode combinaties. Patiënten waarvoor, naar aanleiding van de verbetering uit het verbeteringsignalement, geen ICD meer wordt geplaatst zijn niet te herkennen in de declaratiedata (ze komen mogelijk nog wel in het ziekenhuis,

<sup>53</sup> In Nederland worden jaarlijks ruim zesduizend ICD's geplaatst of vervangen bij mensen met een verhoogd risico op plotse hartdood. Van de nieuwplaatsingen heeft 83 procent eerder geen ernstige hartritmestoornis gehad.

<sup>54</sup> [Zinnige Zorg – Verbetersignalement Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator](#)

maar het is onduidelijk met welke zorgproducten). Patiënten die wel een ICD krijgen zijn te identificeren aan de hand van de zorgproductcodes gerelateerd aan het plaatsen van de ICD.

Tabel 65. We markeren patiënten met een ICD aan de hand van twee specialisme- en diagnosecode combinaties

Specialismecode	Specialisme	Diagnosecode	Diagnose
0320	Cardiologie	0403	Ventriculaire hartritmest
		0302	Chronisch hartfalen

We onderzoeken NICM-patiënten die een ICD ontvangen ter primaire preventie. We identificeren ICD-plaatsingen aan de hand van de volgende zorgproducten<sup>55</sup>:

Tabel 66. We selecteren zorg op basis van vijf zorgproductcodes

Type	Zorgproductcode	Zorgproduct
CRT-P	979001242	Inbrengen van een ICD (defibrillator voor 2 hartkamers), inclusief inbrengen van elektroden bij een hartaandoening/ longaandoening
	979001244	Inbrengen of vervangen van een ICD (defibrillator voor 2 hartkamers) bij een hartaandoening/ longaandoening
Eenkamer- en tweekamer-ICD's en subcutane ICD's	979001243	Inbrengen van een AICD (defibrillator voor een hartkamer), inclusief inbrengen van elektroden bij een hartaandoening/ longaandoening
	979001245	Inbrengen of vervangen van een AICD (defibrillator voor een hartkamer) bij een hartaandoening/ longaandoening
CRT-D	099899030	Operatief plaatsen van een pacemaker die de pompfunctie van zowel linker als rechterhartkamer verbetert, tijdens een ziekenhuisopname, cardiologie bij een ritmestoornis van het hart

ZIN maakt vervolgens de selectie op eerste (initiële) plaatsingen door op de volgende wijze patiënten uit te sluiten met een ICD-vervanging:

- Voor de patiënt is in de periode 2012 t/m 2019 tevens een van de zorgproducten uit Tabel 66 of zorgproduct over implantatie van een AICD (zorgproduct 979001111, 979001112, 979001113 of 979001114) geregistreerd.
- De zorgproducten worden vooraf gegaan door een cardiologisch dbc met code "0804" (follow-up ICD), elektrodenvervanging (zorgproduct 979001246) of ICD-verwijdering (zorgproduct 979001258).

Vervolgens maakt ZIN een selectie op patiënten waarbij het (naar waarschijnlijkheid) secundaire preventie betreft en sluit deze groep uit van de analyse. De verbetering is namelijk gericht op

<sup>55</sup> ZIN selecteert in het verbeteringsignalement ook op Zorgproducten 979001111, 979001112, 979001113 en 979001114. Deze waren echter maar tot en met 2012 in gebruik, daarom nemen wij deze zorgproducten niet mee in de analyses.

ICD's ter primaire preventie (patiënten die nog nooit eerder een ernstige hartritmestoornis hebben gehad maar wel een verhoogd risico) en niet op secundaire preventie (patiënten die daadwerkelijk een levensbedreigende aanhoudende ritmestoornis hebben gehad of die met succes zijn gereanimeerd na een plotselinge hartstilstand). Gemiddeld kreeg 83,2% van de patiënten met een initiële plaatsing de ICD ter primaire preventie en gemiddeld kreeg 16,8% van de patiënten met een initiële plaatsing de ICD ter secundaire preventie.

In onze analyse versimpelen we de analyse door willekeurig patiënten te selecteren met CRT-P's, eenkamer- en tweekamer-ICD's en subcutane ICD's. We voeren geen aanvullende selecties uit om ICD-ervangingen of patiënten waarbij het secundaire preventie betreft uit te sluiten.

### Methodiek doorrekening (ondergrens)

Tabel 67. We berekenen de delta in het vereveningsresultaat aan de hand van de delta in de vereveningsbijdrage en de kosten

Onderdeel doorrekening	Stappen
Simuleren voorkomen ICD-plaatsingen	Selecteren patiënten met eenkamer- en tweekamer-ICD's en subcutane ICD's plaatsing op basis van zorgproductcodes uit Tabel 66. Daarnaast selecteren patiënten met CRT-D plaatsing op basis van de zorgproductcodes uit deze tabel.
	Toekennen willekeurige waarde tussen nul en één, die uniforme verdeling volgt, aan beide patiëntgroepen.
	Willekeurig markeren van 344 patiënten met eenkamer- of tweekamer-ICD's of subcutane ICD's plaatsing uit selectie op basis van grenswaarde, waarbij 344 patiënten toegekende waarde hebben kleiner dan de grenswaarde. Tevens willekeurig selecteren van 774 patiënten met CRT-P plaatsing.
Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	Bepalen indeling patiënten in DKG-kenmerk.
	<b>B_oud:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse, DKG-2 en DKG-5, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse, DKG-2 en DKG-5 respectievelijk.
	Verwijderen zorgproducten uit Tabel 65 voor gemarkeerde patiënten met eenkamer- of tweekamer-ICD's of subcutane ICD's plaatsing. Vervangen zorgproducten uit Tabel 65 voor gemarkeerde patiënten met CRT-D plaatsing, en vervangen voor zorgproduct CRT-P uit Tabel 65.
	Opnieuw indelen patiënten in DKG-kenmerk.
	<b>B_passend:</b> Bepalen verzekerdenjaren in afslagklasse, DKG-2 en DKG-5, en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van afslagklasse, DKG-2 en DKG-5 respectievelijk.

Bepalen delta kosten (Delta_K)	<b>K_oud:</b> kosten 344 extra eenkamer- of tweekamer-ICD's of subcutane ICD's, en kosten 774 CRT-D plaatsingen.
	<b>K_passend:</b> kosten voor cardiologische zorg zonder ICD-plaatsing voor 344 patiënten en kosten voor 774 CRT-P's.

## Berekening uitkomst analyse (ondergrens)

### Bepalen delta vereveningsbijdrage

Tabel 68. De verandering in de vereveningsbijdrage is afgerond €0 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€0,2 mln = $100 \times \text{€}845,03 + 30 \times \text{€}2.625,93$	Ongeveer honderd verzekerdenjaren in DKG-2 en dertig verzekerdenjaren in DKG-5 meer in oude situatie. <sup>56</sup>
B_passend	€ -0,0 mln = $5 \times \text{€} -440,37$	Vijf verzekerdenjaren meer in afslagklasse in passende situatie.
Delta_B	€ -0,2 mln = €-0,0 mln - €0,2 mln	Netto resultaat van oud naar passend.

### Bepalen delta kosten

Tabel 69. De afname van kosten is afgerond €17 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€31 mln = $344 \times \text{€}24.912 + 774 \times \text{€}28.402$	344 patiënten met eenkamer- of tweekamer-ICD's of subcutane ICD's plaatsing meer in oude situatie, €24.912 is de gewogen gemiddelde prijs van deze ICD-plaatsingen. <sup>58</sup> 774 patiënten meer met CRT-D plaatsing in oude situatie met een gewogen gemiddelde prijs van €28.402.
K_passend	€14 mln = $344 \times \text{€}3.458 + 774 \times \text{€}16.110$	Kosten van 344 NICM-patiënten die geen ICD ontvangen en kosten van 774 NICM-patiënten met CRT-P plaatsing met een gewogen gemiddelde prijs van €16.110. <sup>57,58</sup>
Delta_K	€-17 mln = €14 mln - €31 mln	Netto resultaat van oud naar passend

<sup>56</sup> Het aantal verzekerden dat niet meer wordt ingedeeld bij DKG-2 of DKG-5 is lager dan het totaal aantal voorkomen ICD's, mogelijk hebben patiënten naast de zorgproducten voor ICD-plaatsingen nog andere zorg(producten) die tot indeling leidt.

<sup>57</sup> De kosten uit het [Verbetersignaleмент Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator](#) van €3.458 voor patiënten die geen ICD of CRT-P krijgen bestaan waarschijnlijk uit cardiologische zorg. Het is mogelijk dat deze zorg ook tot indeling leidt, echter is het niet bekend welke zorg dit is en of deze zorg tot indeling in de risicoverevening leidt. Daarom houden we hier in de doorrekening geen rekening mee.

<sup>58</sup> De kosten voor ICD-plaatsingen komt uit het [Verbetersignaleмент Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator](#) van ZIN.

### Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 70. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is €17 miljoen door een afname van € -0 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostenafname van €17 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€17 mln	€ -0 mln	€ -17 mln

### Bovengrens van vereveningsresultaat

In de ondergrens hielden we geen rekening met dat patiënten waarvoor een ICD-plaatsing voorkomen wordt in de passende situatie mogelijk wel nog gebruik maken van andere cardiologische zorg die tot indeling in de risicoverevening leidt. In het verbeter signalement wordt wel uitgegaan van kosten van €3.458 voor deze groep. In de bovengrens gaan we er voor alle patiënten vanuit dat deze cardiologische zorg wel tot indeling leidt.

### Bepalen delta vereveningsbijdrage bovengrens

Tabel 71. De vereveningsbijdrage verandert niet

Waarde	Omschrijving
B_oud	<i>B_oud is hetzelfde als in ondergrens</i>
B_passend	<i>B_passend is hetzelfde als B_oud (bedroeg €0 in ondergrens). Patiënten waarbij een ICD-plaatsing voorkomen wordt krijgen andere cardiologische zorg die tot indeling leidt in de risicoverevening</i>
Delta_B	€0 mln Netto resultaat van oud naar passend.

### Bepalen delta kosten bovengrens

De kosten zijn in de bovengrens hetzelfde als in de ondergrens.

### Bepalen delta vereveningsresultaat bovengrens

Tabel 72. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is €17 miljoen doordat de vereveningsbijdrage niet veranderd en de kosten afnemen met €17 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€17 mln	€0 mln	€ -17 mln

### Conclusie

De risicoverevening veroorzaakt geen belemmerende prikkel bij deze beweging naar passende zorg: op totaalniveau heeft de beweging positieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars voor zowel de bovengrens als de ondergrens van het resultaat. In de ondergrens gaat dit om een demping van €0,2 miljoen van de kostenafname van €17 miljoen. Hierdoor neemt het vereveningsresultaat toe met €17 miljoen. In het geval van de bovengrens betreft dit een afname van zorgkosten van €17 miljoen. Omdat de vereveningsbijdrage niet verandert resulteert dit in een toename van het vereveningsresultaat van €17 miljoen.



## Astma: voorkomen van SABA-overbehandeling

### Omschrijving verandering en relevantie

Het verbeteringsignalement voor astma<sup>59</sup> beschrijft onder andere de volgende twee mogelijke verbeteringen op het gebied van medicatie:

- Stoppen met LABA-monotherapie
  - LABA (Long-Acting Beta-Agonist) is een langwerkende variant van luchtwegverwijderaars. Gebruik van LABA zonder inhalatiecorticosteroiden (ICS), oftewel LABA-monotherapie, geeft een verhoogd risico op ernstige longaanvallen, ziekenhuisopname en sterfte. Dit risico is niet verhoogd bij gebruik van (een verlaagde dosering van) LABA i.c.m. ICS.
- Voorkomen overbehandeling met SABA
  - SABA (Short-Acting Beta-Agonist) is een kortwerkende variant van luchtwegverwijderaars. Overmatig gebruik van SABA geeft ook een verhoogd risico op ernstige longaanvallen, ziekenhuisopname en sterfte. Richtlijnen bevelen aan om de achterliggende ontstekingsreactie te behandelen met ICS zodat SABA-gebruik zo min mogelijk nodig is.

LABA(-monotherapie) en SABA(-overbehandeling) leiden mogelijk tot indeling in de FKG-  
risicoklasse astma. We focussen op het voorkomen van overbehandeling met SABA omdat deze  
verbetering grotere aantallen betreft (circa 18 duizend patiënten ten opzichte van circa 2 duizend  
patiënten voor LABA-monotherapie). We onderzoeken of de wijzigingen in medicatiegebruik voor  
SABA gevolgen hebben voor de indeling in FKG. Daarnaast hebben de verbeteringen uit het  
verbetersignalement mogelijk ook gevolgen voor het aantal ziekenhuisopnames voor astma, deze  
gevolgen onderzoeken we echter niet. Samenvattend komt dit neer op de verandering in Tabel  
73.

Tabel 73. In de passende situatie wordt SABA-overbehandeling voorkomen door ICS-gebruik

Situatie	Omschrijving
Oude situatie	Patiënten krijgen een te hoge dosering SABA, en geen tot nauwelijks ICS.
Passende situatie	Patiënten gaan over op dagelijks ICS gebruikt en een veel lagere dosering SABA.

### Gezondheidswinst van passende of innovatieve zorg

SABA-(over)gebruik zorgt voor een grotere kans op bijwerkingen zoals tremor van de handen,  
hoofdpijn, te snelle hartritmes en hartkloppingen. Overmatig gebruik van SABA geeft een  
verhoogd risico op ernstige longaanvallen, ziekenhuisopname en sterfte. Partijen geven aan dat  
overgebruik van SABA bij veel patiënten een probleem is.<sup>59</sup> Dit geeft ruimte voor  
gezondheidswinsten.

<sup>59</sup> [Zinnige Zorg – Verbetersignalement Astma](#)

## Selectie en identificatie van patiënten

Patiënten met astma en SABA-overbehandeling vallen onder dit voorbeeld. ZIN markeert in het verbeter-signalement patiënten met astma als volgt:

- Patiënten met tweedelijns zorg voor astma: dbc-codes 0322-1201, 0316-3202 en 0316-7706; en/of
- Patiënten met eerstelijns ketenzorg voor astma: eerstelijns declaratiecodes 11606 en 11626; en/of
- Patiënten < 50 jaar met > 120 DDD inhalatiemedicatie per jaar: deze patiënten selecteren we door bovenstaande twee selecties uit te breiden met alle patiënten met SABA-overbehandeling die 50 jaar en jonger zijn.

Wij versimpelen de analyse door alle patiënten te selecteren die voldoen aan de eisen voor SABA-overbehandeling op basis van ATC-codes en DDD's. We voeren geen aanvullende selecties uit om patiënten met astma te selecteren (en patiënten met COPD daarmee te **excluderen**). De selectie op SABA-overbehandeling maken we door patiënten die aan alle eisen in onderstaande tabel voldoen te markeren.

Tabel 74. We identificeren SABA-overbehandeling met ATC-codes en DDD's

Medicatie	Eis (in DDD per jaar)	Middel	ATC-code
Kortwerkend $\beta$ 2-sympathicomimeticum (SABA)	>100	Salbutamol	R03AC02
		Terbutaline	R03AC03
SABA-ICS	<40	Salbutamol + Budesonide	R03AK13
Langwerkend $\beta$ 2-sympathicomimeticum (LABA)	<40	Salmeterol	R03AC12
		Formoterol	R03AC13
		Indacaterol	R03AC18
		Olodaterol	R03AC19
LABA-ICS	<40	Salmeterol + fluticason	R03AK06
		Formoterol + budesonide	R03AK07
		Formoterol + beclometason	R03AK08
		Vilanterol + fluticasonfuroaat	R03AK10
		Formoterol + fluticason	R03AK11
Inhalatiecorticosteroiden (ICS)	<40	Beclometason	R03BA01
		Budesonide	R03BA02
		Fluticason	R03BA05
		Ciclesonide	R03BA08

ZIN becijfert op basis van declaratiedata in 2019 dat er 18.045 patiënten zijn met SABA-overbehandeling zonder bijschatting van patiënten die niet direct herkenbaar zijn in de declaratiedata. Met bijschatting komt dit aantal op 29.450. Tijdens een interview is aangegeven dat dit aantal momenteel waarschijnlijk vergelijkbaar is omdat nog gewerkt wordt aan de implementatie van de verbeteringen. Als wij de selecties uit

Tabel 74 uitvoeren op de declaratiedata komen we op een totaal patiëntaantal van 85,1 duizend (COPD en astma), ten opzichte van 29,4 duizend in het verbeteringsignalement (alleen astma). Omdat astmapatiënten en COPD-patiënten dezelfde medicatie gebruiken kunnen we astmapatiënten niet van COPD-patiënten onderscheiden in de farmaciegegevens. We voeren daarom de analyses in deze paragraaf uit voor alle 85,1 duizend patiënten, maar schalen de resultaten naar het patiënt aantal van 29,4 duizend.

### Methodiek doorrekening (grenzen niet van toepassing)

Om vast te stellen of er in de risicoverevening sprake is van een belemmerende prikkel voor deze verschuiving naar passende zorg bepalen we de delta in vereveningsbijdrage en kosten in de oude en passende situatie:

Tabel 75. We bepalen de delta in het vereveningsresultaat aan de hand van de delta in de vereveningsbijdrage en de kosten

Onderdeel doorrekening	Stappen
Markeren van astmapatiënten	Selecteren patiënten met SABA-overbehandeling op basis van ATC-codes en DDD's (Tabel 74).
Bepalen delta vereveningsbijdrage (Delta_B)	Bepalen indeling patiënten in FKG-kenmerk.
	<b>B_oud:</b> Bepalen verzekerdenjaren in (schil)klasse astma en vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van (schil)klasse.
	Aanpassen medicatie van gemarkeerde patiënten in lijn met het verbeteringsignalement. Dit zijn 30 DDD's SABA en 365 DDD's ICS.
	Opnieuw indelen patiënten in het FKG-kenmerk.
Bepalen delta kosten (Delta_K)	Bepalen verzekerdenjaren in FKG-1 (schilklasse astma) en FKG-33 (klasse astma).
	<b>B_passend:</b> Bepalen verzekerdenjaren in (schil)klasse astma en schalen van aantallen declaratiedata naar aantallen in verbeteringsignalement. Vermenigvuldigen met vereveningsbijdrage van (schil)klasse.
Bepalen delta kosten (Delta_K)	<b>K_oud:</b> kosten van SABA-overoverbehandeling.
	<b>K_passend:</b> kosten van afgebouwd SABA-gebruik i.c.m. ICS.

Het referentiebestand voor FKG deelt patiënten die overgaan op dagelijks ICS gebruik in in de risicoklasse FKG astma. Beclometason, Budesonide, Fluticason en Ciclesonide leidt tot indeling in FKG astma bij >90 DDD jaarlijks voor patiënten <18 jaar en 180DDD bij patiënten  $\geq$  18 jaar. Dagelijks ICS gebruik betekent 365 DDD.

### Berekening uitkomst analyse (grenzen niet van toepassing)

#### Bepalen delta vereveningsbijdrage

Tabel 76. De toename van de vereveningsbijdrage is afgerond €3 miljoen

	Waarde	Omschrijving
B_oud	€0,1 mln = 19.000 × €14,49	Ongeveer 19 duizend verzekerden meer in schilkklasse astma in oude situatie (geschaald van totaal COPD en astma).
B_passend	€2,7 mln = 46.000 × € 169,66	Ongeveer 46 duizend verzekerdenjaren meer in klasse astma in passende situatie (geschaald van totaal COPD en astma).
Delta_B	€2,6 mln = €2,7 mln - €0,1 mln	Netto resultaat van oud naar passend.

#### Bepalen delta kosten

Tabel 77. De toename van kosten is afgerond €5 miljoen

	Waarde	Omschrijving
K_oud	€2 mln = 30.000 × (180 × €0,17 + 4 × €6)	Kosten SABA-overbehandeling voor ongeveer 30 duizend patiënten: medicatie en afleverkosten recepten. <sup>60</sup>
K_passend	€7 mln = 30.000 × (365 × €0,48 + 30 × €0,17 + 9 × €6)	Kosten dagelijks ICS-gebruik i.c.m. verminderd SABA-gebruik voor ongeveer 30 duizend patiënten: medicatie en afleverkosten recepten. <sup>61</sup>
Delta_K	€5 mln = €7 mln - €2 mln	Netto resultaat van oud naar passend

#### Bepalen delta vereveningsresultaat

Tabel 78. De delta in het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars is € -4 miljoen door een toename van €1 miljoen van de vereveningsbijdrage en een kostentoename van €5 miljoen

Delta_R	Delta_B	Delta_K
€-3 mln	€3 mln	€5 mln

<sup>60</sup> De kosten van de oude behandeling bestaan uit intensief SABA-gebruik (180DDD à €0,17) en vier maal afleverkosten per (herhaal)recept à €6.

<sup>61</sup> De kosten van de passende behandeling bestaan uit dagelijks ICS-gebruik (365DDD à €0,48 per DDD), verminderd SABA-gebruik (30DDD à €0,17 per DDD) en negen maal afleverkosten per (herhaal)recept à €6.

## Vaststellen grenzen vereveningsresultaat niet mogelijk

We bepalen geen onder- en bovengrens voor dit voorbeeld omdat de verandering in zowel de oude als de passende situatie is omschreven in het aantal DDD's dat de patiënt gebruikt. Ook schalen we de uitkomsten reeds naar het aantal astmapatiënten om COPD te excluderen.

### Conclusie

De risicoverevening veroorzaakt een belemmerende prikkel bij deze beweging naar passende zorg: op totaalniveau heeft verschuiving naar passende zorg negatieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Het betreft een demping van €3 miljoen van de kostentoeename van €5 miljoen. Dit zorgt voor een afname van het vereveningsresultaat van €3 miljoen.

## Kanker: CAR-T-celtherapie

### Omschrijving verandering en relevantie

CAR-T-celtherapie is een innovatieve immuuntherapie voor uitbehandelde kankerpatiënten met een zeer agressieve vorm van lymfeklierkanker. Witte bloedlichamen van kankerpatiënten worden hiervoor met genetische modificatie omgevormd tot CAR-T-cellen. Die kunnen vervolgens kankercellen op basis van het CD19-kenmerk herkennen, aanvallen en uitschakelen. Vanaf 29 december 2018 wordt CAR-T-celtherapie met tisagenlecleucel (tisa-cel, Kymriah) vergoed vanuit het basispakket voor twee indicaties<sup>62</sup>. Het middel is sinds dat moment risicoloos en blijft dat tot en met 31 december 2022, dat is 31 december van het vierde kalenderjaar daaropvolgend. Het valt in die periode onder de vaste kosten met volledige vergoeding.

Tisa-cel is voor de eerste twee indicaties vanaf 1 januari 2023 risicodragend is. Dit houdt in dat tisa-cel geen onderdeel meer is van de vaste kosten maar van de variabele kosten is. Omdat het regulier onderhoud uitgaat van risicodragendheid in t-2 worden geneesmiddelen met vertraging opgenomen in de risicoverevening (via het FKG-kenmerk). Dit brengt voor zorgverzekeraars in de jaren dat ze wel risicodragend zijn maar nog niet verevend worden via indeling in het FKG-kenmerk risico met zich mee. Daarnaast wordt de ziekenhuiszorg voor het toedienen van tisa-cel gedeclareerd via facultatieve prestaties, facultatieve prestaties leiden niet tot indeling in de risicoverevening.

We onderzoeken de impact van de vertraagde opname van geneesmiddelen in de risicoverevening voor verschillende meetmomenten. In tegenstelling tot de voorbeelden van passende zorg vergelijken we geen oude en passende situatie met elkaar.

---

<sup>62</sup> Dit betreft de volgende indicaties: 1) de behandeling van pediatrische en jongvolwassen patiënten tot de leeftijd van 25 jaar met refractaire B-cel acute lymfoblastaire leukemie (ALL), of met een recidief na transplantatie of met een tweede of later recidief van B-cel ALL, en 2) de behandeling van pediatrische en jongvolwassen patiënten tot en met de leeftijd van 25 jaar met refractaire B-cel acute lymfoblastaire leukemie (ALL), of met een recidief na transplantatie of met een tweede of later recidief van B-cel ALL.

## Selectie en identificatie van patiënten

Patiënten die voldoen aan een van de twee indicaties die per 2018 vergoed worden vanuit het basispakket<sup>62</sup> vallen onder dit voorbeeld. We selecteren deze patiënten aan de hand van de volgende criteria.

- De twee indicaties uit 2018 zijn te herkennen aan de indicatiecodes 2661 en 2882.
- Het gebruik van tisa-cel is te herkennen aan ATC-groep L01XX71.

## Methodiek doorrekening (bovengrens)

We bepalen de gevolgen van het vertraagd opnemen van tisa-cel in de risicoverevening, en het niet opnemen van de bijbehorende ziekenhuiszorg, voor de vereveningskenmerken FKG, DKG en MHK.

### FKG

Tabel 79. De gevolgen van de vertraagde opname van tisa-cel in FKG verschillen per meetmoment

Meetmoment	Omschrijving
Meetmoment 1 <i>RV2022 en eerder</i>	Op 29 december 2018 stroomt tisa-cel vanuit de sluis in het basispakket voor twee indicaties. Omdat tisa-cel tot 31 december 2022 onder de vaste kosten valt heeft dit tot en met risicovereveningsjaar 2022 geen gevolgen voor FKG (geneesmiddelenkosten volledig vergoed).
Meetmoment 2 <i>RV2023 en 2024</i>	<p>Van 1 januari 2023 is tisa-cel niet meer risicoloos. Dit betekent dat tisa-cel overgaat van vaste kosten naar variabele kosten, waar zorgverzekeraars risico over lopen. Omdat voor het regulier onderhoud van zowel de reguliere FKG-klassen als de EHK naar risicodragendheid in t-2 wordt gekeken, en in 2021 en 2022 tisa-cel nog onder de vaste kosten viel, leidt tisa-cel niet tot indeling in de risicoverevening.</p> <p>Het gevolg van de vertraagde opname van tisa-cel in FKG is in risicovereveningsjaar 2023 en 2024 gelijk aan de kosten van tisa-cel.</p>
Meetmoment 3 <i>Vanaf RV2025</i>	<p>Vanaf risicovereveningsjaar 2025 wordt tisa-cel verwerkt in de reguliere FKG's of de EHK's. Gezien de hoge kosten van tisa-cel is het waarschijnlijk dat tisa-cel in de EHK's wordt ingedeeld.</p> <p>Het gevolg van de vertraagde opname van tisa-cel in FKG is vanaf risicovereveningsjaar 2025 gelijk aan de kosten van tisa-cel minus de vereveningsbijdrage voor de relevante EHK-klasse.</p>

We gaan er in de uitwerking van het voorbeeld vanuit dat de werkwijze voor de indeling van EHK's in komend jaar (los van dit onderzoek) wordt aangepast zodat het mogelijk wordt om op basis van de combinatie van ATC- en indicatiecode in te delen, in plaats van alleen op basis van ATC-code. Omdat een van de drie indicaties van tisa-cel pas vanaf 1 januari 2027 niet meer risicoloos is, betekent dit zonder aanpassing dat de ATC-code/stofnaam pas vanaf dat moment

ingedeeld kan worden. In dat geval is de vertraging nog groter (als gekozen wordt om het geneesmiddel als geheel niet in te delen).

## DKG

Naast het geneesmiddel tisa-cel zijn er (met datum inwerkingtreding 29 januari 2021) twee facultatieve prestaties voor CAR-T. Facultatieve prestaties leiden niet tot indeling in DKG. Het gevolg van het niet opnemen van innovatieve zorg in de vorm van facultatieve prestaties in DKG is gelijk aan de kosten van de facultatieve prestaties.

## MHK

De indeling in het MHK-kenmerk verandert mogelijk wanneer de kosten in het KPV-bestand groter worden door de kosten van tisa-cel en de twee facultatieve prestaties. De overgang naar variabele kosten heeft vanaf risicovereveningsjaar 2024 mogelijk gevolgen voor de indeling in het MHK-kenmerk omdat het kenmerk (in de definitieve vaststelling) gebaseerd is op kosten in t-1 tot en met t-3. Of de gevolgen van de vertraagde opname van tisa-cel in FKG vanaf risicovereveningsjaar 2024 (deels) gecompenseerd worden via MHK is afhankelijk indeling van verzekeren in het MHK kenmerk. We bepalen dit door risicovereveningsjaar 2024 na te bootsen. In risicovereveningsjaar 2024 valt tisa-cel in kostenjaar 2023 onder de variabele kosten en in 2022 en 2021 onder de vaste kosten. We simuleren dit als volgt.

Tabel 80. We bepalen de MHK-indeling in de passende situatie door het KPV-bestand aan te passen

Stap	Omschrijving
1	We markeren in het add-on declaratiebestand patiënten met tisa-cel in 2021 door selectie op ATC- en indicatiecode. Deze kosten waren geen onderdeel van het KPV-bestand, omdat tisa-cel in die jaren onder de vaste kosten viel.
2	We runnen de kenmerkindeling voor MHK voor risicovereveningsjaar 2022, omdat de definitieve vaststelling van het MHK-kenmerk in dat jaar plaatsvindt op kostenjaren 2021, 2020 en 2019. We bepalen de indeling van de gemarkeerde patiënten in MHK.
3	We voegen de kosten voor tisa-cel in 2021 toe aan de kosten in het KPV-bestand van 2021.
4	We runnen de kenmerkindeling voor MHK voor risicovereveningsjaar 2022 opnieuw.
5	We vergelijken de kenmerkindeling voor en na toevoeging van de kosten van tisa-cel.

## Berekening uitkomst analyse (bovengrens)

### FKG

Tabel 81. We bepalen de uitkomsten van de FKG-analyse per meetmoment

Meetmoment	Berekening
Meetmoment 1 <i>RV2022 en eerder</i>	Zowel kosten als vereveningsbijdrage zijn nul euro per patiënt. Vereveningsresultaat is €0 per patiënt.
Meetmoment 2 <i>RV2023 en 2024</i>	Vergoeding per gebruiker (zonder korting) is €348.800 <sup>63</sup> . Uitgaande van de gemiddelde korting in 2021 van 46% <sup>64</sup> zijn kosten tisa-cel ongeveer €188 duizend per patiënt. Vereveningsresultaat is ongeveer €-188 duizend per patiënt.
Meetmoment 3 <i>Vanaf RV2025</i>	Op basis van de kosten (€188 duizend per patiënt) doen we een zeer grove schatting dat tisa-cel vanaf meetmoment 3 wordt opgenomen in EHK-cluster 2, omdat dat normbedrag aansluit bij de kosten van het middel (het normbedrag in 2023 is €192.658,41). Vereveningsresultaat is ongeveer €4 duizend per patiënt.

### DKG

De facultatieve prestaties voor CAR-T leiden niet tot indeling in een risicovereveningskenmerk. De kosten van de facultatieve prestaties zijn €36 duizend per patiënt<sup>65</sup>, dit is tevens het vereveningsresultaat.

### MHK

We bepalen de indeling van het MHK-kenmerk zonder en met de kosten van tisa-cel opgenomen in het KPV-bestand voor de relevante patiënten. Dit leidt niet tot verandering in de MHK-indeling omdat patiënten vaak al hoge kosten hebben en de kostenstijging slechts in één geldt.

<sup>63</sup> [Verantwoording regulier onderhoud extreem hoge kostenclusters \(EHK\) 2024](#)

<sup>64</sup> [Kamerbrief over financiële arrangementen geneesmiddelen 2022](#)

<sup>65</sup> [Pakketadvies CAR-T: herbeoordeling Kymriah \(indicatie B-cel ALL\)](#)



## Overzicht

Het netto vereveningsresultaat per patiënt en in totaal staan weergegeven in de tabel hieronder.

Tabel 82. Het vereveningsresultaat voor CAR-T is in alle drie de meetmomenten negatief

Kenmerk		Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3
		× € 1 duizend	× € 1 duizend	× € 1 duizend
FKG	Bijdrage	€ 0	€ 0	€ 193
	Kosten	€ 0	€ 188	€ 188
DKG	Bijdrage	€ 0	€ 0	€ 0
	Kosten	€ 36	€ 36	€ 36
MHK	Verandering bijdrage	€ 0	€ 0	€ 0
Vereveningsresultaat per patiënt		€ -36	€ -224	€ -31
		× 7 patiënten (add-on gegevensjaar 2021)		
Vereveningsresultaat totaal		€ -251	€ -1.569	€ -220

### Ondergrens van vereveningsresultaat

In de bovenstaande berekening zijn we uitgegaan van een korting van 46%. Om een bandbreedte te geven bij de resultaten, rekenen we ook een voorbeeld door waarbij we geen korting toepassen op het schadebedrag in het farmaciendeclaratiebestand. We rekenen dit door voor meetmoment 2 en niet voor meetmoment 1 omdat de korting geen impact heeft op het vereveningsresultaat tijdens dat meetmoment. Voor meetmoment 3 bepalen we geen grenzen. Omdat kosten van het geneesmiddel na overgang op variabele kosten nog niet bekend zijn, zijn we voor meetmoment 3 uitgegaan van een zeer grove schatting. We bepaalden de indeling in de EHK-klasse op basis van de EHK-klasse die het dichtstbij bij de kosten lag van het geneesmiddel met toegepaste korting van 46%. Gezien de onzekerheid is het niet mogelijk om een onder- en bovengrens te bepalen.

Tabel 83. In de ondergrens is het vereveningsresultaat voor CAR-T ook negatief in meetmoment 2

Kenmerk		Meetmoment 2
		× € 1 duizend
FKG	Bijdrage	<i>Gelijk aan bijdrage in bovengrens</i>
	Kosten	€ 348 (bedroeg €188 in bovengrens)
DKG	Bijdrage	<i>Gelijk aan bijdrage in bovengrens</i>
	Kosten	<i>Gelijk aan kosten in bovengrens</i>
MHK	Verandering	€ 0 ( <i>gelijk aan bovengrens</i> )
	bijdrage	
<i>Vereveningsresultaat per patiënt</i>		€ -385
		× 7 patiënten
<i>Vereveningsresultaat totaal</i>		€ -2.687

## Conclusie

De vertraagde opname in de risicoverevening veroorzaakt een belemmerende prikkel: op totaalniveau heeft verschuiving naar innovatieve zorg negatieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. In alle meetmomenten is het vereveningsresultaat negatief. In meetmoment 1, 2, en 3 bedraagt het vereveningsresultaat respectievelijk € -251 duizend, € -1,6 miljoen, en € -220 duizend. Zonder toepassing van de korting van 46% op de kosten van het geneesmiddel bedraagt het vereveningsresultaat € -2,7 miljoen in meetmoment 2.

## SMA: weesgeneesmiddelen

### Omschrijving verandering en relevantie

Spinale musculaire atrofie (SMA, spinale spieratrofie) is de verzamelnaam voor een zeldzame groep spierziekten waarbij iets mis is met de motorische zenuwcellen in het ruggenmerg. Per 1 augustus 2018 is Nusinersen voor drie groepen<sup>66</sup> kinderen met SMA die jonger zijn dan 9,5 jaar in het basispakket gekomen<sup>67</sup>. Het middel is sinds dat moment risicoloos en blijft dat tot en met 31 december 2022, dat is 31 december van het vierde kalenderjaar daaropvolgend. Het valt in die periode onder de vaste kosten met volledige vergoeding.

Nusinersen is voor de eerste twee indicaties vanaf 1 januari 2023 risicodragend is. Dit houdt in dat Nusinersen geen onderdeel meer is van de vaste kosten maar van de variabele kosten is.

<sup>66</sup> Dit betreft 1) SMA met de eerste symptomen op zuigelingenleeftijd (jonger dan zes maanden) met een ziekte duur korter dan 26 weken bij de start van de behandeling. 2) SMA met de eerste symptomen op latere leeftijd (van zes-twintig maanden) bij kinderen met een ziekte duur korter dan 94 maanden bij de start van de behandeling. 3) Presymptomatische zuigelingen met een genetische diagnose van 5q spinale spieratrofie en met twee of drie SMN2-kopieën.

<sup>67</sup> [Pakketadvies sluisgeneesmiddel nusinersen \(Spinraza\) voor de behandeling van spinale musculaire atrofie \(SMA\)](#)

Omdat het regulier onderhoud uitgaat van risicodragendheid in t-2 worden geneesmiddelen met vertraging opgenomen in de risicoverevening (via het FKG-kenmerk). Dit brengt voor zorgverzekeraars in de jaren dat ze wel risicodragend zijn maar nog niet verevend worden via indeling in het FKG-kenmerk risico met zich mee.

We onderzoeken de impact van de vertraagde opname van geneesmiddelen in de risicoverevening voor verschillende meetmomenten. In tegenstelling tot de voorbeelden van passende zorg vergelijken we geen oude en passende situatie met elkaar.

### Selectie en identificatie van patiënten

Patiënten die voldoen aan een van de drie indicaties voor Nusinersen die per 2018 vergoed worden vanuit het basispakket vallen onder dit voorbeeld. Nusinersen is te herkennen aan ATC-groep M09AX07<sup>68</sup>. De drie indicatiecodes staan hieronder weergegeven,

Tabel 84. We herkennen SMA-patiënten aan de hand van drie indicatiecodes

	Indicatiecode per 1 aug 2018	Indicatiecode per 1 jan 2022
1	1614	3017
2	1615	3018
3	1616	3019

### Methodiek doorrekening (bovengrens)

We bepalen de gevolgen van het vertraagd opnemen van Nusinersen in de risicoverevening voor de vereveningskenmerken FKG en MHK. DKG laten we buiten beschouwing omdat de ziekenhuiskosten in vergelijking tot de geneesmiddelenkosten zeer beperkt zijn. Het aantal gebruikers waarvoor deze gevolgen van toepassing zijn bepalen we door de patiënten te selecteren die onder dit voorbeeld vallen op basis van ATC-code en indicatie.

### FKG

Tabel 85. De gevolgen van de vertraagde opname van Nusinersen in FKG verschillen per meetmoment

Meetmoment	Omschrijving
Meetmoment 1 <i>RV2022 en eerder</i>	Op 1 augustus 2018 stroomt Nusinersen vanuit de sluis uit in het basispakket voor drie indicaties. Omdat Nusinersen tot 31 december 2022 onder de vaste kosten valt heeft dit tot en met vereveningsjaar 2022 geen gevolgen voor FKG (geneesmiddelenkosten volledig vergoed).
Meetmoment 2 <i>RV2023 en 2024</i>	Van 1 januari 2023 is Nusinersen niet meer risicoloos. Dit betekent dat Nusinersen overgaat van vaste kosten naar variabele kosten, waar zorgverzekeraars risico over lopen. Omdat voor het regulier onderhoud van zowel de reguliere FKG-klassen als de EHK naar risicodragendheid in t-2

<sup>68</sup> [Farmacotherapeutisch Kompas – Geneesmiddelen - Nusinersen](#)

	<p>wordt gekeken, en in 2021 en 2022 Nusinersen nog onder de vaste kosten viel, leidt Nusinersen niet tot indeling in de risicoverevening. V</p> <p>Het gevolg van de vertraagde opname van Nusinersen in FKG is in risicovereveningsjaar 2023 en 2024 gelijk aan de kosten van Nusinersen.</p>
<p>Meetmoment 3 Vanaf RV2025</p>	<p>Vanaf risicovereveningsjaar 2025 wordt Nusinersen verwerkt in de reguliere FKG's of de EHK's. Gezien de hoge kosten van Nusinersen lijkt het waarschijnlijk dat Nusinersen in de EHK's wordt ingedeeld.</p> <p>Het gevolg van de vertraagde opname van Nusinersen in FKG is vanaf risicovereveningsjaar 2025 gelijk aan de kosten van tisa-cel minus de vereveningsbijdrage voor de relevante EHK-klasse.</p>

Net als voor CAR-T celtherapie gaan we er in de uitwerking van het voorbeeld van uit dat de werkwijze voor de indeling van EHK's in komend jaar (los van dit onderzoek) wordt aangepast zodat het mogelijk wordt om op basis van ATC-indicatie combinatie in te delen, in plaats van alleen op ATC-code.

### MHK

Of de gevolgen van het vertraagd opnemen van Nusinersen in FKG vanaf risicovereveningsjaar 2024 (deels) gecompenseerd wordt via MHK is afhankelijk van of de hogere kosten in het KPV-bestand leiden tot indeling in MHK. We bepalen dit door de situatie in risicovereveningsjaar 2024 na te bootsen. In risicovereveningsjaar 2024 valt Nusinersen in kostenjaar 2023 onder de variabele kosten en in 2022 en 2021 onder de vaste kosten. We simuleren dit als volgt:

Tabel 86. We bepalen de MHK-kenmerkindeling door SMA-kosten in het KPV-bestand op te nemen

Stap	Omschrijving
1	We markeren in het add-on declaratiebestand patiënten met Nusinersen in 2021 door selectie op ATC- en indicatiecode. Deze kosten waren geen onderdeel van het KPV-bestand, omdat Nusinersen in die jaren onder de vaste kosten viel.
2	We runnen de kenmerkindeling voor MHK voor risicovereveningsjaar 2022, omdat de definitieve vaststelling van het MHK-kenmerk in dat jaar plaatsvindt op kostenjaren 2021, 2020 en 2019. We bepalen de indeling van de gemarkeerde patiënten in MHK.
3	We voegen de kosten voor Nusinersen in 2021 toe aan de kosten in het KPV-bestand van 2021.
4	We runnen de kenmerkindeling voor MHK voor risicovereveningsjaar 2022 opnieuw.
5	We vergelijken de kenmerkindeling voor en na toevoeging van de kosten van Nusinersen.

## Berekening uitkomst analyse (bovengrens)

### FKG

Om de uitkomsten van de FKG-analyse te bepalen berekenen we de uitkomsten per meetmoment.

Tabel 87. Het verschilt per meetmoment of het FKG-vereveningsresultaat positief of negatief is

Meetmoment	Berekening
Meetmoment 1 <i>RV2022 en eerder</i>	Zowel kosten als vereveningsbijdrage zijn nul euro per patiënt. Vereveningsresultaat is €0 per patiënt.
Meetmoment 2 <i>RV2023 en 2024</i>	Vergoeding per gebruiker (zonder korting) is €499.800 in het eerste behandeljaar en €249.900 in de jaren daarna <sup>69</sup> . In het farmaciedeclaratiebestand vinden we gemiddelde kosten van circa €268 duizend. Als we de gemiddelde korting in 2021 van 46% <sup>70</sup> toepassen op de kosten van Nusinersen uit het declaratiebestand komt dit neer op kosten van circa €145 duizend per patiënt. Vereveningsresultaat is ongeveer €-145 duizend per patiënt.
Meetmoment 3 <i>Vanaf RV2025</i>	Op basis van de kosten (€145 duizend per patiënt) doen we een zeer grove schatting dat vanaf meetmoment 3 Nusinersen opgenomen wordt in EHK-cluster 2, omdat dat normbedrag aansluit bij de kosten van het middel (het normbedrag in 2023 is €192.658,41). Vereveningsresultaat is ongeveer €48 duizend per patiënt.

### MHK

We bepalen de indeling van het MHK-kenmerk zonder en met toevoeging van de kosten van Nusinersen in het KPV-bestand voor de relevante patiënten. Dit leidt tot verandering in de MHK-indeling voor veertien patiënten met een totale stijging van de bijdrage van €191 duizend. Omdat het MHK-kenmerk werkt met percentielen zal dit voor andere verzekerden op totaalniveau een daling van de bijdrage betekenen van €191 duizend. Dit effect nemen we niet mee.

### Overzicht

Het netto vereveningsresultaat per patiënt en in totaal staan hieronder weergegeven in de tabel hieronder.

<sup>69</sup> [Pakketadvies sluisgeneesmiddel nusinersen \(Spinraza\) voor de behandeling van spinale musculaire atrofie \(SMA\)](#)

<sup>70</sup> [Kamerbrief over financiële arrangementen geneesmiddelen 2022](#)

Tabel 88. Het vereveningsresultaat voor SMA is negatief in meetmomenten 1 en 2 en positief in meetmoment 3

Kenmerk		Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3
		× €1 duizend	× €1 duizend	× €1 duizend
FKG	Bijdrage	€ 0	€ 0	€ 192
	Kosten	€ 0	€ 145	€ 145
Vereveningsresultaat FKG per patiënt		€ 0	€ -145	€ 48
				× 87 patiënten
Vereveningsresultaat FKG		€ 0	€ -12.600	€ 4.158
Verandering vereveningsresultaat MHK		€ 0	€ 0	€ 191
Vereveningsresultaat totaal		€ 0	€ -12.600	€ 4.349

### Ondergrens van vereveningsresultaat

In de bovenstaande berekening zijn we uitgegaan van een korting van 46%. Om een bandbreedte te geven bij de resultaten, rekenen we ook een voorbeeld door waarbij we geen korting toepassen op het schadebedrag in het farmaciendeclaratiebestand. We rekenen dit door voor meetmoment 2 omdat de korting geen impact heeft op het vereveningsresultaat van meetmoment 1. Voor meetmoment 3 bepalen we geen grenzen. Omdat kosten van het geneesmiddel na overgang op variabele kosten nog niet bekend zijn, zijn we voor meetmoment 3 uitgegaan van een zeer grove schatting. We bepaalden de indeling in de EHK-klasse op basis van de EHK-klasse die het dichtstbij bij de kosten lag van het geneesmiddel met toegepaste korting van 46%. Gezien de onzekerheid is het niet mogelijk om een onder- en bovengrens te bepalen.

Tabel 89. Zonder geneesmiddelenkorting is het vereveningsresultaat nog negatiever in meetmoment 2

Kenmerk	Meetmoment 2	
	× € 1 duizend	
FKG	Bijdrage	<i>Bijdrage is hetzelfde in bovengrens</i>
	Kosten	€ 268 (bedroeg €145 in bovengrens)
Vereveningsresultaat FKG per patiënt		
		€ -268
		× 87 patiënten
Vereveningsresultaat FKG		
		€ -23.300
Verandering vereveningsresultaat MHK		
		€ 0 (gelijk aan bovengrens)
Vereveningsresultaat totaal		
		€ -23.300

### Conclusie

De vertraagde opname in de risicoverevening veroorzaakt een belemmerende prikkel: op totaalniveau heeft verschuiving naar passende zorg negatieve impact op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars voor zowel de bovengrens als de ondergrens van het resultaat. De som van de risicovereveningsresultaten in de verschillende meetmomenten is negatief. In meetmoment 1, 2, en 3 bedraagt het vereveningsresultaat respectievelijk € -251 duizend, € -12,6 miljoen, en € 4,3 miljoen. Zonder toepassing van de korting van 46% op de kosten van het geneesmiddel bedraagt het vereveningsresultaat € -23,3 miljoen in meetmoment 2.