

WOR 1261 Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2025-2026

Inleiding

Het onderzoek naar de risicoverevening wordt onderverdeeld in de volgende categorieën:

- 1. Regulier groot onderhoud aan bestaande kenmerken*
Het streven is om onderzoek naar bestaande inhoudelijke kenmerken zoals DKG, FKG en HKG gemiddeld één keer in de drie jaar uit te voeren om ontwikkelingen in de zorg mee te nemen. De cyclus van drie jaar is geen wet van Meden en Perzen. Het kan wenselijk zijn dat onderzoek eerder of later wordt gepland bijvoorbeeld vanwege ontwikkelingen. De WOR kan dus beredeneerd van de een keer in de drie jaar afwijken. De niet-inhoudelijke kenmerken, zoals MHK, MVV en leeftijd/geslacht, lopen niet mee in deze cyclus. Kenmerken als MVV en MHK zijn gebaseerd op kosten en worden alleen onderzocht als, bijvoorbeeld door de OT, hier aanleiding toe wordt gegeven. Mocht andere nieuwe informatie aanleiding geven tot een onderzoek op één van de kenmerken, dan kan dit onderzoek op dat moment incidenteel toegevoegd worden aan de onderzoeksagenda. Om bovenstaande te bepalen lopen we bij het opstellen van het jaarlijkse onderzoeksprogramma de bestaande kenmerken langs.
- 2. Onderzoek vanwege beschikbaarheid van nieuwe data*
Dit onderzoek wordt enkel uitgevoerd wanneer de verwachting is dat de data een grote voorspellende waarde hebben voor de zorgkosten.
- 3. Onderzoek vanwege bekostigingswijzigingen*
Indien de bekostiging in een sector wijzigt, is het van belang om te kijken of het gepaard gaat met een schadelastverschuiving tussen groepen verzekerden. Indien er sprake is van een substantiële schadelastverschuiving zal gekeken worden of er een conversieonderzoek kan worden uitgevoerd. Daarnaast kunnen ook sectoroverstijgende bekostigingswijzigingen, zoals bundelbekostiging, aanleiding zijn voor onderzoek.
- 4. Onderzoek vanwege overhevelingen van zorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw)*
Indien zorg die nu in de Wlz of Wmo zit wordt overgeheveld naar de Zvw, is het van belang om deze zorgkosten goed te kunnen voorspellen.
- 5. Onderzoek op het terrein waar nog restrisico's worden gezien.*
Onderzoek met zowel ex-ante als meer ex-post oplossingen om verzekeraars beter te compenseren voor groepen verzekerden waar nog restrisico's worden gezien.
- 6. Onderzoek naar aandoeningsgerichte vereveningskenmerken onder andere met het oog op passende zorg*
Onderzoek dat zich richt op (de transitie naar) het compenseren gebaseerd op aandoeningen onder andere met het oog op passende zorg (initiatieven).¹ Dit onderzoek verkent een alternatieve opbouw van de vereveningskenmerken en heeft daarom het karakter van een meerjarig traject.
- 7. Jaarlijks terugkerende onderzoeken*
Onderzoeken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de risicoverevening (OT, Monitor, Gegevensfase etc.) zullen worden gecontinueerd. Deze onderzoeken zijn niet opgenomen in dit onderzoeksprogramma.

¹ Het evalueren van de prikkels voor passende zorg en de juiste zorg op de juiste plek is expliciet onderdeel van het toetsingskader (WOR 1130). Ieder onderzoek uitgevoerd in WOR-verband heeft daarmee aandacht voor de prikkels voor passende zorg in de risicoverevening. Onderzoeken over passende zorg in deze categorie hebben daarentegen als hoofddoel de beweging naar passende zorg vanuit de risicoverevening zo veel als mogelijk te accommoderen, bijvoorbeeld door te zoeken naar een andere opbouw van vereveningskenmerken.

Leeswijzer

Hieronder volgt het onderzoeksprogramma. De onderzoeken zijn opgedeeld in drie categorieën:

- A. Onderzoeken die worden uitgevoerd in 2025-2026²
- B. Onderzoeken die worden uitgevoerd in 2026-2027 (inventariserend: volgend jaar wordt bepaald hoeveel onderzoeken uitgevoerd kunnen worden en welke de hoogste prioriteit hebben)
- C. Onderzoeksvoorstellen die mogelijk op de langere termijn worden uitgevoerd

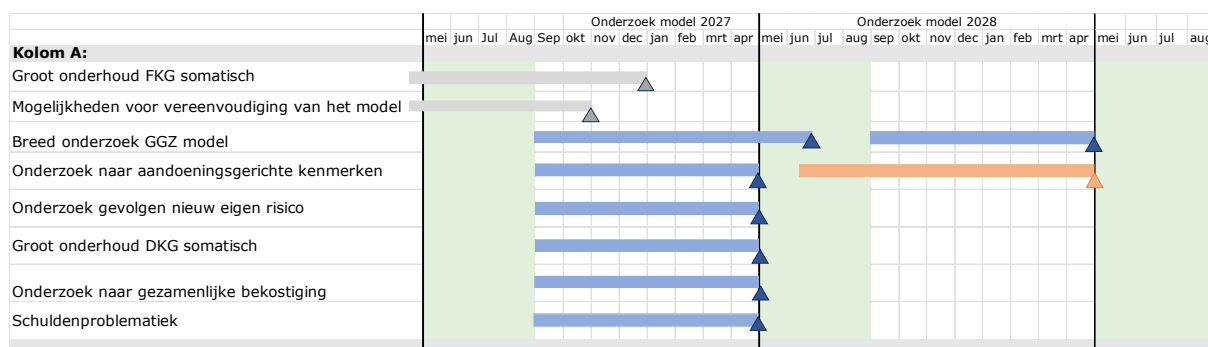
Achter elk onderzoek is aangegeven op welke gronden het onderzoek op het onderzoeksprogramma is opgenomen. De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de opsomming in de inleiding. De volgorde van de genoemde onderzoeken is willekeurig.

Aantal	A: 2025-2026	B: 2026-2027 (voorlopig)	C: Langere termijn
1	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening (deel III) (5,6)	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening (deel IV) (5,6)	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening, gebruik nieuwe databronnen (deel V) (2,5,6)
2	Breed onderzoek ggz-model (deel I) (1,3,5)	Breed onderzoek ggz-model (deel II) (1,3,5)	Constrained Regression (1)
3	Gevolgen nieuwe vormgeving eigen risico risicovereveningsmodel (3)	Groot onderhoud regiocriterium somatisch en ggz (1)	Hulpmiddelen in de risicoverevening (1,3) ³
4	Groot onderhoud DKG-somatisch (1)	Groot onderhoud FDG (1)	Machine Learning (2)
5	Schuldenproblematiek (2)	Groot onderhoud IBZ (1)	Buitenlandzorg en de risicoverevening (5)
6	Gezamenlijke bekostiging (3, 5)	Impact van modelwijzigingen op doelmatigheid en relevante toetsingsmaatstaven (5)	Gebruikers jeugdhulp (2)
7		Schattingen op recentere data (3)	

Sommige onderzoeken zijn meerjarig. Als dat het geval is, dan wordt dat in de beschrijving van het onderzoek aangegeven. Daarnaast wordt de doorlooptijd van de de onderzoeken uit kolom A en kolom B in onderstaand schema weergegeven, om de meerjarigheid duidelijker te maken. N.B. Het schema geeft een grobe indicatie van de start- en looptijd van onderzoeken. De daadwerkelijke maanden waarin het onderzoek loopt kan dus afwijken van dit schema. Per onderzoek zal bepaald worden wat hierin wenselijk is.

² Merk op dat er twee onderzoeken van het onderzoeksjaar 2024-2025 nog doorlopen in de tweede helft van 2025. Het gaat om deel 2 van het Groot onderhoud FKG en deel 2 van mogelijkheden voor vereenvoudigingen.

³ Zorgverzekeraars bevestigen dat zij in de leidende positie zijn om tot een structurele oplossing te komen. De WOR verwacht dan ook dat zij zich het komende jaar zullen blijven inspannen om de registratie zo op orde te krijgen, opdat hulpmiddelengebruik weer benut kan worden voor de risicoverevening.



Categorie A: onderzoeken per 2025-2026

1. Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening (deel III)

Dit onderzoek maakt deel uit van een meerjarentraject naar meer aandoeningsgerichte kenmerken. Dit vervolgonderzoek gaat verder met de aanbevelingen uit voorgaande onderzoeken (deel I en deel II). Allereerst moeten er een aantal uitgangspunten of kaders gedefinieerd worden voor aandoeningsgerichte verevening. Te denken valt aan aspecten zoals de rol van huidige kenmerken (de socio-demografische kenmerken evenals de morbiditeitskenmerken die aanvullend gebruikt kunnen worden aan de huidige set van aandoeningsgerichte kenmerken) binnen het nieuwe model, de gewenste mate van transparantie en uitlegbaarheid van compensaties en uitvoerbaarheid. Vervolgens dienen de aandoeningen, zoals gedefinieerd in deel II, verder te worden uitgewerkt tot aandoeningsgerichte modelkenmerken. Ook moet gekeken worden naar de verdere uitwerking en vormgeving van eenjarige-, meerjarige- en levenslange kenmerken en eventuele samenvoeging/integratie met (elementen van) het huidige model. Vervolgens dient er in dit onderzoek een beeld geschetst te worden van hoe een mogelijk werkend aandoeningsgericht risicovereveningsmodel er uit kan zien en een afweging gemaakt moet worden of dat (nu al) zinvol genoeg is. De verwachting is dat onderhavige vervolgonderzoek (deel III) nog niet zal leiden tot een modelwijziging. De reden hiervoor is dat er nog een aantal punten zijn die gedegen onderzoek vergen. Aandoeningsgericht verevenen is een groot en complex onderwerp, dat zorgvuldig en goed onderzocht moet worden voordat het geïmplementeerd kan worden (als daartoe besloten wordt).

2. Breed onderzoek ggz-model (deel I)

Een omvangrijk en breed onderzoek naar de ggz is wenselijk. Allereerst heeft er een grote wijziging in de bekostigingsstructuur plaatsgevonden met de invoering van het ZPM (2022). Met deze grote bekostigingswijziging staat er nieuwe informatie op de declaraties, maar zullen onder andere ook de diagnoses die van belang zijn voor de huidige vormgeving van het DKG-ggz-kenmerk vanaf 2028 niet meer als zodanig op de factuur staan. Het DKG-ggz-kenmerk moet dus ook opnieuw moeten worden vormgegeven. In dit onderzoek kan fundamenteel gekeken hoe het ggz-model verbeterd kan worden en aangepast kan worden aan de nieuwe bekostigingsstructuur. De overgang naar ZPM-gegevens wordt ook nadrukkelijk gezien als een kans om breder te kijken naar het ggz-model. Het ggz-model presteert op veel vlakken namelijk minder goed dan het somatische model. Gezien de omvang en complexiteit van het onderwerp is gekozen voor een onderzoek in twee delen. Hierin staat deel I (2025-2026) in het teken van een breed onderzoek naar mogelijkheden om een nieuw kenmerk vorm te geven ter vervanging van de DKG-ggz en het onderzoeken van alternatieve mogelijkheden om het model te verbeteren. Onderwerpen die hierin aan bod kunnen komen zijn: het toepassen van ZPM-gegevens in DKG-ggz, het samenvoegen van het ggz-model en het somatische model, en het beveiligingsniveau in intramurale zorg. Ex post maatregelen vormen geen onderdeel van dit onderzoekstraject.

3. Gevolgen nieuwe vormgeving eigen risico risicovereveningsmodel

In het hoofdlijnenakkoord "HOOP, LEF EN TROTS" is afgesproken dat het verplicht eigen risico wordt gewijzigd. Per 2027 wordt het verplicht eigen risico verlaagd naar € 165. Daarnaast wordt de vormgeving van het eigen risico aangepast in de medisch-specialistische zorg naar een maximum van € 50 per declarabele prestatie (diagnosebehandelcombinatie of overig zorgproduct).

Deze wijziging heeft gevolgen voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico die zorgverzekeraars van hun verzekerden ontvangen. De effecten zijn waarschijnlijk niet evenredig over de zorgverzekeraars verdeeld. Bij de schatting van het eigenrisicomodel voor 2027 (en de jaren daarna) zal daarom rekening moeten worden gehouden met deze aangepaste vormgeving van het eigen risico.

4. Groot onderhoud somatische Diagnose Kosten Groepen (DKG)

Groot onderhoud DKG somatisch vond plaats in 2019-2020 en het zou dus in 2022-2023 weer aan de beurt geweest zijn. Het datajaar 2020 bleek voor wat betreft de DKG's niet bruikbaar vanwege de invloed van Covid-19 op met name de ziekenhuiszorg. In onderzoeksjaar 2022-2023 is de clustering van de DKG's geüpdatet. Deze clustering wordt in dit groot onderhoud opnieuw gedaan. Daarnaast kunnen aanbevelingen uit voorgaand groot onderhoud en het onderzoek chronisch zieken (WOR 1060) worden meegenomen.

5. Schuldenproblematiek

Uit het groot onderhoud van AVI, SES en PPA is gebleken dat verzekerden met schulden bij de belastingdienst verlieslatend zijn. De data van de Belastingdienst lijken kansrijk om deze groep beter te kunnen compenseren. In een onderzoek kan worden gekeken of en hoe gegevens van de belastingdienst het beste meegenomen kunnen worden in de risicoverevening.

6. Gezamenlijke bekostiging

Voor een groeiend aantal zorgsoorten geldt dat er sprake is van gezamenlijke bekostiging of gezamenlijke zorginkoop. Zorgverzekeraars maken zich zorgen dat zulke gezamenlijke bekostiging of zorginkoop voor verzekeraars ongelijke gevolgen kunnen hebben die kunnen leiden tot een ongelijk speelveld of prikkels tot risicoselectie. Voorbeelden van gezamenlijke bekostiging die gereguleerd wordt door de overheid zijn de budgetbekostiging van de ambulancezorg en straks mogelijk ook de budgetbekostiging van de spoedeisende zorg. Soms spreken zorgverzekeraars zelf af om gezamenlijk in te kopen, bijvoorbeeld omdat zij gezamenlijk een sterkere onderhandelingspositie hebben. Een voorbeeld hiervan is de inkoop van extreem dure behandelingen, zoals Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP's). Dit onderzoek brengt in kaart welke vormen van gezamenlijke bekostiging of zorginkoop bestaan die relevant zijn voor risicoverevening en bij welke zorgsoorten deze vormen van gezamenlijke bekostiging of zorginkoop voorkomen of in de nabije toekomst zullen voorkomen. Daarnaast wordt de mogelijke impact op het gelijk speelveld en de prikkels tot risicoselectie van vormen van (toekomstige) gezamenlijke bekostiging of zorginkoop verkend. Indien de uitkomsten van deze stappen daar aanleiding toe geven, worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek binnen en/of buiten de risicoverevening. Dit onderzoek heeft niet als doel om tot een modelwijziging te komen.

Categorie B: onderzoeken 2026-2027

1. Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening (deel IV)

Dit onderzoek maakt deel uit van een meerjarentraject naar meer aandoeningsgerichte kenmerken. Dit vervolgonderzoek gaat allereerst verder met de aanbevelingen uit voorgaande onderzoeken (delen I, II en III). Na deel III is het van belang dat, indien overgang naar gebruik van aandoeningsgerichte kenmerken gewenst is, er ook nagedacht wordt over de transitie (deel IV). Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de inrichting van de systemen, de onderhoudscyclus, het construeren en onderhouden van de nieuwe kenmerken, maar ook de stappen die nodig zijn in de overgangperiode van het huidige model naar een aandoeningsgericht model.

2. Breed onderzoek ggz-model (deel II)

Dit onderzoek is onderdeel van een tweedelig onderzoek naar het ggz-model. Deel II (2026-2027) staat in het teken van het volledig uitwerken van aanbevelingen en modelvarianten die voortvloeien uit deel I, zodat er voor model 2028 een geheel implementeerbaar ggz-model ligt.

Onderdeel daarvan is ook het toetsen van nieuwe (op ZPM-gegevens gebaseerde) kenmerken op stabiliteit. Ex post maatregelen vormen geen onderdeel van dit onderzoekstraject.

3. Groot onderhoud regiocriterium somatisch en ggz

Omdat het regiocriterium somatisch en ggz met ingang van 2017-2018 en 2021-2022 respectievelijk vereenvoudigd is, kan de indeling in het regiocriterium elk jaar worden geactualiseerd zonder een groot onderhoud. Samen met de druk op het onderzoeksprogramma van afgelopen jaren zorgt dit ervoor dat het groot onderhoud regio somatisch de afgelopen jaren is uitgesteld. In onderzoeksjaar 2026-2027 is ook regiocriterium ggz aan de beurt voor groot onderhoud. In het onderzoek wordt gekeken naar hoe rekening kan worden gehouden met het feit dat het CBS is gestopt met het onderscheid westerse en niet-westerse migranten (zij blijven wel het land van herkomst registreren) en met het feit dat er de komende jaren geen nieuwe gegevens komen over intramurale ggz-locaties. Het onderscheid westers en niet-westerse migranten vormt op dit moment een onderdeel van het huidige somatische regiocriterium en gegevens over intramurale ggz-locaties worden gebruikt in het ggz regiocriterium. Daarnaast wordt de relevantie van het kenmerk tegen het licht gehouden. Een aantal hierboven genoemde onderliggende kenmerken die gebruikt worden voor de schatting van dit kenmerk vallen weg. Daarnaast verschuiven ieder jaar relatief veel postcodes van cluster en de toegevoegde waarde in termen van verevenende werking is (zeer) beperkt. Ook zou gekeken kunnen worden naar de beschikbaarheid en mogelijke toegevoegde waarde van de SES-indicator op wijkniveau van het CBS voor groot onderhoud naar het regiokenmerk. Voor model 2026 loopt er een onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen. Dit onderzoek kan leiden tot aanpassingen in de vormgeving van het regiocriterium. Deze aanpassingen en eventuele aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek dienen meegenomen te worden in dit groot onderhoud.

4. Groot onderhoud FDG

In dit groot onderhoud FDG wordt het kenmerk geactualiseerd op basis van onder andere pakketwijzigingen en aanbevelingen uit voorgaand groot onderhoud. Daarbij wordt ook onderzocht of het kenmerk vereenvoudigd of zelfs afgeschaft kan worden. Het laatste groot onderhoud FDG vond plaats in 2020-2021 en het zou dus in 2023-2024 weer aan de beurt geweest zijn. Dit onderzoek staat echter in kolom B omdat er de afgelopen jaren geen grote pakketwijzigingen zijn geweest.⁴ De aanbevelingen die in het onderzoek chronisch zieken (WOR 1060) zijn gedaan om te kijken naar kenmerken gebaseerd op paramedie (ergotherapie en dietetiek), kunnen ook nog niet verder opgepakt worden. Dat komt omdat uit het voorgaand groot onderhoud FDG is gebleken dat er voor deze vormen van paramedie eerst een verbetering in de registratie is vereist. Er zijn nog geen signalen dat dit is gebeurd.

5. Groot onderhoud IBZ

In dit onderzoek wordt groot onderhoud uitgevoerd aan het IBZ-kenmerk, dat in 2023 is geïntroduceerd en in 2024 is verfijnd. In dit onderhoud wordt het kenmerk geactualiseerd en wordt er gekeken naar de aanbevelingen uit voorgaande onderzoeken (WOR 1084 en WOR 1161). In dit onderzoek wordt ook de gehanteerde definitie van 'zwangerschapskosten' onderzocht en geactualiseerd. Daarnaast zou gekeken kunnen worden naar het opsplitsen van betreffende kosten in kosten die duiden op een zwangerschap en kosten die duiden op een bevalling.

6. Impact modelwijzigingen op doelmatigheid en relevante toetsingsmaatstaven

In dit onderzoek staat de vraag centraal of theoretische perverse prikkels tot doelmatigheid ook in de realiteit leiden tot ander declaratiegedrag. Dit kan onderzocht worden door na te gaan of het declaratiepatroon (met name rondom drempelwaarden) wijzigt na de invoering van een modelwijziging. Het is daarvoor wel van belang om eerst een duidelijke hypothese te hebben, alvorens over te gaan tot het toetsen daarvan. Aangezien deze concrete hypothese op dit moment ontbreekt, staat dit onderzoek onder kolom B. Daarnaast wordt ook aan onderzoekers gevraagd na

⁴ In 2025 is de aanspraak op fysiotherapie voor COPD en reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen verruimd. De benodigde data om deze pakketwijzigingen in het risicovereveningsmodel te verwerken zijn echter op z'n vroegst pas in onderzoeksjaar 2027-2028 beschikbaar.

te denken wat goede toetsingsmaatstaven zijn voor het beoordelen van modelwijzigingen op doelmatigheid. De toetsingsmaatstaven zoals opgenomen in het toetsingskader vormen hierbij het uitgangspunt.

7. Schatting op recente gegevens

De schatting van de ex ante risicovereveningsmodellen is gebaseerd op drie jaar oude gegevens. Een van de belangrijkste redenen hiervoor is dat ggz-dbc's in het verleden een jaar lang konden doorlopen en dus relatief laat gedeclareerd konden worden. Met de invoering van het ZPM in 2022 zijn deze langlopende dbc's opgehouden te bestaan. Dit onderzoek brengt in kaart op welke plekken in de risicoverevening het opportuun is om gebruik te maken van recentere gegevens en wat de voor- en nadelen hiervan zijn. Dit zou zowel voor het somatisch model als het ggz-model onderzocht kunnen worden.

Categorie C: onderzoeken langere termijn

1. Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening, gebruik nieuwe databronnen (deel V)

Dit onderzoek maakt deel uit van een meerjarentraject naar meer aandoeningsgerichte kenmerken. Het gebruik van nieuwe databronnen kan de risicoverevening verbeteren. Het heeft potentie om de verevenende werking te verhogen en biedt ook kansen voor om een meer aandoeningsgerichte verevening verder door te ontwikkelen, waarbij de prikkels tot passende zorg verder geborgd in het vereveningsmodel worden. Voordat er onderzoek gedaan kan worden naar de impact en eventuele toepassing in de risicoverevening van nieuwe databronnen, zijn er nog stappen te nemen. VWS moet eerst een verkenning uitvoeren wat de mogelijkheden zijn om deze data volledig en betrouwbaar te ontsluiten voor de risicoverevening. De verwachting is dat de verkenning naar deze data meerdere jaren kan duren. Daarom staat dit onderzoek op dit moment in categorie C. N.B. een eventuele implementatie van een meer aandoeningsgericht model voor de risicoverevening (als daartoe wordt besloten) hoeft niet te wachten op de afronding van dit onderzoek. Dit onderzoek zou ook na implementatie basis kunnen bieden voor een verdere verbetering van een aandoeningsgericht model.

2. Constrained Regression

In onderzoeksjaar 2023-2024 is het meest recente onderzoek naar constrained regression uitgevoerd. In dit onderzoek zijn verschillende definities onderzocht om een constraint op te baseren. Op dit moment zijn er geen aanknopingspunten om een nog betere definitie te vinden. Wel kan het in de toekomst interessant zijn om te kijken naar de ZIN aandoeningen lijst als deze verder wordt doorontwikkeld, of naar huisartsendata, op het moment dat de effecten van Covid-19 hier uit zijn verdwenen.

3. Hulpmiddelen in de risicoverevening

Voor model 2025 en verder is besloten om de Hulpmiddel Kosten Groepen (HKG) in zijn geheel uit het model te laten. De reden is dat er registratieproblemen spelen. In onderzoeksjaar 2024-2025 is een onderzoek gedaan naar een tijdelijke oplossing voor het wegvallen van de HKG. Daarnaast wordt er gezocht naar een structurele oplossing. Voordat een structurele oplossing is gevonden en er voldoende data is om een hulpmiddelkenmerk op vorm te geven, zijn we naar verwachting flink wat jaren verder. Er moet dan opnieuw onderzoek gedaan worden hoe de hulpmiddelen in de risicoverevening moeten landen. Het is belangrijk dat de grootste prioriteit in dit dossier bij de structurele oplossing blijven liggen.

4. Machine Learning

Machine learning (ML) biedt kansen om de huidige data op een andere manier te gebruiken en zo het model te verbeteren. Vanwege het gebrek aan transparantie is een ML-model op dit moment (nog) niet geschikt ter vervanging van het risicovereveningsmodel. ML kan bijvoorbeeld wel gebruikt worden om interacties tussen variabelen op te sporen en variabelen met de hoogste verklaringskracht te selecteren. Afgelopen jaren zijn er steeds meer wetenschappelijke

onderzoeken gedaan naar de toepassingsmogelijkheden van Machine Learning ten behoeve van de risicoverevening. In dit verkennend onderzoek wordt de bestaande literatuur samengevat en wordt gekeken welke toepassingen behulpzaam kunnen zijn voor het Nederlandse risicovereveningsmodel. Een voorbeeld is of we door middel van ML kunnen komen tot een meer optimale set van variabelen waarmee de huidige OLS-regressie tot een hogere verklaringskracht kan komen. Hierbij dient aandacht te zijn in hoeverre de nieuwe/aangepaste variabelen de prikkel tot doelmatigheid beïnvloeden.

5. Buitenlandzorg en de risicoverevening

Verzekerden mogen voor zorg uitwijken naar het buitenland. Het is echter mogelijk dat deze verzekerden ondergecompenseerd worden vanuit de risicoverevening. Dit kan onwenselijk zijn als dit leidt tot een ongelijk speelveld en een barrière om zorg te organiseren in het buitenland als dat het meest passend is. Een mogelijke reden waardoor er ondercompensatie kan ontstaan is dat buitenlandse zorgaanbieders niet vanzelf volgens dezelfde administratieve voorwaarden als Nederlandse zorgaanbieders declareren. Hierdoor leiden de behandelingen niet automatisch tot indeling in een morbiditeitskenmerk. Kosten van zorg in het buitenland worden overigens wél automatisch meegenomen in de kostenkenmerken, zoals MHK. Het kan echter zo zijn dat deze kosten te laat worden gedeclareerd om in het onderliggende Kosten Per Verzekerde (KPV) bestand te worden meegenomen. Verzekeraars kunnen met buitenlandse zorgaanbieders afspraken maken om de juiste administratie aan te houden. Dit is echter alleen realistisch bij buitenlandse aanbieders met een zeer groot Nederlands patientenaandeel. In dit onderzoek wordt gekeken of en in welke mate de risicoverevening leidt tot ondercompensatie van verzekerden die zorg in het buitenland gebruiken. Vervolgens kunnen mogelijke oplossingsrichtingen verkend worden. N.B. Dit onderzoek heeft betrekking op ingezetenen, en dus niet op niet-ingezetenen.

6. Gebruikers jeugdhulp

Gebruikers van jeugdhulp hebben naar verwachting een grotere kans om, als zij eenmaal volwassen zijn, gebruik te maken van de ggz die onder de Zvw valt. Het CBS heeft een betrouwbare en nagenoeg complete registratie op persoonsniveau van gebruikers jeugdhulp vanaf 2015. Dit onderzoek bekijkt of deze registratie van toegevoegde waarde is voor de risicoverevening. Een belangrijk nadeel is dat het nog niet duidelijk is of en hoe data uit het CBS ook daadwerkelijk voor de risicoverevening gebruikt kunnen worden, dit vergt uitzoekwerk voordat dit onderzoek kan starten.