

## **Bijlage 2 Meerjarig onderzoeksprogramma risicoverevening**

### **Inleiding**

Dit is het meerjarige onderzoeksprogramma voor de risicoverevening. Het is gebaseerd op een groslijst en eerdere versies van onderzoeksprogramma, die in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) zijn besproken. De groslijst was voor een belangrijk deel gebaseerd op het symposium over de risicoverevening dat in het voorjaar van 2016 is gehouden en de position papers die daarvoor zijn geschreven.

In de brief aan de Tweede kamer van 17 juni 2016<sup>1</sup> zijn de volgende speerpunten voor het onderzoeksprogramma 2016/2017 gehanteerd:

- A. Doorontwikkeling compensatie van chronisch zieken en andere kwetsbare groepen;
- B. Vervanging van de onorthodoxe kenmerken gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar;
- C. Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ;
- D. Meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd.

Onder speerpunt D vallen onderzoeken met waarvan de resultaten mogelijk nog niet toepasbaar zijn voor het risicovereveningsmodel 2018, maar voor modellen van latere jaren. Daarnaast maakt de jaarlijkse cyclus van de herschatting van de normbedragen, de monitor risicoverevening, onderhoud aan bestaande kenmerken en onderzoeken die doorgeschoven zijn van het vorig onderzoeksseizoen deel uit van het onderzoeksprogramma 2016/2017.

Niet alle onderzoeken die genoemd zijn in de groslijst kunnen worden uitgevoerd in seizoen 2016/2017. Daarom is ook een onderzoeksprogramma 2017/2018 en verder gemaakt; dit programma heeft vanzelfsprekend een voorlopig karakter. Een definitieve versie van het onderzoeksprogramma 2017/2018 zal pas volgend jaar vastgesteld kunnen worden.

### **Onderzoeksprogramma 2016/2017**

#### **Speerpunt A: Doorontwikkeling compensatie voor chronisch zieken en andere kwetsbare groepen**

##### *1. Profielen/zorgtrajecten cliënten wijkverpleging*

Om de compensatie voor chronisch zieken en andere kwetsbare groepen nog verder te verbeteren, wordt allereerst onderzoek gericht op de groep cliënten die gebruik maakt van wijkverpleging. De vraag is of beter inzicht kan worden verkregen in typische zorgtrajecten of profielen van cliënten wijkverpleging. Voorbeelden van profielen of zorgtrajecten zijn:

- de groep cliënten die kortdurend wijkverpleging krijgt na ontslag uit een ziekenhuis. De zorg die in de AWBZ onder de verstrekking verpleging viel;
- de groep cliënten die langdurig wijkverpleging ontvangt. De zorg die in de AWBZ onder de verstrekking persoonlijke verzorging viel;
- de groep cliënten die wijkverpleging gebruikt in het kader van palliatieve zorg in de thuissituatie.

De verzekerdkenmerken van deze cliëntenprofielen of zorgtrajecten kunnen aanknopingspunten bieden om de risicoverevening te verbeteren. Om typische zorgtrajecten in kaart te brengen, is het belangrijk om bijvoorbeeld zorgaanbieders of andere inhoudelijke experts te consulteren.

Voor de wijkverpleging speelt in de nabije toekomst dat de bekostiging zal veranderen. Per 2017 is er sprake van een optioneel geïntegreerd tarief voor verzorging en verpleging. Er wordt gewerkt

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 725

aan een bekostigingsmodel waarbij de zorgvraag van de patiënt en de op hem of haar afgestemde behandeling meer centraal staat. De planning is om per 2019 het nieuwe bekostigingsmodel in te voeren. Een dergelijk model kan verdere aanknopingspunten bieden om de risicoverevening te verbeteren.

### *2. Meervoudige diagnosekostengroepen*

Om de compensatie van chronisch zieken nog verder te verbeteren, is het gewenst om de toegevoegde waarde van meervoudige diagnosekostengroepen (DKG's) te onderzoeken. Daarnaast kan gericht gezocht worden naar logische combinaties van DBC's die leiden tot gebruik van geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf om de compensatie van gebruikers van deze zorg te verbeteren en het kenmerk gebaseerd op het gebruik van geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar te vervangen. Ook kan in dit onderzoek noodzakelijk onderhoud uitgevoerd worden aan de DKG's i.v.m. de overgang van DBC's naar DOT's en onderhoud uitgevoerd worden van DBC's met behandelkosten van meer dan 100.000 euro en niertransplantaties.

### *3. Betere compensatie voor (jonge) kinderen en bevallingen*

De verevening van (jonge) kinderen kan inhoudelijk verbeterd worden, bijvoorbeeld door het opnemen van specifieke aandoeningen van kinderen (zoals DBC's van prematuur geboren kinderen), nader onderzoek naar kinderen met voorspelbaar (zeer) hoge kosten en hun zorggebruik, nader onderzoek naar gebruikers van zorg die specifiek aan kinderen verleend wordt, zoals intensieve kindzorg. Daarnaast kunnen andere grenzen bij de toewijzing naar risicovereveningskenmerken onderzocht worden, zoals andere DDD-grenzen (defined daily dose) bij de farmaciekostengroepen (FKG's). Ten slotte is het denkbaar om kenmerken leeftijdsafhankelijk te maken, of om modellen naar leeftijd te splitsen, bijvoorbeeld aparte modellen voor kinderen en volwassenen te specificeren.

Daarnaast is de vraag of de compensatie voor zwangerschappen en bevallingen verbeterd kan worden, passend binnen de ex ante systematiek van een voorspelmodel. De vraag is of bevallingen kunnen worden voorspeld op basis van bepaalde declaraties in een voorgaand jaar (bijvoorbeeld termijnecho's, aanvraag van kraamzorg, IVF).

## **Speerpunt B: Vervanging van de onorthodoxe kenmerken gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar**

Voor dit speerpunt zijn de onderzoeken 1-3 genoemd onder speerpunt A ook relevant.

### *4. Scheiding orthodoxe en onorthodoxe kenmerken*

De risicovereveningsmodellen zijn uitgebreid met vereveningskenmerken die gebaseerd zijn op gebruik van bepaalde zorg in het voorgaande jaar (gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg). Deze onorthodoxe vereveningskenmerken zijn niet medisch inhoudelijk onderbouwd zoals de morbiditeitkenmerken FKG's of DKG's. De vraag is of het wenselijk is dat deze onorthodoxe kenmerken impact van de morbiditeitkenmerken weghalen. Een manier om dit te ondervangen is door de onorthodoxe kenmerken te baseren op t-2 (en/of, indien de gegevens dat toelaten t-3) in plaats van t-1.

## **Speerpunt C: Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ**

Voor de GGZ gelden in 2017 twee risicovereveningsmodellen: het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ en de langdurige GGZ. De modelspecificatie is gelijk met uitzondering van het kenmerk gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar. Uitgangspunt bij de twee geplande onderzoeken voor de GGZ is een integratie van de kosten en de modellen voor de GGZ. De kosten liggen inhoudelijk en volgtijdelijk in elkaars verlengde. Daarnaast kan het kenmerk gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar ook van belang zijn voor de geneeskundige GGZ: een cliënt die uit een psychiatrische kliniek wordt ontslagen, zal in vele gevallen intensieve ambulante zorg nodig hebben. Het onderzoek naar verbetering van het

morbiditeitskenmerk psychische aandoeningen is in de planning bewust vóór het onderzoek naar voorspelbaar zeer hoge GGZ-kosten geplaatst. In het eerste onderzoek wordt gepoogd op basis van medisch-inhoudelijke informatie de ex ante verevening voor bepaalde cliëntengroepen te verbeteren. In het tweede onderzoek kan deze focus worden losgelaten, indien dat noodzakelijk blijkt om de compensatie voor verzekerden met voorspelbaar zeer hoge kosten te verbeteren.

Voor de GGZ wordt tevens gewerkt aan een nieuwe productstructuur, die beter rekening houdt met de zorgvraagwaarde en zorgbehoefte van de cliënt. Het streven is om per 2019 met deze nieuwe productstructuur te gaan werken. De nieuwe productstructuur kan tevens aanknopingspunten bieden om de risicoverevening voor de GGZ te verbeteren. Daarnaast heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht om de toegang tot de Wlz zorginhoudelijk te definiëren en het criterium gebaseerd op drie jaar intramurale zorg los te laten. Er is besloten om eerst een uitvoeringstoets te laten verrichten om de consequenties van het advies voor de verschillende domeinen in kaart te brengen. De staatssecretaris zal de Tweede Kamer over de voortgang daarvan voor 1 december 2016 informeren.

#### *5. Groot onderhoud morbiditeitkenmerken psychische aandoeningen*

In het risicovereveningsmodel 2017 voor de GGZ zijn drie medisch-inhoudelijke vereveningskenmerken gericht op het identificeren van verzekerden met langdurige psychiatrische aandoeningen: de FKG's, DKG's psychische aandoeningen en de zorgvraagwaarde-indicator (ZVZi). De FKG's zijn gebaseerd op ambulante verstrekte psychofarmaca, de DKG's psychische aandoeningen en ZVZi op informatie samenhangend met of uit de DBC. Op basis van de DBC-informatie is tevens een nadere indeling van verzekerden met ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) mogelijk die van toegevoegde waarde is voor de risicoverevening. Er is sprake van een sterke overlap tussen de DKG's, de ZVZi en de indeling naar EPA. Dit onderzoek is gericht op het integreren van morbiditeitsinformatie uit of samenhangend met de DBC tot één vereveningskenmerk gericht op het identificeren van verzekerden die lijden aan een (ernstige) psychiatrische aandoening. Dit onderzoek voorziet in de consultatie van experts, mogelijk ook van de zijde van GGZ-aanbieders.

Daarnaast zal in dit onderzoek aandacht besteed worden aan de vraag op welke wijze het GGZ-model het beste geschat kan worden.

#### *6. Betere compensatie voor verzekerden met voorspelbaar zeer hoge kosten in de GGZ*

Binnen de GGZ is een kleine groep verzekerden met voorspelbaar zeer hoge kosten, waarvoor de compensatie nog verder verbeterd kan worden. Allereerst kan inzichtelijk worden gemaakt bij welke verzekerden er sprake is van voorspelbaar zeer hoge kosten in de GGZ. Daarbij kunnen de kosten en compensaties van verzekerden enige jaren gevolgd worden om te zien of de ondercompensatie structureel is over de tijd. In geval van het kenmerk gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar lopen de kosten immers op de compensatie vooruit. Vervolgens worden verschillende oplossingsrichtingen beschreven. Een oplossingsrichting is verrijking van het kenmerk voor meerjarig hoge kosten in de GGZ (MHK-GGZ) met de kosten van de langdurige GGZ. De vraag is of het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar als apart kenmerk kan blijven bestaan of geïntegreerd kan worden met MHK-GGZ. Naast verbetering en/of uitbreiding van het MHK-GGZ-kenmerk moet inzichtelijk worden gemaakt welke alternatieve oplossingen mogelijk zijn, zoals hoge risicoverevening.

### ***Speerpunt D: Meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd.***

#### *7. Herclassificatie chronisch zieken*

Onderzoek naar een methode om chronisch zieken te identificeren op basis van aandoeningen of diagnoses. Dit is een onderzoek met een verwachte lange looptijd, maar kan in onderzoeksjaar 2016/2017 gestart worden, waarbij het niet vast staat dat de uitkomsten al consequenties hebben voor risicovereveningsmodel 2018. Voorstelbaar is dat uiteindelijk uit dit onderzoek andere vereveningskenmerken volgen die geheel of deels bestaande vereveningskenmerken, zoals de GSM, vervangen.

Identificatie van chronisch zieken op basis van aandoeningen gebeurt onder andere in de Verenigde Staten. Momenteel worden in het Nederlandse risicovereveningsmodel chronisch zieken geïdentificeerd via geneesmiddelengebruik, ziekenhuisdiagnoses, gebruik van hulpmiddelen, wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en diagnoses fysiotherapie. Bekend is dat voor sommige aandoeningen (zoals kanker en diabetes) via meerdere kenmerken wordt gecompenseerd. De compensatie van chronisch zieken zou mogelijk beter worden en het model eenvoudiger, als geïdentificeerd wordt op basis van aandoeningen. Daarbij zou kunnen worden aangesloten bij bijvoorbeeld de International Classification of Diseases (ICD).

Op het niveau van aandoeningen zou, in samenspraak met medische experts, onderzocht kunnen worden welke combinaties van aandoeningen complexe cliëntengroepen vormen. Voorts is het nuttig om de kostenpatronen van geïdentificeerde groepen over meer jaren te analyseren. Ook zou beter rekening gehouden kunnen worden met de ernst en de fase van de aandoening. Verzekeraars krijgen voor verzekerden met dezelfde aandoening een compensatie, ongeacht de fase waarin de aandoening zich bevindt. De vereveningsbijdrage zou beter kunnen aansluiten bij de diverse fases van een ziektebeeld. De compensatie wordt zo gedifferentieerd naar progressieve en degressieve ziektebeelden.

#### *8. Verder ontwikkelen van het toetsingskader*

In dit onderzoek wordt het toetsingskader, dat de WOR en onderzoekers hanteren voor het beoordelen van modelwijzigingen, verder ontwikkeld. Ook wordt bekeken wanneer een bestaand kenmerk nog maar zo weinig toegevoegde waarde heeft, dat het afgeschaft kan worden. In het toetsingskader is er relatief weinig aandacht voor doelmatigheid. Verder kan onderzocht worden hoe de mate van risicoselectie gekwantificeerd kan worden, onder andere de 'ruimte voor selectie' en het definiëren van (veel) subgroepen. Daarnaast hebben gangbare risicomatstaven zoals standaarddeviatie, betrouwbaarheidsintervallen, Value At Risk en dergelijke nog geen of beperkte plaats binnen het huidige toetsingskader. De vraag is of onzekerheid rondom puntschattingen (risicomarges), en maten die daaruit voortvloeien, geïntegreerd kunnen worden in het toetsingskader. Een manier om dat te doen is via bootstrapping (synthetische portefeuilles). Verzekerden worden niet ingedeeld bij hun zorgverzekeraar maar in fictieve (synthetische) portefeuilles. De bedoeling hiervan is dat de maatstaven waarop de risicoverevening beoordeeld wordt minder gevoelig worden voor verzekeraarspecifieke effecten. Door de uitkomsten van verschillende modellen voor deze portefeuilles te vergelijken kan mogelijk een betere beoordeling van de modellen plaatsvinden en een betere keuze worden gemaakt voor een alternatieve modelvariant (zie ook onderzoek 32).

#### *9. Inzicht in gebruikers ouderenzorg*

Er is behoefte aan meer inzicht in de samenstelling van de kosten van ouderenzorg die in de Wlz zit en de kenmerken van gebruikers van ouderenzorg. In hoeverre variëren de kosten ouderenzorg tussen regio's en tussen groepen Nederlanders? Daarnaast is de vraag hoe goed de kosten ouderenzorg te verklaren zijn op basis van objectieve kenmerken uit de risicoverevening zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status en morbiditeit, op individueel niveau en op het niveau van Wlz-regio's.

#### *10. Gezonde verzekerden*

De vereveningsbijdrage van gezonde verzekerden zou beter kunnen aansluiten bij hun verwachte zorggebruik als specifieke parameters ontwikkeld worden voor deze groep. De vraag is of er specifieke kenmerken te ontwikkelen zijn voor gezonde verzekerden, die geen nadelige prikkelwerking hebben en het kenmerk Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) kunnen vervangen.

### **Onderzoek nog behorend tot het programma 2015/2016**

#### *11. Onverklaarde (regionale) variatie*

Regionale variatie in gebruik en kosten blijkt deels niet verklaarbaar. Daar waar medische gronden verantwoordelijk zijn voor de variantie in zorggebruik, kan dit helpen om het model verder te verbeteren. Daar waar aanbodverschillen en/of ondoelmatigheid (praktijkvariatie) een rol spelen, is het onwenselijk als de risicoverevening hiervoor zou compenseren. Binnen het risicovereveningsmodel zou dus beter rekening gehouden kunnen worden met kosten waarvoor het niet wenselijk is te compenseren. Wanneer het onderscheid tussen deze twee oorzaken beter kan worden gemaakt, kan dat bijdragen aan het versterken van de doelmatigheidsprykkels in de Zvw. In samenhang hiermee wordt nagegaan in hoeverre het regiokenmerk verder verbeterd kan worden.

#### *12. Evaluatie van het representatief maken van de gegevens*

Bij de berekening van de normbedragen worden gegevens gebruikt van drie jaar oud. De gegevens worden in een aantal stappen representatief gemaakt. Zo worden beleidsmutaties verwerkt, aantallen opgehoogd naar het vereveningsjaar en kosten zodanig geschaald dat de totalen aansluiten op de begroting. Onderzoek moet uitwijzen welke invloed de verschillende stappen hebben en welke verbeteringen mogelijk zijn.

### **Onderhoud aan bestaande vereveningskenmerken**

#### *13. Klasse 'hoogopgeleid' uitbreiden naar leeftijdscategorie 35-44 jr*

In de risicoverevening wordt sinds 2016 gecompenseerd voor hoogopgeleiden tot 35 jaar. Dit onderzoek richt zich op de vraag of de klasse 'hoogopgeleid' kan worden uitgebreid naar de leeftijdscategorie 35-44 jaar. Het antwoord op deze vraag hangt samen met de betrouwbaarheid van de registraties van diploma's in het hoger onderwijs bij deze leeftijdscategorie.

### **Jaarlijkse cyclus schatting normbedragen**

Naast de hierboven beschreven, incidentele onderzoeken, vindt voor de risicoverevening ook een aantal jaarlijks terugkerende onderzoeken plaats. Deze onderzoeken resulteren in een herschatting 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.

#### *14. Pre Overall Toets (optioneel)*

Gedurende het jaar worden verschillende mogelijke verbeteringen aan het risicovereveningsmodel onderzocht. Deze komen in afzonderlijke onderzoeken aan bod. In de pre Overall Toets worden de verbeteringen van het vereveningsmodel (nieuwe en verbeterde kenmerken) in samenhang gezien. Daarbij kan komend jaar tevens worden bekeken of het kenmerk GSM nog meerwaarde heeft.

#### *15. Gegevensfase*

Tijdens de gegevensfase worden nieuwe onderzoeksgegevens gecontroleerd en bewerkt. Bij de controles worden onder andere vergelijkingen gemaakt met eerdere jaren. De bewerkingen houden het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen en het representatief maken van kostengegevens in. Resultaat van dit onderzoek is een aantal onderzoeksbestanden waarmee het vereveningsmodel voor het komende jaar geschat kan worden.

#### *16. Overall Toets*

In de Overall Toets worden de uitgangsmoedellen voor het komende jaar doorgerekend op basis van de besluitvorming in juni over de (voorgenomen) vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel. Daarnaast worden de gehanteerde regiokenmerken geactualiseerd en wordt de stabiliteit van nieuwe vereveningskenmerken en van aangepaste vereveningskenmerken getoetst. Op basis van de toets wordt de definitieve vormgeving van de modellen vastgesteld. Indien de definitieve vormgeving afwijkt van de uitgangsmoedellen wordt deze nog doorgerekend en aan de rapportage toegevoegd.

#### *17. Normbedragenfase*

In de normbedragenfase worden de gegevens opgeschaald naar de meest recente raming van de verzekerdenpopulatie en de kosten worden opgehoogd naar de geraamde zorguitgaven over dat jaar (het macroprestatiebedrag uit de begroting). Hierna worden de definitieve modellen nogmaals doorgerekend op de opgehoogde gegevens. Het resultaat hiervan is de definitieve set normbedragen (gewichten) voor de verevening.

#### *18. Representatief maken gegevens somatische kosten (optioneel)*

In de onderzoeken voor de risicoverevening wordt gewerkt met drie jaar oude gegevens. Reden hiervoor is dat het belangrijk is om te kunnen werken met uitgedeclareerde kostengegevens. Voor recentere jaren zijn de declaraties nog onvolledig en daardoor niet bruikbaar voor de risicoverevening. Dit conversieonderzoek gaat na in hoeverre de informatie over ziekenhuiskosten en overige kosten van 2015 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2018 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.

#### *19. Representatief maken gegevens geneeskundige en langdurige GGZ (optioneel)*

Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de GGZ van 2015 representatief is voor de kosten in 2018 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.

### **Jaarlijkse monitor risicoverevening**

Er wordt een jaarlijkse monitor van de risicoverevening verricht op basis van de werkelijke realisatiecijfers op verzekeraarniveau (de 'kwantitatieve analyse'). Gegeven een wijziging in de doelen die de risicoverevening nastreeft, wordt ook de jaarlijkse monitor aangepast. In 2016 wordt nog een kwantitatieve analyse 'oude stijl' en een evaluatie van het flankerend beleid uitgevoerd. In 2017 wordt gestart met de kwantitatieve analyse 'nieuwe stijl'.

#### *20. Kwantitatieve analyse risicoverevening 2011 en evaluatie flankerend beleid 2012 en 2013*

De kwaliteit van de risicoverevening wordt in principe jaarlijks gemonitord door middel van een kwantitatieve analyse. De bestaande kwantitatieve analyse vindt plaats op verzekeraarniveau op basis van definitieve realisatiecijfers. Belangrijke informatie die uit de huidige kwantitatieve analyse naar voren komt, is de reductie van de spreiding in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars door de risicoverevening en de kwaliteit van de beslisinformatie ten tijde van de Overall Toets. De kwantitatieve analyse die in 2016 uitgevoerd wordt, is gebaseerd op de definitieve vaststelling voor 2011. Daarnaast wordt een evaluatie van het flankerend beleid uitgevoerd naar aanleiding van een toezegging aan de Tweede Kamer op basis van gegevens 2012 en 2013 (tweede voorlopige vaststelling).<sup>2</sup>

#### *21. Monitor risicoverevening 2012 en 2013 (kwantitatieve analyse 'nieuwe stijl')*

Tijdens het symposium over de toekomst van de risicoverevening is meer aandacht gevraagd voor het monitoren van de kwaliteit van de risicoverevening op subgroepniveau. Dat kan door de risicovereveningsbestanden te koppelen aan externe informatie over gezondheid. Te denken valt aan de CBS-gezondheidsenquête, het LINH (Landelijk informatienetwerk huisartsenzorg), de GGD-monitor en Lifelines-gegevens. Daarnaast kan 'backtesting' onderdeel worden van de monitor risicoverevening. Tussen de data die worden gebruikt voor het schatten van het model en het vereveningsjaar zitten nu drie kalenderjaren. Het representatief maken van de historische data is niet eenvoudig in het licht van technologische ontwikkelingen, wijzigingen in behandelmethodes en pakketwijzigingen. De wijze waarop data representatief gemaakt worden, zou – in navolging van onderzoek 12 – jaarlijks gemonitord kunnen worden, zodat de wijze waarop de normbedragen worden vastgesteld wordt verbeterd.

De monitor 'nieuwe stijl' zal verder enkele kerngegevens uit de huidige kwantitatieve analyse, zoals de reductie van de spreiding in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars door de

---

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 156

risicoverevening en de kwaliteit van de beslisinformatie ten tijde van de Overall Toets blijven monitoren.

## **Onderzoeksprogramma 2017/2018 en verder**

Naar aanleiding van het symposium is er een aantal onderzoeksideoën geïnteriseerd. Niet alle onderzoeksideoën kunnen meteen worden uitgevoerd. Een aantal moet wachten tot het onderzoeksjaar 2017/2018 of later. Het moge duidelijk zijn dat het onderzoeksprogramma 2017/2018 een voorlopig karakter heeft. Het is nu niet te voorzien of bepaalde onderzoeken relevant zijn. Zo is het mogelijk dat de resultaten van het onderzoek naar de 'herclassificatie chronisch zieken' enkele andere onderzoeken die opgenomen zijn in het programma 2017/2018 overbodig maakt.

De onderzoeken zijn geclassificeerd onder drie kopjes: onderhoud aan bestaande vereveningskenmerken (inclusief eventuele integratie van bestaande vereveningskenmerken), onderzoek naar nieuwe vereveningskenmerken en ten slotte onderzoek met een fundamentele vraagstelling en naar verwachting een langere doorlooptijd.

### **Onderhoud aan / integratie van bestaande vereveningskenmerken**

#### *22. Uitbreiding en meerjarige hulpmiddelenkostengroepen (HKG's)*

In onderzoek naar de hulpmiddelenkostengroepen zou nader gekeken kunnen worden naar meerjarige HKG's. Ook is nader onderzoek nodig naar verbreding van de hulpmiddelenkostengroepen waaronder voedingsmiddelen en dieetpreparaten. Vraag hierbij is of er een betrouwbaar en werkbaar alternatief voor het compendium dieetproducten en voedingssupplementen voorhanden of te ontwikkelen is. Dit onderzoek heeft een relatie met het fundamentele onderzoek 'herclassificatie chronisch zieken'. Op basis van dat onderzoek kunnen vereveningskenmerken ontwikkeld worden die de bestaande (zoals HKG's) mogelijk vervangen. Dan is dit onderzoek overbodig.

#### *23. Meerjarige diagnosekostengroepen*

Om de compensatie van chronisch zieken te verbeteren, is het gewenst om de toegevoegde waarde van meerjarige diagnosekostengroepen (DKG's) te onderzoeken. Eerder uitgevoerd onderzoek suggereert dat meerjarige DKG's een verbetering van de voorspelkracht van het model opleveren en een verbetering van het resultaat van diverse groepen chronisch zieken. De achterliggende gedachte is dat een chronisch zieke niet ieder jaar een ziekenhuisopname nodig heeft (die tot uitdrukking komt in een DKG), maar wel jaren na de ziekenhuisopname een structureel hoger kostenpatroon heeft. Aandachtspunten bij dit onderzoek zijn de samenloop met meerjarige hoge kosten, een medisch-inhoudelijke toets op het meerjarige karakter van de aandoening die leidt tot een DKG, en de relatie met het fundamentele onderzoek 'herclassificatie chronisch zieken'.

#### *24. Integratie fysiotherapiediagnosegroepen, hulpmiddelenkostengroepen, diagnosekostengroepen*

De vereveningskenmerken FDG, HKG en DKG zijn gebaseerd op clusters van meerkosten. In plaats van afzonderlijke clusters van meerkosten kunnen de clusterprocedures voor het creëren van de DKG's, FDG's en HKG's niet afzonderlijk, maar gezamenlijk uitgevoerd worden. Dit onderzoek heeft een relatie met andere onderzoeksideoën. Ten eerste kunnen de HKG's wijzigen als gevolg van onderzoek naar dit kenmerk (uitbreiding en meerjarige HKG's). Daarnaast is er een relatie met het onderzoek 'herclassificatie chronisch zieken'. Mocht blijken dat in plaats van de huidige vereveningskenmerken gecompenseerd wordt op basis van aandoeningen, en bestaande vereveningskenmerken worden vervangen, dan is dit onderzoek overbodig.

#### *25. Groot onderhoud farmaciekostengroepen (FKG's)*

Dit onderzoek sluit aan op het groot onderhoud dat in het voorjaar van 2015 is uitgevoerd. Met de FKG's worden mensen met hoge zorgkosten (chronisch zieken) geïdentificeerd op basis van hun geneesmiddelengebruik. In een vervolg kan worden onderzocht of het mogelijk is de heterogeniteit

binnen de farmaciekostengroepen op te lossen. Intensieve gebruikers van medicatie kunnen worden onderscheiden van lichte of matige gebruikers. Tevens kan nader onderzoek gedaan worden naar een kenmerk gebaseerd op polyfarmacie (verzekerden die meerdere geneesmiddelen tegelijk gebruiken). Ook kan rekening gehouden worden met J06BA02-gebruikers (immunoglobuline intravasculair, toegepast bij een breed scala van aandoeningen, zowel zeldzame als niet-zeldzame) en C10AX10-gebruikers (Glybera, gentherapie). Ook dit onderzoek heeft relatie met het onderzoek 'herclassificatie chronisch zieken' en is mogelijk overbodig.

#### *26. Verzekerden met voorspelbaar zeer hoge kosten*

Er kan opnieuw onderzoek gedaan worden naar verzekerden met zeer hoge kosten als gegevens over overgehevelde zorg (wijkverpleging, extramurale behandeling zg) en de kosten van dure- en weesgeneesmiddelen meerjarig beschikbaar zijn.

#### *27. Terugbrengen van de complexiteit: clustering AVI-SES-PPA*

Inmiddels is het risicovereveningsmodel door de toevoeging van steeds nieuwe kenmerken uitgedijd tot een model met zeer veel parameters. Onderzocht zou kunnen worden hoe en waar het model vereenvoudigd kan worden, bijvoorbeeld door clustering van kenmerken of door onderzoek of alle kenmerken in de huidige vorm nog waarde toevoegen aan het model.

Vereveningskenmerken die geclusterd zouden kunnen worden zijn AVI, SES en PPA.

### **Ontwikkeling van nieuwe kenmerken**

#### *28. Vermogenspositie*

Dit onderzoek gaat na in hoeverre de vermogenspositie van huishoudens voorspellende waarde heeft voor de zorgkosten en of het zinvol is hier een vereveningskenmerk voor te ontwikkelen.

#### *29. Statushouders / ex-asielzoekers*

Ex-asielzoekers zijn mogelijk het eerste jaar dat hun zorgkosten ten laste van de Zvw komen verlieslatend, omdat een morbiditeitkenmerk gebaseerd op Zvw-kosten in voorgaand jaar niet op hen van toepassing is. Dit geldt te meer als ex-asielzoekers hogere zorgkosten hebben dan andere verzekerden.

#### *30. Vervolgonderzoek niet-ingezetenen/buitenlandse seizoenarbeiders*

Afgelopen jaar is hier een onderzoek naar verricht. Naar verwachting zullen over twee jaar betere gegevens beschikbaar zijn, waarmee betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden over de kosten en overcompensatie van buitenlandse seizoenarbeiders. Dan zal opnieuw onderzoek worden gedaan.

### **Onderzoeken met een fundamenteel karakter**

#### *31. Kapitaalkosten en administratieve kosten*

De standaardformule van Solvency II hanteert voor zorgverzekeraars net als voor schadeverzekeraars de aanname dat het premierisico samenhangt met de verwachtingswaarde van de schadelast. Voor zorgverzekeraars zijn de kapitaalkosten en administratieve kosten voor ongezonde verzekerden hoger dan voor gezonde verzekerden hetgeen kan leiden tot risicoselectie. De vraag is welke mogelijkheden er zijn om de hieruit voortvloeiende verschillen in kapitaalkosten en administratieve kosten te verevenen of dat hier andere instrumenten voor zijn.

#### *32. Grenzen aan het lineaire model en alternatieve modellen*

In de risicoverevening wordt gebruik gemaakt van een additief, lineair model. Dit heeft grote voordelen voor de uitvoering. De vraag is waar de technische grenzen van het model liggen. Hoeveel variabelen kan het model nog aan? Multicollineariteit is één van de problemen bij het toevoegen van kenmerken. Er zijn indicatoren om dit te meten. Maakt het uit welk kenmerk wordt toegevoegd in termen van omvang, gemiddelde meerkosten of heterogeniteit? Een alternatief voor een lineair model is een multiplicatief model dat beter rekening kan houden met de scheefheid van



de kostenverdeling en interacties tussen kenmerken. Ook kan in de modellering een onderscheid gemaakt worden in de kans (op ziekte) en de bijbehorende kosten.

### 33. Schatting op recente data

De ex ante risicoverevening is gebaseerd op drie jaar oude gegevens. Het is van belang dat er onderzoek plaatsvindt naar de mogelijkheden om dit op meer recente cijfers te baseren zodat er voor alle groepen van verzekerden een betere aansluiting komt met de zorgkosten in jaar t.

### 34. Eén risicovereveningsmodel voor de Zvw

Stip op de horizon is één risicovereveningsmodel voor de Zvw. Dat betekent, dat de kosten en de modellen voor de GGZ en de somatische zorg geïntegreerd worden. Hiervoor is onderzoek nodig.

## Op de groslijst, maar niet in het onderzoeksprogramma

Onderzoeksidee	Argumentatie
Compensatie voor incidentele kosten, gevalsnormering in het algemeen	Uitgangspunt voor de risicoverevening is een voorspelmodel om prikkels tot doelmatigheid te maximaliseren.
Constrained regression	Er wordt gestreefd naar adequate compensatie, niet naar overbetaling van subgroepen.
Onderzoek of toevallige hoge uitschieters NIET meegenomen kunnen worden in de modelschatting	Risicovereveningsmodellen worden geschat op alle ZVW-kosten van ingezetenen (muv de vaste kosten en beschikbaarheidsbijdragen)
MHK-GGZ inclusief farmacie	In onderzoeksjaar 2015-2016 heeft een groot onderhoud MHK-GGZ plaatsgevonden; ook in seizoen 2016/2017 aandacht voor MHK-GGZ. Enkele jaren geleden is reeds de relatie met farmacie onderzocht.
Gebruik van datamining technieken	Besproken in WOR, geen toegevoegde waarde volgens aanwezigen.