

De risicoverevening voor verpleging en verzorging

De risicoverevening moet in 2015 voorkomen dat de gebruikers van extramurale verpleging en verzorging financieel onaantrekkelijke klanten zijn voor de zorgverzekeraars. In de huidige vereveningsformule is er nog sprake van ondercompensaties. Uit verzekerden- en declaratiegegevens van verzekeraars volgen aanknopingspunten voor substantiële verbetering van de formule.

PIET STAM

Partner bij Strategies in Regulated Markets (SiRM) en verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam

JAN

SONNEVELD

Senior consultant bij SiRM

In 2015 is de aanspraak extramurale Verpleging & Verzorging (V&V) niet langer onderdeel van de AWBZ maar van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De wijkverpleegkundige krijgt een centrale rol bij het bepalen wat aan zorg nodig is, bij de coördinatie van de zorg rondom de cliënt en bij de afstemming met andere hulpverleners. Het doel is zorg dicht bij huis, gericht op preventie en zelfredzaamheid, en minder zorg in ziekenhuizen en verzorgingshuizen. Naar verwachting zullen in Nederland meer dan 500.000 verzekerden gebruikmaken van de zorg in de wijkverpleging. De omvang van de aanspraak V&V is daarmee bijna vier miljard euro (Mazzola *et al.*, 2013).

Door de overheveling van de aanspraak naar de Zvw valt de V&V in 2015 onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Daarnaast bestaat de Zvw uit de aanspraken voor lichamelijke zorg, ofwel somatische zorg (SZ) en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) die daarmee al onder de verantwoordelijkheid van de verzekeraars vallen. Voor de SZ zijn verzekeraars bijna volledig risicodragend.

Zorgverzekeraars ontvangen naast de nominale premies van hun verzekerden ook compensaties vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Deze compensaties volgen uit het model van de risicoverevening om ervoor te zorgen dat alle verzekerden financieel even aantrekkelijk zijn. Deze compensaties zijn de afgelopen twintig jaar steeds verder ontwikkeld en verfijnd, in de periode vóór 2006 in de ziekenfondssector. Bij de invoering in 1992 waren de compensaties vanuit de risicoverevening alleen afhankelijk van leeftijd en geslacht. Momenteel worden de compensaties voor de SZ en gGGZ gebaseerd op de ken-

merken leeftijd, geslacht, aard van inkomen (bestaande uit dat van zelfstandigen, bijstandsgerechtigden, arbeidsongeschikten, student, overige), sociaal-economische status, een- en meerpersoonshuishouden, regio, medicijngebruik, ziekenhuisdiagnosen, hulpmiddelengebruik en meerjarige hoge kosten (mhk).

Het door VWS ontwikkelde risicovereveningsmodel voor de kosten V&V in 2015 is gebaseerd op een viertal vereveningskenmerken: leeftijd, geslacht, meerjarige hoge kosten en de regio waarin de verzekerde woonachtig is. De vraag is of deze vormgeving van de risicoverevening leidt tot adequate compensaties voor de kosten V&V in 2015, zodat gebruikers van V&V financieel niet onaantrekkelijk zijn voor verzekeraars. En aansluitend, hoe het stelsel bij gebleken onvolledigheid eventueel kan worden verbeterd.

VEREVENINGSFORMULE V&V

De door VWS ontwikkelde vereveningsformules voor de SZ en de gGGZ voldoen niet voor de V&V omdat de kenmerken van de kosten V&V anders van aard zijn. Bijvoorbeeld, doordat de kosten V&V voornamelijk gemaakt worden door ouderen, zijn ze veel schever verdeeld dan die van de somatische zorg en de geneeskundige GGZ. Vooruitlopend op de landelijke modelontwikkeling hebben drie zorgverzekeraars (gezamenlijk marktaandeel: ongeveer zestig procent) eind 2012 een schriftelijke gezondheidsenquête onder 89.987 van hun AWBZ-verzekerden uitgezet (netto-respons: 43 procent) om deze kenmerken in kaart te brengen. De inhoud van deze AWBZ Gezondheidsenquête 2012 is op basis van overleg met experts op het gebied van langdurige zorgverlening, zorginkoop, vragenlijstonderzoek en risicoverevening tot stand gekomen. Via deze weg is een gepseudonimiseerd enquêtebestand van 30.140 respondenten van 65 jaar en ouder beschikbaar gekomen om de compensaties uit de landelijke vereveningsformule V&V 2015 te toetsen en tot concrete verbetervoorstellen te komen.

De enquêtegegevens uit 2012 zijn gecombineerd met de verzekerden- en declaratiegegevens uit 2013 van de drie zorgverzekeraars. Op basis van dit onderzoeksbestand is de landelijke vereveningsformule 2015 met de variabelen leeftijd, geslacht, MHK en regio gesimuleerd. In deze simulatie zijn de kosten van PGB's buiten beschouwing gelaten. De coëf-

ficiënten van de vereveningsformule zijn geschat onder de randvoorwaarde dat de compensaties niet negatief mogen uitvallen. Hiervoor is gekozen omdat de kosten binnen de V&V zeer scheef verdeeld zijn: slechts 10,5 procent van de 65-plussers bij deze drie verzekeraars maakt gebruik van de V&V in 2013, de rest van de 65-plussers niet. Eenvoudige lineaire regressie (OLS) leidt derhalve tot een lage verklaringskracht van de kosten, waarbij bovendien een deel van de verzekerden een negatieve compensatie wordt toegerekend. Dit is onwenselijk omdat die verzekerden in dat geval een kostenpost zijn voor een verzekeraar, ongeacht of zij V&V-zorg gebruiken of niet.

In tabel 1 zijn de ondercompensaties voor deze vereveningsformule 2015 gepresenteerd voor subgroepen van hoogrisicoverzekerden die zijn afgeleid van de antwoorden op de enquêtevragen. Het gaat hierbij om subgroepen bestaande uit verzekerden die behoren tot de top tien-procent met de slechtste scores op een schaal van elf algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) die essentieel zijn voor de directe zelfzorg van het individu (bijvoorbeeld aan- en uitkleden, gezicht of handen wassen en eten of drinken) en zeven huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (IADL) die betrekking hebben op het onafhankelijk van anderen kunnen functioneren (bijvoorbeeld boodschappen doen, warm eten klaarmaken en kleren wassen en strijken) (GARS; Suurmeijer en Kempen, 1990), een Charlson-index van acht chronische aandoeningen als maat voor comorbiditeit in een patiëntpopulatie (CCI; Charlson *et al.*, 1987), een schaal voor fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid (TFI; Gobbens *et al.*, 2010) en een maat voor de geestelijke gezondheid in een algemene populatie (RAND MHI; Berwick *et al.*, 1991). Van de enquête zijn eveneens afgeleid de subgroep van verzekerden die recentelijk zijn gevallen en/of bang zijn om te vallen, de subgroep van verzekerden die nog geen mantelzorg hebben maar er wel behoefte aan hebben, en de subgroep van verzekerden die vanwege hun ziekte of aandoening problemen ondervinden met hun woning of woonomgeving. Voor al deze subgroepen van hoogrisicoverzekerden is onze verwachting dat hun kosten V&V relatief hoog zijn. Juist voor deze subgroepen is daarom een goed werkende vereveningsformule 2015 van groot belang.

De ondercompensaties blijken op te lopen tot 2.524 euro per verzekerde in de subgroep 'Top 10% GARS-scores'. Dat is ongeveer 3,5 keer zoveel als de gemiddelde kosten V&V van 726 euro per verzekerde. Dat is een veelvoud van wat geldt voor de vereveningsformule voor de SZ: Stam en Van de Ven (2006; 2007; 2008) en Van Kleef *et al.* (2014) vinden (statistisch significante) ondercompensaties van 1,0 (model 2006), 0,9 (model 2007) en 0,7 (model 2014) keer de omvang van de gemiddelde kosten. Vergeleken met de SZ-vereveningsformule 2014 is de maximale ondercompensatie bij de V&V-vereveningsformule maar liefst vijf keer zo groot. Gezien deze ondercompensaties is het de vraag hoe de vereveningsformule kan worden verbeterd.

De thans beschikbare verzekerden- en declaratiegegevens van de drie verzekeraars bieden extra kenmerken om het model van VWS te verbeteren en zo de ondercompensaties te verkleinen of weg te nemen. Om de maximale voorspelkracht te bepalen, zijn de variabelen uit de gezondheidsenquête toegevoegd aan de hypothetische vereveningsformule, hoewel het niet voor de hand ligt om deze voor de landelijke uitvoering van de nieuwe vereveningsformule te gaan gebruiken. In de analyse is het VWS-model uitgebreid met de kenmerken

Farmacologische Kosten Groepen (FKG's) en Diagnose Kosten Groepen (DKG's) uit de verzekeraarsdatabase en subgroepen van verzekerden gebaseerd op de GARS-scores, de CCI-scores, de TFI-scores, de MHI-scores, valrisico of is gevallen, woonomgeving en mantelzorg uit de gezondheidsenquête.

Net als het model van VWS wordt het model geschat onder de randvoorwaarde dat alle compensaties positief moeten zijn. Uit tabel 2 blijkt dat het uitgebreide model in statistische zin beter presteert dan het VWS-model. De verklaringskracht van het model wordt uitgedrukt aan de hand van drie statistische parameters, de R², de CPM en de GGAA. De R² is het percentage verklaarde variantie, de CPM de Cummings Performance Measure en de GGAA de Gewogen Gemiddelde Absolute Afwijking van de individuele compensaties versus de werkelijke kosten V&V. Een model presteert beter naarmate de R² en CPM hoger zijn en de GGAA lager.

Een vergelijking van deze modellen met de modellen 2015 voor SZ en gGGZ (WOR 170, 2014) in tabel 2 laat zien dat het huidige VWS-model voor de V&V een lagere verklaringskracht heeft dan de andere twee modellen. Ook het uitgebreide model heeft een lagere verklaringskracht. Dit is echter niet verrassend, aangezien het model voor de V&V in 2014 voor het eerst is ontwikkeld, en met de ontwikkeling van het model voor de SZ en GGZ in respectievelijk 1992 en 2008 is gestart. De conclusie moet dus zijn dat het uitgebreide model concrete handvatten biedt om het VWS-model te verbeteren.

Jaarlijkse financiële resultaten per verzekerde bij toepassing van de vereveningsformule-2015 voor de extramurale V&V¹

TABEL 1

Subgroepen in 2012	Omvang in procenten	Gemiddelde kosten in 2013 in euro	Gemiddeld resultaat in 2013 in euro
Top 10 GARS-scores	10	4.055	-2.524**
Top 10% CCI-scores	10	1.207	-284**
Top 10% TFI-scores	10	2.895	-1.392**
Laagste 10% MHI-scores ¹	10	1.558	-542**
Valrisico of is gevallen	14	1.442	-778**
Behoeftte aan mantelzorg	41	1.630	-482**
Problemen woonomgeving	26	1.897	-774
Alle verzekerden	100	726	-

** Significant op vijfprocentniveau

¹ voor de totale verzekerdenpopulatie van de drie verzekeraars en voor specifieke subgroepen van hoogrisicoverzekerden uit de AWBZ Gezondheidsenquête 2012 (exclusief ex post kostencompensaties).
Verzekerden met de laagste tien procent MHI-scores zijn relatief ongezond.

Bron: Stam, 2014

De statistische beoordeling van de drie V&V vereveningsformules

TABEL 2

	R ² , in procenten	CPM, in procenten	GGAA
VWS-model Extramurale zorg V&V 2015	4,2	7,8	1219
Uitgebreid model Extramurale zorg V&V	11,3	15,3	1119
VWS-model Somatische zorg 2015	22,5	24,8	1678
VWS-model Geneeskundige GGZ 2015	15,6	26,7	297

Bron: Stam, 2014; WOR 170, 2014

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

LANDELIJK VERBETERTRAJECT

De V&V-vereveningsformule van VWS blijkt dus nog voor verbetering vatbaar. Dit komt voor de minister van VWS getuige haar brief van 19 september jl. niet als een verrassing. Ze gaf aan dat de risicodragendheid van verzekeraars in 2015 wat betreft kosten V&V grotendeels beperkt wordt (Schipper, 2014; Staatscourant, 2014). Voor zover het bedrijfsresultaat buiten een bandbreedte van plusminus vijf euro per verzekerde van het gemiddelde brancheresultaat valt, komt 95 procent daarvan voor rekening van de overheid. Merk hierbij op dat de verzekeraars wel gezamenlijk risico blijven lopen over het gemiddelde brancheresultaat.

Het doel is om uiteindelijk in 2017 de verzekeraars volledig risicodragend te laten zijn voor de V&V-kosten. De resultaten van onze analyse zijn een handreiking om verantwoord naar deze situatie toe te werken. Bovendien kan – naar de uitdrukkelijke wens van de minister – meer onderzoek worden gedaan om het model voor de V&V verder te verbeteren, bijvoorbeeld met behulp van het door drie zorgverzekeraars verzamelde enquêtemateriaal. Meer informatie kan bijvoorbeeld

worden ingewonnen over het gebruik van specifieke hulp- en geneesmiddelen door verzekerden, zoals stomagebruik en zorg na een beroerte.

Mochten er ook met verbetering van de vereveningsformule nog individuele verzekerden met structurele ongezonde status resteren die niet goed gecompenseerd worden, dan valt een systeem van ex ante hoogrisicoverevening te overwegen (Visser *et al.*, 2014). Hiermee bedoelen we het poolen van de verzekeringsrisico's van een beperkte groep verzekerden, die door verzekeraars aangewezen mogen worden. De kosten V&V van deze verzekerden worden in een dergelijk systeem niet ex post verrekend, maar normatief gecompenseerd op basis van een voor aanvang van het verzekeringsjaar bepaald landelijk gemiddelde van de schadehistorie in voorgaande jaren. Het voordeel hiervan is dat een eventuele informatievoorsprong van verzekeraars om individuele hoge risico verzekerden te identificeren via deze weg alsnog in de risicoverevening tot uitdrukking kan worden gebracht, waardoor de prikkels voor risicoselectie bij verzekeraars worden weggenomen.

Een dergelijk systeem van ex ante hoogrisicoverevening kan mogelijk ook soelaas bieden voor de ongecompenseerde subgroepen die in de SZ- en gGGZ-vereveningsformule resteren. Het verdient prioriteit om onderzoek naar de haalbaarheid van een systeem van ex ante hoogrisicoverevening op het jaarlijkse onderzoeksprogramma van het Ministerie van VWS te plaatsen.

CONCLUSIE

De vereveningsformule 2015 voor de naar de Zorgverzekeringswet overgeheveld extramurale Verpleging & Verzorging leidt tot substantiële ondercompensaties voor subgroepen van hoogrisicoverzekerden. Een model dat meer aansluit op de specifieke kenmerken van de V&V blijkt tot minder ondercompensaties te leiden en verdient overweging.

Mogelijk startpunt voor verbetering zijn de FKG's en de DKG's. Deze zijn gebaseerd op de declaratiegegevens, worden gebruikt in het huidige model voor de SZ en gGGZ en zijn dus landelijk beschikbaar. Een verbeterslag kan worden gemaakt door FKG's en DKG's te ontwikkelen die meer specifiek aansluiten op de kenmerken van de V&V, zoals bijvoorbeeld zorg na een beroerte. Vervolgens kunnen benaderingen worden gezocht voor de niet-landelijk beschikbare kenmerken uit de gezondheidsenquête. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het gebruik van hulpmiddelen, zoals stomagebruik.

Mochten er ook na uitbreiding van de vereveningsformule nog subgroepen van verzekerden met structurele ongezonde status resteren die niet goed gecompenseerd worden, dan kan nagegaan worden in hoeverre met een systeem van ex ante hoogrisicoverevening de ondercompensatie is te voorkomen.

Het verbeteren van de vereveningsformule kan echter niet louter op statistische gronden worden gebaseerd. Volgens het Besluit Zorgverzekeringswet (Staatsblad 2005, 389, p. 23) is het niet de bedoeling dat de risicoverevening voor alle kostenverschillen tussen verzekerden compensatie biedt. Alleen compensatie voor kostenverschillen tussen groepen verzekerden voor zover deze het resultaat zijn van verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid is aangewezen. Uitbreidingen van de vereveningsformule zullen hieraan moeten worden getoetst. De risicoverevening is immers geen panacee voor alle ondercompensaties.

LITERATUUR

- Berwick, D.M., J.M. Murphy, P.A. Goldman, J.E. Ware, A.J. Barsky en M.C. Weinstein (1991) Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169–176.
- Charlson, M.E., P. Pompei, K.L. Ales en C.R. MacKenzie (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373–383.
- Gobbens, R.J.J., M.A.L.M. van Assen, K.G. Luijckx, M.Th. Wijnen-Sponselee en J.M.G.A. Schols (2010) The Tilburg frailty indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344–354.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2014) *Risicoverevening 2014 voor somatische zorg: analyse van uitkomsten op subgroepniveau*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Mazzola, G., M. van Asselt, T. Everhardt en R. Goudriaan (2013) *Kwantitatief onderzoek overheveling AWBZ: een analyse van het gebruik en de kosten*. Den Haag: APE.
- Schipper, E.I. (2014) *Ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015*. Kamerbrief, 667592-126416-Z.
- Staatsblad (2005) *Besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet (Besluit zorgverzekering)*. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 389.
- Staatscourant (2014) *Concept voor de regeling risicoverevening 2015 ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars met betrekking tot het jaar 2015*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Stam, P.J.A. (2014) *Risk adjustment in outpatient long term care: Testing the performance of the 2015 Dutch model*. Working paper gepresenteerd bij de Risk Adjustment Network (RAN) meeting, Delft.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2006) *Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007) *Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het risicovereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2008) *De harde kern in de risicoverevening*. ESB, 93(4529), 104–107.
- Suurmeijer, Th.P.B.M. en G.I.J.M. Kempen (1990) Behavioral changes as an outcome of disease: the development of an instrument. *International Journal of Health Sciences*, 1, 189–194.
- Visser, J.S., J. Sonneveld en P.J.A. Stam (2014) *Het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening*. Den Haag: SIRM.
- WOR 170 (2014) *Onderzoek risicoverevening 2015: overall toets*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.