
WOR 975

Betreft: Advies aan de Minister voor Medische Zorg en Sport over de vormgeving van de vereveningsmodellen voor 2020
Van: Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum: augustus 2019

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)¹ over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2020. De voorgestelde vormgeving – aangeduid als ‘uitgangsmodellen’ – is in de Overall Toets 2020 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de risicovereveningsmodellen voor 2020 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de bevindingen van de Overall Toets (OT) besproken. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de gegevensfase. Dit vormt de onderbouwing van het advies.

2. Conclusie en advies

De WOR concludeert dat de gegevens in de OT representatief zijn en van voldoende kwaliteit. Prevalenties en kostenpatronen zijn over het algemeen stabiel. De veranderingen zijn veelal verklaarbaar.

De doorgerekende modellen geven voldoende stabiele normbedragen. De grotere mutaties zijn verklaarbaar. De verevenende werking van de drie modellen voor de somatische zorg, de GGZ en de eigen betalingen vanwege het eigen risico laten een vergelijkbaar beeld zien met vorig jaar.

De WOR adviseert om alle drie de doorgerekende uitgangsmodellen toe te passen in 2020.

Voor het model van de somatische kosten adviseert de WOR:

- Bij Aard van Inkomen (AVI) elke hoofdcategorie uit te breiden met de leeftijdsklasse 0-17 jaar op basis van de laagste AVI-categorie van de volwassenen op hetzelfde woonadres (6 extra risicoklassen, i.e. 7 voor elke categorie minus 1, omdat de referentiegroep ‘0-17 jaar’ vervalt).
- De AVI-categorieën exclusief studenten en hoogopgeleiden uit te breiden met 65-69 jarigen, waarbij de AVI-categorie is genomen waarin men op 64-jarige leeftijd was ingedeeld (5 extra risicoklassen).
- De leeftijdsgrenzen bij SES verschuiven van 64 naar 69 jaar. De leeftijdsklassen zijn dus 0-17, 18-69 en 70+.
- De leeftijdsgrenzen bij PPA verschuiven van 64 naar 69 jaar. De klassen zijn dus 0-17 (referentiegroep), 18-69, 70-79 en 80+.
- Bij SES bij het bepalen van het adresinkomen de inkomens van verzekerden in een Wlz-instelling en van verzekerden in de hoogste vier GGZ-DKG’s niet meer mee te tellen. Net als verzekerden in een Wlz-

¹ De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren van de minister van Medische Zorg en Sport 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 risicovereveningsmodel.

instelling zijn verzekerden ingedeeld in de hoogste vier GGZ-DKG's ingedeeld in de SES-klasse 'zeer laag'.

- Bij SES het volledige jaarinkomen van voorafgaande jaar mee te tellen bij de bepaling van het adresinkomen, ook als een verzekerde maar een deel van jaar t verzekerd was. De weging met inschrijfduur in jaar t is dus achterwege gelaten.
- Bij de indeling van PPA ook de lage ZZP's (Zorgzwaartepakketten) mee te nemen.
- Het regiocriterium te actualiseren.

Voor het GGZ-model adviseert de WOR:

- De psychische DKG's uit te breiden met één extra risicoklasse op basis van gebruik van de Basis GGZ in t-1.
- De criteria AVI, SES en PPA aan te passen (vijf extra risicoklassen):
 - De AVI-categorieën exclusief studenten en hoogopgeleiden uit te breiden met 65-69 jarigen, waarbij de AVI-categorie is genomen waarin men op 64-jarige leeftijd was ingedeeld.
 - De leeftijdsgrenzen bij SES mee te verschuiven van 64 naar 69 jaar. De leeftijdsklassen zijn dus 18-69 en 70+.
 - De leeftijdsgrenzen bij PPA eveneens mee te verschuiven van 64 naar 69 jaar. De klassen zijn dus 18-69, 70-79 en 80+.
 - Bij SES bij het bepalen van het adresinkomen de inkomens van verzekerden in een Wlz-instelling en van personen ingedeeld bij de hoogste vier GGZ-DKG's niet meer mee te tellen.
 - Net als verzekerden in een Wlz-instelling verzekerden ingedeeld in de hoogste vier GGZ-DKG's in te delen in de SES-klasse 'zeer laag'. Bij SES is het volledige jaarinkomen van jaar t-1 meegeteld bij de bepaling van het adresinkomen, ook als een verzekerde maar een deel van jaar t verzekerd was. De weging met inschrijfduur in jaar t is dus achterwege gelaten.
- Bij de indeling van PPA ook de lage ZZP's mee te nemen.
- Het regiocriterium te actualiseren.
- Toepassing van Hoge kosten compensatie (HKC)

Voor het eigen risico model adviseert de WOR:

- de uitbreiding van AVI met de groep 65-69-jarigen,
- de actualisatie van het regiocriterium.

3. Overall Toets

Dit hoofdstuk bespreekt de uitkomsten van de Overall Toets 2020. De Overall Toets bestaat (voor elk van de drie vereveningsmodellen) uit drie onderdelen:

1. Nagaan wat het effect is van de overstap op nieuwe gegevens (van 2016 naar 2017)
2. Toetsen van de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste vereveningscriteria
3. Het beoordelen van het uitgangsmodel

3.1 Vereveningsmodel voor de somatisch kosten

3.1.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2016 naar 2017) is onderzocht door het vereveningsmodel 2019 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2017 (representatief gemaakt voor 2020) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2019 op de kostengegevens uit 2016 (representatief gemaakt voor 2019).

Toepassing van de nieuwe gegevens leidt tot beperkte verschuivingen in de normbedragen. De grootste veranderingen treden op binnen de vereveningscriteria leeftijd/geslacht, MVV, FKG's en sDKGs. De veranderingen zijn in lijn met de kostenontwikkelingen en veelal goed verklaarbaar. Verder is de omvang van de veranderingen bij de normbedragen nog nooit zo klein geweest.

De verevenende werking van het model is op individu niveau bij de nieuwe gegevens beter (de R^2 stijgt bijvoorbeeld van 34,0% naar 34,4% en de CPM van 33,0% naar 33,5%). Ook op subgroep niveau is sprake van verbetering. Op verzekeraarsniveau is het beeld wisselend. Zo neemt de bandbreedte toe van 301 euro naar 316 euro. Als de twee uitersten buiten beschouwing blijven, daalt de bandbreedte wel (met 12 euro van 111 naar 99).

3.1.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2020

De stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria is onderzocht door modeluitkomsten op 2017 data te vergelijken met modeluitkomsten op 2016 data. Dit is gedaan voor het model van 2019 en voor het uitgangsmodel 2020.

Er worden dus vier verschillende uitkomsten vergeleken. Omdat direct vergeleken wordt met het uitgangsmodel 2020 geeft deze analyse tevens een beoordeling van dit model.

Normbedragen

De normbedragen van de aangepaste criteria AVI, SES en PPA vertonen op beide jaren hetzelfde patroon. Opmerkelijk zijn de wijzigingen van de normbedragen bij SES. Gegeven de leeftijdsklasse geeft het uitgangsmodel een met het inkomen oplopend normbedrag in de leeftijdsklasse 65+/70+

De gevolgen voor de normbedragen van de criteria die niet veranderen zijn verder beperkt. De gevolgen van de modelaanpassingen komen voor de normbedragen van de overige vereveningscriteria in het model in beide jaren goed overeen.

De gemiddelde absolute verandering van alle normbedragen als gevolg van de modelwijzigingen is voor 2016 9 euro en voor 2017 10 euro.

Verevenende werking

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2020 is op individuniveau vrijwel onveranderd ten opzichte van het model 2019. Bij de subgroepen is het beeld licht verbeterd. Dit geldt voor de groep met de 15% hoogste kosten in t-3 en bij de groep met de 15% laagste kosten in t-3.

Het aantal verzekerden met negatieve normkosten is met circa 15.000 constant gebleven. Dit betreffen voor 90% vrouwen die 'blijvend' in een Wlz-instelling wonen. Op verzekeraarsniveau zijn de effecten van de modelwijzigingen op de verevenende werking klein. De gewogen gemiddelde absolute resultaatverschuiving is voor het datajaar 2017 5,3 euro (in de vorige OT was dit 3,0 euro). Per verzekeraar varieert de resultaatverandering binnen een bandbreedte van -10 euro tot 16 euro (in de vorige OT -14 tot 28 euro).

3.2 Vereveningsmodel voor de GGZ-kosten

3.2.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2016 naar 2017) is bepaald door het model 2019 te schatten op de nieuwe gegevens uit 2017 en dit te vergelijken met de resultaten geschat met data uit 2016. De vergelijking laat zien dat de normbedragen van het GGZ-model 2019 over het algemeen een stabiel patroon vertonen. De veranderingen zijn veelal goed te verklaren uit de ontwikkelingen van de kosten en prevalenties. Veranderingen zien we vooral bij de psychische DKG's, leeftijd/geslacht, MHK-GZZ en de psychische FKG's. De gewogen gemiddelde absolute verandering in normbedragen ligt met 4 euro iets lager dan vorig jaar (5 euro).

De meeste kengetallen voor de verevenende werking laten hier een verslechtering zien. De R^2 op individu niveau daalt van 23,0% naar 22,4%. Net als andere jaren is de R^2 beduidend lager dan de CPM die uitkomt op 29,7%. Dit geeft aan dat het model lage kosten (in dit geval vooral de groepen zonder GGZ-kosten) beter voorspelt dan hoge kosten. Op verzekeraarsniveau is het beeld positief. De bandbreedte neemt af van 32,0 euro naar 30,1 euro. Ook als de twee uitersten buiten beschouwing blijven, daalt de bandbreedte (met 2,4 euro van 30,3 naar 27,9).

3.2.2 Stabiliteit van de aangepaste criteria en beoordeling uitgangsmodel 2020

Voor het GGZ-model zijn twee uitgangsmodellen 2020 doorgerekend, namelijk een model zonder HKC en een model met HKC. Eerst gaan we in op het model zonder HKC en ten slotte op het model met HKC.

De stabiliteit van de aangepaste criteria is onderzocht door voor beide datajaren (2016 en 2017) per criterium telkens twee modellen te vergelijken, namelijk het model 2019 en het uitgangsmodel 2020.

Verbetering AVI, SES en PPA

De veranderingen in de normbedragen bij AVI, SES en PPA zijn zeer beperkt. Opvallend is dat de normbedragen van de vijf nieuwe AVI-risicoklassen voor 65-69 jarigen allemaal op 0 uitkomen. Dit is het gevolg van de gehanteerde schattingsmethode (QP) en de restrictie dat het model geen negatieve normkosten mag genereren.

Verbeterde psychische DKG's

De patronen van de normbedragen van de DKG's komen voor beide varianten in beide jaren goed overeen. Het nieuwe normbedrag DKG1 (258 euro) is beduidend hoger dan 0 en lager dan het oude normbedrag DKG1 (nu DKG2). De

aanpassingen hebben een beperkt effect op de hoogte van de overige DKG-normbedragen. Opvallend is de sterke samenhang met de MHK-GGZ klassen.

De gevolgen voor de normbedragen volgen voor beide jaren hetzelfde patroon. De grootste veranderingen treden op bij de psychische DKG's en MHK-GGZ. De GGAA over alle normbedragen komt uit op 3,8 euro voor datajaar 2016 en 4,8 euro voor datajaar 2017.

In termen van verevenende werking duiden de maatstaven op individu en subgroepniveau op een lichte verbetering. Op individuniveau blijft de R^2 22,4%, terwijl de CPM stijgt met 0,2%-punt naar 29,9.

Op verzekeraarsniveau bedraagt de gemiddelde gewogen verschuiving in vereveningsresultaat 0,5 euro per verzekerdenjaar, variërend van -6 euro tot +2 euro. Per saldo is sprake van een lichte verslechtering van de verevenende werking op dit niveau.

3.2.3 Uitgangsmodel 2020 met HKC

Binnen het huidige ex-ante vereveningsmodel worden GGZ-cliënten met zeer hoge kosten substantieel en structureel ondergecompenseerd. Voor 2020 is besloten een HKC toe te passen. De drempelwaarde wordt zodanig vastgesteld dat de top-0,5% van volwassenen met GGZ-gebruik in aanmerking komt voor HKC. Het vergoedingspercentage boven de drempelwaarde is vastgesteld op 75%. Onderstaande tabel toont een aantal kerncijfers met betrekking tot HKC voor het Uitgangsmodel 2020, doorgerekend op het OT-bestand van 2020, dus kostenniveau van 2017. Deze uitkomsten komen goed overeen met die van het door PwC uitgevoerde partiële onderzoek op kostendata 2016.

Gemiddelde GGZ-kosten zonder HKC	279 euro
Gemiddelde GGZ-kosten met HKC	272 euro
Drempelwaarde	89.330 euro
#verzekerdenjaren HKC-pool	3.552 (0,03% van alle verzekerdenjaren)
Kosten macroniveau HKC-pool	99,6 miljoen (2,6% van totale GGZ-kosten)

Geconcludeerd kan worden dat de impact van HKC op de normbedragen beperkt is. De totale GGAV van 1,7 euro wordt zoals verwacht gedomineerd door veranderingen bij de psychische DKG's en MHK-GGZ.

De verevenende werking verbetert bij de HKC op individu- en subgroepniveau. De R^2 stijgt van 22,4% naar 24,2% en de CPM van 29,9% naar 30,0%. Het gaat hierbij puur om de voorspelling van de risicodragende kosten. De compensatie vanuit de HKC is hierbij niet meegeteld. Op verzekeraarsniveau zijn zeer beperkte effecten waarneembaar. De gemiddelde gewogen absolute resultaatsverschuiving bedraagt 0,7 euro per verzekerdenjaar, variërend van -3 euro tot +3 euro.

3.3 Model voor het verplicht eigen risico

3.3.1 Stabiliteit (effect nieuwe data)

Het eigenrisicomodel van 2019 is al jaren uitermate stabiel. Doorrekening op de nieuwe 2017-data geeft nagenoeg dezelfde normbedragen.

De meeste kengetallen voor de verevenende werking blijven gelijk of verbeteren licht. Zo blijft de R^2 op individu niveau 33,6%. De GGAA op alle subgroepen daalt van 9,6 naar 9,5 euro. Op verzekeraarsniveau stijgt de R^2 van 93,1% naar 93,5% en daalt de bandbreedte met 2 euro naar 25 euro. De GGAA neemt echter toe met 0,1 euro en komt uit op 3,1 euro.

3.3.2 Uitgangsmodel 2020 vergeleken met model 2019 (2017 data)

Het uitgangsmodel 2020 wijkt op enkele onderdelen af van het model 2019. Het betreft de uitbreiding van AVI met 65-69-jarigen en de actualisatie van het regiocriterium (somatisch). De normbedragen voor de nieuwe klassen voor 65-69-jarigen binnen AVI hebben plausibele waarden en zijn in lijn met de normbedragen voor de twee voorgaande leeftijdsklassen binnen de AVI-hoofdcategorieën.

De normbedragen van het uitgangsmodel wijken nauwelijks af van de normbedragen van het model 2019. De GGAV van alle normbedragen bedraagt 0,18 euro. De grootste verandering treedt op bij regio. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de verandering in opslagwijken die dit jaar is toegepast. De gevolgen voor de verevenende werking zijn zeer beperkt. Op individu niveau blijft de verevenende werking gelijk (R^2 33,6%). Op verzekeraarsniveau is het beeld ook ongewijzigd. De R^2 blijft 93,5%, de GGAA van de resultaten blijft gelijk (3,1 euro) en de bandbreedte van de resultaten blijft eveneens gelijk en bedraagt 25 euro.

4. Onderzoeksgegevens

4.1 Representativiteit / volledigheid

Er is een onderzoeksbestand opgebouwd met kostengegevens over 2017. Hiertoe is de database BASIC2017 van Vektis verrijkt met vereveningskenmerken (veelal afkomstig van ZINL). De dekking van BASIC2017 bedraagt 100%. De kosten en demografische kenmerken van BASIC2017 komen goed overeen met de informatie van ZINL. Bij de ziekenhuiszorg is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2017 en 2020 beperkt zijn. Wel zijn vanwege lumpsummen en omzetplafonds de kostengegevens representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door mediaanbedragen. Vektis heeft verder nog twee correcties uitgevoerd om de kosten representatief te maken voor 2020, te weten: (1) verwerking van de wijziging in de indeling in IC-dagen en -tarieven per 2018 en (2) verwerking van de prijsarrangementen 2017 voor enkele dure verstrekte geneesmiddelen.

Voor de geneeskundige GGZ is een databestand van het ZIN ontvangen met DBC-declaraties over 2017 (negen kaskwartalen). De kosten betreffende de

geneeskundige GGZ zijn geschoond voor (nog niet verwerkte) contractafspraken door de tarieven uit de declaraties te vervangen door de maximumtarieven van de NZa. Vervolgens zijn de bedragen geaggregeerd naar verzekerdenniveau en de kosten van de Generalistische Basis GGZ en van de langdurige GGZ (LGGZ) vanuit BASIC erbij opgeteld. Wat betreft de LGGZ is dit het eerste jaar waarin deze kosten rechtstreeks uit BASIC komen en niet (mede) afgeleid dienden te worden uit AWBZ-data.

Om het onderzoeksbestand met data van 2017 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2020 zijn de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2018-2020 in de kosten verwerkt. De V&V-kosten zijn met 10% opgehoogd vanwege de afspraken uit de bestuurlijke akkoorden. Daarnaast is een bewerkingsslag uitgevoerd op de geraamde meerkosten bij ziekenhuizen in verband met het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Verder zijn de kosten van ziekenvervoer aangepast vanwege de budgetverschuivingen tussen RAV-regio's die van 2017-op-2018 zijn opgetreden door de aanpassingen in spreiding en beschikbaarheid van ambulancevervoer. Ook zijn de risicodragende kosten uitgebreid met de kosten van (een deel van) extramuraal behandeling door specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Ten slotte is rekening gehouden met de prijsarrangementen voor extramuraal voorgeschreven dure geneesmiddelen. Overigens zijn hierbij alleen de prijsarrangementen die betrekking hebben op 2017 in de kosten verwerkt omdat voldoende gedetailleerde informatie over latere jaren nog niet beschikbaar was.

4.2 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties in 2017 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse vergeleken met 2016. De patronen in 2017 lijken sterk op die in 2016. De veranderingen van 2016 op 2017 zijn in het algemeen beperkt en de grotere veranderingen zijn goed verklaarbaar. Dat geldt ook voor de (ver)nieuw(d)e vereveningscriteria en risicoklassen die bij de risicoverevening van 2020 betrokken zullen worden.

De vereveningscriteria blijken op verzekeraarsniveau stabiel te zijn dan vorig jaar. In tegenstelling tot vorig jaar zijn er geen extremen, wat inhoudt dat de relatieve portefeuillesamenstellingen van verzekeraars minder sterk zijn gewijzigd.

4.3 Ontwikkeling kostenpatronen

De kostenpatronen in 2017 bij de somatische zorg zijn vergelijkbaar met de kostenpatronen in 2016. Opvallende veranderingen zijn veelal verklaarbaar. Dit geldt zowel op verzekeraarsniveau alsook op het niveau van de vereveningscriteria. Bij de risicoklassen met duidelijke ontwikkelingen in de zorgkosten is meestal een relatie te leggen met de ontwikkeling van de prevalenties.

De aanpassingen van SES leiden tot hogere kosten voor de hogere leeftijdsklassen. Dit heeft twee oorzaken. Het verhogen van de oudere leeftijdsgrens (van 65 naar 70) en het niet meer wegen van inkomen van stervenden (hele jaarinkomen telt nu mee).

Bij de kosten GGZ is eenzelfde beeld waarneembaar. Over het algemeen is sprake van stabiele ontwikkelingen zowel op het niveau van de (enkelvoudige) risicoklassen alsook op het niveau van verzekeraars. De nieuwe DKG voor gebruikers van de Basis GGZ in het voorgaande jaar, heeft in beide datajaren gemiddelde kosten van rond de 800 euro. De gemiddelde kosten voor de nieuwe AVI-klassen voor 65-69-jarigen binnen de hoofdcategorieën IVA, arbeidsongeschikt en bijstand zijn 200 tot 450 euro hoger dan die van dezelfde leeftijdsgroep binnen de zelfstandigen en verzekerden in de referentiegroep. Deze uitbreiding kan dus ook voor de GGZ als zinvol worden beschouwd.

4.4 Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico

De patronen van de betalingen onder het eigen risico zijn in de 2017 data goed vergelijkbaar met de patronen in de 2016-data. Dit geldt voor de verdeling van de eigen betalingen naar leeftijd en geslacht en voor de frequentieverdeling van de kosten.