WOR 931

Betreft:	Aangepast advies aan de Minister voor Medische Zorg en Sport over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2019
Van:	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum:	augustus 2018

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)[1] over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2019. De voorgestelde vormgeving – aangeduid als 'uitgangsmodellen' – is in de Overall Toets 2019 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2019 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 en 4 worden de bevindingen van de Overall Toets (OT) besproken. Deze vormen de onderbouwing van het advies.

2. Conclusie en advies

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

De doorgerekende modellen geven in het algemeen voldoende stabiele normbedragen. Grotere mutaties zijn verklaarbaar.

De WOR plaatst een kanttekening bij het aantal verzekerden met negatieve normkosten. Het aantal is weliswaar aanzienlijk gedaald, maar desalniettemin adviseert de WOR om hier in het komende onderzoeksjaar aandacht aan te besteden.
Ook wil de WOR opmerken dat de vervanging van het criterium gebaseerd op kosten wijkverpleging in het voorgaande jaar (V&V t-1) door een criterium gebaseerd op de kosten wijkverpleging in de voorgaande drie jaar (MVV) in het model voor de somatische zorgkosten een beleidsmatige keus is.

De verevende werking van de drie modellen voor de somatische zorg, de GGZ en de eigen betalingen vanwege het eigen risico laten een stabiel beeld zien.

Al met al adviseert de WOR om alle drie de doorgerekende uitgangsmodellen toe te passen in 2019.

[1] De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren van de minister van Medische Zorg en Sport over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, het inhoudelijk beoordelen van de onderzoeken in dit onderzoeksprogramma, en vervolgens het adviseren van de minister van VWS over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel.

Voor het model van de somatische kosten adviseert de WOR:

- Het criterium Farmaciekostengroepen (FKG's) te actualiseren en te verbeteren door:
    - Splitsing van de FKG voor diabetes type 1 in met en zonder hypertensie;
    - Nieuwe FKG's toe te voegen voor:
        - Chronische antistolling;
        - Acromegalie;
        - Immunoglobuline o.b.v. add-on;
        - COPD / Zware astma o.b.v. add-on.
    - Weglaten van de FKG voor hoog cholesterol;
    - Verplaatsen het geneesmiddel Theofylline van FKG Astma naar COPD / Zware astma;
    - Verplaatsen 3 geneesmiddelen van HIV / Aids naar Transplantaties;
    - Verplaatsen het geneesmiddel Epoprostenol van de FKG voor Pulmonale arteriële hypertensie naar de Extreem hoge kosten groep (EHK) 1;
    - Verplaatsen van drie geneesmiddelen van EHK 2 naar EHK 1.
    - Bij 17 FKG's de grens te verleggen van 180 naar 90 DDD (defined daily dose);
    - Aantal restricties op de FKG's aan te passen en enkele restricties toe te voegen;
- Bij het criterium meerjarig hoge kosten (MHK) de kosten voor geriatrische revalidatiezorg mee te tellen;
- Het criterium gebaseerd op kosten wijkverpleging in het voorgaande jaar (V&V t-1) te vervangen door een criterium gebaseerd op de kosten wijkverpleging in de voorgaande drie jaar (MVV);
- Alle verzekerden die wonen in een institutioneel huishouden in te delen in de afslagklasse van het criterium MVV;
- De berekening van het regiocriterium te vereenvoudigen (twee-staps methode in plaats van de huidige vier staps methode) en het regio-effect te bepalen met behulp van minder variabelen.

Voor het GGZ-model adviseert de WOR:

- de psychische Farmacie Kostengroepen (FKG's) aan te passen door:
    - Een aparte FKG voor chronische stemmingsstoornissen complex toe te voegen (nu bij de FKG voor chronische stemmingsstoornissen);
    - Een nieuwe FKG toe te voegen voor Angststoornissen;
    - Verwijderen van de geneesmiddelen Periciazine en Pipamperon uit de FKG Psychose;
    - Het geneesmiddel Penfluridol toewijzen aan de FKG Psychose depot;
    - Een aantal restricties aan te passen en enkele restricties toe te voegen;
- De psychische DKG's aan te passen door:
    - de indeling in de klassen 1, 2, 14 t/m 17 te verbeteren door deze beter aan te laten sluiten bij de indeling zoals deze uit het onderzoek bleek (WOR 862);
- Bij het regiocriterium twee aanpassingen toe te passen:
    - Actualisatie van de gegevens;
    - Aanpassing aan het nieuwe uitgangsmodel 2019.

Voor het eigen risico model adviseert de WOR om de definitie van de forfaitaire groep uit te breiden met verzekerden die meerjarige hoge kosten wijkverpleging hebben (MVV).

3. Overall Toets

Dit hoofdstuk bespreekt de uitkomsten van de Overall Toets 2019. De Overall Toets bestaat (voor elk van de drie vereveningsmodellen) uit drie onderdelen:

1. Nagaan wat het effect is van de overstap op nieuwe gegevens (van 2015 naar 2016)
2. Toetsen van de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste vereveningscriteria
3. Het beoordelen van het uitgangsmodel

3.1 Vereveningsmodel voor de somatisch kosten

3.1.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2015 naar 2016) is onderzocht door het vereveningsmodel 2018 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2016 (representatief gemaakt voor 2019) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2018 op de kostengegevens uit 2015 (representatief gemaakt voor 2018).

Toepassing van de nieuwe gegevens leidt soms tot (aanzienlijke) verschuivingen bij de normbedragen. Met name bij MHK, leeftijd/geslacht, FKG, primaire en secundaire DKG en PPA (personen per adres). De veranderingen zijn in lijn met de kostenontwikkelingen en veelal goed verklaarbaar. Verder is de omvang van de veranderingen bij de normbedragen vergelijkbaar met de mutaties van vorig jaar (2014-2015).

De verevenende werking van het model is op individu niveau bij de nieuwe gegevens beter (de R^2 stijgt van 32,1% naar 34,1%). Ook op subgroep niveau is over het algemeen sprake van verbetering. Op verzekeraarsniveau is het beeld wisselend. Hierbij valt vooral de bandbreedte van het resultaat op. Deze neemt toe van 213 euro naar 298 euro. Als de twee uitersten buiten beschouwing blijven verandert de bandbreedte met slechts 46 euro (van 155 naar 109 euro). De ontwikkeling bij de twee uitersten is verklaarbaar vanwege populatieverschuivingen.

3.1.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2019

De stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria is onderzocht door modeluitkomsten op 2016 data te vergelijken met modeluitkomsten op 2015 data. Dit is gedaan voor het model van 2018 en voor het uitgangsmodel 2019. Er worden dus vier verschillende uitkomsten vergeleken. Omdat direct vergeleken wordt met het uitgangsmodel 2019 geeft deze analyse tevens een beoordeling van dit model.

Normbedragen

De normbedragen van de vernieuwde FKG, de aangepaste MHK, het vernieuwde regiocriterium en het nieuwe criterium MVV laten voor beide datajaren globaal hetzelfde beeld zien. Ook de gevolgen voor de normbedragen van de criteria die niet veranderen zijn vergelijkbaar.
Het belang van MHK neemt (in beide jaren) af vanwege de vervanging van het criterium V&V t-1 door MVV en de aanpassingen bij de FKG. De normbedragen voor PPA (klassen blijvend of instromend in een Wlz-instelling) veranderen substantieel, omdat in het uitgangsmodel 2019 verzekerden in een instelling in de afslagklassen van de MVV worden ingedeeld. Wel zijn de veranderingen bij de 2015-data groter dan bij de 2016-data. De reikwijdte van het nieuwe regiocriterium is kleiner dan het oude regiocriterium.
De gemiddelde absolute verandering van alle normbedragen als gevolg van de modelwijzigingen is voor 2015 15 euro en voor 2016 14 euro.

Verevende werking

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2019 is (voor beide jaren) op individu niveau nagenoeg gelijk aan het model 2018. Bij de subgroepen is het beeld wisselend. Verbetering bij de groep met de 15% hoogste kosten in t-3, maar verslechtering bij de groep met de 15% laagste kosten in t-3. Bij de groep met V&V kosten in t-1 zien we, logischerwijs, een aanzienlijk negatief resultaat. Hier staat een verbetering tegenover van het resultaat bij de groep die in de jaren t-1, t-2 of t-3 V&V kosten heeft gehad.

Het aantal verzekerden met negatieve normkosten daalt aanzienlijk. Dit is een logisch gevolg van de indeling in de afslagklasse van MVV van de verzekerden die in een instelling verblijven. De daling is bij de data van 2016 beperkter dan bij de data van 2015. De negatieve normkosten zitten hoofdzakelijk bij de blijvers in een institutioneel huishouden (grotendeels vrouwen van 80 jaar en ouder). Voor datajaar 2016 komt het uitgangsmodel uit op 14 duizend verzekerden met negatieve normkosten. Tegenover 2 duizend voor het datajaar 2015. Ter vergelijking, het uitgangsmodel 2018 had nog 34 duizend verzekerden met negatieve normkosten. Op verzekeraars niveau zijn de effecten van de modelwijzigingen op de verevende werking zeer beperkt. De gewogen gemiddelde absolute resultaatverschuiving is voor het datajaar 2016 3,0 euro (in de vorige OT was dit 6,3 euro). Per verzekeraar varieert de resultaatverandering binnen een bandbreedte van -14 euro tot +28 euro.

3.2 Vereveningsmodel voor de GGZ-kosten

3.2.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2015 naar 2016) is bepaald door het model 2018 te schatten op de nieuwe gegevens uit 2016 en dit te vergelijken met de resultaten uit de vorige OT toen dit model geschat is met data uit 2015. De vergelijking laat zien dat de normbedragen van het GGZ-model 2018 over het algemeen een stabiel patroon vertonen. De enkele relatief grote

veranderingen zijn veelal goed te verklaringen uit de ontwikkelingen van de kosten en prevalenties.

De meeste kengetallen voor de verevenende werking laten een lichte verslechtering zien. Uitzondering is de R^2 op individu niveau, die licht verbetert naar 23,3%. Net als andere jaren is dit beduidend lager dan de CPM die uitkomt op 29,9%. Dit geeft aan dat het model lage kosten (in dit geval vooral de groepen zonder GGZ-kosten) beter voorspelt dan hoge kosten.

3.2.2 Stabiliteit van de aangepaste criteria

De stabiliteit van de aangepaste psychische FKG's en DKG's is onderzocht door voor beide datajaren (2015 en 2016) per criterium telkens twee modellen te vergelijken, namelijk het model 2018 en het model 2018 met de aanpassing op het criterium.

Vernieuwde psychische FKG's

De patronen van de normbedragen van de oude en nieuwe FKG's zijn voor beide jaren goed vergelijkbaar. Ook de verschillen tussen de normbedragen van de oude en nieuwe FKG's laten in beide jaren globaal hetzelfde beeld zien. Het effect op de overige normbedragen is in beide jaren zeer beperkt. Er zijn vooral veranderingen zichtbaar bij leeftijd/geslacht, psychische DKG's, AVI en MHk-GGZ.

De verevende werking verbetert op individu niveau bij beide datajaren. Op groepsniveau is geen verandering gevonden. Op verzekeraarsniveau verbetert de verenende werking bij het datajaar 2015. Bij datajaar 2016 is het beeld wisselend.

Verbeterde psychische DKG's

De patronen van de normbedragen van de DKG's komen voor beide varianten in beide jaren goed overeen. Dit geldt niet voor de verschillen tussen de modellen. Oorzaken hiervoor zijn kostenveranderingen, prevalentie veranderingen en de soms geringe omvang van de DKGs (bijvoorbeeld DKG10, DKG15 en DKG16). Het normbedrag voor DKG2 wordt weer groter dan DKG1, als gevolg van een verschuiving van circa 34 duizend verzekerdenjaren van DKG2 naar DKG1.

De gevolgen voor de andere normbedragen zijn voor beide jaren zeer beperkt. De grootste verandering treedt op bij de MHK-GGZ. De GGAA van de normbedragen van MHK-GGZ is 1,9 euro voor 2015 en 2,3 euro voor 2016. De GGAA over alle normbedragen komt uit op 1,7 euro voor datajaar 2015 en 2,0 euro voor datajaar 2016.

De gevolgen voor de verevende werking zijn zeer beperkt en wisselend. Op individuniveau verbetert de verenende werking licht in 2015, maar verslechtert licht in 2016. De GGAA op subgroepniveau blijft in beide jaren gelijk. Op verzekeraarsniveau is het beeld gemengd.

3.2.3 Uitgangsmodel 2019 vergeleken met model 2018 (2016 data)

Vergelijking van het uitgangsmodel 2019 (met daarin alle besproken aanpassingen en het geactualiseerde GGZ-regio criterium) met het model 2018 laat mutaties van de normbedragen zien, die in lijn zijn met de eerder besproken bevindingen. De grootste veranderingen zien we logischerwijs in de normbedragen van de aangepaste criteria (psychische FKG en DKG). De GGAA van alle normbedragen gezamenlijk bedraagt 2,9 euro.

Op het niveau van individuen en verzekeraars is het beeld wisselend. Op individuniveau daalt de R^2 met 0,3%-punt naar 23,0%, terwijl de CPM stijgt met 0,2%-punt naar 30,1%.Op verzekeraarsniveau daalt de R^2 van 97,5% naar 97,3%. Hiertegen over staat een daling van de bandbreedte van het resultaat met 4,6 euro naar 32,0 euro. De verschuivingen in resultaat varieren van -4 euro tot +8 euro. Dit is beduidend lager dan in de vorige OT (2018). Toen bedroeg deze range -11 euro tot +11 euro. Op subgroepniveau zien we geen wijzigen.

3.3 Model voor het verplicht eigen risico

3.3.1 Stabiliteit (effect nieuwe data)

Het eigenrisicomodel van 2018 is uitermate stabiel. Doorrekening op de nieuwe 2016-data geeft nagenoeg dezelfde normbedragen.
De meeste kengetallen voor de verevenende werking verbeteren licht. Zo stijgt de R^2 op individu niveau met 0,7%-punt naar 34,0%. De GGAA op alle subgroepen daalt naar 7,2 euro. Op verzekeraarsniveau stijgt de R^2 van 92,2% naar 93,3%, daalt de bandbreedte met 2 euro naar 27 euro, maar de GGAA neemt toe met 0,2 euro en komt uit op 3,0 euro.

3.3.2 Uitgangsmodel 2019 vergeleken met model 2018 (2016 data)

Het uitgangsmodel 2019 wijkt op enkele onderdelen af van het model 2018. Het belangrijkste is de verandering van de afbakening van de forfaitaire groep: de FKG's zijn vernieuwd en de verzekerden met meerjarig hoge V&V kosten zijn toegevoegd. Daarnaast is het regiocriterium vernieuwd (en wederom gelijk aan het regiocriterium van het somatische model).

De omvang van de forfaitaire groep is met 3%-punt gedaald. Dit is het saldo van enerzijds de daling van aantal verzekerden door het schrappen van de FKG voor hoog cholesterol en anderzijds het toevoegen van de verzekerden met MVV>0.

De normbedragen van het uitgangsmodel wijken nauwelijks af van de normbedragen van het model 2018. De GGAV van alle normbedragen bedraagt 1,7 euro. De grootste verandering treedt op bij leeftijd/geslacht. Dit wordt veroorzaakt door de toename van de gemiddelde eigen betaling.

De gevolgen voor de verevende werking zijn zeer beperkt. Op individu niveau is sprake van een lichte verslechtering van de verevende werking (daling R^2 van 34,0% naar 33,6%). Op verzekeraarsniveau is het beeld wisselend. De R^2 daalt met 0,2%-punt naar 93,1%, de GGAA van de resultaten blijft gelijk (3,0 euro) en de bandbreedte van de resultaten blijft eveneens gelijk en bedraagt 27 euro.

4. Onderzoeksgegevens

4.1 Representativiteit / volledigheid

Er is een onderzoeksbestand opgebouwd met kostengegevens over 2016 en verzekerdenkenmerken over 2011 tot en met 2016.

Hiertoe is de database BASIC2016 van Vektis verrijkt met vereveningskenmerken (veelal afkomstig van ZINL), gegevens over ziekenhuiszorg (gebaseerd op het QZ-informatiesysteem), kosten betreffende Eerstelijnsverblijf (op basis van gegevens van de subsidieregeling 2016), informatie over de langdurige GGZ (aangeleverd door APE/Significant) en een databestand met gedeclareerde DBC's betreffende GGZ-kosten in de gespecialiseerde GGZ (afkomstig van ZINL).

De dekking van BASIC2016 bedraagt 100%. De kosten en demografische kenmerken van BASIC2016 komen goed overeen met de informatie van ZINL.

Bij de ziekenhuiszorg is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2016 en 2019 beperkt zijn. Wel zijn vanwege lumpsummen en omzetplafonds de kostengegevens representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door mediaanbedragen.

De somatische primaire en secundaire DKG's die zijn afgeleid uit DBC-declaraties van 2015 zijn aangevuld met DKG's gebaseerd op DBC-declaraties die geopend zijn in de laatste maanden van 2014. Hiermee wordt de eenmalige dip in het aantal DBC-declaraties in 2015 gecompenseerd. Deze dip is het gevolg van de verkorting van de doorlooptijd die in 2015 werd ingevoerd.

De gegevens betreffende de lGGZ over 2016 zijn door APE representatief gemaakt voor 2019. Hierbij is informatie uit zowel de Zvw, de Wlz als de AWBZ gebruikt, omdat rekening gehouden moet worden met het ingroeitraject.

De kosten betreffende de geneeskundige GGZ zijn geschoond voor (nog niet verwerkte) contractafspraken door de tarieven uit de declaraties te vervangen door de maximumtarieven van de NZa.

De kostengegevens over 2016 zijn verder representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2019 door correcties uit te voeren voor de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen die in 2017, 2018 en 2019 zijn of worden genomen. Zo zijn de V&V-kosten opgehoogd vanwege afspraken uit de bestuurlijke akkoorden en zijn de prijsarrangementen betreffende 2016 verwerkt. (voor de latere jaren is nog geen informatie).

4.2 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties in 2016 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse vergeleken met 2015. De patronen in 2016 lijken sterk op die in 2015. De veranderingen van 2015 op 2016 zijn in het algemeen beperkt en de grotere veranderingen zijn goed verklaarbaar.

Ook op verzekeraarsniveau blijken de vereveningscriteria veelal stabiel. Er zijn enkele uitzonderingen, maar die laten zich goed verklaren door in- en/of uitstroom van verzekerden met specifieke kenmerken.

4.3 Ontwikkeling kostenpatronen

De kostenpatronen in 2016 bij de somatische zorg zijn vergelijkbaar met de kostenpatronen in 2015. Opvallende veranderingen zijn veelal verklaarbaar. Dit geldt zowel op verzekeraarsniveau alsook op het niveau van de vereveningscriteria. Bij de risicoklassen met duidelijke ontwikkelingen in de zorgkosten is meestal een relatie te leggen met de ontwikkeling van de prevalentie.

Bij kosten GGZ is een zelfde beeld waarneembaar. Over het algemeen stabiele ontwikkelingen zowel op het niveau van de (enkelvoudige) risicoklassen alsook op het niveau van verzekeraars. De grotere mutaties zijn verklaarbaar.

4.4 Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico

De patronen van de betalingen onder het eigen risico zijn in de 2016 data goed vergelijkbaar met de patronen in de 2015-data. Dit geldt voor de verdeling van de eigen betalingen naar leeftijd en geslacht en voor de frequentieverdeling van de kosten.