

Verfijning van het fysiotherapiecriterium in het vereveningsmodel voor somatische zorgkosten: van gebruikersgroepen (FGG's) naar diagnosegroepen (FDG's)

Onderzoek ten behoeve van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dr. F. Eijkenaar

Dr. R.C.J.A. van Vliet

Drs. E.M. van Rooijen

Dr. R.C. van Kleef

Eindrapportage, 3 maart 2016 ¹

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)
Erasmus Universiteit Rotterdam



¹ Met dank aan de leden van de begeleidingscommissie voor hun commentaar op de tussenrapportages.

Inhoud

| | |
|--|----|
| Managementsamenvatting | 1 |
| 1. Inleiding | 5 |
| 2. Zvw-dekking en eerder onderzoek | 7 |
| 2.1. Zvw-dekking fysio- en oefentherapie | 7 |
| 2.2. Eerder onderzoek | 7 |
| 3. Coderingen | 11 |
| 3.1. Inleiding | 11 |
| 3.2. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering | 11 |
| 3.3. (Verwijs)diagnosecode volgens het DCSPH | 11 |
| 3.4. Code soort indicatie paramedische hulp | 13 |
| 4. Data en verkennende analyses | 17 |
| 4.1. Inleiding | 17 |
| 4.2. Kostengegevens 2013 | 17 |
| 4.3. Declaraties fysiotherapie 2012 | 17 |
| 4.4. Conclusies | 24 |
| 5. Voorlopige resultaten (meer)kosten | 27 |
| 5.1. Inleiding | 27 |
| 5.2. Meerkosten per pathologie van fysiotherapiediagnose | 28 |
| 5.3. Meerkosten per pathologie-hoofdgroep van fysiotherapiediagnose | 31 |
| 5.4. Meerkosten naar mate van chroniciteit | 31 |
| 5.5. Meerkosten naar mate van meerkosten | 33 |
| 5.6. Conclusies | 34 |
| 6. Uitgangspunten en definitieve resultaten (meer)kosten | 35 |
| 6.1. Uitgangspunten definitieve analyses | 35 |
| 6.2. Meerkosten per pathologie van fysiotherapiediagnose | 36 |
| 6.3. Meerkosten per pathologie-hoofdgroep van fysiotherapiediagnose | 38 |
| 6.4. Meerkosten naar leeftijdscategorie | 38 |
| 6.5. Meerkosten naar mate van meerkosten | 39 |
| 6.6. Conclusies | 40 |
| 7. Resultaten modelvarianten | 41 |
| 7.1. Inleiding | 41 |
| 7.2. Evaluatie modelvarianten | 43 |
| 7.3. Modelvariant M4 met leeftijdsinteractie | 49 |
| 7.4. Stabiliteit van prevalenties | 50 |
| 7.5. Conclusies | 53 |
| Referenties | 55 |
| Bijlage A. Samenstelling begeleidingscommissie | 57 |
| Bijlage B. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering | 59 |
| Bijlage C. Diagnoseclassificatiesysteem Paramedische Hulp | 61 |
| Bijlage D. Code soort indicatie tabel | 63 |
| Bijlage E. Vergelijking declaratiebestand 2013 met BASIC 2013 | 65 |
| Bijlage F. Beschrijvende statistieken cf. onderzoeksbeschrijving | 67 |
| Bijlage G. Normbedragen modelvarianten | 69 |
| Bijlage H. Vergelijking conversietabellen van het DCSPH naar de chronische lijst | 73 |
| Bijlage I. Herverdeling vanwege morbiditeit en leeftijd (65-/65+) | 75 |

Managementsamenvatting

Deze studie heeft de mogelijkheden onderzocht van een verfijning van het fysiotherapiecriterium, gebaseerd op fysiotherapiekosten in voorgaand jaar², in het 2016-vereveningsmodel voor de somatische zorgkosten. Daarbij is gebruik gemaakt van diagnose-informatie die beschikbaar is in de declaraties van fysio- en oefentherapeuten. De diagnoses zijn gelinkt aan de zogenaamde ‘chronische lijst’ uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, die de aandoeningen vermeldt – inclusief eventuele gelimiteerde behandelduur – waarvoor de fysiotherapiebehandelingen onder de Zvw-dekking vallen (onder bepaalde voorwaarden).

In het onderzoek zijn eerst de diagnoses geselecteerd die vallen onder de chronische lijst en waarvoor de behandelduur in principe ongelimiteerd is. Vervolgens zijn deze 27 diagnoses op verschillende manieren als vereveningscriterium toegevoegd aan het zogenaamde ‘startmodel’, i.e. het vereveningsmodel 2016 **exclusief** de twee vereveningscriteria op basis van V&V- en GRZ-kosten in het voorgaande jaar. De resulterende modelvarianten M1 (alle 27 diagnoses als afzonderlijke risicoklassen) tot en met M4 (vier risicoklassen voor geclusterde diagnoses op basis van meerkosten) zijn doorgerekend op het databestand van de recente OT met zorgkosten van 2013 (N ≈ 15,5 miljoen verzekerdenjaren³). De uitkomsten qua normbedragen en verevenende werking zijn met elkaar vergeleken alsmede met modelvariant M0, i.e. het startmodel met het huidige fysiotherapiecriterium. Variant M4 bleek het beste te scoren: een beperkt aantal risicoklassen bij gelijkblijvende verevenende werking, beperkte verschuivingen in normbedragen en een clustermethode die overeenkomt met die van het DKG-criterium. Ten slotte is M4 nogmaals doorgerekend met leeftijdsinteracties; dat leverde evenwel geen verbeteringen op.

Het nieuwe fysiotherapiecriterium, dat bestaat uit vier met kosten opklimmende clusters van de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen, kenmerkt zich door zes verbeteringen ten opzichte van het huidige fysiotherapiecriterium gebaseerd op fysiotherapiekosten in t-1:

1. de basis wordt gevormd door **diagnosen** in plaats van **kosten** in voorgaand jaar;
2. 18-minners tellen nu ook mee;
3. diagnoses van oefentherapie tellen nu ook mee;
4. alleen diagnoses die gelinkt zijn aan aandoeningen op de chronische lijst met een **ongelimiteerde** behandelduur tellen mee;
5. in plaats van alleen ja/nee kosten houdt het vereveningsmodel via de groepering in vier clusters rekening met een differentiatie naar de ernst van de diagnoses;

² Dit criterium wordt ook wel aangeduid met FGG, voor fysiotherapiegebruiksgroepen.

³ Het aantal verzekerdenjaren komt in dit onderzoek circa 1 miljoen lager uit dan in de recente OT als gevolg van het buiten beschouwing laten van drie verzekeraars/volmachten vanwege inadequate informatie over de fysiotherapiedeclaraties.

6. er vindt selectie plaats op declaraties die daadwerkelijk onder Zvw-dekking vallen, wat in de kostendata niet goed mogelijk was.

Deze verbeteringen komen zowel de validiteit als de prikkelwerking van het fysiotherapiecriterium ten goede.

De verbeteringen in de definitie van het vereveningscriterium resulteren in:

- een toename van de opgespoorde meerkosten (uitgaande van het startmodel): voor het huidige criterium is dat 292 miljoen euro voor 312.000 verzekerdenjaren, terwijl het nieuwe criterium uitkomt op 388 miljoen euro voor 286.000 verzekerdenjaren;
- een toename met 56.000 van het aantal chronisch zieken dat het vereveningsmodel expliciet identificeert: 64.000 minder 18-plussers (met lage meerkosten), maar 120.000 18-minners (die voorheen niet werden geïdentificeerd) extra⁴;
- een bescheiden verbetering in de verevenende werking ten opzichte van modelvariant M0: de R^2 op individuniveau stijgt met 0,1 procentpunt en de GGAA op alle subgroepen daalt met 5 euro (doch op verzekeraarsniveau stijgt de GGAA met 0,4 euro en de bandbreedte met 1 euro);
- een grotere stabiliteit van de prevalenties op verzekeraarsniveau: bij toepassing van het nieuwe fysiotherapiecriterium verschillen de prevalenties gebaseerd op 2013-informatie duidelijk minder van die gebaseerd op 2012-informatie dan bij gebruik van het huidige fysiotherapiecriterium.

Enkele kanttekeningen bij dit onderzoek zijn:

- in de analyses ontbreken twee verzekeraars volledig en enkele volmachten gedeeltelijk vanwege onvolledige informatie over declaraties voor fysio- en oefentherapie;
- we zijn diverse (kleine) verschillen tussen verzekeraars tegengekomen in de gehanteerde voorwaarden voor Zvw-dekking van fysio- en oefentherapie;
- in de aangeleverde bestanden blijken declaraties voor te komen die, op grond van de informatie in de declaraties zelf, feitelijk niet onder de Zvw-dekking vallen (< 2%).

Deze kanttekeningen zullen echter niet of nauwelijks van invloed zijn op de uitkomsten van dit onderzoek. Dat geldt ook voor de volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

- nagaan of het zinvol is om per verzekerde meer dan één fysiotherapiediagnose mee te tellen voor het nieuwe vereveningscriterium (dit gaat om ongeveer 1% van alle verzekerden die bij het nieuwe criterium zijn ingedeeld);

⁴ Daarnaast worden met het nieuwe fysiotherapiecriterium nog 22.000 18-minners geïdentificeerd die voorheen ook al werden geïdentificeerd met de bestaande morbiditeitscriteria (maar niet met het huidige fysiotherapiecriterium gebaseerd op fysiotherapiekosten in t-1).

- nagaan of het zinvol is om onlogische combinaties van lichaamslocatie en pathologie (zoals: locatie='achterzijde hoofd' en pathologie='amputatie') uit te sluiten van het nieuwe criterium.⁵

Een andere aanbeveling is om de toenemende overlap tussen morbiditeitscriteria (FKG's, DKG's, HKG's, MHK en nu FDG's = fysiotherapiediagnosegroepen) eens onder de loep te nemen. Deze overlap leidt waarschijnlijk tot ondercompensatie van verzekerden die slechts één keer scoren op deze criteria en overcompensatie voor verzekerden die meerdere keren scoren. Een simpele mogelijkheid zou zijn om de huidige, afzonderlijke clusterprocedures voor het creëren van DKG's en FDG's, gezamenlijk uit te voeren, bij voorkeur gecombineerd met de HKG's. Feitelijk betekent dit het toevoegen van FDG's en HKG's aan de DKG's.

Op grond van het bovenstaande adviseren wij om het huidige, op fysiotherapiekosten gebaseerde vereveningscriterium per 2017 te vervangen door het hier ontwikkelde criterium bestaande uit vier clusters van 27 fysiotherapiediagnosen die zijn gelinkt aan de aandoeningen – zonder gelimiteerde behandelduur – van de chronische lijst (i.e. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

⁵ De fysiotherapiediagnosen worden afgeleid uit de codes van het Diagnoseclassificatiesysteem Paramedische Hulp (DCSPH). Deze codes bestaan uit vier posities; posities 1 en 2 geven de lichaamslocatie en posities 3 en 4 de pathologie. Voor het nieuwe fysiotherapiecriterium is feitelijk alleen de pathologie van belang.

1. Inleiding

Met ingang van het vereveningsjaar 2016 bevat het risicovereveningsmodel voor somatische zorgkosten een vereveningscriterium gebaseerd op fysiotherapiekosten in het voorgaande jaar, aangeduid met Fysio(t-1) of FGG (fysiotherapiegebruikersgroepen).⁶ Dit criterium, ontwikkeld in WOR 712 (zie paragraaf 2.2), is beperkt tot 18-plussers en tot wel of geen fysiotherapiegebruik in t-1.⁷

De Zvw-dekking voor fysio- en oefentherapie voor 18-plussers is beperkt tot een aantal chronische aandoeningen, opgenomen in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering (zie bijlage B, verder aangeduid met 'chronische lijst'). Dit biedt in beginsel de mogelijkheid om de simpele dummy-variabele voor ja/nee fysiotherapiegebruik in t-1 die nu in het vereveningsmodel van 2016 is opgenomen, verder uit te splitsen naar de aard van de onderliggende aandoeningen. Bovendien kan mogelijk ook voor 18-minners – die een veel bredere Zvw-dekking van fysiotherapiekosten genieten dan volwassenen, zie paragraaf 2.1 – informatie over de onderliggende aandoeningen bij het model worden betrokken.

Tegen deze achtergrond heeft het ministerie van VWS ons verzocht de mogelijkheden te onderzoeken van een vereveningscriterium gebaseerd op informatie over de chronische aandoeningen die recht geven op vergoeding van fysiotherapiekosten vanuit de Zvw. Vektis beschikt over een detailsysteem paramedische hulp waarin op declaratieniveau gegevens worden aangeleverd en vastgelegd, waaronder de diagnosecode. Die gegevens bieden de mogelijkheid om het huidige Fysio(t-1)-criterium te verfijnen en de effecten daarvan te onderzoeken, onder andere op de verevenende werking.⁸

⁶ Het vereveningsmodel 2016 voor de somatische kosten bevat de volgende vereveningscriteria: 20x2 leeftijd/geslachtklassen, farmaciekostengroepen (FKG's; gebaseerd op gebruik van specifieke geneesmiddelen in t-1), diagnosekostengroepen (DKG's; gebaseerd op DBC's en diagnoses van ziekenhuisopnamen in t-1), hulpmiddelenkostengroepen (HKG's; gebruik van vier hulpmiddelen in t-1), meerjarig hoge kosten (MHK; in t-3, t-2 en t-1), aard van het inkomen (AvI), regio, sociaal-economische status (SES), generieke somatische morbiditeit (GSM), ja/nee fysiotherapiekosten in t-1 [Fysio(t-1)], hoogte van kosten voor verpleging en verzorging in t-1 [V&V(t-1)], en ja/nee geriatrische revalidatiezorg in t-1 [GRZ(t-1)].

⁷ In deze rapportage verstaan we onder fysiotherapie datgene wat het Besluit zorgverzekering, artikel 2.6 beschrijft bij fysiotherapie en oefentherapie C/M. Voor de volledigheid: paramedische zorg wordt in het Besluit opgesplitst in de volgende componenten (met tussen haakjes de macrokosten in 2012 volgens de website van het Zorginstituut): fysiotherapie (450 miljoen euro), oefentherapie (20 miljoen), logopedie (115 miljoen), ergotherapie (25 miljoen) en dieetadvisering (0,3 miljoen).

⁸ De oorspronkelijke door Vektis aangeleverde declaratiebestanden (d.d. 17-11-2015) bleken geen declaraties van oefentherapie C/M te bevatten, terwijl die zorg wel onder de 'chronische lijst' valt (zie bijlage B). In de vergadering van de begeleidingscommissie van 7 december 2015 is afgesproken dat deze zorg wél bij het nieuwe fysiotherapiecriterium dient te worden betrokken. De betreffende gegevens lopen mee vanaf hoofdstuk 6.

Het doel van dit onderzoek is nagaan in hoeverre het vereveningsmodel van 2016 voor de somatische zorgkosten verbeterd als het vereveningscriterium Fysio(t-1) verder zou worden verfijnd. De bedoeling is de verfijning te baseren op de diagnoses/chronische aandoeningen die in principe recht geven op vergoeding van fysiotherapiekosten vanuit de Zvw. Startpunt daarbij is het model 2016 **exclusief** de vereveningscriteria V&V(t-1) en GRZ(t-1) – verder aangeduid met ‘startmodel’ –, met als uitgangspunt dat **geen** onderscheid wordt gemaakt tussen de variabele zorgkosten en V&V-kosten. De analyses zullen dus worden uitgevoerd voor de som van de variabele zorgkosten en de V&V-kosten (oftewel de ‘somatische zorgkosten’), i.e.: de kosten van alle zorgvormen die onder de Zvw vallen met uitzondering van de (L)GGZ.

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 bevat een overzicht van de huidige Zvw-dekking van fysiotherapie en geeft een samenvatting van eerder onderzoek naar de voorspellende waarde van fysiotherapie voor de somatische zorgkosten. Hoofdstuk 3 geeft vervolgens inzicht in de relevante (diagnose)coderingen waar in dit onderzoek gebruik van zal worden gemaakt. Hoofdstuk 4 bevat een overzicht van de beschikbare data plus enkele verkennende analyses op die data. Hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6 presenteren de voorlopige respectievelijk definitieve resultaten met betrekking tot de kosten en meerkosten per (cluster van) fysiotherapiediagnosen. Hoofdstuk 7 bevat ten slotte een beschrijving van de door-gerekende modelvarianten en evalueert deze met de gebruikelijke beoordelingsmaatstaven.

In de volgende hoofdstukken wordt op verschillende plaatsen onderscheid gemaakt tussen de **voorlopige** analyses (hoofdstukken 3 tot en met 5) en de **definitieve** analyses (hoofdstukken 6 en 7). Hoofdstukken 3 tot en met 5 waren reeds onderdeel van een eerdere tussenrapportage, besproken in de vergadering van de begeleidingscommissie van 7 december 2015. De conclusies van die vergadering, waarin een aantal openstaande vragen is beantwoord en diverse knopen zijn doorgehakt, blijken sterk van invloed op de resultaten en zijn verwerkt in hoofdstukken 6 en 7.

2. Zvw-dekking en eerder onderzoek

2.1. Zvw-dekking fysio- en oefentherapie

Voor volwassenen dekt de Zvw alleen kosten van fysio- en oefentherapie C/M voor zover het behandeling betreft in verband met aandoeningen die op de chronische lijst staan (zie bijlage B). Met ingang van 2012 zijn voor volwassenen de eerste 20 zittingen binnen een behandeltraject echter voor eigen rekening van de verzekerde (of de eventuele aanvullende verzekering); in 2011 was dat nog de eerste 12, en daarvoor de eerste 9 zittingen. Voor 18-minners geldt dat alle fysiotherapiekosten voor aandoeningen op de chronische lijst volledig zijn gedekt en daarnaast ook nog maximaal 9 zittingen per kalenderjaar voor andere aandoeningen, eventueel aangevuld met 9 zittingen wanneer de behandeling voor die aandoeningen niet aanslaat. Volwassenen met urine-incontinentie krijgen daarnaast de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie vergoed (eenmalig in het leven). Bijlage B geeft, in combinatie met bijlage D, een volledig overzicht van de voorwaarden waaronder de kosten van fysiotherapie en oefentherapie C/M onder de Zvw-dekking vallen.

2.2. Eerder onderzoek

Het iBMG heeft twee keer eerder onderzoek gedaan naar fysiotherapie in het voorgaande jaar als potentieel vereveningscriterium voor somatische zorg. Dit onderzoek betreft WOR 323 ("Tussenrapportage over hulpmiddelen en fysiotherapie") en WOR 712 ("Voorspellende waarde van het gebruik van fysiotherapie voor de zorgkosten"). In de volgende paragrafen worden de belangrijkste resultaten en conclusies van beide onderzoeken samengevat.

2.2.1. WOR 323

In WOR 323 zijn de mogelijkheden verkend van uitbreiding van het vereveningsmodel van 2007 met een criterium gebaseerd op fysiotherapiegebruik in het voorgaande jaar, gebruikmakend van kostendata over 2004 van twee ziekenfondsen. Aanleiding voor het onderzoek, dat zich in eerste instantie richtte op het traceren van personen met zeldzame aandoeningen ten behoeve van een verdere verbetering van het vereveningsmodel voor somatische zorg, was dat deskundigen aangaven dat dergelijke patiënten vaak gebruikmaken van fysiotherapie. Het bleek dat fysiotherapiegebruik inderdaad voorspellend is voor toekomstige zorgkosten: een criterium gebaseerd op een clustering van 46 diagnoses in tien clusters (op basis van gemiddelde meerkosten), bleek de voorspelkracht (in termen van de R^2) van het toenmalige vereveningsmodel te doen toenemen met naar schatting circa 0,7 procentpunt.⁹

⁹ Overigens bleek uiteindelijk dat slechts 13% van de eerder getraceerde personen met een zeldzame aandoening ook daadwerkelijk tot de groep van 2,5% verzekerden met fysiotherapiekosten behoorde.

De vraag is echter of deze bevinding nog relevant is, enerzijds vanwege de inperking van de Zvw-dekking voor fysiotherapie sinds 2007, anderzijds omdat het vereveningsmodel inmiddels is uitgebreid met HKG's, MHK, niet-klinische diagnoses (als uitbreiding van de DKG's), diverse FKG's, GSM en drie criteria op basis van zorgkosten in het verleden. Voorts is sprake van een forse uitbreiding van de Zvw-dekking, met geriatrische revalidatiezorg, extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten en V&V.¹⁰ Ten slotte is de risicodragendheid van ziekenhuiskosten sinds 2007 uitgebreid van 25 naar 100%.

2.2.2. WOR 712

Mede tegen de achtergrond van de bevindingen van WOR 323 zijn in een vervolgonderzoek de effecten in kaart gebracht van toevoeging van varianten van een vereveningscriterium gebaseerd op fysiotherapiekosten in het voorgaande jaar aan de vereveningsmodellen van 2015 voor de variabele zorgkosten en V&V, geschat op kostendata van 2012. Hiertoe is gebruikgemaakt van fysiotherapiekosten van 2011. Voor de variabele kosten (exclusief V&V) zijn drie mogelijke uitbreidingen van het 2015-model doorgerekend: ja/nee fysiotherapiegebruik in t-1; ja/nee fysiotherapiegebruik in t-1 opgesplitst in drie leeftijdsgroepen; en kosten fysiotherapie > 0 in t-1 opgesplitst in drie niveaus. Deze varianten bleken elk te leiden tot lichte verbeteringen van de verevenende werking op alle niveaus; op individuniveau nam de R^2 bijvoorbeeld toe met 0,1 procentpunt. De varianten ontliepen elkaar echter weinig, en met elk zou de gemiddelde ondercompensatie van ruim 900 euro voor de circa 400.000 verzekerden met fysiotherapiegebruik in t-1 worden weggenomen. Wat betreft het (beperkte) 2015-model voor V&V-kosten konden ongeveer dezelfde conclusies worden getrokken, met dien verstande dat de verbeteringen in verevenende werking kleiner dan wel afwezig waren. Op basis van deze bevindingen is besloten het Fysio(t-1)-criterium voor het model 2016 te beperken tot 18-plussers en tot wel of geen fysiotherapiegebruik in t-1 (dus geen verdere interactie met leeftijd en geen uitsplitsing naar de hoogte van fysiotherapiekosten in t-1).

In de Overall Toets 2016 is uiteindelijk een iets andere definitie van het Fysio(t-1)-criterium gehanteerd. In eerste instantie werd een harde drempel van 0 euro gehanteerd, doch om verschillende redenen kan dit onwenselijk zijn; zo kan het criterium dan gevoelig zijn voor administratieve onvolkomenheden, en het kan ongewenste prikkels genereren. Gezien deze problemen is in de pre-OT (WOR 738, appendix A) de kostenverdeling van fysiotherapie in kaart gebracht. Op basis van de bevindingen is gekozen voor een kwantielbedrag (kwantiel 2,1%) in plaats van de harde drempel van 0 euro.¹¹

¹⁰ Geneeskundige en langdurige GGZ blijven hier buiten beschouwing omdat het niet waarschijnlijk is dat fysiotherapie(diagnosen) samenhangen met de kosten van deze zorgprestaties.

¹¹ Bij de schatting van de definitieve normbedragen voor 2016 is het kwantiel uiteindelijk op 2,0% gezet en is de leeftijdsgrens om uitvoeringstechnische redenen opgetrokken naar 20 jaar, met als peildatum 30 juni van het vereveningsjaar (zie WOR 747, appendix A).

In WOR 712 kon op basis van de beschikbare gegevens geen rekening worden gehouden met de diagnoses die gesteld moeten zijn voordat de fysiotherapiekosten onder de Zvw vallen. Het detailsysteem paramedische hulp van Vektis – waarin op declaratieniveau (onder meer) fysiotherapiegegevens worden aangeleverd en vastgelegd, waaronder de diagnosecode – biedt in beginsel de mogelijkheid om modellen door te rekenen waarin de diagnosecode van het fysiotherapiegebruik in t-1 een rol speelt. De dummyvariabele voor ja/nee fysiotherapiegebruik in t-1 die nu in het model van 2016 is opgenomen, zou daarmee verder kunnen worden uitgesplitst naar de aard van de onderliggende aandoeningen. Bovendien kan mogelijk ook voor 18-minners informatie over de onderliggende aandoeningen bij het vereveningsmodel worden betrokken.

3. Coderingen

3.1. Inleiding

Voor dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van drie typen van coderingen: de chronische lijst volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering artikel 2.6 lid 2, het diagnoseclassificatiesysteem paramedische hulp (DCSPH) en de code soort indicatie (CSI). Deze coderingen zijn opgenomen in respectievelijk bijlagen B, C en D. Daaruit wordt onder andere duidelijk dat de coderingen, en vooral ook de onderlinge relaties, complex zijn. In de volgende paragrafen komen de belangrijkste aspecten van de drie coderingen aan bod.

3.2. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering bevat de lijst voor langdurige of intermitterende aandoeningen fysio- en oefentherapie waarvoor een aanspraak bestaat vanuit de Zvw (de 'chronische lijst', zie bijlage B). De gestelde diagnose waarvoor fysiotherapie nodig is, bepaalt of de behandeling wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, is in principe een verwijzing nodig van een arts en de aandoening moet op de chronische lijst staan (in ieder geval voor 18-plussers). Op deze lijst (met in totaal 32 aandoeningen) staan chronische (zoals multipele sclerose) en 'beperkt-chronische' aandoeningen, ofwel behandelingen met een gelimiteerde behandelduur (zoals whiplash). Twaalf aandoeningen hebben betrekking op het zenuwstelsel (onderdeel a) en twaalf op het bewegingsapparaat (onderdeel b). Acht aandoeningen vallen niet onder een afzonderlijke categorie (onderdeel d); een belangrijke hiervan is "status na opname in een ziekenhuis of verpleeginrichting dan wel na opname of dagbehandeling in een revalidatie-instelling". De chronische lijst is in het verleden verschillende keren herzien. Zo zijn van 2011-op-2012 hartaandoeningen en reuma van de lijst geschrapt.

3.3. (Verwijs)diagnosecode volgens het DCSPH

Het door Vektis aangeleverde databestand met declaratiegegevens bevat de diagnosecode volgens het DCSPH.¹² Dit systeem stelt de fysio- of oefentherapeut in staat om – ten aanzien van de diagnose – de lichaamslocatie en de pathologie op het declaratierecord te registreren met behulp van een viercijferige codering:

¹² Hoofdstuk 4 bevat een meer gedetailleerde omschrijving van het aangeleverde databestand.

- positie 1 = hoofdgroep lichaamslocatie (bijv. hoofd, hals);
- positie 2 = subgroep lichaamslocatie (bijv. achterzijde hoofd);
- positie 3 = hoofdgroep pathologie (bijv. chirurgie, bewegingsapparaat);
- positie 4 = subgroep pathologie (bijv. pees, spier, ligament).

Posities 3 en 4 vormen samen de zogenaamde ‘ZN-code’ (ook aangeduid met ‘VNZ-code’). Het document “Chronische lijst Z&Z versie 1 0 2015.docx” legt een link tussen de ZN-code volgens het DCSPH en de chronische lijst. Zo valt ZN-code 00 (positie 1 = chirurgie, bewegingsapparaat; positie 2 = amputatie) volgens deze vertaalsleutel onder code B15 van de chronische lijst (status na amputatie). Op dezelfde manier valt ZN-code 05 (positie 1 = chirurgie, bewegingsapparaat; positie 2 = wervelkolom) onder code D5 van de chronische lijst (status na opname in een ziekenhuis of verpleeginrichting dan wel opname of dagbehandeling in een revalidatie-instelling). Het genoemde document bevat 5 kolommen: de eerste 2 hebben betrekking op de ZN-codes (00 tot en met 99) respectievelijk de codes van de chronische lijst (32 verschillende codes). De derde kolom betreft de pathologie en bevat circa 200 verschillende omschrijvingen. Zo hoort pathologie “total knee, postoperatieve fase” bij ZN-code 01 en code D5 van de chronische lijst. Onder deze zelfde codes vallen nog 10 andere pathologie-omschrijvingen. De vierde kolom omschrijft de maximale behandelduur (niet altijd gevuld, zie artikel 2 tot en met 7 van bijlage B). Bij code D5 is dit bijvoorbeeld “maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van behandeling in de instelling”. De laatste kolom bevat ten slotte nog enkele andere voorwaarden (niet altijd gevuld), zoals “alleen bij littekenweefsel” of “alleen bij patiënten jonger dan 22 jaar”.¹³

Van belang is dat codes volgens de chronische lijst vaak (maar niet altijd) meerdere keren voorkomen bij dezelfde ZN-codes. Zo is ZN-code 78 (overige neurologische aandoeningen/neuropathieën/ziekten van neurologische oorsprong) verbonden met 27 aandoeningen (i.e. pathologie-omschrijvingen), verdeeld over 7 codes van de chronische lijst (A2, A4, A7, A8, A9, A10 en A11). Omgekeerd kan een code van de chronische lijst betrekking hebben op meerdere ZN-codes. Zo is code D5 van de chronische lijst (status na opname in ziekenhuis of verpleeginrichting dan wel na opname of dagbehandeling in revalidatie-instelling) gelinkt aan 11 verschillende ZN-codes. Indien we in de aangeleverde declaratiegegevens zouden willen selecteren op D5, dan zouden we deze 11 codes moeten selecteren, wat op zichzelf mogelijk is. Probleem is echter dat sommige van die 11 codes ook weer gelinkt zijn aan andere codes van de chronische lijst. Met de selectie op die 11 ZN-codes selecteren we dus niet alleen D5, maar ook andere codes/aandoeningen van de chronische lijst. Een

¹³ Van Z&Z en de vier grote verzekeraarsconcerns hebben wij de vertaalsleutels/conversietabellen van DCSPH naar de chronische lijst naast elkaar gelegd (zie Bijlage H). Hieruit komen diverse kleine verschillen naar voren. Wij verwachten dat de consequenties daarvan in de praktijk gering zijn omdat een fysio- of oefentherapeut op de declaratie alleen de DCSPH- en CSI-code hoeft te vermelden en **niet** de onderliggende pathologie. Voorts is het niet waarschijnlijk dat een zorgverlener bij de behandeling van patiënten met verschillende verzekeraars steeds rekening houdt met bedoelde afwijkingen.

belangrijke conclusie die op basis hiervan kan worden getrokken is dat de codes van de chronische lijst onmogelijk het uitgangspunt kunnen zijn voor een verfijnd fysiotherapie-criterium op basis van chronische aandoeningen; een één-op-één vertaling naar de – bij ons beschikbare – codes volgens het DCSPH is immers niet mogelijk. In ieder geval moet dus worden uitgegaan van posities 3 en 4 (de pathologie) van de DCSPH-diagnosecode.^{14, 15}

Voorts is de vraag hoe moet worden omgegaan met declaratierecords met diagnosecodes waarvoor geen link kan worden gelegd met de chronische lijst. Voor 18-plussers komt dit in 3% van de gevallen voor. Hierbij gaat het voornamelijk om ZN-codes 09 (overige chirurgie van het bewegingsapparaat inclusief nieuwvormingen) en 86 (urine incontinentie). In het laatste geval worden met ingang van 2012 de eerste 9 behandelingen gedekt onder de Zvw, doch deze aandoening staat niet op de chronische lijst. Voor 18-minners komt bijna de helft van de codes niet voor op de chronische lijst. De – qua aantal declaraties – belangrijkste vier hiervan zijn ZN-code 22 (chondropathie/arthropathie/meniscuslaesie), 26 (spier-pees-, facie-aandoeningen), 31 (gewrichtscontusie/-distorsie) en 80 (symptomatologie, zonder aanwijsbare pathologie). In overleg met de begeleidingscommissie worden in de **definitieve** analyses (hoofdstuk 6 en 7) **alle** declaratierecords waarvoor **geen** link kan worden gelegd met de chronische lijst buiten beschouwing gelaten.¹⁶

3.4. Code soort indicatie paramedische hulp

Een derde codering in het aangeleverde bestand met declaratierecords is de ‘code soort indicatie’ (CSI, bijlage D). Deze wordt ingevuld door de fysio- of oefentherapeut. De code kan de waarden 000 tot en met 010 aannemen en kan in principe worden gebruikt om:

- diagnosecodes te selecteren die betrekking hebben op aandoeningen die op de chronische lijst staan: CSI 001/002 (18- en 18+);
- diagnosecodes te selecteren die betrekking hebben op behandelingen die onder de Zvw-dekking vallen: CSI 001/002 (18- en 18+), 003/004/005/006/007 (18-) en 010 (18+, diagnosecode 6486 = bekkenbodemregio, urine incontinentie).

¹⁴ Het volledig concentreren op de pathologie en dus negeren van de rest van de ingevulde DCSPH-code is echter onverstandig omdat dan circa 50.000 records worden meegeteld met onmogelijke codes (i.e. <1000 of >9500, zie bijlage C). Zo blijkt code “855649” ruim 38.500 keer voor te komen, doch uitsluitend bij de verzekeraars behorende tot één concern. Het zou dan vreemd zijn om in dit geval als pathologiecode 49 te nemen, terwijl vrijwel zeker is dat de hele code (855649) onjuist is. In overleg met de begeleidingscommissie wordt in dit onderzoek alleen uitgegaan van ZN-codes afkomstig van **geldige** viercijferige (= lichaamslocatie + pathologie) diagnosecodes.

¹⁵ Het is voorts de vraag of het zinvol is om de lichaamslocatie (i.e. de eerste twee posities van de DCSPH-code) bij dit onderzoek te betrekken: kan bij één bepaalde pathologie een verschil in locatie duiden op een verschil in (on)gezondheid en daarmee in toekomstige zorgkosten? In overleg met de begeleidingscommissie wordt in dit onderzoek **geen** onderscheid naar lichaamslocatie gemaakt. Gegeven de vrij grove indeling van pathologie binnen het DCSPH is het onwaarschijnlijk dat het meenemen van lichaamslocatie een betekenisvol onderscheid in ernst van ziekte oplevert.

¹⁶ In de **voorlopige** analyses (hoofdstukken 3 tot en met 5) zijn **alleen** de betreffende records van 18-plussers (doch exclusief die met ZN-code 86 voor urine incontinentie) verwijderd.

In beginsel zouden we alleen aandoeningen die op de chronische lijst staan bij de analyses willen betrekken. Immers, doen we dat niet, dan ontstaat voor de 18-minners (die een veel bredere Zvw-dekking voor fysiotherapie genieten dan volwassenen, waaronder ook voor behandeling van aandoeningen die *niet* op de chronische lijst staan¹⁷) een andere definitie van het in dit onderzoek te ontwikkelen fysiotherapiecriterium dan voor 18-plussers. Het is dan waarschijnlijk dat de prevalentie van dat criterium bij het bereiken van de 18 jaar flink daalt; niet omdat kinderen bij het volwassen worden opeens een stuk gezonder zijn en geen last meer hebben van die aandoeningen, maar vanwege de Zvw-dekking. De vraag is dus of geselecteerd moet worden op CSI=001/002. Die selectie zou tot gevolg hebben dat:

- van de 441 miljoen euro in het declaratiebestand circa 100 miljoen euro wegvalt;
- records van één verzekeraar volledig wegvallen en die van een andere verzekeraar voor circa driekwart omdat (vrijwel) altijd de niet-bestaande CSI-code 000 is ingevuld;
- binnen de groep van 18-plussers 6% van de records wegvalt;
- binnen de groep van 18-minners 76% van de records wegvalt;
- het aantal verzekerden met een fysiotherapiediagnose daalt van circa 700.000 naar circa 353.000.

Voor de **voorlopige** analyses (hoofdstukken 3 tot en met 5) is geselecteerd op CSI = 001/002/003/004/005/006/007/010. In de eerste vergadering van de begeleidingscommissie (d.d. 7 december 2015) is in principe besloten om voor de **definitieve** analyses (hoofdstuk 6 en 7) alleen te selecteren op CSI = 001/002. Bij nader inzien blijkt evenwel dat enkele aandoeningen op de chronische lijst zijn beperkt tot patiënten jonger dan 17 of jonger dan 22 jaar (zie bijlage B), en voor deze aandoeningen worden soms de codes 001/002 gebruikt (behandeling voor aandoening die voorkomt op de chronische lijst), en soms de codes 003 tot en met 007 (behandeling voor aandoening die niet voorkomt op de chronische lijst). De betreffende declaratierecords die op basis van selectie op CSI = 001/002 zouden worden verwijderd, worden in de definitieve analyses **wel** meegenomen. Dit gaat vooral om ZN-code 79 ("psychomotorische retardatie / ontwikkelingsstoornissen"), corresponderend met code A6 op de chronische lijst ("motorische retardatie en ontwikkelingsstoornissen van het zenuwstelsel en hij is jonger dan 17 jaar").

Tabel 3.1 geeft inzicht in het percentage declaratierecords per CSI, afzonderlijk voor 18-min en 18-plus. Ten behoeve van de voorlopige analyses zijn de records behorende bij de **vet** gedrukte percentages uit het bestand verwijderd. Dit gaat om records met 'onmogelijke' combinaties van CSI en leeftijd (zoals CSI = 003 bij 18-plus en CSI = 010 bij 18-min),

¹⁷ Voor 18-minners geldt geen drempel van 20 behandelingen die men eerst zelf moet betalen, en voor aandoeningen die niet op de chronische lijst voorkomen worden maximaal 9 behandelingen vergoed (en nog eens maximaal 9 behandelingen als de eerste 9 niet toereikend blijken te zijn).

records met CSI = 008 of 009 (geen Zvw-dekking)¹⁸ en met CSI = 000 of 999 (code onbekend). Deze laatste records zijn vrijwel volledig afkomstig van drie verzekeraars/volmachten, die praktisch geen records met een geldige CSI hebben aangeleverd. Daarom zullen we deze verzekeraars/volmachten bij de analyses geheel buiten beschouwing laten. Records met CSI = 010 (bekkenfysiotherapie) nemen we alleen mee voor de voorlopige analyses, mits het om 18-plussers gaat.

Tabel 3.1. Percentage records met fysiotherapiedeclaraties uitgesplitst naar CSI (exclusief oefentherapie)^a

| CSI | Omschrijving | 18-min | 18-plus | Totaal |
|---------------------|---|-------------|-------------|-------------|
| 000 | Niet-bestaande/ onbekende code | 3,81 | 3,15 | 3,30 |
| 001 | 1 ^e aandoening op chronische lijst | 22,03 | 82,21 | 68,72 |
| 002 | 2 ^e of vervolgaandoening op chronische lijst | 1,90 | 12,20 | 9,89 |
| 003 | 1 ^e indicatie fysiotherapie (18-), niet op chronische lijst | 44,67 | 0,33 | 10,27 |
| 004 | 1 ^e indicatie kinderfysiotherapie, niet op chronische lijst | 21,22 | 0,01 | 4,76 |
| 005 | 1 ^e vervolgindicatie kinderfysiotherapie, niet op chronische lijst | 4,95 | 0,00 | 1,11 |
| 006 | 1 ^e indicatie oefentherapie (18-), niet op chronische lijst | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 007 | 1 ^e vervolgindicatie oefentherapie (18-), niet op chronische lijst | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 008 | 1 ^e 20 behandelingen nieuwe aand. op chronische lijst (18+) | 0,18 | 0,82 | 0,68 |
| 009 | Behandelingen die niet onder de Zvw-dekking vallen | 1,21 | 0,53 | 0,68 |
| 010 | 1 ^e 9 behandelingen bekkenfysiotherapie bij urine-incont. (18+) | 0,01 | 0,74 | 0,57 |
| 999 | Niet-bestaande/ onbekende code | 0,01 | 0,01 | 0,01 |
| Totaal ^b | | 100 | 100 | 100 |

^a De records behorende bij de **vet** gedrukte percentages zijn records met 'onmogelijke' combinaties van CSI en leeftijd, records met CSI = 008 of 009 en records met CSI = 000 of 999. Ten behoeve van de voorlopige analyses (hoofdstukken 3 tot en met 5) zijn deze uit het bestand verwijderd. Records behorende bij de *gecursiveerde* percentages (alleen in de laatste kolom) zijn (dus) deels verwijderd.

^b Totaal aantal declaratierecords voor 18-, 18+ en totaal: respectievelijk 3,2 miljoen, 11,2 miljoen en 14,4 miljoen.

¹⁸ Terzijde vragen wij ons af hoe het überhaupt mogelijk is dat dergelijke fysiotherapiedeclaraties in het aangeleverde databestand voorkomen. Bij navraag heeft Vektis aangegeven dat ten behoeve van onderhavig onderzoek alleen declaratierecords uit het paramedische detailsysteem zijn geselecteerd waarop verzekeraars in het geëigende veld 'gedekt door Zvw' hebben aangekruist.

4. Data en verkennende analyses

4.1. Inleiding

Ten behoeve van dit onderzoek hebben wij de beschikking over kostengegevens van 2013 uit het recent gecreëerde WOR-bestand en declaratiegegevens fysiotherapie van 2012. Merk op dat in dit en het volgende hoofdstuk de declaraties van oefentherapie (circa 4% van het totaal) nog buiten beschouwing blijven.

4.2. Kostengegevens 2013

De kostengegevens 2013 zijn afkomstig uit de recente Overall Toets (WOR 748, verder aangeduid met 'WOR-bestand'). Daarin zijn eerst de zorgkosten en vereveningscriteria van 2013 en 2012 (en deels eerder) representatief gemaakt voor 2016 waarna vervolgens de normbedragen van de vereveningsmodellen van 2016 zijn geschat (WOR 749). Tabel 4.1 bevat enkele beschrijvende statistieken berekend op het WOR-bestand, **exclusief** drie verzekeraars/volmachten die we in dit onderzoek buiten beschouwing laten vanwege inadequate informatie over de fysiotherapie-declaraties (zie paragraaf 4.3.2).

Tabel 4.1. Kosten in WOR-bestand 2016, in euro's per verzekerdenjaar, exclusief drie verzekeraars/volmachten (kostenniveau 2013; standaarddeviatie tussen haakjes)^a

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Somatische zorgkosten inclusief V&V | 2.162 (7.927) |
| Aantal records | 15.821.865 |
| Aantal verzekerdenjaren | 15.523.485 |

^a Kostencijfers zijn gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2016.

4.3. Declaraties fysiotherapie 2012

4.3.1. Inhoud databestand en te gebruiken variabelen

Vektis heeft een databestand aangeleverd met informatie van 14 (kas)kwartalen declaraties fysiotherapie over 2012.^{19, 20} Dit declaratiebestand bevat ongeveer 14,4 miljoen records, die

¹⁹ Vektis heeft tevens declaratiegegevens over 2013 aangeleverd, op basis van tien (kas)kwartalen. In dit onderzoek worden die gegevens alleen gebruikt ter controle van de 2012-declaraties (zie bijlage E); we willen immers de zorgkosten van 2013 voorspellen.

²⁰ De oorspronkelijk aangeleverde declaratiebestanden (d.d. 17-11-2015) bleken geen declaraties van oefentherapie C/M te bevatten, terwijl die zorg wel onder de 'chronische lijst' valt. In de vergadering van de begeleidingscommissie van 7 december 2015 is afgesproken dat deze zorg wél bij het nieuw te ontwikkelen fysiotherapiecriterium dient te worden betrokken. De betreffende gegevens lopen echter pas mee vanaf hoofdstuk 6.

betrekking hebben op ruim 700.000 gebruikers met in totaal ongeveer 441 miljoen euro aan kosten van fysiotherapie.²¹ Het bestand bevat (onder andere) de volgende variabelen:

- pseudo-BSN (nodig voor koppeling met de kostengegevens);
- UZOVI-nummer van verzekeraar;
- begindatum van behandeling (altijd bekend en steeds in 2012);
- 1^e verwijdsdiagnosecode paramedische hulp (voor circa 4 miljoen records onbekend, of gevuld met een niet-bestaande code volgens het DCSPH);
- 1^e paramedische diagnosecode (voor circa 10 miljoen records onbekend, of gevuld met een niet-bestaande code volgens het DCSPH)²²;
- diagnosecode gevalideerd; een door Vektis samengestelde diagnosecode op basis van de 1^e verwijdsdiagnosecode en de 1^e paramedische diagnosecode (bekend voor circa 99% van de records)²³;
- drie declaratiebedragen: berekend bedrag (op basis van aantal behandelingen en tarief), declaratiebedrag (gedecclareerd door de zorgverlener) en toegekend bedrag (vergoed onder de Zvw);
- code soort indicatie (zie paragraaf 3.4).

Voor dit onderzoek worden – afgezien van enkele controles en correcties – uiteindelijk alleen de variabelen pseudo-BSN, UZOVI, toegekend bedrag²⁴, diagnosecode gevalideerd en code soort indicatie gebruikt.

Ter controle van de ‘diagnosecode gevalideerd’ van Vektis hebben wij op basis van de 1^e verwijdsdiagnosecode en de 1^e paramedische diagnosecode zelf een samengestelde code gecreëerd, en die vervolgens vergeleken met de code van Vektis. In circa 3.900 gevallen blijkt onze code bekend, maar die van Vektis niet. In 2.600 gevallen betreft dit records met ZN-code 37 of 49. Volgens bijlage C zijn dit **bestaande** codes, echter **zonder omschrijving**. Op een oudere lijst komen deze codes in het geheel niet voor; kennelijk heeft Vektis zich op die verouderde lijst gebaseerd bij de definitie van de samengestelde code. Het verschil voor de resterende 1.300 gevallen komt doordat in onze code niet-bestaande lichaamslocaties (op basis van posities 1 en 2) **wel** meetellen en in die van Vektis **niet**. Met name op basis van deze laatste bevinding hebben wij ervoor gekozen in het vervolg van dit onderzoek uit te gaan van de diagnosecode van Vektis. Immers, ondanks dat het de vraag is of geselecteerd moet worden op lichaamslocatie als dat niet relevant is voor een nieuw fysiotherapie-

²¹ Dit is wat minder dan de 450 miljoen die het Zorginstituut opgeeft voor 2012, en ook minder dan de 457 miljoen euro die in het BASIC-bestand van 2012 zit.

²² Verzekeraars vullen vrijwel uitsluitend óf de 1^e verwijdsdiagnosecode, óf de 1^e paramedische diagnosecode in. Als beide zijn ingevuld, dan blijken de codes (praktisch) altijd gelijk te zijn.

²³ De zogenaamde 2^e verwijdsdiagnosecode en de 2^e paramedische diagnosecode blijken zeer beperkt gevuld te zijn (< 1000 records) en worden verder niet gebruikt.

²⁴ De verschillen tussen de drie bedragen blijken in het databestand zeer beperkt; gezien de definitie ligt het voor de hand uit te gaan van het toegekende bedrag, om – na aggregatie naar BSN, ZN-code en CSI – de records met kosten kleiner of gelijk aan 0 euro weg te laten.

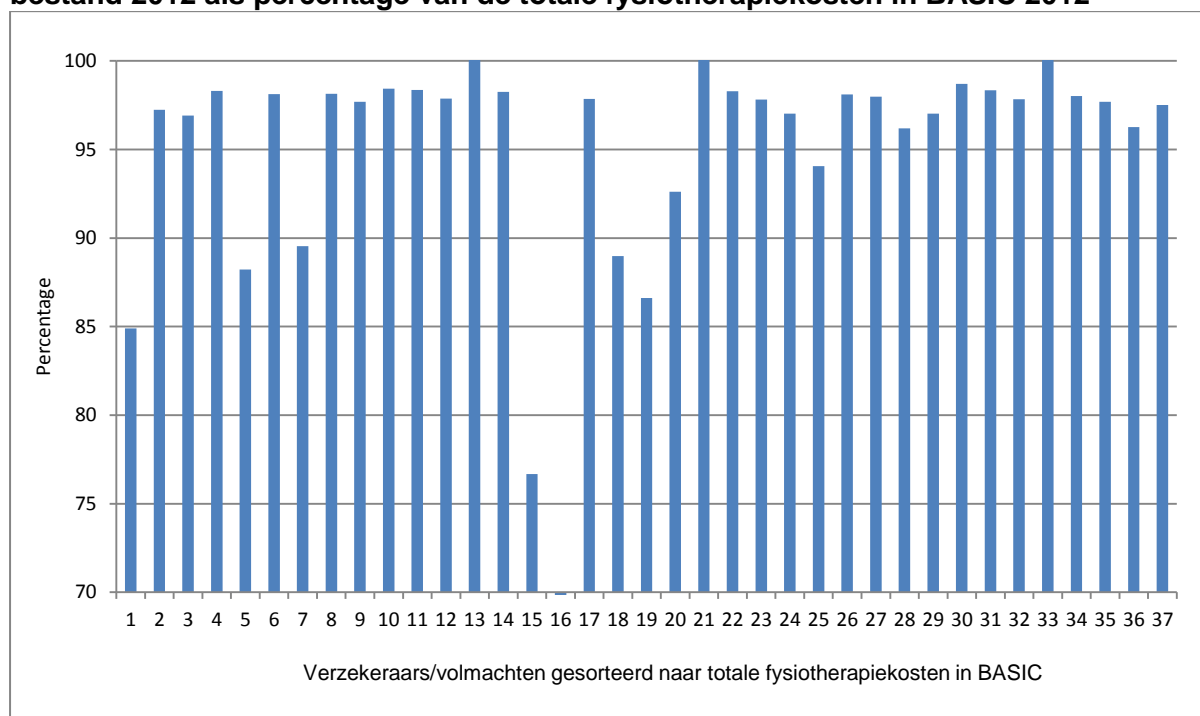
criterium (i.e. alleen de pathologie is dan relevant, zie voetnoot 15), zou het merkwaardig zijn een nieuw criterium te baseren op een officiële codering waarvan niet-bestaande waarden worden meegeteld. In overleg met de begeleidingscommissie zijn records met ZN-codes 37 of 49 uit het bestand verwijderd.

In de diagnosecode van Vektis treedt echter iets vreemds op: combinaties van lichaamslocatie (posities 1 en 2) en pathologie (posities 3 en 4) die onlogisch (doch bestaand) zijn, bijvoorbeeld code 1000 (lichaamslocatie 10 = achterzijde hoofd, pathologie 00 = amputatie) en 3040 (lichaamslocatie 30 = wervelkolom, pathologie 40 = hartaandoening). In overleg met de begeleidingscommissie wordt in dit onderzoek **niet** op dergelijke onlogische combinaties gecontroleerd en worden de betreffende records dus **niet** uit het bestand verwijderd.

4.3.2. Controles en selecties

Figuur 4.1 maakt een vergelijking tussen het declaratiebestand en BASIC voor wat betreft de macrokosten fysiotherapie in het jaar 2012.

Figuur 4.1. Per verzekeraar/volmacht de totale fysiotherapiekosten in het declaratiebestand 2012 als percentage van de totale fysiotherapiekosten in BASIC 2012

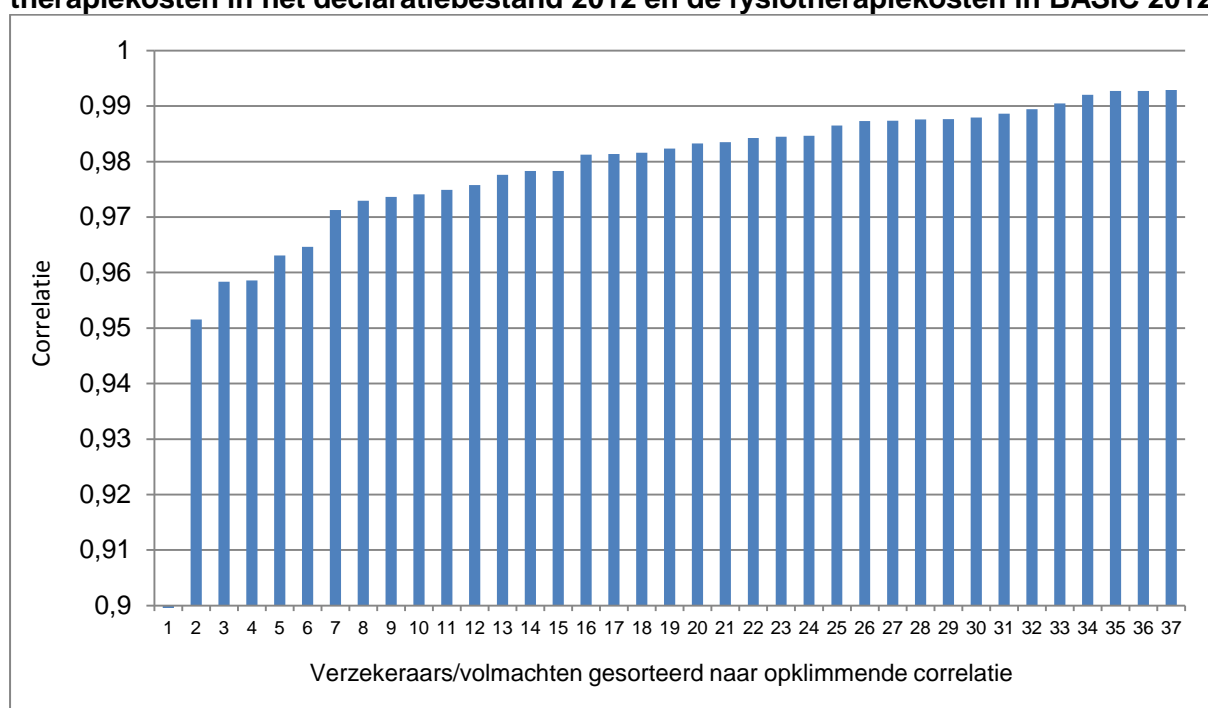


Per verzekeraar/volmacht is de verhouding bepaald tussen de kosten in het declaratiebestand versus die in BASIC. Voor de grotere verzekeraars – rechts van het midden in de figuur – liggen de percentages veelal hoger. In zeven gevallen ligt het percentage ten opzichte van BASIC onder de 90%. In op-1-na alle gevallen betreft dit volmachten; de

uitzondering (nummer 16) is een verzekeraar met in het geheel geen kosten in het declaratiebestand. Overall komt de aansluiting met BASIC uit op ruim 96%, wat op macroniveau neerkomt op ongeveer 16 miljoen euro minder in het declaratiebestand.

Figuur 4.2 toont per verzekeraar/volmacht de correlatie tussen het declaratiebestand en BASIC voor wat betreft de fysiotherapiekosten op individuniveau. Deze correlatie ligt meestal boven de 0,97, een hoge mate van overeenstemming dus. Voor vier volmachten en twee verzekeraars ligt de correlatie onder de 0,97; voor één van deze verzekeraars (nummer 1; nummer 16 in Figuur 4.1) komt de correlatie logischerwijs uit op 0.

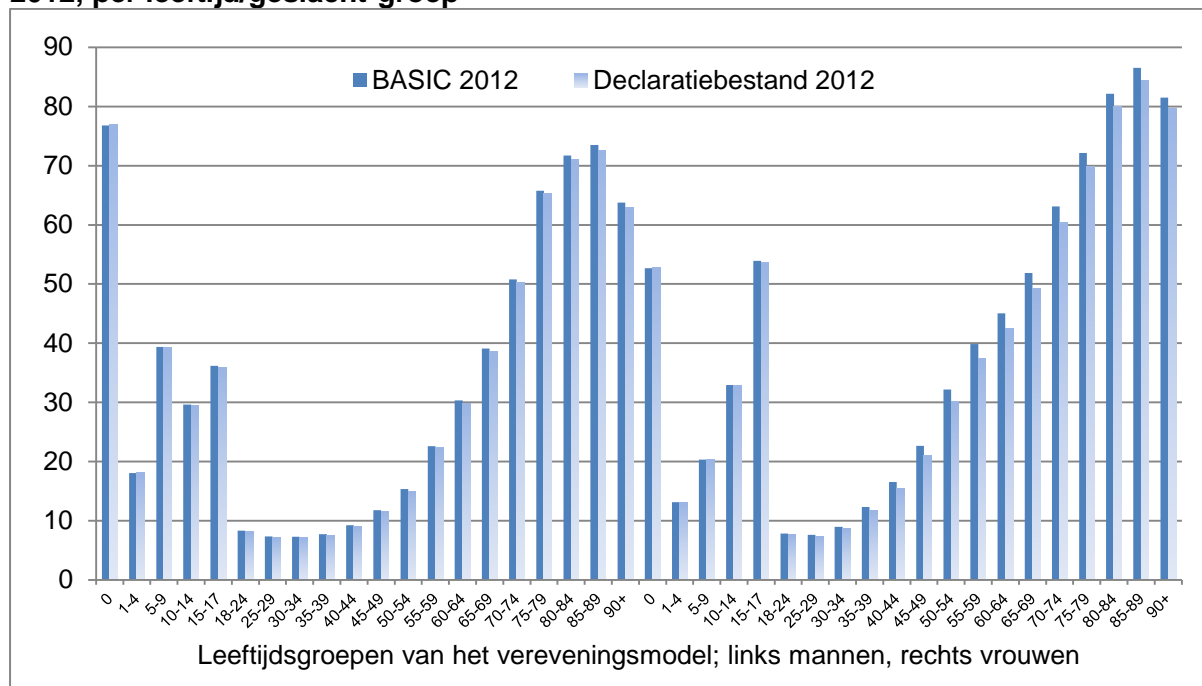
Figuur 4.2. Per verzekeraar/volmacht de correlaties op individuniveau tussen de fysiotherapiekosten in het declaratiebestand 2012 en de fysiotherapiekosten in BASIC 2012



Figuur 4.3 vergelijkt het declaratiebestand met BASIC 2012 voor wat betreft de gemiddelde fysiotherapiekosten per leeftijd-geslachtsgroep. Wat direct opvalt, is de forse daling in gemiddelde kosten tussen de 15-17-jarigen en de 18-24-jarigen, voor vrouwen wat sterker dan voor mannen. Deze daling is uiteraard rechtstreeks gerelateerd aan de vermindering van de Zvw-dekking bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Verder liggen de kosten in alle groepen hoger in BASIC dan in het declaratiebestand, met uitzondering van de 0-5-jarigen (zowel jongens als meisjes).²⁵

²⁵ Bijlage E bevat dezelfde informatie als Figuren 4.1 – 4.3, alleen dan op basis van het declaratiebestand 2013 en BASIC 2013. De verschillen tussen de 2012- en 2013-data blijken beperkt.

Figuur 4.3. Gemiddelde fysiotherapiekosten in BASIC 2012 en in declaratiebestand 2012, per leeftijd/geslacht-groep



Vervolgens hebben wij op het declaratiebestand de volgende selecties toegepast:

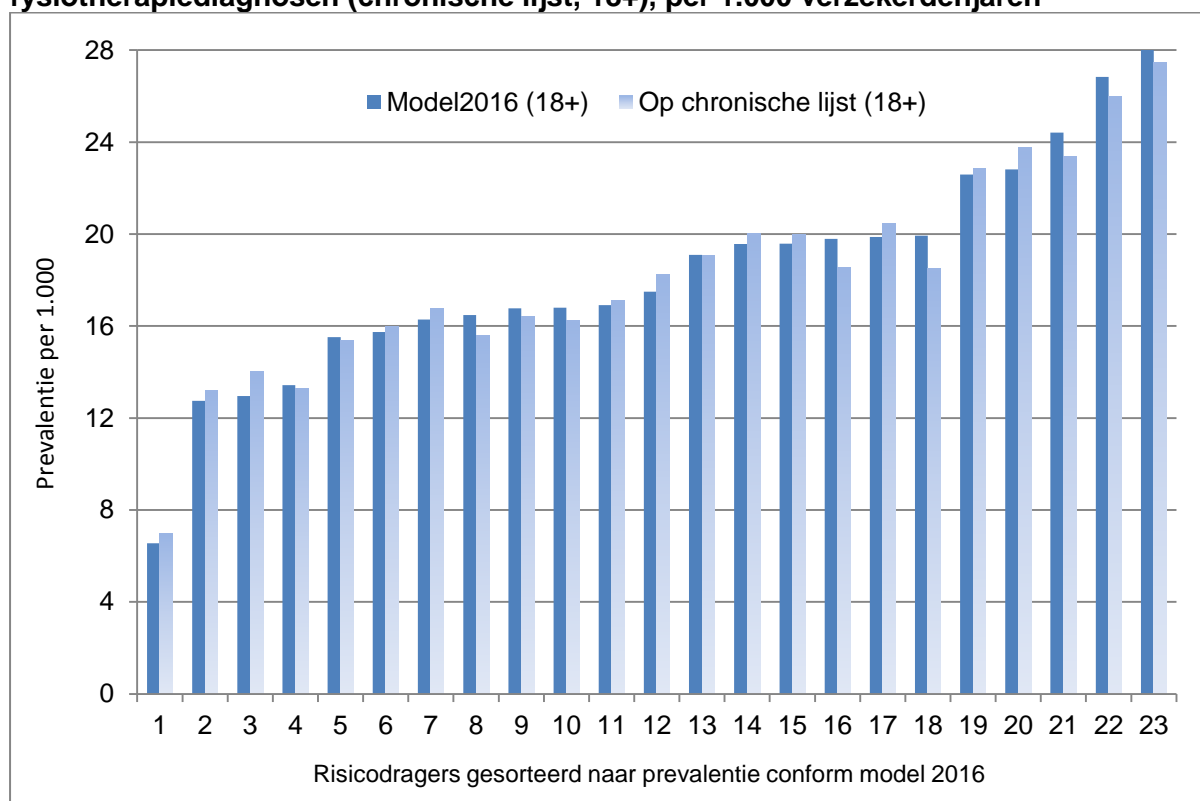
1. 534 records met een onbekend BSN zijn verwijderd.
2. De verzekeraar die slechts 12 declaratierecords heeft aangeleverd, zonder kosten, is uit het bestand verwijderd (nummer 16 uit Figuur 4.1 en nummer 1 uit Figuur 4.2).
3. Als gevolg van de selectie op CSI = 001 tot en met 007 en 010 vallen de records van nog twee verzekeraars/volmachten voor 99% weg (zie paragraaf 3.4). **Alle** records van deze verzekeraars/volmachten zijn verwijderd (circa 477.000 records; zie de eerste en de op-1-na laatste regel van Tabel 3.1).
4. Circa 143.600 records met een onbekende diagnosecode zijn verwijderd.
5. Circa 38.000 records met onmogelijke combinaties van leeftijd en CSI (zie Tabel 3.1, regels 4 tot en met 8) zijn verwijderd.

Na deze selecties is geaggregeerd naar (de combinatie van) BSN, ZN-code en CSI, en gekoppeld met BASIC 2012. De circa 4.000 records met negatieve declaratiebedragen die op dit punt overbleven plus de ruim 200 records die niet koppelden met BASIC, zijn uit het analysebestand verwijderd. Het aantal verzekerden met fysiotherapiegebruik is daarmee afgenomen van ruim 700.000 naar ruim 649.000. Van deze fysiotherapiegebruikers blijkt 6% meer dan één diagnose te hebben gehad en 120 gebruikers meer dan vier diagnoses. In overleg met de begeleidingscommissie worden verzekerden met meerdere verschillende diagnoses uiteindelijk slechts één keer meegeteld voor het nieuwe fysiotherapiecriterium, en wel bij de diagnose met de hoogste gemiddelde meerkosten.

Door de selecties vallen drie verzekeraars/volmachten weg uit het bestand. Dit betekent dat de door te rekenen modelvarianten (zie hoofdstuk 7) niet op het volledige WOR-bestand geschat zullen worden, maar op het WOR-bestand exclusief de verzekerden van deze drie verzekeraars/volmachten. Dit betekent circa 1 miljoen verzekerdenjaren minder dan in de OT (zie ook Tabel 4.1).

Uitgaande van het analysebestand met 649.000 fysiotherapiegebruikers is Figuur 4.4 gemaakt. Daarin wordt per risicodragers een vergelijking gemaakt tussen de prevalentie van het huidige Fysio(t-1)-criterium – op basis van ja/nee fysiotherapiekosten in t-1 uit BASIC – en de prevalentie van ja/nee fysiotherapiediagnose die voorkomt op de chronische lijst, inclusief bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie (alleen voor 18-plus). Overall ligt de prevalentie volgens de chronische lijst ruim 2% onder die volgens het huidige criterium, wat vooral veroorzaakt wordt door de genoemde selecties. De verschillen per risicodragers zijn beperkt en variëren tussen -7% (nummer 18) en +8% (nummer 3). Ook wat dit betreft komen de twee databronnen – BASIC en het bestand met fysiotherapiedeclaraties – dus goed met elkaar overeen.

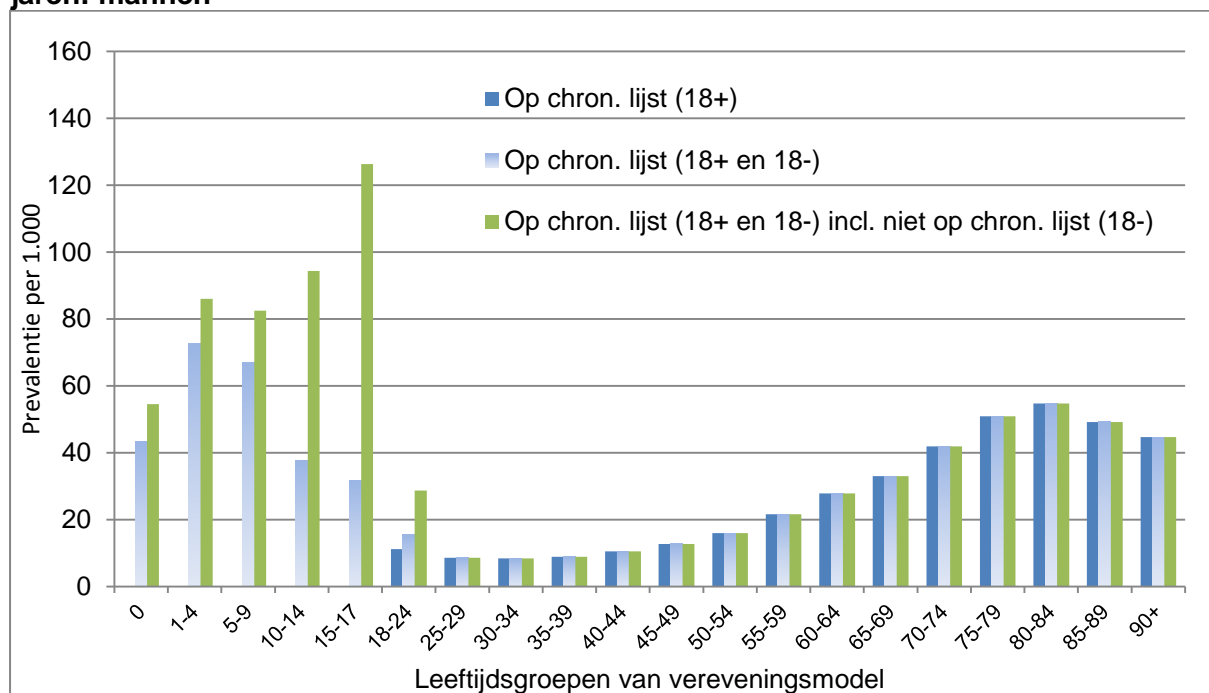
Figuur 4.4. Het aantal verzekerden met fysiotherapiekosten (cf. model 2016) en met fysiotherapiediagnosen (chronische lijst, 18+), per 1.000 verzekerdenjaren



Figuren 4.5a (mannen) en 4.5b (vrouwen) tonen de prevalenties per 1.000 verzekerdenjaren van drie grootheden gebaseerd op fysiotherapiediagnosen:

1. diagnoses gelinkt aan aandoeningen op de chronische lijst voor 18-plussers (inclusief bekkenfysiotherapie, i.e. de definitie van de rechterstaafjes in Figuur 4.4)²⁶;
2. conform definitie (1), maar dan inclusief de diagnoses gelinkt aan aandoeningen op de chronische lijst voor 18-minners;
3. conform definitie (2), maar dan ook inclusief de diagnoses van 18-minners die niet gelinkt zijn aan aandoeningen op de chronische lijst, maar wel onder de Zvw vallen.

Figuur 4.5a. Aantal verzekerden met fysiotherapiediagnosen, per 1.000 verzekerden-jaren: mannen

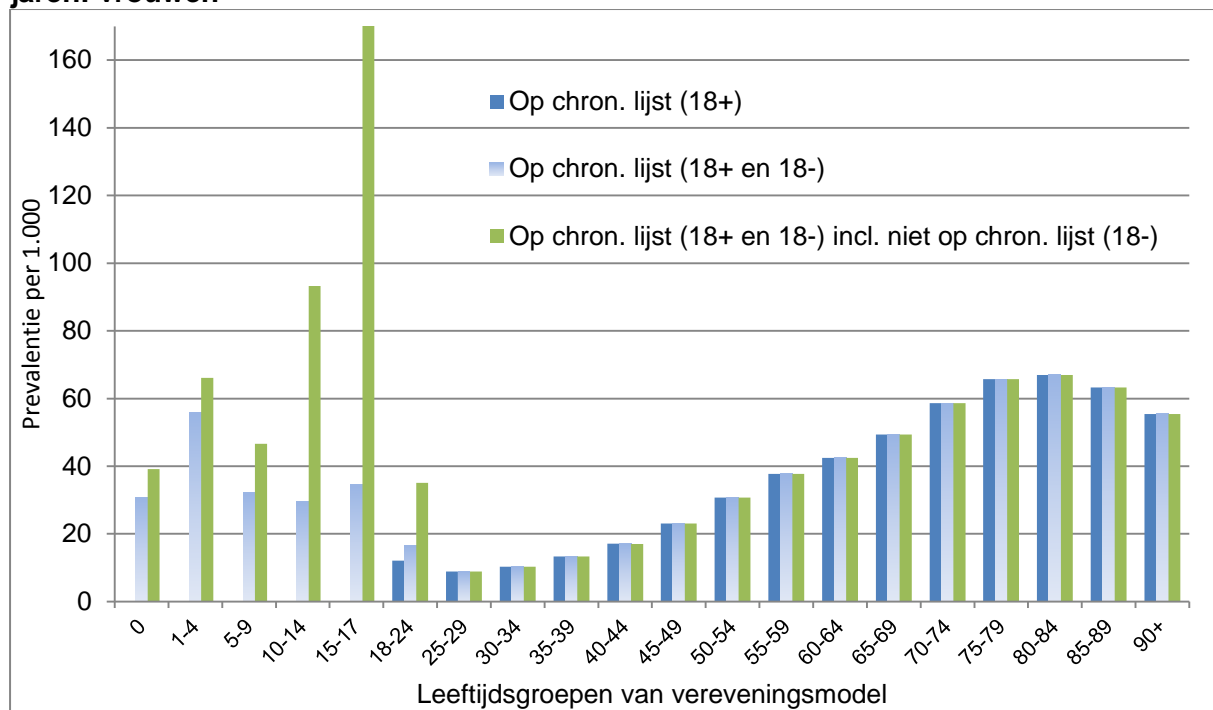


Drie zaken vallen op. Ten eerste heeft het bereiken van de 18-jarige leeftijd ongeveer een halvering van de prevalentie volgens de chronische lijst (definitie 2) tot gevolg. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen en heeft zeer waarschijnlijk te maken met de bredere Zvw-dekking voor fysiotherapie die 18-minners genieten (i.e. alle behandelingen worden vergoed, ook de eerste 20). Voor de prevalentie volgens definitie 3 is de daling logischerwijs groter omdat 18-plussers geen Zvw-dekking genieten voor behandeling van aandoeningen die niet op de chronische lijst staan, en 18-minners wel. Ten tweede liggen de prevalenties bij vrouwen in de meeste leeftijdsgroepen wat hoger dan bij mannen, met uitzondering van de 0-14-jarigen, waarvoor het omgekeerde geldt. Ten derde vertonen de prevalenties van chronische aandoeningen een opvallend bergvormig patroon. Voor 18-minners blijkt dit voor een groot deel een gevolg van de 'populariteit' van pathologie 79 (psychomotorische

²⁶ Hierbij zijn ook enkele honderden verzekerden (18+) meegeteld met ZN-code 79 (psychomotorische retardatie/ontwikkelingsstoornissen), die alleen voor patiënten jonger dan 17 jaar op de chronische lijst staat (code A6). Plus nog enkele honderden verzekerden ouder dan 22 jaar met ZN-code 10 (aseptische botnecrose), die alleen voor patiënten jonger dan 22 jaar op de chronische lijst staat (code B3). In overleg met de begeleidingscommissie wordt ten behoeve van de **definitieve** analyses (vanaf hoofdstuk 6) voor deze twee codes geselecteerd op leeftijd.

retardatie/ontwikkelingsstoornissen: prevalentie circa 30 per 1.000 verzekerdenjaren), die een top rond de 5 jaar heeft, en daarna geleidelijk afneemt tot < 500 gevallen bij 17-jarigen.

Figuur 4.5b. Aantal verzekerden met fysiotherapiediagnosen, per 1.000 verzekerdenjaren: vrouwen



4.4. Conclusies

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de voor dit onderzoek beschikbare databestanden en heeft daarop enkele verkennende analyses en selecties uitgevoerd. De belangrijkste conclusies, onderschreven door de begeleidingscommissie, zijn:

- Qua zorgkosten zijn voor dit onderzoek gegevens beschikbaar over 2013, die in de OT representatief zijn gemaakt voor 2016 en waarop uiteindelijk het vereveningsmodel van 2016 is geschat (het zogenaamde WOR-bestand).
- De fysiotherapiediagnosen komen uit het declaratiebestand van 2012. De kosten in dat bestand komen op zowel verzekeraars- als individuniveau goed overeen met de kosten in BASIC 2012²⁷, behoudens voor drie verzekeraars/volmachten die geen of onvolledige declaratiegegevens hebben aangeleverd.
- Het uitgangspunt is de DCSPH-diagnosecode, die voor een fysiotherapiedeclaratie bekend én geldig moet zijn om mee te worden genomen in de analyses.
- Binnen de DCSPH-diagnosecode gaan we uit van de pathologie (ZN-code) en laten de (lichaams)locatie dus buiten beschouwing.

²⁷ Dit geldt ook voor de overeenkomstige (declaratie-)gegevens van 2013 (zie bijlage E).

- Er wordt ***in eerste instantie*** geselecteerd op CSI=001 tot en met 007 en 010 en op per BSN x ZN-code x CSI gesommeerde (toegekende) declaratiebedragen > 0 euro.
- We laten drie verzekeraars/volmachten weg. Dit betekent ongeveer 1 miljoen verzekerdenjaren minder in het WOR-bestand (ten opzichte van de OT).
- Gezien de logica van het vereveningsmodel ligt het voor de hand de diagnoses van 18-minners die niet onder de chronische lijst vallen, buiten beschouwing te laten. Hetzelfde geldt voor bekkenfysiotherapie (18+) bij urine incontinentie. Vanaf hoofdstuk 6 worden die selecties toegepast (in het volgende hoofdstuk dus nog niet).
- Ten slotte zullen verzekerden met meerdere verschillende diagnoses slechts één keer worden meegeteld voor het nieuwe fysiotherapiecriterium, en wel bij de diagnose met de hoogste gemiddelde meerkosten.

5. Voorlopige resultaten (meer)kosten

5.1. Inleiding

Om te bezien in hoeverre fysiotherapiediagnosen kunnen bijdragen aan verbetering van het vereveningsmodel voor de somatische zorgkosten, hebben we allereerst de meerkosten berekend voor de afzonderlijke diagnosen en voor drie clusteringen daarvan. ‘Meerkosten’ zijn hierbij gedefinieerd als het verschil tussen de werkelijke kosten en de verwachte kosten op basis van de vereveningscriteria van het model van 2016 **exclusief** de criteria gebaseerd op kosten van fysiotherapie, GRZ en V&V in t-1 (het ‘startmodel’). Naast de uitkomsten voor elke ZN-/pathologiecode, geeft dit hoofdstuk de uitkomsten voor drie clusteringen:

1. clustering op basis van de hoofdgroep van de pathologiecode, i.e. de eerste positie van die code (paragraaf 5.3);
2. clustering naar de mate van chroniciteit (paragraaf 5.4);
3. clustering op basis van meerkosten (paragraaf 5.5).

Voor alle tabellen in dit hoofdstuk geldt dat één verzekerde meerdere keren in de tabel kan voorkomen, namelijk als hij/zij declaraties heeft gehad die in verschillende clusters vallen. Dat geldt niet voor onderstaande tabel, die de meerkosten toont voor de uitsplitsing van het onderzoeksbestand naar verzekerden die al dan niet zijn ingedeeld bij het huidige (2016) vereveningscriterium voor fysiotherapiekosten in het voorgaande jaar [Fysio(t-1)].

Tabel 5.1. Per indeling naar Fysio(t-1) in 2012: kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel

| Fysio(t-1) | Omschrijving | # verz. jaren | Kosten | Meerkosten | Std. dev. |
|------------|---------------------------------|---------------|--------|------------|-----------|
| 0 | Niet ingedeeld (inclusief 18-) | 15.379.612 | 2.020 | -19 | 6.597 |
| 1 | Wel ingedeeld (uitsluitend 18+) | 313.944 | 8.882 | 930 | 14.562 |
| Totaal | | 15.693.556 | 2.158 | 0 | 6.849 |

De tabel laat zien dat **als** het startmodel zou worden toegepast, **dan** zouden verzekerden ingedeeld bij Fysio(t-1) een ondercompensatie met zich meebrengen voor verzekeraars van gemiddeld ruim 900 euro. Dit komt globaal overeen met het tekort van ruim 1.000 euro dat het OT-onderzoek van dit jaar vond voor een overeenkomstig model (paragraaf 2.8.3 van WOR 748). Vanzelfsprekend komen de gemiddelde meerkosten voor de groep met Fysio(t-1) = 0 negatief uit, namelijk op -19 euro, zodat voor hen sprake is van **minder**kosten.

Merk op: waar we het in dit hoofdstuk hebben over ‘(fysiotherapie)diagnosen’ zal steeds de pathologie(code) worden bedoeld; in het voorgaande ook wel aangeduid met ‘ZN-code’, i.e. posities 3 en 4 van de DCSPH-diagnosecode. Verder geldt dat in dit hoofdstuk de diagnosen van oefentherapie niet zijn meegeteld; die lopen wel mee in hoofdstukken 6 en 7.

5.2. Meerkosten per pathologie van fysiotherapiediagnose

Voor elk van de 89 mogelijke waarden van de pathologiecode geeft Tabel 5.2 het aantal verzekerden met die code in ons analysebestand met fysiotherapiedeclaraties van 2012, evenals de zorgkosten in 2013, de meerkosten en de standaarddeviatie van die meerkosten.

Tabel 5.2. Per pathologiecode van fysiotherapiediagnosen in 2012: de kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel (ns = niet significant)^a

| Co -de | Omschrijving pathologiecode ^b | # verz. jaren | Kosten | Meer- kosten | Std. dev. |
|-----------|--|------------------|--------|---------------------|--------------|
| 00 | <u>Amputatie</u> | 2499 | 15863 | 1869 | 17677 |
| 01 | <i>Gewrichten, m.u.v. wervelkolom, menissect., synovect.</i> | 65764 | 5670 | -199 | 10004 |
| 02 | <i>Botten, m.u.v. wervelkolom</i> | 17235 | 4960 | 341 | 8646 |
| 03 | <i>Meniscectomie, synovectomie</i> | 11299 | 2831 | 252 | 5363 |
| 04 | <i>Pees, spier, ligament</i> | 20187 | 2702 | 251 | 5381 |
| 05 | <i>Wervelkolom</i> | 11591 | 5506 | 124 ^{ns} | 8767 |
| 06 | Verwijderd osteosynthese materiaal | 103 | 1760 | 627 ^{ns} | 4059 |
| 08 | <i>Postoperatieve contractuur/atrofie</i> | 1143 | 6802 | 1062 ^{ns} | 21990 |
| 09 | Overige chirurgie v/h bewegingsapp. (incl. nieuww.) | 182 | 3496 | 378 ^{ns} | 9209 |
| 10 | <u>Aseptische botnecrose</u> | 374 | 2215 | 271 ^{ns} | 3952 |
| 11 | <u>Afwijkingen wervelkolom/ bekken</u> | 11699 | 3005 | 489 | 6532 |
| 12 | <u>Skeletafwijkingen (aangeboren)</u> | 5287 | 5515 | 1298 | 12066 |
| 13 | <u>Ossificatiestoornis</u> | 1029 | 4595 | 597 | 7372 |
| 14 | <u>Ontstekingen/nieuwvormingen in het skelet</u> | 654 | 16856 | 6109 | 25685 |
| 15 | Pseudo-arthrose /epifysiolyse/apofyse | 155 | 1094 | 327 ^{ns} | 2255 |
| 16 | <i>Standsafwijkingen extremiteiten</i> | 2790 | 1302 | 193 | 2901 |
| 17 | Afwijk. gewrichten, m.u.v. wervelkolom, bekken | 1503 | 1269 | 295 | 2348 |
| 18 | Overige orthopedische aandoen. zonder chirurgie | 4811 | 1206 | 9 ^{ns} | 2734 |
| 19 | Dupuytren | 5 | 2043 | 224 ^{ns} | 2014 |
| 20 | Epicondylitis, tendinitis, tendovaginitis | 10822 | 1044 | 242 | 2711 |
| 21 | <i>Bursitis (niet traumatisch)/capsulitis</i> | 12299 | 4428 | 452 | 10209 |
| 22 | Chondropathie/arthropathie, meniscuslaesie | 23053 | 1207 | 314 | 4562 |
| 23 | Arthrose | 193 | 1291 | 264 | 1649 |
| 24 | Osteoporose | 20 | 842 | -139 ^{ns} | 1227 |
| 25 | Syndroom van Costen | 238 | 1296 | 372 | 2578 |
| 26 | Spier-, pees en fascia aandoeningen | 90891 | 1143 | 254 | 3861 |
| 27 | Discusdegeneratie, coccygodynie/ HNP | 1209 | 1167 | 252 | 2055 |
| 28 | <u>Sudeckse a(dys)trofie</u> | 4655 | 8406 | 1059 | 9945 |
| 31 | Gewrichtscontusie/-distorsie | 24057 | 1196 | 328 | 3417 |
| 32 | <i>Luxatie (sub-)</i> | 9657 | 1735 | 216 | 3908 |
| 33 | <i>Spier-, peesruptuur, haematoom</i> | 6129 | 1580 | 319 | 4770 |
| 34 | Hydrops, haemarthros, traumatische oedeem | 571 | 1410 | 287 | 3257 |
| 35 | Myositis ossificans/adhaesies/traumatische bursitis | 187 | 1083 | 283 ^{ns} | 3071 |
| 36 | <i>Fracturen</i> | 18189 | 4665 | 559 | 9077 |
| 38 | <i>Whiplash injury (nektrauma)</i> | 1069 | 2755 | 715 | 6228 |
| 39 | <u>Status na brandwonden</u> | 145 | 7023 | 1735 | 9144 |
| 40 | Hartaandoeningen (niet genoemd onder 41 t/m 45) | 58 | 9333 | 4266 ^{ns} | 20692 |
| 41 | Myocard infarct (AMI) | 4 | 4505 | 2662 ^{ns} | 8087 |
| 42 | Status na coron. artery bypass graft. operatie (CABG) | 2 | 1294 | -4755 ^{ns} | 5970 |

| Co -de | Omschrijving pathologiecode ^b | # verz. jaren | Kosten | Meer- kosten | Std. dev. |
|-----------|--|------------------|--------|---------------------|--------------|
| 43 | Status na perc. transl. coronaire angiopl. (PTCA) | 1 | 279 | -274 ^{ns} | . |
| 44 | Status na hartklepoperatie | 12 | 5577 | 612 ^{ns} | 2987 |
| 45 | Status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijk. | 53 | 14656 | 8946 | 26760 |
| 46 | <u>Lymfevataandoeningen/oedeem</u> | 21628 | 9137 | 389 | 13225 |
| 47 | Ulcus/decubitus/necrose | 2 | 5233 | -2379 ^{ns} | 5047 |
| 48 | <i>Algemeen vaatlijden, circulatie stoornissen</i> | 7795 | 9561 | 31 ^{ns} | 14967 |
| 50 | CARA | 1015 | 1849 | 360 | 3768 |
| 51 | <u>Aangeboren afwijkingen tractus respiratorius</u> | 562 | 34354 | 10121 | 36221 |
| 52 | Pneumothorax/longoedeem | 16 | 1951 | 1026 ^{ns} | 3219 |
| 53 | Luchtweginfecties | 198 | 4426 | 1844 | 9908 |
| 54 | <u>COPD</u> | 23146 | 14523 | 1850 | 18197 |
| 55 | Emfyseem | 4 | 32186 | 18188 ^{ns} | 31896 |
| 56 | <u>Interstitiële longaand. incl. sarcoïdose</u> | 904 | 14938 | 3766 | 26729 |
| 60 | Diabetes mellitus | 54 | 9148 | 2679 ^{ns} | 12402 |
| 61 | Immuniteitsstoornissen | 45 | 12555 | 7511 | 20458 |
| 62 | Spastisch colon | 154 | 2294 | 923 | 4991 |
| 64 | Adipositas | 2566 | 1573 | 595 | 9341 |
| 65 | <u>Overige erfelijke aandoeningen</u> | 416 | 40142 | 26015 | 105632 |
| 68 | <i>Chirurgie niet bewegingsapparaat niet cardiologie</i> | 3845 | 12872 | 96 ^{ns} | 19022 |
| 69 | <i>Nieuwvormingen zonder chirurgie</i> | 3263 | 17039 | 1837 | 26934 |
| 70 | <u>Perifere zenuwaandoening^c</u> | 6281 | 9893 | 1844 | 13747 |
| 71 | <u>Cerebellaire aandoeningen</u> | 6649 | 11645 | 1081 | 16450 |
| 72 | <u>Cerebrovasculair accident/centrale paresen</u> | 26741 | 13162 | 2574 | 15636 |
| 73 | <u>Multiple Sclerose/ALS/spinale spieratrofie</u> | 8849 | 17988 | 3108 | 22441 |
| 74 | <u>Parkinson/extrapiramidale aandoening</u> | 13943 | 14339 | 1582 | 16190 |
| 75 | <i>HNP met radiculair syndroom</i> | 1064 | 4218 | 446 ^{ns} | 7441 |
| 76 | <u>Dwarslaesie (inclusief traumatische en partieel)</u> | 2546 | 25276 | 2468 | 28669 |
| 77 | <u>Neurotraumata</u> | 2226 | 8191 | 1565 | 11448 |
| 78 | <u>Overige neurol. aand./aand. met neurol. oorsprong^d</u> | 11863 | 15825 | 3841 | 33875 |
| 79 | <u>Psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen</u> | 105813 | 2762 | 757 | 11171 |
| 80 | Symptomatologie (zonder aanwijsbare pathologie) | 22412 | 1410 | 287 | 7738 |
| 81 | Psychosomatische aandoeningen | 2528 | 1467 | 408 | 3703 |
| 82 | Hyperventilatie zonder longpathologie | 2347 | 1437 | 424 | 4708 |
| 83 | Proctologie | 45 | 1418 | 267 ^{ns} | 2325 |
| 84 | MDL (maag, darm, lever) | 461 | 1836 | 614 | 3034 |
| 85 | Seksuologie | 108 | 1615 | 170 ^{ns} | 2027 |
| 86 | Urine incontinentie, incontinentia urinae | 17119 | 3931 | 229 | 8823 |
| 87 | Fecale incontinentie, incontinentia alvi | 679 | 2408 | 741 | 6602 |
| 88 | Urologie | 1419 | 1341 | 277 | 2618 |
| 89 | <i>Gynaecologie</i> | 208 | 3240 | 459 ^{ns} | 6048 |
| 90 | Reumatoïde arthritis, chronische reuma | 59 | 5144 | 657 ^{ns} | 5904 |
| 91 | Juveniele reuma | 221 | 8016 | 2049 | 7804 |
| 92 | (Poly)arthritis | 50 | 12479 | 7791 ^{ns} | 32771 |
| 93 | Spondylitis ankylopoietica/ankylose | 33 | 4804 | 1256 ^{ns} | 4810 |
| 94 | <u>Overige reumatische - en collageen aandoeningen</u> | 4046 | 9409 | 1860 | 17982 |
| 95 | <u>Littekenweefsel</u> | 239 | 8688 | 1673 ^{ns} | 19533 |
| 96 | <u>Sclerodermie</u> | 498 | 16602 | 2137 | 24260 |
| 97 | Psoriasis | 132 | 2289 | 594 ^{ns} | 4047 |
| 98 | Hyperhidrosis | 22 | 1411 | -157 ^{ns} | 3074 |
| 99 | <u>Overige huidaandoeningen</u> | 534 | 8452 | 560 ^{ns} | 10383 |
| | Totaal | 627952 | 5301 | 701 | 9900 |

^a Een verzekerde kan bij meer dan één pathologie zijn ingedeeld, namelijk als hij/zij fysiotherapie-declaraties heeft gehad met verschillende diagnoses (i.e. pathologiecodes). Voor de laatste regel van de tabel is iedere verzekerde echter precies één keer meegeteld.

^b De onderstreepte diagnoses vallen onder de chronische lijst én kennen geen gelimiteerde behandelduur; de *gecursiveerde* diagnoses vallen daar ook onder, maar met gelimiteerde behandelduur. De overige diagnoses kunnen alleen bij 18-minners voorkomen, afgezien van 86 (voor 18-plus).

^c Code 70 omvat elf aandoeningen, waarvan er één (wervelkanaalstenose met motorische uitval) bij sommige verzekeraars een behandelduur van drie maanden heeft; voor de andere tien is de behandelduur ongelimiteerd. Omdat deze aandoening relatief zeldzaam is binnen de gehele groep, hebben we pathologie 70 onderstreept (= chronische lijst **zonder** gelimiteerde behandelduur).

^d Code 78 omvat 27 aandoeningen waarvan er één (neurogene claudicatio) bij sommige verzekeraars een behandelduur van drie maanden heeft. Vanwege de relatieve zeldzaamheid van deze aandoening hebben we pathologie 78 onderstreept (= chronische lijst **zonder** gelimiteerde behandelduur).

Enkele opvallende uitkomsten zijn:

- Hartaandoeningen (codes 40 – 45) komen niet vaak voor, wat klopt omdat deze per 2012 zijn geschrapt van de chronische lijst. Alleen voor 18-minners valt fysiotherapie dan nog onder de Zvw, en in die leeftijdscategorie zijn deze aandoeningen uiteraard zeldzaam. Hetzelfde geldt in mindere mate ook voor reuma e.d. (codes 90 – 94).
- Bij enkele diagnoses komen negatieve meerkosten voor, ofwel: minder kosten dan verwacht. Qua aantal verzekerden is de belangrijkste daarvan code 01 (gewrichten, m.u.v. van wervelkolom, meniscectomie en synovectomie). Kennelijk worden de hoge kosten van deze patiënten (ruim 5.600 euro) al opgepikt door de vereveningscriteria in het startmodel. In de begeleidingscommissie is besloten deze diagnoses **niet** te betrekken bij de definitieve analyses in hoofdstuk 6 en 7 (voor zover ze dan nog voorkomen). In de rest van dit hoofdstuk lopen deze diagnoses nog **wel** mee.
- Hoge kosten én meerkosten in combinatie met een relatief grote groepsomvang komen voor bij 65 (overige erfelijke aandoeningen), 51 (aangeboren afwijkingen tractus respiratorius), 78 (overige neurologische aandoeningen/aandoeningen met neurologische oorsprong) en 73 (multiple sclerose/ALS/spinale spieratrofie). Gezien de aard van deze diagnoses wekt dit geen verbazing.
- Op macroniveau komen de hoogste meerkosten (ruim 80 miljoen euro) voor bij code 79 voor “psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen” (ruim 100.000 patiënten, vrijwel uitsluitend 18-minners). Een goede tweede is 72 voor “cerebrovasculair accident/ centrale paresen” (bijna 69 miljoen euro).
- Voor 32 van de 89 diagnoses in de tabel wijken de meerkosten niet statistisch significant af van 0. Veelal gaat het om diagnoses met geringe aantallen, beperkte meerkosten en/of een grote standaardafwijking. In de begeleidingscommissie is besloten deze diagnoses **wel** mee te nemen, ook in hoofdstuk 6 en 7.²⁸

²⁸ Vanwege de uiteindelijke beperking tot aandoeningen op de chronische lijst zónder gelimiteerde behandelduur (de onderstreepte codes in Tabel 5.2), gaat dit alleen nog om codes 95 en 99. Een optie voor toekomstig onderzoek is om dergelijke groepen samen te voegen met medisch-inhoudelijk gezien overeenkomstige groepen waarvan de meerkosten wel statistisch significant zijn. Diagnose 95 zou dan bijvoorbeeld bij 39 gevoegd kunnen worden, zoals nu overigens automatisch gebeurt bij de clustering op basis van meerkosten (zie Tabel 6.5).

5.3. Meerkosten per pathologie-hoofdgroep van fysiotherapiediagnose

Tabel 5.3 geeft dezelfde informatie als Tabel 5.2, maar dan voor de 10 hoofdgroepen van de pathologiecode (i.e. de eerste positie van die code). Enkele opvallende uitkomsten zijn:

- Hoofdgroep 5 (longaandoeningen) heeft de hoogste kosten en de hoogste meerkosten en is met bijna 26.000 verzekerdenjaren redelijk omvangrijk.
- Hoofdgroep 7 (neurologische aandoeningen) heeft minder hoge (meer)kosten, maar is ruim 7 keer zo omvangrijk. Op macroniveau bedragen de meerkosten die we met deze pathologie-hoofdgroep identificeren bijna 270 miljoen euro.
- Hoofdgroep 0 (chirurgie/bewegingsapparaat) heeft weliswaar relatief hoge kosten (2,5 keer zo hoog als het overall gemiddelde), maar geringe meerkosten. Dit gaat vrijwel volledig om diagnoses die vallen onder de code D5 van de chronische lijst: behandeling na opname in ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatie-instelling. In geval van een ziekenhuisopname zal de patiënt waarschijnlijk onder het DKG-criterium vallen, wat zich vertaalt in relatief hoge verwachte kosten. Dat verklaart de lage meerkosten (gemiddeld 69 euro) voor deze hoofdgroep.

Tabel 5.3. Per pathologie-hoofdgroep van fysiotherapiediagnosen in 2012: de kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel ^a

| Groep | Omschrijving | # verz. jaren | Kosten | Meer-kosten | Std. dev. |
|-------|--|---------------|--------|-------------|-----------|
| 0 | Chirurgie, bewegingsapparaat | 128078 | 5052 | 69 | 9209 |
| 1 | Orthopedische aandoeningen zonder chirurgie | 28070 | 3270 | 652 | 8094 |
| 2 | Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie | 138214 | 1665 | 291 | 4914 |
| 3 | Traumatische aand. muv chirurgie, neurotraum. en dwarsl. | 59240 | 2431 | 387 | 5969 |
| 4 | Hart-, vaat en lymfevataandoeningen (incl. cardiochirurgie) | 29515 | 9250 | 318 | 13613 |
| 5 | Longaandoeningen | 25801 | 14349 | 2005 | 18232 |
| 6 | O. interne aand, nieuwwv., niet (cardio)chirurgie, niet bew.app. | 10299 | 12308 | 1882 | 28808 |
| 7 | Neurologische aandoeningen | 185015 | 7577 | 1454 | 15693 |
| 8 | Symptomatologie, psychosomatiek, urologie, gynaecologie | 46997 | 2354 | 285 | 7718 |
| 9 | Reumatische aandoeningen en huidaandoeningen | 5823 | 9616 | 1766 | 17601 |

^a Een verzekerde kan bij meer dan één hoofdgroep zijn ingedeeld, namelijk als hij/zij fysiotherapie-declaraties heeft gehad die in verschillende hoofdgroepen vallen.

5.4. Meerkosten naar mate van chroniciteit

Tabel 5.4 presenteert de uitkomsten voor een indeling van de fysiotherapiediagnosen naar een maatstaf voor chroniciteit. Vanwege de verschillen in verzekeringsdekking zijn in de tabel de resultaten voor 18-min en 18-plus afzonderlijk opgenomen. Zoals gezegd wordt bekkenfysiotherapie in geval van urine incontinentie (18+) in dit hoofdstuk meegenomen, ondanks dat deze diagnose niet op de chronische lijst voorkomt. Het onderscheid tussen

‘onbeperkt’ en ‘beperkt’ chronisch is gemaakt op basis van de gelimiteerde behandelduur die in de chronische lijst is aangegeven voor bepaalde aandoeningen (zie artikel 2 tot en met 7 van Bijlage B).

Tabel 5.4. Per mate van chroniciteit van fysiotherapiediagnosen in 2012: de kosten en meerkosten in 2013 op basis van startmodel, voor 18- en 18+ (ns = niet significant) ^a

| Cluster | Omschrijving | # verz. jaren | Kosten | Meer-kosten | Std. dev. |
|------------|--|---------------|--------|-------------------|-----------|
| 18- | | | | | |
| 1 | Aandoening niet op de lijst | 188698 | 1235 | 282 | 4524 |
| 2 | Aandoening op de lijst, beperkt chronisch | 33005 | 1604 | 402 ^{ns} | 5643 |
| 3 | Aandoening op de lijst, onbeperkt chronisch | 122838 | 3062 | 826 | 12964 |
| 18+ | | | | | |
| 4 | Aandoening niet op de lijst: bekkenfysiotherapie | 15591 | 4178 | 217 | 9196 |
| 5 | Aandoening op de lijst, beperkt chronisch | 157663 | 5761 | 117 | 10557 |
| 6 | Aandoening op de lijst, onbeperkt chronisch | 139257 | 13039 | 1966 | 18239 |

^a Een verzekerde kan bij meer dan één groep zijn ingedeeld, namelijk als hij/zij fysiotherapie-declaraties heeft gehad die in verschillende groepen vallen.

Enkele opvallende uitkomsten zijn:

- De gemiddelde kosten van 18-minners met een fysiotherapiediagnose zijn veel lager dan die van volwassenen, maar dat geldt niet altijd voor de gemiddelde meerkosten.
- Voor beide leeftijdsgroepen geldt dat de diagnosen van de chronisch lijst de hoogste meerkosten geven; voor 18-plussers wel ruim 2 keer zoveel als voor 18-minners.
- Interessant is dat de beperkt-chronische aandoeningen voor 18-minners gepaard gaan met duidelijk hogere meerkosten (402 euro gemiddeld) dan voor 18-plussers (117 euro gemiddeld). Dit wijst erop dat het startmodel voor deze aandoeningen meer tekortschiet voor 18-minners dan voor 18-plussers. Een andere uitleg is dat deze 18-minners wellicht hoge vervolgcosten (waaronder uiteraard fysiotherapie) hebben **omdat** de Zvw-dekking van fysiotherapie voor hen veel ruimer is.
- Het is de vraag of we ons niet simpelweg moeten beperken tot de diagnosen van de chronische lijst die **geen beperkte** behandelduur kennen. Dat sluit aan bij het uitgangspunt voor de FKG's, DKG's en HKG's. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten deze beperking toe te passen voor de **definitieve** analyses: verzekerden met diagnosen die vallen onder cluster 1, 2 en 5 lopen vanaf hoofdstuk 6 dus **niet** meer mee; hetzelfde geldt voor verzekerden die onder cluster 4 (bekkenfysiotherapie in geval van urine-incontinentie) vallen.
- Na de selectie op 'onbeperkt chronisch' (clusters 3 en 6 van Tabel 5.4) identificeren we op macroniveau 375 miljoen euro aan meerkosten, ofwel ongeveer 80% van het totaal van 463 miljoen euro aan meerkosten in Tabel 5.4.

5.5. Meerkosten naar mate van meerkosten

Het is ondoenlijk om alle diagnoses uit Tabel 5.2 afzonderlijk in het vereveningsmodel op te nemen. Daarom hebben we een clustering uitgevoerd op meerkosten voor **alle** codes uit Tabel 5.2, op dezelfde manier als in het groot onderhoud DKG's (WOR 728). Daarbij zijn de codes eerst geordend naar aflopende meerkosten, zodanig dat patiënten met meerdere codes ingedeeld worden bij precies één code, namelijk die met de hoogste gemiddelde meerkosten. Vervolgens zijn de codes geclusterd in elf groepen op basis van **homogeniteit** in meerkosten, waarbij rekening is gehouden met de standaardafwijking en het aantal patiënten, zodanig dat de verschillen in meerkosten **tussen** de elf groepen zo groot mogelijk zijn. Twee kleine groepen (<1.000 verzekerden) zijn vervolgens handmatig samengevoegd. Tabel 5.5 vermeldt de uitkomsten voor de tien resulterende groepen. Daarbij zij opgemerkt dat – in tegenstelling tot de voorgaande tabellen – elke fysiotherapiegebruiker precies één keer in de tabel voorkomt. Dit is een gevolg van de rangordening die is toegepast voorafgaande aan de clustering.

Tabel 5.5. Fysiotherapiediagnosen in 2012 geclusterd naar meerkosten: de kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel

| Groep | Categorie van meerkosten ^a | # verz. jaren | Kosten | Meerkosten | Std. dev. |
|-------|---------------------------------------|---------------|--------|------------|-----------|
| 1 | < 0 euro | 65788 | 5668 | -200 | 9963 |
| 2 | 0 - 269 euro | 211887 | 2402 | 220 | 6562 |
| 3 | 286 - 619 euro | 144221 | 3786 | 393 | 8145 |
| 4 | 722 - 828 euro | 107676 | 2761 | 757 | 11093 |
| 5 | 931 - 1296 euro | 17923 | 8584 | 1135 | 14066 |
| 6 | 1552 - 2100 euro | 56582 | 13466 | 1774 | 17306 |
| 7 | 2451 - 2679 euro | 29341 | 14203 | 2565 | 16789 |
| 8 | 3059 - 3388 euro | 9752 | 17706 | 3169 | 22677 |
| 9 | 3842 - 4372 euro | 11920 | 15793 | 3843 | 33470 |
| 10 | > 5630 euro | 1783 | 27502 | 12167 | 57487 |

^a De categorieën sluiten niet aan omdat de tussenliggende waarden niet voorkomen.

Enkele opvallende uitkomsten zijn:

- De meerkosten variëren tussen -200 (i.e. minderkosten) en ruim 12.000 euro.
- Met behulp van de standaardafwijking is vast te stellen dat alle 10 de groepen meerkosten hebben die statistisch significant van 0 verschillen. Bovendien blijkt dat de groepen significant **van elkaar** verschillen in de gemiddelde meerkosten.
- Een voordeel van deze clustering is dat het gaat om een beperkt aantal groepen die toch flink van elkaar verschillen, én dat er een natuurlijke volgorde ontstaat voor de patiënten met meerdere verschillende fysiotherapiediagnosen: zij worden ingedeeld bij de groep met de hoogste meerkosten.

5.6. Conclusies

Zoals in bovenstaande tekst is aangegeven heeft de begeleidingscommissie op basis van de uitkomsten in dit hoofdstuk en die in de voorgaande hoofdstukken een groot aantal knopen doorgehakt, die van invloed zijn op het vervolg van het onderzoek. De eerste paragraaf van het volgende hoofdstuk geeft een samenvatting van de resulterende uitgangspunten.

6. Uitgangspunten en definitieve resultaten (meer)kosten

6.1. Uitgangspunten definitieve analyses

Dit hoofdstuk is op dezelfde manier opgebouwd als hoofdstuk 5. Het verschil is dat, in overleg met de begeleidingscommissie, nu oefentherapie meeloopt (macro circa 20 miljoen euro) en dat diverse selecties zijn toegepast. Vooral de beperking tot aandoeningen van de chronische lijst zonder gelimiteerde behandelduur, heeft belangrijke gevolgen voor de resultaten. Hieronder staan de belangrijkste uitgangspunten voor de definitieve analyses en resultaten in dit hoofdstuk (en daarmee tevens die in hoofdstuk 7, waarin de modelvarianten centraal staan die zijn gebaseerd op de resultaten van dit hoofdstuk). De *gecursiveerde* uitgangspunten zijn nieuw ten opzichte van de voorgaande twee hoofdstukken:

- *Declaraties van oefentherapie lopen mee in de analyses.*
- Uitgangspunt is de DCSPH-diagnosecode, die voor een fysiotherapiedeclaratie bekend én geldig (met name: viercijferig en tussen de 1000 en 9500) moet zijn.
- Binnen de DCSPH-diagnosecode gaan we uit van de pathologie (ZN-code) en laten de lichaamslocatie dus buiten beschouwing.
- Records met ZN-codes 37 of 49 (i.e. codes die wél voorkomen in het DCSPH, doch zonder omschrijving, zie bijlage C) zijn verwijderd.
- *Alleen ZN-codes die onder de chronische lijst vallen (zowel 18- als 18+) én geen gelimiteerde behandelduur kennen, lopen mee in de analyses. Er wordt dus geselecteerd op CSI=001/002, doch voor 18-minners met een aandoening op de chronische lijst tellen we ook CSI=003 tot en met 007 mee.*²⁹
- *Voor twee ZN-codes wordt geselecteerd op leeftijd: code 79 (psychomotorische retardatie/ontwikkelingsstoornissen), die alleen voor patiënten jonger dan 17 jaar op de chronische lijst staat (code A6) en code 10 (aseptische botnecrose), die alleen voor patiënten jonger dan 22 jaar op de lijst staat (onder code B3).*
- *De zes ZN-codes met negatieve meerkosten worden verwijderd (door de selectie op aandoeningen van de chronische lijst zonder gelimiteerde behandelduur vallen deze codes overigens sowieso al weg).*
- We laten drie verzekeraars/volmachten weg. Dit betekent ongeveer 1 miljoen verzekerdenjaren minder in het WOR-bestand (ten opzichte van de OT).

²⁹ Deze uitzondering is nodig omdat verzekeraars voor deze aandoeningen soms CSI=001/002 (= chronische lijst, 18-/18+) en soms CSI = 003/004/005/006/007 (= niet-chronisch, 18-) invullen. Bij alleen een selectie op CSI=001/002 zouden we een groot aantal 18-minners met een aandoening op de chronische lijst ten onrechte wegselecteren. Het gevolg is wel dat “chronische aandoening” in deze context iets ruimer is gedefinieerd voor 18-minners dan voor 18-plussers, doch vanwege het leeftijds-specifieke karakter van de belangrijkste betrokken diagnoses (ZN-codes 79 en 11, zie ook paragraaf 6.4 en 7.2) heeft dit verder geen consequenties voor de normbedragen.

- ZN-codes met niet-significante meerkosten lopen mee in de analyses (na selectie op aandoeningen van de chronische lijst zonder gelimiteerde behandelduur zijn dit er nog slechts drie).
- Verzekerden met meerdere verschillende diagnoses tellen slechts één keer mee voor het nieuwe fysiotherapiecriterium, en wel bij de diagnose met de hoogste gemiddelde meerkosten.

Tabel 6.1 laat zien wat de gevolgen van deze uitgangspunten zijn voor de totale fysiotherapiekosten in het 2012-bestand en voor het aantal gebruikers van fysio-/oefentherapie in 2012. Ten opzichte van voorgaande hoofdstukken liggen de declaratiekosten circa 20 miljoen hoger als gevolg van de toevoeging van oefentherapie. Dit is conform de cijfers van het Zorginstituut. De selecties doen de kosten vervolgens met 40% dalen en het aantal relevante gebruikers met 60%. De aanvulling met oefentherapie blijkt vooral bij ZN-code 11 (afwijkingen wervelkolom/bekken) en 79 (psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen) tot extra gebruikers te leiden: +7.700 (+65%) respectievelijk +12.000 (+11%). Dit gaat vrijwel uitsluitend om 18-minners, wat spoort met het gegeven dat oefentherapie zich vooral op deze groep richt.

Tabel 6.1. Verschillen tussen aangeleverde declaratiebestand en analysebestand (fysiotherapie plus oefentherapie; data 2012)

| | Aangeleverd declaratiebestand | | Analysebestand | |
|--------|-------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Totale fysiokosten | # fysiogebruikers | Totale fysiokosten | # fysiogebruikers |
| 18- | 122 mln. | 368.000 | 63 mln. | 145.000 |
| 18+ | 339 mln. | 371.000 | 212 mln. | 158.000 |
| Totaal | 460 mln. | 739.000 | 275 mln. | 302.000 |

6.2. Meerkosten per pathologie van fysiotherapiediagnose

Als gevolg van de uitgangspunten en selecties in de voorgaande paragraaf blijven 27 van de 89 pathologiecodes over. Tabel 6.2 geeft het aantal verzekerdenjaren per code, evenals de zorgkosten in 2013, de meerkosten en de standaarddeviatie daarvan. Merk op dat vanaf dit hoofdstuk ook de declaraties van oefentherapie bij de analyses worden betrokken.

De onderste regel van Tabel 6.2 geeft het aantal verzekerdenjaren; dat is lager dan het aantal fysiotherapiegebruikers in Tabel 6.1 omdat nu gekoppeld is met 2013-data, waardoor ongeveer 3% van de verzekerden wegvalt. Bovendien is nu gewogen met inschrijfduur (in 2013). Vanzelfsprekend liggen de meerkosten voor de totale groep van hier geselecteerde verzekerden substantieel hoger dan die van de bijna 630.000 in Tabel 5.2: 1.355 versus 701 euro, gemiddeld per verzekerdenjaar. De circa 350.000 verzekerden die we nu hebben weggelaten blijken gemiddelde meerkosten van ruim 150 euro hebben, waarschijnlijk minder dan de extra kosten samenhangend met fysiotherapie. Dit bevestigt dat het inderdaad

verstandig is aandoeningen die niet – of met een beperkte behandelduur – op de chronische lijst staan, weg te laten.

Tabel 6.2. Per pathologiecode van fysio-/oefentherapie-diagnosen in 2012: kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel (ns = niet significant)^a

| Co-de | Omschrijving pathologiecode ^b | # verz. jaren | Kosten | Meer-kosten | Std. dev. |
|-------|---|---------------|--------|--------------------|-----------|
| 00 | Amputatie | 2536 | 15773 | 1820 | 17603 |
| 10 | Aseptische botnecrose | 375 | 1377 | 352 | 2322 |
| 11 | Afwijkingen wervelkolom/bekken | 19344 | 2344 | 357 | 5486 |
| 12 | Skeletafwijkingen (aangeboren) | 5895 | 5258 | 1226 | 11546 |
| 13 | Ossificatiestoornis | 1107 | 4363 | 508 | 6870 |
| 14 | Ontstekingen/nieuwvormingen in het skelet | 676 | 16604 | 6014 | 25438 |
| 28 | Sudeckse a(dys)trofie | 4692 | 8392 | 1054 | 9943 |
| 39 | Status na brandwonden | 149 | 7254 | 1896 | 9565 |
| 46 | Lymfevataandoeningen/oedeem | 21578 | 9146 | 386 | 13230 |
| 51 | Aangeboren afwijkingen tractus respiratorius | 566 | 35374 | 11152 | 41512 |
| 54 | COPD | 23308 | 14553 | 1859 | 18227 |
| 56 | Interstitiële longaandoening incl. sarcoïdose | 920 | 14792 | 3701 | 26526 |
| 65 | Overige erfelijke aandoeningen | 460 | 35814 | 22730 | 99156 |
| 69 | Nieuwvormingen zonder chirurgie | 3273 | 17088 | 1863 | 26920 |
| 70 | Perifere zenuwaandoening | 6404 | 9849 | 1829 | 13666 |
| 71 | Cerebellaire aandoeningen | 6755 | 11602 | 1061 | 16485 |
| 72 | Cerebrovasculair accident/centrale paresen | 27049 | 13182 | 2591 | 15698 |
| 73 | Multiple Sclerose/ALS/spinale spieratrofie | 9037 | 17882 | 3049 | 22309 |
| 74 | Parkinson/extrapiramidale aandoening | 15077 | 14231 | 1497 | 16024 |
| 76 | Dwarslaesie (inclusief traumatische en partieel) | 2553 | 25194 | 2415 | 28608 |
| 77 | Neurotraumata | 2272 | 8200 | 1607 | 11412 |
| 78 | Overige neurol. aand./aand. met neurol. oorsprong | 12171 | 15716 | 3825 | 33755 |
| 79 | Psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen | 117681 | 2607 | 732 | 10588 |
| 94 | Overige reumatische - en collageen aandoeningen | 4219 | 9283 | 1798 | 17708 |
| 95 | Littekenweefsel | 239 | 8664 | 1686 ^{ns} | 19527 |
| 96 | Sclerodermie | 502 | 16641 | 2150 | 24432 |
| 99 | Overige huidaandoeningen | 537 | 8445 | 528 ^{ns} | 10362 |
| | Totaal | 286336 | 7970 | 1355 | 15613 |

^a Een verzekerde kan bij meer dan één code zijn ingedeeld, namelijk als hij/zij fysiotherapie-declaraties heeft gehad met verschillende diagnosen (i.e. pathologiecodes). Voor de laatste regel van de tabel is iedere verzekerde precies één keer meegeteld.

^b Alle pathologiecodes vallen onder de chronische lijst én kennen geen gelimiteerde behandelduur, met uitzondering van 69: daarvoor is de behandelduur maximaal 24 maanden (voor alle andere pathologiecodes met een beperkte behandelduur, is deze maximaal 12 maanden). Gezien de aard én de hoge meerkosten hebben we deze diagnose hier toch meegeteld.

Uit de onderste regel van Tabel 6.2 kan verder afgeleid worden dat met de 27 geselecteerde fysiotherapie-diagnosen op macroniveau 388 miljoen euro aan meerkosten is opgespoord (388 miljoen = 286.336 x 1.355 euro), ongeveer een derde meer dan de 292 miljoen van het huidige fysiotherapiecriterium (zie Tabel 5.1: 313.944 x 930).

Per pathologiecode komen de prevalentie en de meerkosten in Tabel 6.2 goed overeen met Tabel 5.2. Alleen voor 11 (afwijkingen wervelkolom/bekken) en 79 (psychomotore retardatie/

ontwikkelingsstoornissen) is sprake van een forse toename van het aantal patiënten – als gevolg van het nu meetellen van oefentherapie –, in beide gevallen gepaard gaande met een daling van de gemiddelde meerkosten met respectievelijk 27% en 3%.

Sommatie van het aantal verzekerdenjaren van de 27 pathologiecodes in Tabel 6.2 levert 289.374, ongeveer 3.000 meer dan de onderste regel van de tabel meldt. Dit betekent dat ruim 1% van de verzekerden in Tabel 6.2 bij meer dan één pathologiecode is ingedeeld. De keuze om bij de empirische analyses in het volgende hoofdstuk ten hoogste één pathologiecode mee te tellen, zal daarom in de praktijk nauwelijks gevolgen hebben.³⁰

6.3. Meerkosten per pathologie-hoofdgroep van fysiotherapiediagnose

Tabel 6.3 presenteert de prevalenties, kosten, meerkosten en standaarddeviaties van die meerkosten per pathologie-hoofdgroep. Ten opzichte van de overeenkomstige Tabel 5.3 is hoofdgroep 8 (symptomatologie, psychosomatiek, urologie, gynaecologie) geheel vervallen vanwege de selectie op aandoeningen van de chronische lijst zonder gelimiteerde behandelduur. Bovendien bevatten hoofdgroepen 2, 3 en 4 elk feitelijk nog maar één pathologiecode, namelijk respectievelijk 28 (Sudeckse a[dys]trofie), 39 (status na brandwonden) en 46 (lymfevataandoeningen/oedeem).

Tabel 6.3. Per pathologie-hoofdgroep van fysio-/oefentherapiediagnosen in 2012: de kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel^a

| Groep | Omschrijving | # verz. jaren | Kosten | Meer-kosten | Std. dev. |
|-------|---|---------------|--------|-------------|-----------|
| 0 | Chirurgie, bewegingsapparaat | 2536 | 15773 | 1820 | 17261 |
| 1 | Orthopedische aandoeningen zonder chirurgie | 27234 | 3387 | 689 | 8271 |
| 2 | Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie | 4692 | 8392 | 1054 | 9917 |
| 3 | Traumat. aand. m.u.v. chirurgie, neurotraum. en dwarsl. | 149 | 7254 | 1896 | 9484 |
| 4 | Hart-,vaat en lymfevataand. (incl. cardiochirurgie) | 21578 | 9146 | 386 | 13088 |
| 5 | Longaandoeningen | 24769 | 14984 | 2098 | 18866 |
| 6 | O. interne aand, nieuww., niet (cardio)chir., niet bew.app. | 3733 | 19393 | 4432 | 41998 |
| 7 | Neurologische aandoeningen | 198031 | 7267 | 1401 | 15276 |
| 9 | Reumatische aandoeningen en huidaandoeningen | 5494 | 9840 | 1699 | 1785 |

^a Een verzekerde kan bij meer dan één hoofdgroep zijn ingedeeld, namelijk als hij/zij fysiotherapie-declaraties heeft gehad die in verschillende hoofdgroepen vallen.

6.4. Meerkosten naar leeftijdscategorie

In paragraaf 5.4 zijn de meerkosten gepresenteerd voor een indeling naar de mate van chroniciteit (i.e.: wel/niet op chronische lijst en wel/niet gelimiteerde behandelduur), apart

³⁰ Voor de meest voorkomende combinaties van pathologiecodes hebben we gecheckt of het gaat om wezenlijk verschillende diagnoses. Dat bleek zelden het geval. Veelal gaat het om combinaties van een algemene met een meer specifieke diagnose.

voor 18-min en 18-plus. Vanwege de beperking van het nieuwe fysiotherapiecriterium tot aandoeningen die met een ongelimiteerde behandelduur op de chronische lijst staan, blijft nu alleen het onderscheid naar 18-min en 18-plus over. De uitkomsten staan in Tabel 6.4.

Tabel 6.4. Per leeftijdscategorie: de kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel,

| Groep | Omschrijving | # verz. jaren | Kosten | Meer-kosten | Std. dev. |
|-------|---|---------------|--------|-------------|-----------|
| 18- | Aandoening op de lijst, onbeperkt chronisch | 142619 | 2845 | 770 | 12224 |
| 18+ | Aandoening op de lijst, onbeperkt chronisch | 143717 | 13056 | 1936 | 18272 |

Het grote verschil in gemiddelde meerkosten tussen de onderscheiden leeftijdsgroepen (770 euro voor 18-min en 1.936 euro voor 18-plus) lijkt te suggereren dat een interactie met leeftijd noodzakelijk is. Uit de onderliggende cijfers blijkt echter dat de aandoeningen van deze groepen behoorlijk gescheiden zijn. Zo is pathologiecode 79 (psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen) veruit de belangrijkste fysiotherapiediagnose bij 18-minners en komt deze niet voor bij 18-plussers (vanwege de op de chronische lijst genoemde beperking tot verzekerden <17 jaar). Andersom geldt dat de meeste andere pathologiecodes veel vaker voorkomen bij 18-plussers dan bij 18-minners. Dit betekent dat als we al rekening houden met de fysiotherapiediagnosen, het verschil in meerkosten van Tabel 6.4 vrijwel volledig wordt weggenomen.

6.5. Meerkosten naar mate van meerkosten

Vanwege de beperking tot de aandoeningen die op de chronische lijst staan zonder gelimiteerde behandelduur, was het noodzakelijk de clustering op basis van meerkosten die in paragraaf 5.5 op alle 89 fysiotherapiediagnosen is uitgevoerd, over te doen. Het geringer aantal diagnosen (27) maakte het daarbij mogelijk het aantal clusters te beperken tot vier, welke 94% van de variantie in de gemiddelde meerkosten tussen de 27 diagnosen oppikken. Dit hoge percentage geeft aan dat de clustering praktisch geen verlies aan verklaringskracht veroorzaakt. Tabel 6.5 geeft de resulterende clusters.

Tabel 6.5. Fysio-/oefentherapiediagnosen in 2012 geclusterd naar meerkosten: de kosten en meerkosten in 2013 op basis van het startmodel

| Groep | Cat. v.meerkosten ^a | Pathologiecodes | # verz. jaren | Kosten | Meerkosten | Std. dev. |
|-------|--------------------------------|------------------------------------|---------------|--------|------------|-----------|
| 1 | 329 - 1215 | 10, 11, 12, 13, 28, 46, 71, 79, 99 | 175501 | 3859 | 661 | 10608 |
| 2 | 1496 - 1939 | 0, 39, 54, 69, 70, 74, 77, 94, 95 | 57039 | 13414 | 1715 | 16983 |
| 3 | 2178 - 6014 | 14, 56, 72, 73, 76, 78, 96 | 52770 | 15223 | 2984 | 22687 |
| 4 | 11152 - 22730 | 51, 65 | 1025 | 35571 | 16340 | 72897 |

^a De categorieën sluiten niet aan omdat de tussenliggende waarden niet voorkomen.

Zoals verwacht blijken zowel de kosten als de meerkosten scherp op te lopen met het clusternummer. Tegelijk neemt de prevalentie af. Interessant is dat de patiëntengroep met pathologiecodes uit het eerste cluster voor ruim 75% blijkt te bestaan uit 18-minners, terwijl de andere clusters voor 95% betrekking hebben op 18-plussers. Dit geeft aan dat een vereveningsmodel dat rekening houdt met deze clustering, tegelijkertijd rekening houdt met de substantieel lagere meerkosten van 18-minners (zie Tabel 6.4).

6.6. Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de analyses van hoofdstuk 5 overgedaan, rekening houdend met de in de begeleidingscommissie afgesproken inperking tot de aandoeningen die op de chronische lijst staan zonder gelimiteerde behandelduur. Daarnaast zijn, conform de bespreking in de begeleidingscommissie, nog een enkele andere selecties toegepast en loopt oefentherapie nu mee in de analyses.

Als gevolg van de beperking tot aandoeningen van de chronische lijst met ongelimiteerde behandelduur daalt het aantal geïdentificeerde gebruikers met ruim de helft; hun gemiddelde meerkosten liggen met circa 1.350 euro echter bijna 10 keer zo hoog als die van de weggelaten fysiotherapiegebruikers.

De ruim 286.000 verzekerden ingedeeld bij de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen zijn globaal gelijkelijk verdeeld over de 18-min en 18-plus populaties. De meerkosten van deze twee subgroepen verschillen substantieel: bijna 800 euro voor 18-minners en ruim 1.900 euro voor 18-plussers. Omdat ook de typerende aandoeningen van deze beide subgroepen sterk verschillen, lijkt het niet nodig om binnen het nieuwe fysiotherapiecriterium onderscheid te maken naar leeftijd.

In het volgende hoofdstuk zal het huidige Fysio(t-1)-criterium in het vereveningsmodel van 2016 exclusief V&V(t-1) en GRZ(t-1) successievelijk worden vervangen door de (clusters van) fysiotherapiediagnosen die in paragrafen 6.2 tot en met 6.5 zijn besproken. Dit levert in eerste instantie vier modelvarianten. De vraag daarbij is welk van deze varianten het best scoort op de gebruikelijke beoordelingsmaatstaven voor verevenende werking, waarbij ook de gevolgen voor de normbedragen in ogenschouw worden genomen. In het best scorende model zal vervolgens nog een interactie van het betreffende fysiotherapiecriterium met leeftijd worden doorgerekend (de vijfde modelvariant).

7. Resultaten modelvarianten

7.1. Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten qua normbedragen en verevenende werking van de volgende varianten van het vereveningsmodel voor de somatische zorgkosten:

- M0 = model 2016 exclusief V&V(t-1) en exclusief GRZ(t-1);
- M1 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief afzonderlijke fysiotherapiediagnosen;
- M2 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief diagnosen geclusterd naar pathologie-hoofdgroep;
- M3 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief diagnosen geclusterd naar mate van chroniciteit;
- M4 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief diagnosen geclusterd naar mate van meerkosten;
- M5 = selectie van het beste model M1-M4, met uitsplitsing van (geclusterde) diagnosen naar leeftijd (18-, 18-64, 65+).

Ter referentie worden voorts ook uitkomsten van het huidige (2016) model gepresenteerd (aangeduid met M00). M00 wijkt enigszins af van het Uitgangsmodel 2016 in de OT-rapportage (paragraaf 2.9 van WOR 748) omdat in het uiteindelijke model de verfijning van het GSM-criterium is geschrapt, evenals het PPA-criterium. Bovendien blijven hier enkele verzekeraars/volmachten noodgedwongen buiten beschouwing vanwege onvoldoende data-kwaliteit (zie hoofdstuk 4); dat scheelt ongeveer 1 miljoen verzekerdenjaren.

Een nieuw fysiotherapiecriterium op basis van de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen (zoals in M1 tot en met M5) kenmerkt zich door zes verbeteringen ten opzichte van het huidige fysiotherapiecriterium op basis van fysiotherapiekosten in t-1 (i.e. M0):

1. de basis wordt gevormd door **diagnosen** in plaats van **kosten** in voorgaand jaar;
2. 18-minners tellen nu ook mee;
3. diagnosen van oefen therapie tellen nu ook mee;
4. alleen diagnosen die gelinkt zijn aan aandoeningen op de chronische lijst met een **ongelimiteerde** behandelduur tellen mee;
5. in plaats van alleen ja/nee kosten houdt het vereveningsmodel nu rekening met een differentiatie naar de ernst van de diagnosen;
6. er vindt selectie plaats op declaraties die daadwerkelijk onder de Zvw-dekking vallen, wat in de kostendata niet goed mogelijk was.

Modelvariant M1 is het meest verfijnd, met 27 risicoklassen – één voor elke geselecteerde fysiotherapiediagnose – plus nog één risicoklasse voor verzekerden die niet bij het nieuwe fysiotherapiecriterium zijn ingedeeld. Vergelijking met M0 geeft in principe de maximale verbetering in verevenende werking die met dit criterium kan worden bereikt. Probleem is

echter dat de prevalentie van diverse fysiotherapiediagnosen behoorlijk klein is (Tabel 6.2), wat een negatieve invloed kan hebben op de stabiliteit van de bijbehorende normbedragen. Bovendien lijkt uitbreiding van het model met zoveel risicoklassen wat excessief. Daarom gaan modelvarianten M2, M3 en M4 uit van verschillende manieren van clustering van de fysiotherapiediagnosen, waarbij M2 ten opzichte van M3 en M4 als voordeel heeft dat clusters resulteren die medisch-inhoudelijk te duiden zijn.

De vraag is in hoeverre deze clusteringen een (groot) effect hebben op de verevenende werking. Modelvariant M5 kan ten slotte aangeven in hoeverre het zinvol is om nog een uitsplitsing naar leeftijd te maken.

Merk op dat elk van de modelvarianten M1 tot en met M5 precies dezelfde verzekerden identificeren voor opname in de respectievelijke fysiotherapiecriteria; alleen de manier waarop deze verzekerden in risicoklassen worden ingedeeld, verschilt. Om de overlap tussen de huidige vier morbiditeitscriteria in het vereveningsmodel – i.e.: FKG, DKG, HKG en MHK – te onderzoeken, volstaat dus een uitsplitsing naar ja/nee ingedeeld bij ten minste één van de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen. Tabel 7.1 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 7.1. Overlap tussen verzekerden ingedeeld bij FKG/DKG/HKG/MHK en indeling bij Fysio(t-1) en bij 27 fysiotherapiediagnosen (aantal verzekerdenjaren)

| FKG+DKG+HKG+MHK>0 | Leeftijd | Ingedeeld bij Fysio(t-1) | Ingedeeld bij 27 fysiodiagnosen |
|-------------------|----------|--------------------------|---------------------------------|
| Nee | 18- | 0 | 119.842 |
| | 18+ | 81.818 | 18.202 |
| Ja | 18- | 0 | 21.983 |
| | 18+ | 230.664 | 126.316 |
| Totaal | 18- | 0 | 141.825 |
| | 18+ | 312.282 | 144.518 |
| | Totaal | 312.282 | 286.343 |

Tabel 7.1 laat zien in welke mate de groepen verzekerden ingedeeld bij Fysio(t-1)>0 en bij de 27 fysiotherapiediagnosen, ook al scoren op de vier morbiditeitscriteria. Uit de onderste regel blijkt dat de overall prevalentie van de 27 diagnosen ongeveer 26.000 lager is dan van Fysio(t-1). Dit is het saldo van de ruime halvering van het aantal ingedeelde 18-plussers en de bijna 142.000 18-minners die nu wel zijn ingedeeld en voorheen niet. De daling bij de 18-plussers doet zich vooral voor in de subgroep verzekerden die toch al op een ander morbiditeitscriterium scoren (van ruim 230.000 naar ruim 126.000) en veel minder in de complementaire subgroep (van bijna 82.000 naar ruim 18.000). De 142.000 nieuw ingedeelde 18-minners blijken voor 85% (= 100% x 119.842/141.825) nog niet op een ander morbiditeitscriterium te scoren; het gaat hier dus waarschijnlijk om 18-minners met een chronische aandoening die (nog) niet ernstig genoeg is om bij FKG, DKG, HKG of MHK ingedeeld te worden. Per saldo neemt het aantal verzekerden ingedeeld bij de vier morbiditeitscriteria plus de fysiotherapiecriteria met 56.000 verzekerdenjaren toe: 64.000 minder 18-plussers (82.000 – 18.000), maar 120.000 extra 18-minners.

De volgende paragraaf presenteert de geschatte normbedragen en kengetallen voor de (geclusterde) fysiotherapiediagnosen van modelvarianten M1 tot en met M4. Zoals gebruikelijk zijn de modelvarianten multivariaat geschat met de kleinstekwadratenmethode. Alle modelvarianten bevatten de vereveningscriteria leeftijd/geslacht, regio, SES, AvI, FKG, DKG, HKG, MHK en GSM³¹, plus de risicoklassen van het betreffende fysiotherapie-criterium. Alleen de normbedragen van de laatstgenoemde risicoklassen worden hier gepresenteerd; de volledige sets van normbedragen staan in bijlage G. Paragraaf 7.3 geeft de normbedragen en kengetallen van modelvariant M5 en de laatste paragraaf vat de belangrijkste conclusies samen.

7.2. Evaluatie modelvarianten

Voor modelvariant M1 presenteert Tabel 7.2 de geschatte normbedragen van de 27 fysiotherapiediagnosen plus het normbedrag voor de risicoklasse van verzekerden zonder deze diagnoses. Dit laatste normbedrag is -30 euro, ten opzichte van -21 voor de overeenkomstige risicoklasse in model M0 (met het huidige fysiotherapiecriterium, zie bijlage G), wat aangeeft dat bij toepassing van M1 bijna 50% meer geld wordt verevend. De normbedragen voor de 27 risicoklassen liggen gemiddeld circa 250 euro hoger dan de meerkosten van Tabel 6.2, wat erop duidt dat deze risicoklassen voor een klein deel verklaringskracht wegtrekken van andere vereveningscriteria omdat ze daarmee samenhangen. De prevalenties zijn wat lager dan in Tabel 6.2 omdat verzekerden met meer dan één diagnose nu zijn ingedeeld bij de diagnose met de hoogste meerkosten.

Uit bijlage G blijkt dat de normbedragen van FKG=0 en DKG=0 ten opzichte van model M0 met 7 respectievelijk 3 euro zijn gezakt, wat aangeeft dat meer geld via de FKG's en DKG's wordt verevend; het omgekeerde effect treedt op bij MHK. Dit zijn positief te waarderen neveneffecten van de overstap van Fysio(t-1) naar 27 afzonderlijke fysiotherapiediagnosen. Hetzelfde geldt voor de daling met gemiddeld rond de 80 euro van de normbedragen voor alle acht risicoklassen van arbeidsongeschikten.

Opmerkelijk is verder dat de afslag (-10 euro) die variant M0 oplevert voor 65-minners die scoren op ten minste één van de morbiditeitscriteria (FKG, DKG, HKG en MHK) nog groter wordt in M1: -73 euro. Dit betekent dat de toevoeging van de 27 fysiotherapiediagnosen sec zou leiden tot een overcompensatie voor deze groep van ongezonden; model M1 trekt dit recht door de genoemde afslag.

³¹ GSM is in M0 gedefinieerd conform het model 2016, terwijl in M1 – M5 de verzekerden die scoren op het betreffende nieuwe fysiotherapiecriterium bij GSM worden betrokken.

Tabel 7.2. Modelvariant 1: normbedragen voor geselecteerde fysiotherapiediagnosen in t-1 als extra vereveningscriterium in model M0 in plaats van Fysio(t-1)^a

| Code | Omschrijving van de pathologiecode | # verz. jaren | Normbedrag |
|----------------------------|---|---------------|------------|
| Geen fysiotherapiediagnose | | 15237143 | -30 |
| 0 | Amputatie | 2507 | 1971 |
| 10 | Aseptische botnecrose | 350 | 423 |
| 11 | Afwijkingen wervelkolom/bekken | 18641 | 435 |
| 12 | Skeletafwijkingen (aangeboren) | 5851 | 1334 |
| 13 | Ossificatiestoornis | 1087 | 567 |
| 14 | Ontstekingen/nieuwvormingen in het skelet | 676 | 6125 |
| 28 | Sudeckse a(dys)trofie | 4645 | 1173 |
| 39 | Status na brandwonden | 148 | 1889 |
| 46 | Lymfevataandoeningen/oedeem | 20836 | 471 |
| 51 | Aangeboren afwijkingen tractus respiratorius | 566 | 12049 |
| 54 | COPD | 23243 | 2117 |
| 56 | Interstitiële longaand. incl. sarcoïdose | 910 | 3534 |
| 65 | Overige erfelijke aandoeningen | 460 | 23014 |
| 69 | Nieuwvormingen zonder chirurgie | 3232 | 2058 |
| 70 | Perifere zenuwaandoening | 6306 | 1918 |
| 71 | Cerebellaire aandoeningen | 6503 | 1281 |
| 72 | Cerebrovasculair accident/centrale paresen | 26992 | 2773 |
| 73 | Multiple Sclerose/ALS/spinale spieratrofie | 8997 | 3692 |
| 74 | Parkinson/Extrapiramidale aandoening | 14980 | 2408 |
| 76 | Dwarslaesie (inclusief traumatische en partieel) | 2533 | 3220 |
| 77 | Neurotraumata | 2199 | 1765 |
| 78 | Overige neurol. aand./aand. met neurol. oorsprong | 12164 | 4089 |
| 79 | Psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen | 117064 | 832 |
| 94 | Overige reumatische en collageen aandoeningen | 4185 | 1782 |
| 95 | Littekenweefsel | 238 | 1897 |
| 96 | Sclerodermie | 499 | 2334 |
| 99 | Overige huidaandoeningen | 530 | 657 |

^a Modelvariant M1 = model 2016 exclusief Fysio(t-1), V&V(t-1) en GRZ(t-1), uitgebreid met 27 afzonderlijk geïdentificeerde fysiotherapiediagnosen, plus een risicoklasse voor de verzekerden zonder deze 27 fysiotherapiediagnosen.

Andere negatieve normbedragen (zie bijlage G) treden op bij de FKG's voor Multiple Sclerose (-1.749 euro) en groeihormonen (-592 euro) en bij de HKG voor insuline infuuspompen (-135 euro). Deze contra-intuïtieve uitkomsten zijn echter toe te schrijven aan het schrappen van V&V(t-1) en GRZ(t-1) bij de overgang van het vereveningsmodel van 2016 (M00) naar modelvariant M0 (het 'startmodel'), en houden dus geen verband met het vervangen van Fysio(t-1) door de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen bij de overgang van modelvariant M0 naar modelvariant M1.

In modelvariant M2 zijn de 27 fysiotherapiediagnosen geclusterd op basis van de pathologiehoofdgroep (Tabel 7.3). Hoofdgroep 8 (symptomatologie, psychosomatiek, urologie, gynaecologie) is daarbij weggevallen omdat 9 van de 10 aandoeningen niet op de chronische lijst voorkomen; code 89 (gynaecologie) staat daar wel op, maar met een gelimiteerde behandelduur. Verder is van hoofdgroep 3 alleen code 39 (status na brandwonden) overgebleven; dit gaat om slechts circa 150 patiënten. De bovenste regel van Tabel 7.3 toont een normbedrag van -30 euro voor verzekerden die niet bij groepen 0 tot en met 9 zijn ingedeeld. Dit is even hoog als in M1 zodat het fysiotherapiecriterium in M2 evenveel geldt verevend als dat in M1.

De variatie in normbedragen is echter veel beperkter: van 469 euro voor groep 4 tot 4.641 euro voor groep 6, terwijl het minimum en maximum van de normbedragen in modelvariant M1 op 423 (code 10) respectievelijk 23.014 euro (code 65) uitkomen.

Tabel 7.3. Modelvariant 2: normbedragen voor hoofdgroepen van geselecteerde fysiotherapiediagnosen in t-1 als extra vereveningscriterium in model M0 in plaats van Fysio(t-1)^a

| Groep | Omschrijving van de pathologie-hoofdgroep | # verz.jaren | Normbedrag |
|----------------------------|---|--------------|------------|
| Geen fysiotherapiediagnose | | 15237143 | -30 |
| 0 | Chirurgie, bewegingsapparaat | 2507 | 1924 |
| 1 | Orthopedische aandoeningen zonder chirurgie | 26604 | 858 |
| 2 | Surmenage, degeneratieve aandoeningen, dystrofie | 4645 | 1151 |
| 3 | Traumatische aand. muv chirurgie, neurotraum. en dwarsl. | 148 | 1910 |
| 4 | Hart-, vaat en lymfevataandoeningen (incl. cardiochirurgie) | 20836 | 469 |
| 5 | Longaandoeningen | 24719 | 2343 |
| 6 | O. interne aand, nieuwv., niet (cardio)chirurgie, niet bew.app. | 3692 | 4641 |
| 7 | Neurologische aandoeningen | 197738 | 1654 |
| 9 | Reumatische aandoeningen en huidaandoeningen | 5453 | 1709 |

^a Modelvariant M2 = model 2016 exclusief Fysio(t-1), V&V(t-1) en GRZ(t-1), uitgebreid met de hoofdgroepen van de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen, plus een risicoklasse voor verzekerden zonder deze fysiotherapiediagnosen.

Het onderscheid naar 'mate van chroniciteit' in modelvariant 3 is door de inperking van het nieuwe fysiotherapiecriterium tot aandoeningen op de chronische lijst zonder gelimiteerde behandelduur, vervallen tot het onderscheiden van 18-minners en 18-plussers naar wel/niet ingedeeld bij de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen (Tabel 7.4). Er blijkt een groot verschil in normbedragen te bestaan tussen 18-minners en 18-plussers ingedeeld bij de 27 diagnosen: 892 versus 2.208 euro. Dit lijkt het belang te onderstrepen van een interactie met leeftijd. Daarbij moet echter worden bedacht dat ongeveer 93% van de 18-minners bij drie diagnosen zijn ingedeeld (10, 11 en 79) en dat slechts 3% van degenen ingedeeld bij deze diagnosen 18 jaar of ouder is. Met andere woorden: via het onderscheiden van diagnosen (zoals in modelvarianten M1 en M4) maken we feitelijk al een onderscheid naar leeftijd.

Tabel 7.4. Modelvariant 3: normbedragen voor geselecteerde fysiotherapiediagnosen in t-1 als extra vereveningscriterium in model M0 in plaats van Fysio(t-1)^a

| Cluster | Omschrijving | # verz. jaren | Normbedrag |
|---------|----------------------------|---------------|------------|
| 18- | Geen fysiotherapiediagnose | 3070295 | -41 |
| | Wel fysiotherapiediagnose | 141825 | 892 |
| 18+ | Geen fysiotherapiediagnose | 12166848 | -26 |
| | Wel fysiotherapiediagnose | 144518 | 2208 |

^a Modelvariant M3 = model 2016 exclusief Fysio(t-1), V&V(t-1) en GRZ(t-1), uitgebreid met de mate van chroniciteit. Door selectie op aandoeningen op de chronische lijst met ongelimiteerde behandelduur, komt dit neer op het onderscheiden van 18-minners en 18-plussers.

Samenvoeging van de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen in vier clusters levert modelvariant M4. Uit de bovenste regel van Tabel 7.5 blijkt dat deze clustering ten opzichte van M1 vrijwel evenveel geld verevend: het normbedrag van verzekerden die niet zijn

ingedeeld is nu -29 euro ten opzichte van -30 voor M1 (zie Tabel 7.2). De normbedragen lopen fors op, van 779 euro voor het eerste cluster (met 9 pathologiecodes) tot 17.056 voor het laatste cluster, voor pathologiecode 51 (aangeboren afwijkingen tractus respiratorius) en 65 (overige erfelijke aandoeningen). Een nadeel van deze variant ten opzichte van M2 is dat de clusters geen medisch-inhoudelijke betekenis hebben. Daar staat als voordeel tegenover dat verschillen in kosten (veel) beter worden opgepikt: de normbedragen van de clusters in M2 variëren maximaal een factor 10, tegenover een factor 22 voor M4.

Tabel 7.5. Modelvariant 4: normbedragen voor clusters van geselecteerde fysiotherapiediagnosen in t-1 als extra vereveningscriterium in model M0 i.p.v. Fysio(t-1) ^a

| Groep | Categorie v. meerkosten ^b | Pathologiecodes | # verz. jaren | Normbedrag |
|-------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------|------------|
| 0 | N.v.t. | Niet ingedeeld bij fysio-diagnose | 15237143 | -29 |
| 1 | 329 - 1215 | 10, 11, 12, 13, 28, 46, 71, 79, 99 | 175507 | 779 |
| 2 | 1496 - 1939 | 0, 39, 54, 69, 70, 74, 77, 94, 95 | 57039 | 2095 |
| 3 | 2178 - 6014 | 14, 56, 72, 73, 76, 78, 96 | 52771 | 3295 |
| 4 | 11152 - 22730 | 51, 65 | 1025 | 17056 |

^a Modelvariant M4 = model 2016 exclusief Fysio(t-1), V&V(t-1) en GRZ(t-1), uitgebreid met vier clusters van de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen (clustering op basis van meerkosten; zie Tabel 6.5), plus een risicoklasse voor verzekerden zonder deze diagnosen.

^b De categorieën sluiten niet aan omdat de tussenliggende waarden niet voorkomen.

Zoals eerder gemeld staan de volledige sets van normbedragen in bijlage G. Tabel 7.6 geeft een samenvatting in de vorm van gewogen, gemiddelde absolute verschillen (GGAV's) in normbedragen tussen diverse modelvarianten. Deze GGAV's geven aan in welke mate de normbedragen van een bepaalde modelvariant afwijken van die van een andere variant.

Zo vergelijkt de eerste kolom M1 (met 27 risicoklassen voor de geselecteerde fysiotherapiediagnosen) met M0 (met twee risicoklassen voor ja/nee fysiotherapiekosten in voorgaand jaar, alleen voor 18-plussers). De grootste verschillen in normbedragen blijken daarbij op te treden bij het fysiotherapiecriterium (wat logisch is omdat daar de grootste verandering plaatsvindt), gevolgd door GSM (de interactie tussen ja/nee 65+ en ja/nee ingedeeld bij de vier morbiditeitscriteria), wat vooral te maken heeft met de eerder genoemde toename van de afslag voor ongezonde 65-minners (van -10 naar -73 euro). M1 heeft als belangrijk voordeel dat het fysiotherapiecriterium in deze variant een medisch-inhoudelijke betekenis heeft, terwijl het criterium in M0 is gebaseerd op fysiotherapiekosten in t-1. Gezien dit voordeel zet Tabel 7.6 de andere varianten vervolgens af tegen M1.

Clustering van de 27 fysiotherapiediagnosen naar pathologie-hoofdgroep (M2) blijkt vooral gevolgen te hebben voor het GSM-criterium. Uit de onderliggende cijfers (zie bijlage G) blijkt dat de toch al wat merkwaardige afslag voor ongezonde 65-minners nóg groter is geworden: van -73 naar -155 euro. Clustering naar mate van chroniciteit (feitelijk: naar 18-/18+) in variant M3 heeft, in vergelijking tot modelvariant M1, vooral gevolgen voor de normbedragen van het fysiotherapiecriterium. Ten slotte heeft clustering naar meerkosten (modelvariant M4) de minste veranderingen in normbedragen tot gevolg ten opzichte van M1: overall een

verandering van ruim 13 euro, gemiddeld per verzekerdenjaar. Wat dit betreft is deze variant duidelijk te prefereren boven de clusterings van M2 en M3: de normbedragen wijken slechts in beperkte mate af van die van M1 terwijl er maar vijf risicoklassen worden onderscheiden in plaats van 28. De vraag is echter in hoeverre dit ten koste gaat van de verevenende werking. Tabel 7.7 geeft hierop het antwoord.

Tabel 7.6. Gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV's) in normbedragen tussen modelvarianten^a

| | M1 – M0 | M2 – M1 | M3 – M1 | M4 – M1 |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|
| Leeftijd/geslacht | 16.7 | 14.1 | 5.5 | 1.1 |
| FKG's | 16.7 | 18.7 | 4.1 | 2.9 |
| DKG's | 8.3 | 7.3 | 1.7 | 1.0 |
| HKG's | 0.5 | 0.8 | 0.5 | 0.1 |
| Avl | 2.1 | 2.7 | 0.7 | 0.3 |
| Regio | 0.5 | 0.3 | 0.2 | 0.1 |
| SES | 1.3 | 0.9 | 0.3 | 0.2 |
| MHK | 8.2 | 5.9 | 1.6 | 0.2 |
| GSM | 23.2 | 28.8 | 3.8 | 2.7 |
| Fysiocriterium | 24.8 | 15.6 | 26.8 | 4.9 |
| Totaal | 102.2 | 95.2 | 45.0 | 13.3 |

^a M0=vereveningsmodel van 2016 exclusief V&V(t-1) en GRZ(t-1).

M1=M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief afzonderlijke fysiotherapiediagnosen.

M2=M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief fysiotherapiediagnosen geclusterd naar pathologie-hoofdgroep.

M3=M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief fysiotherapiediagnosen geclusterd naar mate van chroniciteit.

M4=M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief fysiotherapiediagnosen geclusterd naar meerkosten.

Zoals bekend leidt het schrappen van V&V(t-1) en GRZ(t-1) tot een duidelijke vermindering van de verevenende werking op individu-, subgroep- en verzekeraarsniveau (zie de eerste twee kolommen van Tabel 7.7). Ten opzichte van model M0 stijgt de R^2 met 0,1 procentpunt bij toepassing van M1. Bovendien daalt de GGAA op 'alle' subgroepen met bijna 1%, van 790 naar 784 euro. Daar staat tegenover dat het financieel resultaat op 18-plussers met fysiotherapiekosten in voorgaand jaar zakt van 0 naar -135 euro. Het financieel resultaat op verzekerden met V&V-kosten in het voorgaande jaar verbetert iets, terwijl voor verzekerden met GRZ-kosten in het voorgaande jaar het omgekeerde geldt. Op verzekeraarsniveau zijn de verschillen ook gering.

De verschillen in verevenende werking tussen M1, M2, M3 en M4 zijn gering dan wel afwezig. Het grootste verschil treedt op bij toepassing van M2: het negatieve resultaat op 18-plussers met fysiotherapiekosten in voorgaand jaar neemt toe tot 349 euro. Beperken we ons daarom tot M1 en M4, dan zijn er alleen verschillen waarneembaar bij de subgroepen voor kosten in voorgaand jaar, en wel zodanig dat M4 hierop iets beter lijkt te scoren.³²

³² Een voordeel van M2 ten opzichte van M4 is wellicht dat in M2 inzicht bestaat in de aandoeningen waar het om gaat; diagnosen zijn immers geclusterd naar pathologiehoofdgroepen. De namen van de hoofdgroepen zijn echter erg algemeen en daarmee weinigzeggend. Daarnaast treden bij de overstap van M1 naar M2 flink grotere verschuivingen in normbedragen op dan bij de overstap van M1 naar M4 en is de verevenende werking van M4 iets beter dan die van M2. Ten slotte sluit de clustering van diagnosen in M4 (op basis van meerkosten) aan bij de aanpak bij de DKG's (zie WOR 728).

Tabel 7.7. Verevenende werking bij toepassing van zes modelvarianten (met uitzondering van de R² en CPM geldt: hoe dichter de kengetallen bij 0, hoe beter)^a

| Niveau | Maatstaf | M00 | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | |
|------------------|--|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Individu | R ² x 100% | 28.1 | 25.4 | 25.5 | 25.4 | 25.4 | 25.5 | |
| | CPM x 100% | 30.0 | 27.3 | 27.3 | 27.3 | 27.3 | 27.3 | |
| | GGAA | 1900 | 1974 | 1973 | 1974 | 1973 | 1973 | |
| | Standaarddeviatie van resultaten | 6723 | 6849 | 6845 | 6847 | 6847 | 6845 | |
| Sub-groep | GGAA op 'alle' subgroepen ^b | 734 | 790 | 784 | 787 | 785 | 784 | |
| | Res. op 15% laagste kosten in t-3 | 251 | 246 | 250 | 253 | 250 | 250 | |
| | Res. op 15% hoogste kosten in t-3 | -344 | -349 | -349 | -352 | -350 | -349 | |
| | Resultaat op Fysio(t-1)>0 | 0 | 0 | -135 | -349 | -127 | -128 | |
| | Resultaat op V&V(t-1)>0 | 0 | -5317 | -5292 | -5317 | -5306 | -5291 | |
| | Resultaat op GRZ(t-1)>0 | 0 | -1169 | -1205 | -1215 | -1209 | -1201 | |
| Verze- keraar | R ² x 100% | 98.8 | 98.5 | 98.5 | 98.5 | 98.5 | 98.5 | |
| | GGAA van resultaten | 26.9 | 30.3 | 30.7 | 30.7 | 30.8 | 30.7 | |
| | Bandbreedte v. resultaten | Alle (23) | 266 | 253 | 254 | 257 | 255 | 254 |
| | | Excl. 2 (21) ^c | 105 | 106 | 109 | 107 | 109 | 109 |
| | | Klein (7) | 194 | 184 | 189 | 187 | 188 | 188 |
| | | Middel (10) | 178 | 170 | 172 | 173 | 171 | 172 |
| | | Groot (6) | 74 | 83 | 82 | 82 | 81 | 82 |
| | | Concern (17) | 266 | 253 | 254 | 257 | 255 | 254 |
| Niet-concern (6) | 53 | 52 | 56 | 57 | 58 | 56 | | |

^a M00 = vereveningsmodel van 2016.

M0 = vereveningsmodel van 2016 exclusief V&V(t-1) en GRZ(t-1).

M1 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief afzonderlijke fysiotherapiediagnosen.

M2 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief fysiotherapiediagnosen geclusterd naar pathologie-hoofdgroep.

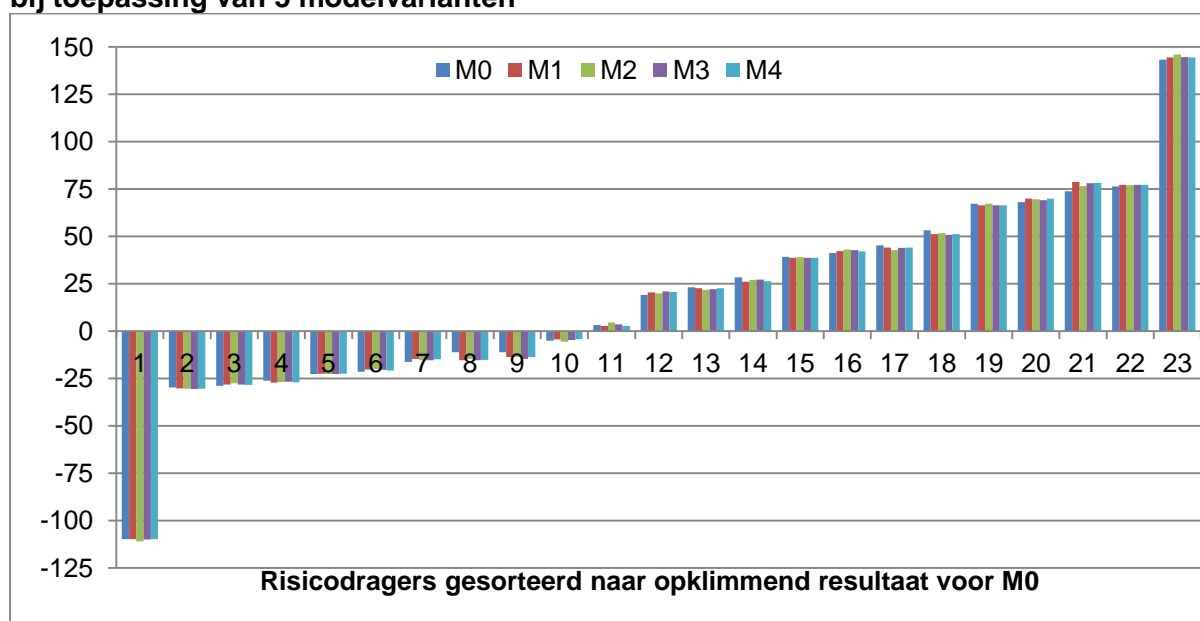
M3 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief fysiotherapiediagnosen geclusterd naar mate van chroniciteit.

M4 = M0 exclusief Fysio(t-1), inclusief fysiotherapiediagnosen geclusterd naar meerkosten.

^b Subgroepen gedefinieerd op basis van de vereveningscriteria van modelvariant M1.

^c Op deze regel staat de bandbreedte van de resultaten op verzekeraarsniveau waarbij twee risicodragers (die steeds de feitelijke bandbreedte bepalen) buiten beschouwing zijn gelaten.

Onderstaande figuur brengt de financiële resultaten in beeld voor de 23 risicodragers bij toepassing van de vijf modelvarianten.

Figuur 7.1. Financiële resultaten in euro's per verzekerdenjaar voor 23 risicodragers, bij toepassing van 5 modelvarianten

De verschillen zijn minimaal. De ‘grootste’ resultaatsveranderingen blijken op te treden bij de overstap van M0 naar M1: de gewogen gemiddelde absolute resultaatverandering (GGARV) komt dan uit op 1,0 euro. Ten opzichte van M1 zijn de GGARV's voor M2 tot en met M4 respectievelijk 0,5, 0,3 en 0,1 euro. Ook op het niveau van de individuele risicodragers zijn de verschillen tussen de vier modelvarianten dus zeer gering.

Op basis van de iets betere score op subgroepniveau, het geringe aantal risicoklassen en het feit dat precies dezelfde chronisch zieken worden geïdentificeerd, lijkt M4 van de modelvarianten M1 tot en met M4 de beste keuze. In de volgende paragraaf bekijken we of een interactie met leeftijd van de vijf risicoklassen voor fysiotherapiediagnosen van deze modelvariant nog zinvol is.

7.3. Modelvariant M4 met leeftijdsinteractie

VWS heeft ons gevraagd de modelvariant die het beste scoort op te splitsen naar drie leeftijdsgroepen: 18-min, 18 tot 65 jaar en 65-plus. Gezien de resultaten van de voorgaande paragraaf en omdat opsplitsing van de toch al kleine risicogroepen van M1 weinig zinvol lijkt, hebben wij hier gekozen voor M4. Tabel 7.8 presenteert de normbedragen van de 3x5 risicoklassen, samen met het aantal verzekerdenjaren. Ter vergelijking meldt de laatste kolom ook nog de normbedragen voor M4.

Tabel 7.8. Modelvariant 4 met leeftijdsinteracties: normbedragen voor geselecteerde fysiotherapiediagnosen in t-1 als extra vereveningscriterium in model M0 in plaats van Fysio(t-1)^a

| Groep | 18-min | | 18 tot 65 jaar | | 65-plus | | Overall ^b |
|-------|---------------|-------------|----------------|-------------|---------------|-------------|----------------------|
| | # verz. jaren | Norm-bedrag | # verz. jaren | Norm-bedrag | # verz. jaren | Norm-bedrag | Norm-bedrag |
| 0 | 3070295 | -40 | 9501878 | -12 | 2664970 | -77 | -29 |
| 1 | 134773 | 749 | 26029 | 405 | 14704 | 1451 | 779 |
| 2 | 1953 | 1725 | 20103 | 1844 | 34984 | 2242 | 2095 |
| 3 | 1968 | 5104 | 23414 | 2503 | 27389 | 3775 | 3295 |
| 4 | 460 | 16415 | 465 | 17629 | 101 | 17151 | 17056 |

^a Modelvariant 4 = model 2016 exclusief Fysio(t-1), V&V(t-1) en GRZ(t-1), uitgebreid met vier clusters van de fysiotherapiediagnosen (clustering op basis van meerkosten; zie Tabel 6.5), plus een risicoklasse voor de verzekerden zonder deze diagnosen.

^b Cijfers overgenomen uit Tabel 7.5.

Uit de tabel blijkt dat de normbedragen voor elk van de drie leeftijdsgroepen monotoon toenemen met het groepsnummer. De uitsplitsing van groep 4, met de hoogste meerkosten, blijkt kleine risicogroepen op te leveren, opmerkelijk genoeg met normbedragen die elkaar – in relatieve zin – weinig ontlopen. Vergelijken we de normbedragen van de drie leeftijdsgroepen met de laatste kolom en letten we daarbij ook op de prevalenties, dan blijken de verschillen van geringe betekenis (zeker ook gezien de gelijkblijvende R^2 en GGAA, zie

Tabel 7.9). Alleen voor verzekerden zonder fysiotherapiediagnose (groep 0), zijn de verschillen met de laatste kolom op macroniveau noemenswaardig. Bijvoorbeeld voor de middelste leeftijdsgroep: $(-12 - -29) \times 9,5$ miljoen = 165 miljoen euro. Dat lijkt fors, doch het gaat feitelijk maar om een verschil van $-12 - -29 = 17$ euro, gemiddeld per verzekerdenjaar. Ten opzichte van M4 komt de GGAV in normbedragen voor het fysiotherapiecriterium uit op ruim 10 euro.³³ Deze uitkomsten wijzen er al op dat we niet te veel kunnen verwachten van opsplitsing naar leeftijd voor wat betreft de verevenende werking.

Tabel 7.9 laat zien dat de uitsplitsing naar leeftijd weinig oplevert qua verevenende werking. Alleen bij de subgroepen gebaseerd op kosten in voorgaand jaar zijn kleine verschillen waar te nemen: voor twee subgroepen verbetert het resultaat – V&V(t-1) en GRZ(t-1) – en voor één subgroep is sprake van een verslechtering: Fysio(t-1). Op basis van deze uitkomsten kan worden geconcludeerd dat het niet zinvol is om in model M4 een interactie met leeftijd toe te passen. De begeleidingscommissie heeft deze conclusie onderschreven.

Tabel 7.9. Verevenende werking bij toepassing van twee modelvarianten ^a

| Niveau | Maatstaf | M4 | M4 met leeftijds-interactie | |
|------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----|
| Individu | R ² x 100% | 25.5 | 25.5 | |
| | CPM x100% | 27.3 | 27.3 | |
| | GGAA | 1973 | 1973 | |
| | Standaarddeviatie van resultaten | 6845 | 6845 | |
| Sub-groep | GGAA op 'alle' subgroepen | 784 | 784 | |
| | Res.. op 15% laagste kosten in t-3 | 250 | 250 | |
| | Res. op 15% hoogste kosten in t-3 | -349 | -350 | |
| | Resultaat op Fysio(t-1)>0 | -128 | -130 | |
| | Resultaat op V&V(t-1)>0 | -5291 | -5288 | |
| | Resultaat op GRZ(t-1)>0 | -1201 | -1190 | |
| Verze- keraar | R ² x 100% | 98.5 | 98.5 | |
| | GGAA van resultaten | 30.7 | 30.7 | |
| | Bandbreedte v. resultaten | Allen (23) | 254 | 255 |
| | | Excl. 2 (21) ^b | 109 | 109 |
| | | Klein (7) | 188 | 189 |
| | | Middel (10) | 172 | 172 |
| | | Groot (6) | 82 | 82 |
| | | Concern (17) | 254 | 255 |
| Niet-concern (6) | | 56 | 55 | |

^a Modelvariant 4 = model 2016 exclusief Fysio(t-1), V&V(t-1) en GRZ(t-1), uitgebreid met vier clusters van de fysiotherapiediagnosen (clustering op basis van meerkosten; zie Tabel 6.5) plus een risicoklasse voor de verzekerden zonder deze diagnosen.

^b Op deze regel staat de bandbreedte van de resultaten op verzekeraarsniveau waarbij twee risicodragers (die steeds de feitelijke bandbreedte bepalen) buiten beschouwing zijn gelaten.

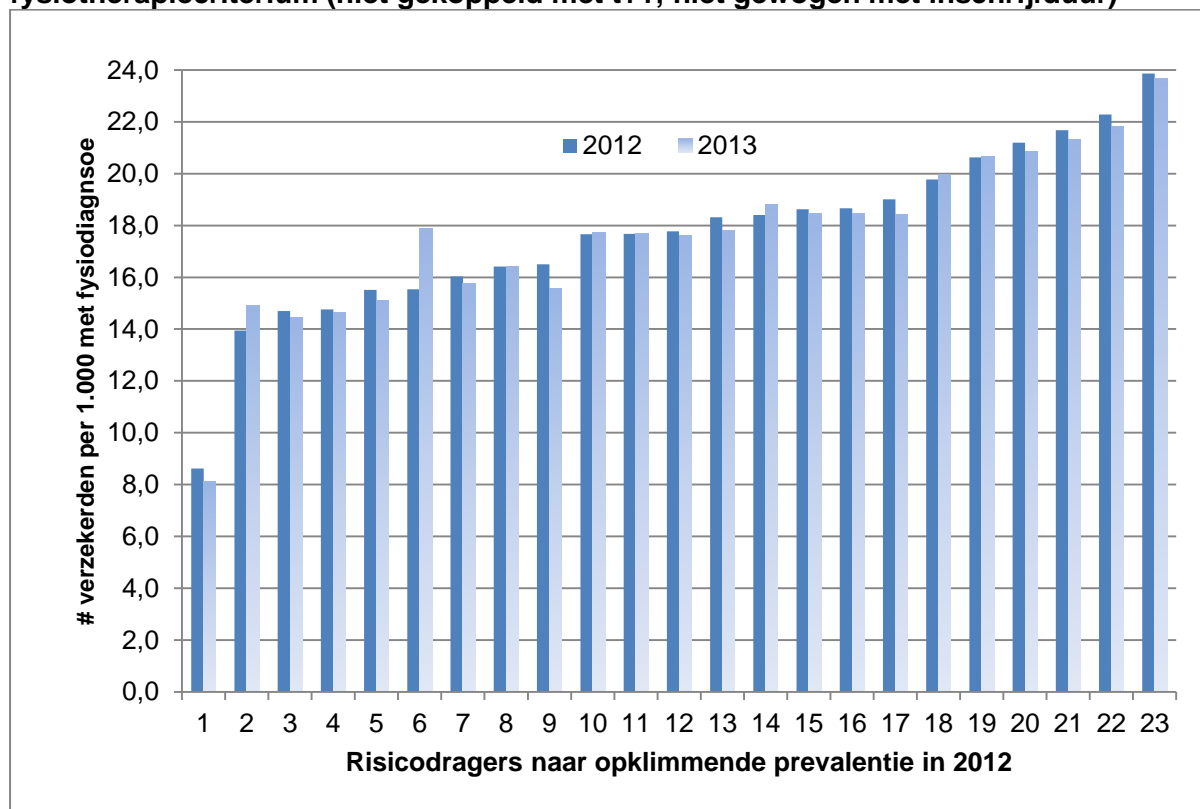
7.4. Stabiliteit van prevalenties

De verevenende werking van de modelvarianten is in de voorgaande paragraaf beoordeeld uitgaande van kostendata van 2013 en fysiotherapiediagnosen van 2012. Een belangrijke

³³ Overall blijkt de GGAV 38 euro. De grootste bijdrage hieraan wordt geleverd door leeftijd/geslacht.

vraag is in hoeverre de uitkomsten op verzekeraarsniveau stabiel zullen zijn in de tijd: instabiliteit kan wijzen op registratieproblemen. Om daar een idee van te krijgen hebben we de prevalentie van de geselecteerde fysiotherapiediagnosen per verzekeraar bepaald op de fysiotherapie-declaraties van 2012 en op die van 2013. Figuur 7.2 geeft daarvan een beeld.

Figuur 7.2. Aantal verzekerden per 1.000 met een diagnose volgens het nieuwe fysiotherapiecriterium (niet gekoppeld met t+1; niet gewogen met inschrijfduur)

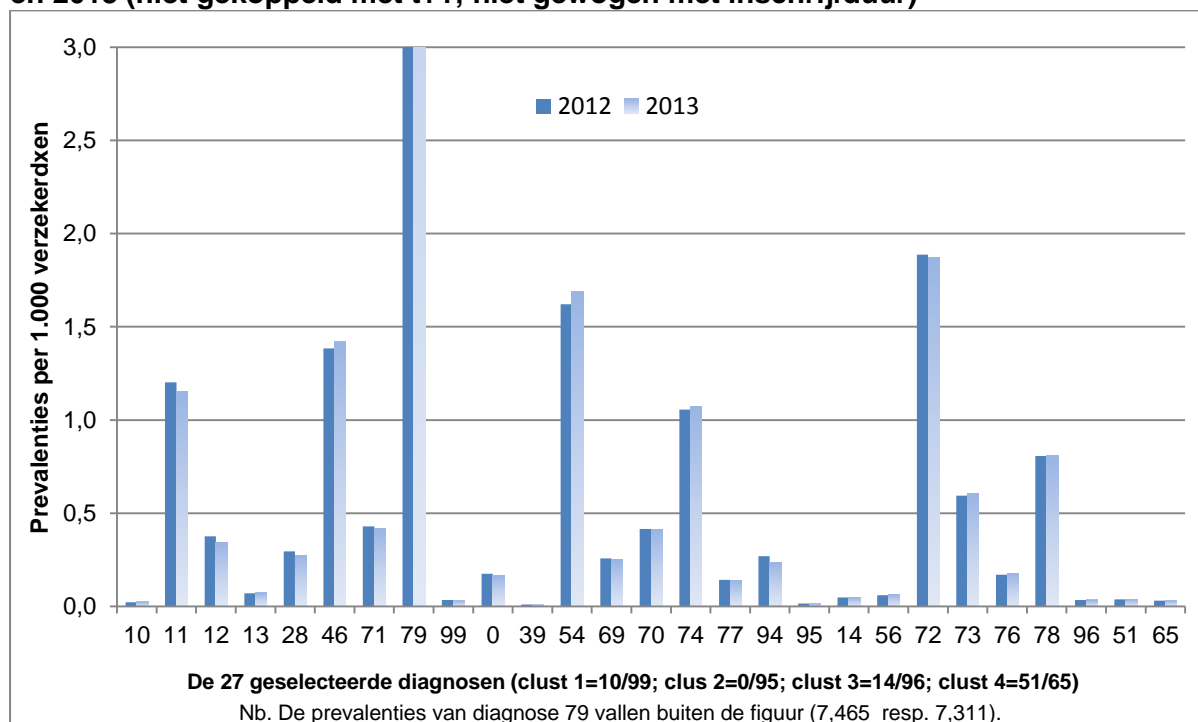


Uit Figuur 7.2 blijkt dat het aantal verzekerden met een fysiotherapiediagnose redelijk stabiel is op verzekeraarsniveau. De grootste veranderingen in prevalentie doen zich voor bij nummer 6 (een verzekeraar met een flinke uitstroom van relatief gezonde verzekerden) en 9 (waarvoor het tegenovergestelde geldt). Vergelijking met Figuur 3.5 uit de Gegevensrapportage van het afgelopen onderzoek voor de risicoverevening 2016 (WOR 747), wijst uit dat de stabiliteit op verzekeraarsniveau van het nieuwe fysiotherapiecriterium, gebaseerd op diagnose-informatie en inclusief 18-minners, beduidend groter is dan die van het huidige Fysio(t-1)-criterium, dat is gebaseerd op kosteninformatie en is beperkt tot 18-plussers.

Figuur 7.3 brengt vervolgens de prevalenties van de 27 afzonderlijke fysiotherapiediagnosen in beeld, gebaseerd op de declaratiebestanden van 2012 en 2013. De maximale relatieve verandering van 2012-op-2013 treedt op voor diagnose 94 (-12%) en de maximale absolute verandering bij diagnose 79 (-0,154 per 1.000 verzekerden). Dit zijn verschillen die kleiner zijn dan wat we in het algemeen vinden voor de jaar-op-jaar ontwikkeling van de FKG- en

DKG-prevalenties (WOR 747, hoofdstuk 3). De verdere groepering naar de vier clusters die het nieuwe fysiotherapiecriterium feitelijk onderscheidt, blijkt de verschillen nog kleiner te maken: maximaal +4% voor cluster 4 (niet af te leiden uit de figuur).

Figuur 7.3. Prevalentie per fysiotherapiediagnose gebaseerd op declaraties van 2012 en 2013 (niet gekoppeld met t+1; niet gewogen met inschrijfduur)



Ten slotte hebben we voor elke verzekeraar de prevalentie van de 27 diagnoses bepaald en vervolgens het minimum en het maximum over de 23 verzekeraars berekend, voor zowel 2012 als 2013 (Tabel 7.10). Voor alle geselecteerde diagnoses tezamen geeft de onderste regel van Tabel 7.10 voor 2012 als minimum een waarde van 8,61 per 1.000 verzekerden en een maximum van 23,87. Dit betekent dat de verzekeraar met de meest 'ongezonde' portefeuille een bijna 2,8 keer zo grote prevalentie heeft als de verzekeraar met de meest 'gezonde' portefeuille. Voor 2013 is dit verhoudingsgetal ruim 2,9. Dit is in lijn met de overeenkomstige cijfers die bijlage 4 van WOR 631 meldt voor de overall prevalenties van FKG's en DKG's: 2,4 respectievelijk 3,3. Voor sommige diagnoses is de variatie over de verzekeraars substantieel, doch bij nader inzien komt dat vooral door de lage prevalenties van één verzekeraar met een zeer 'gezonde' portefeuille. Laten we die verzekeraar buiten beschouwing, dan zakt het aantal verhoudingsgetallen groter dan 5, van 20 naar 5 (over beide jaren geteld). Daarnaast geldt ook hier de kanttekening dat het nieuwe fysiotherapiecriterium feitelijk bestaat uit vier clusters van deze 27 diagnoses, en daarvoor is de variatie over de verzekeraars uiteraard kleiner.

Tabel 7.10. Voor de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen: minima en maxima van prevalenties in declaratiebestanden van 2012 en 2013, per 1.000 verzekerden op verzekeraarsniveau (niet gekoppeld met 2013/2014-data; niet gewogen)

| Diagnose | Prevalenties 2012 | | | | Prevalenties 2013 | | | |
|----------|-------------------|---------|---------|---------|-------------------|---------|---------|---------|
| | Overall | Minimum | Maximum | Max/min | Overall | Minimum | Maximum | Max/min |
| 0 | 0.17 | 0.06 | 0.31 | 5.2 | 0.17 | 0.06 | 0.24 | 4.2 |
| 10 | 0.02 | 0.02 | 0.04 | 2.1 | 0.02 | 0.02 | 0.04 | 2.2 |
| 11 | 1.20 | 0.56 | 1.73 | 3.1 | 1.15 | 0.44 | 1.77 | 4.0 |
| 12 | 0.37 | 0.19 | 0.45 | 2.4 | 0.34 | 0.16 | 0.47 | 2.9 |
| 13 | 0.07 | 0.04 | 0.10 | 2.9 | 0.07 | 0.05 | 0.11 | 2.4 |
| 14 | 0.05 | 0.03 | 0.10 | 3.9 | 0.05 | 0.03 | 0.08 | 2.4 |
| 28 | 0.30 | 0.08 | 0.45 | 5.7 | 0.27 | 0.07 | 0.41 | 5.9 |
| 39 | 0.01 | 0.01 | 0.01 | 1.4 | 0.01 | 0.01 | 0.01 | 1.8 |
| 46 | 1.38 | 0.43 | 1.89 | 4.4 | 1.42 | 0.39 | 1.89 | 4.9 |
| 51 | 0.04 | 0.03 | 0.08 | 2.9 | 0.04 | 0.03 | 0.05 | 1.9 |
| 54 | 1.62 | 0.35 | 2.36 | 6.7 | 1.69 | 0.29 | 2.41 | 8.3 |
| 56 | 0.06 | 0.03 | 0.09 | 3.5 | 0.06 | 0.03 | 0.12 | 3.8 |
| 65 | 0.03 | 0.01 | 0.05 | 4.2 | 0.03 | 0.02 | 0.05 | 3.6 |
| 69 | 0.26 | 0.07 | 0.38 | 5.2 | 0.25 | 0.07 | 0.49 | 7.0 |
| 70 | 0.41 | 0.13 | 0.86 | 6.5 | 0.41 | 0.12 | 0.84 | 7.2 |
| 71 | 0.43 | 0.14 | 0.98 | 7.1 | 0.42 | 0.11 | 0.94 | 8.3 |
| 72 | 1.89 | 0.34 | 4.18 | 12.2 | 1.87 | 0.34 | 4.09 | 12.0 |
| 73 | 0.59 | 0.26 | 0.96 | 3.7 | 0.61 | 0.24 | 1.05 | 4.4 |
| 74 | 1.06 | 0.19 | 1.84 | 9.7 | 1.07 | 0.16 | 1.94 | 12.4 |
| 76 | 0.17 | 0.06 | 0.25 | 4.3 | 0.18 | 0.05 | 0.27 | 5.7 |
| 77 | 0.14 | 0.06 | 0.20 | 3.5 | 0.14 | 0.06 | 0.22 | 3.6 |
| 78 | 0.81 | 0.21 | 1.57 | 7.4 | 0.81 | 0.17 | 1.61 | 9.2 |
| 79 | 7.47 | 5.25 | 9.76 | 1.9 | 7.31 | 5.16 | 9.44 | 1.8 |
| 94 | 0.27 | 0.09 | 0.56 | 6.3 | 0.24 | 0.08 | 0.53 | 6.4 |
| 95 | 0.02 | 0.01 | 0.02 | 2.1 | 0.02 | 0.01 | 0.02 | 1.5 |
| 96 | 0.03 | 0.02 | 0.06 | 2.4 | 0.03 | 0.02 | 0.05 | 2.1 |
| 99 | 0.03 | 0.02 | 0.05 | 2.7 | 0.03 | 0.02 | 0.05 | 3.4 |
| Totaal | 18.90 | 8.61 | 23.87 | 2.8 | 18.72 | 8.10 | 23.66 | 2.9 |

De conclusie van deze paragraaf is dat de prevalenties van de 27 geselecteerde diagnosen in de tijd stabiel zijn en dat de variatie over de verzekeraars plausibel is. Hetzelfde geldt dan automatisch voor de vier clusters waarin de 27 diagnosen zijn samengevoegd. De stabiliteit van de overall prevalentie op verzekeraarsniveau is beduidend groter dan die van het huidige fysiotherapiecriterium.

7.5. Conclusies

In dit hoofdstuk is het vereveningsmodel van 2016 exclusief de vereveningscriteria V&V(t-1) en GRZ(t-1) doorgerekend met vijf varianten van een potentieel nieuw fysiotherapiecriterium gebaseerd op fysiotherapie **diagnosen** gesteld in t-1 ter vervanging van het huidige criterium gebaseerd op fysiotherapie **kosten** in t-1. Het uitgangspunt zijn de aandoeningen op de chronische lijst die geen gelimiteerde behandelduur hebben.

Op grond van de uitkomsten qua normbedragen en verevenende werking verdient model-variant M4 ons inziens de voorkeur. In deze variant is het huidige Fysio(t-1)-criterium, dat is gebaseerd op fysiotherapiekosten in voorgaand jaar van 18-plussers, vervangen door vier risicoklassen waarin de 27 geselecteerde fysiotherapiediagnosen zijn geclusterd naar meerkosten, met normbedragen die oplopen van bijna 800 naar ruim 17.000 euro.

Ten opzichte van model M0 (met het huidige fysiotherapiecriterium) is de verbetering in verevenende werking van M4 echter beperkt. Zo neemt de R^2 op individuniveau toe met 0,1 procentpunt en daalt de GGAA op subgroepniveau met 5 euro. Daarentegen stijgt de GGAA op verzekeraarsniveau met 0,4 euro en de bandbreedte met 1 euro.

Een belangrijke verbetering is het meetellen van 142.000 18-minners met aandoeningen op de chronische lijst waarvoor geen gelimiteerde behandelduur geldt; uitgaande van het startmodel waren de gemiddelde meerkosten in deze groep ruim 800 euro (zie Tabel 5.4). Daar tegenover staat het schrappen van 168.000 18-plussers met fysiotherapiegebruik in t-1 voor aandoeningen die weliswaar op de chronische lijst staan, maar met een gelimiteerde behandelduur. Uitgaande van het startmodel waren de gemiddelde meerkosten van deze groep ruim 100 euro, tegenover bijna 2.000 euro voor aandoeningen zonder gelimiteerde behandelduur (zie Tabel 5.4).

Als we kijken naar het aantal verzekerden ingedeeld bij de vier morbiditeitscriteria plus het huidige en nieuwe fysiotherapiecriterium, dan neemt dit per saldo met 56.000 verzekerden-jaren toe: 64.000 minder 18-plussers, maar 120.000 extra 18-minners.

Ten slotte blijkt de stabiliteit van prevalenties op verzekeraarsniveau van het nieuwe fysiotherapiecriterium beduidend groter te zijn dan die van het huidige fysiotherapiecriterium.

Referenties

WOR 323, van Vliet, R.C.J.A. (2007), *Vervolgonderzoek naar compensatie voor zeldzame, chronische aandoeningen in het Zvw-risicovereveningsmodel; Deel II. Tussenrapportage over hulpmiddelen en fysiotherapie*, Rotterdam, iBMG, Erasmus Universiteit.

WOR 631, van Vliet, R.C.J.A., R.C. van Kleef, E.M. van Rooijen (2013), *Vormgeving Hulpmiddelen Kosten Groepen; eindrapportage*, Rotterdam, iBMG, Erasmus Universiteit.

WOR 712, iBMG-projectteam Risicoverevening (2014), *Vervolgonderzoek risicoverevening 2015: voorspellende waarde van het gebruik van fysiotherapie voor de zorgkosten; eindrapportage*, Rotterdam, iBMG, Erasmus Universiteit.

WOR 728, van Vliet, R.C.J.A., R.C. van Kleef, E.M. van Rooijen (2015), *Groot onderhoud van de diagnosekostengroepen (DKG's) in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten; eindrapportage*, Rotterdam, iBMG, Erasmus Universiteit.

WOR 738, iBMG-projectteam Risicoverevening (2015), *Onderzoek risicoverevening 2016: uitbreiding vereveningsmodel 2015 voor variabele zorgkosten inclusief V&V op data 2012 (Pre-OT); eindrapportage*, Rotterdam, iBMG, Erasmus Universiteit.

WOR 747, iBMG-projectteam Risicoverevening (2015), *Onderzoek risicoverevening 2016: Gegevensfase; eindrapportage*, Rotterdam, iBMG, Erasmus Universiteit.

WOR 748, iBMG-projectteam Risicoverevening (2015), *Onderzoek risicoverevening 2016: Overall Toets; eindrapportage*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.

WOR 749, iBMG-projectteam Risicoverevening (2015), *Onderzoek risicoverevening 2016: Berekening normbedragen; eindrapportage*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.

Bijlage A. Samenstelling begeleidingscommissie

Ministerie van VWS

Henry Nieuwenhuijsen (voorzitter)

Mieke Reuser

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Wieke Ormel

Rob Stadt

Zorginstituut Nederland

Harold Creusen

Zorgverzekeraars

Frans Trapman (Z&Z)

Marianne Stam (Zilveren Kruis)

Sven van Steijn (Menzis)

Ron Ewals (VGZ)

Frank Opdam (VGZ)

Peter-Paul Essers (CZ)

Zorgverzekeraars Nederland

Ben Oudhuis

Emiel van Hamersveld

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

René van Vliet

Frank Eijkenaar

Ellen van Rooijen

Bijlage B. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [vervallen;]
 - 9°. [vervallen;]
 - 10°. [vervallen;]
 - 11°. [vervallen;]
 - 12°. [vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. [vervallen;]
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. Chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor COPD;
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;

- 6°. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
 3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
 4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
 5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
 6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
 7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

Bijlage C. Diagnoseclassificatiesysteem Paramedische Hulp

| POSITIE I HOOFDGROUP LICHAAMSLOKALISATIE | POSITIE II SUBGROUP LICHAAMSLOKALISATIE | POSITIE III HOOFDGROUP PATHOLOGIE | POSITIE IV SUBGROUP PATHOLOGIE | POSITIE III HOOFDGROUP PATHOLOGIE | POSITIE IV SUBGROUP PATHOLOGIE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 HOOFD HALS | 0 Achterzijde hoofd 1 Aangezicht 2 Regio buccalis inclusief de kaak 3 Regio cervicallis (oppervlakkige weke delen) 9 Gecombineerd ** | 0 CHIRURGIE BEWEGINGSAPPARAAT | 0 Amputatie 1 Gewrichten, uitgezonderd wervelkolom, meniscocomie, synovectomie 2 Beilen, uitgezonderd wervelkolom 3 Meniscocomie, synovectomie 4 Pees, spier, ligament 5 Wervelkolom 6 Verwijderde osteosynthese materiaal 9 Postoperatieve contractuur / atrofie | 5 LONG AANDOENINGEN | 0 Cara 1 Aangeboren afwijkingen tractus respiratorius 2 Pneumothorax / longoedeem 3 Luchtweginfecties 4 COPD 5 Emfyseem 6 Interstitiële longaandoeningen incl. sarcoïdose |
| 2 THORAX BUIK INWENDIGE ORGANEN | 0 Regio thoracalis anterior (oppervlakkige weke delen) 1 Regio thoracalis dorsalis (oppervlakkige weke delen) 2 Ribben 1 Sternum 3 Regio abdominalis (oppervlakkige weke delen) 4 Regio lumbalis (oppervlakkige weke delen) 5 Inwendige organen thorax 6 Inwendige organen abdomen 9 Gecombineerd ** | 1 ORTHOPEDISCHE AANDOENINGEN ZONDER CHIRURGIE | 0 Aseptische botnecrose 1 Afwijkingen wervelkolom / bekken 2 Skeletafwijkingen (aangeboren) 3 Ossificatiestoomis 4 Ontstekingen / nieuwvormingen in het skelet 5 Pseudo-arthrose / epiphyseolysis / apofysiden 6 Standsafwijkingen extremiteiten 7 Afwijkingen gewrichten, uitgezonderd wervelkolom / bekken 8 Overige orthopedische aandoeningen zonder chirurgie 9 Dupuytren | 6 OVERIGE INTERNE AANDOENINGEN, NEUWVORMINGEN, CHIRURGIE NIET BEWEGINGSAPPARAAT | 0 Diabetes mellitus 1 Immuniteitsstoornissen 2 Spastisch colon 4 Adipositas 5 Overige, ernstige aandoeningen 9 Chirurgie met bewegingsapparaat (niet cardiochirurgie) |
| 3 WERVELKOLM | 0 Cervicale wervelkolom 1 Cervico-thoracale wervelkolom 2 Thoracale wervelkolom 3 Thoraco-lumbale wervelkolom 4 Lumbale wervelkolom 5 Lumbo-sacrale wervelkolom 6 Sacrum en S.I. gewrichten 7 Coccygis 9 Gecombineerd / totale wervelkolom ** | 2 SURMENAGE DEGENERatieve AANDOENINGEN DYSTROFIE | 0 Epicondylitis / tendinitis / tendovaginitis 1 Bursitis (niet traumatisch) / capsulitis 2 Chondropathie / arthropathie / meniscuslaesie 3 Arthrose 4 Osteoporose 5 Syndroom van Coalen 6 Spier-, pees- en fascia aandoeningen 7 Discusdegeneratie, coccygodynie / HNP 8 Subcutane a/dystrofie | 7 NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN | 0 Perifere zenuwaandoening 1 Cerebellaire aandoeningen / encephalopathieën 2 Cerebrovasculair accident / centrale parese 3 Multiple sclerose / ALS / spinale spieratrofie 4 Parkinson / extrapyramidale aandoening 5 HNP met radicular syndroom 6 Dwarslaesie (incl. traumatisch en paritsel) 7 Neurotrauma 8 Overige neurologische aandoeningen / neuropathieën / ziekten van neurologische oorsprong 9 Psychomotorie retardatie / ontwikkelingsstoornissen |
| 4 SCHOUDER BOVENARM | 0 Art. humeri (inclusief weke delen) 1 Regio clavicularis (incl. aangrenzende gewrichten) 2 Regio scapularis 3 Bovenarmregio 9 Gecombineerd ** | 3 TRAUMATISCHE AANDOENINGEN UITGEZONDERD CHIRURGIE, NEUROTRAUMATA EN DWARSLAESIE | 1 Gewichtscumulatie / -distorsie 2 Luxatie (sub-) 3 Spier-, peesruptuur / haematoom 4 Hydrops / haemarthros / traumatisch oedeem 5 Myosite ossificans / adhaesies / traumatische bursitis 6 Fracturen 7 Whiplash injury (nektrauma) 8 Wervelkolom aandoeningen (niet genoemd onder 41 t/m 49) | 8 SYMPTOMATOLOGIE PSYCHOSOMATIEK UROLOGIE GYNAECOLOGIE | 0 Symptomatie (nog zonder aanwijsbare pathologie) 1 Psychosomatische aandoeningen 2 Hyperventilatie zonder longpathologie 3 Proctologie (anus-endeeldarm) 4 MDL (maag-darm-lever) 5 Seksuologie 6 Urine incontinentie, incontinentia urinae 7 Fecale incontinentie, incontinentia alvi 8 Urologie 9 Gynaecologie |
| 5 ELLEBOOG ONDERARM HAND | 0 Art. cubiti (inclusief weke delen) 1 Onderarmregio 2 Handwortel / polsgewricht (inclusief weke delen) 3 Middenhandregio (inclusief weke delen) 4 Vingers 5 Duim 9 Gecombineerd ** | 4 HART-VAAT- EN LYMFEVATAANDOENINGEN (INCLUSIEF CARDIOCHIRURGIE) | 1 Myocard-Infarct (AMI) 2 Status na coronary artery bypassoperatie (CABG) 3 Status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA) 4 Status na hartklepoperatie 5 Status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen 6 Lymfevataandoeningen / oedeem 7 Ulcus / decubitus / necrose 8 Algemeen vaatlijden, circulatiestoornissen 9 | 9 REUMATISCHE AANDOENINGEN HUIDAANDOENINGEN | 0 Reumatoïde artritis, chronische reuma 1 Juveniel reuma 2 (Poly) artritis 3 Spondylitis ankylopoetica / ankylose 4 Overige reumatische- en collageenaandoeningen 5 Littlekweetsel 6 Sclerodermie 7 Psoriasis 8 Hyperhidrosis 9 Overige huidaandoeningen |
| 6 BEKKEN BOVENBEEEN | 0 Bekkenregio 1 Liesregio 2 Art. coxae (inclusief weke delen) 3 Bovenbeenregio (inclusief weke delen) 4 Bekkenbodemregio (incl. organen kleine bekken) 9 Gecombineerd ** | | | | |
| 7 KNIE ONDERBEEEN VOET | 0 Art. genus (inclusief patella en weke delen) 1 Onderbeenregio 2 Bovenste spronggewricht (inclusief weke delen) 3 Onderste spronggewricht (inclusief weke delen) 4 Voetwortel 5 Middenvoet 6 Voorvoet (tenen) 9 Gecombineerd ** | | | | |
| 8 NIET IN GEBRUIK 9 MEER DAN EEN HOOFDGROUP | 0 Een lichaamszijde 1 Bovenste lichaams helft 2 Onderste lichaams helft 3 Gegeneraliseerd 4 Meer lokaliseraties | | | | |

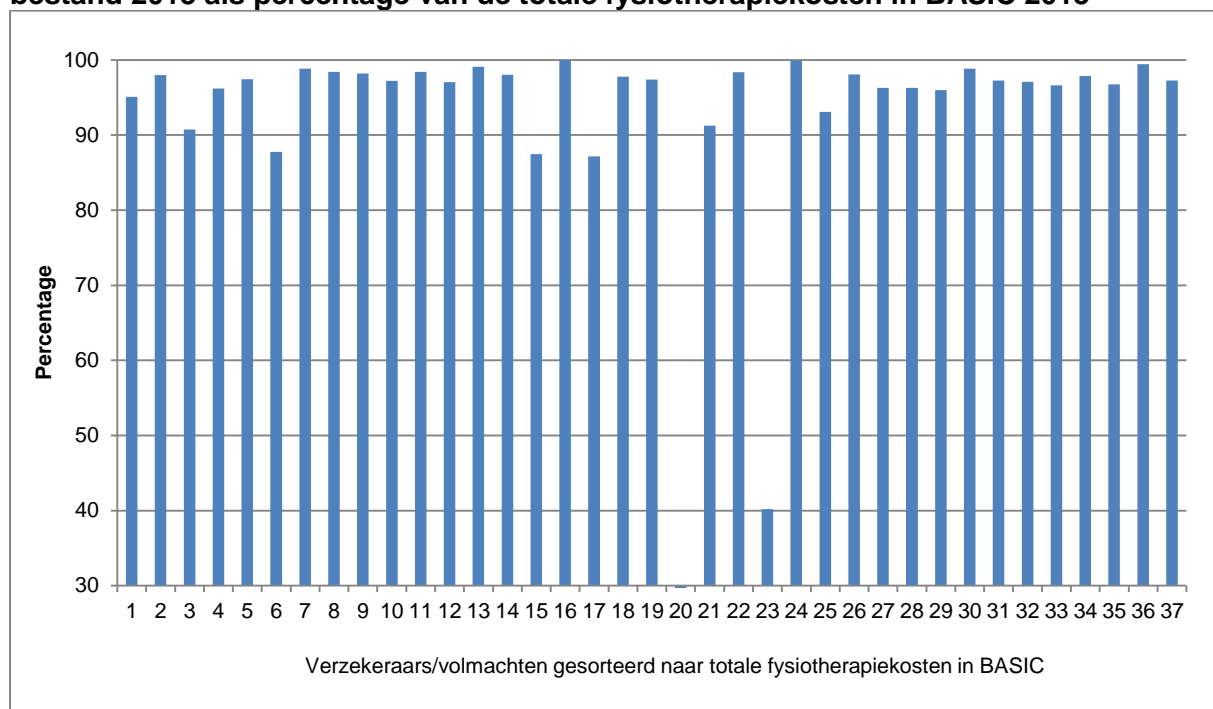
** Gecombineerd: een combinatie van lichaamslokalisaties binnen een hoofdgroep

Bijlage D. Code soort indicatie tabel

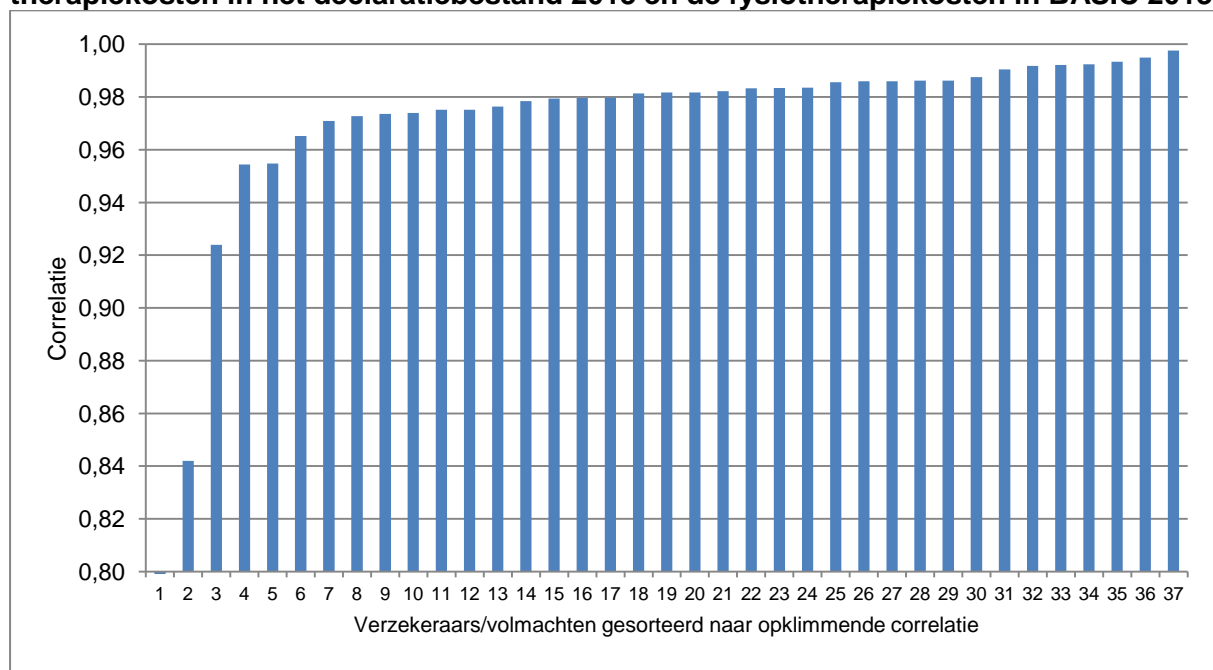
| | CSI | Betekenis | Toelichting |
|--|------------------------|-----------|--|
| Als er sprake is van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. | Kind (< 18 jaar) | 001 | Eerste aandoening lijst met aandoeningen voor langdurige en intermitterende fysiotherapie, oefentherapie c/m (de 'lijst') |
| | | 002 | Tweede of vervolgaandoening die voor komt op de 'lijst' |
| | | 009 | Behandelingen vallend onder de regeling paramedische hulp die niet vergoed worden uit de basisverzekering. |
| | Volwassene (≥ 18 jaar) | 008 | Eerste n behandelingen van een nieuwe chronische indicatie fysiotherapie/oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder |
| | | 001 | Eerste aandoening lijst met aandoeningen voor langdurige en intermitterende fysiotherapie, oefentherapie c/m (de 'lijst') |
| | | 002 | Tweede of vervolgaandoening die voor komt op de 'lijst' |
| | | 009 | Behandelingen vallend onder de regeling paramedische hulp die niet vergoed worden uit de basisverzekering. |
| | Volwassene (≥ 18 jaar) | 010 | Eerste n behandelingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. |
| | | 009 | Behandelingen vallend onder de regeling paramedische hulp die niet vergoed worden uit de basisverzekering. |
| In overige gevallen. | Kind (< 18 jaar) | 003 | Eerste indicatie fysiotherapie, met uitzondering bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, van aandoening die niet voorkomt op de lijst |
| | | 004 | Eerste indicatie kinderfysiotherapie van aandoening die niet voor komt op de 'lijst' |
| | | 006 | Eerste indicatie oefentherapie c/m van aandoening die niet voor komt op de 'lijst' |
| | | 005 | 1e vervolgindeicatie kinderfysiotherapie van een aandoening die niet voor komt op de 'lijst' |
| | | 007 | 1e vervolgindeicatie oefentherapie c/m van een aandoening die niet voor komt op de 'lijst' |
| | | 009 | Behandelingen vallend onder de regeling paramedische hulp die niet vergoed worden uit de basisverzekering. |
| | Volwassene (≥ 18 jaar) | 009 | Behandelingen vallend onder de regeling paramedische hulp die niet vergoed worden uit de basisverzekering. |
| | | | Vanaf behandeling 1. Na de chronische termijn CSI code 009. |
| | | | CSI-code 002 kan alleen gebruikt worden bij een (vervolg)aandoening met dezelfde diagnosecode die voor komt op de 'lijst'. De cliënt komt voor dezelfde diagnose binnen de termijn van de 'lijst' weer onder behandeling. De CSI 002 wordt gebruikt vanaf de nieuwe verwijfsdatum. |
| | | | Na de chronische termijn CSI-code 009 Let op: <i>aandoening aan de andere zijde (links/rechts) is een andere aandoening waardoor de eerste 20 behandelingen opnieuw voor eigen rekening of aanvullende verzekering van cliënt komen. Hiervoor kan CSI 002 NIET gebruikt worden.</i> |
| | | | Vanaf moment dat de chronische termijn is verlopen. |
| | | | Behandeling 1 t/m 20. |
| | | | Na de 20 ^{ste} behandeling CSI-code 001 of 002. |
| | | | Vanaf behandeling 21. De eerste 20 behandelingen moeten aangeleverd worden met CSI-code 008. |
| | | | Na de chronische termijn CSI-code 009. |
| | | | CSI-code 002 kan alleen gebruikt worden bij een (vervolg)aandoening met dezelfde diagnosecode die voor komt op de 'lijst'. De cliënt komt voor dezelfde diagnose binnen de termijn van de 'lijst' weer onder behandeling. De CSI 002 wordt gebruikt vanaf de nieuwe verwijfsdatum. |
| | | | Na de chronische termijn CSI-code 009 Let op: <i>aandoening aan de andere zijde (links/rechts) is een andere aandoening waardoor de eerste 20 behandelingen opnieuw voor eigen rekening of aanvullende verzekering van cliënt komen. Hiervoor kan CSI 002 NIET gebruikt worden.</i> |
| | | | Vanaf moment dat de chronische termijn is verlopen. |
| | | | Behandeling 1 t/m 9, eenmalig in leven van verzekerde. |
| | | | Vanaf behandeling 10. |
| | | | Behandeling 1 t/m 18. |
| | | | De CSI-code 003 kan niet gebruikt worden door de kinderfysiotherapeut. |
| | | | Behandeling 1 t/m 9 kinderfysiotherapie. |
| | | | De CSI-code 004 kan alleen door de kinderfysiotherapeut gebruikt worden. |
| | | | Behandeling 1 t/m 9 oefentherapie. |
| | | | De CSI-code 006 kan alleen door de oefentherapeut gebruikt worden. |
| | | | Behandeling 10 t/m 18 kinderfysiotherapie. |
| | | | De CSI-code 005 kan alleen door de kinderfysiotherapeut gebruikt worden. |
| | | | Behandeling 10 t/m 18 oefentherapie. |
| | | | De CSI-code 007 kan alleen door de oefentherapeut gebruikt worden. |
| | | | Vanaf behandeling 19. |
| | | | De CSI-code 009 bij Psychosomatische fysiotherapie: vanaf behandeling 1. |
| | | | CSI-code 009 kan niet worden gebruikt voor de eerst 20 behandelingen bij een aandoening volgens Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Hiervoor geldt CSI-code 008. |

Bijlage E. Vergelijking declaratiebestand 2013 met BASIC 2013

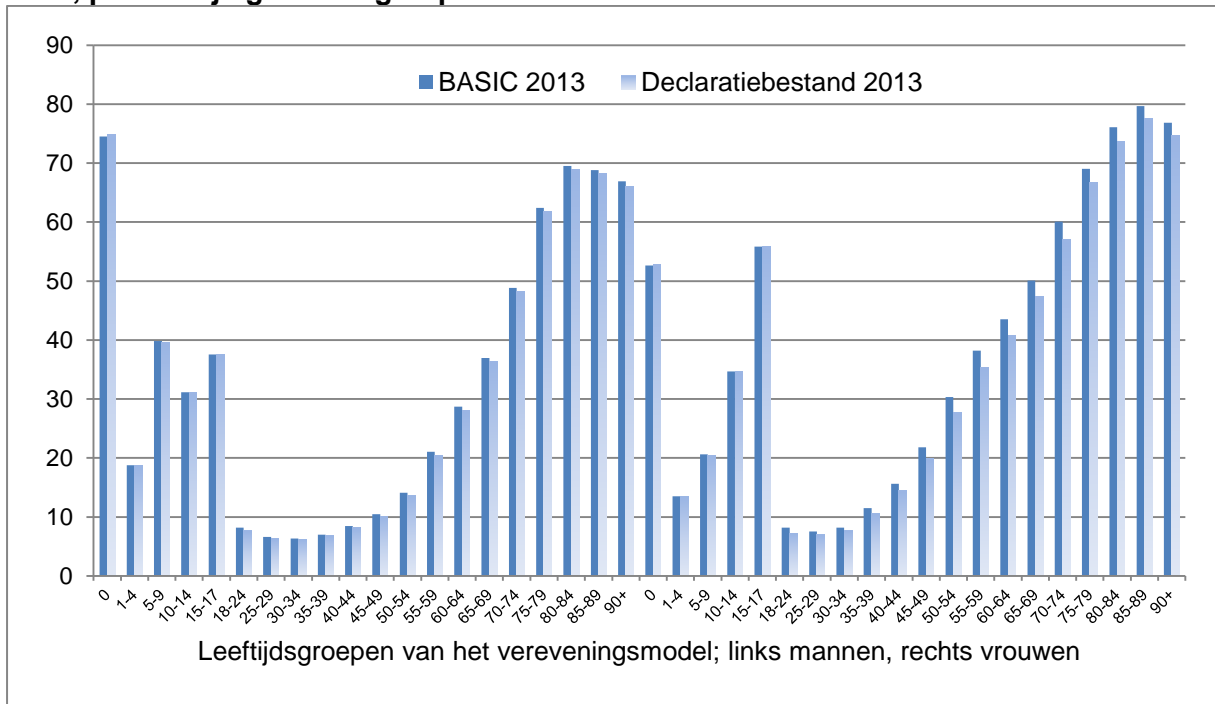
Figuur E.1. Per verzekeraar/volmacht de totale fysiotherapiekosten in het declaratiebestand 2013 als percentage van de totale fysiotherapiekosten in BASIC 2013



Figuur E.2. Per verzekeraar/volmacht de correlaties op individuniveau tussen de fysiotherapiekosten in het declaratiebestand 2013 en de fysiotherapiekosten in BASIC 2013



Figuur E.3. Gemiddelde fysiotherapiekosten in BASIC 2013 en in declaratiebestand 2013, per leeftijd/geslacht-groep



Bijlage F. Beschrijvende statistieken cf. onderzoeksbeschrijving

Tabel F.1. Per pathologiecode: de gemiddelde totale kosten en fysiotherapiekosten voor fysiotherapiegebruikers in 2012 en 2013 voor 27 geselecteerde diagnoses

| Patho- logie- code | 2012 | | | | | 2013 | | | | |
|--------------------------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|
| | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | |
| | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. |
| 0 | 2634 | 17901 | 22513 | 1257 | 1102 | 2587 | 21633 | 29180 | 1289 | 1123 |
| 10 | 376 | 1890 | 2558 | 462 | 556 | 418 | 1982 | 3344 | 487 | 691 |
| 11 | 19142 | 2507 | 6304 | 351 | 597 | 18615 | 2763 | 8777 | 366 | 611 |
| 12 | 5804 | 5287 | 10329 | 899 | 914 | 5368 | 5853 | 13178 | 942 | 928 |
| 13 | 1106 | 4237 | 7376 | 826 | 874 | 1189 | 4436 | 8017 | 797 | 871 |
| 14 | 703 | 13332 | 23492 | 875 | 912 | 743 | 20899 | 35631 | 895 | 1012 |
| 28 | 4716 | 8736 | 13710 | 1381 | 1109 | 4383 | 8954 | 13264 | 1428 | 1137 |
| 39 | 152 | 11473 | 17499 | 1256 | 1176 | 150 | 10310 | 20014 | 1443 | 1358 |
| 46 | 22043 | 9419 | 12692 | 1275 | 1095 | 22958 | 10810 | 16423 | 1291 | 1104 |
| 51 | 573 | 29025 | 34976 | 1137 | 1094 | 587 | 36266 | 46901 | 1155 | 1034 |
| 54 | 24384 | 12087 | 14165 | 1352 | 924 | 26127 | 14406 | 18863 | 1347 | 928 |
| 56 | 941 | 12343 | 18423 | 1185 | 919 | 1002 | 16093 | 27848 | 1238 | 950 |
| 65 | 464 | 33016 | 99210 | 898 | 972 | 499 | 28768 | 89618 | 958 | 895 |
| 69 | 3533 | 18159 | 23226 | 1030 | 957 | 3756 | 26313 | 39435 | 1029 | 955 |
| 70 | 6496 | 9981 | 23038 | 1293 | 1068 | 6521 | 11135 | 18962 | 1329 | 1083 |
| 71 | 6867 | 12397 | 17224 | 1625 | 1235 | 6827 | 12638 | 19499 | 1643 | 1240 |
| 72 | 28280 | 13669 | 16744 | 1479 | 1147 | 28807 | 15278 | 19400 | 1501 | 1156 |
| 73 | 9178 | 18079 | 23549 | 1616 | 1237 | 9525 | 18307 | 24851 | 1641 | 1238 |
| 74 | 15857 | 12621 | 15116 | 1300 | 1060 | 16622 | 14043 | 17390 | 1296 | 1070 |
| 76 | 2610 | 29151 | 33252 | 2027 | 1554 | 2780 | 26647 | 34280 | 2038 | 1552 |
| 77 | 2265 | 8676 | 13818 | 1279 | 1105 | 2240 | 10192 | 18076 | 1306 | 1123 |
| 78 | 12411 | 14952 | 31081 | 1439 | 1125 | 12569 | 17250 | 38897 | 1464 | 1141 |
| 79 | 111738 | 3760 | 15100 | 410 | 463 | 110555 | 4161 | 18530 | 416 | 465 |
| 94 | 4262 | 8842 | 18554 | 1125 | 942 | 3761 | 10079 | 20544 | 1199 | 949 |
| 95 | 240 | 9250 | 27208 | 1096 | 1018 | 245 | 9549 | 22774 | 1220 | 1135 |

Tabel F.2. Per pathologie-hoofdgroep: de gemiddelde totale kosten en fysiotherapiekosten voor fysiotherapiegebruikers in 2012 en 2013 voor 27 geselecteerde diagnoses

| Hoofd- groep pathlg. | 2012 | | | | | 2013 | | | | |
|----------------------------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|
| | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | |
| | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. |
| 0 | 2634 | 17901 | 22513 | 1257 | 1102 | 2587 | 21633 | 29180 | 1289 | 1123 |
| 1 | 26967 | 3440 | 8459 | 501 | 737 | 26114 | 3970 | 11814 | 518 | 754 |
| 2 | 4716 | 8736 | 13710 | 1381 | 1109 | 4383 | 8954 | 13264 | 1428 | 1137 |
| 3 | 152 | 11473 | 17499 | 1256 | 1176 | 150 | 10310 | 20014 | 1443 | 1358 |
| 4 | 22043 | 9419 | 12692 | 1275 | 1095 | 22958 | 10810 | 16423 | 1291 | 1104 |
| 5 | 25869 | 12447 | 15267 | 1340 | 929 | 27689 | 14918 | 20467 | 1339 | 932 |
| 6 | 3998 | 19884 | 40498 | 1015 | 960 | 4255 | 26601 | 48100 | 1021 | 948 |
| 7 | 194733 | 8153 | 18688 | 858 | 983 | 195147 | 8999 | 21759 | 876 | 997 |
| 9 | 5557 | 9595 | 19650 | 1156 | 958 | 5030 | 10632 | 20487 | 1228 | 980 |

Tabel F.3. Per leeftijdscategorie: de gemiddelde totale kosten en fysiotherapiekosten voor fysiotherapiegebruikers in 2012 en 2013 voor 27 geselecteerde diagnoses

| Groep | 2012 | | | | | 2013 | | | | |
|-------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|
| | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | |
| | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. |
| 18- | 136275 | 3852 | 15987 | 404 | 500 | 134830 | 4335 | 19386 | 410 | 498 |
| 18+ | 148499 | 12665 | 18511 | 1384 | 1088 | 151552 | 14316 | 21915 | 1406 | 1098 |

Tabel F.4. Per pathologiecluster: de gemiddelde totale kosten en fysiotherapiekosten voor fysiotherapiegebruikers in 2012 en 2013 voor 27 geselecteerde diagnoses

| Clus- ters | 2012 | | | | | 2013 | | | | |
|---------------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|------------------|---------------|--------|--------------|--------|
| | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | | # verz. jaren | Totale kosten | | Fysio-kosten | |
| | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. | | Gem. | Stdev. | Gem. | Stdev. |
| 1 | 169873 | 4769 | 14007 | 597 | 759 | 169734 | 5408 | 17329 | 622 | 791 |
| 2 | 59366 | 12184 | 16965 | 1284 | 997 | 61860 | 14538 | 21266 | 1298 | 1008 |
| 3 | 54498 | 15420 | 23171 | 1504 | 1180 | 55810 | 16889 | 27209 | 1528 | 1193 |
| 4 | 1037 | 30812 | 71272 | 1030 | 1048 | 1084 | 32846 | 69986 | 1064 | 978 |

Bijlage G. Normbedragen modelvarianten

Tabel G.1. Normbedragen van modelvarianten M00-M5 voor de som van de variabele zorgkosten en de kosten van V&V, geschat op het OT-bestand 2016 exclusief drie verzekeraars/volmachten

| Risicoklassen | M00 | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| M, 0 | 5068 | 4999 | 4970 | 4943 | 4980 | 4971 | 4983 |
| M, 1-4 | 1917 | 1860 | 1809 | 1766 | 1819 | 1811 | 1823 |
| M, 5-9 | 1733 | 1672 | 1614 | 1565 | 1625 | 1617 | 1628 |
| M, 10-14 | 1615 | 1551 | 1522 | 1505 | 1537 | 1522 | 1533 |
| M, 15-17 | 1642 | 1573 | 1561 | 1561 | 1575 | 1558 | 1569 |
| M, 18-24 | 1455 | 1407 | 1413 | 1417 | 1411 | 1412 | 1398 |
| M, 25-29 | 1442 | 1384 | 1393 | 1398 | 1391 | 1393 | 1378 |
| M, 30-34 | 1455 | 1394 | 1403 | 1409 | 1401 | 1403 | 1387 |
| M, 35-39 | 1547 | 1484 | 1493 | 1500 | 1492 | 1493 | 1477 |
| M, 40-44 | 1638 | 1573 | 1584 | 1592 | 1582 | 1584 | 1568 |
| M, 45-49 | 1778 | 1713 | 1725 | 1736 | 1724 | 1725 | 1709 |
| M, 50-54 | 1946 | 1880 | 1895 | 1908 | 1894 | 1895 | 1879 |
| M, 55-59 | 2261 | 2195 | 2212 | 2229 | 2212 | 2212 | 2197 |
| M, 60-64 | 2516 | 2445 | 2465 | 2484 | 2465 | 2464 | 2449 |
| M, 65-69 | 3071 | 2964 | 2948 | 2933 | 2945 | 2951 | 2991 |
| M, 70-74 | 3486 | 3363 | 3345 | 3329 | 3343 | 3348 | 3387 |
| M, 75-79 | 3908 | 3854 | 3831 | 3816 | 3831 | 3834 | 3872 |
| M, 80-84 | 4283 | 4522 | 4496 | 4484 | 4499 | 4497 | 4536 |
| M, 85-89 | 4631 | 5522 | 5500 | 5491 | 5505 | 5501 | 5540 |
| M, 90+ | 5538 | 7690 | 7677 | 7668 | 7679 | 7677 | 7716 |
| V, 0 | 4484 | 4415 | 4395 | 4377 | 4405 | 4395 | 4407 |
| V, 1-4 | 1671 | 1613 | 1573 | 1541 | 1585 | 1575 | 1586 |
| V, 5-9 | 1602 | 1541 | 1515 | 1496 | 1528 | 1516 | 1527 |
| V, 10-14 | 1588 | 1523 | 1501 | 1493 | 1516 | 1500 | 1511 |
| V, 15-17 | 1774 | 1708 | 1692 | 1691 | 1704 | 1688 | 1698 |
| V, 18-24 | 1771 | 1725 | 1730 | 1735 | 1727 | 1729 | 1714 |
| V, 25-29 | 2251 | 2186 | 2195 | 2203 | 2193 | 2195 | 2179 |
| V, 30-34 | 2416 | 2344 | 2356 | 2365 | 2354 | 2355 | 2340 |
| V, 35-39 | 2095 | 2023 | 2036 | 2046 | 2033 | 2035 | 2020 |
| V, 40-44 | 1830 | 1761 | 1776 | 1787 | 1773 | 1775 | 1761 |
| V, 45-49 | 1893 | 1823 | 1839 | 1853 | 1835 | 1838 | 1825 |
| V, 50-54 | 1996 | 1929 | 1948 | 1964 | 1943 | 1947 | 1935 |
| V, 55-59 | 2122 | 2069 | 2090 | 2110 | 2084 | 2089 | 2078 |
| V, 60-64 | 2267 | 2236 | 2260 | 2281 | 2254 | 2259 | 2248 |
| V, 65-69 | 2659 | 2602 | 2598 | 2583 | 2586 | 2600 | 2636 |
| V, 70-74 | 2906 | 2906 | 2907 | 2891 | 2895 | 2909 | 2945 |
| V, 75-79 | 3254 | 3484 | 3485 | 3470 | 3475 | 3486 | 3523 |
| V, 80-84 | 3670 | 4530 | 4531 | 4519 | 4522 | 4531 | 4567 |
| V, 85-89 | 4123 | 5972 | 5967 | 5960 | 5960 | 5966 | 6001 |
| V, 90+ | 4954 | 8090 | 8091 | 8087 | 8085 | 8088 | 8125 |
| Geen FKG | -248 | -306 | -313 | -324 | -315 | -312 | -311 |
| Glaucoom | 132 | 204 | 226 | 247 | 229 | 224 | 226 |
| Schildklieraandoeningen | 39 | 102 | 140 | 175 | 142 | 136 | 133 |
| Psychose, Alzh. en verslaving | -91 | 329 | 382 | 410 | 383 | 379 | 367 |
| Depressie | 114 | 323 | 363 | 412 | 370 | 357 | 348 |
| Chronische pijn excl. opioïden | 773 | 977 | 1023 | 1051 | 1022 | 1022 | 1021 |
| Neuropathische pijn complex | 1505 | 2108 | 2061 | 2127 | 2075 | 2072 | 2079 |
| Hoog cholesterol | 72 | 92 | 122 | 169 | 132 | 114 | 114 |
| Diabetes type II z. hypertensie | 446 | 647 | 688 | 734 | 695 | 684 | 681 |
| COPD/Zware astma | 1915 | 1993 | 1937 | 1917 | 1927 | 1935 | 1932 |
| Astma | 505 | 600 | 631 | 677 | 640 | 626 | 620 |
| Diabetes type II m. hypertensie | 808 | 951 | 988 | 1022 | 994 | 982 | 983 |
| Epilepsie | 810 | 1359 | 1333 | 1380 | 1353 | 1326 | 1324 |
| Ziekte v. Crohn/Colitis Ulcerosa | 1104 | 1143 | 1187 | 1222 | 1191 | 1184 | 1178 |
| Hartaandoeningen | 1762 | 2459 | 2477 | 2482 | 2476 | 2473 | 2473 |

| Risicoklassen | M00 | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Auto-immuunz. o.b.v. add-on | 12977 | 12982 | 13027 | 13032 | 13028 | 13026 | 13021 |
| Reuma | 943 | 1003 | 1018 | 1019 | 1018 | 1014 | 1015 |
| Parkinson | 2194 | 3208 | 2527 | 2895 | 2637 | 2679 | 2637 |
| Diabetes type I | 1540 | 2143 | 2203 | 2225 | 2205 | 2198 | 2196 |
| Transplantaties | 698 | 281 | 316 | 340 | 326 | 309 | 308 |
| CF/pancreasenzymen | 4376 | 3741 | 3128 | 3664 | 3735 | 2853 | 2853 |
| Aand. hersenen/rug.m.: MS | 230 | -1166 | -1749 | -1189 | -1352 | -1636 | -1427 |
| Aand. hersenen/rug.m.: overig | 760 | 4617 | 3843 | 4395 | 4162 | 3894 | 4031 |
| Kanker | 1597 | 1471 | 1512 | 1527 | 1509 | 1507 | 1502 |
| Hormoongevoelige tumoren | 955 | 829 | 908 | 881 | 751 | 879 | 878 |
| HIV/AIDS | 2705 | 1237 | 1404 | 1359 | 1382 | 1407 | 1403 |
| Nieraandoeningen | 6474 | 6623 | 6737 | 6694 | 6718 | 6743 | 6744 |
| Psoriasis | 371 | 522 | 546 | 582 | 550 | 542 | 537 |
| Pulmonale arteriële hypertensie | 19353 | 17583 | 17692 | 17636 | 17635 | 17636 | 17647 |
| Kanker o.b.v. add-on | 9268 | 8795 | 8927 | 8851 | 8811 | 8902 | 8912 |
| Groei stoornissen o.b.v. add-on | 933 | -717 | -592 | -654 | -610 | -569 | -582 |
| 0 Geen DKG | -247 | -257 | -260 | -264 | -261 | -260 | -260 |
| DKG 1 | 669 | 564 | 613 | 645 | 595 | 606 | 604 |
| DKG 2 | 522 | 531 | 574 | 613 | 576 | 569 | 566 |
| DKG 3 | 1110 | 1123 | 1217 | 1251 | 1214 | 1214 | 1213 |
| DKG 4 | 2059 | 2055 | 2059 | 2080 | 2058 | 2058 | 2057 |
| DKG 5 | 1973 | 2315 | 2327 | 2368 | 2334 | 2317 | 2309 |
| DKG 6 | 2894 | 3192 | 3211 | 3265 | 3233 | 3192 | 3193 |
| DKG 7 | 4959 | 5286 | 5228 | 5307 | 5279 | 5241 | 5257 |
| DKG 8 | 5141 | 6075 | 5923 | 5959 | 5989 | 5948 | 5960 |
| DKG 9 | 10085 | 10364 | 10305 | 10316 | 10321 | 10322 | 10318 |
| DKG 10 | 9415 | 10910 | 10625 | 10876 | 10804 | 10647 | 10683 |
| DKG 11 | 15683 | 16573 | 16435 | 16543 | 16544 | 16473 | 16470 |
| DKG 12 | 21600 | 21813 | 21817 | 21807 | 21799 | 21808 | 21814 |
| DKG 13 | 31484 | 35997 | 35326 | 35848 | 35760 | 35475 | 35551 |
| DKG 14 | 50879 | 50145 | 50054 | 50278 | 50265 | 50128 | 50117 |
| DKG 15 | 67066 | 66022 | 66210 | 66132 | 66121 | 66221 | 66214 |
| Geen HKG | -16 | -28 | -28 | -28 | -28 | -28 | -28 |
| Insuline-infuuspompen | 703 | -206 | -135 | -134 | -135 | -137 | -137 |
| Katheters/urine-opvangzakken | 1644 | 3376 | 3317 | 3406 | 3368 | 3321 | 3324 |
| Stoma | 2040 | 3505 | 3542 | 3555 | 3553 | 3546 | 3551 |
| Tracheo-stoma | 9811 | 12794 | 12797 | 12770 | 12778 | 12808 | 12801 |
| Referentie 18- en 65+ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IVA 18-34 | 1896 | 2141 | 1979 | 2126 | 2063 | 1983 | 2051 |
| IVA 35-44 | 1702 | 1767 | 1597 | 1741 | 1676 | 1609 | 1685 |
| IVA 45-54 | 1639 | 1695 | 1540 | 1652 | 1602 | 1539 | 1618 |
| IVA 55-64 | 943 | 964 | 853 | 912 | 880 | 848 | 910 |
| AO 18-34 | 229 | 513 | 493 | 522 | 503 | 497 | 508 |
| AO 35-44 | 568 | 627 | 612 | 643 | 618 | 617 | 632 |
| AO 45-54 | 531 | 565 | 550 | 576 | 555 | 554 | 570 |
| AO 55-64 | 421 | 459 | 446 | 463 | 448 | 448 | 462 |
| Bijstand 18-34 | 245 | 239 | 240 | 242 | 240 | 240 | 239 |
| Bijstand 35-44 | 253 | 255 | 256 | 261 | 257 | 256 | 256 |
| Bijstand 45-54 | 322 | 341 | 342 | 346 | 342 | 342 | 342 |
| Bijstand 55-64 | 200 | 323 | 325 | 326 | 325 | 325 | 325 |
| Studenten 18-34 | -208 | -228 | -226 | -227 | -226 | -225 | -226 |
| Zelfstandig 18-34 | -105 | -116 | -117 | -119 | -117 | -117 | -118 |
| Zelfstandig 35-44 | -166 | -169 | -169 | -173 | -170 | -170 | -171 |
| Zelfstandig 45-54 | -240 | -241 | -243 | -247 | -244 | -243 | -245 |
| Zelfstandig 55-64 | -310 | -322 | -322 | -328 | -323 | -323 | -326 |
| Hoogopgeleiden 18-34 | -29 | -38 | -36 | -38 | -37 | -36 | -37 |
| Referentie 18-34 | 38 | 25 | 25 | 24 | 24 | 25 | 24 |
| Referentie 35-44 | -36 | -40 | -38 | -41 | -39 | -39 | -40 |
| Referentie 45-54 | -54 | -58 | -56 | -59 | -57 | -56 | -58 |
| Referentie 55-64 | -73 | -87 | -83 | -87 | -84 | -84 | -87 |
| Regio 1 | 64 | 84 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 |
| Regio 2 | 47 | 44 | 45 | 44 | 44 | 45 | 45 |
| Regio 3 | 14 | 14 | 14 | 14 | 13 | 14 | 14 |
| Regio 4 | 11 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |

| Risicoklassen | M00 | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Regio 5 | -3 | -7 | -7 | -6 | -7 | -7 | -7 |
| Regio 6 | -4 | -10 | -10 | -10 | -10 | -10 | -10 |
| Regio 7 | -20 | -24 | -25 | -25 | -25 | -25 | -25 |
| Regio 8 | -23 | -22 | -22 | -21 | -22 | -22 | -22 |
| Regio 9 | -43 | -45 | -45 | -45 | -45 | -45 | -44 |
| Regio 10 | -44 | -45 | -46 | -46 | -46 | -46 | -46 |
| SES 0 18- | 226 | 205 | 207 | 203 | 205 | 207 | 207 |
| SES 0 blijvend 18-64 | -102 | -234 | -235 | -243 | -236 | -234 | -237 |
| SES 0 blijvend 65+ | -1755 | -2128 | -2168 | -2149 | -2157 | -2173 | -2185 |
| SES 0 instromend18-64 | 658 | 708 | 703 | 702 | 703 | 703 | 704 |
| SES 0 instromend 65+ | 1074 | 3247 | 3211 | 3221 | 3218 | 3211 | 3203 |
| SES 1 18- | 71 | 67 | 69 | 71 | 70 | 69 | 69 |
| SES 1 18-64 | 42 | 48 | 47 | 46 | 46 | 47 | 47 |
| SES 1 65+ | 455 | 859 | 858 | 855 | 857 | 858 | 857 |
| SES 2 18- | 22 | 18 | 17 | 15 | 17 | 17 | 17 |
| SES 2 18-64 | 26 | 21 | 21 | 22 | 21 | 21 | 21 |
| SES 2 65+ | 112 | 60 | 61 | 59 | 60 | 61 | 61 |
| SES 3 18- | -21 | -22 | -24 | -26 | -24 | -24 | -24 |
| SES 3 18-64 | 11 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| SES 3 65+ | -56 | -204 | -202 | -203 | -202 | -202 | -201 |
| SES 4 18- | -44 | -37 | -35 | -33 | -35 | -35 | -35 |
| SES 4 18-64 | -58 | -52 | -52 | -53 | -52 | -52 | -52 |
| SES 4 65+ | -204 | -317 | -315 | -314 | -315 | -315 | -315 |
| Geen MHK | -256 | -301 | -297 | -300 | -298 | -297 | -297 |
| 2x kosten in top-10% | 2259 | 2610 | 2650 | 2679 | 2655 | 2646 | 2643 |
| 3x kosten in top-15% | 2138 | 2458 | 2425 | 2461 | 2427 | 2425 | 2424 |
| 3x kosten in top-10% | 3525 | 4182 | 4103 | 4151 | 4109 | 4104 | 4097 |
| 3x kosten in top-7% | 5622 | 6769 | 6641 | 6707 | 6656 | 6643 | 6632 |
| 3x kosten in top 4% | 9710 | 11797 | 11608 | 11700 | 11654 | 11608 | 11600 |
| 3x kosten in top 1,5% | 27439 | 30900 | 30508 | 30729 | 30703 | 30488 | 30494 |
| Gezond 65- | -45 | 2 | 16 | 34 | 18 | 14 | 12 |
| Gezond 65+ | -198 | -226 | -191 | -159 | -185 | -195 | -186 |
| Ongezonder 65- | 212 | -10 | -73 | -155 | -83 | -66 | -53 |
| Ongezonder 65+ | 126 | 144 | 124 | 103 | 120 | 127 | 121 |
| Geen V&V-kosten t-1 | -158 | | | | | | |
| V&V-kosten laag | 2326 | | | | | | |
| V&V-kosten middel | 6640 | | | | | | |
| V&V-kosten hoog | 12083 | | | | | | |
| V&V-kosten zeer hoog | 25349 | | | | | | |
| Geen GRZ-kosten t-1 | -1 | | | | | | |
| Wel GRZ-kosten t-1 | 596 | | | | | | |
| Geen fysiokosten t-1 | -8 | -21 | | | | | |
| Wel fysiokosten t-1 | 401 | 1008 | | | | | |
| Geen fysiodiagnose | | | -30 | | | | |
| 0 | | | 1971 | | | | |
| 10 | | | 423 | | | | |
| 11 | | | 435 | | | | |
| 12 | | | 1334 | | | | |
| 13 | | | 567 | | | | |
| 14 | | | 6125 | | | | |
| 28 | | | 1173 | | | | |
| 39 | | | 1889 | | | | |
| 46 | | | 471 | | | | |
| 51 | | | 12049 | | | | |
| 54 | | | 2117 | | | | |
| 56 | | | 3534 | | | | |
| 65 | | | 23014 | | | | |
| 69 | | | 2058 | | | | |
| 70 | | | 1918 | | | | |
| 71 | | | 1281 | | | | |
| 72 | | | 2773 | | | | |
| 73 | | | 3692 | | | | |
| 74 | | | 2408 | | | | |
| 76 | | | 3220 | | | | |

Bijlage H. Vergelijking conversietabellen van het DCSPH naar de chronische lijst

Algemene opmerkingen:

- beperkt tot de 27 voor hoofdstukken 6 en 7 geselecteerde chronische aandoeningen;
- voor codes 00, 10, 46, 65, 71, 76, 79, 85 en 96 hebben wij geen verschillen gevonden tussen de hier beschouwde tabellen van Menzis, Z&Z, Agis, VGZ en CZ;
- Z&Z en Agis hebben geen kolom met specialist/verwijzer; VGZ ook niet, maar opmerkingen over verwijzers zijn vermeld onder aanvullende opmerkingen;
- Agis heeft extra kolom met de titel 'beoordeling', met daarin chronisch/niet chronisch.

| Code | Inhoud | Termijn | Toelichting/andere voorwaarden |
|------|---|--|--|
| 11 | Menzis heeft alleen kyfoscoliose progressief | | |
| | VGZ heeft alleen kyfoscoliose progressief | | |
| 12 | Wat verschillen in naamgeving: (kypho)scoliose of kyfoscoliose en scoliose los van elkaar | | |
| | Agis vermeldt spastische parese | | |
| 13 | Agis bevat een regel bovenstaande en overige aandoeningen: niet chronisch | | <i>Agis heeft voor alles in deze categorie de beperking t/m 21 jaar. (andere sluiten de ziekte van Forestier uit van deze eis)</i> |
| 14 | Agis bij botmetastasen alleen wervelfracturen | CZ door combinatie met ZN code 36 hier een termijn van 12 mnd voor compressiefracturen | |
| | VGZ bij botmetastasen alleen bij wervelfractuur | | |
| 28 | VGZ meldt alleen sympatische reflex dystrofie | | |
| 39 | | | <i>Menzis heeft geen restrictie mbt littekenweefsel</i> |
| 51 | Agis bevat: tractus respiratoriuskytischefibrosetractus respiratorius, aangeboren afwijkingen | | |
| 54 | | | <i>Agis alleen voor patiënten met FEV1/VC <60%</i> |
| | | | <i>Overigen verplichten Gold II t/m IV, dat is vanaf FEV1/VC ≤ 80%</i> |
| 56 | | | <i>Agis stelt geen voorwaarden</i> |
| | | | <i>Overigen stellen voorwaarde van ventilatie beperking of diffusie stoornis</i> |
| 69 | Agis bovenstaande en overige aandoeningen niet chronisch | | <i>Menzis heeft als voorwaarde start behandeling binnen 3 maanden ontslag</i> |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | | VGZ heeft als voorwaarde na aansluiting op een bestraling |
| 70 | <i>Agis vermeldt ook polyradiculopathie/ - neuropathie</i> | <i>Agis heeft geen specificatie van 3 maanden voor wervelkanaalstenose met motorische uitval</i> | Menzis heeft als voorwaarde start behandeling binnen 3 maanden ontslag (alleen bij wervelkanaalstenose) |
| | <i>Agis vermeldt zenuwlaesie zonder specificatie motorische uitval</i> | | |
| | <i>Menzis vermeldt ook polyradiculopathie/ - neuropathie</i> | | |
| 72 | <i>Agis vermeldt geen ataxie tgv CVA</i> | | |
| 73 | <i>ZZ vermeldt ataxie tgv een extrapiramidale aandoening</i> | | |
| | <i>VGZ vermeldt ataxie tgv een extrapiramidale aandoeningen</i> | | |
| 74 | <i>CZ vermeldt ataxie tgv een extrapiramidale aand.</i> | | |
| | <i>Agis vermeldt ataxie tgv een extrapiramidale aand.</i> | | |
| | <i>Menzis vermeldt ataxie tgv een extrapiramidale aand.</i> | | |
| 77 | Agis bovenstaande en overige aandoeningen niet chronisch | | |
| 78 | Agis vermeldt niet : | <i>CZ hanteert alleen voor neurogene claudicatio een termijn van 3 maanden</i> <i>Menzis hanteert alleen voor neurogene claudicatio een termijn van 3 maanden</i> | Menzis heeft als voorwaarde start behandeling binnen 3 maanden ontslag voor neurogene claudicatio |
| | <ul style="list-style-type: none"> • neurogene claudicatio • uitvalsverschijnselen tgv tumor van de hersenen/ruggenmerg • polyneuropathie met parese(n)/-radiculopathie met parese(n) • motorische uitval bij chon. progressieve demyeliniserende neuropathie • parese als gevolg van ruggenmergaandoeningen • Tabes dorsalis | | |
| | Agis vermeldt wel : <ul style="list-style-type: none"> • ataxie tgv CVA/ extrapiramidale aandoeningen | | |
| | Agis bovenstaande en overige aandoeningen niet chronisch | | |
| 94 | <i>Menzis bevat ook aids</i> | | |
| | Agis bovenstaande en overige aandoeningen & fibromyalgie niet chronisch | | |
| 99 | | | CZ: alleen bij afwijkend herstel en/of ernstige bewegingsbeperkingen |

Bijlage I. Herverdeling vanwege morbiditeit en leeftijd (65-/65+)

Tabel I.1. Herverdeling vanwege morbiditeit en leeftijd (65-/65+), in miljoenen euro's ^a

| | M00 | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| FKG | 3094 | 3824 | 3912 | 4050 | 3930 | 3895 | 3886 |
| DKG | 3475 | 3609 | 3659 | 3715 | 3666 | 3654 | 3653 |
| HKG | 253 | 432 | 432 | 438 | 436 | 432 | 433 |
| MHK | 3749 | 4402 | 4345 | 4390 | 4357 | 4344 | 4340 |
| Fysio | 125 | 315 | 451 | 454 | 446 | 447 | 441 |
| GSM | 684 | 220 | 40 | -184 | 10 | 60 | 80 |
| V&V | 2401 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GRZ | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totaal via morbiditeit | 13800 | 12802 | 12839 | 12864 | 12844 | 12833 | 12833 |
| 65- | 3393 | 4183 | 4159 | 4121 | 4142 | 4163 | 4266 |

^a Voor de morbiditeitscriteria berekend als de productsom van het aantal verzekerdenjaren en het normbedrag voor de afslagklasse(n) van het betreffende criterium (voor GSM: de 'gezonden'). Voor 65- berekend als de productsom van het aantal verzekerdenjaren en het verschil tussen het normbedrag en de overall gemiddelde kosten voor de 28 leeftijd/geslacht-klassen.