Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
Fondsen & Informatie-management
Risicoverevening,
Beheerskosten & Subs dies

[redacted]

Contactpersoon
[redacted]

2022027433

Datum 16 augustus 2022
Betreft Advies passende zorg en risicoverevening

Onze referentie
2022027433

Geachte heer Kuipers,

Zorginstituut Nederland heeft onderzoek laten uitvoeren naar de invloed van de risicoverevening op de inzet van passende zorg door zorgverzekeraars. Het onderzoek toont aan dat de risicoverevening in bepaalde gevallen de inzet van passende zorg kan belemmeren. Het Zorginstituut vindt het van groot belang dat de financieringsstromen zo worden ingericht dat passende zorg voor geen enkele partij belemmerd wordt. Dat betekent dat zowel in de bekostiging van zorgaanbieders als in de risicoverevening voor zorgverzekeraars verbeteringen mogelijk zijn. Het Zorginstituut adviseert VWS ook om vervolgonderzoek te doen naar de mogelijkheden om de financiële prikkelwerking te verbeteren en om de prikkels voor passende zorg mee te wegen in de beoordeling van alle onderzoeken voor verbetering van de risicoverevening.

Passende zorg is de nieuwe norm

Om te garanderen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen, wordt passende zorg de norm. Dat staat beschreven in het Regeerakkoord. Passende zorg is zorg die werkt, waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Het is een aanpak met minder focus op ziekte en behandeling, en meer inzet op gezondheid en op wat iemand wél kan.

Passende zorg kan alleen de norm worden als de prikkels in ons zorgstelsel passende zorg faciliteren. In dat kader heeft het Zorginstituut laten onderzoeken hoe goed de risicoverevening aansluit bij passende zorg. De risicoverevening speelt namelijk een grote rol in de prikkelwerking voor zorgverzekeraars. Het is essentieel dat zorgverzekeraars financieel geprikkeld worden, of ten minste niet belemmerd worden, om hun rol te vervullen en van passende zorg de nieuwe norm te maken.

Risicoverevening kan zorgverzekeraars financieel belemmeren bij de inzet van passende zorg

Het risicovereveningsmodel is bedoeld om te zorgen voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en te voorkomen dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden tot risicoselectie. Hiermee vervult het risicovereveningsmodel een

Zorginstituut Nederland
Fondsen & Informatie-management
Risicoverevening, Beheerskosten & Subs dies

Datum
16 augustus 2022

Onze referentie
2022027433

belangrijke taak in het zorgstelsel. Uit het onderzoek blijkt dat de risicoverevening ook een bredere impact heeft. De risicoverevening heeft niet alleen impact op het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars en de prikkels op de verzekeringsmarkt, maar ook op de prikkels voor de zorginkoop en daarmee voor de zorgverlening.

Het financiële resultaat en daarmee de financiële prikkelwerking voor zorgverzekeraars wordt bepaald door twee factoren: de kostenontwikkeling en de vereveningsbijdrage. Voor chronische patiënten zijn declaratiegegevens van het voorgaande jaar een belangrijke determinant voor de vereveningsbijdrage. Het onderzoek toont aan dat de werkelijke financiële impact van het toepassen van passende zorg positief en negatief kan zijn. Dit is afhankelijk van de wijze waarop de verschillende behandelvormen in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen. Duidelijk is wel dat het resultaat over het algemeen verslechtert als een passende behandelvorm ertoe leidt dat een verzekerde niet meer in een bepaald kenmerk ingedeeld wordt, en daardoor een compensatie voor de verzekeraar vervalt. Dat wegvallen komt meestal door een nieuwe behandeling of door substitutie van de ene zorgvorm naar de andere. Het kan ook komen door preventie.

Invloed op zorgverzekeraars van onzekerheid, perceptie en vormgeving

De zorgverzekeraars spelen een centrale rol in het zorgstelsel. Zij worden geacht om passende zorg in te kopen voor hun verzekerden. Bij de overwegingen die zorgverzekeraars hebben spelen veel factoren een rol. Een van die factoren vormt het verwachte resultaat vanuit de risicoverevening. Naast de risicoverevening spelen ook andere overwegingen een rol zoals de concurrentiepositie en de vraag in hoeverre andere verzekeraars dezelfde beweging maken.

Het vaststellen van het verwachte risicovereveningsresultaat van het toepassen van passende zorg is een complex vraagstuk. De berekeningen zijn complex en kennen grote onzekerheden. Uit het onderzoek wordt duidelijk dat zorgverzekeraars in sommige gevallen een business case opstellen en dat zij hun gedrag aanpassen op basis van de perceptie van het verwachte resultaat. Een belangrijk beeld dat zij daarbij hebben is dat het voorkomen van zorg tot een negatief resultaat leidt.

Uit het onderzoek blijkt dat deze constatering niet altijd terecht is. Het voorkomen van zorg heeft immers niet alleen impact op de kosten van zorgverlening, maar ook op de inkomsten uit de verevening. Het Zorginstituut vindt het echter onwenselijk dat de transitie naar passende zorg belemmerd kan worden door de onzekerheid over, en de perceptie en vormgeving van het vereveningsmodel.

Het Zorginstituut adviseert om de risicoverevening te verbeteren om congruent te zijn aan beweging naar passende zorg

Het Zorginstituut adviseert om de beoordeling van de verwachte effecten van het toepassen van passende zorg expliciet op te nemen in het beoordelingskader van het risicovereveningsmodel. Het is essentieel om ook zorginhoudelijke kennis mee te nemen bij de beoordeling van toekomstige wijzigingen.

Daarnaast zijn er twee elementen die het Zorginstituut kansrijk acht ter verbetering van het risicovereveningsmodel, die beide ook een rol spelen in de

Zorginstituut Nederland
Fondsen & Informatie-management
Risicoverevening, Beheerskosten & Subs dies

Datum
16 augustus 2022

Onze referentie
2022027433

bredere discussie over het verder verbeteren van het risicovereveningsmodel.

1. Voer onderzoek uit naar het langer vasthouden van een vereveningskenmerk gebaseerd op declaraties bij zorgverzekeraars, zodat substitutie en preventie niet belemmerd worden. In het huidige model compenseren we zorgverzekeraars voor het zorggebruik bij een chronische aandoening uit het afgelopen jaar. Chronische aandoeningen duren vaak meerdere jaren, waarbij in ieder geval door preventie en substitutie niet altijd sprake is van zorggebruik in ieder jaar. Onderzoek naar meerjarige kenmerken kan leiden tot verbetering van het detecteren van verzekerden met een chronische aandoening en het detecteren van de financiële prikkels voor preventie en substitutie.
2. Voer onderzoek uit naar het combineren van verschillende kenmerken voor dezelfde aandoening. Door de risicoverevening meer rondom een aandoening te organiseren kunnen de financiële prikkels voor verzekeraars beter in de pas lopen met de gewenste zorg voor een verzekerde. In het huidige model maakt een verzekeraar aanspraak op een vergoeding voor een verzekerde met bijvoorbeeld COPD vanuit geneesmiddelengebruik, hulpmiddelengebruik, ziekenhuiszorg of fysiotherapie. Het resultaat van een zorgverzekeraar kan dan verbeteren als sprake is van zorg uit verschillende domeinen, terwijl dit zorginhoudelijk misschien niet wenselijk is. Het verdient aanbeveling om de vergoedingen uit de risicoverevening voor een groep verzekerden met dezelfde aandoening in samenhang te bekijken en binnen de groep te differentiëren naar zorgzwaarte. Dat betekent dat er bijvoorbeeld een groot onderhoud COPD moet plaatsvinden.

De precieze gevolgen en invulling van deze oplossingen moeten verder worden onderzocht en bepaald. Het ligt het meest voor de hand dat deze onderzoeken vanuit de Werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR) verder worden vormgegeven.

Het risicovereveningsmodel kan niet voor alle specifieke situaties tot een passende vergoeding leiden. Het risicovereveningsmodel is immers een voorspelmodel gericht op het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars. In specifieke situaties is maatwerk vereist. Het Zorginstituut adviseert om te onderzoeken of in specifieke situaties waarbij het verwachte vereveningsresultaat negatief is, tijdelijk een compensatie kan worden verleend buiten het risicovereveningsmodel om, of via ex post compensatiemechanismen. Hiervoor is het noodzakelijk om dit ook juridisch en uitvoeringstechnisch te toetsen. Het Zorginstituut denkt hierover graag mee met het ministerie van VWS om tot realistische, haalbare en wenselijke maatwerkoplossingen te komen.

Het Zorginstituut gaat ook andere prikkels beter in beeld brengen

Naast de risicoverevening hebben andere prikkels voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders invloed op de inzet van passende zorg. Met de volgende acties wil het Zorginstituut deze prikkels verder in kaart brengen en zorgen voor een integrale aanpak van de transitie naar passende zorg:

1. Het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaan samen onderzoeken welke belemmeringen zorgverzekeraars ervaren bij het inzetten op passende zorg. De risicoverevening is niet de enige prikkel die

zorgverzekeraars ervaren, maar andere prikkels zijn nu niet voldoende in beeld.
2. Het Zorginstituut gaat een integrale pilot opzetten om in beeld te brengen hoe de prikkels voor passende zorg van de spreekkamer van de zorgverlener tot en met financiering van de zorgverzekeraar zijn vormgegeven en hoe betrokkenen die ervaren. Op dit moment zijn er vaak aparte maatregelen voor verschillende delen van het stelsel die goed werken voor elk apart deel, maar de vraag is of de samenhang tot de gewenste impact leidt om passende zorg de norm te maken.

Graag gaan we met u in gesprek over de vervolgstappen die betrokken partijen moeten zetten om de aansluiting tussen risicoverevening en passende zorg te verbeteren.

Met vriendelijke groet,

Peter Siebers,
Lid Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Fondsen & Informatie-management
Risicoverevening, Beheerskosten & Subs dies

Datum
16 augustus 2022

Onze referentie
2022027433

Risicoverevening & Passende Zorg

Onderzoek naar de mogelijk belemmerende werking van de risicoverevening bij de ontwikkeling van meer passende zorg

SIGNIFICANT APE

ABBEL

Risicoverevening & Passende Zorg

Onderzoek naar de mogelijk belemmerende werking van de risicoverevening bij de ontwikkeling van meer passende zorg

Auteur(s):
Tom Gommans (Rebel)
Maartje Gielen (APE Significant)
Dexter Voskamp (Rebel)

In opdracht van:
Zorginstituut Nederland

Plaats, datum:
Rotterdam, 19 juni 2022

Status:
Definitief

Rebel Strong Society bv
Wijnhaven 23
3011 WH Rotterdam
Nederland
+31 10 275 59 95

info@rebelgroup.com
www.rebelgroup.com

Managementsamenvatting

Eind 2020 is door het Zorginstituut Nederland (hierna: hierna: ZINL) en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) het adviesrapport "Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú" gepubliceerd. Hierin worden niet alleen de voorwaarden uiteengezet waar passende zorg aan moet voldoen, maar ook de randvoorwaarden voor het verder stimuleren van (initiatieven voor) gepast gebruik van zorg. Eén van die randvoorwaarden is dat de risicoverevening niet in de weg mag staan van passende zorg.

Uitleg risicoverevening en mogelijk belemmerende prikkel bij passende zorg

In Nederland geldt voor zorgverzekeraars een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Dit betekent dat zorgverzekeraars alle verzekerden móeten accepteren en hen bovendien een gelijke premie moeten aanbieden. De risicoverevening beoogt te voorkomen dat zorgverzekeraars een prikkel hebben om te proberen om (alleen of voornamelijk) gezonde verzekerden binnen te halen. De risicoverevening compenseert daartoe zorgverzekeraars middels een vereveningsbijdrage voor verzekerden met naar verwachting hogere zorgkosten. De risicoverevening bepaalt de hoogte van de compensatie (deels) op basis van zorggebruik in het verleden. Daarbij gaat het om specifieke behandelingen of zorgproducten die zijn opgenomen in het vereveningsmodel. Dat betekent dat bij minder zorggebruik of een verschuiving naar zorg die niet is opgenomen in het vereveningsmodel, de vereveningbijdrage in de toekomst in principe zal dalen. Om die reden heeft inzet van passende zorg een impact op zowel de kostenkant van de zorgverzekeraar als de inkomstenkant (risicoverevening) van de verzekeraar. Passende zorg kan immers leiden tot minder of ander zorggebruik. De netto impact is diffuus: dit komt door verschillen in uitgangspunten tussen de bekostiging (vergoeding voor de kosten van de zorgaanbieder) en de risicoverevening (vergoeding voor verwachte kosten van de zorgverzekeraar). Daardoor ontstaat mogelijk een financiële prikkel die de inzet van passende zorg belemmert.

Aan de hand van het adviesrapport hebben Rebel en Significant APE in opdracht van ZINL onderzoek gedaan naar de financiële effecten van de risicoverevening op de inzet van passende zorg. In dit onderzoek hebben is we gekeken naar:

1. De invloed van de risicoverevening op het financieel resultaat van een zorgverzekeraar bij de overstap naar meer passende zorg aan de hand van vier casussen:
    - Intensieve leefstijlinterventie voor diabetespatiënten
    - Conservatieve behandeling van heupartrose door middel van oefentherapie
    - Passende inzet van medicatie bij hypercholesterolemie
    - Intensieve ambulante GGZ ter voorkoming van crisisopname
2. Het bewustzijn van verzekeraars en hun gedrag naar aanleiding van het effect van de risicoverevening op het financieel resultaat bij de overstap naar meer passende zorg;
3. Oplossingsrichtingen om het risico en de gevolgen van een eventuele belemmerende prikkel te beperken.

Effect op het financieel resultaat

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat bij een beoogde bewuste verschuiving naar meer passende zorg men een businesscase maakt op basis van (1) het verschil in zorgkosten tussen de minder en meer passende zorg. En (eventueel) daarna (2) de gevolgen voor de vereveningsbijdrage toevoegt aan de businesscase. Met die volgorde in gedachte wordt ook de prikkelwerking van de risicoverevening in dit onderzoek beschreven; het benoemt het effect van (2) op het resultaat van (1). 'Demping positief resultaat' betekent bijvoorbeeld dat een positief resultaat op zorgkosten (1) wordt gedempt door een daling in de vereveningsbijdrage (2).

In de casuïstiek zijn aannames gedaan ten aanzien van welk zorgtraject het meest passend is, en de gemiddelde besparing op (toekomstige) zorgkosten die met dit passende zorgtraject gemoeid zijn. Uit de cases volgt dat er geen sprake is van een eenduidige prikkel ten gevolge van de risicoverevening bij een verschuiving naar deze meer passende zorgtrajecten. We onderscheiden vier verschillende typen prikkels die zichtbaar zijn in de vier cases.[1] Dit zijn:

1. **Versterking van het positieve effect op zorgkosten**.[2] De zorgkosten dalen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt bovendien voor een stijging van de vereveningsbijdrage, waardoor het financieel resultaat nog positiever uitpakt. Deze prikkel ontstaat als het verlenen van passende zorg tot een relatief hoger vereveningsbedrag leidt, dan de minder passende zorg. Dit type prikkel zien we terug in scenario 2 van de artrose-casus, waarin oefentherapie voor artrose (sinds modeljaar 2022) wordt meegenomen in de risicoverevening met een relatief hoge vereveningsbijdrage.[3]

> *Artrose en oefentherapie*
>
> De aanvullende inzet van oefentherapie leidt in eerste instantie tot hogere zorgkosten als gevolg van de inzet van oefentherapie. Dit wordt gecompenseerd door lagere kosten als gevolg van minder heupoperaties, medisch specialistische zorg en inzet van thuiszorg. Dit resulteert per saldo in lagere zorgkosten. De afname van deze vervolgzorg gaat ook deels gepaard met een daling van de vereveningsbijdrage, maar deze wordt ruimschoots gecompenseerd door de toevoeging van de vereveningsbijdrage (vanaf 2022) voor oefentherapie. In dit scenario dalen dus enerzijds de zorgkosten én stijgt de vereveningsbijdrage. Hierdoor ontstaat een dubbelpositief financieel resultaat.

2. **Demping van het positieve effect op zorgkosten**. De zorgkosten dalen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt voor een tegengesteld effect, doordat de vereveningsbijdrage daalt. De daling in de vereveningsbijdrage is echter niet groter dan de daling in de zorgkosten, waardoor de inzet van passende zorg wel zorgt voor een netto positief financieel resultaat, maar dit resultaat is minder positief dan wanneer de risicoverevening buiten

1 In theorie zijn er nog twee andere types prikkels mogelijk die we niet waarnemen in de casuïstiek; 1) Een demping van het negatieve effect op zorgkosten en 2) een positieve ombuiging van het negatieve effect op zorgkosten
2 Met een positief effect op zorgkosten bedoelen we een daling van de zorgkosten.
3 Het normbedrag dat gekoppeld is aan de interventie is hoger dan de zorgkosten gekoppeld aan de interventie

beschouwing wordt gelaten. Dit type prikkel zien we terug in scenario 1 van de artrose-casus en in de hypercholesterolemie-casus.

Statine en PCSK9-remmers bij hypercholesterolemie

In de wetenschappelijke richtlijn is bepaald dat relatief dure PCSK-9 remmers voor patiënten met hypercholesterolemie pas ingezet mogen worden nadat is gebleken dat inzet van tenminste één vorm van het goedkopere statine onvoldoende resultaat oplevert. Als inzet van statine afdoende is, kan hetzelfde resultaat met lagere kosten worden bereikt. Uit onderzoek blijkt echter dat een beperkt aandeel van de populatie geen statine hebben gebruikt voorafgaand aan PCSK9-remmers. In deze casus gaan we uit van de aanname dat bij een deel van deze populatie PCSK9-remmers voorkomen had kunnen worden door passende inzet van statines.

Wanneer de inzet van statine voor 10, 20 of 50% van de subpopulatie de inzet van PCSK9-remmers voorkomt dalen de gemiddelde zorgkosten en de vereveningsbijdrage. De gemiddelde zorgkosten dalen in alle drie de scenario's echter harder dan de vereveningsbijdrage. Dat betekent dat het financieel resultaat van de verschuiving naar passende zorg positief is, maar dat de risicoverevening wel een dempend effect heeft.

3. **Negatieve ombuiging van het positieve effect op zorgkosten.** De zorgkosten dalen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt echter voor een tegengesteld effect, doordat de vereveningsbijdrage daalt. De daling in de vereveningsbijdrage is dusdanig sterk, dat het de daling in de zorgkosten overstijgt. Deze prikkel resulteert dan ook in een negatief financieel resultaat voor de zorgverzekeraar, ondanks dat er sprake is van een besparing op zorgkosten. Dit type prikkel zien we terug bij de diabetes-casus op de middellange termijn, en bij scenario's Middel en Hoog van de IHT-casus.

Diabetes mellitus type 2 (hierna: DM2) en leefstijlinterventie Keer Diabetes2 Om (hierna: KD2O)

Patiënten met DM2 gebruiken veelal medicijnen zoals insuline en medisch specialistische zorg die zijn opgenomen in de risicoverevening. Dit betekent dat verzekeraars een hogere vereveningsbijdrage krijgen als hun verzekerden bijvoorbeeld insuline gebruiken.

KD2O zet in op een (blijvende) verandering van de levensstijl van de DM2-patiënt. Door deze veranderde levensstijl neemt het zorggebruik van patiënten met DM2, zoals insulinegebruik, af. De afname van de zorg leidt tot een daling van de vereveningsbijdrage. De leefstijlinterventie KD2O zelf is niet opgenomen in het vereveningsmodel, waardoor dit niet resulteert in een vereveningsbijdrage. Dit leidt tot een negatief resultaat als gevolg van een relatief sterke daling in de vereveningsbijdrage, die hoger is dan de daling in zorgkosten op middellange termijn. Daarmee verliest de zorgverzekeraar de mogelijkheid om de eenmalige investering voor KD2O terug te verdienen en is het netto financiële effect van de inzet van KD2O negatief.

4. **Versterking van het negatieve effect op zorgkosten**.[4] De zorgkosten stijgen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt bovendien voor een daling in de vereveningsbijdrage, waardoor het financieel resultaat nog negatiever uitpakt. Dit type prikkel zien we terug in scenario Laag van IHT-casus en in de diabetes-casus op korte termijn.

Intensive Home Treatment (IHT)

IHT is een intensieve vorm van ambulante ggz-zorg aan huis. Mensen kunnen met IHT in hun eigen omgeving herstellen. Dit kan een gunstig effect hebben op het herstel. IHT kan leiden tot het voorkomen en verminderen van interne opname én het aantal verblijfsdagen bij crisis. De omvang van deze afname is onzeker. Daarom zijn drie scenario's doorgerekend:

- Scenario Laag: IHT resulteert in een 10% afname van opname en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 10% reductie op ligdagen.
- Scenario Middel: IHT resulteert in een 50% afname van opname en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 10% reductie op ligdagen.
- Scenario Hoog: IHT resulteert in een 50% afname van opname en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 50% reductie op ligdagen.

Bij Scenario Laag is er geen besparing op de zorgkosten; bij de andere twee wel.

De afnames van het aantal verblijfsdagen leidt in alle scenario's tot een afname van de vereveningsbijdrage door het lagere aantal verblijfsdagen, die niet wordt gecompenseerd door een toename van de vereveningsbijdrage als gevolg van de inzet van IHT.

De daling in vereveningsbijdrage is in alle drie de scenario's aanzienlijk hoger dan de daling van de zorgkosten. Het financieel resultaat is daardoor negatief.

Bewustzijn en gedrag van verzekeraars

We hebben elf gesprekken gevoerd met verschillende zorgverzekeraars, om te onderzoeken hoe bewust zij zijn van de hierboven beschreven prikkels en hoe ze hun gedrag hier in de praktijk op aanpassen. Uit deze gesprekken zijn de belangrijkste conclusies die naar voren komen:

- Het bewustzijn van de mogelijk belemmerende prikkel van de risicoverevening is er met name op strategisch en beleidsniveau. Op het directe inkoopniveau is het bewustzijn beperkt. Dit betekent niet dat er geen invloed is van de risicoverevening in de inkoop: het overkoepelende inkoopbeleid zal immers (deels) afhankelijk zijn van strategische en beleidskeuzes. Meerdere zorgverzekeraars geven bovendien aan dat zowel het bewustzijn van het effect van de risicoverevening als de mogelijkheden om het effect in kaart te brengen groeiende is, onder andere door toegenomen technische mogelijkheden en beschikbaarheid van data.
- In de interviews komen twee praktijkvoorbeelden naar voren waarbij twijfels over het financieel resultaat als gevolg van een verwachte daling in vereveningsbijdrage tot ander gedrag heeft geleid; vertraging en mogelijke afstel van opschaling van veronderstelde passende zorg. Daar staat tegenover dat in de meeste interviews geen praktijkvoorbeelden genoemd werden en de invloed op het gedrag als beperkt werd beschouwd.

4 Met een negatief effect op zorgkosten bedoelen we een stijging van de zorgkosten.

- De twee genoemde praktijkvoorbeelden kennen een aantal vergelijkbare bepalende elementen: De betreffende zorgverzekeraar is ten eerste voornemens om zelfstandig onderscheidend en meer passend zorgaanbod te stimuleren. Ten tweede kent de verschuiving naar passende zorg een dusdanige omvang dat het financiële impact heeft op de organisatie. En ten derde is er ten minste het vermoeden dat er sprake kan zijn van een 'negatieve ombuiging' als gevolg van de risicoverevening.

Oplossingsrichtingen

Er zijn een aantal oplossingsrichtingen voorstelbaar om het risico van een belemmerende prikkel en de gevolgen daarvan te beperken. We onderscheiden drie categorieën:

1. Doorontwikkeling van het huidige (ex-ante) vereveningsproces

De eerste categorie betreft mogelijkheden om binnen het huidige ex-ante vereveningsproces aanpassingen door te voeren. Dit leidt niet tot fundamentele aanpassing van de methodiek en gaat om uitbreiding, versnelling en / of verdieping van de huidige werkwijze. De meest concrete maatregelen die de belemmerende prikkel (deels) kunnen beperken zijn toevoeging van de eerstelijnszorg aan de vereveningskenmerken en versnelling van het toelatingsproces van nieuwe behandelvormen tot de verevening. Beide maatregelen vormen een deeloplossing voor specifieke vormen van passende zorg; respectievelijk passende zorg die leidt tot substitutie van tweedelijnszorg en passende zorg door nieuwe innovatieve behandelvormen. Beide maatregelen kennen echter wel uitdagingen op het gebied van haalbaarheid en worden momenteel al onderzocht. Een derde, procesmatige, oplossing ligt in het vergroten van de aandacht voor passende zorg in het onderzoeks-, toetsings- en onderhoudsproces. Zo kan de financiële prikkel bij het inzetten van passende zorg expliciet onderdeel gemaakt worden van het beoordelingskader voor het toevoegen of handhaven van zorgproducten in het risicovereveningsmodel. Dit zorgt ervoor dat een mogelijk belemmerende prikkel van de risicoverevening op de inzet van passende zorg expliciet wordt meegenomen in de verdere ontwikkeling van de risicoverevening.

2. Methodologische aanpassing vereveningssystematiek: Indeling binnen vereveningskenmerken koppelen aan 'vaste' chronische aandoening

De tweede categorie betreffen oplossingen die inspelen op een minder volatiele vereveningsbijdrage per verzekerde. Een groot deel van de vereveningskenmerken is op dit moment gebaseerd op zorggebruik in het voorgaande jaar. Bij het wegvallen van (een deel van) dit zorggebruik, daalt daarom ook de vereveningsbijdrage. Minder zorg, leidt tot minder vereveningsbijdrage. Een alternatief is om het kenmerk voor een chronische aandoening langer vast te houden. In beginsel past dat bij het criterium 'chronisch'. Dat betekent immers dat een persoon langere tijd een aandoening heeft. Per aandoening zou dan bekeken moeten worden voor welke periode een kenmerk vastgehouden moet worden. Op het moment dat de zorg van een verzekerde afneemt, blijft de indeling binnen de vereveningskenmerken dan voortaan gelijk; de chronische aandoening blijft immers bestaan. Doordat deze oplossing een methodologische aanpassing van de vereveningssystematiek betreft, zal nader moeten worden onderzocht hoe deze oplossing praktisch uitgevoerd kan worden en wat eventuele (nog) onvoorziene neveneffecten zullen zijn.

3. Compensatie op maat; binnen of buiten de risicoverevening

In plaats van systematische aanpassingen in het vereveningproces of de vereveningsmethodiek kan ook gekeken worden naar maatwerkoplossingen op het moment dat een praktijkcasus zich voordoet. Een zorgverzekeraar die zich financieel belemmert ziet in een stap naar meer passende zorg als gevolg van de risicoverevening zou voor die specifieke casus meer financiële zekerheid geboden kunnen worden, zodat de kans groter is dat zij deze stap daadwerkelijk zetten. Het grote voordeel van deze aanpak is dat het een wendbare aanpak betreft, waarbij het evenwicht van de reguliere vereveningsmethodiek niet verstoord wordt. Tegelijkertijd zijn er uitdagingen op het gebied van juridische beperkingen, doelmatigheid en uitvoerbaarheid. In de onderzoeksrapportage wordt verder uitgewerkt hoe daar mee om te gaan.

Conclusie en vervolgstappen

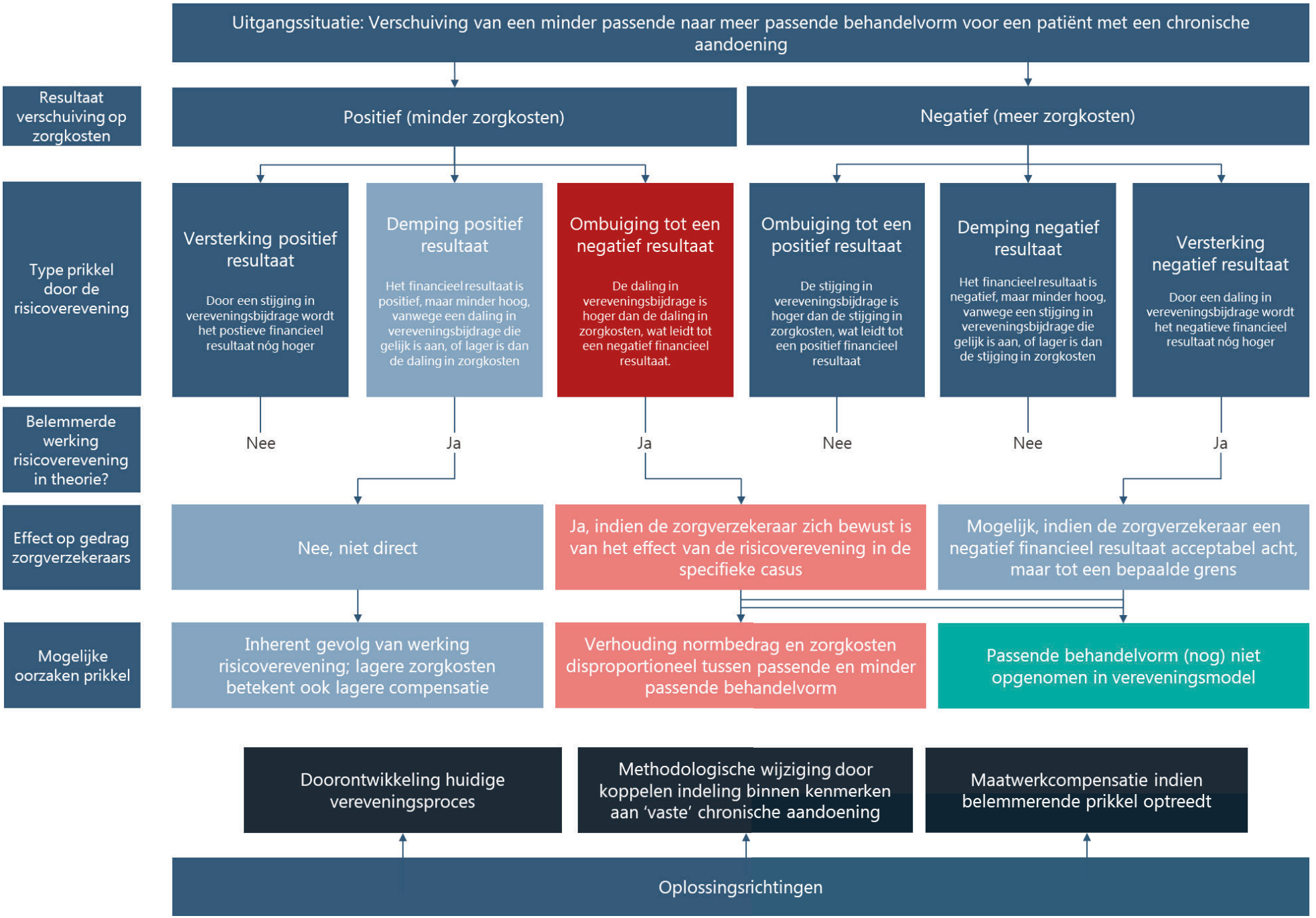
Uit het onderzoek blijkt enerzijds dat de risicoverevening *kan* leiden tot een negatief financieel resultaat voor de zorgverzekeraar bij de inzet van meer passende zorg én dat er in de praktijk ten minste twee voorbeelden zijn van een belemmerende werking in de stap naar passende zorg. Indien de passende zorg (of het daaropvolgende zorggebruik) in mindere mate onderdeel is van het risicovereveningsmodel dan de minder passende zorg, zal inzet van passende zorg veelal leiden tot een daling van de vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraar. Daar staat tegenover dat uit de casuïstiek blijkt dat er geen sprake is van een eenduidige negatieve financiële prikkel en dat het niet altijd leidt tot ander gedrag. De richting van de financiële prikkel is per casus afhankelijk van hoe de passende zorg en de minder passende zorg verevend worden, in verhouding tot het effect op de zorgkosten.

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of een methodologische aanpassing van de risicoverevening noodzakelijk is. Totdat hier uitsluitsel op is, kunnen *outliers* waarbij specifieke factoren leiden tot een negatief financieel resultaat worden aangepakt door middel van compensatie op maat, ofwel ex-post, ofwel buiten de risicoverevening. De grote vraag zal zijn of de ervaren belemmering groot genoeg is om een maatwerkoplossing op te tuigen. Daarbij valt te beargumenteren dat in dit onderzoek slechts vier casussen zijn onderzocht en er 'slechts' twee praktijkvoorbeelden naar voren zijn gekomen.

Daar valt tegenin te brengen dat deze overweging verder strekt dan enkel de omvang en prevalentie van de prikkel. 'We' willen immers toe naar een zorgstelsel waarin zorgverzekeraars actief inspelen op meer passende zorg. Daarvoor zouden ze beloond moeten worden, niet gestraft. Zelfs in een enkel geval, zou het 'stelsel' zichzelf moeten corrigeren zodra resultaten worden bereikt die tegengesteld zijn aan het eigen doel. Bijkomend voordeel van deze aanpak is dat de omvang van de belemmerende werking zichtbaar wordt aan de hand van de praktijk.

Op de volgende pagina wordt een schematisch overzicht gegeven van de in dit onderzoek waargenomen verschillende verschijningsvormen van de prikkel vanuit de risicoverevening en hoe deze effect (kunnen) hebben op het gedrag van de zorgverzekeraar. In de verdere rapportage worden deze uitkomsten nader toegelicht.

.


Uitgangssituatie: Verschuiving van een minder passende naar meer passende behandelvorm voor een patiënt met een chronische aandoening
Resultaat verschuiving op zorgkosten
Positief (minder zorgkosten)
Negatief (meer zorgkosten)
Type prikkel door de risicoverevening
Versterking positief resultaat
Door een stijging in vereveningsbijdrage wordt het postieve financieel resultaat nóg hoger
Demping positief resultaat
Het financieel resultaat is positief, maar minder hoog, vanwege een daling in vereveningsbijdrage die gelijk is aan, of lager is dan de daling in zorgkosten
Ombuiging tot een negatief resultaat
De daling in vereveningsbijdrage is hoger dan de daling in zorgkosten, wat leidt tot een negatief financieel resultaat.
Ombuiging tot een positief resultaat
De stijging in vereveningsbijdrage is hoger dan de stijging in zorgkosten, wat leidt tot een positief financieel resultaat
Demping negatief resultaat
Het financieel resultaat is negatief, maar minder hoog, vanwege een stijging in vereveningsbijdrage die gelijk is aan, of lager is dan de stijging in zorgkosten
Versterking negatief resultaat
Door een daling in vereveningsbijdrage wordt het negatieve financieel resultaat nóg hoger
Belemmerde werking risicoverevening in theorie?
Nee
Ja
Ja
Nee
Nee
Ja
Effect op gedrag zorgverzekeraars
Nee, niet direct
Ja, indien de zorgverzekeraar zich bewust is van het effect van de risicoverevening in de specifieke casus
Mogelijk, indien de zorgverzekeraar een negatief financieel resultaat acceptabel acht, maar tot een bepaalde grens
Mogelijke oorzaken prikkel
Inherent gevolg van werking risicoverevening; lagere zorgkosten betekent ook lagere compensatie
Verhouding normbedrag en zorgkosten disproportioneel tussen passende en minder passende behandelvorm
Passende behandelvorm (nog) niet opgenomen in vereveningsmodel
Doorontwikkeling huidige vereveningsproces
Methodologische wijziging door koppelen indeling binnen kenmerken aan 'vaste' chronische aandoening
Maatwerkcompensatie indien belemmerende prikkel optreedt
Oplossingsrichtingen

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting **3**

1. Inleiding **11**

1.1 Leeswijzer 11

2. Financieel resultaat van de casuïstiek **13**

2.1 Resultaat van de casussen 13

2.2 Verschijningsvormen prikkelwerking 20

2.3 Oorzaken belemmerende prikkel 21

2.4 Conclusies financieel resultaat 22

3. Effect op gedrag van zorgverzekeraars **23**

3.1 Observaties ten aanzien van het bewustzijn van (effecten van) de risicoverevening op het financieel resultaat 23

3.2 Observaties ten aanzien van het effect van de risicoverevening op gedrag 24

3.3 Overige algemene observaties 25

3.4 Conclusies effect prikkelwerking op gedrag zorgverzekeraars 26

4. Verkenning oplossingsrichtingen **27**

4.1 Doorontwikkeling van het huidige vereveningsproces 27

4.2 Fundamentele aanpassing vereveningsmethodiek: Normbedragen koppelen aan 'vaste' chronische aandoening 29

4.3 Compensatie op maat; binnen of buiten de risicoverevening 31

5. Conclusie en discussie vervolgstappen **34**

5.1 Route 1: Ruimte maken voor maatwerkaanpak 35

5.2 Route 2: Incrementele aanpassingen vereveningsmodel 35

5.3 Route 3: Vervolgonderzoek naar omvang van belemmerende prikkel 35

5.4 Route 4: Fundamentele wijziging vereveningsmodel 36

5.5 Concluderende beschouwing 36

Bijlage 1: Methodologie 38

Bijlage 2: Selectieprocedure casuïstiek 41

Bijlage 3: Technische toelichting diabetescasus 43

Bijlage 4: Technische toelichting artrose casus 51

Bijlage 5: Technische toelichting IHT-casus 57

Bijlage 6: Technische toelichting hypercholesterolemie-casus 60

1. Inleiding

Eind 2020 is door Zorginstituut Nederland (hierna: ZINL) en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) het adviesrapport "Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú" gepubliceerd. Hierin worden niet alleen de voorwaarden uiteengezet waar passende zorg aan moet voldoen, maar ook de randvoorwaarden voor het verder stimuleren van (initiatieven voor) gepast gebruik van zorg. Eén van die randvoorwaarden is dat het stelsel van de risicoverevening niet in de weg mag staan van passende zorg.

De risicoverevening beoogt te voorkomen dat zorgverzekeraars voorsorteren op het binnenhalen van (alleen of voornamelijk) gezonde verzekerden. De risicoverevening compenseert verzekeraars voor verwachte zorgkosten. Hiervoor wordt een voorspelmodel gebruikt waarin onder andere aan de hand van zorggebruik in het verleden de kosten voorspeld worden. Het doel is verzekeraars voor gezondheidsverschillen adequaat te compenseren, zodat er geen verschillen zijn in het verwachte resultaat op basis van gezondheidsverschillen van verzekerden. Zo ontstaat idealiter een *level playing field* voor zorgverzekeraars, ongeacht de gezondheidssituatie van hun verzekerdenbestand.

De risicoverevening bepaalt de hoogte van de compensatie (deels) op basis van zorggebruik in het verleden. Daarvoor zijn specifieke behandelingen of zorgproducten opgenomen in het vereveningsmodel. Dat betekent dat bij minder zorggebruik of een verschuiving naar zorg die niet is opgenomen in het vereveningsmodel, de vereveningbijdrage in de toekomst zal dalen. Wanneer passende zorg leidt tot minder of ander zorggebruik, kan dat betekenen dat de vereveningsbijdrage daalt. Daarmee ontstaat mogelijk een prikkel die de inzet van passende zorg belemmert. Op het moment dat de verschuiving naar passende zorg ten koste gaat van de compensatie die een zorgverzekeraar ontvangt, gaat dit ten koste van het financieel resultaat van de zorgverzekeraar die inzet op passende zorg.

Rebel en Significant APE gaan in dit onderzoek, in opdracht van ZINL, in op de vraag of er sprake is van een voor de zorgverzekeraar belemmerende werking van de risicoverevening bij de inzet van passende zorg. Dat doen we door de volgende drie vragen te beantwoorden:

- Heeft de risicoverevening een negatief effect op het financieel resultaat van de zorgverzekeraar bij een verschuiving naar meer passende zorg?
- In hoeverre leidt een verwacht negatief financieel resultaat bij de inzet van passende zorg tot een aanpassing in het gedrag van zorgverzekeraars?
- Welke oplossingsrichtingen zijn voorhanden om de (mogelijk) belemmerende werking te beperken?

Mogelijk ten overvloede: Het onderzoek heeft niet ten doel om antwoord te geven op de vraag *hoe* passende zorg beter gestimuleerd kan worden. De in potentie belemmerende werking vanuit de risicoverevening is één van de mogelijke factoren die passende zorg in de weg kan staan. Voorliggend onderzoek zoomt in op deze specifieke factor.

1.1 Leeswijzer

Aan de hand van vier casussen onderzoeken we het potentieel belemmerende effect van de risicoverevening. In hoofdstuk 2 beschrijven we het financieel resultaat van een verschuiving naar meer passende zorg in elk van de casussen. Dit financiële resultaat van de verandering bestaat uit twee componenten: de toe- of afname in zorgkosten ten gevolge van de verandering, gecombineerd met

de toe- of afname in de vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraar ontvangt in het jaar of de jaren die daarop volgen.

Met het financieel resultaat van de casussen in de hand is vervolgens het gesprek aangegaan met zorgverzekeraars. Hiermee willen we achterhalen in hoeverre zij bekend zijn met de potentiële negatieve financiële prikkels die volgen uit het risicovereveningssysteem en in hoeverre dit invloed heeft op hun gedrag. Hierbij valt te denken aan het doelbewust aanpassen van het zorgaanbod, of het meer of minder onder de aandacht brengen van bepaalde zorgvormen bij de verzekerden. De uitkomsten van deze gesprekken zijn in hoofdstuk 3 weergegeven.

Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de oplossingsrichtingen verkend die mogelijk de belemmerende werking van de risicoverevening in het kader van passende zorg kunnen beperken. De oplossingen zijn nog niet volledig uitgewerkt en er zal nader onderzoek moeten plaatsvinden naar de gevolgen en de praktische haalbaarheid van deze oplossingen. Bovendien zijn er mogelijk nog andere oplossingen denkbaar. Tot slot beschouwen we in hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies en daaruit volgende mogelijke vervolgstappen.

In bijlage 1 staat een beschrijving van de methodologie van het onderzoek en in bijlagen 3 t/m 6 geven we een gedetailleerde en technische beschrijving van de casuïstiek.

2. Financieel resultaat van de casuïstiek

Van elk van de vier casussen wordt het financieel resultaat van de verschuiving naar meer passende zorg in de volgende paragrafen beschreven. Het financieel resultaat is de resultante van de verandering in zorgkosten en de verandering in vereveningsbijdrage. In dit hoofdstuk worden de uitkomsten sterk versimpeld toegelicht ten behoeve van de toegankelijkheid van deze rapportage. Zie bijlagen 3 t/m 6 voor een technische toelichting bij de vier casussen, waar onder meer de gehanteerde aannames worden vermeld.

2.1 Resultaat van de casussen

In alle vier de casussen leidt het meer passende behandelpad in principe[5] tot een daling van zorgkosten. Kortom, puur op basis van de zorgkosten is in de casussen sprake van een positieve prikkel om in te zetten op de passende zorg. De uitwerking van de vier casussen laat vervolgens een diversiteit aan prikkels vanuit de risicoverevening zien. Hieronder is op hoofdlijnen de resultaten van de vier casussen weergegeven.

Disclaimer uitkomsten financieel resultaat van de casussen

1. In dit onderzoek zijn vier casussen gekozen waarbij medisch experts en/of Zorginstituut Nederland een bepaalde behandelvorm of interventie als passende zorg hebben benoemd, en daarbij onderbouwd hebben waarom er gesproken kan worden van passende zorg. Dat neemt niet weg dat voor alle casussen geldt dat er discussies lopen in welke mate, bij welke gevallen en onder welke randvoorwaarden men van passende zorg kan spreken. In dit onderzoek doen we verder geen uitspraken over de passendheid van deze zorg. We hebben als uitganspunt genomen dat er in deze casussen sprake is van passende zorg, om antwoord te kunnen geven op de vraag wat de financiële effecten vanuit de risicoverevening zijn voor de zorgverzekeraars. Op geen enkele wijze dient voorliggende casus gezien te worden als onderbouwing voor het wel of niet passend zijn van bepaalde behandelvormen of interventies.
2. De veronderstelde effectiviteit van de meer en minder passende behandelvorm is zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Dat neemt niet weg dat bij het ontbreken van benodigd onderzoek er met aannames gewerkt wordt. Waar mogelijk hanteren we onder- en bovengrenzen om tegemoet te komen aan de onzekerheid van deze aannames. De aannames van de casussen zijn vervolgens getoetst bij medisch experts binnen de desbetreffende vakgebieden.
3. Wat we hier berekenen is niet het totale financieel resultaat voor de zorgverzekeraar van de zorg *van de verzekerden*. We brengen alleen de zorg in beeld die wordt beïnvloed door de meer passende behandelvorm; *ceteris paribus*.
4. We laten het timingsaspect van de zorgkosten en de vereveningsbijdrage buiten beschouwing. De verzekeraar ontvangt uit de risicoverevening een vergoeding op basis van de verwachte zorgkosten van een verzekerde in een jaar. Dit gebeurt deels op basis van zorg in het voorgaande jaar. Voor de zorgverzekeraar betekent dit dat er grofweg één jaar tussen het moeten betalen van de zorg en het ontvangen van de vereveningsbijdrage voor de verwachte vervolgkosten van die zorg voor dezelfde verzekerde. In dit onderzoek gaan we uit van de aanname dat verzekerden niet van verzekeraar wisselen en de verevening terechtkomt bij dezelfde zorgverzekeraar een jaar later.

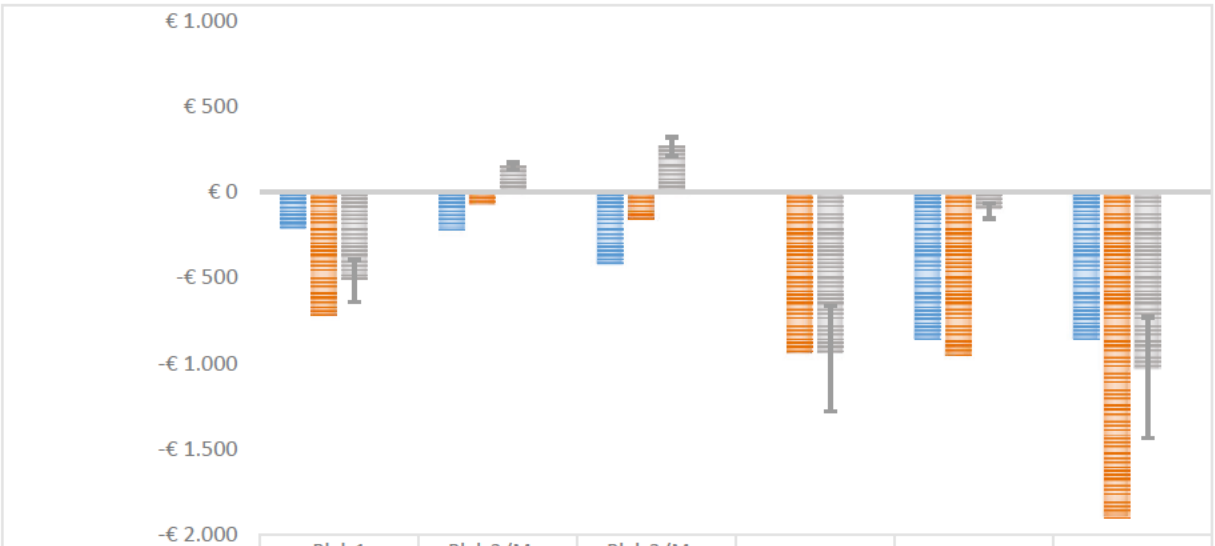
5 Binnen de diabetescasus kan de initiële investering, die zorgt voor een verhoging van de zorgkosten, waarschijnlijk over een wat langere periode worden terugverdiend. Binnen de IHT-casus is alleen in het scenario waar de laagste effectiviteit van IHT wordt aangenomen sprake van een stijging van de zorgkosten.

2.1.1 Diabetes-casus

In deze casus wordt gekeken naar een leefstijlinterventie, Keer Diabetes2 Om (hierna: KD2O), die inzet op een (blijvende) verandering van de levensstijl van mensen met diabetes mellitus type 2 (hierna: DM2). Door een gezondere leefstijl hebben DM2-patiënten vaak minder (zware) bloedsuikerverlagende medicatie, medisch specialistische zorg voor diabetes en complicaties, en minder diabeteshulpmiddelen nodig. De interventie KD20 wordt op dit moment niet verevend, want het vormt geen onderdeel van het basispakket.[6] [7] De interventiekosten komen daarmee volledig voor de rekening van de zorgverzekeraar.[8] Dat neemt niet weg dat ook bij deze investering 'uit eigen zak' het financieel resultaat voor de zorgverzekeraar positief kan uitpakken. De leefstijlinterventie kan terugverdiend worden door een afname in zorgkosten in de daaropvolgende jaren. Toepassing van KD2O kan een effect hebben op de vereveningskenmerken FKG (medicatie), DKG (medisch specialistische zorg en MHK (meerjarig hoge kosten).

Zie voor een uitgebreidere beschrijving van deze casus bijlage 3.

Figuur 1: Financieel resultaat per verzekerde per twee jaar, diabetes-casus



	Blok 1 (Medicatie)	Blok 2 (Msz diabeteszorg)	Blok 3 (Msz overige zorg)	Blok 4 (MHK)	Totaal blok 1-3	Totaal blok 1-4
Δ zorgkosten	-€ 213	-€ 225	-€ 424	€ 0	-€ 862	-€ 862
Δ Vereveningsbijdrage	-€ 723	-€ 77	-€ 157	-€ 942	-€ 958	-€ 1.900
Financieel resultaat	-€ 510	€ 148	€ 266	-€ 942	-€ 96	-€ 1.038
Dempend effect rve	339%	34%	37%		111%	220%

- De inzet van de leefstijlinterventie KD2O leidt tot een eenmalige investering aan het begin van het behandeltraject. Op dit moment kost de leefstijlinterventie €3.500,-, maar bij opschaling van de

6 In de interviews is benoemd dat in theorie de risicoverevening tot een *catch 22* kan leiden: Om als interventie toegevoegd te worden aan de risicoverevening, dient de interventie opgenomen te zijn in het basispakket. Om toegelaten te worden tot het basispakket is er voldoende data nodig over de werkzaamheid van de interventie in de praktijk. Om voldoende data te hebben dienen zorgverzekeraars de interventie in te kopen en zo mogelijk te stimuleren. Als dit financieel negatief uitpakt als gevolg van de risicoverevening, zal daarmee ook niet aan de voorwaarde voldaan worden om toegelaten te worden tot de risicoverevening. Of de risicoverevening kan leiden tot een belemmering van toelating tot het basispakket is buiten scope van dit onderzoek.
7 Er is door een aantal zorgverzekeraars voor gekozen om KD2O te vergoeden vanuit Segment 3 (resultaatbeloning en zorgvernieuwing). Daardoor wordt bij deze zorgverzekeraars de leefstijlinterventie wel vanuit de basisverzekering vergoed, maar kan het nog niet worden meegenomen in de risicoverevening.
8 Afgezien van een relatief kleine eigen bijdrage van de deelnemer.

interventie zal dit dalen tot €2.250,- (niet in figuur 1 opgenomen). Dit zijn geen verevenbare zorgkosten, onder andere omdat KD2O (nog) niet is opgenomen in het basispakket.

- Door het volgen van KD2O dalen de zorgkosten van de verzekerden in de twee jaar na de start van de leefstijlinterventie met €862,-. De grootte van dit effect baseren we op onderzoek van Pot et al. (2020)[9] en VGZ-declaratiedata. Er is sprake van een daling in zorgkosten op het gebied van diabetesmedicatie, medisch specialistische diabeteszorg, diabeteshulpmiddelen (insulinepompen), overige medicatie (antihypertensiva) en medisch specialistische zorg voor bekende veelvoorkomende complicaties en comorbiditeiten.
- De verandering in het zorggebruik heeft ook gevolgen voor de vereveningsbijdrage. De leefstijlinterventie KD2O zelf is niet opgenomen in het vereveningsmodel, waardoor dit niet resulteert in een vereveningsbijdrage. De afname van de overige zorg leidt wel tot een daling van de vereveningsbijdrage. Vooral het effect op de vereveningsbijdrage voor de diabetesmedicatie is relatief sterk ten opzichte van de zorgkosten voor deze medicatie.
- Wanneer het effect op de risicoverevening buiten beschouwing wordt gelaten zou de zorgverzekeraar (bij gelijkblijvende effecten) de leefstijlinterventie terug kunnen verdienen in een periode van 5 tot 9 jaar.[10] Het effect op de vereveningsbijdrage in de vereveningskenmerken DKG, FKG en HKG (blokken 1-3) zorgt er echter voor dat de daling in vereveningsbijdrage grofweg gelijk aan de besparing op zorgkosten. Met andere woorden; de besparing in zorgkosten wordt vrijwel volledig tenietgedaan door de daling in de vereveningsbijdrage. De zorgverzekeraar verliest daarmee de mogelijkheid om de initiële investering in de leefstijlinterventie terug te verdienen.
- Het vereveningskenmerk MHK (blok 4) zorgt ervoor dat de daling in vereveningsbijdrage de daling in zorgkosten sterk overstijgen: de zorgverzekeraar legt jaarlijks geld toe op de verzekerden die de leefstijlinterventie hebben gevolgd en daardoor minder gezondheidszorg gebruiken.

2.1.2 Artrose-casus

We kijken naar toepassing van oefentherapie bij heup-artrosepatiënten. Uit onderzoek blijkt dat deze stap soms ongewenst wordt overgeslagen. Toepassing van oefentherapie kan er bij deze patiëntengroep voor zorgen dat tweedelijnszorg uitgesteld kan worden of kan worden voorkomen. Op die manier worden invasieve behandelingen voorkomen en bespaart men zorgkosten op de langere termijn. Artrosepatiënten maken veelal gebruik van een breed pallet aan zorg, waardoor inzet van oefentherapie invloed kan hebben op de vereveningskenmerken DKG (medisch specialistische zorg), FKG (medicijngebruik), HKG (hulpmiddelen), MVV (verpleging en verzorging) en MHK (meerjarig hoge kosten). Sinds 2022 is fysiotherapie voor artrose aan knie of heup toegevoegd aan het risicovereveningsmodel, via het vereveningskenmerk FDG (fysio- en oefentherapie).

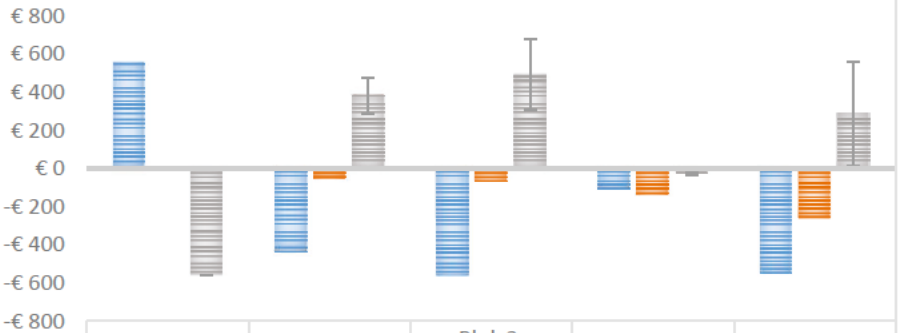
- De artrose casus is voor twee scenario's uitgewerkt:
    - Scenario 1 bevat het vereveningsmodel van 2020, waarin oefentherapie voor artrose nog niet in een FDG viel, en daarmee nog geen onderdeel was van de risicoverevening. (figuur 2)

9 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081
10 Uitgaande van een investering van €2.250,- (bij opschaling van de leefstijlinterventie) en €3.850,- (huidige prijs) en een besparing op zorgkosten van €862,- per twee jaar.

- Scenario 2 bevat het vereveningsmodel van 2022. Hierin valt oefentherapie voor artrose inmiddels in een FDG. (figuur 3)

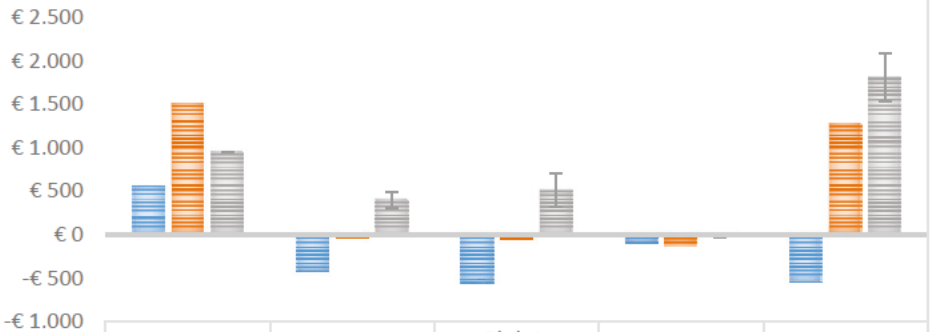
Zie voor een uitgebreidere beschrijving van deze casus bijlage 4.

Figuur 2: Scenario 1 (vereveningsmodel 2020), financieel resultaat per verzekerde per jaar, artrose-casus



	Blok 1: Oefentherapie	Blok 2: Heupoperatie	Blok 3: Medisch specialistische zorg	Blok 4: Inzet thuiszorg	Totaal
Δ zorgkosten scenario 1	€ 560	-€ 437	-€ 565	-€ 108	-€ 551
Δ vereveningsbijdrage scenario 1	€ 0	-€ 53	-€ 71	-€ 137	-€ 262
financieel resultaat scenario 1	-€ 560	€ 384	€ 494	-€ 29	€ 289

Figuur 3: Scenario 2 (vereveningsmodel 2022), financieel resultaat per verzekerde per jaar, artrose-casus



	Blok 1: Oefentherapie	Blok 2: Heupoperatie	Blok 3: Medisch specialistische zorg	Blok 4: Inzet thuiszorg	Totaal
Δ zorgkosten scenario 2	€ 560	-€ 437	-€ 565	-€ 108	-€ 551
Δ vereveningsbijdrage scenario 2	€ 1.506	€ -46	-€ 61	-€ 137	€ 1.261
financieel resultaat scenario 2	€ 946	€ 391	€ 504	-€ 29	€ 1.812

- Door het volgen van oefentherapie dalen de zorgkosten van de verzekerden in het jaar daarop. Dit is onder meer het gevolg van uit- en afstel van heupoperaties. De grootte van dit effect baseren we op verschillende wetenschappelijke onderzoeken.[11]
- De zorgkosten zijn in de twee scenario's gelijk. Er is geen verschil in zorgkosten tussen scenario 1 en 2 omdat hier dezelfde zorg wordt ingezet. De aanvullende inzet van oefentherapie leidt in beide scenario's in eerste instantie tot hogere kosten als gevolg van de inzet van oefentherapie. Dit wordt gecompenseerd door lagere kosten voor uitvoering van heupoperaties, medisch specialistische zorg, en inzet thuiszorg. Daarmee verlaagt de inzet van oefentherapie uiteindelijk de zorgkosten met gemiddeld ca. €551 per verzekerde per jaar.
- De twee scenario's laten stevige verschillen zien in de hoogte van de vereveningsbijdrage:
    - Scenario 1, waar geen sprake is van verevening van die oefentherapie, leidt tot een daling in de vereveningsbijdrage. Dit komt door de daling in heupoperaties, medisch specialistische zorg en thuiszorg.
    - Scenario 2, waarin oefentherapie wel wordt verevend, leidt tot een netto stijging van de vereveningsbijdrage. Dit is het directe gevolg van het relatief hoge normbedrag in de verevening voor inzet van fysiotherapie voor artrosezorg, die de daling in de vereveningsbijdrage voor het overige zorggebruik overstemt.
- De optelsom van zorgkosten en de vereveningsbijdrage leidt in beide scenario's tot een positief financieel resultaat ten opzichte van de uitgangssituatie. In het eerste scenario wordt de daling in zorgkosten wel deels gedempt door een daling in de vereveningsbijdrage. In het tweede scenario versterkt de stijging van de vereveningbijdrage de daling in zorgkosten.

2.1.3 IHT-casus

Deze casus betreft de inzet van Intensive Home Treatment (hierna: IHT) bij mensen met een psychische crisis. IHT is een intensieve vorm van ambulante GGZ-zorg aan huis. Door het verlenen van intensieve zorg aan huis kunnen mensen in hun eigen omgeving herstellen, wat kan leiden tot het voorkomen en verminderen van interne opname én het aantal verblijfsdagen bij crisis. Zowel voor IHT (crisiszorg) als voor opname (verblijf) wordt verevend (via vereveningskenmerk DKG-GGZ). Echter, de vereveningsbijdrage ligt bij verblijf hoger dan de kosten daarvan. Dat kan ertoe leiden dat de inzet van IHT wél leidt tot besparing van zorgkosten, maar dat deze besparing teniet wordt gedaan of wordt beperkt door een daling in de vereveningsbijdrage.

- De IHT-casus is voor drie scenario's uitgewerkt, om daarmee tegemoet te komen aan de onzekerheid in de effectiviteit van IHT in het voorkomen van opnamen en verblijfsdagen. Het gaat om de volgende scenario's:
    - Scenario Laag: IHT resulteert in een 10% afname van opname en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 10% reductie op verblijfsdagen.
    - Scenario Middel: IHT resulteert in een 50% afname van opname en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 10% reductie op verblijfsdagen.

11 Svege I., Nordsletten L., Fernandes L. (2015). *Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis a long-term follow-up of a randomized trial.* Ann Rheum Dis 2015; 74:164–169.
Snijders et al (2011) *Evidence-based tailored conservative treatment of knee and hip osteoarthritis between knowing and doing.*
Tan S.S, Teirlinck C.H., Dekker J, Goossens L.M., Bohnen A.M., Verhaar J.A., van Es P.P., Koes B.W., Bierma-Zeinstra S.M., Luijsterburg P.A., Koopmanschap M.A. (2016). *Cost-utility of exercise therapy in patients with hip osteoarthritis in primary care.* Osteoarthritis and Cartilage 24 (2016): 581-588.

- Scenario Hoog: IHT resulteert in een 50% afname van opname en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 50% reductie op verblijfsdagen.

Zie voor een uitgebreidere beschrijving van deze casus bijlage 5.

Figuur 4: Financieel resultaat per verzekerde per jaar, in drie scenario's, IHT-casus



	Scenario Laag	Scenario Middel	Scenario Hoog
Δ zorgkosten t.o.v. baseline	€ 1.777	-€ 1.386	-€ 2.942
Δ vereveningsbijdrage t.o.v. baseline	-€ 3.172	-€ 5.089	-€ 5.354
Δ Financieel resultaat t.o.v. baseline	-€ 4.949	-€ 3.703	-€ 2.412
Dempend effect risicoverevening of besparing zorgkosten		367%	182%

- De IHT-casus is voor drie scenario's uitgewerkt, om daarmee tegemoet te komen aan de onzekerheid in de effectiviteit van IHT in het voorkomen van opnamen en ligdagen. Het gaat om de volgende scenario's:
  - Scenario Laag: IHT resulteert in een 10% afname van opnames en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 10% reductie op verblijfsdagen.
  - Scenario Middel: IHT resulteert in een 50% afname van opnames en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 10% reductie op verblijfsdagen.
  - Scenario Hoog: IHT resulteert in een 50% afname van opnames en bij de resterende groep die wel wordt opgenomen in een 50% reductie op verblijfsdagen.
- IHT leidt niet in alle drie de scenario's tot een besparing op zorgkosten. Bij Scenario Laag kost de toevoeging van de interventie meer dan het bespaart aan verblijfszorg. In de andere twee scenario's is er wel sprake van een afname aan zorgkosten, die oploopt tot €2.942 per verzekerde per jaar, in het scenario met het grootste effect.
- De toevoeging van IHT leidt tot een daling van de vereveningsbijdrage als gevolg van de afname aan verblijfsdagen. De afname van de vereveningsbijdrage ten gevolge van de afname in verblijfsdagen is groter dan de toename in vereveningsbijdrage als gevolg van de inzet van IHT (ambulante crisiszorg). Hierdoor is er dus een netto negatief effect op de vereveningsbijdrage.
- De daling in de vereveningsbijdrage in de drie scenario's heeft grote gevolgen voor het financieel resultaat. Hierdoor is het financieel resultaat van deze interventie in alle gevallen negatief. De daling in vereveningsbijdrage is aanzienlijk hoger dan de daling van de zorgkosten. De

risicoverevening zorgt er dus zelfs bij een sterk verondersteld effect van IHT voor dat de zorgverzekeraar geld toelegt op de inzet van IHT.

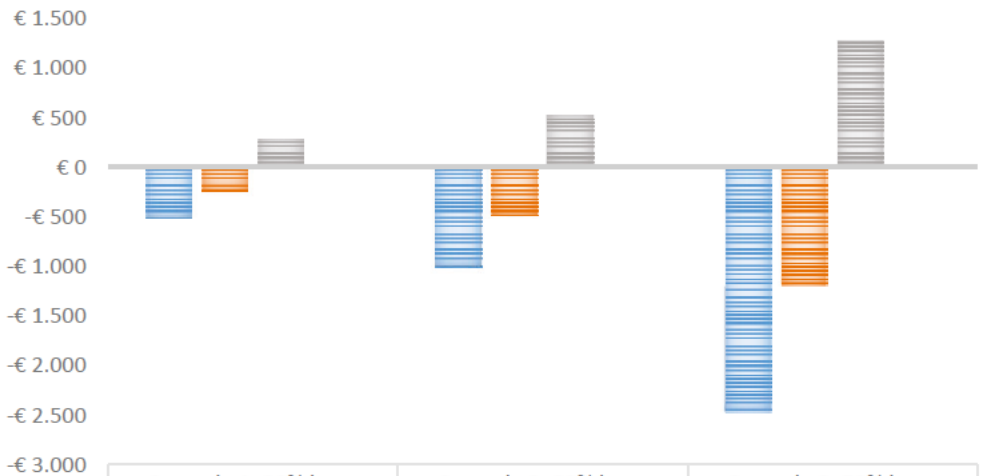
2.1.4 Hypercholesterolemie-casus

In deze casus kijken we naar de inzet van statine bij patiënten met hypercholesterolemie. Gebruik van statine kan voorkomen dat gebruik hoeft te worden gemaakt van de veel duurdere PCSK9-remmers. Uit onderzoek van het Zorginstituut[12] blijkt dat er bij ca. 10% van de patiënten die gebruik maken van PCSK9-remmers[13] geen inzet van een statine vooraf heeft plaatsgevonden. Het gebruik van PCSK-9 remmers wordt vanaf modeljaar 2022 verevend,[14] in tegenstelling tot het gebruik van statine. Hierdoor wordt een deel van de kostenbesparing die wordt bereikt door het structureel inzetten van statine opgeheven door een daling in de vereveningsbijdrage, vanwege het dalende gebruik van PCSK-9 remmers.

- De hypercholesterolemie-casus is voor drie scenario's uitgewerkt:
  - Scenario 1: De inzet van statine voorkomt bij 10% van de populatie de inzet van PCSK9-remmers;
  - Scenario 2: De inzet van statine voorkomt bij 20% van de populatie de inzet van PCSK9-remmers;
  - Scenario 3: De inzet van statine voorkomt bij 50% van de populatie de inzet van PCSK9-remmers;

Zie voor een uitgebreidere beschrijving van deze casus bijlage 6.

Figuur 5: Financieel resultaat per verzekerde per jaar, in drie scenario's, hypercholesterolemie-casus



	Scenario 1: 90% inzet PCSK9, 10% statine	Scenario 2: 80% inzet PCSK9, 20% statine	Scenario 3: 50% inzet PCSK9, 50% inzet statine
Δ zorgkosten	-€ 523	-€ 1.011	-€ 2.475
Δ vereveningsbijdrage	-€ 243	-€ 485	-€ 1.197
Financieel resultaat	€ 279,72	€ 526	€ 1.278
Dempend effect rve (%)	47%	48%	48%

12 Zorginstituut Nederland (2021), Evaluatierapport PCSK9 remmers (evolocumab en alirocumab) bij hypercholesterolemie
13 En waarbij geen sprake is van statine intolerantie
14 Voor de berekening van de vereveningsbijdrage gaan we uit van dit modeljaar. Als we modeljaar 2021 of eerder zouden hebben toegepast, zou de verevening aanzienlijk lager uitvallen.

- Uit de resultaten blijkt dat zowel de gemiddelde zorgkosten als de gemiddelde vereveningsbijdrage dalen wanneer er minder PCSK9-remmers worden gebruikt.
- In elk van de scenario's geldt dat de gemiddelde zorgkosten harder dalen dan de vereveningsbijdrage. Dat betekent dat het financieel resultaat van de verschuiving naar passende zorg positief is.
- De daling in vereveningsbijdrage dempt de besparing in zorgkosten als gevolg van minder inzet van PCSK9-remmers. In de drie scenario's betreft het 'verlies' aan vereveningsbijdrage zo'n 48% van de besparing op zorgkosten.

2.2 Verschijningsvormen prikkelwerking

Toelichting beschrijving prikkelwerking

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat bij een beoogde bewuste verschuiving naar meer passende zorg men een businesscase maakt op basis van (1) zorgkosten en (eventueel) daarna (2) de gevolgen voor de vereveningsbijdrage daaraan toevoegt. Met die volgorde in gedachte wordt ook de prikkelwerking van de risicoverevening in dit onderzoek beschreven; het benoemt het effect van (2) op het resultaat van (1). 'Demping positief resultaat' betekent bijvoorbeeld dat een positief resultaat op zorgkosten (1) wordt gedempt door een daling in de vereveningsbijdrage (2).

De casuïstiek laat zien dat er geen sprake is van een eenduidige prikkel. Passende zorg heeft zowel invloed aan de kostenkant als aan de inkomstenkant (vereveningsbijdrage), waardoor het financieel resultaat verschillend kan uitpakken. Dit is afhankelijk van de mate waarin en de wijze waarop de passende zorg onderdeel is van de risicoverevening in vergelijking met de minder passende zorg. We onderscheiden vier verschillende typen prikkels die zichtbaar zijn in de vier casussen.[15] Dit zijn:

1. **Versterking van het positieve effect op zorgkosten**.[16] De zorgkosten dalen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt bovendien voor een stijging in de vereveningsbijdrage, waardoor het financieel resultaat nog positiever uitpakt. Dit type prikkel zien we terug in scenario 2 van de artrose-casus, waarin oefentherapie voor artrose (sinds modeljaar 2022) wel wordt meegenomen in de risicoverevening.
2. **Demping van het positieve effect op zorgkosten**. De zorgkosten dalen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt voor een tegengesteld effect, doordat de vereveningsbijdrage daalt. De daling in de vereveningsbijdrage is echter niet groter dan de daling in de zorgkosten, waardoor er wel een netto positief financieel resultaat overblijft, maar dit resultaat is minder positief dan wanneer de risicoverevening buiten beschouwing wordt gelaten. Dit type prikkel zien we terug in scenario 1 van de artrose-casus en in de hypercholesterolemie-casus.
3. **Negatieve ombuiging van het positieve effect op zorgkosten.** De zorgkosten dalen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt voor een tegengesteld effect, doordat de vereveningsbijdrage daalt. De daling in de vereveningsbijdrage is dusdanig sterk, dat het de daling in de zorgkosten overstijgt. Deze prikkel resulteert dan ook in een negatief financieel

15 In theorie zijn er nog twee andere types prikkels mogelijk die we niet waarnemen in de casuïstiek; 1) Een demping van het negatieve effect op zorgkosten en 2) een positieve ombuiging van het negatieve effect op zorgkosten
16 Met een positief effect op zorgkosten bedoelen we een daling van de zorgkosten.

resultaat, ondanks dat er sprake is van een besparing op zorgkosten. Dit type prikkel zien we terug bij de diabetes-casus op de middellange termijn[17], en bij scenario's Middel en Hoog van de IHT-casus.

4. **Versterking van het negatieve effect op zorgkosten**.[18] De zorgkosten stijgen door de verandering in de behandelmethode. De risicoverevening zorgt bovendien voor een daling in de vereveningsbijdrage, waardoor het financieel resultaat nog negatiever uitpakt. Dit type prikkel zien we terug in scenario Laag van IHT-casus en in de diabetes-casus op korte termijn.

2.3 Oorzaken belemmerende prikkel

Uit de casuïstiek zijn drie type oorzaken af te leiden die bijdragen aan een belemmerende prikkel vanuit de risicoverevening. Deze oorzaken sluiten elkaar niet uit en kunnen in principe naast elkaar optreden.

- De verschuiving naar meer passende zorg leidt tot zorggebruik dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel, waardoor (een deel van) de vereveningsbijdrage wegvalt. Dit kan ontstaan als:
    1. Er een verschuiving plaatsvindt naar een zorgdomein dat niet is opgenomen in het vereveningsmodel, zoals de huisartsenzorg. Dit zien we deels terug in de artrosecasus in het eerste scenario waarin paramedische zorg (nog) niet is opgenomen in het vereveningsmodel. In recent onderzoek wordt deze oorzaak ook gesignaleerd bij de zorg voor diabetespatiënten.[19]
    2. Er een verschuiving plaatsvindt naar zorg die pas recent wordt toegepast. Waardoor het vaststellen van het normbedrag (nog) niet mogelijk is. Dit zien we terug in de diabetescasus, waar de intensieve leefstijlinterventie nog niet in grote mate is toegepast.[20]
    3. Er een verschuiving plaatsvindt naar zorg die (nog) niet is opgenomen in het basispakket. Niet verzekerde zorg kan niet opgenomen worden in het vereveningsmodel. Soms betreft dit zorg in een pilotfase die wordt gefinancierd door een of meerdere zorgverzekeraars. Dit zien we terug in de diabetescasus, waar de intensieve leefstijlinterventie (nog) niet is opgenomen in het basispakket. Dit punt (3) overlapt samen met punt 2, maar dit hoeft niet het geval te zijn.
- De verschuiving leidt tot ander zorggebruik dat een disproportionele verhouding kent tussen de zorgkosten en het normbedrag vanuit de risicoverevening. Dat wil zeggen dat in de minder passende behandelvorm de vereveningbijdrage relatief hoger is in verhouding tot de zorgkosten. Dit zien we nadrukkelijk gebeuren in de IHT-casus. Dit zien we ook terug in de artrosecasus, maar dan omgekeerd. De verhouding tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage van oefentherapie is aanzienlijk gunstiger dan de zorg die het vervangt.
- De verschuiving betreft een investering met een langere of onzekere terugverdientijd, zoals bij geïndiceerde preventieve behandelingen. Dergelijke investeringen leiden op korte termijn tot een daling in vereveningsbijdrage en/of een stijging in zorgkosten en op lange termijn tot een

17 Op de middellange termijn kan de KD2O interventie worden terugverdiend wanneer men kijkt naar de zorgkosten. Dit wordt echter volledig tenietgedaan door het effect op de vereveningsbijdrage.
18 Met een negatief effect op zorgkosten bedoelen we een stijging van de zorgkosten.
19 Https://esb.nu/esb/20066094/verzekeraars-niet-per-se-geprikkeld-tot-substitutie-van-ziekenhuiszorg
20 Daarbij dient opgemerkt te worden dat de zorg ook (nog) niet is opgenomen in het basispakket waardoor opname in de risicoverevening vermoedelijk nog een extra stap vraagt

verwachte daling in zorgkosten.[21] Dit zien we optreden in de diabetescasus. De leefstijlinterventie leidt op korte termijn tot een stijging in zorgkosten vanwege de kosten van de interventie. De verwachte besparing in zorgkosten manifesteert zich met name in de daaropvolgende jaren. Dat maakt de businesscase voor de zorgverzekeraar meer onzeker.

Het is waardevol om te vermelden dat de prikkelwerking niet statisch is. Het risicovereveningsmodel kent een beheer- en onderhoudscyclus waarmee nieuwe behandelvormen kunnen worden toegevoegd en normbedragen zich aanpassen. Dat kan ertoe leiden dat de belemmerende prikkel van tijdelijke aard is.

2.4 Conclusies financieel resultaat

Uit de analyse van de vier casussen blijkt dat de financiële prikkels vanuit de risicoverevening voor een verschuiving naar passende zorg wisselend van aard zijn. In de meeste door ons onderzochte casussen zien we een negatieve prikkel, die een besparing op zorgkosten dempt of zelfs ombuigt. Deze variëteit wordt veroorzaakt door een combinatie van drie factoren:

- De dempende werking op het positief resultaat is allereerst een logisch gevolg van de werking inherent aan de methodiek van de risicoverevening; een afschaling van zorggebruik zou ook moeten leiden tot een lagere vereveningsbijdrage.
- Soms is de meer passende behandelvorm nog niet opgenomen in het vereveningsmodel, waardoor een verschuiving naar de meer passende vorm van zorg voor een sterke daling in vereveningsbijdrage leidt. Dit is, gezien de beheer- en onderhoudscyclus van de risicoverevening, doorgaans tijdelijk van aard.
- Er kan sprake zijn van een ongelijke verhouding van de zorgkosten en het daaraan gekoppelde normbedrag tussen de meer passende en de minder passende behandelvorm. In dat geval zorgt een verschuiving naar meer passende zorg voor een relatief sterke beweging in de vereveningsbijdrage, ten nadele van de zorgverzekeraar. Dit komt door verschillen in uitgangspunten tussen de bekostiging (vergoeding voor de kosten van de zorgaanbieder) en de risicoverevening (vergoeding voor verwachte toekomstige zorgkosten van de zorgverzekeraar).

21 Zorgverzekeraars kunnen de lange termijn daling in zorgkosten niet met zekerheid incalculeren, omdat het onzeker is of de verzekerde bij dezelfde zorgverzekeraar blijft.

3. Effect op gedrag van zorgverzekeraars

De uitkomsten van de casuïstiek en/of de prikkelwerking van de risicoverevening zijn in 11 gesprekken met vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars Zilveren Kruis, Menzis, VGZ, CZ, ASR en Zorg en Zekerheid besproken. In de gesprekken was in de meeste gevallen zowel iemand vanuit de inkoop als iemand vanuit beleid & strategie (bijvoorbeeld strategisch beleidsadviseurs of innovatiemanagers) vertegenwoordigd. In een eerder stadium (voordat de casuïstiek was uitgewerkt) is ook verkennend gesproken met actuarissen van verschillende zorgverzekeraars (in dit stadium is ook ASR gesproken), die over het algemeen over meer kennis beschikken over de werking van de risicoverevening.

De gesprekken richtten zich op de volgende twee vragen:

1. In hoeverre zijn zorgverzekeraars zich bewust van het effect van de risicoverevening op hun financieel resultaat bij verschuivingen naar meer passende zorg?
2. Heeft een negatieve financiële prikkel vanuit de risicoverevening ook daadwerkelijk invloed op het (inkoop)gedrag van zorgverzekeraars?

Aan de hand van deze twee vragen worden in het onderstaande de belangrijkste uitkomsten besproken.

3.1 Observaties ten aanzien van het bewustzijn van (effecten van) de risicoverevening op het financieel resultaat

Er is met name sprake van bewustzijn van de risicoverevening op strategisch of beleidsniveau, en veel minder op inkoopniveau. Uit alle gesprekken bleek dat er een behoorlijk verschil is in het bewustzijn van het effect van de risicoverevening tussen de inkopers en de mensen op een hoger beleids- en strategisch niveau. Dit bewustzijn is op inkoopniveau beperkt en speelt nauwelijks een rol in de praktijk. De personen op strategisch/beleidsniveau gaven aan dat zij zich veel meer bewust zijn van de effecten van de risicoverevening. Inkopers zullen dus niet snel op eigen initiatief andere keuzes maken vanwege de werking van de risicoverevening, maar kunnen hierin wel beïnvloed worden vanuit beleid/strategie.

Het bewustzijn rondom dit vraagstuk op inkoopniveau is in ontwikkeling. Eén zorgverzekeraar geeft aan het bewustzijn op inkoopniveau te willen vergroten, door proactief de zorginkoop te informeren over het effect op de vereveningsbijdrage bij een verschuiving naar andere/nieuwe zorgproducten. Daarentegen is in een eerder gesprek door een actuaris van een andere zorgverzekeraar precies het tegenovergestelde aangeven. Zij zien dezelfde financiële risico's voor een minder goed financieel resultaat als gevolg van een dalende vereveningsbijdrage, maar kiezen er bewust voor om dat niet verder te delen. Dit doen zij vanuit de overtuiging dat deze overweging geen invloed zou moeten hebben op keuzes vanuit beleids- of inkoopniveau. Verschillende zorgverzekeraars gaven daarnaast aan dat de mogelijkheden om de effecten in beeld te krijgen sterk in ontwikkeling zijn. Dit komt door de toegenomen beschikbaarheid van data en de stijgende capaciteiten van computers. De verwachting is daarom dat er in de toekomst meer op behandelniveau kan en zal worden gekeken naar de financiële effecten van de risicoverevening.

Bewustzijn van effecten van de risicoverevening is groter op het niveau van doelgroepen. In alle gesprekken kwam naar voren dat men zich voornamelijk bewust is van het effect van de

risicoverevening op specifieke doelgroepen.[22] In andere woorden: de zorgverzekeraars zijn zich voornamelijk bewust van specifieke doelgroepen die onder- of juist overgecompenseerd. Hiervan zijn verschillende voorbeelden, waarbij ook werd aangegeven dat de zorgverzekeraars hier actief rekening mee houden. Dus hoewel verschillende zorgverzekeraars aangeven dat ze wel degelijk op het niveau van behandelvorm kijken naar het effect van de risicoverevening, ligt de focus nog altijd voornamelijk op het doelgroepenniveau.

3.2 Observaties ten aanzien van het effect van de risicoverevening op gedrag

Er zijn twee concrete voorbeelden van gedragsbeïnvloeding door een (mogelijk) negatieve prikkelwerking vanuit de risicoverevening. Eén van deze voorbeelden betreft een casus uit dit onderzoek. Een zorgverzekeraar gaf aan dat ze momenteel een strategie ontwikkelen om de zorg voor een specifieke patiëntenpopulatie te verbeteren. Daarmee hoopten ze uiteindelijk de zorg af te kunnen schalen. Dit gaat om relatief veel mensen, met hoge zorgkosten, wat de impact op de verzekeraar groot maakt. Vanwege die grote impact wordt de werking van de risicoverevening bewust meegewogen. Ze willen voorkomen dat ze zich zorginhoudelijk positief onderscheiden, waarbij ze zichzelf financieel in de staart bijten als gevolg van de verevening. Daarom wordt momenteel geprobeerd om het financieel resultaat van behandelvormen in beeld te brengen, vergelijkbaar met de casuïstiek in dit onderzoek. Aan de hand van die berekening zullen ze besluiten op welke type behandelvormen ze gaan inzetten. Het uitgangspunt is dat de businesscase van de behandelvorm, inclusief vereveningsresultaat, niet negatief mag zijn. Oftewel, de keuze mag geen negatieve gevolgen hebben voor de zorgpremie.

Het tweede voorbeeld is naar voren gebracht door een andere zorgverzekeraar en betreft dus niet een van de vier casussen uit dit onderzoek. Ook in dit voorbeeld wil de zorgverzekeraar inzetten op een verandering van de zorg voor een chronische patiëntenpopulatie, met substitutie van de tweede lijn naar de huisartsenzorg als doel. Dit project is op regionale schaal gestart met een pilot. Tijdens de pilot bleek de risicoverevening mogelijk een negatief effect te hebben op het financieel resultaat van deze verandering. In interne analyses werd dit als een zeer reëel risico benoemd. Dat heeft niet geleid tot het stoppen van het traject, maar wel tot sterke vertraging. Naar aanleiding van deze casus wil deze zorgverzekeraar nu extra zekerheden en betrouwbare resultaten, voordat ze de keuze maken om de interventie verder op te schalen.

Ook zonder dat sprake is van een bewuste verschuiving naar andere zorg maken zorgverzekeraars (soms) analyses van het effect van de risicoverevening, maar die leiden niet snel tot ander gedrag. Bij één zorgverzekeraar worden met individuele contractanten soms aparte afspraken gemaakt over inzet van bepaalde behandelvormen die door de zorgaanbieder als kansrijk worden gezien. In zulke gevallen wordt wel eens nagevraagd bij het actuariaat (het is geen standaardproces) wat het effect op de vereveningsbijdrage is. Deze effecten worden vervolgens globaal in beeld gebracht en bij zeer negatieve effecten kan een 'red flag' worden gegeven. Dat is tot nu toe niet gebeurd. Daarbij speelt ook dat het in de meeste gevallen om relatief kleine aantallen verzekerden gaat, waardoor de impact op het grotere financiële plaatje beperkt is.

Uit het merendeel van de gesprekken valt geen direct effect op het gedrag van zorgverzekeraars af te leiden. Hiervoor werden verschillende redenen aangedragen:

- In een enkele casus heeft de zorgverzekeraar geen of beperkte mogelijkheden om de verschuiving naar zorg te stimuleren of realiseren;

22 Dit ligt echter buiten de scope van dit onderzoek. Zie Bijlage 1 voor een nadere toelichting.

- Het is te moeilijk/kostbaar om alle financiële effecten op behandelniveau door te rekenen en bovendien blijven de effecten onzeker;
- De inkoop vindt in de praktijk niet plaats op basis van één behandelvorm, maar bestaat uit veel grotere pakketten. Ook wordt de strategie gevormd in veel grotere lijnen (dan individuele behandelvormen);
- Zorgverzekeraars hebben vertrouwen dat de prikkels vanuit de risicoverevening uiteindelijk wel uitmiddelen. Ofwel doordat er ook positieve prikkels vanuit de verevening kunnen volgen (zoals bij de oefentherapie casus), ofwel over de tijd (door geleidelijke aanpassing van normbedragen).

3.3 Overige algemene observaties

Een randvoorwaarde voor een effect op gedrag is een (potentiële) negatieve ombuiging van het financieel resultaat. Met andere woorden: een dempend effect op een besparing op zorgkosten heeft (vrijwel) geen effect op het gedrag. Het omslagpunt ligt echt bij een ombuiging naar een negatief financieel resultaat. Verschillende zorgverzekeraars geven aan een positief financieel resultaat als voorwaarde van een verschuiving naar meer passende zorg te zien. De lijn wordt dus getrokken bij een neutrale businesscase; een negatieve businesscase is geen optie.[23] Aanvullend dient de verschuiving van voldoende volume te zijn om het effect van de risicoverevening mee te wegen. Bij kleinere volumes of pilots is men bereid meer risico te nemen.

C*omplexiteit en onzekerheid van het financieel resultaat werken door op gedrag.* Zorgverzekeraars geven aan dat het voor hen lastig is om impact van de risicoverevening op het financieel resultaat 'hard te maken'. Deze onzekerheid werkt op twee verschillende manieren door in het gedrag. Het kan enerzijds het idee versterken dat het systeem dusdanig complex is dat het niet mogelijk en wenselijk is om gedrag aan te passen op basis van individuele casuïstiek. Anderzijds constateren we op basis van twee concrete voorbeelden dat bij een vermoeden van een negatieve prikkel, deze perceptie al kan leiden tot minder inzet op meer passende zorg. Met andere woorden: Vermoedens en twijfel over het financieel resultaat kunnen in praktijk al effect hebben op gedrag. De zekerheid van een tot in detail uitgewerkte financiële analyse is daarvoor niet noodzakelijk.

De uitkomsten van het gesprek verschillen per zorgverzekeraar. Er is tussen de verschillende zorgverzekeraars geen eenduidig beeld van de mate waarin dit vraagstuk binnen de organisatie speelt en ook niet in hoeverre erop wordt geacteerd. Waar sommige zorgverzekeraars aangaven de risicoverevening en de zorginkoop volledig gescheiden te (willen) houden, gaven andere aan dat er wel daadwerkelijk in beleid en strategie rekening mee wordt gehouden. Dit lijkt met name af te hangen van de mate waarin de betreffende zorgverzekeraar bewust inzet op een verschuiving naar meer passende zorg.

Mogelijk belemmerende prikkels vanuit de risicoverevening worden soms door zorgverzekeraars aan de orde gebracht bij de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR). Daarbij wordt door zorgverzekeraars aangegeven dat de (beperkte) snelheid van aanpassing van het vereveningsmodel niet aansluit bij de snelheid van de besluitvorming die de zorgverzekeraar voor ogen heeft.

23 Zo lang het om meer kleinschalige pilots gaat is deze randvoorwaarde minder strikt

3.4 Conclusies effect prikkelwerking op gedrag zorgverzekeraars

Samenvattend komen we tot de volgende conclusies ten aanzien van de manier waarop de risicoverevening het gedrag van de zorgverzekeraars beïnvloedt:

- Bewustzijn van de mogelijk belemmerende prikkel van de risicoverevening is er met name op strategisch en beleidsniveau. Op het directe inkoopniveau speelt het een zeer beperkte rol. Zorgverzekeraars geven aan dat zowel het bewustzijn van het effect van de risicoverevening, als de mogelijkheden om dit effect in kaart te brengen, groeiende is.
- In de meeste gesprekken over de cases bleek geen direct effect van een (eventueel) belemmerende prikkel op het gedrag van zorgverzekeraars. Uit de gesprekken volgen twee concrete voorbeelden waarbij een (mogelijk) belemmerende prikkel het gedrag van zorgverzekeraars wél heeft beïnvloed. In beide voorbeelden wil de zorgverzekeraar actief de wijze van behandelen voor een specifieke patiëntenpopulatie meer passend inrichten. Een verwacht negatief financieel resultaat als gevolg van de risicoverevening leidt tot vertraging in de opschaling en keuzes voor andere behandelvormen.
- Op basis van de gevoerde gesprekken leidt alleen de (perceptie of vermoeden van een) 'negatieve ombuiging' binnen de type prikkels tot daadwerkelijk ander gedrag. Een dempend effect van de risicoverevening op een (nog altijd) positief resultaat leidt op basis van de gesprekken niet tot anders handelen van de zorgverzekeraar.
- Het aantal voorbeelden waarbij de risicoverevening tot ander gedrag leidt van zorgverzekeraars is beperkt. Verschillende factoren zoals de onzekerheid van de uitkomsten van een casus, een beperkte ambitie om de zorg onderscheidend in te richten of het vertrouwen dat positieve en negatieve prikkels elkaar uitmiddelen spelen hierin een rol.

4. Verkenning oplossingsrichtingen

In deze paragraaf worden verschillende oplossingsrichtingen beschreven om de belemmerende prikkels te beperken of weg te nemen. De oplossingsrichtingen zijn ontwikkeld en besproken met verschillende betrokkenen vanuit de projectgroep, de begeleidingscommissie en eerder gesproken medewerkers van verschillende zorgverzekeraars. Het betreft een 'verkenning van reële opties' om belemmerende prikkels te beperken. Een 'verkenning' omdat de impact van verschillende oplossingsrichtingen op de voorspellende kracht en uitvoerbaarheid van het vereveningsmodel nader onderzoek vragen. Met 'reëel' bedoelen we dat oplossingsrichtingen die praktisch niet uitvoerbaar, te veel negatieve neveneffecten omvatten of beperkt effectief werden geacht, niet zijn opgenomen. Elk van de oplossingsrichtingen kent zijn voor- en nadelen. Het is aan de betrokkenen bij de risicoverevening om al dan niet keuzes te maken binnen dit aanbod. In het volgende hoofdstuk gaan we meer in op deze afweging en vervolgstappen.

Onwenselijkheid van een dempend effect?

Bij de verkenning van oplossingsrichting gaan we uit van de eerder benoemde 'negatieve ombuiging' als te beperken of te voorkomen risico. Men kan echter van mening zijn dat een 'dempend effect op het positief resultaat' ook onwenselijk is, ook al zien we op basis van dit onderzoek niet dat dit direct effect heeft op gedrag. De daling in vereveningsbijdrage haalt een deel van de economische 'winst op zorgkosten' weg en daarmee een deel van de prikkel voor zorgverzekeraars om in te zetten op meer doelmatige chronische zorg. Dit kan in praktijk bewust of onbewust, nu of in de toekomst wel gevolgen hebben op het gedrag van de zorgverzekeraar. Daarbij is het goed om te benoemen dat het dempende effect inherent is aan de vereveningssystematiek: Het vereveningsmodel 'voorspelt' zorgkosten in de toekomst mede op basis van historisch zorggebruik. Op het moment dat de zorgkosten dalen als gevolg van een verschuiving naar passende zorg klopt het dat de vereveningsbijdrage daalt. Met andere woorden: op het moment dat men dit dempende effect als een probleem ervaart en wil oplossen, zal men iets moeten veranderen aan de kern van de systematiek van de verevening. Van de vier hierna genoemde oplossingsrichtingen voor het voorkomen van de 'negatieve ombuiging' neemt alleen oplossingsrichting 1 ook het 'dempende effect' weg.

Uit de verkenning volgen drie type oplossingsrichtingen die op de volgende pagina's nader worden beschreven:

1. Doorontwikkeling van het huidige vereveningsproces
2. Methodologische aanpassing vereveningssystematiek
3. Compensatie op maat; binnen of buiten de vereveningsmethodiek

4.1 Doorontwikkeling van het huidige vereveningsproces

Binnen de huidige (ex-ante) vereveningsmethodiek en het daarbij behorende proces zijn er verschillende oplossingsrichtingen voorstelbaar die het risico op een belemmerende prikkel (deels) kunnen beperken. We onderscheiden drie concrete mogelijkheden:

- Uitbreiding van de vereveningskenmerken naar de eerstelijnszorg

- Versnelling van het toelatingsproces van nieuwe vormen van zorg tot het vereveningsmodel
- Meer aandacht voor passende zorg in het onderzoek- en onderhoudsproces van de risicoverevening, bijvoorbeeld door de financiële prikkel bij het inzetten van passende zorg expliciet onderdeel te maken van het beoordelingskader voor het toevoegen of handhaven van zorgproducten in het risicovereveningsmodel

4.1.1 Uitbreiding van de vereveningskenmerken naar eerstelijnszorg

Het vereveningsmodel betreft met name zorggebruik in de medisch specialistische zorg. Het kan zijn dat een passende behandelvorm leidt tot zorggebruik dat geen onderdeel uitmaakt van het vereveningsmodel. Zorggebruik in de eerste lijn, zoals huisartsenzorg, is niet gekoppeld aan een vereveningskenmerk (m.u.v. fysiotherapie voor chronische aandoeningen) en leidt daarom niet tot een verhoogde vereveningsbijdrage. Op het moment dat een verschuiving naar meer passende zorg leidt tot substitutie van medisch specialistische zorg naar eerstelijnszorg leidt, wordt deze patiënt niet meer via het zorggebruik geïdentificeerd; de patiënt verdwijnt van de vereveningsradar.

Door de eerstelijnszorg toe te voegen aan het vereveningsmodel wordt dit probleem opgelost. In principe zou dit ook bij kunnen bijdragen aan de voorspellende kracht van het model. De grote uitdaging is de uitvoerbaarheid van deze oplossingsrichting. Het ophalen en verwerken van de benodigde data vraagt veel extra werk en het is bovendien de vraag of de datahuishouding in de eerstelijnszorg voldoet aan de gestelde eisen van het vereveningsmodel.

Voordelen oplossingsrichting:

- Biedt specifieke oplossing voor specifiek deelprobleem: mogelijk negatief financieel resultaat bij substitutie van tweede lijn door huisartsenzorg;
- Kan voorspellende werking van vereveningsmodel versterken;
- Geen fundamentele aanpassingen in vereveningssystematiek noodzakelijk.

Nadelen oplossingsrichting:

- Biedt slechts een oplossing voor een deel van het overkoepelende probleem;
- Data in eerstelijnszorg moet voldoende eenduidig en volledig beschikbaar zijn;
- Het vereveningsmodel wordt uitgebreid en vraagt daarmee meer tijd en inzet om uit te voeren;
- Zorgt mogelijk voor een prikkel voor het bevorderen van de consumptie van laagdrempelige zorg.

4.1.2 Versnelling van het toelatingsproces van nieuwe vormen van zorg tot het vereveningsmodel

Wanneer zorgproducten die horen bij de meer passende zorg vrij recent op de markt zijn gekomen, kost het vier jaar voordat deze opgenomen kunnen worden in het vereveningsmodel. Deze tijd is nodig om op basis van het zorggebruik een inschatting te maken van het normbedrag dat aan de innovatieve zorgproducten worden gekoppeld. Dat vraagt daarbij ook een zekere mate van volume van inzet om de benodigde data te genereren. Daardoor kan in theorie een *catch 22*ontstaan: de nieuwe behandelvorm wordt niet toegepast omdat de behandelvorm niet leidt tot een risicoklasse in

het vereveningsmodel, waardoor deze niet aan de randvoorwaarde kan voldoen om opgenomen te worden in het vereveningsmodel.

Het is daarom waardevol om te onderzoeken of het mogelijk is om dit toelatingsproces te versnellen. Daarbij kan gekeken worden naar een systematische oplossing die het mogelijk maakt om in minder tijd tot een normbedrag te komen, of naar opties om in de eerste vier jaar het gat tijdelijk te dichten door een maatwerkcompensatie (zie oplossingsrichting 4).

Voordelen oplossingsrichting:

- Specifieke oplossing voor specifiek probleem: het tijdelijk ontbreken van een vereveningsbijdrage voor innovatieve behandelingen;
- Geen fundamentele aanpassingen in vereveningssystematiek noodzakelijk.

Nadelen oplossingsrichting:

- Biedt slechts oplossing voor een deelprobleem, aangezien niet alle passende zorg nieuwe vormen van zorg betreft;
- Lost het deelprobleem slechts gedeeltelijk op: innovatieve behandelingen zullen nooit per direct in de risicoverevening kunnen worden opgenomen;
- Versnellen van het toelatingsproces kan ten koste gaan van de accuraatheid van de voorspellende werking van het vereveningsmodel;
- Op basis van een recente verkenning door ZINL zijn de mogelijkheden om het proces te versnellen beperkt

4.1.3 Meer aandacht voor passende zorg in het onderzoek- en onderhoudsproces van de risicoverevening

In het reguliere proces rondom de verevening worden op reguliere basis onderzoeks- en onderhoudswerkzaamheden uitgevoerd. Dit wordt gedaan om de risicoverevening door te ontwikkelen en aan te laten sluiten bij nieuwe ontwikkelingen. Betrokkenen bij deze werkzaamheden in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) geven aan dat gevolgen voor passende zorg daar nog beperkt een rol in spelen én dat het een grotere rol zou kunnen spelen. Bij de toetsing van nieuwe vereveningskenmerken zou bijvoorbeeld een toets gedaan kunnen worden op mogelijke neveneffecten op het financieel resultaat van de introductie van nieuwe passende interventies. De in dit onderzoek toegepaste methodologie kan daarbij als leidraad dienen.

4.2 Methodologische aanpassing vereveningssystematiek: indeling in vereveningskenmerken koppelen aan chronische aandoening

Een deel van de vereveningskenmerken is gebaseerd op zorggebruik in het afgelopen jaar, waarmee men verzekerden met bepaalde chronische aandoeningen probeert te identificeren. Zodra dit zorggebruik wordt vervangen door meer passende zorg, kan een verzekerde van de 'vereveningsradar' verdwijnen' en daalt de vereveningsbijdrage voor die verzekerde. Dit risico kan weggenomen worden door de verzekerde meerjarig in te delen in vereveningskenmerken op basis van een vastgestelde chronische aandoening. Ter illustratie: Op het moment dat bijvoorbeeld een verzekerde wordt

gediagnosticeerd met de chronische ziekte van Crohn, wordt deze verzekerde permanent[24] ingedeeld in één vereveningskenmerk dat gekoppeld is aan deze chronische aandoening.

Op het moment dat er gekozen wordt voor meer passende zorg en er dus andere zorgproducten worden toegepast, dan heeft dit vrijwel geen gevolgen voor de vereveningsbijdrage; de vereveningskenmerken waarin de verzekerde is ingedeeld blijven immers dezelfde, hooguit de normbedragen die bij die kenmerken horen variëren van jaar tot jaar. Daarmee kunnen de kosten dalen, zonder dat dit gepaard gaat met een onevenredige daling in de vereveningsbijdrage.

Er zijn verschillende manieren om de aandoening van een bepaalde verzekerde te bepalen:

- Men kan direct uitgaan van diagnosedata in afkomstig uit de eerste- of de tweedelijnszorg. Op basis van het zorggebruik kunnen hier zorgzwaartecategorieën aan worden toegevoegd, waarbij er binnen een diagnose verschillende normbedragen gekoppeld kunnen worden aan verschillende zorgzwaartecategorieën.
- In plaats van het zorggebruik van het afgelopen jaar bepalend te maken voor de indeling van verzekerden binnen vereveningskenmerken, kan men kijken naar zorggebruik over meerdere jaren. Dat betekent dat de indeling in een bepaald kenmerk gelijk blijft, zonder aanvullende aanpassingen aan de vereveningssystematiek.

Deze eerste manier vraagt veel aanvullend onderzoek naar de uitvoerbaarheid, de betrouwbaarheid van de diagnosedata en gevolgen voor de voorspellende kracht van het vereveningsmodel. Het klinkt simpel, maar in de praktijk zal deze oplossingsrichting om veel uitwerking vragen. Ter illustratie; binnen één diagnose zijn verschillende niveaus van zorgzwaarte, waarbij elk niveau correspondeert aan daarmee samenhangende kosten. Als daar geen rekening mee wordt gehouden ontstaat een prikkel voor risicoselectie. Het wordt daarmee vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar aantrekkelijk om relatief gezonde chronische patiënten aan te trekken en onaantrekkelijk om relatief ongezonde chronische patiënten aan te trekken. Een onderscheid in zorgzwaarte per aandoening vraagt echter om veel onderzoek en creëert daarnaast mogelijk nieuwe (onwenselijke) prikkels.

De tweede manier om deze oplossingsrichting door te voeren is minder ingewikkeld, vooral wanneer er dezelfde periode van het vasthouden van de kenmerken wordt gehanteerd voor alle zorg. Wel zal er goed moeten worden onderzocht wat het gevolg is van deze oplossingsrichting voor de voorspellende kracht van het vereveningsmodel.

Voordelen oplossingsrichting:

- Neemt in potentie het volledige risico van een belemmerende prikkel weg;
- Haalt als enige van de oplossingsrichtingen die worden besproken in dit onderzoek in ieder geval tijdelijk het 'dempende effect' vanuit de risicoverevening weg;
- Beloont in potentie zorgverzekeraars voor het doelmatig vormgeven / inkopen van zorg voor een chronische patiëntenpopulatie.

Nadelen oplossingsrichting:

- Vraagt stevige aanpassingen van het vereveningsmodel en daarmee veel onderzoek;
- Kan mogelijk ten koste gaan van voorspellende kracht van risicoverevening. De daadwerkelijke impact is niet te overzien zonder vervolgonderzoek;

24 In plaats van permanent kan ook gekozen worden voor een periode van een X-aantal jaar

- Kan mogelijk leiden tot nieuwe onwenselijke prikkels. De mate waarin dit voorkomt is niet te overzien zonder vervolgonderzoek.

4.3 Compensatie op maat; binnen of buiten de risicoverevening

Een andere aanvliegroute is om niet systematisch de werking van de vereveningsmethodiek aan te passen, maar op maat compensatie te bieden voor de specifieke situaties. Dit biedt de mogelijkheid om maatwerk toe te passen als in de praktijk wordt gesignaleerd dat de risicoverevening tot een onwenselijk financieel resultaat leidt en daarmee de verschuiving naar meer passende zorg belemmert. Er zijn in theorie meerdere mogelijkheden om maatwerkcompensatie vorm te geven. In deze paragraaf benoemen we eerst het proces van voorkeursvariant en bespreken we aan de hand van dit voorbeeld welke overwegingen een rol spelen in de keuze voor deze variant en de verdere uitwerking.[25]

4.3.1 Concretisering van het maatwerkproces

Het maatwerkproces zou in de praktijk als volgt kunnen functioneren:

1. Zorgverzekeraar overweegt verschuiving naar meer passende zorg te stimuleren. Deze komt echter tot de conclusie dat de daaruit volgende daling in de risicoverevening tot een negatief financieel resultaat *kan* leiden;
2. Zorgverzekeraar krijgt de mogelijkheid om dit bij onafhankelijke partij, die de maatwerkgelden beheert, te agenderen;
3. De onafhankelijke partij toetst het signaal op enkele criteria: 1) passende zorg, 2) belemmerende werking risicoverevening, 3) duidelijk af te bakenen populatie;
4. Bij positieve toetsing wordt een afspraak gemaakt om de verzekeraar te compenseren *als* er sprake is van een daling in de vereveningsbijdrage van de doelgroep van verzekerden (groter dan de daling in zorgkosten) als gevolg van de meer passende interventie. De compensatie bestaat uit het verschil tussen de vereveningsbijdrage van de verzekerde voorafgaand aan de passende interventie en de vereveningsbijdrage van de verzekerde nadat de passende interventie wordt toegepast. Met andere woorden, als de verzekeraar een afname van zorgkosten weet te realiseren als gevolg van een meer passende vorm van behandeling, gaat dit niet gepaard met een afname van de vereveningsbijdrage;
5. Deze afspraak wordt gemaakt voor een afgebakende periode van 3 tot 4 jaar. Dat geeft in de eerste plaats de zorgverzekeraar de ruimte om de interventie in praktijk vorm te geven. Bovendien geeft het de ruimte om de effectiviteit van de passende interventie te evalueren. En het biedt vooral het reguliere vereveningsproces de tijd om zich aan te passen aan de introductie of opschaling van de passende interventie. Zodat bij voorkeur na deze periode geen maatwerkcompensatie meer nodig is.

4.3.2 Overwegingen bij maatwerkaanpak

De maatwerkcompensatie staat in principe buiten het ex-ante statistische vereveningsmodel. Maatwerkcompensaties binnen het ex-ante model leiden tot een onevenwichtig statistisch model. Handmatige aanpassingen zoals het ophogen van risicoklasses van bepaalde doelgroepen van een

25 Dit betreft de voorkeursvariant van de onderzoekers op basis van verschillende gesprekken met betrokkenen bij de risicoverevening.

passende interventie zal leiden tot verlaging of verhoging van een willekeurige andere klasse. Als gevolg hiervan zullen andere doelgroepen over- of onder gecompenseerd worden. Bovendien is het de vraag of aanpassingen binnen het ex-ante model juridisch wel mogelijk zijn.[26] Het heeft daarom de voorkeur om maatwerkcompensatie te bieden onafhankelijk van de reguliere berekening en toekenning van vereveningsbijdrage per verzekerde.

Tegelijkertijd heeft het de voorkeur om de hoogte van de maatwerkcompensatie weldegelijk te koppelen aan de vereveningssystematiek. De maatwerkcompensatie dient immers een doelmatige compensatie te bieden voor een onwenselijk neveneffect van de risicoverevening en niet tot aanvullende prikkels te leiden. Een manier om dit vorm te geven is door vooraf af te spreken dat verzekeraars gecompenseerd worden voor het verschil tussen de vereveningsbijdrage voordat de passende interventie wordt ingezet en de vereveningsbijdrage in de periode na de introductie van de passende interventie. Daarmee wordt feitelijk de vereveningsbijdrage (inclusief compensatie) vastgezet of 'bevroren' voor de doelgroep van de passende interventie voor een bepaalde periode. Daarmee ontstaat meer financiële zekerheid voor de zorgverzekeraar én blijft de doelmatigheidsprikkel bestaan. De zorgverzekeraar heeft immers pas profijt van deze maatregel als ze in praktijk in staat blijken de daadwerkelijke kosten te verlagen.

Daarnaast heeft de maatwerkcompensatie bij voorkeur een tijdelijk karakter. Het risicovereveningsproces heeft in principe het vermogen om via het eigen toetsings-, onderzoeks- en onderhoudsproces de onwenselijke effecten op termijn te corrigeren.[27] Dit proces omvat echter vaak meerdere jaren en vereist dat er praktijkdata over de interventie beschikbaar komen. Die eerste jaren kunnen juist de introductie van meer passende zorg belemmeren. De maatwerkcompensatie heeft dan ook het doel om deze periode van drie tot vier jaar te overbruggen.

Een nog openstaande vraag is waar de maatwerkcompensatie wordt vormgegeven. In de tweede alinea van deze paragraaf is beschreven waarom ex-ante plaatsing niet de voorkeur heeft. Grofweg zijn er nog twee andere mogelijkheden: ex-post binnen het bredere vereveningsproces of buiten het vereveningsproces.[28] Ex-post heeft als voordeel dat de maatwerkcompensatie sterk aan de verevening verbonden is en er geen 'zwevend potje' ontstaat[29]. Implementatie in een ex-post vereveningsproces vraagt hoe dan ook tijd[30] en kan leiden tot ondoelmatigheid bij zorgverzekeraars.[31] Het plaatsen van de maatwerkcompensatie buiten het reguliere vereveningsproces biedt meer vrijheid en opties en is daarom mogelijk het meest pragmatisch. Dat neemt niet weg dat deze optie ook tijd en onderzoek zal vragen om het goed vorm te geven.

Een laatste, niet onbelangrijke, overweging betreft de uitvoerbaarheid van een dergelijke maatwerkcompensatie. Deze oplossing vraagt om besluitvorming over wat passende zorg is en aan welke randvoorwaarden die moet voldoen om in aanmerking te komen voor deze

26 Zie onder meer Zorgverzekeringswet, Artikel 32, lid 4

27 Door bijvoorbeeld het toevoegen nieuwe interventies, het toevoegen van vereveningskenmerken, (automatische) aanpassingen van risicoklasses, etc.

28 Bijvoorbeeld in een extern compensatiefonds

29 De maatwerkcompensatie is bedoeld om een neveneffect van de risicoverevening te beperken. Op het moment dat de maatwerkcompensatie volledig buiten de risicoverevening wordt geplaats is deze doelbinding minder evident. Op termijn bestaat de kans dat de maatwerkcompensatie voor andere primaire doeleinden wordt ingezet (zoals stimuleren van passende zorg), waardoor het oorspronkelijke doel naar de achtergrond verdwijnt en het risico op belemmerende prikkels weer toeneemt

30 Maatwerkcompensatie zou op z'n vroegst vanaf 2024 mogelijk zijn

31 Met ex-post compensatie wordt veelal bedoeld dat zorgverzekeraars *achteraf* worden gecompenseerd op basis van *gerealiseerde* zorgkosten. Daarmee verlies je de economische prikkel om efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen. Dit verschilt echter wezenlijk van de hier voorgestelde maatwerkcompensatie. Het is immers geen compensatie van zorgkosten, maar een compensatie van vereveningsbijdrage, die voorafgaand aan de daadwerkelijke zorgproductie wordt bepaald. Daardoor blijft de prikkel bestaan om de zorgkosten te beperken.

maatwerkcompensatie. Dat is een complexe discussie, met veel onzekerheden (zo blijkt ook uit dit onderzoek). Die discussie is niet makkelijk, maar tegelijkertijd hoeft die niet uit de weg te worden gegaan als er sprake is van een duidelijk proces, waarin een onafhankelijke partij als scherprechter optreedt. Dit vraagt om een structuur die nu nog niet bestaat, mogelijk extra capaciteit vraagt en het vertrouwen in een onafhankelijke partij die knopen doorhakt. Het lijkt daarbij logisch om de signaalfunctie bij zorgverzekeraars te leggen. Daarmee hoeft het proces pas in werking gezet te worden als een zorgverzekeraar tegen een belemmerende prikkel aanloopt. Daarbij kan de onafhankelijke partij mogelijk ook eisen stellen aan het beoogde volume of impact van de stap naar meer passende zorg om de caseload te beperken en zorgverzekeraars te stimuleren een serieuze stap te zetten.

Voordelen oplossingsrichting:

- Biedt mogelijkheid om bij niet-eenduidige prikkelwerking tot specifieke oplossingen te komen voor specifieke casuïstiek;
- Stimuleert zorgverzekeraars om de stap naar passende zorg te zetten door meer zekerheid te bieden;
- Kan de tijd overbruggen die nodig is voor vereveningsmodel om negatieve prikkel in balans te brengen via reguliere systematiek;
- Stimuleert het delen van signalen van belemmerende prikkels en geeft daarmee ook inzicht in de prevalentie van de belemmerende prikkel;
- Vraagt geen complexe aanpassingen aan de vereveningsmethodiek.

Nadelen oplossingsrichting:

- Proces vraagt om (extra) capaciteit en vereist vertrouwen in onafhankelijke autoriteit om tot besluiten te komen;
- De uitgewerkte voorkeursvariant biedt geen oplossing voor situaties waarbij de zorgkosten als gevolg van meer passende zorg stijgen. In dat geval zal de vereveningsbijdrage voorafgaand aan de passende interventie in principe ook niet toereikend zijn om tot een positief financieel resultaat te komen;
- Voegt een nieuw element toe aan het zorgstelsel, wat uitvoeringstechnische en mogelijk juridische haken en ogen kent

5. Conclusie en discussie vervolgstappen

In dit onderzoek is onderzocht of er sprake is van een voor de zorgverzekeraar belemmerende werking van de risicoverevening bij de inzet van passende zorg. Dit is onderzocht aan de hand van een kwantitatief onderzoek naar vier praktijkcasussen en een kwalitatief onderzoek onder zorgverzekeraars. Het doel van het onderzoek was om te komen tot beantwoording van de volgende drie vragen:

- Heeft de risicoverevening een negatief effect op het financieel resultaat van de zorgverzekeraar bij een verschuiving naar meer passende zorg?
- Heeft een mogelijk belemmerende prikkel vanuit de risicoverevening bij een verschuiving naar meer passende zorg effect op het gedrag van zorgverzekeraars?
- Welke oplossingsrichtingen zijn voorhanden om de (mogelijk) belemmerende werking te beperken?

We concluderen het volgende:

- Bij een verschuiving naar meer passende zorg kan het samenspel tussen de ontwikkeling van de zorgkosten en vereveningsbijdrage leiden tot een slechter financieel resultaat.
- Dit slechtere financieel resultaat kan er in sommige gevallen toe leiden dat zorgverzekeraars de stap naar meer passende zorg niet, vertraagd of anders vormgeven. Uit de interviews volgen twee praktijkvoorbeelden van deze invloed op het gedrag. Dit gedragseffect treedt alleen op in aanwezigheid van de volgende voorwaarden:
    - De zorgverzekeraar wil bewust een verschuiving van zorg stimuleren die onderscheidend is van andere zorgverzekeraars;
    - Er is sprake (van de perceptie) van een ombuiging naar een negatief financieel resultaat: de besparing op zorgkosten wordt (meer dan) teniet gedaan door een daling in de vereveningsbijdrage, of men vermoedt dat dit het geval zal zijn;
    - De verschuiving van zorg is van voldoende volume, waardoor de impact van een negatief resultaat op de bedrijfsvoering te groot zou zijn.

Deze conclusies moeten bezien worden in de wetenschap dat:

- De onderzoeksresultaten van de vier casussen niet representatief zijn voor alle vormen van passende zorg. De cases zijn onder meer gekozen op basis van de verwachting dat er sprake is van een effect op de vereveningsbijdrage.
- Er geen sprake is van een eenduidig effect vanuit de risicoverevening; uit het onderzoek is in een specifieke casus ook sprake van positieve prikkelwerking vanuit de risicoverevening voor meer passende zorg. Echter, in die gevallen waar de passende zorg in mindere mate opgenomen is in de risicoverevening dan de minder passende zorg, is veelal wel sprake van een negatieve prikkel vanuit de risicoverevening.
- De negatieve prikkelwerking mogelijk een tijdelijk karakter kent. Het onderhouds- en ontwikkelproces van de risicoverevening kan de negatieve prikkelwerking na verloop van tijd ‘corrigeren’.

Op basis van deze conclusies en de eerder besproken oplossingsrichtingen zien we vier mogelijke routes voor vervolgstappen. Deze routes sluiten elkaar niet uit en kunnen indien gewenst (deels)

parallel worden belopen. In het onderstaande bespreken we de vier routes en geven daarbij ons perspectief op de wenselijkheid en praktische haalbaarheid van elke route.

5.1 Route 1: Ruimte maken voor maatwerkaanpak

Het creëren van een maatwerkaanpak sluit goed aan bij de bevindingen van het onderzoek. De prikkelwerking wijst immers niet eenduidig één kant op. Een maatwerkaanpak biedt de mogelijkheid om daarop aan te sluiten, door pas op te treden als er een signaal is van een belemmerende werking en snel te opereren naast de reguliere ex-ante vereveningsmethodiek. Het biedt daarnaast een concrete mogelijkheid om vanwege financiële risico's twijfelende zorgverzekeraars te stimuleren de stap naar passende zorg te zetten. In hoofdstuk 4.3 is besproken hoe dit praktijkgericht kan worden vormgegeven, rekening houdend met uitdagingen op het gebied van doelmatigheid. De hamvraag is of de uitvoering voldoende wendbaar ingericht kan worden, zodat de kosten beperkt blijven maar dit niet ten koste gaat van de besluitvaardigheid.

Onze aanbeveling is om op korte termijn een uitgewerkt voorstel voor de maatwerkaanpak inclusief werkproces, financiën en benodigde capaciteit te maken. Op basis van dit voorstel kan een definitieve keuze gemaakt worden voor inrichting van de maatwerkaanpak.

5.2 Route 2: Incrementele aanpassingen vereveningsmodel

In paragraaf 4.1 zijn aanpassingen in het vereveningsmodel en -proces genoemd die het risico van een belemmerende prikkel in theorie kunnen beperken, zonder daarbij de methodiek op de schop te nemen en mogelijk zelfs te verbeteren. De genoemde oplossingsrichtingen kennen met name een aantal praktische uitdagingen in de uitvoering, die deels onderzocht zijn of worden in andere onderzoeken. Het is aan de betrokken partijen om op basis van deze onderzoeken een besluit te nemen over de haalbaarheid en doelmatigheid van deze aanpassingen. Meer aandacht voor passende zorg in het toetsingskader van de risicoverevening kent weinig praktische bezwaren, maar vraagt verdere uitwerking om de impact van deze maatregel inzichtelijk te maken.

5.3 Route 3: Vervolgonderzoek naar omvang van belemmerende prikkel

Zoals gezegd zijn de onderzochte casussen niet volledig representatief voor het totale zorgaanbod en heeft de prikkelwerking geen eenduidige verschijningsvorm. Dat roept de vraag op in welke mate en omvang de belemmerende prikkelwerking zich in de bredere zorg voordoet. Uit dit onderzoek blijkt dat het praktisch zeer lastig zal zijn om dit integraal en uitputtend te onderzoeken. Daarvoor vraagt het berekenen van het financieel resultaat te veel tijd per casus en kennen de uitkomsten alsnog veel onzekerheden. Een meer behapbare route is het onderscheiden en onderzoeken van bredere bewegingen naar passende zorg. Daarmee bedoelen we bijvoorbeeld: de verschuiving naar meer zorg op afstand (telemonitoring), de substitutie van tweedelijnszorg of een grotere focus op preventie van gezondheidsproblemen. Op het moment dat binnen een dergelijke bredere beweging het belemmerende effect zich 'stapelt' in meerdere casussen dan is dat een duidelijke indicatie dat er geen sprake is van een incidentele, maar structurele belemmering van passende zorg. Hierdoor worden meer fundamentele aanpassingen aan het vereveningsmodel mogelijk meer opportuun. Een pragmatische, maar mogelijk zeer efficiënte vormgeving van route 3 is het realiseren van de

maatwerkaanpak van route 1. De signalen uit de praktijk en de daaropvolgende toetsing leiden automatisch tot een beeld van de omvang van de belemmerende werking.

5.4 Route 4: methodologische aanpassing vereveningssystematiek

Door de vereveningsbijdrage niet (deels) op volatiel zorggebruik, maar op chronische aandoeningen te baseren kan de geconstateerde huidige belemmerende prikkelwerking volledig weggenomen worden. Hiervoor zijn twee manieren geïdentificeerd: ofwel via diagnosedata uit eerste en tweede lijn, ofwel door het meerjarig vasthouden van een indeling in een vereveningskenmerk op basis van zorggebruik in het verleden. Beide manieren zorgen ervoor dat de zorgverzekeraar die de zorg voor een chronische patiëntenpopulatie doelmatig vormgeeft hiervoor wordt beloond.

Voor beide manieren geldt echter ook dat er zonder nader onderzoek niet direct te overzien is wat het gevolg van deze oplossing is voor de voorspellende kracht van het vereveningsmodel. Bovendien vraagt de eerste manier (via diagnosedata) op z'n minst om verfijning in meerdere zorgzwaartecategorieën om risicoselectie te voorkomen. Deze noodzakelijke verfijning roept de vraag op of dit uitvoerbaar is en er vervolgens niet nieuwe risico's ontstaan voor belemmerende prikkels vanuit de risicoverevening. Praktisch roept dit ook de vraag op of er voldoende valide data beschikbaar is om diagnoses direct te gebruiken in de risicoverevening. Het is daarom wenselijk om deze route te combineren met onderzoek naar de omvang van de belemmerende prikkel (route 3) en de uitkomsten van ander onderzoek naar de risicoverevening (zoals het restprobleem), om tot een meer integrale afweging te komen of een dergelijke methodologische aanpassing van de risicoverevening wenselijk is. De tweede manier (langer vasthouden kenmerken op basis van zorggebruik) is praktisch makkelijker uitvoerbaar en kan een goede tussenweg zijn. Vervolgonderzoek zal hier moeten uitwijzen wat de invloed is op de voorspellende kracht van de aanpassing, en of er geen nieuwe nadelige prikkels worden gecreëerd.

5.5 Concluderende beschouwing

Uit dit onderzoek blijkt dat in specifieke omstandigheden de risicoverevening een belemmerende werking kan hebben op de stap naar meer passende zorg. Tegelijkertijd is er geen sprake van een eenduidige prikkel. Belangrijk voor hoe de prikkel uit de risicoverevening uitpakt is de vraag in hoeverre de passende zorg onderdeel is van de risicoverevening. Bovendien leggen lang niet alle zorgverzekeraars in lang niet alle behandelvormen het effect van de risicoverevening onder de loep. De omvang en de prevalentie van de belemmerende prikkel uit de risicoverevening zal nader moeten worden onderzocht om uit te wijzen of een stevige methodologische wijziging van het vereveningsmodel om de belemmering te elimineren doelmatig is.

Een constructieve gedachte is om de belemmerende prikkel niet als een fout in de vereveningsmethodiek te zien, maar als een te beheersen risico. Een rekenkundig model kan nooit 100% van de complexiteit van de praktijk omvatten en kent outliers die tot ongewenste effecten kan leiden. Daarbij dient aangetekend te worden dat de reguliere vereveningsmethodiek verschillende onderhoudsmechanismes kent waarmee deze outliers op termijn gecorrigeerd kunnen worden. Om negatieve prikkels te verminderen is het belangrijk om te zorgen dat passende zorg meer in de risicoverevening wordt opgenomen, en minder passende zorg minder. De effectiviteit van het onderhoudsmechanisme op dit gebied kan worden verbeterd door deze prikkelwerking expliciet onderdeel te maken van het beoordelingskader.

Hoe dan ook zal een aanpassing van de risicoverevening via het onderhoudsmechanisme bij elke nieuwe passende zorgvorm waarschijnlijk meerdere jaren kosten. Deze tijd kan echter te kostbaar zijn voor bepaalde passende behandelvormen om goed van de grond te komen. Als de eerste jaren van de interventie tot een verwacht negatief financieel resultaat leiden, zal een zorgverzekeraar niet snel deze stap zetten. Een doelmatige maatwerkoplossing kan deze periode overbruggen en daarmee de twijfel wegnemen bij zorgverzekeraars om de stap naar een meer passende behandelvorm te zetten. Een maatwerkoplossing biedt de mogelijkheid om de ongewenste outliers van de vereveningsystematiek nu te adresseren, in anticipatie op de uitkomsten van het vervolgonderzoek naar de overige oplossingsrichtingen.

De vraag die resteert is of de kosten van het optuigen van een maatwerkcompensatie opwegen tegen de nu geconstateerde beperkte omvang van de belemmering. Deze overweging gaat verder dan enkel de omvang prevalentie van de prikkel. Er wordt momenteel ingezet op een zorgstelsel waarin alle partijen (waaronder zorgverzekeraars) actief inspelen op meer passende zorg. Daarvoor zouden ze beloond moeten worden, niet gestraft. Zelfs in een enkel geval, zou het ‘stelsel’ zichzelf moeten corrigeren zodra resultaten worden bereikt die tegengesteld zijn aan het doel. Bijkomend voordeel van deze aanpak is dat de omvang van de belemmerende werking zichtbaar wordt aan de hand van de praktijk.

Bijlage 1: Methodologie

Gedurende dit onderzoek zijn meerdere stappen doorlopen, elk met een eigen methodologie. Deze stappen worden hieronder toegelicht. In elk van de stappen is er sprake geweest van feedbacksessies met twee begeleidende groepen van experts:

- Met de projectgroep, bestaande uit risicovereveningsexperts van de NZa en ZINL, is de aanpak van de verschillende stappen steeds vooraf besproken, om feedback te krijgen op de voorgenomen methodiek van het onderzoek.
- Met de begeleidingscommissie, bestaande uit risicovereveningsexperts van de Erasmus Universiteit Rotterdam, Radboud Universiteit, ZN, VWS, Zilveren Kruis, Pharos, NZa en ZINL is elke stap achteraf besproken, om feedback te krijgen op de resultaten van het onderzoek. De begeleidingscommissie is bewust ingericht met mensen met een brede achtergrond, die normaal niet betrokken zijn bij projecten over de risicoverevening.

B1.1 De scope van dit onderzoek

Ons onderzoek gaat over de (belemmerende) werking van de risicoverevening bij veranderingen in behandelvormen *voor de bestaande verzekeringspopulatie* van een gegeven zorgverzekeraar. In andere woorden: het gaat om de vraag of de risicoverevening een negatieve financiële prikkel geeft, wanneer de zorgverzekeraar wil inzetten op andere vormen van zorg, die als meer passend worden gezien. Dit aspect duiden we in de rest van dit onderzoek ook wel aan als het effect van de risicoverevening bij veranderingen op het **behandelniveau**.

Afbakening 'Passende zorg'

Voor de afbakening van passende zorg hanteren wij het kader zoals uitgewerkt door het Zorginstituut & de NZa in het advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'. Voor dit onderzoek is casuïstiek verkend waarbij het vermoeden bestaat dat voor een vergelijkbare doelgroep zowel meer passende als minder passende zorg wordt verleend. Dat wil zeggen dat voor een bepaalde doelgroep er een diversiteit aan zorgpaden mogelijk is, die al dan niet aansluiten op de subprincipes van passende zorg.

Daarbij dient opgemerkt te worden dat passende zorg in ultimo alleen op individueel niveau bepaald kan worden. Harde uitspraken over wat passende zorg is en wat niet voor een grotere doelgroep zijn in principe daarom niet mogelijk. Voor dit onderzoek is het echter onze wens om casuïstiek te kiezen met enige massa, zodat de impact van een potentiële prikkel groter is en daarmee eventuele oplossingsrichtingen aan relevantie winnen. Daarom nemen we de vrijheid om casuïstiek te selecteren waarbij het vermoeden bestaat dat voor ten minste een deel van een specifieke doelgroep de risicoverevening een belemmerend effect kan hebben op passende zorg.

Voor elk van deze doelgroepen benoemen we een 'meer -' en minder passend zorgpad. In deze fase van het onderzoek zijn zowel de specificering van de doelgroep als de twee alternatieven zeer grofmazig geformuleerd. In het vervolgonderzoek zullen de doelgroepen verder gespecificeerd worden, evenals de meerdere mogelijke behandelvormen en in welke situatie die meer of minder passend zijn. Dit wordt in de volgende stap van het onderzoek nader gespecificeerd aan de hand van onder meer gesprekken met zorgverleners en aanvullend deskresearch.

Een sterk gelieerd onderwerp is het zogenaamde *restprobleem* van de risicoverevening.[32] Dit beschrijft het risico van over- of ondercompensatie van subpopulaties. Zodra bepaalde doelgroepen worden ondergecompenseerd kan ook dit een belemmerende werking hebben voor de inzet van passende zorg. Het kan immers zo zijn dat het stimuleren of ontwikkelen van passende zorg voor deze doelgroep een aanzuigende werking heeft, terwijl de zorgverzekeraar vanuit financieel oogpunt deze doelgroep liever niet binnenhaalt. Deze belemmerende werking is expliciet *geen* onderdeel van de scope van dit onderzoek. Wanneer we hiernaar refereren in het onderzoek, dan hebben we het over veranderingen op **populatieniveau**.

Ten slotte kan de risicoverevening ook innovatieve bekostigingsvormen belemmeren die passende zorg in theorie kunnen stimuleren. Een voorbeeld is populatiebekostiging dat niet direct aansluit de vereveningssystematiek dat juist op individuele kosten is geënt. Ook deze vorm van belemmering is nadrukkelijk geen onderdeel van de scope van dit onderzoek.

B1.2 Selectie van de casussen

De eerste stap in dit onderzoek is het onderscheiden van vier casussen, waarbij de risicoverevening ten minste theoretisch een belemmerend effect kan hebben op de ontwikkeling van passende zorg. Hiervoor zijn aanvankelijk 23 potentiële casussen verzameld. Per casus is een passende en minder passende behandelvorm geïdentificeerd, waarbij er vanuit de risicoverevening een belemmerend effect op zou kunnen treden voor de inzet van de meer passende behandelvorm (ofwel een bevorderend effect van de inzet van de minder passende behandelvorm). Deze 23 casussen zijn, via een longlist, met bijbehorende criteria getrechterd tot een shortlist van 4 casussen, die we verder in het onderzoek analyseren.

In bijlage 2 is de selectieprocedure van de casuïstiek nader beschreven.

B1.3 Financieel resultaat van de casuïstiek

Voor elk van de vier geselecteerde casussen hebben we het financieel resultaat van de verschuiving van minder passende naar meer passende zorg in kaart gebracht. Het financieel resultaat is de resultante van de verandering in zorgkosten en de verandering in vereveningsbijdrage. Voor elk van de casussen hebben we ook de omvang van de doelgroep bepaald. Zie voor de technische uitgangspunten bij elk van deze casussen bijlagen 3 t/m 6.

Voor de verandering in zorgkosten hebben we het effect op het zorggebruik in kaart gebracht ten gevolge van het ontvangen van meer passende zorg. De effecten op het zorggebruik zijn ingedeeld in blokken, waarbij we bepaalde categorieën zorg (bijvoorbeeld medicatie of medisch specialistische zorg) hebben gebundeld in één blok. Zie voor een uitwerking van deze blokken bij de diabetescasus bijlage 3. Deze blokken voegen we toe in de analyse op volgorde van de mate van zekerheid die er is dat het effect op die categorie zorg ook daadwerkelijk optreedt. Die mate van zekerheid heeft te maken met het aantal en de aard van de bronnen die we gebruiken ter onderbouwing van effect in het blok. Bij voorkeur gebruiken we hiervoor wetenschappelijke bronnen, maar ook zijn er niet-wetenschappelijke bronnen gebruikt. De effecten in alle casussen zijn getoetst bij minstens twee medisch specialisten per casus.

Om het effect van de passende zorg en het effect daarvan op het zorggebruik op de vereveningsbijdrage in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van de declaratiedata van ZINL. Daarin zijn de wijzigingen aangebracht die we verwachten bij de toepassing van meer passende zorg.

32 Zie ook KPMG (2020), *Onderzoek restprobleem risicoverevening fase 1*

Vervolgens is aan de hand van deze aangepaste declaratiedata bekeken wat dit zou betekenen voor de vereveningsbijdrage. Het verschil tussen de daadwerkelijke vereveningsbijdrage en de vereveningsbijdrage die volgt uit de aangepaste declaratiedata is het effect op de vereveningsbijdrage.

Tot slot is per blok het effect op de zorgkosten vergeleken met het effect op de vereveningsbijdrage. Het resultaat van die twee is het effect op het financieel resultaat. Wanneer alle blokken bij elkaar opgeteld worden resulteert dit derhalve in het financieel resultaat van het toepassen van de meer passende zorg.

B1.4 Interviews naar het gedrag van de zorgverzekeraars

Om te onderzoeken in hoeverre zorgverzekeraars zich bewust zijn van de samenhang tussen risicoverevening en passende zorg, en in hoeverre het hun gedrag beïnvloedt, hebben we interviews afgenomen met verschillende zorgverzekeraars. In totaal hebben we 11 gesprekken gevoerd, met 16 personen van vijf verschillende zorgverzekeraars. In de gesprekken was in de meeste gevallen zowel iemand vanuit de inkoop als iemand vanuit beleid & strategie (bijvoorbeeld strategisch beleidsadviseurs of innovatiemanagers) vertegenwoordigd. We hebben steeds voorafgaand aan de gesprekken de uitkomst van de relevante casussen en een handzame samenvatting van deze uitkomsten ruim van tevoren gestuurd, zodat de geïnterviewden zich goed konden voorbereiden. We hebben aangegeven dat de gesprekken anoniem zouden blijven en dat we noch de namen van de personen, noch de naam van de zorgverzekeraar zouden linken aan specifieke uitspraken.

B1.5 Verkenning van oplossingsrichtingen

Om tot oplossingsrichtingen te komen voor de belemmerende prikkel van de risicoverevening hebben we ons in eerste instantie beroepen op deskresearch. Echter, de hoeveelheid oplossingen die in bestaande literatuur wordt aangedragen voor het specifieke probleem van dit onderzoek is beperkt. Daarom hebben we de resultaten van de deskresearch aangevuld met oplossingsrichtingen uit eigen inzicht. Deze oplossingsrichtingen hebben we in meerdere sessies getoetst bij de projectgroep, de begeleidingscommissie en bij actuarissen van betrokken zorgverzekeraars. Bij deze toetsing hebben we gefocust op de haalbaarheid, de wenselijkheid en op mogelijk onvoorzienbare neveneffecten van deze oplossingsrichtingen. Aan de hand van de reacties van de verschillende groepen hebben we een selectie gemaakt van oplossingsrichtingen die op korte termijn kansrijk lijken, en oplossingsrichtingen die op de lange termijn mogelijk kansrijk zijn, maar die meer onderzoek vereisen.

Bijlage 2: Selectieprocedure casuïstiek

De werkwijze voor de selectie van de casussen op de shortlist bestaat uit vier onderdelen:

1. Gestart is met het verzamelen van een brede lijst van casussen die zich mogelijk kwalificeren voor de criteria van de longlist. Zowel ZINL, NZa en Rebel & Significant hebben hiervoor casussen aangeleverd.
2. Vervolgens hebben de onderzoekers deze casussen getoetst op de criteria voor de longlist. Het gaat om de vier volgende (knock-out) criteria:
    - Het vermoeden bestaat dat (in bepaalde gevallen) er minder passende zorg wordt verleend dan mogelijk;
    - Het is (theoretisch) mogelijk dat de risicoverevening een prikkel geeft die het inzetten van passende zorg bevordert of belemmerd;
    - Het Zorginstituut beschikt over informatie op basis waarvan de casus kan worden geanalyseerd;
    - De casus is niet onderdeel van lopend onderzoek naar de risicoverevening.

    Op basis van deze criteria zijn 11 mogelijke casussen afgevallen. Met voornamelijk als reden dat de invloed van de risicoverevening bij meerdere van deze casussen geen of beperkte invloed heeft. Ook zijn enkele casussen afgevallen omdat er onvoldoende informatie beschikbaar zou zijn om tot een beoordeling van de criteria te komen of omdat de vermeende prikkel in de casussen niet meer actueel was, doordat de werking van de risicoverevening inmiddels al is aangepast.
3. Om tot een shortlist te komen zijn de resterende mogelijke casussen gewaardeerd (van ++ tot --) op de volgende criteria (zie de longlist in de tabel hieronder):
    - De mate van consensus over het minder passende en het passende alternatief: De mate waarin er (op voorhand) overeenstemming lijkt te bestaan dat er een duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen meer en minder passende behandelvormen voor dezelfde zorgvraag.
    - De mate waarin het minder passende alternatief (vermoedelijk) in praktijk wordt gebracht: In hoeverre wordt het minder passende alternatief in de praktijk ingezet (onafhankelijk van of dit als gevolg van de risicoverevening komt).
    - De mate van eenduidigheid van zorgtrajecten bij zowel het meer passende als minder passende alternatief.
    - De mate waarin er verwacht wordt dat de risicoverevening een rol speelt in de casus.
    - De beschikbaarheid van data.
    - Ten slotte zijn als extra wegingsfactoren de 'omvang van en impact op de populatie' en het onderscheidend vermogen ten opzichte van de andere casussen meegenomen.

    Voor de beoordeling van de longlist is afgegaan op de aangeleverde informatie door Zorginstituut Nederland, de NZa en is aanvullend deskresearch gedaan. Daarbij dient nadrukkelijk benoemd te worden dat in dit stadium van het onderzoek de beschikbare informatie om de casuïstiek te waarderen beperkt was.
4. Op basis van de feedback van de begeleidingscommissie is de shortlist vastgesteld door de onderzoekers en het Zorginstituut.

Longlist selectie casussen					
De casus	**Consensus over niet passend en passend alternatief**	**Mate waarin niet passende zorg (vermoedelijk) in praktijk wordt gebracht**	**Eenduidigheid van zorgtrajecten bij zowel passend als niet passend alternatief**	**Vermoeden dat risicoverevening een sterker effect heeft op de het financieel resultaat**	**Beschikbaarheid van data**
Artrose van knie en heup	+	++	+	+	+- (niet voor pijnstilling, fysiotherapie alleen voor patiënten die aanvullend verzekerd zijn)
Ambulantisering van de GGZ	++	++	++	+-	++
GLI - Diabetes	+	++	+-	++	+ (niet over overgewicht)
Stoppen met roken bij COPD-patiënten	++	+-	--	++	+ (niet over rookgedrag)
Personalized medicine bij multipel myeloom	+ (wordt nog wel verder onderzoek naar gedaan)	+	+/-	+	+/- (niet voor gen-testen, wel voor medicijnen, kosten gen-testen waarschijnlijk wel te achterhalen, dus theoretisch verder uitwerken wel mogelijk)
Cardiovasculair risicomanagement	+-	++	+-	Nb	+/- (niet voor huisartsenzorg, wel tweede lijn. Evt. aanname maken als patiënt niet in tweede lijn wordt gezien dan in eerste lijn)
Perifeer arterieel vaatlijden	+ (zinnige zorg project)	++	+	++	++
Oncologische nazorg	- ("passende zorg is sterk afhankelijk van de primaire tumor")	Nb	+-	++	+/- (niet voor huisartsenzorg, wel tweede lijn. Evt. aanname maken als patiënt niet in tweede lijn wordt gezien dan in eerste lijn)
Cholesterolverlagende medicijnen (PSCK-9 remmers)	+	+-	+	+	+
Wijkverpleging	-	-	+	++	- (kosten per verzekerde wel bekend, maar niet precies waarvoor kosten zijn gemaakt)
Triple inhaler therapie bij COPD	+	+	-	+	- (moeilijk om doelgroep te identificeren in de data)

Bijlage 3: Technische toelichting diabetescasus

B3.1 Beschrijving casus

Diabetes mellitus type 2 (hierna: DM2) is een progressieve ziekte, wat inhoudt dat de ziekte in verloop van tijd steeds ernstiger wordt. De klachten van DM2 kunnen afnemen of minder snel toenemen wanneer de patiënt een gezondere leefstijl adopteert door gezonder te eten, meer te bewegen en / of te stoppen met roken.[33] Het lichaam reageert dan weer beter op insuline, waardoor de bloedsuiker daalt en stabieler wordt. Dit kan ertoe leiden dat DM2-patiënten minder of geen medicijnen nodig hebben en het verkleint de kans op complicaties op de langere termijn.[34]

In deze casus wordt gekeken naar een leefstijlinterventie, Keer Diabetes2 Om (hierna: KD2O), die inzet op een (blijvende) verandering van de levensstijl van de DM2-patiënt. De interventie leert de deelnemers in een aantal dagen beter om te gaan met meerdere belangrijke leefstijlaspecten bij DM2, namelijk voeding, ontspanning, beweging, en slaap. Hierdoor is het voor deelnemers al snel na de interventie mogelijk om hun suikerziekte beter in te stellen en lichtere medicatie te gebruiken. Bij een gezondere leefstijl is het bijvoorbeeld mogelijk dat een patiënt die eerst insuline nodig had voor het controleren van de bloedsuikerspiegel, terug kan gaan naar minder zware bloedsuikerverlagende orale middelen. In het beste geval heeft de patiënt helemaal geen medicijnen meer nodig. Vanuit economisch oogpunt betekent dit dat de zorgverzekeraar de investering van de leefstijlinterventie (deels) terug kan verdienen door een afname in zorgkosten in de daaropvolgende jaren.

Er wordt verevend voor zowel medicijngebruik voor DM2, als voor medisch specialistische zorg voor diabetesklachten. Sinds modeljaar 2021 wordt er ook verevend voor het gebruik van een insulinepomp.[35] DM2 kent een heel scala aan complicaties en comorbiditeiten.[36] Ook de zorg die samenhangt met deze complicaties en comorbiditeiten valt deels binnen de vereveningskenmerken van de risicoverevening, waardoor inzet van de leefstijlinterventie invloed kan hebben op zowel DKG's (inzet medisch specialistische zorg), FKG's (medicijngebruik) en MHK's (Meerjarig Hoge Kosten). Voor de leefstijlinterventie zelf wordt niet verevend.

B3.2 Opzet casus

In deze casus kijken we naar de doelgroep van DM2-patiënten waarbij geen leefstijlinterventie wordt ingezet als onderdeel van hun behandeling. We onderzoeken het financieel resultaat van de interventie KD2O ten opzichte van de situatie waarin een dergelijke leefstijlinterventie ontbreekt (baseline). Voor de analyse is gebruik gemaakt van de declaratiedata van ZINL. Deze data hebben we gebruikt om inzichtelijk te maken wat de gevolgen zijn van KD2O op zowel de zorgkosten als de vereveningsbijdrage.

De analyse wordt uitgevoerd voor de doelgroep van KD2O. We brengen het effect van de leefstijlinterventie in kaart voor de eerste twee jaar na de interventie. We delen het effect van de interventie op in blokken. Deze blokken zijn geordend in toenemende mate van onzekerheid. Met andere woorden, de effecten uit de eerdere blokken hebben een hogere mate van zekerheid dan de latere blokken. Op die manier kunnen de zorgverzekeraars in de gesprekken aangeven welke effecten

33 NHG-richtlijn (2018), Diabetes mellitus type 2. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2#volledige-tekst

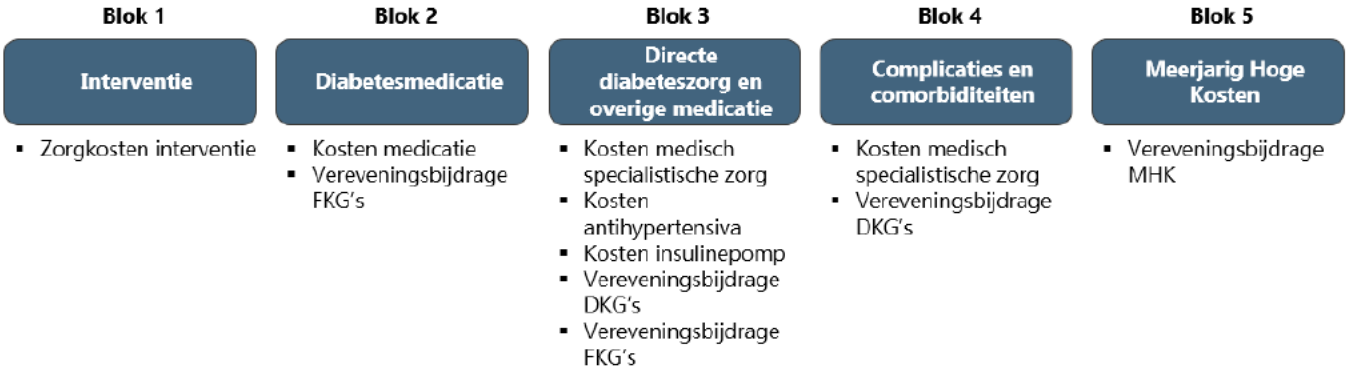
34 Van der Zijl et al. (2018), Handleiding demedicaliseren bij diabetes mellitus type 2.

35 De HKG voor de insulinepomp blijft voor deze casus buiten beschouwing, omdat de analyse is gebaseerd op modeljaar 2020.

36 https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-gevolgen-diabetes-type-2

ze nog wel en welke ze niet meenemen in hun afweging om een bepaalde vorm van zorg toe te passen.

Voor de inschatting van het effect van KD2O binnen blokken 2 t/m 4 maken we gebruik van verschillende bronnen.[37] [38]



Blok 1: kosten van de interventie

- Betreft de kosten van de leefstijlinterventie KD2O.
    - De kosten van de leefstijlinterventie zijn €3.500,- per persoon, dit kan dalen tot €2.250 bij opschaling van de interventie
    - Er is geen effect op de risicoverevening in dit blok.

Blok 2: Diabetesmedicatie

- Betreft de beweging van deelnemers aan KD2O naar lichtere/geen diabetesmedicatie.
    - Deze verschuiving heeft invloed op de zorgkosten: insuline is aanzienlijk duurder dan SU-derivaten en metformine.
    - Er is ook een effect op de vereveningsbijdrage doordat insuline in een andere FKG valt dan SU-derivaten of metformine. Bovendien valt een verzekerde natuurlijk niet meer in een FKG voor diabetes wanneer diegene helemaal geen diabetesmedicatie meer gebruikt.

Blok 3: Directe diabeteszorg en overige medicatie

- Betreft ten eerste alle tweedelijnszorgproducten waarvan uit de naam blijkt dat die direct het gevolg zijn van diabetes. Bijvoorbeeld "diabetes mellitus met secundaire complicaties", "diabetische retinopathie" en "diabetische voet". Zie hoofdstuk 4 voor een overzicht van alle zorgproducten die in dit blok vallen.
    - Doordat sommige van deze zorgproducten ook terugkomen in verschillende DKG's, heeft dit ook een effect op de vereveningsbijdrage.

37 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081
38 VGZ-declaratiedata

- Ook valt in dit blok het gebruik van antihypertensiva (middelen tegen hoge bloeddruk).
    - Het gebruik van antihypertensiva is direct van belang voor het bepalen van in welke diabetes-FKG een persoon valt. De diabetes-FKG's zijn namelijk opgedeeld in twee FKG's zonder hypertensie en twee FKG's met hypertensie, waarbij voor de laatste twee FKG's een hogere vereveningsbijdrage geldt in vergelijking met de eerste twee.
- Tot slot valt in dit blok het gebruik van een insulinepomp.
    - Voor deze casus heeft de insulinepomp geen invloed op de risicoverevening, omdat insulinepompen pas vanaf modeljaar 2021 in een HKG vallen, en onze analyse is gebaseerd op modeljaar 2020.

Blok 4: Overige complicaties en comorbiditeiten

- Voor blok 4 zijn de top 100 meest voorkomende zorgproducten bij deze doelgroep geanalyseerd.[39] Wanneer deze zorgproducten gerelateerd zijn aan bekende complicaties of comorbiditeiten van DM2 dan is aangenomen dat KD2O hier een effect op zal hebben. Zie hoofdstuk 4 voor een overzicht van alle zorgproducten die in dit blok vallen.
    - Ook deze zorgproducten vallen (deels) in verschillende DKG's, waardoor dit ook een effect heeft op de risicoverevening.

Blok 5: Meerjarig Hoge Kosten

- Dit blok betreft het vereveningskenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK). Wanneer personen bovengemiddeld hoge zorgkosten hebben in de basisverzekering dan geldt voor deze personen een hogere vereveningsbijdrage op grond van het vereveningskenmerk MHK. Indien die zorgkosten dalen naar aanleiding van een leefstijlinterventie, betekent dit een afname van de vereveningsbijdrage. Omdat de interventie KD20 geen onderdeel uitmaakt van het basispakket tellen deze kosten niet mee voor de berekening van de MHK.[40]
    - Voor dit blok is er geen effect op de zorgkosten.
- De indeling in MHK gaat op basis van percentages verzekerden met de hoogste zorgkosten. Met andere woorden, wanneer iemand buiten de MHK valt omdat diegene in zorgconsumptie is verminderd, komt daar altijd weer een andere verzekerde voor in de plaats. De totale vereveningsbijdrage ten gevolge van MHK over heel Nederland bezien veranderd dus niet. De kans is echter vrij klein dat de verzekerde die de vrijgekomen plaats binnen de MHK-klasse inneemt, ook bij dezelfde zorgverzekeraar zit als de verzekerde die buiten de MHK is gevallen. Om die reden betekent voor de individuele zorgverzekeraar een daling binnen de MHK alsnog een daling in vereveningsbijdrage.

B3.2.1 Gebruikte data

- Zorggebruik: ZINL 2019

39 Zorgproducten die al in blok 3 vielen zijn buiten beschouwing gelaten voor dit blok.
40 Zoals eerder al is opgemerkt in voetnoot 7: een aantal zorgverzekeraars vergoeden KD2O vanuit Segment 3 (resultaatbeloning en zorgvernieuwing). Daardoor wordt bij deze zorgverzekeraars de leefstijlinterventie wel vanuit de basisverzekering vergoed, maar is het geen onderdeel van de verevenbare zorg.

- Risicoverevening: Modeljaar 2020
- Periode behandelpad: 2 jaar

B3.2.2 Afbakening doelgroep

We hebben de volgende criteria gehanteerd in de afbakening van de doelgroep:

- Mensen die in 2019 een van de volgende medicijnen hebben gebruikt:
    - SU-derivaten;
    - Insuline, minstens in combinatie met metformine of SU-derivaten;
- En die jonger zijn dan 70 jaar oud.

B3.2.3 Gebruikte aannames voor inschatting van effecten

Gehanteerde aannames voor effecten van KD2O op zorggebruik:

- Verschuiving in diabetesmedicatie (blok 2): Uit onderzoek van Pot et al. (2020)[41] onder deelnemers van KD2O blijkt de volgende verschuiving in medicatie na twee jaar te hebben plaatsgevonden:

Medicijn op de baseline	Twee jaar na de interventie			
	Geen med.	Metformine	SU-derivaten	Insuline
SU-derivaat, geen insuline	20,00 %	56,00 %	22,00 %	2,00 %
Insuline	16,67 %	28,79 %	25,76 %	28,79 %

- Afname directe diabeteszorg, medisch specialistisch (blok 3): We veronderstellen voor deze zorg een afname van 47,31%. Dit is het percentage waarmee de kosten voor "overige zorg" (niet zijnde medicatie of hulpmiddelen) afnemen in een onderzoek naar deelnemers van KD2O in de VGZ-declaratiedata.
- Afname directe diabeteszorg, insulinepomp (blok 3): We veronderstellen hierbij een afname van 54,11%. Dit is het percentage waarmee de kosten voor diabeteshulpmiddelen afnemen in het onderzoek naar deelnemers van KD2O in de VGZ-declaratiedata.
- Afname overige medicatie (blok 3): We veronderstellen voor het gebruik van antihypertensiva een afname van 33,46%. Dit is het percentage waarmee de kosten voor medicatie afnemen in het onderzoek naar deelnemers van KD2O in de VGZ-declaratiedata.
- Afname overige complicaties en comorbiditeiten (blok 4): We veronderstellen voor deze zorg een afname van 47,31%. Dit is het percentage waarmee de kosten voor "overige zorg" (niet zijnde medicatie of hulpmiddelen) afnemen in een onderzoek naar deelnemers van KD2O in de VGZ-declaratiedata.
- Afname vereveningsbijdrage Meerjarig Hoge Kosten (blok 5): We bepalen het effect binnen dit vereveningskenmerk door de personen te categoriseren op basis van de klasse diabetesmedicatie die ze gebruiken (van licht naar zwaar: geen medicatie, metformine, SU-derivaten, insuline). Voor de personen binnen elk van de diabetesmedicijnen bepalen we de gemiddelde vereveningsbijdrage op grond van de MHK. Wanneer een persoon een ander medicijn gaat

41 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081

gebruiken ten gevolge van KD2O (zie blok 2), dan veronderstellen we dat de vereveningsbijdrage op grond van de MHK dezelfde hoogte krijgt als de andere personen binnen die categorie.

B3.2.4 Overige aannames

- Er is geen wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van KD2O of vergelijkbare leefstijlinterventies op het medicijn- en zorggebruik van DM2-patiënten ná twee jaar. Daarom hebben de behandelpaden een duur van twee jaar.
- Er is geen correlatie tussen het gebruik van antihypertensiva en de verschillende soorten diabetesmedicatie
- Het medicijngebruik van de mensen die *geen* KD2O volgen blijft constant over de twee jaar die het behandelpad beslaat. Dit is gecontroleerd aan de hand van de tweejarige VGZ-declaratiedata en ondanks dat er wel beweging is binnen de categorieën medicijnen, is de *netto* beweging erg klein.

B3.2.5 Onzekerheidsmarges: boven- en ondergrenzen

- **Blok 1** (kosten van de interventie): geen onzekerheidsmarges toegepast
- **Blok 2** (diabetesmedicatie): Aan de hand van de kans om te stoppen met insuline, de kans om te stoppen met SU-derivaten en de kans om te stoppen met metformine zijn standaarddeviaties afgeleid. Met deze standaarddeviaties zijn 95% betrouwbaarheidsintervallen bepaald voor de verschillende medicijnklassen. De bovengrens betreft de sterkste beweging naar lichtere medicatie, de ondergrens de lichtste beweging naar lichtere medicatie binnen het betrouwbaarheidsinterval.
- **Blok 3** (directe diabeteszorg en overige medicatie): De effectiviteit van de leefstijlinterventie op het gebruik van insulinepompen, antihypertensiva en medisch specialistische zorg is verhoogd/verlaagd met 25%.
- **Blok 4** (overige complicaties en comorbiditeiten): De effectiviteit van de leefstijlinterventie op medisch specialistische zorg is verhoogd/verlaagd met 25%.
- **Blok 5** (meerjarig hoge kosten): Omdat de medicijnklasse in onze berekening leidend is voor de geschatte MHK-bijdrage, is in dit blok aansluiting gezocht bij de boven- en ondergrenzen uit blok 2.

B3.2.6 Simplificaties

- Er is geen rekening gehouden met het moment in de tijd waarop de verschillende kosten en baten vallen. Voor de berekening is dus aangenomen dat deze bedragen allen op hetzelfde moment vallen.
- In stappen 3 en 4 van de *stepped care* aanpak van de medicamenteuze behandeling kan als alternatief voor insuline ook gekozen worden voor DPP-4-remmers of GLP-1-receptoragonisten.[42]

42 NHG-richtlijn (2018), Diabetes mellitus type 2. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2#volledige-tekst

In het onderzoek Pot et al.[43] worden deze medicijnen buiten beschouwing gelaten.[44] Daarom is gekozen om dat in deze casus ook te doen.

- We maken geen onderscheid naar de verschillende vormen van behandelingen met insuline en het verschil in intensiteit van het gebruik van insuline. In de risicovereveningsystematiek wordt dit onderscheid ook niet gemaakt, behalve dat men aan een bepaalde drempelwaarde moet voldoen om in de desbetreffende FKG te vallen. In Pot et al. (2020) wordt dit onderscheid ook niet gemaakt.[45]
- Er is geen rekening gehouden met sterfte/migratie uit de doelgroep.

B3.2.7 Handelingen ter verwerking van medische effecten in de declaratiebestanden

Farmacie (blok 2 en 3)

- Startpunt is een bestand met alle farmaciedeclaraties van de doelgroep. Elke regel in dit bestand betreft een declaratie. Aan elke persoon in de doelgroep is een random nummer toegekend tussen 0 en 1. Dit random nummer volgt uit de uniforme verdeling.
- We nemen insulinegebruikers ter illustratie: van iedereen die in het jaar 2019 insuline heeft gebruikt gaat 16,67% naar geen medicatiegebruik. Dit gebeurt door de regels met declaraties voor insuline met een willekeurig getal kleiner dan of gelijk aan 0,1667 te vervangen door een regel zonder medicatiegebruik. Van het insulinegebruik gaat 28,79% naar metforminegebruik. Dit gebeurt door de regels met declaraties voor insuline en een willekeurig getal groter dan 0,1667 maar kleiner dan of gelijk aan 0,4546 te vervangen door een regel met metforminegebruik. De kosten en hoeveelheid van metformine is gebaseerd op de gemiddelden van de rest van de doelgroep voorafgaand aan de bewerking van het bestand. Enzovoorts.

DBC's (blok 3 en 4)

- Startpunt is een bestand met alle DBC-declaraties van de doelgroep. Elke regel in dit bestand betreft een declaratie. Aan elke regel wordt een random nummer toegekend tussen 0 en 1. Dit random nummer volgt uit de uniforme verdeling.
- Van de vooraf in blokken ingedeelde zorgproducten komt 47,11% te vervallen. Dit gebeurt door de regels met declaraties voor een ingedeeld zorgproduct en een willekeurig getal kleiner of gelijk aan 0,4711 te verwijderen uit het declaratiebestand.

Hulpmiddelen (blok 3)

- Startpunt is een bestand met alle declaraties van hulpmiddelen van de doelgroep. Elke regel in dit bestand betreft een declaratie. Aan elke persoon in de doelgroep is een random nummer toegekend tussen 0 en 1. Dit random nummer volgt uit de uniforme verdeling.
- Van iedereen die in het jaar 2019 een insulinepomp heeft gebruikt komt na de leefstijllinterventie 54,11% te vervallen. Dit gebeurt door de regels met declaraties voor een insulinepomp en een random getal kleiner of gelijk aan 0,5411 te verwijderen uit het declaratiebestand.

43 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081
44 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081
45 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081

B3.2.8 Inhoud blokken 3 en 4

- In blok 3 vallen de volgende zorgproducten:

040201004	040201021	079799033	099699019	099699064	140301057
040201006	079799003	079799034	099699020	099699076	140301062
040201007	079799006	079799036	099699021	099699083	140301080
040201008	079799007	079799037	099699022	140301014	991516034
040201009	079799012	079799038	099699023	140301015	991516035
040201010	079799013	079799041	099699034	140301016	991516047
040201011	079799022	079799045	099699035	140301034	991516049
040201013	079799023	079799046	099699036	140301036	991516053
040201014	079799024	079799048	099699058	140301038	991516054
040201016	079799025	099699007	099699059	140301039	991516055
040201019	079799031	099699018	099699060	140301055	991516056
040201020	079799032	099699019	099699063	140301056	

- In blok 4 vallen de volgende zorgproducten:

020107008	060607016	099499017	100501024	131999206	182199028
020107011	069899306	099499019	100501028	131999208	219699008
020107024	070401008	099499022	100501036	131999210	219699016
020107034	070401016	099499026	110801010	131999228	219699019
020107054	070401017	099599002	119499074	131999234	979002321
020110018	070601015	099599004	119499078	131999237	990003004
020110021	079799020	099699011	119999002	131999246	990003010
028899033	079799027	099699047	120201010	140301007	990004007
028899046	089999044	099899045	120301010	140301017	990004009
049799024	089999066	099899046	120401010	140301019	990004071

049999016	089999085	099899063	129999065	140301023	990027198
060301025	089999087	099899064	131999114	140301066	990027199
060607005	090301015	099899066	131999164	140301070	990089010
060607006	099499015	099899072	131999190	149599032	
060607007	099499016	099899082	131999197	149899012	

B3.3 Onderbouwing passendheid van KD2O

In de NHG-richtlijn is opgenomen dat voorlichting en educatie omtrent leefstijl belangrijk zijn in de behandeling van DM2.[46] De *stepped care* aanpak omtrent de medicamenteuze behandeling van DM2 wordt ook in de NHG-richtlijn voorgeschreven. In de NDF-zorgstandaard voor DM2 is opgenomen dat een leefstijlinterventie, gericht op voeding, beweging en gedrag, de eerste behandelkeuze is bij diabetici met overgewicht.[47]

Ook uit wetenschappelijke studies blijkt dat interventies gericht op aspecten van de leefstijl van DM2-patiënten een effectieve behandeling is. Uit onderzoeken blijkt dat een gedeeltelijke of gehele remissie kan worden bereikt met gezondere voeding, meer bewegen, een lager gewicht.[48] Een wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheidseffecten van de leefstijlinterventie KD2O in Nederland laat zien dat de gezondheidseffecten ook na twee jaar nog aanwezig zijn.[49]

In de Nederlandse zorgpraktijk wordt tevens het belang van leefstijlinterventies onderstreept. Zo hebben Vereniging Arts en Leefstijl, in samenwerking met Stichting Langerhans, in 2018 een handleiding gepubliceerd voor het demedicaliseren van DM2 met behulp van leefstijlinterventies.[50]

46 NHG-richtlijn (2018), Diabetes mellitus type 2. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2#volledige-tekst

47 NDF-zorgstandaard, (2020), p. 9.

48 Lean et al. (2017), Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet* vol. 391, issue 10120. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1;
Lean et al. (2019), Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *The lancet* vol. 7, issue 5, DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3;
Hallberg et al. (2018), Effectiveness and Safety of a Novel Care Model for the Management of Type 2 Diabetes at 1 Year: An Open-Label, Non-Randomized, Controlled Study. *Diabetes Ther* 9, 583–612. DOI: https://doi.org/10.1007/s13300-018-0373-9;
Athinaarayanan et al. (2019). Long-Term Effects of a Novel Continuous Remote Care Intervention Including Nutritional Ketosis for the Management of Type 2 Diabetes: A 2-Year Non-randomized Clinical Trial. *Front Endocrinol* 10:348. DOI: 10.3389/fendo.2019.00348;
The Look AHEAD Research Group. (2010), Long-term Effects of a Lifestyle Intervention on Weight and Cardiovascular Risk Factors in Individuals With Type 2 Diabetes Mellitus: Four-Year Results of the Look AHEAD Trial. *Arch Intern Med.* 2010;170(17):1566–1575. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.334;
Wolf et al. (2004), Translating Lifestyle Intervention to Practice in Obese Patients With Type 2 Diabetes: Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study. *Diabetes Care* 1 July 2004; 27 (7): 1570–1576. DOI: https://doi.org/10.2337/diacare.27.7.1570;https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6101-6
Onofrio et al. (2018), Effects of nutrition motivational intervention in patients affected by type 2 diabetes mellitus: a longitudinal study in Naples, South Italy. *BMC Public Health* 18, 1181 (2018). DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-018-6101-6

49 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081

50 Van der Zijl et al. (2018), Handleiding demedicaliseren bij diabetes mellitus type 2.

Bovendien heeft de Rondetafel Diabeteszorg[51] in 2020 de werkgroep leefstijl opgericht. Dit om aandacht te vragen voor, en het voortouw te nemen in, de centrale rol die leefstijlinterventies zouden moeten hebben in de behandeling van DM2.[52]

B3.3.1 Discussie passende zorg

- Er zijn tijdens dit onderzoek drie discussiepunten over de passendheid van zorg naar boven gekomen:
    - Er bestaan vragen bij de effecten op de lange termijn van leefstijlinterventies. Zo is de grootste studie, de lookAHEAD-studie, na 10 jaar vroegtijdig beëindigd, omdat niet aangetoond kon worden dat de interventie leidde tot minder hart- en vaatziekten. Andere studies, zoals de DiRECT-studie, laten na twee jaar meer positieve resultaten zien, waarbij de ziekte van ruim een derde van de deelnemers nog steeds in remissie is. Ook een wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van KD2O, laat zien dat een groot deel (67%) van de deelnemers na twee jaar nog steeds minder medicijnen gebruiken dan aan de start van de interventie.
    - Het belangrijkste onderzoek naar de effecten van KD2O, die van Pot et al (2020)[53], is een onderzoek onder de eerste deelnemers van KD2O. Het zou mogelijk zo kunnen zijn dat dit de meest gemotiveerde en anderszins meest geschikte deelnemers zijn. Het is dan ook de vraag of dezelfde mate van verbetering teweeg zou kunnen worden gebracht bij de gemiddelde DM2-patiënt.
    - Het onderzoek in de VGZ-declaratiedata kijkt slechts naar correlatie tussen deelname en zorgkosten. Er is geen controlegroep en causatie kan daarom niet worden aangetoond.

Bijlage 4: technische toelichting artrose casus

B4.1 Beschrijving casus

Bij artrosepatiënten dient in principe gestart te worden met de conservatieve behandelopties. Indien mogelijk is het wenselijk om pas door te gaan naar de volgende (zwaardere) stap, als de huidige stap is toegepast, maar onvoldoende resultaat oplevert. Eén van deze conservatieve stappen, is de inzet van 'oefentherapie'. Uit onderzoek blijkt dat a) deze stap soms ongewenst wordt overgeslagen en dat b) het meer consequent verwijzen naar oefentherapie in de eerste lijn zorg in de tweede lijn kan uitstellen of voorkomen.[54] In de richtlijn 'Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie' wordt de inzet van oefentherapie als volgt beschreven:

"Oefentherapie leidt bij heup- en knieartrose hoogst waarschijnlijk tot kostenbesparingen, voornamelijk doordat gewrichtsvervangende chirurgie hiermee kan worden uitgesteld of zelfs voorkomen. Gezien de gunstige uitkomsten van oefentherapie is het belangrijk dat alle betrokken zorgverleners het belang en de te verwachten effectiviteit van oefentherapie tijdig, actief en eenduidig inbrengen in de gezamenlijke besluitvorming over de behandeling."

51 Een samenwerking van patiëntenvereniging DVN, zorgverleners, koepelorganisatie NDF, zorgverzekeraars, farmaceuten en producenten van hulpmiddelen. Het ministerie van VWS en het Zorginstituut nemen hieraan deel als waarnemer.
52 https://diabetesfederatie.nl/nieuwsberichten/799-rondetafel-diabeteszorg-richt-werkgroep-leefstijl-op
53 Pot et al. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now), BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3: doi: 10.1136/bmjnph-2020-000081
54 In paragraaf 4 wordt dit nader onderbouwd

In deze casus kijken we naar de doelgroep van heup-artrosepatiënten waarbij geen oefentherapie wordt ingezet als onderdeel van de behandeling. Daarbij gaat het om heupartrosepatiënten die (eerder) gebruik hebben gemaakt van ziekenhuiszorg in het kader van artrose. En maken we een inschatting van het verwachte effect op het financieel resultaat (zorgkosten + vereveningsbijdrage) als oefentherapie wél ingezet zou worden.

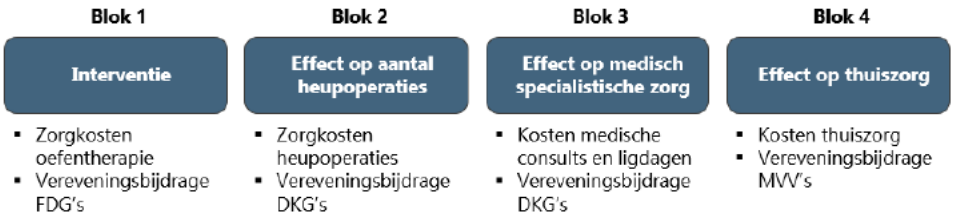
De risicoverevening is via meerdere vormen van zorg betrokken bij deze casus. Artrosepatiënten maken veelal gebruik van een breed palet aan zorg, waardoor inzet van oefentherapie invloed kan hebben op de vereveningskenmerken DKG (medisch specialistische zorg), FKG (medicijngebruik), HKG (hulpmiddelen), MVV (verpleging en verzorging) en MHK (meerjarig hoge kosten). Een belangrijke notie is dat de inzet van fysiotherapie voor artrose aan knie of heup sinds 2022 is toegevoegd aan het risicovereveningsmodel, via het vereveningskenmerk FDG. Dit heeft behoorlijke impact op het financieel resultaat en biedt daarom een interessant aangrijpingspunt voor het onderzoek.

B4.2 Opzet casus

We vergelijken het financieel resultaat (zorgkosten + vereveningsbijdrage) voor de relevante doelgroep van heupartrosepatiënten waarbij oefentherapie geen onderdeel vormt van de behandeling. Daarbij kijken we eerst naar het financieel resultaat van de huidige situatie waarbij geen oefentherapie wordt toegepast. Vervolgens kijken we naar twee andere scenario's:

- Baseline: Financieel resultaat bij geen inzet oefentherapie
- Scenario 1: Financieel resultaat bij inzet van oefentherapie, uitgaande van het vereveningsmodel 2020 (geen verevening oefentherapie bij artrose)
- Scenario 2: Financieel resultaat bij inzet van oefentherapie, uitgaande van het vereveningsmodel 2022 (wél verevening van oefentherapie bij artrose)

Het is goed om te realiseren dat inzet van oefentherapie invloed kan uitoefenen op verschillende vormen van zorggebruik; het kan een effect hebben op de mate waarin een heupoperatie noodzakelijk is, maar ook op benodigde thuiszorg,[55] medisch specialistische zorg etc.[56] Het effect op deze verschillende vormen van zorg verschilt én kennen daarbij steeds eigen onzekerheden en aannames. We hebben daarom het effect op zorggebruik opgedeeld in verschillende blokken, zie onderstaande weergave:



55 Met name in relatie tot herstelperiode thuis na een ingreep in het ziekenhuis

56 Onderzoeken naar het effect van oefentherapie op medicatiegebruik geven een tegenstrijdig beeld. Daarom is het medicijngebruik en het vereveningskenmerk FKG niet meegenomen in dit onderzoek. De kosten voor hulpmiddelen bleken binnen deze doelgroep marginaal en zijn daarom niet meegenomen.

Voor de inschatting van het effect van oefentherapie op blokken 2 t/m 4 maken we gebruik van verschillende onderzoeken.[57] Voor een nadere toelichting op de inschatting van effecten, gebruikte aannames en discussie zie paragraaf 4.

B4.2.1 Gebruikte data

- Zorggebruik: ZIN 2019 en 2018
- Risicoverevening: Modeljaar 2020, voor FDG's ook modeljaar 2022 (scenario 2)

B4.2.2 Afbakening doelgroep

- Mensen die in 2019 één van de volgende direct aan artrosezorg gerelateerde zorgproducten hebben afgenomen:
  - 131999050
  - 131999051
  - 131999052
  - 131999096
  - 131999097
  - 131999139
  - 131999140
  - 131999141
  - 131999172
  - 131999198
  - 131999218
  - 131999234
- En die in zowel 2018 als 2019 geen gebruik hebben gemaakt van fysiotherapie / oefentherapie. Daarbij gaat het om het uitsluiten van de volgende activiteitencodes:
  - 192929, ,192930 ,192951 ,192952 ,192953 ,192955 ,192956 ,192957 ,192958 ,192959 ,192961 ,192962 ,192963 ,192964 ,192965 ,192966 ,192984 ,192985 ,193005 ,193006 ,193007 ,193008 ,193009 ,193010 ,193015 ,193016 ,193017 ,193025 ,193026 ,193027 ,193031 ,193032 ,193033 ,193034 ,193035 ,193036 ,193037
- En die een leeftijd hebben tussen de 40 en 80 jaar.
  - Dit betreft in totaal 54.043 mensen die geen gebruik hebben gemaakt van fysiotherapie, maar wel gebruik hebben gemaakt van medisch specialistische zorg in het kader van (heup)artrose. Voor de berekening van de gemiddelde kosten en vereveningsbijdrage is dit aantal teruggerekend naar de verwachte totale doelgroep van mensen die geen gebruik maken van

57 Svege I., Nordsletten L., Fernandes L. (2015). *Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis a long-term follow-up of a randomised trial.* Ann Rheum Dis 2015;74:164–169.
Snijders et al (2011) *Evidence-based tailored conservative treatment of knee and hip osteoarthritis between knowing and doing.*
Tan S.S, Teirlinck C.H., Dekker J, Goossens L.M., Bohnen A.M., Verhaar J.A., van Es P.P., Koes B.W., Bierma-Zeinstra S.M., Luijsterburg P.A., Koopmanschap M.A. (2016). *Cost-utility of exercise therapy in patients with hip osteoarthritis in primary care.* Osteoarthritis and Cartilage 24 (2016): 581-588

oefentherapie, ondank artrose aan de heup. De totale doelgroep is inclusief de mensen die wel artrose hebben, maar in het onderzoeksjaar geen gebruik hebben gemaakt van medisch specialistische zorg in het kader van artrose. De totale doelgroep omvat 135.127 mensen. Dit is als volgt berekend:

- Totaal aantal patiënten heupartrose: 460.400 (Nivel Zorgregistraties eerste lijn, 2020)
- Waarvan tussen de 40 en 80 jaar=58,7% x 460.400 = 270.255
- Waarvan geen gebruik heeft gemaakt van oefentherapie in het afgelopen jaar (50%)[58]= 270255*0,5=135.127

B4.2.3 Toevoeging interventie in de data

- Elke verzekerde in de doelgroep heeft de volgende zorgproducten extra toegewezen gekregen:
  - 193035 (10x) (10 zittingen oefentherapie bij een groep van 3 personen)
  - 192956 (1x) Intake en onderzoek na verwijzing (oefentherapie).

B4.2.4 Gebruikte aannames voor inschatting van effecten

- Afname heupoperaties: Op basis van onderzoek Svege (2015) daalt bij inzet oefentherapie het percentage artrosepatiënten dat een heupprothese krijgt per jaar van 8,77% naar 6,15% t.o.v. de situatie waar oefentherapie niet wordt toegepast.
- Afname consultkosten medisch specialistische zorg: Op basis van onderzoek van Tan (2016) bedragen de jaarlijkse consultkosten van de doelgroep met oefentherapie 70,6% van de doelgroep artrosepatiënten zonder inzet oefentherapie.
- Afname kosten verblijfsdagen ziekenhuis: Op basis van onderzoek van Tan (2016) bedragen de jaarlijkse kosten voor verblijfsdagen in het ziekenhuis van de doelgroep met oefentherapie 57,5% van de doelgroep artrosepatiënten zonder inzet oefentherapie.
- Afname kosten thuiszorg: Op basis van onderzoek van Tan (2016) bedragen de jaarlijkse kosten voor thuiszorg van de doelgroep met oefentherapie 32% van de doelgroep artrosepatiënten zonder inzet van oefentherapie.
- Het effect van inzet of oefentherapie op medicatiegebruik is niet meegenomen in deze casus omdat wetenschappelijk onderzoek voorlopig tegenstrijdige resultaten oplevert.

B4.2.5 Onzekerheidsmarges: boven- en ondergrens

- Bij alle blokken is de effectiviteit van oefentherapie op de zorgkosten per blok verhoogd/verlaagd met 25%. De bovengrens betreft het sterkste effect en de ondergrens het lichtste effect van oefentherapie op zorggebruik. De onder- en bovengrens zijn in de grafieken weergegeven.

58 Dit getal komt uit de volgende bron: Zorginstituut (2021) *Tussentijdse evaluatie Zinnige Zorg voor mensen met artrose van knie en heup* Door experts van ZINL zijn we erop gewezen dat de 50% waar in deze bron mee gewerkt is niet klopt. Het percentage is niet duidelijk, maar ligt in de praktijk waarschijnlijk lager. Dit heeft echter geen grote gevolgen voor de casus, omdat: 1. We berekenen het financieel resultaat per patiënt, en 2. Zelfs met een lager percentage blijft er een dusdanig grote doelgroep over dat het vraagstuk relevant blijft.

B4.2.6 Handelingen ter verwerking van medische effecten in de declaratiebestanden

- **Fysiotherapie (blok 1)**
  - Voor de gehele doelgroep zijn 11 fysiotherapiedeclaraties toegevoegd met indicatiecode 012 en diagnosecode 7023 (knieartrose).

- **DBC's (blok 2 en blok 3)**
  - Startpunt is een bestand met alle DBC-declaraties van de doelgroep. Elke regel in dit bestand betreft een declaratie. Aan elke regel wordt een random nummer toegekend tussen 0 en 1. Dit random nummer volgt uit de uniforme verdeling.
  - We nemen consultkosten medisch specialistische zorg ter illustratie. De jaarlijkse consultkosten van de doelgroep met oefentherapie bedraagt 70,6% van de doelgroep artrosepatiënten zonder inzet oefentherapie. Oftewel van de consultkosten komt 29,4% te vervallen na oefentherapie. Dit gebeurt door de regels met consultdeclaraties met een willekeurig getal kleiner of gelijk aan 0,294 te verwijderen uit het declaratiebestand.
- **Thuiszorg**
  - De afname in thuiszorg is verwerkt in het kosten per verzekerde bestand. Aan elke persoon in de doelgroep is een random nummer toegekend tussen 0 en 1. Dit random nummer volgt uit de uniforme verdeling.
  - Van iedereen die in het jaar 2019 kosten verpleging en verzorging heeft gemaakt gaat nu in scenario 1 68% naar geen kosten voor verpleging en verzorging. Etc.

B4.3 Discussie passende zorg

- Er zijn tijdens dit onderzoek drie discussiepunten over de passendheid van zorg naar boven gekomen:
  - Stepped care niet altijd van toepassing: Er kunnen gegronde redenen zijn om af te wijken van het stepped care principe. Daarbij gaat het onder meer om oudere patiënten, met comorbiditeit en meer pijn. Dat maakt het "onvermijdelijk of zelfs wenselijk om af te wijken van het stepped-care principe".[59] In de afbakening van de doelgroep voor dit onderzoek is hiermee rekening gehouden door patiënten ouder dan 80 jaar buiten beschouwing te laten. De overige genoemde factoren zijn niet in de data te onderscheiden.
  - Afstel of uitstel: Artrose is een progressieve ziekte, waarbij de ontwikkeling van klachten verminderd kan worden, maar niet kan genezen. Ook bij inzet van oefentherapie is de kans groot dat op termijn alsnog tweedelijnszorg noodzakelijk is. Als het gaat om een chirurgische interventie kan deze door oefentherapie worden uitgesteld, maar zal deze in de meeste gevallen naar verwachting op een later levensjaar alsnog gedaan worden. Dat heeft invloed op de besparing van inzet en kosten op de lange termijn. Omdat helaas alleen onderzoek beschikbaar is over de invloed van oefentherapie op korte termijn (1-jarig pad), is het niet mogelijk om deze lange termijneffecten in beeld te brengen. Ook zijn er geen duidelijke voorspellingen van de mate van uitstel. Zorgprofessionals spreken van "minstens één jaar" tot soms "tientallen jaren".
  - In onderzoek wordt meestal geen aandacht besteed aan te late inzet van zwaardere interventies, zoals een chirurgische ingreep. Het is een terechte opmerking dat het dogmatisch doorlopen van de stepped care principes ook een onwenselijk effect op gezondheid en kosten kan hebben. Deze effecten zullen zich vermoedelijk op meer lange termijn openbaren, waarover zover bekend geen onderzoek beschikbaar is.

59 Smink et al. (2015), Stepped care bij artrose

Bijlage 5: Technische toelichting IHT-casus

B5.1 Beschrijving casus

In deze casus kijken we naar het mogelijke beperkende effect van inzet van Intensive Home Treatment (IHT) op de mate van opname als gevolg van een psychische crisis in de thuissituatie. Intensive Home Treatment is een intensieve vorm van ambulante GGZ-zorg (zorg aan huis). Door het verlenen van intensieve zorg aan huis kunnen mensen in hun eigen omgeving herstellen. Het 'normale leven' wordt daardoor zo min mogelijk verstoord en dat kan een gunstig effect hebben op het herstel. Uit onderzoek blijkt dat inzet van IHT kan leiden tot het voorkomen en verminderen van interne opname én het aantal verblijfsdagen bij crisis.[60]

In deze casus kijken we naar de doelgroep van verzekerden die wél is opgenomen als gevolg van een crisis en waarbij IHT niet is ingezet. Daarbij kijken we in drie scenario's naar wat het effect van IHT kan zijn als deze wél was toegepast. Voor elk scenario is in kaart gebracht wat de gevolgen zijn voor de totale zorgkosten en de vereveningsbijdrage. Er is geen onderzoek beschikbaar dat inzicht geeft in het effect van IHT op bijvoorbeeld medicijngebruik of medisch specialistische zorg en daarom worden effecten op ander zorggebruik buiten beschouwing gelaten.

Zowel voor de inzet van IHT (crisiszorg) als voor opname (verblijf) wordt verevend (via vereveningskenmerk DKG-GGZ). De vereveningsbijdrage bij verblijf ligt relatief hoger dan bij crisiszorg. Dat wil zeggen dat de verhouding tussen de zorgkosten en de directe vereveningsbijdrage bij verblijf relatief gunstig is vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. Dat kan ertoe leiden dat de inzet van IHT wél leidt tot besparing van zorgkosten, maar dat deze besparing mogelijk te niet wordt gedaan of wordt beperkt door een daling in de vereveningsbijdrage. Deze hypothese wordt in voorliggende casus getoetst.

B5.2 Opzet casus

De doelgroep is afgebakend als de doelgroep als verzekerden waarbij in 2019 sprake was van een opname in het D-, E-, F- of G-segment van minder dan 28 dagen.[61] Vervolgens wordt in drie hypothetische scenario's gekeken naar de mogelijke gevolgen als IHT wél was toegepast. In elk van deze scenario's wordt het zorgproduct 'Crisiszorg vanaf 1800 minuten' toegevoegd en worden per scenario de volgende effecten op verblijf toegepast:[62]

- Scenario Laag: 10% afname opname en bij resterende groep die wel wordt opgenomen 10% reductie op verblijfsdagen
- Scenario Middel: 50% afname opname en bij resterende groep die wel wordt opgenomen 10% reductie op verblijfsdagen

60 Glover G, Arts G, Babu, KS (2006) Crisis resolution/hometreatment teams and psychiatric admission rates in England. Br.J. Psychiatry; 189;441-5.
Johnson S. e.a. (2005) Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the North Islington crisis study. BMJ. 331:599.

61 We gaan uit van de aanname dat IHT geen effect zou hebben gehad bij verzekerden met een langere verblijfsduur vanwege de veronderstelde ernst van de situatie.

62 Van meerdere experts hebben we begrepen dat er een belangrijk verschil bestaat tussen modelgetrouwe en niet-modelgetrouwe invoering van IHT, en dat modelgetrouwe invoering nog zeer weinig voorkomt. Bij modelgetrouwe invoering bepaalt het IHT-team of iemand wordt opgenomen of niet. In dat geval is het IHT-model veel effectiever in het voorkomen van opnames. Dit verschil is een van de redenen om met verschillende scenario's te werken.

- Scenario Hoog: 50% afname opname en bij resterende groep die wel wordt opgenomen 50% reductie op verblijfsdagen

De analyse op de zorgkosten en de risicoverevening bestaat voor deze casus uit één effect, namelijk het effect op de zorgkosten voor specialistische GGZ (IHT en verblijfszorg)

B5.2.1 Gebruikte data

- Zorggebruik; ZIN gegevens 2019
- Vereveningsbijdrage: Modeljaar 2020

B5.2.2 Afbakening doelgroep

We hebben de volgende criteria gehanteerd in de afbakening van de doelgroep:

- Verblijfsdagen in het D-, E-, F- en G-segment met maximaal 28 verblijfsdagen met diagnosecode 000 of in dezelfde maand als de start van de opname start van een crisis-DBC (ongeacht aantal minuten) in plaats van diagnose crisis.
- Minder dan 1.000 minuten crisiszorg (inclusief DBC-declaratiecodes 25B062 en 25B064) in de twee maanden voorafgaand aan de opname. Voor crisis-DBC's met minuten onder de 1.000 is hiervoor gewerkt met het gemiddelde van de ranges.
- - Geen verblijf ongeacht segment en inclusief ZZP (declaratiecodes 25B048, 25B049, 25B050, 25B051, 25B052, 25B053, 25B054, 270011, 270013, 270015, 270017, 270019, 270010, 270012, 270014, 270016, 270018) in de twee maanden voorafgaand aan de opname.
- Geen diagnose verslaving gedurende het jaar.
- Personen die in DKG-ggz-risicoklassen 15 t/m 17 vallen zijn uitgesloten van de doelgroep (18 kwam sowieso al niet voor).

B5.2.3 Gebruikte aannames voor inschatting van effecten

- Er is beperkt onderzoek beschikbaar over het effect van IHT op specifiek de mate van opname en het aantal verblijfsdagen. Als uitgangpunt voor de gekozen aannames is gebruikgemaakt van niet openbaar onderzoek van Dimence naar het effect van IHT. Daarin wordt gesteld dat inzet van IHT heeft geleid tot een verlaging van de totale verblijfsdagen in de organisatie tussen de 10% en 30%.
- In deze casus doen we de aanname dat IHT met name effect heeft op de doelgroep die relatief kort wordt opgenomen (1 tot 28 dagen). Omdat we specifiek deze doelgroep afbakenen, hanteren we hogere percentages dan in het bovengenoemde onderzoek.
- Omdat er veel onzekerheid bestaat over het effect werken we met drie scenario's met elk een andere inschatting van de effecten:
    - Scenario Laag: 10% afname opname en bij resterende groep die wel wordt opgenomen 10% reductie op verblijfsdagen
    - Scenario Middel: 50% afname opname en bij resterende groep die wel wordt opgenomen 10% reductie op verblijfsdagen
    - Scenario Hoog: 50% afname opname en bij resterende groep die wel wordt opgenomen 50% reductie op verblijfsdagen

B5.2.4 Aannames ten aanzien van zorgkosten

Er is geen duidelijk inzicht bekend in de daadwerkelijke kosten van IHT. In dit onderzoek is ervan uitgegaan dat de kosten van IHT gelijkstaan aan de kosten voor het zorgproduct '25B003 Crisis - vanaf 1800 minuten'.

B5.2.5 Handelingen ter verwerking van medische effecten in de declaratiebestanden

- Startpunt is een bestand met alle DBC-ggz- en ZZP-declaraties van de doelgroep. Elke regel in dit bestand betreft een declaratie. Aan elke persoon in de doelgroep is een willekeurig nummer toegekend tussen 0 en 1. Dit willekeurige nummer volgt uit de uniforme verdeling.
- Voor elke persoon in de doelgroep is een extra regel met een extra declaratie toegevoegd met DBC-declaratiecode 25B003 (crisis 1.800 minuten of meer) en de DBC-prestatiecode 301000000214 (dit is de DBC-prestatiecode die het vaakst voorkomt bij DBC-declaratiecode 25B003).
- We nemen het scenario IHT – Laag effect ter illustratie. Voor iedereen met een willekeurig getal kleiner of gelijk aan 0,10 hebben we de crisisopname verwijderd. Voor iedereen met een willekeurig getal groter dan 0,10 hebben we de kosten van de opname vermenigvuldigd met 90% en is de einddatum van de DBC naar voren verschoven, zodanig dat de opname 10% korter duurt.

B5.3 Discussie passende zorg

De 'passendheid' van IHT staat niet geheel buiten discussie. Dit met name bij het gebrek aan concluderend onderzoek dat het effect van IHT goed kan onderscheiden. De onderzoeken die zijn gedaan geven geen sluitend beeld omdat 1) de mate waarin IHT wordt toegepast volgens het model in praktijk verschilt en 2) er parallel aan de inzet van IHT ook andere organisatieveranderingen worden toegepast. De hier gebruikte aannames over het effect van IHT zijn voorgelegd aan zorginhoudelijke experts.

Bijlage 6: Technische toelichting hypercholesterolemie-casus

B6.1 Beschrijving casus

Bij patiënten met hypercholesterolemie waar inzet van een statine (in combinatie met Ezetimib) onvoldoende cholesterolverlagend effect heeft, kunnen PCSK-9 remmers worden ingezet. PCSK9-remmers zijn relatief duur in vergelijking met statine. In de wetenschappelijke richtlijn[63] is bepaald dat PCSK-9 remmers pas ingezet mogen worden nadat is gebleken dat inzet van tenminste één vorm van statine onvoldoende resultaat oplevert. Uit onderzoek van het Zorginstituut[64] blijkt dat er bij ca. 10% van de patiënten die gebruik maken van PCSK9-remmers[65] geen inzet van een statine vooraf heeft plaatsgevonden.

In deze casus wordt gekeken naar die ca. 10% van de totale populatie van gebruikers van PCSK9-remmers, waarbij het zorggebruik als minder passend kan worden beschouwd. Eerdere inzet van statine was mogelijk in praktijk afdoende geweest, waardoor hetzelfde resultaat met lagere kosten was bereikt. In deze casus wordt gekeken wat de gevolgen zijn voor het financieel resultaat van de zorgverzekeraar als men in staat blijkt om het genoemde percentage van 10% weet te verminderen.

Het gebruik van PCSK-9 remmers wordt vanaf modeljaar 2022 verevend.[66] Het gebruik van statine is daarentegen niet opgenomen in de risicoverevening. Dit kan ertoe leiden dat een gunstig financieel resultaat als gevolg van lagere kosten bij een meer passende inzet van medicatie wordt 'gedempt' door een afname van de vereveningbijdrage. Deze hypothese wordt in deze casus getoetst. We kijken daarbij alleen naar een verandering in medicijnkosten en verevening in de FKG's.[67] Naar verwachting hebben de verschillende behandelpaden geen effect op overig zorggebruik.

B6.2 Opzet casus

We vergelijken het financieel resultaat (zorgkosten + vereveningsbijdrage) van de populatie van verzekerden die in 2019 zijn gestart met PCSK9-remmers, zonder eerder een statine te hebben uitgeprobeerd,[68] met drie hypothetische scenario's waarbij dezelfde populatie wél statine gebruikt voorafgaand aan inzet van PCSK9-remmers. In de drie scenario's hanteren we verschillende aannames over de mate waarin inzet van statine gebruik afdoende blijkt te zijn en inzet van PCSK9-remmers daardoor niet nodig.

- Baseline: Kosten en vereveningsbijdrage op basis van inzet van PCSK9-remmers;
- Scenario 1: Bij 100% van de populatie waar geen statine wordt gebruikt wordt statine toegevoegd, waarbij deze bij 10% effectief blijkt te zijn en PCSK9-remmers niet ingezet hoeven te worden;

63 https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-05/multidisciplinaire_richtlijn_cardiovaculair_risicomanagement.pdf
64 Zorginstituut Nederland (2021), Evaluatierapport PCSK9-remmers (evolocumab en alirocumab) bij hypercholesterolemie
65 En waarbij geen sprake is van statine intolerantie
66 Voor de berekening van de vereveningsbijdrage gaan we uit van dit modeljaar. Als we modeljaar 2021 of eerder zouden hebben toegepast, zou de verevening aanzienlijk lager uitvallen.
67 We voegen hier de MHK nog aan toe voor de volledigheid
68 En waarbij geen sprake is van statine intolerantie.

- Scenario 2: Bij 100% van de populatie waar geen statine wordt gebruikt wordt statine toegevoegd, waarbij deze bij 20% effectief blijkt te zijn en PCSK9-remmers niet ingezet hoeven te worden;
- Scenario 3: Bij 100% van de populatie waar geen statine wordt gebruikt wordt statine toegevoegd, waarbij deze bij 50% effectief blijkt te zijn en PCSK9-remmers niet ingezet hoeven te worden.

B6.2.1 Gebruikte data

- Zorggebruik: ZINL 2019
- Risicoverevening: Modeljaar 2022[69]
- Periode behandelpad: 1 jaar (waarbij de vereveningbijdrage een jaar later wordt uitgekeerd)

B6.2.2 Afbakening doelgroep

- Verzekerden met gebruik van PCSK-9-remmers in 2019 en geen gebruik in 2016 t/m 2018.
- En geen statine met afleverdatum in de 90 dagen voor de afleverdatum van eerste gebruik PCSK-9-remmers in 2019.
- En wel statine met een afleverdatum gelijk aan of na de afleverdatum van eerste gebruik PCSK-9-remmers in 2019.
- En geen tweedelijnszorg i.v.m. zwangerschap in 2018 of 2019.[70]

B6.2.3 Gebruikte aannames voor inschatting van effecten

- Scenario 1: Bij 10% van de doelgroep is de inzet van PCSK9-remmers weggehaald en vervangen door statine (simvastatine) gebruik in dezelfde periode
- Scenario 2: Bij 20% van de doelgroep is de inzet van PCSK9-remmers weggehaald en vervangen door statine (simvastatine) gebruik in dezelfde periode
- Scenario 30: Bij 20% van de doelgroep is de inzet van PCSK9-remmers weggehaald en vervangen door statine (simvastatine) gebruik in dezelfde periode

B6.2.4 Overige aannames

- Er zijn geen aanvullende redenen waardoor het voor deze doelgroep alsnog passend zou kunnen zijn om direct te starten met PCSK9-remmers in plaats van te starten met een statine.[71]
- Inzet van PCSK9-remmers of (effectieve) inzet van statines hebben geen verschillend effect op het verdere zorggebruik
- Er is geen onderzoek beschikbaar naar de mate waarin inzet van statine afdoende zou zijn geweest voor de groep verzekerden waarbij direct PCSK9-remmers worden gebruikt. De gebruikte percentages (10%, 20% en 50%) zijn voorgelegd aan medische experts.

69 In 2022 wordt de inzet van PCSK9-remmers toegevoegd aan het vereveningsmodel.
70 Deze verzekerden zijn uitgesloten omdat bij zwangerschap de inzet van PCSK9-remmers wordt ontraden.
71 Dit is conform de wetenschappelijke richtlijn.

- We hanteren de aanname dat 80 mg tablet simvastatine een standaard dagdosis is. De dagdoseringen van evolucumab en/of alirocumab zijn één op één vervangen door simvastatine.

B6.2.5 Simplificaties

- In theorie is het mogelijk dat patiënten eerder dan twee jaar voorafgaand aan de start van het gebruik van PCSK9-remmers is geconstateerd dat een statine onvoldoende effect heeft. Hier is geen rekening mee gehouden in dit onderzoek. Naar verwachting betreft dit een zeer kleine groep.
- Alleen zwangerschappen waarbij gebruik is gemaakt van tweedelijnszorg zijn uitgesloten van de doelgroep. (Een echo i.v.m. zwangerschap is eerstelijns en kan daarom niet uitgesloten worden.)[72]
- Als er zowel evolucumab als alirocumab wordt gebruikt, dan worden beide medicijndeclaraties vervangen door simvastatine.
- Er is geen rekening gehouden met sterfte/migratie (geen koppeling pkb-bestand.)

B6.2.6 Handelingen ter verwerking van medische effecten in de declaratiebestanden

- Startpunt is een bestand met alle farmaciedeclaraties van de doelgroep. Elke regel in dit bestand betreft een declaratie. Aan elke persoon in de doelgroep is een willekeurig nummer toegekend tussen 0 en 1. Dit willekeurige nummer volgt uit de uniforme verdeling.
- Ter verwerking van het effect van statine vervangen we in sommige gevallen een declaratie van evolocumab of alirocumab voor statine. We nemen scenario 1 ter illustratie, waarbij statine bij 10% van de gebruikers ervoor zorgt dat PCSK9-remmers niet nodig zijn.
    - Wanneer het willekeurige nummer kleiner of gelijk is aan 0,10, wordt de declaratie voor evolocumab of alirocumab vervangen door een declaratie voor statine met knmp-nummer 14832836, dagdosering 1 en kosten ter hoogte van het aantal hoeveelheden van de originele declaratie, vermenigvuldigd met de prijs van een dagdosering statine. Als het willekeurige nummer groter is dan 0,10, dan wordt bóvenop de declaratie voor evolocumab of alirocumab een extra regel toegevoegd voor statinegebruik met knmp-nummer 14832836, dagdosering 1, hoeveelheid 365/4 (oftewel 3 maanden) en dus ook kosten van 365/4 keer een dagdosering statine.

B6.3 Discussie passende zorg

Aan medisch professionals is voorgelegd of er redenen kunnen zijn waarom het toch voorstelbaar is dat men zonder eerder statine gebruikt te hebben, direct PCSK9-remmers voorgeschreven krijgt (niet zijnde statine intolerantie). In reactie is aangegeven dat er geen andere redenen zijn om van de richtlijnen af te wijken. Het uit onderzoek overgenomen percentage van 10% afwijking komt niet overeen met de eigen ervaring. Mogelijk is dit het gevolg van onvolledige registratie van statine gebruik in de dossiers van patiënten.

72 Hypercholesterolemie of het gebruik van PCSK9-remmers is niet beschreven als medische indicatie voor verloskundige zorg in de tweede lijn, waardoor het mogelijk is dat de zwangerschap alleen in de eerste lijn begeleid wordt, en daarom niet in de ZIN-data terug te zien is.

Tom Gommans
+31 6 20 60 30 10
Tom.gommans@rebelgroup.com

Maartje Gielen
+31 6 31 74 43 68
Maartje.gielen@significant.nl

Dexter Voskamp
+31 6 39 57 03 09
Dexter.voskamp@rebelgroup.com



Wijnhaven 23
3011 WH Rotterdam
Nederland
+31 10 275 59 95

info@rebelgroup.com
www.rebelgroup.com