WOR 1055

Betreft:	Advies aan de Minister voor Medische Zorg en Sport over de vormgeving van de vereveningsmodellen voor 2022
Van:	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum:	augustus 2021

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)[1] over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2022. De voorgestelde vormgeving van de drie deelmodellen voor de somatische kosten, GGZ en het eigen risico – aangeduid als 'uitgangsmodellen' – is in de Overall Toets 2022 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de risicovereveningsmodellen voor 2022 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de bevindingen van de Overall Toets (OT) besproken. Hoofdstuk 4 bespreekt simulaties van mogelijke effecten van corona. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de gegevensfase. De hoofdstukken 3 tot en met 5 vormen gezamenlijk de onderbouwing van het advies.

2. Conclusie en advies

De WOR adviseert voor het *somatische model* de volgende verbeteringen door te voeren:

- Actualisatie van het criterium FDG met toevoeging van behandelingen met gelimiteerde behandelduur (volgend uit het groot onderhoud)
- De aanpassingen van FKG uit het groot onderhoud toe te passen:
    - Toevoegen van twee nieuwe FKG's: Maculadegeneratie (MAC) en Hypercholesterolemie (HCH)
    - Splitsen van Psychose en Verslaving (PAV) naar Psychose (PSY) & Verslaving (ADD)
    - Splitsen van Hartaandoeningen (HAR) naar Hartaandoeningen anti-artimica (HAA) en Hartaandoeningen overig (HAR)
    - Aantal mutaties van geneesmiddelen binnen en/of tussen FKG's
    - Aanpassing drempelwaarde voor aantal FKG's
    - Aanpassing van enkele restricties
- Aanpassingen van de EHK (volgend uit groot onderhoud)
    - zes geneesmiddelen overhevelen uit de EHK's naar FKG Kanker o.b.v. add-ons (CAN) en één uit de EHK's naar FKG Cystic Fibrose (CFP).
    - Toevoegen drie geneesmiddelen aan de EHK's.
    - Toepassen van de clustering naar vier EHK's (ipv drie)

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

- De actualisatie van de clustering van DX-groepen naar DKG's volgend uit de pre-OT toe te passen
- Actualisatie van het regiocriterium
- Toevoegen van twee nieuwe (tijdelijke) criteria:
    - Het criterium historische morbiditeit (HSM), waarbij verzekerden worden verdeeld in twee groepen: wel/geen score op 1 of meer positieve morbiditeitsklassen in het vereveningsjaar drie jaar geleden
    - Het criterium meerjarige farmaciekosten (MFK), waarbij verzekerden worden verdeeld in twee groepen op basis van de farmaciekosten de afgelopen drie jaar (wel of niet in tenminste 1 van de 3 jaar farmaciekosten in de top 25%)

De WOR adviseert voor het *GGZ-model* de volgende verbeteringen door te voeren:

- Aanpassing van de FKG volgend uit het groot onderhoud
- Aanpassing van het regiocriterium, volgend uit het groot onderhoud:
    - Nieuwe methode voor bepaling van het regiocriterium, gelijk aan de methode die al enkele jaren in het somatische model wordt gebruikt
    - Nieuwe regiovariabelen (percentage verzekerden jonger dan 18 jaar, locaties van intramurale GGZ-instellingen, locaties van forensische zorginstellingen, gemiddelde WOZ-waarde van woningen, aantal geregistreerde misdrijven en afstand tot dichtstbijzijnde ziekenhuis-exclusief polikliniek-) ten opzichte van waarmee gewerkt werd bij het oude regiocriterium
- Voor de criteria DKG en MHK rekening te houden met het ZPM (schadelastdip 2021), volgend uit het conversie-onderzoek

De WOR adviseert voor het *eigen risico-model* de volgende verbeteringen door te voeren:

- Toepassing van het geactualiseerde regiocriterium uit het somatische model
- Aanpassing van de indeling forfaitaire/niet-forfaitaire groep conform de vernieuwde FDG, FKG en DKG (de nieuwe criteria HSM en MFK worden niet betrokken in deze indeling)

De WOR adviseert om de modellen niet aan te passen aan mogelijke effecten van corona.

3. Overall Toets

Dit hoofdstuk bespreekt de uitkomsten van de Overall Toets 2021. De Overall Toets bestaat (voor elk van de drie vereveningsmodellen) uit drie onderdelen:

1. Nagaan wat het effect is van de overstap op nieuwe gegevens (van 2018 naar 2019)
2. Toetsen van de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste vereveningscriteria
3. Het beoordelen van het uitgangsmodel

3.1 Vereveningsmodel voor de somatische kosten

3.1.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2018 naar 2019) is onderzocht door het vereveningsmodel 2021 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2019 (representatief gemaakt voor 2022) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2021 op de kostengegevens uit 2018 (representatief gemaakt voor 2021).
Toepassing van de nieuwe gegevens leidt tot de grootste verschuivingen binnen de vereveningscriteria leeftijd/geslacht, FKG, MVV en DKG. De meeste veranderingen zijn in lijn met de kostenontwikkelingen en veelal goed verklaarbaar.

De verevenende werking van het somatische model is op individuniveau bij de nieuwe gegevens gedaald (de R^2 daalt van 34,5% naar 34,2% en de CPM van 33,8% naar 33,6%). Op subgroepniveau zijn de veranderingen zeer beperkt. De kengetallen zijn iets slechter, maar zijn verklaarbaar vanwege de kostenstijging van 3%. Op verzekeraarsniveau is bij de meeste kengetallen sprake van een verbetering. De bandbreedte van de resultaten over de hele populatie neemt af van 258 euro naar 235 euro. Hetzelfde geldt voor de meeste onderscheiden deelpopulaties. De GGAA van de resultaten loopt ook licht terug van 24,8 naar 24,3 euro. Uitzondering vormt de R^2, deze daalt licht van 99,0% naar 98,9%.

3.1.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling Uitgangsmodel 2022

Stabiliteit criteria

De normbedragen voor de aangepaste criteria FDG, FKG DKG en regio en de nieuwe criteria HSM en MFK vertonen op beide datajaren globaal dezelfde patronen. Ook komen de gevolgen van de modelaanpassingen voor de normbedragen van de overige vereveningscriteria in het model in beide jaren goed overeen.

De vernieuwing van de FDG leidt in beide jaren tot aanzienlijke mutaties van de normbedragen van de klasse 3 en 4. Bij klasse FDG3 ligt de oorzaak in de samenstelling. Er is sprake van een selectievere groep met hogere kosten. De daling bij FDG4 wordt veroorzaakt door de update van de DKG's. Het belang van de FDG neemt toe in beide jaren (de afslagklasse stijgt met 2 en 4 euro naar respectievelijk -23 en -24 euro).

Ook bij de FKG zijn de verschillen van de normbedragen tussen het model 2021 en model 2022 voor beide jaren 2018 en 2019 goed vergelijkbaar. Grote verschillen tussen de modellen worden gevonden bij de EHK 1,2 en 4. De verklaring ligt in de gewijzigde definities en prevalantiewijzigingen. Ook de update van de DKG's speelt een rol. De invloed van het FKG-criterium neemt af; het normbedrag van de afslagklasse (FKG0) stijgt in 2018 en 2019 met 25 euro naar -242 euro. De oorzaak hiervoor is de toevoeging van de criteria HSM en vooral MFK.

Bij normbedragen van de geactualiseerde DKG's zien we in 2018 en 2019 (globaal) dezelfde verschillen tussen de modellen 2021 en 2022. Het meest opvallend is de aanzienlijke daling bij de DKG voor hemofilie (DKG 26): bij beide modellen is sprake van een aanzienlijke daling (ruim 15 duizend euro) in 2019 tov 2018. Oorzaak hiervoor is de forse daling van de prijs van het belangrijkste hemofiliemedicijn. De invloed van DKG vermindert licht. De afslagklasse (DKG0) daalt met 2 en 3 euro naar 360 en 361 in respectievelijk 2018 en 2019.

De normbedragen voor de nieuwe criteria zijn uitermate stabiel. Voor beide jaren bedragen de normbedragen voor geen MFK/wel MFK -149/332 en voor geen/wel HSM zijn de normbedragen -81/91 (2018) en -81/94 (2019). De normbedragen voor de afslagklassen zijn in absolute zin groter dan overcompensatie van de onderliggende subgroepen. De reden hiervoor is dat deze nieuwe criteria verklaringskracht van andere criteria wegtrekken. Het meest duidelijk is dit bij de MHK en FKG, waar de normbedragen voor de afslagklassen dalen met respectievelijk 100 euro (naar -506) en 25 euro (naar -242).

De actualisatie van de regioclustering geeft een logisch patroon voor de normbedragen. Het bereik wordt iets kleiner hetgeen duidt op minder verklaringskracht. De effecten van de actualisatie op de normbedragen van de andere criteria is zeer beperkt. De GGAV bedraagt 0,12 euro.

Verevenende werking uitgangsmodel 2022

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2022 is op individuniveau verbeterd ten opzichte van het model 2021. Bij de gegevens 2019 stijgt R^2 op individuniveau van 34,2% naar 34,4% en de CPM van 33,6% naar 34,0%. Wel is het aantal verzekerden met negatieve normkosten bij het nieuwe model ruim vier duizend hoger.

Op subgroepniveau blijkt eveneens dat de verevenende werking aanzienlijk verbetert voor de groepen met de 15% laagste en 15% hoogste kosten in t-3. De resultaten verbeteren respectievelijk van 116 naar 54 euro en van –112 naar -79 euro.

Ook op verzekeraarsniveau is er verbetering. De R^2 stijgt met 0,2%-punt naar 99,1%. De bandbreedte van het resultaat voor de hele populatie daalt van 235 naar 216 euro. Voor subpopulaties van verzekeraars is beeld van de bandbreedte wisselend. De verschuiving van het resultaat op verzekeraarsniveau varieert van -21 euro tot +7 euro. De verschuiving wordt voor circa driekwart veroorzaakt door de twee nieuwe criteria (HSM en MFK).

3.2 Vereveningsmodel voor de GGZ-kosten

3.2.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2018 naar 2019) is bepaald door het model 2021 (doch zonder kostencorrectie vanwege de uitstroom van GGZ-gebruikers naar de Wlz én zonder bijstelling vanwege de schadelastdip die

optreedt als gevolg van de 'harde knip' bij invoering van het ZPM) te schatten op de nieuwe gegevens uit 2019 en dit te vergelijken met de resultaten geschat met data uit 2018. De vergelijking laat zien dat de normbedragen van het GGZ-model 2021 over het algemeen een stabiel patroon vertonen. Bij enkele vereveningscriteria doen zich relatief grote veranderingen voor die veelal kunnen worden verklaard door veranderingen in kostenpatronen en samenhang tussen vereveningskenmerken. Veranderingen zien we vooral bij de psychische DKG's en het PPA-criterium. De GGAV in normbedragen komt uit op 3,4 euro, lager dan de afgelopen twee jaar (beide 4,7 euro).

De meeste kengetallen voor de verevenende werking laten hier een beperkte verbetering zien. De R^2 op individu niveau stijgt van 22,3% naar 22,4%. Net als andere jaren is de R^2 beduidend lager dan de CPM die stijgt van 29,7% naar 29,9%. Dit geeft aan dat het model lage kosten (in dit geval vooral de groepen zonder GGZ-kosten) beter voorspelt dan hoge kosten.
Op verzekeraarsniveau is sprake van een verbetering. De R^2 stijgt van 94,3% naar 95,7%. De bandbreedte neemt licht af van 51,7 euro naar 51,6 euro.

3.2.2 Beoordeling uitgangsmodel(len) 2022

Voor het GGZ-model zijn meerdere modellen 2022 doorgerekend. Eerst bespreken we het model geschat op data van 2019 met een kostenconversie vanwege de invoering van het ZPM per 2022. Ten tweede bespreken we het model zoals hiervoor, maar dan met de bijgestelde FKG's vanwege grootonderhoud en aangepaste MHK's en DKG's in verband met de 'harde knip' bij invoering van het ZPM. Ten derde bespreken we het uitgangsmodel 2022 met het geactualiseerde GGZ-regiocriterium, en tot slot nog dit uitgangsmodel met toepassing van 90% Hoge Kosten Compensatie (HKC).

3.2.2.1 Model 2021 geschat op data van 2019 met een kostenconversie vanwege de invoering van het ZPM per 2022

Met ingang van 1 januari 2022 zal de bekostiging van de GGZ veranderen van trajectbekostiging op basis van DBC's naar een model van prestatiebekostiging (het zorgprestatiemodel; ZPM). Dit leidt tot een verandering in kosten voor dezelfde behandeling. KPMG heeft een conversietabel gecreëerd om DBC-kostengegevens om te zetten in ZPM-kostengegevens (WOR 1037).

Gemiddeld genomen is het effect van de kostenconversie op de normbedragen relatief beperkt (GGAV: 1,4 euro). Wel treden grote verschuivingen op bij de hogere psychische DKG's en in mindere mate bij de psychische FKG's en MHK-klassen. Het effect op de verevenende werking is beperkt. Op individuniveau nemen de R^2 en CPM beide met 0,1 procentpunt af. De GGAA en standaarddeviatie van de financiële resultaten op individuniveau nemen af, wat samenhangt met de afgenomen kostenvariatie als gevolg van de conversie. Op subgroepniveau en verzekeraarsniveau zijn dalingen van de GGAA van respectievelijk 9 euro en 0,10 euro waarneembaar. Op verzekeraarsniveau nemen de R^2 en bandbreedte licht af (-0,1 procentpunt en -2 euro). De GGARV van 80 eurocent per verzekerdenjaarlaat ten slotte zien dat de impact van de kostenconversie op de financiële resultaten van verzekeraars beperkt is.

3.2.2.2 …en met bijgestelde FKG's, DKG's en MHK

Ten opzichte van het voorgaande model is hier ten eerste het FKG-criterium bijgesteld naar aanleiding van het recente grootonderhoud FKG's (WOR 1027). Enkele geneesmiddelen zijn toegevoegd of verwijderd en de drempelwaarden voor FKG2 voor verslaving, FKG5 voor bipolaire stoornis regulier en FKG8 voor chronische stemmingsstoornissen complex zijn verlaagd van 180 naar 90 DDD. Ten tweede zijn de psychische DKG's en MHK-GGZ aangepast. De hierboven beschreven invoering van het ZPM per 2022 heeft ook als gevolg dat alle DBC's en producten die zijn geopend in 2021 en over de jaargrens 2021-2022 heen gaan, per 31 december 2021 worden afgesloten. Hierdoor ontstaat in 2021 een eenmalige, grote schadelastvermindering. Vanwege deze 'harde knip' worden bijna 48.000 verzekerden bij een (veelal) lagere psychische DKG en MHK-GGZ ingedeeld dan zonder invoering van het ZPM het geval zou zijn geweest.

Het effect van beide punten op de normbedragen is aanzienlijk (totale GGAV = 4,6 euro). Verreweg de grootste verschuivingen zijn zoals verwacht te zien bij de psychische DKG's, op afstand gevolgd door MHK-GGZ en de psychische FKG's. Er wordt minder geld verevend via de psychische DKG's en meer via MHK-GGZ. Per saldo leiden de gewijzigde vereveningscriteria tot een verslechtering van de verevenende werking, op alle drie de niveaus. Op individuniveau nemen de R^2 en CPM af met respectievelijk 1,9 en 1,2 procentpunt. De GGAA op individuniveau neemt toe met bijna 7 euro en de standaarddeviatie met circa 35 euro. Op het niveau van subgroepen neemt de GGAA toe met 7 euro. De R^2 op verzekeraarsniveau daalt met 0,2 procentpunt en de GGAA neemt toe met 0,3 euro, net als de bandbreedte. De wijzigingen leiden tot beperkte verschuivingen in het financiële resultaat van afzonderlijke risicodragers (overall GGARV = 0,5 euro per verzekerdenjaar).

3.2.2.3 Wijzigingen model 2022 t.o.v. 2021

De enige aanpassing in het Uitgangsmodel 2022 ten opzichte van het model uit paragraaf 3.2.2.2 betreft de aanpassing van het regiocriterium. Het effect hiervan op de normbedragen is zeer beperkt. Qua verevenende werking zien we op individuniveau vrijwel geen veranderingen optreden. De R^2 en CPM op individuniveau blijven gelijk met 20,4% respectievelijk 28,7%. Op subgroepniveau daalt de GGAA licht met circa 1,5 euro. Op verzekeraarsniveau stijgt de R^2 van 95,4% naar 96,2%, en de GGAA en bandbreedte dalen. Ook zien we kleine verschuivingen in financiële resultaten voor individuele risicodragers (GGARV = 1,5 euro).

3.2.3.3 Uitgangsmodel 2022 met toepassing van 90% HKC

Bij de modelvariant met HKC is een drempelwaarde gehanteerd van ruim 94.500 euro. Bij deze drempel vallen 0,5% van de verzekerden onder de compensatie. Verzekeraars ontvangen vanuit de HKC-pool een vergoeding van 90% van de kosten boven deze drempelwaarde voor de top-0,5% van verzekerden met GGZ-gebruik. In de 2019-data komen bijna 3.700 verzekerdenjaren terecht in de HKC-pool en gaat er in totaal circa 138 miljoen euro om in deze pool. Onderstaande tabel geeft meer inzicht in de effecten van de HKC.

Gemiddelde GGZ-kosten zonder HKC	306 euro
Gemiddelde GGZ-kosten met HKC	296 euro
Drempelwaarde	94.530 euro
#verzekerdenjaren HKC-pool	3.683
Kosten macroniveau HKC-pool	138 miljoen (3,3% van totale GGZ-kosten)

HKC heeft een gering effect op de normbedragen. Zoals verwacht vinden de grootste veranderingen plaats bij de hogere psychische DKG's en MHK-klassen. De totale GGAV bedraagt 2,1 euro. De kengetallen voor de verevenende werking op individu- en subgroepniveau laten een lichte verbetering zien, terwijl op verzekeraarsniveau de effecten beperkt zijn. De R^2 op individuniveau stijgt van 20,4% naar 22,4% en de GGAA voor alle subgroepen daalt met 14 euro (-6%; daling in risicodragende kosten = -3,3%). De CPM stijgt slechts 0,2 procentpunt, wat in overeenstemming is met het feit dat de HKC juist effect heeft voor de verzekerden met hoge kosten. De R^2 op verzekeraarsniveau daalt licht met 0,1 procentpunt en de GGAA neemt met nog geen euro af. De bandbreedte neemt met 0,5 euro toe. Laten we de twee extremen echter buiten beschouwing, dan neemt de bandbreedte met circa 0,9 euro af. De GGARV komt uit op 1 euro per verzekerdenjaar.

3.3 Model voor het verplicht eigen risico

3.3.1 Effect van de nieuwe data

Het eigen risico model is al jaren uitermate stabiel. Doorrekening van het model 2021 op de nieuwe 2019-data geeft nagenoeg dezelfde normbedragen.
De kengetallen voor de verevenende werking op individuniveau en subgroepniveau blijven allen gelijk. Zo blijft de R^2 op individuniveau 33,7% en de GGAA van alle subgroepen van het model blijft 9,5 euro. Op verzekeraarsniveau is er enige achteruitgang van de verevende werking. De R^2 daalt van 92,7% naar 90,2% en de bandbreedte van de resultaten neemt toe met 3 euro (van 25 naar 28 euro).

3.3.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling Uitgangsmodel 2022

Het uitgangsmodel 2022 wijkt op twee onderdelen af van het model 2021. Het regiocriterium (somatisch) is geactualiseerd en de indeling forfaitair/niet-forfaitair

is aangepast aan de nieuwe FKG, FDG en DKG. De overstap van het model 2021 op het uitgangsmodel 2022 (beide op data-2019) heeft nauwelijks effect op de normbedragen. De GGAV van alle normbedragen bedraagt 0,37 euro. De grootste verandering treedt op bij regio.

De gevolgen voor de verevenende werking zijn eveneens zeer beperkt. Op individuniveau en subgroepniveau blijft de verevenende werking gelijk. De R^2 blijft 33,7% en de GGAA van alle sugroepen uit het model blijft 9,5 euro. Ook op verzekeraarsniveau is het beeld nagenoeg ongewijzigd. De R^2 daalt met 0,1% naar 90,1% en de bandbreedte van de resultaten stijgt van 28 naar 29 euro.

4. Simulaties corona-effecten

Er zijn een aantal simulaties uitgevoerd om mogelijke gevolgen van corona voor de normbedragen te duiden. De belangrijkste onderwerpen uit de simulatie betreffen oversterfte, uitval van reguliere zorg en long covid.

4.1 Oversterfte

Oversterfte is benaderd door de sterfte van 2020 te vergelijken met de sterfte in 2019. De kans op oversterfte blijkt –zoals verwacht- samen te hangen met morbiditeit. Groepen die een hoge sterftekans hadden in 2019 hadden in 2020 ook een grote kans op oversterfte. Ook is van belang dat de kosten en normkosten van de overledenen in 2020 en 2019 nauwelijks verschillen. Als de extra overledenen (ruim 19 duizend) buiten beschouwing worden gelaten dan zijn verandering in de kosten per risicoklasse beperkt. De GGAV bedraagt in percentages 0,3% met een bandbreedte van -1,6% tot +2,2%. Uitgaande van dit geringe effect in deze simulatie is de verwachting dat de extra sterfte geen grote impact heeft op de relatie tussen de kosten en de normbedragen (normbedragen).

4.2 Uitval reguliere zorg

Om een indruk te krijgen van de effecten van uitval van reguliere zorg is een prevalentiedaling bij de DKG's met 10% doorgerekend op twee manieren. In de eerste manier zijn random 10% van de DKG's geschrapt en in de tweede manier zijn de lagere prevalenties gebruikt om het OT-bestand te herwegen zodanig dat de DKG-prevalenties 10% lager uitkomen (bij gelijkblijvende prevalenties van de overige risicoklassen). De GGAV voor de verschillen in normbedragen tussen de twee methoden komt uit op 4,3 euro. Er zijn 10 risicoklassen waar de verschillen meer dan 1.000 euro zijn. Dit betreffen kleine tot zeer kleine groepen. Nadeel van deze simulatie is dat de uitval random is genomen. Mogelijk is dit in de werkelijkheid anders.

4.3 Long covid

Gevolgen van long covid zijn gesimuleerd door de volgende veronderstellingen door te rekenen op het OT-bestand:

1. de mensen met long covid zijn verhoudingsgewijs verdeeld over de risicoklassen op de zelfde manier als de verzekerden die in 2020/2021 in het ziekenhuis hebben gelegen met coronaklachten.
2. Het aantal mensen met long covid is 7% van het aantal met een positieve testuitslag
3. Er zullen 1,4 miljoen mensen een positieve testuitslag hebben in 2021
4. De extra zorgkosten per verzekerde met long covid klachten bedragen in 2022 (gemiddeld) 1.000 euro

Bij de simulatie komen de gemiddelde kosten voor de gehele populatie 6 euro hoger uit. Dit varieert uiteraard over de risicoklassen. De GGAV over alle risicoklassen bedraagt 3,16 euro. Als percentage varieren de gevolgen voor de kosten van de risicoklassen tussen de 0,01% en 0,11%. Voor de normbedragen betekent dit globaal een GGAV van 1,6 euro. Uitgaande van dit effect van de simulatie lijkt de onzekerheid in normbedragen beperkt.

5 Onderzoeksgegevens

5.1 Representativiteit / volledigheid

Er is een onderzoeksbestand opgebouwd met kostengegevens over 2019.
De database BASIC2019 van Vektis is verrijkt met vereveningskenmerken (veelal afkomstig van ZINL). De dekking van BASIC2019 bedraagt 100%. De kosten en demografische kenmerken van BASIC2019 komen goed overeen met de informatie van ZINL. De kwaliteit en de volledigheid van de 2019-data is globaal hetzelfde als vorig jaar.

Bij de ziekenhuiszorg is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2019 en 2022 zeer beperkt zijn. Wel zijn vanwege lumpsum bedragen en omzetplafonds de kostengegevens representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door mediaanbedragen. Ook zijn de intramurale prijsarrangementen verwerkt.

Om het onderzoeksbestand met data van 2019 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2022 zijn de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2020-2022 in de kosten verwerkt. De kosten van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, die per 2021 volledig onder de Zvw valt, zijn aan het onderzoeksbestand toegevoegd. Verder zijn de kosten van ziekenvervoer aangepast vanwege mutaties van de budgetten voor de RAV-regio's. Ten slotte is ook rekening gehouden met de prijsarrangementen voor extramuraal voorgeschreven dure geneesmiddelen.

Vanwege de invoering van het ZPM per 2022 is een conversie gedaan van de GGZ-kosten. Bij de tweedelijns GGZ zijn de kosten berekend door de ZPM tarieven (volgens de conversie) te koppelen aan de volume informatie van de DBC declaraties. De conversie gaat gepaard met verschillende onzekerheden. De onzekerheden rondom deze conversie worden beschreven in WOR 1038. Ook bij de indelingen in de DKG en MHK is rekening gehouden met het ZPM (schadelastdip in 2021).

5.2 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties in 2019 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse vergeleken met 2018. De patronen in 2019 lijken sterk op die in 2018. De veranderingen van 2018 op 2019 zijn in het algemeen beperkt en de grotere veranderingen zijn goed verklaarbaar.
Dat geldt ook voor de (ver)nieuw(d)e vereveningscriteria en risicoklassen die bij de risicoverevening van 2022 betrokken zullen worden.

Op verzekeraarsniveau zijn de prevalenties redelijk stabiel over 2018-2019. Relatief grote verschuivingen in prevalenties tussen 2018 en 2019 kunnen goed worden verklaard door veranderingen in portefeuillesamenstellingen.

5.3 Ontwikkeling kostenpatronen

De somatische kosten hebben zich van 2018-2019 redelijk stabiel ontwikkeld, zowel op het niveau van de risicoklassen als op het niveau van de verzekeraars. Opvallende veranderingen zijn veelal verklaarbaar. Bij de risicoklassen met duidelijke ontwikkelingen in de zorgkosten is meestal een goede verklaring te geven zoals veranderingen bij de prevalenties, stringenter beleid of prijsmutaties

De verandering van de somatische kosten per verzekerde op verzekeraarsniveau varieert tussen de -55 en 131 euro. De bandbreedte van de verandering komt hiermee weer op het niveau van 2016-2017. De vorige periode 2017-2018 kende een wat grotere bandbreedte vanwege portefeuille veranderingen.

Bij de oudere leeftijdsgroepen dalen de gemiddelde somatische kosten bij mannen en vrouwen. Dit is in lijn met de ontwikkeling van de afgelopen jaren.

De gemiddelde GGZ-kosten (18+) per enkelvoudige risicoklasse die worden onderscheiden in het model van 2022 blijken over het algemeen redelijk stabiele patronen te vertonen van 2018-op-2019. Afwijkingen zijn in de regel verklaarbaar. In het oog springen de grote kostenveranderingen bij de hogere psychische DKG’s (12 t/m 18).

Op verzekeraarsniveau is de bandbreedte van de verandering van de kosten per verzekerde over 2018-2019 stabiel. Deze bedraagt 40 euro (van -15 tot +25 euro). Vorig jaar kwam de bandbreedte uit op 50 euro. Binnen de bandbreedte zijn mutaties wat meer zichtbaar dan vorig jaar. De GGAV is 7,4 euro tegenover 6,4 euro vorig jaar.

De conversie (overstap naar ZPM-tarieven) heeft een beperkte invloed op de gemiddelde kosten per risicoklasse. De grootste verandering treedt zoals verwacht op bij de DKG's (GGAV 5,4).

5.4 Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico

Voor de kosten onder het verplicht eigen risico van 385 euro geldt eveneens dat de patronen in de 2019-data goed vergelijkbaar zijn met die in de 2018-data. De frequentieverdelingen van de kosten onder het verplicht eigen risico in het nieuwe onderzoeksbestand komen goed overeenkomen met die in het bestand dat vorig jaar is gebruikt voor het schatten van de vereveningsmodellen van 2021. Dat geldt voor zowel de forfaitaire groep als de niet-forfaitaire groep (volgens de definitie van het vereveningsmodel van 2021).
Het percentage verzekerden dat het eigen risico van 385 euro volmaakt is gelijk aan vorig jaar. Hiermee is dit percentage nu drie jaar gelijk (ook vorig jaar was er geen verandering).