

## **Bijlage 1**

### **Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2018-2019**

*In dit onderzoeksprogramma wordt onderscheid gemaakt tussen onderzoeken die komend jaar worden uitgevoerd en welke onderzoeken later in deze kabinetsperiode op de planning staan. Daarnaast zijn er diverse onderzoeken die jaarlijks worden uitgevoerd. Deze onderzoeken zijn in de laatste paragraaf opgenomen.*

#### **A Onderzoeken die worden uitgevoerd in 2018-2019**

##### *1. Dure GGZ*

De kosten GGZ zijn zeer scheef verdeeld. Meer dan 90% van de volwassen Nederlanders heeft geen GGZ-kosten gedurende een kalenderjaar. Een kleine groep mensen heeft zeer hoge kosten GGZ. De dure cliënten zijn ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars, wat het gelijke speelveld verstoort. Uit onderzoek blijkt dat we een deel van de mensen met hoge kosten kunnen voorspellen op basis van gebruik van intramurale zorg in het voorgaand jaar. Echter, voor het grootste deel van de betreffende verzekerden treden de hoge kosten 'schijnbaar uit het niets' op: de dure cliënten zijn vooraf niet goed aan te wijzen op basis van de gegevens waarover we de beschikking hebben. Op dit moment onderzoeken we of we de ex ante risicoverevening van dure GGZ-clieënten verder kunnen verbeteren door informatie te betrekken over maatregelen in het kader van de Wet BOPZ. Daarnaast willen we ook een oplossing buiten het ex-ante model voor een kleine groep zeer dure GGZ-patiënten onderzoeken.

##### *2. Sterfte I*

Aangezien het vereveningsmodel vooraf zorgkosten voorspelt en overlijden moeilijk te voorspellen is, maar wel gepaard gaat met hoge kosten, worden sterfgevallen in het huidige vereveningsmodel gemiddeld ondergecompenseerd. Uit onderzoek weten we dat gemiddelde meerkosten bij overlijden circa € 10.000 euro per verzekerdenjaar bedragen. Jaarlijks overlijden bijna 150.000 verzekerden (0,85%). De kans op overlijden varieert per verzekeraar van minimaal 0,18% tot maximaal 2,48%. Deze verschillen zorgen mogelijk voor een ongelijk speelveld tussen verzekeraars. In het eerste deel zal worden onderzocht hoe zorgverzekeraars nu worden gecompenseerd voor sterfte en hoe groot het probleem van ondercompensatie is.

##### *3. Sterfte II*

Indien uit Sterfte I blijkt dat sprake is van een problematische ondercompensatie dan wordt een vervolgonderzoek gestart. Bij een ongewenste ondercompensatie bij sterfte kan op verschillende manieren een oplossing worden geboden. Dit onderzoek besteedt aandacht aan de mogelijke oplossingen. Mocht een ex ante-oplossing onvoldoende verbetering (van het model) betekenen, dan zal ook naar andere oplossingen gekeken worden.

#### *4. Dure geneesmiddelen die pakket instromen vanuit de sluis*

Op dit moment vallen de geneesmiddelen die uit de zogenaamde sluis in het pakket stromen, voor het jaar van instroom en het jaar erna onder de vaste kosten binnen de risicoverevening - 100% nacalculatie. Knelpunt hierbij is dat de middelen risicodragend worden, maar er nog geen goed normbedrag kan worden berekend. Daarom onderzoeken we of risicoloosheid uitgebreid kan worden naar vier jaar. Een ander knelpunt is dat de middelen voor bepaalde indicaties in sluis geplaatst worden en na opname in pakket alleen voor die indicaties risicoloos zijn. Er wordt gezocht naar een oplossing van bovenstaande knelpunten, mogelijk leidt dit tot het uitzetten van een onderzoek.

#### *5. Groot onderhoud AVI – SES – PPA*

In dit onderhoud wordt onderzocht hoe en waar het model vereenvoudigd/opgeschoond kan worden, bijvoorbeeld door klassen binnen een kenmerk (bijv. zelfstandige en referentie groep) samen te nemen, clusteren van kenmerken, toevoegen van variabelen of door onderzoek of alle kenmerken in de huidige vorm nog waarde toevoegen aan het model. Aandachtspunt hierbij is beschikbaarheid van de data.

#### *6. Gedwongen opnamen in de GGZ (doorloop huidige jaar)*

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

#### *7. Verkenning van effecten bekostigingsexperimenten wijkverpleging op de vormgeving van kenmerk MVV/VGG in het risicovereveningsmodel*

In voorbereiding op het onderhandelaarsakkoord van de wijkverpleging is gesproken over de risicoverevening. Partijen willen verder gaan met experimentele vormen van contracteren. We zien dat steeds meer wordt gecontracteerd op basis van maandbedragen ipv uurbedragen.

Verkennen wat hiervan de effecten zijn op de vormgeving van het kenmerk gebruik van wijkverpleging binnen het risicovereveningsmodel. Eerst expertsessie organiseren, aan de hand daarvan wordt bepaald hoe het vervolgtraject eruit ziet.

#### *8. Conversie onderzoek extramurale behandeling*

Er is sprake van afschaffen van de subsidieregeling Extramurale behandeling. Deze subsidieregeling gaat nu ten laste van de Wlz. VWS heeft recent aangegeven dat de streefdatum om extramurale behandeling onder te brengen in de Zvw 1 januari 2020 is. Deze zorg wordt met ingang van 2020 nieuw in de Zvw. Zie voor meer informatie: (<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed>).

#### *9. Onderzoek naar splitsing gebruikers GGZ en niet-gebruikers GGZ (doorloop huidige jaar)*

In het risicovereveningsmodel in de huidige vorm wordt voor alle verzekerden samen een schatting gemaakt van het effect van een kenmerk op de verwachte kosten. Mogelijk verschilt dit effect voor verzekerden met een andere gevoeligheid voor de kenmerken. Om dit te onderzoeken zou het model geschat kunnen worden voor aparte groepen. Hier wordt in 2018 verkennend een onderzoek naar gestart.

#### *10. Nieuwe geneesmiddelen in EHK's*

Suggestie vanuit Groot Onderhoud FKG's (WOR 899) is om jaarlijks een empirische analyse uit te voeren ten behoeve van de opname van nieuwe geneesmiddelen in EHK's. Mogelijk leidt dit tot het uitzetten van onderzoek of door onderhoud door het Zorginstituut.

### **B Onderzoeken die deze kabinetsperiode worden uitgevoerd**

#### *11. Groot onderhoud hulpmiddelenkostengroepen (HKG's)*

Een aantal hulpmiddelen waar al eerder onderzoek naar verricht is kon destijds niet worden toegevoegd vanwege registratieproblemen. Daarom dit onderzoek uitvoeren wanneer registratieproblemen zijn opgelost.

#### *12. Groot Onderhoud DKG's*

In dit groot onderhoud wordt gekeken of de DKG's nog up to date zijn. Voorstel is om het onderzoek nog niet in 2018-2019 uit te voeren omdat per risicovereveningsmodel 2018 de DKG's zijn geüpdatet en een meervoudig karakter hebben gekregen.

#### *13. Groot Onderhoud FDG's*

Voorstel is om het groot onderhoud FDG's nog niet in 2018-2019 uit te voeren. Aandachtspunt bij de planning van dit onderzoek zijn de gevolgen van het systeemadvies fysiotherapie.

#### *14. Eenduidige aanspraak voor Wlz-cliënten (conversieonderzoek)*

Als de cliënt in een instelling verblijft en daar behandeling ontvangt, heeft hij tevens vanuit de Wlz aanspraak op onder andere geneeskundige zorg van algemene aard en farmaceutische zorg. Wlz-cliënten die thuis zorg ontvangen in

de vorm van een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) en cliënten die in een instelling wonen, maar daar geen Wlz-specifieke behandeling ontvangen, hebben geen aanspraak op deze aanvullende zorgvormen en kunnen daarvoor een beroep doen op de Zvw. Het heeft de voorkeur om de geneeskundige zorg van algemeen medische aard en de overige aanvullende zorgvormen voor alle cliënten onderdeel te maken van het integrale Wlz pakket. Onderzoek naar de noodzaak van een conversie van de kosten als zicht is per wanneer dit wordt ingevoerd. Er is op dit moment nog geen zicht op een invoeringsdatum.

#### *15. Onderzoek effecten openstellen Wlz voor GGZ*

De grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd aan de zorginhoudelijke indicatiecriteria van de Wlz. Dit betekent dat patiënten direct kunnen instromen in de WLZ. Nu worden de eerste drie jaar mensen intramuraal vanuit de Zvw bekostigd. Onderzoeken wat het effect is voor de risicoverevening 2021.

#### *16. Risicoverevening zonder inhoudelijke informatie van de declaratie*

Er zijn verschillende ontwikkelingen in de bekostiging: experimenten met maandbedragen, mogelijke deregulering WMG-prestaties en nieuwe bekostigingssystemen. Deze ontwikkelingen hebben met elkaar gemeen dat het onzeker is of we in de toekomst over net zoveel inhoudelijke informatie beschikken via de declaraties. Veel kenmerken in het risicovereveningsmodel zijn afhankelijk van deze inhoudelijke informatie (bijv. de DKG's). In dit onderzoek wordt ingegaan op welke wijze het risicovereveningsmodel kan worden geschat en kenmerken kunnen worden vormgegeven wanneer er minder declaratie-informatie beschikbaar is. En welke andere gegevensbronnen kunnen worden gekoppeld aan de risicoverevening als vervanging van informatie die nu op de declaratie staat.

### **C Jaarlijks terugkerende onderzoeken**

#### *17. Pre Overall Toets (optioneel)*

Gedurende het jaar worden verschillende mogelijke verbeteringen aan het risicovereveningsmodel onderzocht. Deze komen in afzonderlijke onderzoeken aan bod. In de pre Overall Toets worden de verbeteringen van het vereveningsmodel (nieuwe en verbeterde kenmerken) in samenhang gezien.

#### *18. Gegevensfase*

Tijdens de gegevensfase worden nieuwe onderzoeksgegevens gecontroleerd en bewerkt. Bij de controles worden onder andere vergelijkingen gemaakt met eerdere jaren. De bewerkingen houden het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen en het representatief maken van kostengegevens in. Resultaat van dit onderzoek is een aantal onderzoeksbestanden waarmee het vereveningsmodel voor het komende jaar geschat kan worden.

## *19. Overall Toets*

In de Overall Toets worden de uitgangsmodellen voor het komende jaar doorgerekend op basis van de besluitvorming in juni over de (voorgenomen) vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel. Daarnaast worden de gehanteerde regiokenmerken geactualiseerd en wordt de stabiliteit van nieuwe vereveningskenmerken en van aangepaste vereveningskenmerken getoetst. Op basis van de toets wordt de definitieve vormgeving van de modellen vastgesteld. Indien de definitieve vormgeving afwijkt van de uitgangsmodellen wordt deze nog doorgerekend en aan de rapportage toegevoegd.

## *20. Normbedragenfase*

In de normbedragenfase worden de gegevens opgeschaald naar de meest recente raming van de verzekerdenpopulatie en de kosten worden opgehoogd naar de geraamde zorguitgaven over dat jaar (het macroprestatiebedrag conform de begroting). Hierna worden de definitieve modellen nogmaals doorgerekend op de opgehoogde gegevens. Het resultaat hiervan is de definitieve set normbedragen (gewichten) voor de verevening.

## *21. Representatief maken gegevens somatische kosten (optioneel)*

In de onderzoeken voor de risicoverevening wordt gewerkt met drie jaar oude gegevens. Reden hiervoor is dat het belangrijk is om te kunnen werken met uitgedeclareerde kostengegevens. Voor recentere jaren zijn de declaraties vaak nog onvolledig en daardoor niet bruikbaar voor de risicoverevening. Dit conversieonderzoek gaat na in hoeverre de informatie over ziekenhuiskosten en overige kosten van 2016 op verzekerdeniveau representatief is voor de kosten in 2019 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.

## *22. Representatief maken gegevens geneeskundige en langdurige GGZ (optioneel)*

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

## *23. Monitor risicoverevening 2014*

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

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