Bijlage 1

WOR 815

Betreft:	Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2017
Van:	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum:	augustus 2016

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)[1] over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2017. De voorgestelde vormgeving – aangeduid als 'uitgangsmodellen' – is in de Overall Toets 2017 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2017 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 en 4 wordt dit advies verder uitgewerkt en onderbouwd.

2. Advies

De WOR adviseert voor het vereveningsmodel van de somatische kosten (inclusief kosten verpleging en verzorging):

- het criterium fysiotherapiegebruikersgroepen (FGG) te vervangen door fysiotherapiediagnosegroepen (FDG);
- het criterium hulpmiddelenkostengroep (HKG) uit te breiden van vier naar tien groepen;
- aanpassing van de criteria farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's) en meerjarige hoge kosten (MHK) ten behoeve van een betere verevening van de groepen met voorspelbare extreem hoge kosten;
- een nieuw criterium personen per adres (PPA) te introduceren dat onderscheid maakt tussen institutionele huishoudens (onderverdeeld naar blijvers en instromers), eenpersoonshuishoudens en overige huishoudens; en in verband hiermee het criterium sociaal economische status (SES) aan te passen;
- de inkomensgegevens ten behoeve van het criterium SES te baseren op gegevens betreffende jaar t-1 (in plaats van jaar t);
- het criterium verpleging en verzorging gebruikersgroepen (VGG) uit te breiden met twee extra klassen.

voor het geneeskundige GGZ model:

- bij de criteria SES en PPA aan te sluiten bij het somatische model;
- het criterium meerjarige hoge kosten GGZ (MHK-GGZ) uit te breiden en te verfijnen;
- het nieuwe criterium zorgvraagzwaarte indicator (ZVZi) toe te passen.

voor het langdurige GGZ model:

- dezelfde aanpassingen door te voeren als bij het geneeskundige GGZ model;
- en daarnaast het criterium intramuraal GGZ gebruik in voorgaand jaar (iGGZ t-1) te verbeteren en verder uit te breiden naar vijf klassen.

[1] De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren van de minister van VWS 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 ex ante risicovereveningsmodel.

voor het model voor het verplicht eigen risico:

- het nieuwe criterium fysiotherapiediagnosegroepen (FDG) (naast de criteria FKG, DKG, MHK en HKG) toe te voegen aan de definitie van de forfaitaire groep.

De WOR concludeert dat de gegevens over het geheel genomen van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen voor 2017 op te baseren. De WOR heeft hierbij twee aandachtspunten.

De WOR kan zich vinden in de aanpassing van de DKG-prevalenties in verband met de verkorting van de doorlooptijd van de DBC's. Wel is de onzekerheid bij de normbedragen en prevalenties hierdoor bij de DKG's groter dan gebruikelijk. De WOR adviseert daarom voor dit vereveningscriterium criteriumneutraliteit toe te passen. Mogelijke methode hierbij kan zijn neutraliteit voor alle DKG-categorieën afzonderlijk.
De WOR vraagt ook aandacht voor de verwerking van de prijsarrangementen. De correcties die zijn aangebracht betreffen prijsarrangementen in 2014. De gegevens zijn daarom naar verwachting niet volledig representatief voor de situatie in 2017.

3. Modellen

In hoofdstuk 2 is het advies van de WOR voor de risicoverevening 2017 opgenomen. In dit hoofdstuk wordt hierop een toelichting gegeven. Per model (somatisch, geneeskundige GGZ, langdurige GGZ en eigen risico) wordt eerst een toelichting gegeven op het voorgestelde model. Daarna wordt gekeken naar de effecten van het gebruik van 2014-data ten opzichte van 2013-data en naar de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria. Tot slot wordt het uitgangsmodel 2017 (met alle vernieuwingen) vergeleken met het model 2016.

3.1 Model voor somatische zorg (inclusief wijkverpleging)

3.1.1 Advies

De WOR adviseert om in het vereveningsmodel 2017 voor de somatische zorg (inclusief wijkverpleging) de volgende criteria op te nemen:

- leeftijd x geslacht, ongewijzigd;
- Farmaciekostengroepen (FKG), waarbij drie categorieën worden toegevoegd voor dertien specifieke dure geneesmiddelen, hiermee samenhangend dienen bij de FKG28 en FKG22 respectievelijk de ATC codes B01AC21 en N07XX08 niet meer meegenomen te worden, omdat deze in de nieuwe FKG-categorieën worden meegenomen;
- Diagnosekostengroepen (DKG), waarbij bij DKG14 hemofilie incidenteel wordt afgesplitst en overgeheveld naar DKG11, zodat DKG14 alleen nog hemofilie structureel betreft;
- Hulpmiddelenkostengroepen (HKG), waarbij acht groepen worden toegevoegd en twee groepen vervallen (insuline infuuspompen en tracheo stoma). Per saldo geeft dit de volgende tien groepen:

    - Voorzieningen voor stomapatienten, exclusief huidverzorgingsproducten (A1030) en aanvullende hulpmiddelen (A1040)
    - Overige verzorgingsmiddelen, alleen urine-opvangzakken en toebehoren (A1525), Urinaal (A1530) en Catheters (A1535)
    - Therapeutische elastische kousen, alleen niet gespecificeerd (H0500), rondbrei (H0505) en vlakbrei (H0510) als cluster
    - Zuurstofapparaten met toebehoren
    - CPAP apparatuur
    - Vernevelaar met toebehoren
    - Slijmuitzuigapparatuur
    - Voedingshulpmiddelen (exclusief zuigelingen)
    - Draagbare infuuspompen
    - Injectiespuiten/pennen met toebehoren excl. behandeling diabetes, alleen injectiespuiten (O1510);
- Aard van het inkomen (AVI), ongewijzigd;
- Regio, geactualiseerd en aangepast aan het uitgangsmodel;
- Personen per adres (PPA), hiermee worden verzekerden ingedeeld naar type/omvang huishouden (institutioneel: 15 of meer personen per adres, eenpersoons en overige). Verzekerden in institutionele huishoudens worden nader verdeeld in blijvers en instromers. Ook is er voor iedere groep een verdeling naar leeftijdscategorie: 18-64, 65-80 en 80+. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar is er één aparte categorie. Zij worden niet nader verdeeld en vormen de referentiegroep;
- Sociaal economische status (SES), hierbij worden verzekerden ingedeeld op basis van het huishoudinkomen. Verzekerden die in institutionele huishoudens wonen worden ingedeeld in de categorie van het laagste inkomen. De aparte klassen voor institutionele huishoudens worden overgeheveld naar het criterium PPA. De inkomens worden gebaseerd op gegevens betreffende jaar t-1 (in plaats van jaar t)
- Meerjarig hoge kosten (MHK), waarbij één klasse wordt toegevoegd voor verzekerden met drie jaar kosten in de top 0,5%.
- Generieke Somatische morbiditeit (GSM), ongewijzigd
- Fysiotherapiediagnosegroepen (FDG), hierbij worden gebruikers van fysiotherapie op basis van diagnose-informatie ingedeeld in vier groepen. De vier groepen vormen een clustering van de diagnoses die duiden op een chronische aandoening. De clustering is gebaseerd op meerkosten. Dit criterium vervangt het huidige criterium fysiotherapiegebruikersgroepen.
- Verpleging en verzorging gebruikersgroepen (VGG), waarbij twee klassen worden toegevoegd. Hiermee komt het totaal aantal klassen voor de indeling van V&V-kosten in jaar t-1 uit op zeven:
    - geen VGG
    - V&V kosten in top 2,5%
    - V&V kosten in top 2,0%
    - V&V kosten in top 1,5%
    - V&V kosten in top 1,0%
    - V&V kosten in top 0,5%
    - V&V kosten in top 0,25%
- Geriatrische revalidatiezorggroepen (GGG), ongewijzigd.

Er is discussie mogelijk over de invloed van het vereveningscriterium GSM in het uitgangsmodel. Daarom vraagt de WOR om in het onderzoeksprogramma aandacht te besteden aan dit criterium. De vraag is of deze variabele (nog) nodig

is. Dit zal aan de orde komen in het onderzoek naar de verevening van de gezonde verzekerden en bij het verder ontwikkelen van het toetsingskader.

Ook vraagt de WOR, met het oog op de snelle ontwikkelingen op dit terrein, aandacht voor de verevening van de groep gebruikers van dure geneesmiddelen in de toekomst.

3.1.2 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2013 naar 2014) is onderzocht door het vereveningsmodel 2016 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2014 (representatief gemaakt voor 2017) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2016 op de kostengegevens uit 2013 (representatief gemaakt voor 2016).

Toepassing van de nieuwe gegevens leidt in enkele gevallen tot aanzienlijk mutaties bij de normbedragen. De verschuivingen hangen waarschijnlijk samen met ontwikkelingen in de kosten, prevalenties en de gewijzigde definitie van de kosten (uitbreiding met de kosten van eerstelijnsverblijf en definitieveranderingen bij de kosten V&V). De veranderingen bij de normbedragen zijn kleiner dan bij de Overall Toets van vorig jaar, toen data van 2013 met 2012 werden vergeleken op basis van het vereveningsmodel 2015.

De verevenende werking van het model blijft op individu- en subgroep niveau nagenoeg gelijk. Op verzekeraarniveau is de aansluiting tussen de werkelijke en normatieve kosten beter bij de nieuwe gegevens. Bij drie verzekeraars veranderen de resultaten aanzienlijk. De verklaring hiervoor ligt bij de instroom van vrouwen in de vruchtbare leeftijd (met dan wel zonder zwangerschapsgerelateerde kosten).

3.1.3 Stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria

De stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria is onderzocht door modeluitkomsten op 2014 data te vergelijken met modeluitkomsten op 2013 data. Voor beide jaren wordt in principe naar een model met en zonder de vernieuwing gekeken. Er worden dus (meestal) vier verschillende uitkomsten vergeleken. De modelspecificaties komen hierbij niet altijd volledig overeen. Dit maakt de vergelijking tussen de verschillende uitkomsten soms ingewikkeld.

Bij de nieuwe HKG zijn de patronen van de normbedragen stabiel en plausibel. Ook de effecten op de andere normbedragen komen globaal overeen. Zowel in de 2013 als in de 2014 data leidt de toepassing van de nieuwe HKG tot een verbeterde verevenende werking op zowel individu als op subgroepniveau. Op verzekeraarniveau is het beeld in beide jaren wisselend.

Het patroon in de normbedragen voor de FDG vertoont bij de 2014-data hetzelfde beeld als bij de 2013-data. Toepassing leidt in beide jaren tot een zeer geringe verbetering van de verevenende werking op individu- en subgroep niveau.

Op verzekeraarniveau zijn de effecten op de verevende werking in beide jaren vergelijkbaar. Uitzondering hierbij is de GGAA en de bandbreedte exclusief de uitschieters. Bij de 2013-data wordt de GGAA iets groter en bij de 2014-data daalt

de GGAA licht. De bandbreedte exclusief de uitersten neemt bij de 2013-data licht toe, maar daalt bij de 2014-data met 26 naar 169 euro.

Om de verevening voor groepen met voorspelbaar extreem hoge kosten te verbeteren wordt het model op drie onderdelen aangepast: (1) splitsing van DKG14 in hemofilie incidenteel en structureel, (2) toevoegen drie extra FKG categorieën voor 13 dure medicijnen (ATC groepen) en (3) uitbreiding van MHK met een topklasse voor verzekerden met drie jaar kosten in de top 0,5%.
De verbeteringen zijn gezamenlijk getest. De normbedragen van de nieuwe FKG's en de aangepaste DKG en MHK laten op de 2013-data hetzelfde patroon zien als op de 2014-data. Het effect op de andere normbedragen komt ook goed overeen tussen beide jaren. De aanpassingen leiden in beide jaren tot forse verbeteringen van de verevenende werking op individuniveau. Op subgroepniveau is sprake van een beperkte verbetering in beide jaren. Op verzekeraarniveau is het beeld wisselend en zeer beperkt.

Het patroon in de normbedragen van het nieuwe PPA-criterium en het aangepaste SES-criterium is op de 2014-data globaal hetzelfde als op de 2013-data. Wel zijn de (absolute) normbedragen bij de 2013-data meestal groter dan bij de 2014-data. Met name bij de categorieën van de institutionele huishoudens zijn de verschillen aanzienlijk. Verklaringen hiervoor zijn dat verschillende definities zijn gebruikt en dat in het model van 2013 VGG en GGG niet zijn opgenomen en in het model van 2014 wel. Het effect op de andere normbedragen is zeer beperkt.

Op de data-2013 wordt een licht positief effect op het leeuwendeel van de kengetallen van de verevenende werking gevonden. Op de data-2014 wordt niet of nauwelijks een effect gevonden. Oorzaken hiervoor zijn de verschillende modellen voor 2013 en 2014 (respectievelijk geen en wel VGG en GGG) en de verschillende definities/bronnen die in beide jaren gehanteerd worden voor de bepaling van institutionele huishoudens.

Het patroon van de normbedragen van de uitgebreide VGG is stabiel. De veranderingen hebben niet of nauwelijks effect op de andere normbedragen. Hetzelfde geldt voor de verevenende werking op alle drie de onderzochte niveau's.

De aanpassing van de prevalenties van de DKG's vanwege de verkorting van de doorlooptijd leidt zoals verwacht tot lagere normbedragen voor de DKG's. De aanpassing heeft ook zichtbaar effect op de normbedragen van leeftijd/geslacht, FKG, MHK en GSM. De effecten op de verevenende werking zijn zeer gering: lichte verslechtering op individuniveau, lichte verbetering op subgroepniveau en nagenoeg gelijk op verzekeraarniveau. Er is geen vergelijking gemaakt met uitkomsten op 2013-data, omdat de aanpassing van de prevalentie alleen is gedaan op de 2014-data.

Al met al kan op basis van de uitgevoerde toetsen geconcludeerd worden dat de vernieuwingen in het algemeen tot plausibele en stabiele normbedragen leiden. De uitzonderingen zijn verklaarbaar. Het effect van de vernieuwingen op de verevende werking is voldoende stabiel.

3.1.4 Uitgangsmodel 2017 vergeleken met model 2016 (2014 data)

Vergelijking van het uitgangsmodel 2017 (waarin alle besproken aanpassingen zijn verwerkt) met het model 2016 laat verklaarbare mutaties van de normbedragen zien. De grootste veranderingen treden op bij GSM, FKG, MHK, DKG en FGG/FDG. De verschuivingen bij de FKG en MHK hebben vooral te maken met de aanpassingen ten behoeve van de groep met voorspelbaar extreem hoge kosten. De mutaties bij de DKG hebben vooral te maken met de gestegen prevalentie (als gevolg van de verkorting van de doorlooptijd van de DBC's). De invloed van GSM wordt aanzienlijk minder en wordt met name veroorzaakt door de uitbreiding van de HKG en de verfijning van het fysiotherapiecriterium.

Vrijwel alle kengetallen met betrekking tot de verevenende werking van het uitgangsmodel 2017 zijn beter dan die van het model 2016. Zo nemen op individuniveau de R^2 en de CPM met respectievelijk 3,7 en 0,5 procentpunt toe en komen uit op respectievelijk 31,5% en 31,0%.
Het resultaat van de subgroep met de 15% hoogste kosten in t-3 neemt in absolute zin af met 21 en komt uit op -320 euro. Hiermee wordt de betere verevening van de groep met voorspelbaar extreem hoge kosten zichtbaar. Op verzekeraarniveau is het beeld minder duidelijk. De GGAA stijgt met 1,6 naar 21,6 euro. De bandbreedte neemt zowel met als zonder de twee uitersten af. Bij een verdeling naar grootteklasse is de verbetering alleen zichtbaar bij de kleine verzekeraars (minder dan 150.000 verzekerden).

3.2 Geneeskundige GGZ

3.2.1 Advies

De WOR adviseert om in het vereveningmodel 2017 voor de geneeskundige GGZ de volgende criteria op te nemen:

- de ongewijzigde criteria leeftijd x geslacht, FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen;
- GGZ-regioclusters, geactualiseerd en aangepast aan het uitgangsmodel;
- Personen per adres (PPA) criterium zoals dat ook gebruikt wordt in het somatische model als vervanging voor het criterium Eenpersoonsadres;
- Sociaal economische status (SES) aangepast zoals beschreven bij het somatische model
- MHK-GGZ, uitgebreid en verfijnd waarmee het totaal aantal klassen uitkomt op acht (inclusief de afslagklasse):
    0. geen GGZ-MHK
    1. ≥1x in afgelopen 3 jaar kosten>0
    2. ≥2x in afgelopen 5 jaar kosten in top-10‰
    3. ≥2x in afgelopen 5 jaar kosten in top-5‰
    4. ≥2x in afgelopen 5 jaar kosten in top-2,5‰
    5. ≥2x in afgelopen 5 jaar kosten in top-1‰
    6. 5x in afgelopen 5 jaar kosten in top-5‰
    7. 5x in afgelopen 5 jaar kosten in top-2,5‰

  Verzekerden jonger dan 24 jaar hoeven slechts 1x in 5 jaar kosten boven de relevante drempel te hebben om bij klasse 2, 3, 4 of 5 te worden ingedeeld.
- Zorgvraagzwaarte indicator (ZVZi), nieuw toe te voegen criterium welke bestaat uit zes klassen (inclusief de afslagklasse):
    0. Geen ZVZ
    1. ZVZ 1: zorgvraagzwaarte 1, 2, 3 en onbekend
    2. ZVZ 2: zorgvraagzwaarte 4 en 5
    3. ZVZ 3: zorgvraagzwaarte 6

4. ZVZ 4: zorgvraagzwaarte 7
5. ZVZ 5: crisis

3.2.2 Effect nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2013 naar 2014) is op dezelfde manier bepaald als in het somatische model. De normbedragen geschat met het GGZ-model 2016 vertonen over het algemeen een stabiel patroon van 2013 op 2014. De enkele relatief grote veranderingen zijn meestal goed te verklaren. De totale verandering in normbedragen van 2013 op 2014 is groter dan van 2012 op 2013, wat mogelijk verklaard kan worden doordat bij de gegevens over 2014 geen conversie nodig is die bij de gegevens over 2012 en 2013 wel nodig was, vanwege de de invoering van de basis/specialistische GGZ per 2014.

Wijzigingen in onderzoeksbestanden en normbedragen leiden over het algemeen tot een (lichte) verbetering van de verevenende werking op individu- en verzekeraarniveau. De bandbreedte laat zelfs een vrij grote verbetering zien. Voor het niveau van alle onderscheiden subgroepen treden geen grote veranderingen op.

3.2.3 Stabiliteit nieuwe en aangepaste criteria

De stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria is ook voor de geneeskundige GGZ zoveel mogelijk onderzocht door modeluitkomsten op 2014 data te vergelijken met modeluitkomsten op 2013 data. Voor beide jaren wordt in principe naar een model met en zonder de vernieuwing gekeken. Er worden dus (meestal) vier verschillende uitkomsten vergeleken. De modelspecificaties komen hierbij niet altijd volledig overeen. Dit maakt de vergelijking tussen de verschillende uitkomsten soms ingewikkeld.

Voor de aanpassingen van de SES en PPA criteria geldt dat zowel de normbedragen als de impact op de verevenende werking stabiel worden geacht. Alleen het normbedrag voor de klasse ”>15 bewoners instromend 18-64” laat een groot verschil zien tussen 2013 en 2014. Dit kan veroorzaakt worden door een wijziging in kostengegevens maar ook door wijzigingen in de definitie van SES en PPA. De aanpassingen hebben zeer beperkte gevolgen voor de andere normbedragen en de verevenende werking.

Het patroon van de normbedragen van het aangepaste GGZ-MHK criterium is in beide jaren hetzelfde. De aanpassing van de GGZ-MHK heeft voornamelijk invloed op de normbedragen van de psychische DKG’s, leeftijd/geslacht en AvI. Deze verschillen zijn goed uitlegbaar. De verevenende werking verbetert door de aanpassing in zowel de 2013 als 2014-data.

De stabiliteit van het nieuw in te voeren criterium ZVZi is niet zoals gebruikelijk te toetsen door de modeluitkomsten te vergelijken op 2014 en 2013 data, omdat in het onderzoek ook al 2014-data (nog niet uitgedeclareerd) werden gebruikt. Omdat de overige criteria in het onderzoek bepaald waren op t-1/t-2 in plaats van zoals in de OT op t/t-1 neemt de impact van het criterium per definitie af, maar blijft wel substantieel. Het patroon van de normbedragen is wel gelijk aan het

patroon in het onderzoek. De impact op de andere normbedragen is vooral groot voor de psychische DKG's en GGZ-MHK. De ZVZi neemt een gedeelte van de verklaringskracht van deze criteria over, waardoor de normbedragen flink dalen.

De verevenende werking verbetert zowel in het onderzoek als in de OT op alle maatstaven behalve op de bandbreedte van de resultaten van verzekeraars. De stijging in de bandbreedte wordt veroorzaakt door één kleine verzekeraar en heeft te maken met de lagere prevalentie op de positieve ZVZi-klassen dan verwacht zou worden op basis van de prevalenties bij de criteria psychische DKG's en GGZ-MHK.

Al met al kan op basis van de uitgevoerde toetsen ook voor de geneeskundige GGZ geconcludeerd worden dat de vernieuwingen in het algemeen tot plausibele en stabiele normbedragen leiden. De uitzonderingen zijn verklaarbaar. Het effect van de vernieuwingen op de verevende werking is voldoende stabiel.

De WOR vraagt aandacht voor de groepen met extreem hoge kosten in de GGZ, waarbij zorgverzekeraars twijfels hebben geuit in hoeverre de klassieke ex ante methoden voor deze groep toereikend kunnen zijn.

De geplande onderzoeken naar het morbiditeitskenmerk psychische aandoeningen en de verbetering van het MHK-GGZ kenmerk acht de WOR van belang. In het eerste onderzoek zal worden gepoogd op basis van medisch-inhoudelijke informatie de ex ante verevening voor bepaalde cliëntengroepen te verbeteren. In het tweede onderzoek kan deze focus worden losgelaten, indien dat noodzakelijk blijkt om de compensatie voor verzekerden met voorspelbaar zeer hoge kosten te verbeteren.

3.2.4 Uitgangsmodel 2017 vergeleken met model 2016 (2014 data)

Vergelijking van het uitgangsmodel 2017 (met daarin alle besproken aanpassingen en de nieuwe GGZ-regioclusters) met het model 2016 laat verklaarbare mutaties van de normbedragen zien. De grootste verandering zien we logischerwijs in de normbedragen voor de psychische DKG's. Deze is goed verklaarbaar. Op één uitzondering na wijzen alle beoordelingsmaatstaven op een verbetering van de verevenende werking. Zo nemen de R^2 en CPM op individuniveau toe van respectievelijk 15,6% naar 16,6% en 26,3% naar 27,6%. De GGAA neemt af. Op verzekeraarniveau neemt de R^2 toe naar 96,5% (+0,7 procentpunt) en daalt de GGAA met 1 euro en komt uit op 5,8 euro. De toename van de bandbreedte van de resultaten op verzekeraarniveau wordt veroorzaakt door één verzekeraar. Zonder deze verzekeraar zou de bandbreedte met 6 euro afnemen.

3.3 Langdurige GGZ

3.3.1 Advies

De WOR adviseert voor de langdurige GGZ dezelfde criteria te hanteren en wijzigingen door te voeren als bij de geneeskundige GGZ geadviseerd is en

daarnaast het criterium intramuraal GGZ gebruik in voorgaand jaar (iGGZ t-1) te verbeteren en verder uit te breiden naar de volgende klassen:

0. Geen iGGZ t-1
1. gGGZ t-1 >252 dagen
2. iGGZ t-1 met ZZP 3/4/5
3. iGGZ t-1 met ZZP 6/7
4. Uitstroom naar Wlz in t

3.3.2 Effect nieuwe data

Bij de langdurige GGZ (lGGZ) is sprake van een ingroeitraject, omdat alleen verzekerden die vanaf 2015 meer dan een jaar intramurale GGZ gebruiken onder de langdurige GGZ vallen. De kosten van de langdurige GGZ in 2017 (gesimuleerd op basis van 2014-data) liggen dan ook ruim een kwart hoger dan in voorgaand jaar. Het aantal gebruikers van de langdurige GGZ is met ruim 20% gestegen. De kosten en gebruikers van de langdurige GGZ zijn gesimuleerd op basis van AWBZ-data. Vanwege het verschil in kostengrondslag is vergelijking tussen beide jaren lastig. De normbedragen laten over de twee jaar wel een stabiel patroon zien en de daling in de meeste grotere normbedragen is in lijn met de ontwikkeling van de gemiddelde lGGZ-kosten voor deze risicoklassen.

Bij de verevenende werking is het beeld gemengd. Een lagere R^2 en een hogere CPM op individuniveau. Op subgroepniveau geen noemenswaardige veranderingen als rekening gehouden wordt met het verschil in kostenniveau. Op verzekeraarniveau is sprake van een lagere R^2 en grotere bandbreedte. Een oorzaak hiervoor ligt bij de overall kostenstijging met 25%. Daarnaast is er één verzekeraar die een verdubbeling van de kosten heeft. Het model compenseert hiervoor niet volledig omdat bij deze verzekeraar sprake is van veel onlogische zorgtrajecten.

3.3.3 Uitgangsmodel 2017 vergeleken met model 2016 (2014 data)

Voor de lGGZ is sprake van een splitsing van het intramurale GGZ gebruik in voorgaand jaar op basis van de zwaarte van de zorgzwaartepakketten (ZZP). Daarnaast is er een aparte klasse toegevoegd voor de gebruikers die in jaar t naar verwachting zullen uitstromen naar de Wlz. Verder zijn dezelfde nieuwe criteria en aanpassingen doorgevoerd als in het model voor de geneeskundige GGZ. Deze aanpassingen zijn niet afzonderlijk getest op stabiliteit. Omdat de invloed van het iGGZ t-1 criterium erg groot is, is in één keer het uitgangsmodel 2017 doorgerekend.

Deze aanpassingen in het uitgangsmodel 2017 ten opzichte van het model 2016 leiden niet tot grote veranderingen in de normbedragen, behalve voor het aangepaste iGGZ t-1 criterium zelf. De aansluiting tussen de normatieve en werkelijke kosten (verevenende werking) voor het uitgangsmodel 2017 is op alle niveaus beter dan het model 2016. Vooral op individueel niveau stijgt de R^2 behoorlijk met 4,1 procentpunt (tot 40,7%). Het iGGZ t-1 criterium blijkt net als voorgaand jaar het overgrote deel van de kosten binnen de langdurige GGZ (80% dit jaar) te verevenen waardoor bij veel andere criteria de normbedragen op nul euro uitkomen.

3.4 Model voor het verplicht eigen risico

3.4.1 Advies

De WOR adviseert dat het model voor de kosten onder het verplicht eigen risico wordt gebaseerd op dezelfde vereveningscriteria als in 2016. Dit houdt in dat het model bestaat uit de vereveningscriteria: leeftijd x geslacht, regio (somatisch) en AvI. Voorts adviseert de WOR om het nieuwe criterium FDG (naast de criteria FKG, DKG, MHK en HKG) toe te voegen aan de definitie van de forfaitaire groep.

3.4.2 Stabiliteit (effect nieuwe data)

Het eigenrisicomodel van 2016 is uitermate stabiel. Doorrekening op de nieuwe 2014-data geeft nagenoeg dezelfde normbedragen en beoordelingsmaatstaven voor de verevenende werking als doorrekening op de 2013-data (van de vorige OT).

3.4.3 Uitgangsmodel 2017 vergeleken met model 2016 (2014 data)

Het uitgangsmodel 2017 is vergeleken met het eigenrisicomodel 2016. De veranderingen in de normbedragen zijn beperkt en hebben dan ook nauwelijks gevolgen voor de verevenende werking.

4. Onderzoeksgegevens

4.1 Representativiteit / volledigheid

De WOR concludeert dat de onderzoeksbestanden 2014 na correcties, selecties en bewerkingen per saldo van gelijke of betere kwaliteit zijn dan de bestanden van 2013.

De ex ante risicovereveningsmodellen zijn gebaseerd op kostengegevens over 2014 en verzekerdenkenmerken over 2009 tot en met 2014. De kostengegevens over 2014 zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2017 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2014, 2015 en 2016 zijn of worden genomen.

De ziekenhuiskosten in het onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis. Er is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2014 en 2017 beperkt zijn. Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kostengegevens representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door kostprijzen, maximumtarieven en ondersteunershonoraria zoals berekend door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het resulterende bestand heeft een dekking van 100%.

De kortere doorlooptijd van de DBC's per 2015 leidt tot hogere prevalenties bij het DKG–criterium. Dit is in het onderzoeksbestand gesimuleerd door trekkingen uit t-2 toe te voegen. Door ZIN is per DKG-categorie onderzocht hoeveel hoger naar verwachting de prevalentie wordt. Dit geeft ophoogfactoren die gebruikt zijn als trekkingskans. Op basis hiervan zijn per DKG-categorie trekkingen uit het bestand van jaar t-2 toegevoegd aan het onderzoeksbestand.

Bij de verzekerdenkenmerken en kosten van overige prestaties is eveneens sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2014 van Vektis. Vergelijking met gegevens van ZIN laat verder zien dat BASIC 2014 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op een databestand van ZIN met gegevens over gedeclareerde DBC's van 2014. Er is sprake van 100% dekking. Dit jaar is geen conversie meer nodig, omdat de generalistische basis GGZ is ingevoerd per 2014. Wel zijn de tarieven uit de declaraties vervangen door tarieven van de NZa, zodat kosten zijn geschoond voor (nog niet verwerkte) contractafspraken.

Ten slotte zijn net zoals vorig jaar gegevensbestanden aangeleverd met informatie van declaraties over 2014 van de AWBZ-zorg die is overgeheveld naar de Zvw. Dit betreft de kosten van V&V, langdurige GGZ en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten. Omdat ook eerstelijnsverblijf vanaf 2017 onder de Zvw valt is ook deze informatie aangeleverd.

De kosten van extramurale verpleging (VP) en van persoonlijke verzorging (PV) zijn bepaald op basis van een voorselectie die Vektis op aangeven van VWS haalt uit het AWBZ-informatiesysteem, De aanpak hierbij was nagenoeg gelijk aan die van vorig jaar. Het AWBZ-informatiesysteem kent een volledige dekking van de zorgkantoren en dekt ruim 95% van de verzekerdenpopulatie.

4.2 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties 2014 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse voor de somatische zorg en de GGZ vergeleken met 2013. De patronen in 2014 lijken sterk op die in 2013. De veranderingen van 2013 op 2014 zijn in het algemeen beperkt en goed verklaarbaar.

Voor vrijwel alle volmachten liggen de prevalenties van FKG's, DKG's, HKG's en MHK binnen de reikwijdte van de prevalenties voor de overige verzekeraars. Relatief grote verschillen in prevalenties tussen de jaren kunnen meestal verklaard worden door verschuivingen in portefeuilles (in-/uitstroom).

4.3 Ontwikkeling kostenpatronen

Voor de analyse van de kostenpatronen zijn de kosten verdeeld naar de categorieën overige prestaties, ziekenhuiszorg, geneeskundige GGZ en de overgehevelde kosten van de GRZ, de wijkverpleging, de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG) en de langdurige GGZ. Er is gekeken naar

totalen, de kosten per categorie van de verschillende vereveningscriteria (risicogroepen) en naar de kosten op verzekeraarniveau.

De kostenpatronen 2014 bij de overige prestaties en de ziekenhuiszorg zijn vergelijkbaar met die in 2013. Opvallende veranderingen zijn veelal verklaarbaar. Dit geldt zowel op verzekeraarniveau alsook op het niveau van de vereveningscriteria. Op verzekeraarniveau zijn de bandbreedten van de mutaties kleiner dan in voorgaande jaren.

De gemiddelde kosten van de geneeskundige GGZ per enkelvoudige risicogroep (conform de verschillende vereveningscriteria) vertonen in het algemeen stabiele patronen. De opvallende verschuivingen zijn goed verklaarbaar en hangen veelal samen met de ontwikkelingen bij de prevalenties. Ook op verzekeraarniveau zijn de veranderingen –met uitzondering van twee kleine verzekeraars- beperkt.

De patronen van de GRZ-kosten in 2014 zijn (per vereveningscriterium) globaal gelijk aan de patronen in 2013. Ook de kostenpatronen bij de wijkverpleging zijn veelal stabiel. Opvallende ontwikkelingen zijn verklaarbaar op enkele uitzonderingen na. In een aantal gevallen betreft het kleine risicogroepen.

De ZG-kosten vertonen (naar risicoklasse) plausibele patronen, die globaal hetzelfde zijn als die van overige prestaties en ziekenhuiszorg. De verschillen tussen 2013 en 2014 zijn beperkt.

De kostenpatronen bij de langdurige GGZ komen overeen met de patronen bij de geneeskundige GGZ. De stabililteit van de patronen lijkt te zijn toegenomen. Van belang hierbij is dat het aantal lGGZ-gebruikers beperkt is, waardoor de uitkomsten gevoelig zijn voor uitschieters.

Op verzekeraarniveau tenslotte lijken de ontwikkelingen van de overgehevelde kosten stabieler te worden. De gewogen gemiddelde absolute verschillen tussen 2014 en 2013 zijn bij de wijkverpleging, GRZ en langdurige GGZ respectievelijk 30%, 17% en 52% lager dan tussen de jaren 2012-2013.