

# **WOR-advies en verslag van werkzaamheden**

**BOR 200**

Van	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Betreft	Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2014
Datum	30 mei 2013

---

## **1 Inleiding**

Voor u ligt het verslag van werkzaamheden en het advies van de werkgroep onderzoek risicoverevening (WOR) over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel voor de risicoverevening van 2014. De voorgestelde vormgeving – aangeduid als ‘uitgangsmodel’ – wordt in de Overall Toets 2014 doorgerekend.

De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren van de minister van VWS over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, het inhoudelijk beoordelen van de onderzoeken in dit onderzoeksprogramma en vervolgens het adviseren van de minister van VWS over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel.

Naast de WOR houdt het beslisoverleg risicoverevening (BOR) zich bezig met meer beleidsmatige en bestuurlijke aspecten van de risicoverevening. De BOR zal dit WOR-advies in haar vergadering van 30 mei bespreken en doorgeleiden naar de minister van VWS. Mede op basis van dit WOR-advies wordt de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2014 in het Bestuurlijk Overleg (BO) van 4 juni besproken door de minister met Zorgverzekeraars Nederland.

Het (technisch) advies van de WOR over de vormgeving van de ex ante risicoverevening en de belangrijkste conclusies uit de onderzoeken van het onderzoeksprogramma zijn opgenomen in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 bevat het verslag van werkzaamheden. Het betreft een viertal onderzoeken naar verbetering van bestaande en invoering van nieuwe vereveningscriteria.

## **2 Advies**

### **2.1 Inleiding**

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

De kern van dit WOR-advies en verslag van werkzaamheden betreft onderzoek naar de verbetering van bestaande vereveningscriteria (onderhoud) en de vormgeving van nieuwe criteria. De onderzoeken waarin de meest recente onderzoeksgegevens worden verzameld, gecontroleerd en bewerkt (o.a. representatief gemaakt) zijn momenteel nog niet afgerond.

Na uitvoering van de verschillende onderzoeken beoordeelt de WOR de resultaten en geeft zij een advies over de vormgeving van de drie vereveningsmodellen voor 2014. De geadviseerde vormgeving wordt aangeduid als 'uitgangsmodel'. De uitgangsmodellen worden doorgerekend in de Overall Toets 2014<sup>1</sup>.

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

- Het model voor de somatische zorg wordt uitgebreid met een vereveningscriterium Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). Bij de FKG's vervalt de FKG-klasse groeihormonen. Het criterium Aard van het Inkomen (AvI) wordt uitgebreid met een klasse student .
- Het model voor de geneeskundige GGZ wordt uitgebreid met psychische DKG's. De aanpassingen in het criterium AvI van het somatische model worden op dezelfde manier doorgevoerd in het GGZ model.
- Het model voor het verplicht eigen risico wijzigt niet ten opzichte van het vereveningsmodel 2013.

In het onderzoek naar de verbetering van het GGZ-model is op aanwijzing van VWS uitgegaan van modelvarianten waarbij de lage en hoge kostendrempels zijn weggelaten. Verzekeraars wensen dat er nader onderzoek wordt gedaan naar het handhaven van de lage en/of hoge kostendrempel in een GGZ-model met psychische DKG's.

### **2.3 Onderzoeksgegevens**

De normbedragen van het risicovereveningsmodel 2014 worden vastgesteld op de meest recente verzekerdendenkenmerken en kostengegevens. Het betreft Zvw-kosten uit 2011 die worden voorspeld met vereveningscriteria die gebaseerd zijn op gegevens uit 2010 (o.a. FKG's en DKG's) en 2011 (o.a. SES en AvI)<sup>2</sup>. Deze gegevens worden verzameld, gecontroleerd en bewerkt in aparte gegevensonderzoeken. Een onderdeel hiervan is dat een oordeel wordt gegeven over de kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksgegevens. Bovendien is van belang dat kostengegevens 2011 zo goed mogelijk representatief gemaakt worden voor 2014.

#### **2.3.1 Kwaliteit en volledigheid onderzoeksgegevens**

P.M.

#### **2.3.2 Representativiteit kosten ziekenhuiszorg**

P.M.

#### **2.3.3 Representativiteit kosten GGZ**

P.M.

---

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

<sup>2</sup> Bij het MHK worden ook kostengegevens uit 2008 en 2009 gebruikt. Bij de psychische DKG's worden kostengegevens uit 2009 gebruikt.

## **2.4 Nieuwe criteria en onderhoud van bestaande criteria**

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

### **2.4.1 Nieuw vereveningscriterium HKG's**

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

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

### **2.4.2 Nieuw vereveningscriterium psychische DKG's**

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

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

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

De verzekeraars vinden het wenselijk dat de lage en/of hoge kostendrempel in 2014 als tijdelijk alternatief gehandhaafd blijven. De reden hiervoor is dat meer verzekerden gecompenseerd worden via de kostendrempels (circa 6%) dan via de psychische DKG (circa 2%). De groep verzekerden die niet bij de DKG's en wel bij de kostendrempels worden ingedeeld, heeft relatief lage GGZ-kosten en de aansluiting tussen werkelijke kosten en bijdragen neemt naar verwachting af door afschaffing van de kostendrempels. Verzekeraars wensen daarom dat er nader onderzoek wordt gedaan naar het handhaven van de lage en/of hoge kostendrempel in een GGZ-model met psychische DKG's. Daarnaast adviseert de WOR dat de stabiliteit van de psychische DKG's in de OT wordt getoetst.

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

### **2.4.3 Onderhoud AvI/Student**

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

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

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

#### **2.4.4 Onderhoud FKG's**

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

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

### **3 Verslag van werkzaamheden onderzoeken naar vereveningscriteria**

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

#### **3.1 Vereveningscriterium HKG's**

##### **3.1.1 Inleiding**

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

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

##### **3.1.2 Gegevens**

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

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

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

### 3.1.3 Resultaten

#### *Beoordeling hulpmiddelen*

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

#### *Selectiecriteria kwaliteit en uniformiteit registratie*

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

#### *Clustering en toegevoegde waarde vereveningsmodel*

- Na toepassing van de selectiecriteria uniformiteit en volledigheid blijven 10 categorieën over<sup>3</sup>. Op basis hiervan worden initieel vijf varianten voor de vormgeving HKG's uitgewerkt. Deze varianten verschillen in het aantal HKG-klassen dat wordt onderscheiden (2, 6 of 11 klassen) en de manier waarop wordt omgegaan met de gebruikshulpmiddelen (gebruikshulpmiddelen in één klasse of geheel weglaten). Er is bij het vaststellen van de clustering bovendien rekening gehouden met medische inhoud en kostenhomogeniteit.
- Bij het beoordelen van de toegevoegde waarde van HKG's zijn de gebruikelijke beoordelingsmaatstaven bepaald. De verevenende werking op individu- en op subgroepniveau verbetert voor alle vijf de varianten, t.o.v. Het vervingmodel 2013. De R-kwadraat voor de totale kosten stijgt met 0,15-0,24 procentpunt. Met name de R<sup>2</sup> op individuniveau voor de overige prestaties stijgt met ruim 1 procentpunt. De verbetering is het grootst bij variant 2 (11 klassen). Op verzekeraarsniveau blijft de verevende werking ongeveer gelijk. Uit het onderzoek blijkt een sterke relatie met het vereveningscriterium MHK; HKG's nemen een deel van de verklaringskracht van MHK over waardoor ook de normbedragen van MHK fors dalen.
- Door de beperkingen van de kwaliteit van specifieke verzekeraars bestaan er twijfels bij de betrouwbaarheid van de normbedragen, wanneer deze in de Overall Toets 2014 gebaseerd zouden zijn op declaraties 2010. Rekening houden met deze aanvullende

<sup>3</sup> Hier is nog geen exclusie op de gebruikshulpmiddelen binnen de tien categorieën toegepast. Bij het vaststellen van vormgeving van de HKG's komt dit tot uiting bij de selectie en clustering van de categorieën.

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

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

#### **3.1.4 Conclusie en advies**

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

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

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

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

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

### **3.2 Vereveningscriterium psychische DKG's**

#### **3.2.1 Inleiding**

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

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

#### **3.2.2 Gegevens**

Voor de berekeningen voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de WOR-bestanden 2008, 2009 en 2010 die zijn gebruikt voor de Overall Toets 2011, 2012 en 2013. Dit betreft het bestand met schadegegevens en achtergrondkenmerken over 2008, 2009 en 2010. Vanaf de Overall Toets 2013 is vanwege de normeerbaarheid besloten om de schadebestanden te schonen voor de opbrengstverrekening. Alle schadebestanden zijn zo bewerkt dat er over de drie verschillende jaren eenzelfde schadebestand is ontstaan<sup>4</sup>. Door

---

<sup>4</sup> Bij de analyse naar dure cliënten is het schadebestand 2008 gebruikt dat nog niet geschoond was voor opbrengstverrekening.

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

### **3.2.3 Resultaten**

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

#### *Dure patiënten*

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

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

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

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

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

#### *Multimorbiditeit*

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

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

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

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



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

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

#### *Psychische DKG's*

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

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

Ondanks dat de informatie om de groep EPA- en DM-patiënten exact te identificeren niet voorhanden is, is naar oordeel van de expertcommissie op basis van de aanwezige informatie wel een goede vormgeving van DKG's mogelijk waardoor een grote overlap ontstaat met de gewenste doelgroep (EPA + DM). Een van de onderscheidende factoren om bij de EPA groep ingedeeld te kunnen worden is langdurigheid van de stoornis. In de vormgeving van de DKG is dit meegenomen door zorggebruik in t-2 als voorwaarde op te nemen naast een diagnose in t-1<sup>5</sup>. De expertcommissie heeft aangegeven dat bij de diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen deze extra voorwaarde niet hoeft te worden meegenomen. Deze diagnose leidt dus in alle gevallen tot indeling in een DKG. De vormgeving van DKG's die uit dit onderzoek naar voor komt is, gezien de medisch inhoudelijke onderbouwing, te verkiezen boven de vormgeving uit het Herijkingsonderzoek in 2012. De verschillende diagnoses worden geclusterd in een vijftal DKG's, waarvan het normbedrag oploopt van € 800,- tot € 24.000.

Met nieuwe DKG-vormgeving wordt een groep van circa 230.000 verzekerden ingedeeld in een DKG. Van de (1%) duurste patiënten wordt ruim 50% ingedeeld in een DKG. De invoering van DKG's zal dus deels oplossing bieden aan de beperkte voorspelbaarheid van de kosten van de duurste patiënten<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> De volgende diagnoses zijn uitgesloten van indeling in een DKG: Aanpassingsstoornissen (niet meer in basispakket), Overige stoornissen in de kindertijd (te lage frequentie), Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (geen psychiatrische diagnose)

<sup>6</sup> Naast dat niet alle dure patiënten worden ingedeeld in een DKG zal ook het normbedrag niet toereikend zijn voor de totale kosten, aangezien de gemiddelde kosten rond de € 80.000 liggen en het maximale normbedrag op basis van een DKG € 24.000 betreft.

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

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

#### *Verkennde analyse meerjarige hoge kosten*

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

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

#### **3.2.4 Conclusie en advies**

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

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

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

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

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

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

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

### **3.3 Onderhoud AvI/Student**

#### **3.3.1 Inleiding**

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

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

### **3.3.2 Gegevens**

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

### **3.3.3 Resultaten**

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

De doorgerekende modelvarianten zijn:

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

#### *Ad 2. Student toevoegen*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.3.4 Conclusie en advies

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.4 Onderhoud FKG's<sup>7</sup>**

#### **3.3.1 Inleiding**

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

#### **3.3.2 Resultaten**

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

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

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

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

### **3.3.3 Conclusie en advies**

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

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