Bijlage 1 Resultaten onderzoeken risicoverevening

In deze bijlage ga ik in op de resultaten van de onderzoeken die zijn uitgevoerd in de periode 2016-2017. Daarbij houd ik de volgorde en speerpunten aan zoals die ook zijn opgenomen in het meerjarig onderzoeksprogramma. Dit meerjarig onderzoeksprogramma heb ik op 16 september 2016 aan de Tweede Kamer gestuurd. Vanwege het meerjarige karakter van het onderzoeksprogramma wordt een deel van de onderzoeken pas na 2016-2017 uitgevoerd. Deze onderzoeken worden niet besproken in dit overzicht.

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

Profielen/zorgtrajecten cliënten wijkverpleging
In 2016 is een kenmerk toegevoegd aan het risicovereveningsmodel gebaseerd op de kosten voor wijkverpleging in het voorgaande jaar (VGG). Dit kenmerk is toegevoegd om de verevenende werking van het model te verbeteren, maar vanwege een mogelijke ongewenste invloed op doelmatigheidsprikkels heeft het de voorkeur om dit kenmerk op korte termijn te vervangen door een meer zorginhoudelijk kenmerk. Het onderzoek richt zich op een meer inhoudelijke vormgeving van het kenmerk. Gezien er maar beperkt consensus is over voorspellende factoren voor gebruik van wijkverpleging en veel factoren niet te operationaliseren zijn vanwege gebrek aan registraties die bruikbaar zijn voor de risicoverevening, blijkt het op dit moment lastig om VGG te vervangen door een alternatief kenmerk. Er zijn enkele modellen doorgerekend met een alternatief kenmerk (cliëntprofielen wijkverpleging), maar deze modellen kennen nog een aanzienlijke ondercompensatie van gebruikers wijkverpleging en scoren slechter qua verevenende werking. De afweging tussen de doelstellingen van de risicoverevening (gelijk speelveld voor zorgverzekeraars, prikkels wegnemen voor risicoselectie en bevorderen van doelmatigheid) leidt tot de conclusie om per 2018 het huidige VGG-kenmerk niet te vervangen door een kenmerk gebaseerd op cliëntprofielen. Wel zal de klasse met de hoogste kosten binnen het kenmerk worden opgesplitst in een groep onder de achttien jaar en boven de achttien jaar. Hierdoor worden verzekeraars beter gecompenseerd voor uitgaven aan intensieve kindzorg. Ook zijn er aanbevelingen gedaan voor verschillende vervolgonderzoeken.

Meervoudige diagnosekostengroepen
De diagnosekostengroepen (DKG's) zijn een belangrijk onderdeel van het risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten. Op basis van ziekenhuisdeclaraties van jaar t-1 worden verzekerden ingedeeld bij één van de vijftien DKG's. Diagnosekostengroepen dragen bij aan de compensatie van chronisch zieken. Het onderzoek is gericht op onderhoud aan het DKG-criterium en het in kaart brengen van de toegevoegde waarde van het gebruik van meervoudige DKG's. Het belangrijkste resultaat van het onderhoud is de uitbreiding met tien extra subgroepen die gebruikt worden voor afleiding van de DKG's. Hierdoor ontvangen verzekeraars een betere compensatie voor vroeggeborenen, verzekerden met een diagnose op het gebied van geriatrische revalidatiezorg en personen die een niertransplantatie hebben ondergaan. Daarnaast is onderzocht wat het effect is van meervoudige DKG's. Tot en met 2017 werd daarbij alleen de DBC gebruikt met de hoogste vervolgkosten. Bij meervoudige DKG's wordt ook een tweede DBC meegenomen, indien de behandeling voor een andere aandoening is. Door deze aanpassing houden we beter rekening met comorbiditeit en verbetert de verevenende werking. Dit draagt bij aan de doelen gelijk speelveld voor zorgverzekeraars en het tegengaan van risicoselectie. Het model wordt door het gebruik van meervoudige DKG's alleen iets complexer. Maar door het toevoegen van de diagnoses geriatrische revalidatiezorg aan de DKG's wordt het kenmerk dat gebaseerd is op gebruik van geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar overbodig, wat het model weer eenvoudiger maakt.

Betere compensatie voor (jonge) kinderen en bevallingen
Het onderzoek is gericht op het verbeteren van de compensatie van (jonge) kinderen en zwangerschappen/bevallingen. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de compensatie voor nuljarigen kan worden verbeterd door onderscheid te maken tussen nuljarigen geboren in jaar t-1 en nuljarigen geboren in jaar t.

Dit draagt bij aan een betere verevenende werking en het tegengaan van risicoselectie. Voor de overige kinderen en voor zwangerschappen/bevallingen heeft het onderzoek (nog) niet geleid tot concrete aanpassingen, maar wel tot diverse aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

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

Scheiding orthodoxe en onorthodoxe kenmerken
Met ingang van het vereveningsjaar 2016 bevat het risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten vereveningscriteria gebaseerd op kosten van verpleging en verzorging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar. De criteria dragen bij aan de verevende werking, maar zijn in termen van prikkelwerking niet optimaal. Daarom is bij de introductie aangegeven dat de criteria zo snel mogelijk vervangen worden door andere medisch inhoudelijke kenmerken. Uit het onderzoek naar profielen/zorgtrajecten cliënten wijkverpleging is gebleken dat het lastig is om op korte termijn tot een meer inhoudelijk kenmerk te komen. Daarom is ook gekeken naar alternatieven in de vormgeving van deze onorthodoxe kenmerken. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat alternatieve vormgevingen van deze kenmerken mogelijk zijn. Er zijn varianten doorgerekend waarin de onorthodoxe kenmerken zijn gebaseerd op kosten in t-2 (ipv t-1) of een combinatie van kosten in t-1 en t-2 (vergelijkbaar met het kenmerk Meerjarig Hoge Kosten). Deze vormgeving heeft naar verwachting een positief effect op de doelmatigheidsprikkels, maar de verevenende werking van de alternatieven is minder dan bij de huidige criteria. Daarom is besloten om voor de risicoverevening van 2018 te blijven bij de huidige vormgeving. Wel zal het kenmerk gebaseerd op kosten van de geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar per 2018 niet meer opgenomen worden in het risicovereveningsmodel, omdat hiervoor medisch inhoudelijke criteria zijn gevonden. Volgend jaar kan als vervolg op dit onderzoek worden verkend of een apart kenmerk Meerjarig Hoge Kosten voor de wijkverpleging wenselijk is of de kosten voor wijkverpleging kunnen worden meegenomen in het bestaande kenmerk Meerjarig Hoge Kosten.

Speerpunt C: Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ

Groot onderhoud morbiditeitkenmerken psychische aandoeningen
De risicovereveningsmodellen voor de GGZ bevatten kenmerken die gericht zijn op psychische morbiditeit. Met name de diagnosekostengroepen (DKG's) psychische aandoeningen en de zorgvraagzwaarte indicator (ZVZi) hebben een grote overlap. In dit onderzoek is gezocht naar mogelijkheden om de informatie over psychische morbiditeit te integreren waardoor de overlap kan worden beperkt en de medisch-inhoudelijke onderbouwing van de morbiditeitskenmerken kan worden verbeterd. Daarnaast is het uitgangspunt bij dit onderzoek om de modellen voor de geneeskundige en langdurige GGZ samen te voegen tot één model. Het nieuwe kenmerk cliëntprofielen GGZ dat in dit onderzoek is ontwikkeld levert een verbetering van de verevenende werking op. Wel is aanvullend onderzoek gedaan naar de stabiliteit, transparantie, complexiteit en uitvoeringslast van het nieuwe kenmerk. Op basis van het aanvullende onderzoek zijn de DKG's aangepast, waardoor deze voldoen aan de minimale eisen van transparantie, complexiteit en uitvoering. Daarbij is besloten om het vereveningskenmerk ZVZi in 2018 niet in dit model op te nemen vanwege technische problemen bij de schatting van het model en de beperkte toegevoegde waarde van de ZVZi. Deze beperking wordt waarschijnlijk veroorzaakt door dataproblemen die uiterlijk in 2016 (voor de verevening 2020) zijn opgelost. Onderzoek naar de toegevoegde waarde van ZVZi en monitoring van dataproblemen in eerdere jaren (tot 2016) blijft noodzakelijk en wenselijk, omdat de informatie uit de ZVZi inhoudelijk wel meegenomen zou moeten worden bij het toewijzen van de DKG-klasse.

Betere compensatie voor verzekerden met voorspelbaar zeer hoge kosten in de GGZ
Binnen de GGZ-gebruikers is er een kleine groep met (extreem) hoge kosten. In dit onderzoek is allereerst geprobeerd de verzekerden met extreem hoge kosten te identificeren. Verder is er gekeken naar de verbetermogelijkheden van de huidige MHK en iGGZ kenmerken gegeven het samenvoegen van de kosten van de geneeskundige en langdurige GGZ.

Naast de mogelijkheid om de groep met extreem hoge kosten via deze kenmerken beter te compenseren is ook gekeken naar de mogelijkheden van hogerisicoverevening (HRV) - door middel van vooraf verzekerden aan te wijzen waarvan de compensatie ten dele ex-post plaatsvindt - en naar het schatten van het model voor verschillende groepen verzekerden. Hoewel het vernieuwde MHK-kenmerk en iGGZ kenmerk de verevenende werking nauwelijks verbetert, draagt het wel bij tot een inhoudelijke modelverbetering omdat mensen door de toevoeging van drempelbedragen niet meer door administratieve onregelmatigheden in deze kenmerken kunnen komen. Daarnaast is uitkomst van het onderzoek dat de onderzochte HRV-pools niet voldoende verbetering opleveren om het verlies aan doelmatigheid dat HRV met zich meebrengt te rechtvaardigen en dat voor modelschattingen op afzonderlijke groepen verder onderzoek nodig is.

Speerpunt D: Meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd.

Herclassificatie chronisch zieken
Momenteel worden in het 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 als geïdentificeerd wordt op basis van aandoeningen. Daarbij zou kunnen worden aangesloten bij bijvoorbeeld de International Classification of Diseases (ICD). Ook maakt dit mogelijk het model eenvoudiger. Er loopt een vooronderzoek naar de registratie van drie grote aandoeningen (Diabetes II, COPD/astma en hart- en vaatziekten) in de data van Vektis en het herkennen en compenseren van deze verzekerden in de risicoverevening. De rest van het onderzoek zal een langere doorlooptijd hebben.

Voorspellers van gebruik en kosten in de ouderenzorg
Over de uitkomsten van het onderzoek naar voorspellers van gebruik en kosten in de ouderenzorg bent u op 6 april 2017 door middel van een brief apart geïnformeerd.[1]

Gezonde verzekerden
Dit onderzoek gaat in op de identificatie en de compensatie van gezonde verzekerden. Nagegaan is hoe gezonde verzekerden geïdentificeerd kunnen worden (wat zijn hun kenmerken?) en hoe hun compensatie op dit moment is in de risicoverevening. Hieruit blijkt dat verzekeraars op dit moment overgecompenseerd worden voor hun gezonde verzekerden. Uiteindelijk is besloten dat gezonde verzekerden het beste kunnen worden geïdentificeerd door te kijken naar verzekerden met lage kosten in het verleden. Uitgangspunt bij de identificatie is de gedachte dat gezonde verzekerden gedurende meerdere jaren relatief lage kosten (MLK) hebben. Op deze wijze worden verzekerden als gezond geïdentificeerd die in de drie voorliggende jaren tot de groep met de 70% laagste kosten (verwacht drempelbedrag van circa 1100 euro) behoren. 50% van de verzekerden behoort elk jaar tot die groep en wordt daarom in dit onderzoek als gezond geduid. Gezien de verbetering van de verevenende werking wordt voorgesteld om de MLK als extra klasse in het MHK-criterium mee te nemen in de integrale doorrekening van de risicoverevening 2018 (OT 2018). Het draagt bij aan de doelen gelijk speelveld voor verzekeraars en het wegnemen van prikkels tot risicoselectie. Door de hoogte van het drempelbedrag zijn naar verwachting maar zeer beperkte prikkels aanwezig voor strategisch gedrag van verzekeraars.

Onderzoek nog behorend tot het programma 2015/2016

Onverklaarde (regionale) variatie
Dit onderzoek richt zich op de oorzaken van onverklaarde (regionale) variatie. Wanneer deze variatie niet verklaard kan worden door gezondheidsgerelateerde kenmerken, maar door aanbodverschillen of ondoelmatigheid is het onwenselijk om verzekeraars via de risicoverevening hiervoor te compenseren. Hierbij is met name gekeken naar het vereveningskenmerk regio.

[1] Kamerstuk 34 104, nr. 173

Daarnaast is onderzocht op welke wijze het vereveningsmodel geschoond kan worden voor het indirecte effect van aanbodkenmerken op de normbedragen van andere vereveningskenmerken. Als laatste is onderzocht welke alternatieven er zijn voor het compenseren van verzekeraars voor regiogebonden factoren. Voor de somatische zorg hebben de Zvw-aanbodfactoren geen tot zeer beperkte invloed en deze worden dan ook niet meer meegenomen het regiokenmerk. In de GGZ is het moeilijker te onderscheiden of aanbodfactoren Zvw- en/of Wlz- en/of Wmo-aanbod betreffen en moeilijker vast te stellen of het pure aanbodfactoren zijn of dat ze ook elementen van gezondheidstoestand bevatten. Bovendien is de impact van deze factoren op het regiomodel groter dan in de somatische zorg. Daarom is besloten deze aanbodfactoren wel in het regiokenmerk te houden. Daarnaast zijn er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan naar een slimmere wijze van clustering van de kenmerken in het huidige regiomodel, zowel voor het somatische als de GGZ-model, zodat een jaarlijkse update niet meer nodig is.

Evaluatie van het representatief maken van de gegevens
Jaarlijks worden de normbedragen voor de risicoverevening geschat op kostendata van drie jaar ervoor (t-3). Om er voor te zorgen dat de normbedragen geschat op t-3 zoveel mogelijk representatief zijn voor vereveningsjaar t, worden er verschillende bewerkingen op de data uitgevoerd zoals het verwerken van pakket- en andere beleidsmaatregelen, de herweging naar verzekerdenraming en de herschaling naar het macroprestatiebedrag. Tegen de tijd dat de zorgkosten van jaar t uitgedeclareerd zijn, zijn er zowel op macro- als op subgroepniveau verschillen ontstaan tussen de berekende normatieve kosten en de gerealiseerde zorgkosten. Dit is niet perse problematisch: de toekomst is nou eenmaal lastig te voorspellen. Bovendien worden de gerealiseerde zorgkosten beïnvloed door het beleid van zorgverzekeraars. Als er echter sprake is van systematische verschillen die niet samenhangen met het beleid van de verzekeraars maar die wel voorzien hadden kunnen worden, bijvoorbeeld omdat niet alle relevante informatie is gebruikt, zou dit voortaan meegenomen moeten worden in de wijze waarop de gegevens representatief gemaakt worden voor het vereveningsjaar. In het onderzoek is geanalyseerd of er systematische onder- en overcompensaties zijn, wat hier mogelijke verklaringen voor zijn en of deze zouden kunnen worden voorkomen door de wijze waarop de gegevens representatief gemaakt worden voor het vereveningsjaar aan te passen. Uit het onderzoek blijkt dat de ex ante en ex post geschatte modellen goed overeenkomen en dat toepassing van de ex post herschatte modellen nauwelijks tot betere resultaten leidt. Onder andere door de betere dekking van de onderzoeksbestanden lukt het steeds beter om de gegevens uit t-3 representatief te maken voor het vereveningsjaar. Het onderzoek biedt geen aanknopingspunten om de wijze waarop de gegevens representatief gemaakt worden te wijzigen. Het monitoren van over- en ondercompensaties naar vereveningskenmerken zal in de toekomst worden gecontinueerd.

Onderhoud aan bestaande vereveningskenmerken

Klasse 'hoogopgeleid' uitbreiden naar leeftijdscategorie 35-44 jr
Sinds 2016 is in het risicovereveningsmodel binnen het vereveningskenmerk AVI (aard van het inkomen) een klasse opgenomen voor hoogopgeleide verzekerden van 18-34 jaar, omdat deze groep gemiddeld lagere kosten heeft dan niet hoogopgeleide verzekerden. Vanwege onvolledigheid van de diplomaregistraties was uitbreiding naar de leeftijdsklasse 35-44 jaar tot op heden nog niet mogelijk. Uit het onderzoek is gebleken dat er nu voldoende betrouwbare gegevens beschikbaar zijn om een klasse toe te voegen voor hoogopgeleide verzekerden van 35-44 jaar. De toevoeging leidt ertoe dat de compensatie beter wordt voor zowel de hoogopgeleiden in deze leeftijdsgroep als overige verzekerden. Deze aanpassing heeft vrijwel geen gevolgen voor andere normbedragen en de verevenende werking. Toevoeging van dit kenmerk draagt met name bij aan het gelijk speelveld voor zorgverzekeraars en neemt prikkels weg voor risicoselectie.

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.

Pre Overall Toets (optioneel)
Dit betreft een eerste integrale doorrekening van de verbeteringen in het somatische model, waarbij alle resultaten van de losse onderzoeken worden gecombineerd. De belangrijkste resultaten heb ik in paragraaf 3.1 reeds toegelicht.

Gegevensfase, Overall Toets en Normbedragenfase
Dit onderzoek vindt deze zomer plaats op basis van de besluitvorming die nu is afgerond. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. Allereerst worden de nieuwe gegevens gereed gemaakt. Vervolgens worden de nieuwe modellen geschat en als laatste worden normbedragen (die gepubliceerd worden in de Regeling risicoverevening 2018) definitief berekend op basis van de macrobedragen uit de Begroting van VWS en de meest actuele raming van de verzekerdenaantallen.

Representatief maken gegevens somatische kosten
Er heeft uiteindelijk een beperkt conversieonderzoek voor de medisch specialistische zorg plaatsgevonden. De prestaties over 2015 werden namelijk voldoende representatief bevonden voor de situatie in 2018. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen door mediaanbedragen, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen niet tijdig kunnen worden gecorrigeerd voor de lumpsumafspraken en aanneemsommen.

Representatief maken gegevens geneeskundige en langdurige GGZ
Voor de kosten van de geneeskundige GGZ heeft er een beperkt conversieonderzoek plaatsgevonden. Prestaties over 2015 werden voldoende representatief bevonden voor de situatie in 2018. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen door maximumtarieven 2015, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen niet tijdig kunnen worden gecorrigeerd voor lumpsumafspraken en aanneemsommen. Deze maximumtarieven voor de DBC-zorgproducten worden aangeleverd door de NZa en worden in de Overall Toets verwerkt.

Voor de langdurige GGZ is er onderzoek gedaan om door middel van een simulatie de kosten over 2015 representatief te maken voor 2018. Sinds 2015 maakt de langdurige GGZ deel uit van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor iedereen die een ZZP-B indicatie had en intramurale zorg ontving op 31 december 2014, gold een overgangsregeling. Per 1 januari 2015 stroomden dus alleen 'nieuwe' patiënten in de langdurige GGZ. Er is dus sprake van een ingroeitraject, waardoor de kosten van de langdurige GGZ over 2015 niet representatief zijn voor 2018. Daarnaast is er gekeken naar het aantal onlogische zorgpaden en data-inconsistenties in 2015. Door gebruik van de nieuwe data is er in 2015 sprake van een daling van het aantal onlogische zorgpaden.

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 is een kwantitatieve analyse 'oude stijl' en een evaluatie van het flankerend beleid uitgevoerd. In 2017 wordt gestart met de kwantitatieve analyse 'nieuwe stijl'.

Kwantitatieve analyse risicoverevening 2011 en evaluatie flankerend beleid 2012 en 2013
Over de resultaten van dit onderzoek bent u apart geïnformeerd per brief op 24 februari 2017. Het risicovereveningssysteem in 2011 heeft op een vergelijkbaar hoog niveau gewerkt als in de jaren ervoor. Uit de evaluatie van het flankerend beleid blijkt dat het flankerend beleid bijdraagt aan een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Er is onder zorgverzekeraars en andere partijen veel draagvlak voor het flankerend beleid. De evaluatie geeft geen aanleiding om het flankerend beleid te heroverwegen.

Monitor risicoverevening 2012 en 2013 (kwantitatieve analyse 'nieuwe stijl')
De aanbesteding van de monitor risicoverevening 2012 en 2013 loopt. Het onderzoek zal naar verwachting in de zomer van 2017 worden gestart.