Programma onderzoeksjaar 2017/2018

Dit is het programma voor onderzoeken in de risicoverevening voor het jaar 2017/2018. Dit programma is opgesteld op basis van het meerjaren onderzoeksprogramma, WOR-adviezen en aanbevelingen uit lopende onderzoeken. Op de onderzoeksagenda voor 2017-2018 wordt ruimte behouden voor aanvullende onderzoeksvragen die uit een regeerakkoord kunnen voortkomen. De inhoudelijke speerpunten voor het programma voor onderzoeksjaar 2018-2018 zijn als volgt:

A. Doorontwikkeling compensatie van chronisch zieken en andere kwetsbare groepen;
B. Vervanging van het onorthodoxe kenmerk gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging vorig jaar;
C. Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ;
D. Onderhoud aan bestaande vereveningskenmerken;
E. Fundamenteel onderzoek.

In het onderzoeksprogramma nog de jaarlijks terugkerende onderzoeken opgenomen (F). Niet alle onderzoeksideeën kunnen per 2017/2018 uitgevoerd worden. Daarom is er ook een meerjaren onderzoeksagenda opgesteld (G). Deze heeft vanzelfsprekend een voorlopig karakter. Als laatste (H) is een overzicht van ideeën opgenomen die wel zijn aangedragen, maar niet op het onderzoeksprogramma terecht zijn gekomen.

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

1. Groot onderhoud farmaciekostengroepen (FKG's) voor zowel somatiek als GGZ

Onderzoeken of het mogelijk is de heterogeniteit binnen de farmaciekostengroepen op te lossen. Intensieve gebruikers van medicatie kunnen worden onderscheiden van lichte of matige gebruikers. (zie ook aanbeveling onderzoek gezonde verzekerden). Hierbij kan ook gekeken worden naar een lagere DDD-grens (uit vooronderzoek herclassificatie chronisch zieken blijkt dat er veel chronisch zieken worden herkend met hoge meerkosten die niet aan de grens voldoen). Ook kan worden gekeken naar een hogere DDD-grens.

Daarnaast kan onder meer nader onderzoek gedaan worden naar:

- een kenmerk gebaseerd op polyfarmacie (verzekerden die meerdere geneesmiddelen tegelijk gebruiken).
- J06BA02-gebruikers (immunoglobuline intravasculair, toegepast bij een breed scala van aandoeningen, zowel zeldzame als niet-zeldzame) en C10AX10-gebruikers (Glybera, gentherapie).
- toevoegen van FKG voor zuurgerelateerde afwijkingen en Hepatitis viraal
- mogelijkheden om de indeling in FKG's te verbeteren voor kinderen. Uit het onderzoek naar (jonge) kinderen en bevallingen (WOR 843) is gebleken dat er FKG's zijn met substantiële meerkosten, waarbij het percentage medicijngebruik onder de drempelwaarde hoog is. In het groot onderhoud kan worden onderzocht wat de onderliggende verklaring is.
- wegnemen van overcompensatie bij groep die een FKG scoort en onder de MLK valt. Het gaat naar verwachting om typische aandoeningen die, mits met de juiste (dosis) medicijnen behandeld, met weinig zorgkosten gepaard kunnen gaan zoals: depressie, schildklieraandoeningen, hoog cholesterol, astma en diabetes type II zonder hypertensie.
- specifiek voor FKG's GGZ: kijken naar het aanpassen van de doseringsgrenzen voor FKG's psychische aandoeningen (zie aanbeveling WOR837a onderzoek cliëntprofielen GGZ)

2. Herclassificatie Chronisch zieken

Onderzoek naar een methode om chronisch zieken te identificeren op basis van aandoeningen of diagnoses.

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. Op dit moment wordt vooronderzoek afgerond 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. Afhankelijk van de uitkomsten van dit vooronderzoek wordt het vervolg opgestart.

3. Huisartsengegevens in risicoverevening gebruiken
Gegevens uit de huisartsenzorg worden momenteel nog niet gebruikt in de risicoverevening. Uit het onderzoek naar cliëntprofielen wijkverpleging blijkt dat het aantal (telefonische) consulten en visites voorspellend kunnen zijn voor de verwachte variabele zorgkosten. Vooronderzoek door Vektis van herclassificatie chronisch zieken laat zien dat mogelijk keten-DBC's interessant zijn met name voor verzekerden met Diabetes type II.

Speerpunt B. Vervanging van het onorthodoxe kenmerk gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging vorig jaar

4. Onderhoud Meerjarig Hoge Kosten (MHK)
In 2013 en 2015 zijn de geriatrische revalidatiezorg respectievelijk de wijkverpleging overgeheveld naar de Zvw. Het risicovereveningsmodel kent een kenmerk gebaseerd op kosten wijkverpleging in een voorgaand jaar. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het niet mogelijk is dit kenmerk te vervangen door een meer inhoudelijk kenmerk. Vanwege de mogelijke perverse prikkels die uitgaan van een kenmerk gebaseerd op kosten in voorgaand jaar is het wenselijk om te kijken naar uitbreiding van de MHK met de kosten V&V en/of GRZ of een aparte MHK voor V&V. Hiervoor zijn gegevens over drie jaar nodig, daarom kan het vervolgonderzoek direct starten zodra de bestanden van de OT2018 beschikbaar zijn.

Speerpunt C. Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ

5. Gedwongen opnamen in de GGZ
Binnen de Zvw kan een cliënt gedwongen worden opgenomen als hij of zij een gevaar vormt voor zichzelf of anderen (op basis van een rechtelijke machtiging of inbewaringstelling). Uit intern onderzoek van een aanbieder blijkt dat de (vervolg) kosten van deze cliënten hoog zijn. In de aangepaste DKG's psychische aandoeningen wordt expliciet rekening gehouden met zorg onder drang en dwang, maar de vraag is of dit afdoende is aangezien in deze categorie de gedwongen opnames niet onderscheiden kunnen worden van bemoeizorg. Dit onderzoek kijkt of informatie over gedwongen opnamen van toegevoegde waarde is voor de risicoverevening op basis van informatie van (enkele) meewerkende GGZ-aanbieders.

Speerpunt D. Onderhoud aan bestaande vereveningskenmerken

6. Institutionele huishoudens en beschermd wonen (Somatisch en GGZ)
Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat het zinvol is om de institutionele huishoudens te baseren op Wlz-gegevens. In dit onderzoek komen enkele vervolgvragen aan bod. Zo is het de vraag of de klasse instromers verder verfijnd zou moeten worden naar moment van instroom, en of de blijvercategorie verder gesplitst moet worden in blijvers (t-2 en t) en blijvers (t-1 en t), waardoor de normbedragen voor deze groepen beter aansluiten bij de meerkosten. Een andere uitsplitsing dan naar 'blijver' en 'instromer' van de institutionele huishoudens zou ook zinvol kunnen zijn, zoals een splitsing van de grondslag van Wlz-declaraties, of een onderscheid naar naar Wlz-instellingen met behandeling en zonder behandeling (zie ook het advies van het Zorginstituut over dit onderwerp).

Daarnaast wordt gekeken naar mensen die beschermd wonen. Deze mensen hebben naar verwachting hogere zorgkosten binnen de Zvw. In het onderzoek wordt bezien of informatie uit registraties van beschermd wonen een rol kan krijgen binnen het risicovereveningsmodel.

7. Aanpassingen regiokenmerk
Onderzoek naar het clusteren of indelen van postcodes op basis van regiogebonden factoren in een nieuw en eenvoudiger regiomodel. Door het regiokenmerk niet meer op de residuen te schatten wordt het mogelijk het risicovereveningsmodel in één stap te schatten. Ook behoeft het regiokenmerk niet meer jaarlijks geüpdate te worden. De wijze van clustering of indeling wordt in het onderzoek bepaald. In het onderzoek wordt ingegaan op hoe stabiel de clustering/indeling is en welke termijn van herijking noodzakelijk wordt geacht.

8. Vervolgonderzoek niet-ingezetenen/buitenlandse seizoenarbeiders
Omdat komend jaar betere gegevens beschikbaar zijn voor niet-ingezetenen / buitenlandse seizoensarbeiders zal er onderzoek plaatsvinden naar overcompensatie bij deze groep. Op basis van dit onderzoek kan er een andere oplossing worden gekozen voor de groep niet-ingezetenen dan het afslagpercentage dat nu eenmalig voor 2018 wordt gebruikt.[1]

[1] Echter, als er naar aanleiding van dit onderzoek geen beter alternatief per 2019 kan worden ingevoerd, wordt per 2019 indeling van de niet-ingezetenen bij de MHK-klassen volgens de praktijk van 2017 doorgevoerd.

Speerpunt E. Fundamenteel onderzoek

9. Maatstaven van multicollineariteit en statistische meerwaarde

Met het uitbreiden van het vereveningsmodel is discussie ontstaan over hoeveel kenmerken het model nog aankan en in hoeverre de stabiliteit van het model in gevaar zou komen. In het toetsingskader zou de complexiteit, transparantie en stabiliteit van het model expliciet moeten worden meegenomen in de afweging een extra kenmerk of klasse op te nemen.
In een uitvraag aan de WOR en in de begeleidingscommissie van het nieuwe toetsingskader is de wens gerezen naar objectievere maatstaven om multicollineariteit en de statistische toegevoegde waarde van kenmerken te beoordelen. Naast een theoretische uiteenzetting van dergelijke maatstaven zijn toepassingen op vereveningsmodellen wenselijk om te zien in hoeverre deze ook in de praktijk meerwaarde opleveren.

F. Jaarlijks terugkerende onderzoeken

10. 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 bezien.

11. 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.

12. Overall Toets

In de Overall Toets worden de uitgangsmodellen 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 uitgangsmodellen wordt deze nog doorgerekend en aan de rapportage toegevoegd.

13. 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 conform 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.

14. 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 vaak nog onvolledig en daardoor niet bruikbaar voor de risicoverevening. Dit conversieonderzoek gaat na in hoeverre de informatie over ziekenhuiskosten en overige kosten van 2016 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2019 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.

15. Representatief maken gegevens geneeskundige en langdurige GGZ (optioneel)

Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de GGZ van 2016 representatief is voor de kosten in 2019 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.

16. *Monitor risicoverevening 2012 (evt. 2013)*

De kwaliteit van de risicoverevening wordt jaarlijks geëvalueerd op basis van realisatiecijfers. Het eerste deel van deze monitor is een kwantitatieve analyse van de werking van de risicoverevening op basis van realisatiecijfers 2012 (eventueel ook 2013). De werking van de risicoverevening wordt beoordeeld op het niveau van zorgverzekeraars, subgroepen van verzekerden en verzekerden. Uit de analyses wordt duidelijk in hoeverre de macrokosten aansluiten bij de macrovereveningsbijdrage, in hoeverre de risicoverevening de zorgverzekeraars heeft

gecompenseerd voor verschillen in zorgkosten die samenhangen met de samenstelling van hun verzekerdenportefeuille, in hoeverre voor bepaalde subgroepen van verzekerden zorgkosten aansluiten bij de vereveningsbijdrage, wat de verklaringskracht is van het model op individueel niveau en wat de effecten zijn van eventuele ex post compensatiemechanismen. Het tweede deel van de monitor betreft de representativiteit van het ex ante model (Overall Toets) ten opzichte van de realisatie. In hoeverre zijn de gegevens en uitkomsten die ex ante berekend zijn representatief geweest voor de realisatie? Deze vraag wordt beantwoord door de uitkomsten - berekend op basis van de ex ante situatie en realisatie – te vergelijken op verschillende niveaus (macrototaal, zorgverzekeraars, subgroepen van verzekerden).

G. Meerjarenonderzoeksagenda (onderzoeken starten nog niet in 2017-2018)

17. Meerjarige diagnosekostengroepen/ Groot Onderhoud DKG's

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 en een verbetering van het resultaat van diverse groepen chronisch zieken opleveren. 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.

Uit het onderzoek naar meervoudige DKG's (WOR 835) is geen oplossing gevonden voor DBC's met zeer hoge behandelkosten. Deze DBC's kunnen niet worden meegenomen in aparte Dx-groepen vanwege zeer lage prevalenties en vergelijkbare naastliggende codes die veel lagere prijzen hebben. In een volgend groot onderhoud moet opnieuw gekeken worden of DBC's met zeer hoge behandelkosten op een andere manier kunnen worden meegenomen.

In dat groot onderhoud kunnen ook de aanbevelingen uit WOR 843 (onderzoek [jonge] kinderen en bevallingen) worden meegenomen. Dit onderzoek heeft een aantal gerichte aanknopingspunten opgeleverd voor nader onderzoek naar verdere zorginhoudelijke verfijningen. Het betreft nieuwe aandoeningen en 'ontbrekende' specialisme-diagnosecodes voor kinderen bij aandoeningen die al wel in de DKG's zijn opgenomen.

18. Splitsing gebruikers GGZ en niet-gebruikers GGZ

In het risicovereveningsmodel in de huidige vorm wordt voor alle verzekerden samen een schatting gemaakt van het effect van een kenmerk op de verwachte kosten. Mogelijk verschilt dit effect voor verzekerden met een andere gevoeligheid voor de kenmerken. Om dit te onderzoeken zou het model geschat kunnen worden voor aparte groepen. De vraag is of er logische groepen gevormd kunnen worden op basis van historische kosten en vereveningskenmerken, waarbij ook POH-GGZ en farmaciekosten meegenomen worden.

19. Groot onderhoud hulpmiddelenkostengroepen (HKG's)

Een aantal hulpmiddelen waar al eerder onderzoek naar verricht is kon destijds niet worden toegevoegd vanwege registratieproblemen. Uit de Werkgroep Hulpmiddelen ZN is naar voren gekomen dat registratieproblemen voor de belangrijkste hulpmiddelen per 1 januari 2018 kunnen worden opgelost.
Aanbeveling vanuit het onderzoek naar cliëntprofielen Wijkverpleging is om nader onderzoek te doen waarbij het onderzoek zich kan richten op: aanvullend interessante hulpmiddelengroepen, meerjarige HKG's (om problemen met meerjarige registratie op te lossen) en meervoudige HKG's (om rekening te houden met het gebruik van meerdere hulpmiddelen).

Uit het onderzoek naar (jonge) kinderen en bevallingen (WOR 843) blijkt dat ruim de helft van de kinderen met kosten voor hulpmiddelen in t-1 geen morbiditeitskenmerk in het model heeft terwijl de meerkosten substantieel zijn. Daarom kan in onderzoek gekeken worden naar specifieke hulpmiddelen voor kinderen die gepaard gaan met meerkosten en die nog ontbreken in het HKG-algoritme.

20. Groot onderhoud AVI – SES – PPA

In een groot onderhoud AVI-SES-PPA kunnen de volgende punten worden onderzocht:
- Voorspellende waarde van vermogenspositie van huishoudens voor de zorgkosten.
- Uitbreiding van AVI met een klasse 65-69 jaar of op basis van indeling als 64-jarige.
- Onderscheid maken bij kinderen (18-) naar de AVI van hun ouders. Dit met name omdat gezondheid mede wordt bepaald door het gezin/de gezinssituatie en mogelijk SES niet alles

ondervangt.
- Opnemen arbeidsongeschikte zelfstandigen. Deze groep wordt tot heden niet meegenomen bij de AVI klassen IVA en Arbeidsongeschikten.

De risicoverevening is de afgelopen jaren steeds verder uitgebouwd door het verfijnen van bestaande kenmerken en het toevoegen van nieuwe kenmerken. Het model is hierdoor aanzienlijk beter geworden in het voorspellen van de kosten, maar het wordt ook steeds complexer. Onderzocht kan worden hoe en waar het model vereenvoudigd kan worden, bijvoorbeeld door klasses binnen een kenmerk (bijv. zelfstandige en referentie groep), clusteren van kenmerken of door onderzoek of alle kenmerken in de huidige vorm nog waarde toevoegen aan het model. Daarnaast kan onderzocht worden of de vereveningskenmerken AVI, SES en eventueel PPA geclusterd kunnen worden, op basis van inhoud of bijvoorbeeld op basis van regression trees.

21. Vervolgonderzoek gezonde verzekerden
In navolging op het onderzoek naar gezonde verzekerden kunnen verschillende punten nader worden onderzocht om gezonde verzekerden beter te compenseren. Deze punten zijn: onderzoeken of de klasse meerjarig lage kosten (MLK) kan worden gespecificeerd door middel van het opdelen van gezonde verzekerden in verschillende klasses binnen de MLK; onderzoeken of het mogelijk is om een verzekerde in een meerjarig historisch deciel te plaatsen en dit vervolgens binnen een morbiditeitskenmerk of leeftijdklasse te gebruiken als verzwarende of juist verlichtende factor; onderzoeken of door toevoeging MLK klassen van andere kenmerken overbodig worden vanwege de sterke samenhang (bijv. klassen student en hoger opgeleide).

22. Fase van ziekte
De fase van ziekte kan onderscheidend zijn voor het verwachte kostenpatroon. Onderzocht zou kunnen worden of een onderscheid naar fase van ziekte opgenomen kan worden in de risicoverevening. De eerste stap is om te kijken naar het kostenpatroon van verschillende aandoeningen (progressief of constant). Vervolgens kan worden gekeken naar indicaties van de fase van ziekte: voorbeelden hiervan zijn preventieactiviteiten, het aantal jaar dat iemand scoort op een morbiditeitskenmerk, type en hoogte van medicatie. Vervolgens zou onderzocht moeten worden op welke wijze de morbiditeitskenmerken rekening kunnen houden met de fase van ziekte.

23. Onderzoek ziekenhuisgegevens
Vanaf 2015 zijn bij zorgverzekeraars gegevens beschikbaar over klinische ziekenhuisopnames, operaties en bezoeken aan de spoedeisende hulp. Mogelijk kunnen deze gegevens bruikbaar zijn bij het voorspellen van met name wijkverpleging.

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.

25. Onderzoek naar kenmerk personen met migratieachtergrond (inclusief statushouders / ex-asielzoekers)
In dit onderzoek wordt bekeken of het wenselijk is om (net als in het verdeelmodel voor de bijstand) een kenmerk personen met migratieachtergrond op te nemen.

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.

26. Schatting op recente data
De schatting van de ex ante risicovereveningsmodellen is gebaseerd op drie jaar oude gegevens. Dit onderzoek brengt (on)mogelijkheden en voor- en nadelen in kaart om over te gaan naar gegevens t-2. Dit zou zowel voor het somatisch model als het GGZ model onderzocht kunnen worden.

27. Onderzoeken nieuwe data ten behoeve van GGZ-model
Onderzoek naar gebruik van gegevens uit andere domeinen.
Bijvoorbeeld naar de instroom vanuit uit de forensische zorg en zorgkosten van veteranen.
Daarnaast kan onderzoek naar de toegevoegde waarde van informatie uit casusregistraties

plaatsvinden. Deze informatie wordt niet voor elke verzekerden bijgehouden, maar biedt mogelijk wel inzicht in welke informatie idealiter geregistreerd zou moeten worden ten behoeve van risicoverevening (relevant i.v.m. mogelijkheid nieuwe bekostiging).

28. *Onderhoud DKG's psychische aandoeningen*
Hierbij valt te denken aan:

- Nader onderzoek naar de stabiliteit van onderliggende cliëntprofielen in de DKG's, zowel vanuit inhoudelijke ontwikkelingen als ontwikkelingen in de gegevens.
- Onderzoeken of nadere uitsplitsingen van specifieke cliëntprofielen met nog relatief hoge spreiding van toegevoegde waarde is.
- Het toevoegen van de verzorgingsgraad van verblijf (dit vraagt een onderhoud van DKG's)
- Ook kan er gekeken worden naar het opnemen van gegevens over de Basis GGZ en/of POH-GGZ.
- De indeling naar DKG's psychische aandoeningen opnieuw te onderzoeken zodra een waarschijnlijkheidskoppeling voor de ZVZi niet meer nodig is (gegevens 2016) of slechts beperkte impact heeft (wellicht daarvoor).

29. 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 een prikkel tot risicoselectie. Dit zal eerst onderzocht worden door de NZa.
Na dit onderzoek kan mogelijk een vervolgonderzoek worden opgestart om te kijken of dit ook binnen de risicoverevening een rol zou moeten spelen of dat hier andere instrumenten voor zijn.

30. 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.

31. Eenduidige aanspraak voor Wlz-cliënten
Als de cliënt in een instelling verblijft en daar behandeling ontvangt, heeft hij tevens vanuit de Wlz aanspraak op onder andere geneeskundige zorg van algemene aard en farmaceutische zorg. Wlz-clienten die thuis zorg ontvangen in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) en cliënten die in een instelling wonen, maar daar geen Wlz-specifieke behandeling ontvangen, hebben geen aanspraak op deze aanvullende zorgvormen en kunnen daarvoor een beroep doen op de Zvw. Het heeft de voorkeur om de geneeskundige zorg van algemeen medische aard en de overige aanvullende zorgvormen voor alle cliënten onderdeel te maken van het integrale Wlz pakket. Indien dat het geval is, is een conversie van de Zvw-kosten noodzakelijk om de gegevens representatief te maken.

32. Zwangeren, bevallingen en jonge kinderen
Op basis van het onderzoek naar de werking van de risicoverevening voor (jonge) kinderen en bevallingen (WOR 843) wordt de groep nuljarigen gesplitst in nuljarigen geboren in t-1 en nuljarigen geboren in t. Hierdoor wordt de compensatie voor deze groep verbeterd. Om ongewenste prikkels bij nuljarigen met specifieke geboortekenmerken en hoge kosten te voorkomen en om het financiële effect op de groep nuljarigen te verminderen, kan onderzocht worden of de risicoverevening voor nuljarigen verder verbeterd kan worden met een zorginhoudelijk kenmerk (neonaat, congenitale/chromosomale afwijking, …). In het uitgevoerde onderzoek is alleen gekeken naar nuljarigen. Er kan worden overwogen in vervolgonderzoek ook de declaraties te betrekken van eenjarigen geboren in t-1.

Binnen het uitgevoerde onderzoek was onvoldoende informatie beschikbaar om de compensatie voor zwangerschappen in beeld te brengen en te verbeteren. Zo was het niet mogelijk om goed vast te stellen welke vrouwen ultimo t-1 zwanger waren. In een vervolgonderzoek kan onderzocht worden of data ontsloten kan worden waarmee de vraag rondom zwangerschappen/bevallingen op een adequate wijze beantwoord kan worden. Als dat het geval is, kan vervolgens het onderzoek uitgevoerd worden. Het onderzoek WOR 843 bevat aanbevelingen voor te onderzoeken databronnen en kenmerken.

33. Sterfte
Betere ex ante compensatie voor sterfte in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg.

34. *Onderzoek naar voorspellen van kosten GGZ over een langere periode* Het meest lastig blijft het voorspellen van de GGZ kosten niet zozeer 'het voorspellen dat de kosten komen' is, maar vooral 'in welk jaar'. Op dit moment spreken we vaak over verhoogde kansen. Maar nog steeds is er een groep, die ondanks de verhoogde kans geen kosten maakt. En het volgende jaar dan weer wel. Dit probleem speelt ook bij de hoogste kosten. In dit verkennend onderzoek wordt getracht de GGZ kosten over een langere periode te voorspellen, waarbij er expliciet niet gekeken wordt naar de uitvoering van een dergelijk model.
35. 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.

H. Aangedragen onderzoeksideeën die niet zijn opgenomen in het onderzoeksprogramma	
Onderzoeksidee	**Argumentatie**
Compensatie voor verzekerden met extreem hoge kosten	Uitgangspunt voor de WOR is het verbeteren van het ex ante model en risicodragende uitvoering van de Zvw. Ook is van belang dat in 2015-2016 onderzoek is uitgevoerd naar verzekerden met extreem hoge kosten in de somatiek. Daarnaast zal in het onderzoek groot onderhoud DKG's en groot onderhoud FKG's gekeken worden naar verzekerden met extreem hoge kosten.
Inschrijfduur Onderzoeken in hoeverre de zorgkosten van personen die maar een deel van het jaar zijn ingeschreven, waarbij het niet gaat om geboorte of sterfte, afwijken qua verwachte zorgkosten. Daarnaast is de vraag of we de inschrijfduur kunnen aanpassen bij geboorten en sterftegevallen.	Met betrekking tot geboorten is hiernaar reeds onderzoek gedaan. In de WOR van april 2017 is, ondanks de gebleken over- en ondercompensaties naar geboortemaand, besloten bij geboorten de weging naar inschrijfduur niet aan te passen omdat de WOR vindt dat dit in de praktijk geen probleem is.
Toepassen van de Methode van Schokkaert en/of Constrained Regression. Verschillen tussen de methode van Schokkaert en Constrained Regression inzichtelijk te maken en wanneer welke methode het meest geschikt is om toe te passen.	Constrained Regression: We streven naar adequate compensatie, niet naar onder- of overbetaling. Methode Schokkaert: Conform WOR advies 822 ondergebracht bij toetsingskader.
Alternatieve modellen risicoverevening In de risicoverevening wordt gebruik gemaakt van een additief, lineair model. 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.	Een niet-lineair model is moeilijk uitvoerbaar. Daarnaast scoort een niet-linair model minder goed op criteria uit het toetsingskader transparantie en uitlegbaarheid van het model.