

## **Bijlage 1 Resultaten onderzoeken risicoverevening**

In deze bijlage ga ik in op de resultaten van de onderzoeken die zijn uitgevoerd in de periode 2018-2019. Daarbij houd ik de volgorde en speerpunten aan zoals die ook zijn opgenomen in het meerjarig onderzoeksprogramma. Dit meerjarig onderzoeksprogramma heb ik op 4 september 2018 aan de Tweede Kamer gestuurd. Alleen de onderzoeken die afgelopen jaar zijn uitgevoerd worden besproken in dit overzicht.

### **Onderzoeken met als doel verbetering van de risicoverevening**

#### **1. Dure geneesmiddelen**

Op dit moment vallen de geneesmiddelen die uit de zogenaamde sluis in het pakket stromen, voor het jaar van instroom en het jaar erna onder de vaste kosten binnen de risicoverevening (100% nacalculatie). Knelpunt hierbij is dat de middelen daarna risicodragend worden, terwijl er nog geen goed normbedrag kan worden berekend. Daarom is onderzocht of de risicoloosheid uitgebreid kan worden naar vier jaar (met uitloop naar einde van het jaar). De uitkomst van het onderzoek is dat er geen uitvoeringsproblemen zijn geconstateerd. Het gaat om een afgebakende groep geneesmiddelen die langer als vaste kosten worden aangemerkt omdat er nog geen normbedrag kan worden vastgesteld. Ik verleng daarom de periode dat dure geneesmiddelen behoren tot de 'vaste kosten'. Na deze periode van vier jaar kan het normbedrag wel berekend worden. Om deze periode van niet-normeerbaarheid niet langer dan vier jaar te laten zijn, is het wel nodig dat er vaker dan nu groot onderhoud van de farmaciekostengroepen (FKG's), met name de Extreem Hoge Kosten clusters, plaatsvindt. Deze suggestie om jaarlijks een empirische analyse uit te voeren was ook opgenomen in het Groot Onderhoud FKG's (WOR 899). We nemen deze suggestie over en zijn voornemens om vaker een groot onderhoud uit te voeren om dure geneesmiddelen eerder te kunnen toedelen aan een FKG.

#### **2. Dure GGZ**

De kosten in de GGZ zijn scheef verdeeld en ruim 90% van volwassen Nederlanders heeft geen GGZ-kosten gedurende een kalenderjaar. Een kleine groep mensen heeft juist zeer hoge kosten GGZ. De dure cliënten zijn ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars, wat het gelijke speelveld verstoort en prikkels tot risicoselectie met zich meebrengt. Omdat ex ante oplossingen naar verwachting (o.a. vanwege gebrek aan data) op korte termijn niet tot aanzienlijke verbeteringen leiden voor het model is in dit onderzoek gekeken naar een ex post oplossing voor een kleine groep zeer dure GGZ-clianten. Voor deze groepen zijn zowel een hoge kosten compensatie (HKC) als een hoge meerkosten verevening (HMV) doorgerekend. Beiden werken min of meer gelijk, bij een HKC worden de kosten van GGZ-clianten boven een bepaalde drempel volgens een vooraf vastgesteld percentage vergoed. Bij HMV worden de meerkosten boven een bepaalde drempel vergoed volgens een vooraf vastgesteld percentage. In dit onderzoek zijn voor de top-1% en de top-0,5% van de hoogste (meer)kosten de effecten doorgerekend van een vergoeding van 75% en 90% van de kosten boven deze drempel. Zowel voor de HKC als voor de HMV geldt, hoe lager de drempel en hoe hoger het vergoedingspercentage hoe groter de verbetering van het model. HMV is een nieuwe techniek die nog niet eerder is toegepast binnen de risicoverevening en blijkt behoorlijke uitvoeringstechnische haken en ogen te hebben. De aantasting van de prikkels tot doelmatigheid is groter naarmate het drempelbedrag lager en het vergoedingspercentage hoger wordt vastgesteld. Daarom ben ik voornemens om per 2020 een HKC in te voeren waarbij wordt uitgegaan van de top 0,5% van de hoogste kosten en een vergoeding van 75% van de kosten boven de drempel.

#### **3. Sterfte**

In dit onderzoek zijn de effecten van sterfte op de risicoverevening geanalyseerd. De prevalentie van sterfte en de kosten bij sterfte variëren tussen verzekeraars. De belangrijkste reden hiervoor is dat verzekeraars verschillende populaties hebben en sterftekansen en kosten bij sterfte mede bepaald worden door populatiekenmerken (denk bijvoorbeeld aan de leeftijd van de verzekerden). Uit het onderzoek blijkt dat sprake is van ondercompensatie in geval van overlijden. Landelijk valt deze ondercompensatie weg tegen de overcompensatie op verzekerden die niet overlijden. Op het niveau

van de individuele risicodragers hoeft dat niet het geval te zijn.

Het onderzoek laat zien dat de prevalenties en de ondercompensaties van/bij overlijden in lijn zijn met de verzekerdenpopulaties van de risicodragers volgend uit de risicovereveningskenmerken. Er is wel enige variatie tussen verzekeraars gevonden wanneer de verwachte overcompensatie (volgend uit de risicovereveningskenmerken) op overlevenden vergeleken wordt met de ondercompensatie op sterfte. De gevonden resultaten geven geen volledig inzicht in de effecten van sterfte op de verevening. Dit is ook zeer lastig, omdat de resultaten van verzekeraars door vele factoren worden beïnvloed. Het onderzoek biedt geen aanknopingspunten voor aanpassing van de risicoverevening.

#### 4. Groot onderhoud AVI – SES

In dit onderzoek is bekeken of de vereveningskenmerken aard van het inkomen (AVI) en sociaaleconomische status (SES) kunnen worden verbeterd en/of vereenvoudigd. In het onderzoek zijn verschillende mogelijke verbeteringen onderzocht. Daarbij zijn allereerst de meerkosten (het verschil tussen de feitelijke kosten en de normatieve vergoeding) in beeld gebracht voor diverse groepen verzekerden. Op basis hiervan zijn (onder meer) modellen doorgerekend met extra AVI-klassen voor 0-17 jarigen (op basis van de laagste AVI van de volwassenen op hetzelfde adres) en voor 65-69 jarigen (op basis van hun AVI toen zij 64 waren). Voor deze modellen geldt dat de effecten op de verevenende werking op het niveau van de individuele verzekerden, subgroepen en risicodragers beperkt zijn. Hier staat tegenover dat voor de nieuw onderscheiden groepen, waaronder kinderen en net-gepensioneerden in ongunstige sociale omstandigheden, de compensatie verbetert. Deze verbeteringen worden in 2020 doorgevoerd. Uit het onderzoek blijkt daarnaast dat vereenvoudiging van de criteria AVI en SES de verevenende werking verslechtert. De vereenvoudigingen worden daarom niet toegepast.

#### 5. Gedwongen opnamen in de GGZ

Naar aanleiding van signalen vanuit zorgverzekeraar(s) en ggz-aanbieder(s) is onderzocht in hoeverre ggz-patiënten die een maatregel hebben in het kader van de Wet bijzondere opnamen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) gemiddeld hogere kosten hebben dan vergelijkbare ggz-patiënten die zorg op vrijwillige basis krijgen. Daarnaast is onderzocht wat het vereveningsresultaat is van ggz-patiënten met een Bopz-maatregel. Vervolgens is geëxploreerd hoe het risicovereveningsmodel ggz verbeterd zou kunnen worden door informatie over de Bopz te verwerken in een vereveningskenmerk. Uit het onderzoek blijkt dat cliënten met een Bopz-maatregel hoge kosten hebben in het jaar van de maatregel, maar ook in het jaar ervoor en erna. Het huidige vereveningsmodel compenseert een deel van de hoge vervolgcosten van Bopz-cliënten in het jaar erna, maar er blijven nog vervolgcosten over die niet worden gecompenseerd. Informatie over de Bopz kan voor een sterke verbetering van het risicovereveningsmodel voor de ggz zorgen. Op dit moment is er echter geen landelijk dekkende en betrouwbare administratie beschikbaar op persoonsniveau waarbij ook het BSN geregistreerd wordt. Er is geen zicht dat er op korte termijn zo'n administratie beschikbaar komt. Per 2019 komt wel informatie over de beveiligde ggz ter beschikking. Voor een deel zijn de gebruikers van de beveiligde ggz dezelfde als de cliënten die een Bopz-maatregel. Op termijn kan de informatie over de beveiligde ggz gebruikt worden om het risicovereveningsmodel voor de ggz te verbeteren. Het onderzoek bood aanknopingspunten om nader te kijken naar de compensatie van verzekerden die gebruik maken van de basis ggz. De uitkomst van een vervolgonderzoek is dat de compensatie van verzekerden die gebruik maken van de basis ggz verbeterd kan worden door een uitbreiding van het kenmerk diagnosekostengroepen psychische aandoeningen. Deze aanpassing ben ik voornemens om per 2020 door te voeren.

#### 6. Verkenning van effecten bekostigingsexperimenten wijkverpleging op de vormgeving van kenmerk MVV/VGG in het risicovereveningsmodel

Per 2016 bestaat de mogelijkheid voor een zorgverzekeraar en aanbieder om een experiment aan te gaan, waarbij kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging die is gebaseerd op werkelijk gerealiseerde uren verpleging en verzorging. Verzekeraars en aanbieders kunnen onder het experiment een vast bedrag afspreken bijvoorbeeld per uur, per week of per maand. Deze verkenning

betreft een simulatie van de effecten van deze experimentele afspraken op de indeling en de gehanteerde kostengrenzen van het kenmerk Meerjarige kosten van Verpleging en Verzorging (MVV). Het is de verwachting dat de bedragen per klasse van MVV vanwege het experiment naar elkaar toegroeien. In een extremere situatie zijn de bedragen van de klassen in de buurt van het experimentbedrag aan elkaar gelijk en aan het vaste bedrag. Indien de omvang van het experiment sterk stijgt lijkt het huidige MVV kenmerk minder noodzakelijk en zinvol te worden. De simulatie laat zien dat alleen bij een aanzienlijke omvang van het experiment klassen mogelijk te weinig onderscheidend worden. Op dit moment betreffen de experimentele afspraken over een vast bedrag een paar procent van de kosten. Daarom achten wij het op dit moment niet nodig om vervolgstappen te zetten.

#### 7. Conversie onderzoek extramurale behandeling

Dit rapport beschrijft het effect op de risicoverevening wanneer de geneeskundige zorg die op dit moment geleverd wordt onder de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling', overgeheveld wordt naar de Zvw in 2020. Dit waren 21.800 gebruikers in 2015 en 28.700 gebruikers in 2017. Daarmee is het een kleine groep met kosten (circa 0,1% van de verzekerden) die de totale Zvw uitgaven in 2020 slechts beperkt zullen laten toenemen (circa 0,2%). De impact van de toevoeging van de extramurale kosten aan de Zvw op de verevenende werking van het risicovereveningsmodel is beperkt. Op het niveau van individuen veranderen de beoordelingsmaatstaven niet of nauwelijks. Ditzelfde geldt voor de geanalyseerde subgroepen. Op het niveau van verzekeraars is een lichte verschuiving te zien van het financieel resultaat.

#### 8. Onderzoek naar splitsing gebruikers GGZ en niet-gebruikers GGZ

In dit onderzoek is gekeken naar de effecten van het splitsen van het verzekerdenbestand in de groep verzekerden die naar verwachting geen of beperkte ggz-kosten maakt en de groep die naar verwachting wel ggz-kosten maakt. Uit het onderzoek blijkt dat het splitsen van het verzekerdenbestand niet zorgt voor een verbetering van het risicovereveningsmodel. Het is daarom niet zinvol om een dergelijke splitsing door te voeren.

### **Onderzoeken als onderdeel van de jaarlijkse cyclus risicoverevening**

Naast de hierboven beschreven onderzoeken, vindt voor de risicoverevening ook een aantal jaarlijks terugkerende onderzoeken plaats. Deze onderzoeken resulteren in een schatting van het model op de meest recente data en de oplevering van de normbedragen. Voorafgaand moet een beslissing genomen worden of conversies van kosten noodzakelijk zijn om ze representatief te maken voor verwachte situatie in 2020.

#### *Gegevensfase, Overall Toets en Normbedragenfase*

Dit onderzoek vindt deze zomer plaats op basis van de besluitvorming die nu is afgerond. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. Allereerst worden de nieuwe gegevens gereed gemaakt. Vervolgens worden de nieuwe modellen geschat en als laatste worden normbedragen (die gepubliceerd worden in de Regeling risicoverevening 2020) definitief berekend op basis van de macrobedragen uit de Begroting van VWS en de meest actuele raming van de verzekerdenaantallen van het Zorginstituut.

#### *Representatief maken gegevens somatische kosten*

Er heeft uiteindelijk een beperkt conversieonderzoek voor de medisch specialistische zorg plaatsgevonden. De prestaties over 2017 werden namelijk voldoende representatief bevonden voor de situatie in 2020. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen door mediaanbedragen, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen niet tijdig kunnen worden gecorrigeerd voor de lumpsumafspraken en aanneemsommen.

#### *Representatief maken gegevens geneeskundige en langdurige GGZ*

Voor de kosten van de geneeskundige GGZ heeft er een beperkt conversieonderzoek plaatsgevonden. Prestaties over 2017 werden voldoende representatief bevonden voor de situatie in 2020. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen door maximumtarieven 2017, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen niet tijdig kunnen worden gecorrigeerd voor lumpsumafspraken en aanneemsommen.

Voor de langdurige GGZ is er onderzoek gedaan om door middel van een simulatie de kosten over 2017 representatief te maken voor 2020. Sinds 2015 maakt de langdurige GGZ deel uit van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor iedereen die een ZBP-B indicatie had en intramurale zorg ontving op 31 december 2014, gold een overgangsregeling. Per 1 januari 2015 stroomden dus alleen 'nieuwe' patiënten in de langdurige GGZ. Er is dus sprake van een ingroeitraject, waardoor de kosten van de langdurige GGZ over 2017 niet representatief zijn voor 2020.

#### *Monitor 2014*

Er wordt een jaarlijkse monitor van de risicoverevening verricht op basis van de werkelijke realisatiecijfers (voorheen de 'kwantitatieve analyse'). In deze brief informeer ik u over de monitor over het jaar 2014. Het afgelopen onderzoeksjaar is de monitor over 2014 uitgevoerd. Er is gekeken naar de werking van de risicoverevening en naar de representativiteit van de informatie die in 2013 gebruikt is om de normbedragen voor 2014 vast te stellen.<sup>1</sup> De analyses zijn gedaan op macroniveau en verzekeraarsniveau. Daarnaast is ook gekeken naar verschillende subgroepen en de representativiteit op individueel niveau.

Op macroniveau blijken de gerealiseerde kosten lager uit te zijn gekomen dan verwacht, hierdoor was er sprake van een positief vereveningsresultaat. Op verzekeraarsniveau heeft de verevening gezorgd voor een aanzienlijke reductie van de spreiding van de vereveningsresultaten. Hiermee draagt het risicovereveningssysteem bij aan een gelijk speelveld. Dit blijft zo, ondanks de (gedeeltelijke) afbouw van de ex post compensatie. Bij de onderzochte subgroepen met de hoogste kosten zijn (soms aanzienlijke) ondercompensaties gevonden. Hier staan overcompensaties tegenover bij de (meeste) subgroepen met lagere kosten. Hiermee zijn de resultaten van de monitor 2014 in lijn met die van 2013 en 2012. Bij de vereveningskenmerken vinden soms opvallende wijzigingen plaats tussen de raming van de kosten en de achteraf gerealiseerde kosten. Deze verschuivingen zijn deels te relateren aan specifieke ontwikkelingen in het jaar 2014.

Representativiteit op individuniveau is getoetst door de normbedragen opnieuw te berekenen op basis van de werkelijke kosten en aantallen. De herberekende normbedragen wijken over het algemeen niet substantieel af van de normbedragen die in 2011 zijn vastgesteld. Dit betekent dat de informatie op individuniveau voldoende representatief was.

In het komende onderzoeksjaar (2019-2020) zal de monitor over 2015 worden uitgevoerd. Hier zal ik u uiteraard ook weer over informeren.

---

<sup>1</sup> De risicoverevening is een ex ante systeem; in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar (hier: 2014) worden de normbedragen vastgesteld op basis van de dan beschikbare gegevens.