
WOR 1120

Betreft: Advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de vormgeving van de vereveningsmodellen voor 2023
Van: Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum: augustus 2022

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)¹ over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2023. De voorgestelde vormgeving van de drie deelmodellen voor de somatische kosten, de GGZ en de opbrengsten van het verplicht eigen risico – aangeduid als ‘uitgangsmodellen’ – is in de Overall Toets 2023 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de risicovereveningsmodellen voor 2023 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de bevindingen van de Overall Toets (OT) besproken. De nieuwe kostengegevens 2020 zijn beïnvloed door corona. Dit roept de vraag op of deze gegevens bruikbaar zijn voor de schatting van de normbedragen 2023. Hoofdstuk 4 bespreekt aanvullende berekeningen die een antwoord geven op deze vraag. 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:

- Aanpassing van de restricties voor verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling ter voorkoming van negatieve normatieve kosten.
- Aanpassing van de EHK-indeling (volgend uit onderhoud):
 - Twee geneesmiddelen overhevelen vanuit de FKG voor cystic fibrosis en een vanuit de FKG Kanker o.b.v. add-on;
 - Drie geneesmiddelen toevoegen aan de EHK's;
 - Een geneesmiddel overhevelen vanuit de EHK's naar de FKG Kanker o.b.v. add-on;
 - Aangepaste clustering van de geneesmiddelen naar vier EHK's.
- Toevoeging van een nieuw vereveningscriterium waarmee verzekerden die in jaar t bevallen, worden onderscheiden van overige verzekerden op basis van kraamzorgkosten (inclusief integrale geboortezorg).
- Toevoeging van vijf nieuwe FKG's voor 'schilverzekerden' diabetes, COPD/astma en CVRM.

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 WOR adviseert voor het *GGZ-model* de volgende noodzakelijke aanpassingen en verbetering door te voeren:

- Aanpassing van de criteria DKG en MHK vanwege de invoering van het ZPM (zorgprestatie-model).
- Actualisatie van het regiocriterium GGZ.

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

- Aanpassing van de indeling forfaitaire/niet-forfaitaire groep als gevolg van de uitbreiding van het vereveningscriterium FKG's met de FKG's voor schilverzekerden.

Daarnaast adviseert de WOR bij de ophoging naar het macroprestatiebedrag voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico te corrigeren voor de verschillende kostenontwikkeling voor de forfaitaire en de niet-forfaitaire groep.

Eén van de WOR-leden heeft bij het opstellen van dit advies nadrukkelijk om aandacht gevraagd voor de werking van het eigen-risicomodel (in combinatie met het somatische model en het GGZ-model).

3. Overall Toets

Dit hoofdstuk bespreekt de uitkomsten van de Overall Toets 2023. 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 2019 naar 2020);
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 2019 naar 2020) is onderzocht door het vereveningsmodel 2022 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2020 (representatief gemaakt voor 2023) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2022 op de kostengegevens uit 2019 (representatief gemaakt voor 2022). Toepassing van de nieuwe gegevens leidt tot de grootste verschuivingen binnen de vereveningscriteria leeftijd/geslacht, FKG, DKG en MHK. De normbedragen dalen voor ouderen en stijgen voor verzekerden ingedeeld bij $FKG > 0$, $DKG > 0$ en $MHK > 0$. Dit suggereert dat vooral kwetsbaren / chronisch zieken in 2020 een relatief grote kans op coronakosten hadden. Mogelijk was ook de zorguitval binnen deze groep verhoudingsgewijs kleiner dan onder gezonde verzekerden. Overall is de ontwikkeling in normbedragen van 2019-op-2020 ongeveer even stabiel als die van 2018-op-2019.

Van 2019-op-2020 neemt de kostenvariatie op individuniveau met circa 6% toe. Dit is zeer waarschijnlijk een gevolg van corona en leidt op individuniveau en (in mindere mate) op subgroepniveau tot een slechtere verevenende werking. Zo neemt de R^2 op individuniveau met 3 procentpunt af naar 31,4% en daalt de GGAA op subgroepniveau weliswaar (van 1183 naar 1163 euro), maar minder dan op grond van het lagere kostenniveau (-4,4%) verwacht mocht worden. De slechtere uitkomsten op met name individuniveau hebben nauwelijks negatieve gevolgen voor de verevenende werking op verzekeraarsniveau. De R^2 neemt weliswaar licht af (met 0,1 procentpunt naar 99,0%), maar hetzelfde geldt voor de GGAA (23,9 naar 22,3 euro) en de bandbreedte (216 naar 150 euro). Overigens neemt de bandbreedte wel toe als de twee extremen buiten beschouwing worden gelaten.

3.1.2 Stabieleit van de criteria en beoordeling Uitgangsmodel 2023

Voor het somatische model zijn meerdere modellen doorgerekend. In het eerste model zijn de restricties ter voorkoming van negatieve normkosten toegepast en zijn de EHK-clusters geüpdatet naar aanleiding van het onderhoud. In het tweede model (dit is het uitgangsmodel) zijn ook het nieuwe vereveningscriterium voor bevallingen en de vijf nieuwe FKG's voor schilverzekerden toegevoegd. Ook is de FKG-indeling beperkt gewijzigd naar aanleiding van regulier onderhoud door het Zorginstituut.

De normbedragen voor de aangepaste criteria MHK, MVV en FKG en het nieuwe vereveningscriterium IBZ vertonen op beide datajaren globaal dezelfde patronen. Ook komen de gevolgen van de modelaanpassingen voor de normbedragen van de overige vereveningscriteria in het model en de effecten op de verevenende werking in beide jaren goed overeen.

3.1.2.1 Model met restricties ter voorkoming van negatieve normkosten en aangepaste EHK's

De aanpassingen van de restricties ter voorkoming van negatieve normkosten leiden tot minder negatieve normbedragen voor 'Wlz-blijvers' en minder hoge normbedragen voor 'Wlz-instromers' bij het vereveningscriterium PPA. Als gevolg van deze aanpassingen nemen de normbedragen bij MHK toe en bij MVV af.

De normbedragen voor de EHK-clusters 1 en 2 nemen af, terwijl het normbedrag voor EHK-cluster 3 ongeveer gelijk blijft en dat voor EHK-cluster 4 stijgt.

Opvallend is dat de normbedragen voor de FKG Cystic fibrosis en vooral voor FDG 4 (sterk) negatief zijn: -405 euro respectievelijk -11.566 euro. De oorzaak is een kleine groep cystic fibrosispatiënten die bij veel verschillende risicoklassen met hoge normbedragen worden ingedeeld (o.a. DKG25, EHK1 en MHK=7/8).

3.1.2.2 Uitgangsmodel 2023

De toevoeging van de vijf nieuwe FKG's zorgt ervoor dat er flink meer geld via het FKG-criterium wordt verevend, zoals ook blijkt uit het met 62 euro gedaalde normbedrag voor de afslagklasse en de gestegen normbedragen bij bijna alle

positieve FKG's. Een uitzondering is de FKG voor aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose. Hier is sprake van een afname van het normbedrag met 913 euro. Dit hangt samen met het feit dat gebruikers van dimethylfumaraat op basis van het regulier onderhoud niet meer bij deze klasse worden ingedeeld.

Het normbedrag voor vrouwen die bevallen in het vereveningsjaar neemt op basis van de 2020-data met 426 euro (8%) toe. Dit is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat ook de kosten van integrale geboortezorg zijn meegenomen, waar dat in de 2019-data niet het geval was. Dit leidt tot meer getraceerde bevallingen en hogere kosten per bevalling.

Verevenende werking uitgangsmodel 2023

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2023 is op individuniveau verbeterd ten opzichte van het model 2022. Bij vergelijking van het model van 2022 met het uitgangsmodel 2023 op de gegevens 2020 stijgt de R^2 van 31,4% naar 32,4% en de CPM van 33,9% naar 35,6%. De GGAA neemt af van 1.991 naar 1.940 euro en het aantal verzekerden met negatieve normkosten van bijna 31 duizend naar ruim duizend.

Op subgroepniveau neemt de GGAA af van 1.163 naar 1.142 euro. De resultaten voor de groepen met de 15% laagste en 15% hoogste kosten in t-3 veranderen slechts beperkt.

Ook op verzekeraarsniveau is er verbetering. De R^2 stijgt met 0,2%-punt naar 99,2% en de GGAA daalt van 22,3 naar 18,9 euro. De bandbreedte van het resultaat voor de hele populatie daalt van 150 naar 128 euro. De verschuiving van het resultaat op verzekeraarsniveau varieert van -22 euro tot +16 euro. De verschuiving wordt voornamelijk veroorzaakt door de nieuwe bevallingsindicator.

3.2 Vereveningsmodel voor de GGZ-kosten

3.2.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2019 naar 2020) is bepaald door het model 2022 te schatten op de nieuwe gegevens uit 2020 en dit te vergelijken met de resultaten geschat met data uit 2019. De overstap op nieuwe data leidt tot een GGAV in normbedragen van 4 euro. Dat is iets meer dan de GGAV die vorig jaar werd gevonden bij de overstap van 2018-op-2019-data. Bij enkele vereveningscriteria treden relatief grote veranderingen in normbedragen op, maar deze kunnen goed worden verklaard door veranderingen in kostenpatronen. Qua verevenende werking is er op individuniveau sprake van een lichte verbetering en op subgroepniveau van een lichte verslechtering. Op verzekeraarsniveau is het beeld gemengd.

3.2.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2023

Voor het GGZ-model zijn meerdere modellen 2023 doorgerekend. Allereerst zijn de DKG's aangepast vanwege de invoering van het ZPM. Vervolgens is ook het criterium MHK aangepast vanwege de invoering van het ZPM. Ten derde is er het uitgangsmodel 2023 met het geactualiseerde GGZ-regiocriterium, en tot slot nog dit uitgangsmodel met toepassing van 90% hogekostencompensatie (HKC).

3.2.2.1 Model met aangepaste DKG's vanwege de invoering van het ZPM...

Met ingang van 1 januari 2022 is de bekostiging van de GGZ veranderd van trajectbekostiging op basis van DBC's naar een model van prestatiebekostiging (het zorgprestatiemodel; ZPM). Met het oog op deze verandering zijn de DKG's aangepast. Hierbij is gecorrigeerd voor de overgang van schadelastjaren naar boekjaren, worden de oude DKG's 1 en 3 en de oude DKG's 16 en 17 samengevoegd, en wordt onvrijwillige zorg niet meer gebruikt voor indeling in de DKG's. Als gevolg van deze aanpassingen worden bijna 200.000 verzekerden extra ingedeeld in een positieve klasse.

Over de gehele linie leiden de aanpassingen tot een minder goede aansluiting van de normatieve op de werkelijke kosten. Dit is waarschijnlijk vooral het gevolg van het samenvoegen van DKG's 1 en 3 en de DKG's 16 en 17 (met behoorlijk verschillende normbedragen). Ook kan de groep die na de aanpassingen vanuit DKG 0 in een positieve klasse (vooral DKG 1) terechtkomen een rol spelen.

Met uitzondering van DKG 2 nemen alle normbedragen voor de DKG's af. Er wordt iets meer geld via de DKG's verevend. De dalingen zijn waarschijnlijk het gevolg van het toegenomen aantal (relatief gezonde) verzekerden dat bij een positieve DKG is ingedeeld. De aanpassingen leiden ook tot veranderingen bij de normbedragen voor de FKG's en voor MHK. In totaal wordt er door de aanpassingen iets meer geld verevend via de FKG's en iets minder via MHK. De veranderingen in normbedragen bij de overige criteria zijn beperkt.

3.2.2.2 ...en met aangepaste MHK vanwege de invoering van het ZPM

Ten opzichte van het voorgaande model is hier ook het criterium MHK aangepast. In t-1 worden ook de kosten van het tweede en derde jaar intramurale GGZ meegenomen. Deze kunnen in het ZPM niet meer apart worden onderscheiden.

De aanpassingen bij MHK hebben vooral gevolgen voor de normbedragen van de DKG's en van MHK. De veranderingen bij de overige criteria zijn beperkt. Ook bij de DKG's zijn de veranderingen in de normbedragen beperkt, met uitzondering van die van de hoogste twee DKG's. Dit komt doordat deze ook op de kosten van het tweede en derde jaar intramurale GGZ zijn gebaseerd. Een deel van de verklaringskracht van deze DKG's wordt overgenomen door MHK. Ook bij MHK treden de veranderingen vooral op bij de twee hoogste klassen: het normbedrag voor MHK 6 neemt toe met 1.384 euro en dat van MHK 7 met 877 euro.

3.2.2.3 Uitgangsmodel 2023

De enige aanpassing in het Uitgangsmodel 2023 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.

Verevenende werking uitgangsmodel 2023

Qua verevenende werking blijft het beeld overeind dat in paragraaf 3.2.2.1 is geschetst. Er is over de gehele linie sprake van een verminderde verevenende werking. Ten opzichte van model 2022 dalen de R^2 en CPM op individuniveau van 20,8% tot 20,1% respectievelijk van 29,3% naar 28,0%. Op subgroepniveau neemt de GGAA toe van 223 naar 231 euro. Op verzekeraarsniveau daalt de R^2 van 95,3% naar 95,0%, en stijgen de GGAA en bandbreedte.

3.2.3.3 Uitgangsmodel 2023 met toepassing van 90% HKC

Bij de modelvariant met HKC is een drempelwaarde gehanteerd van bijna 95.500 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 2020-data komen bijna 3.600 verzekerdenjaren terecht in de HKC-pool en gaat er in totaal circa 133 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	95.447 euro
#verzekerdenjaren HKC-pool	3.573
Kosten macroniveau HKC-pool	133 miljoen (3,2% van totale GGZ-kosten)

HKC heeft een gering effect op de normbedragen. Zoals verwacht vinden de grootste veranderingen plaats bij de hogere DKG's en MHK-klassen. De totale GGAV bedraagt 1,8 euro.

Verevenende werking uitgangsmodel 2023 met toepassing van 90% HKC

De kengetallen voor de verevenende werking op individu- en subgroepniveau laten een verbetering zien, terwijl op verzekeraarsniveau de effecten beperkt zijn. De R^2 op individuniveau stijgt van 20,1% naar 22,4% en de GGAA voor alle subgroepen daalt met 13 euro (-5,7%; daling in risicodragende kosten = -3,2%). De CPM op individuniveau 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 - berekend op de risicodragende kosten - daalt licht met 0,3 procentpunt en de GGAA neemt met 0,2 euro af. De bandbreedte neemt met 2,3 euro af. De GGARV komt uit op 0,8 euro per verzekerdenjaar.

3.3 Model voor het verplicht eigen risico

3.3.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de nieuwe data is bepaald door het model van 2022 te schatten op gegevens 2020 en de resultaten te vergelijken met hetzelfde model geschat op 2019-data. Qua normbedragen ontwikkelt het model zich minder stabiel dan gebruikelijk. Het gebruik van de 2020-data resulteert in relatief hogere normbedragen voor ouderen en lagere voor de verzekerden met meerjarige lage kosten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat relatief veel meer ouderen dan jongeren met hun zorgkosten sowieso boven de 385 euro uitkomen, waardoor een kostendaling (vrijwel) geen effect heeft op de eigen betalingen voor deze groep op grond van het verplicht eigen risico.

3.3.2 Stabieleit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2023

Het uitgangsmodel 2023 wijkt op een punt af van het model 2022. De indeling forfaitair/niet-forfaitair is aangepast aan de nieuwe FKG's en de aanpassing van MHK en MVV voor Wlz-bewoners. Door de uitbreiding van de FKG's met de vijf FKG's voor de schilindicatoren neemt de omvang van de forfaitaire groep met ruim 1 miljoen verzekerdenjaren toe. Dit leidt zowel in de forfaitaire als in de niet-forfaitaire groep tot een afname van de gemiddelde eigen betaling (-11 respectievelijk -16 euro). De overstap van het model 2022 op het uitgangsmodel 2023 (beide op data-2020) heeft relatief grote gevolgen voor de normbedragen van leeftijd/geslacht en MHK. De GGAV van alle normbedragen bedraagt 2,1 euro.

De gevolgen voor de verevenende werking zijn beperkt. Op individuniveau neemt de R^2 toe van 35,2% naar 36,0%. De GGAA van alle sugroepen uit het model stijgt juist van 11,4 naar 15,0 euro. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de subgroepen zijn gebaseerd op het model 2022. Op verzekeraarsniveau is het beeld nagenoeg ongewijzigd. De R^2 stijgt met 0,1% naar 91,3% en de bandbreedte van de resultaten blijft 29 euro.

4. Aanvullende berekeningen vanwege corona

Een belangrijke vraag in het onderzoek was dit jaar of de nieuwe kostengegevens 2020 bruikbaar zijn voor het schatten van de normbedragen. Deze gegevens zijn immers beïnvloed door corona. In het onderzoek zijn met name effecten gevonden op de somatische zorgkosten. Daarom zijn extra berekeningen uitgevoerd om de bruikbaarheid van deze gegevens voor het somatische model en het model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico te toetsen.

4.1 Somatisch model

Om de bruikbaarheid van de kostengegevens 2020 te toetsen is het somatische model 2022 doorgerekend op kostendata van 2018, 2019 en 2020. De bijbehorende OT-bestanden zijn daarbij zo aangepast dat alle vereveningscriteria de definitie van model 2022 volgen.

Met betrekking tot de normbedragen is de conclusie enerzijds dat deze op de 2020-data ten opzichte van die op de 2019-data voor ouderen wat dalen en anderzijds wat stijgen voor verzekerden ingedeeld bij FKG>0, DKG>0 MHK>0 en MFK>0. Dit laatste is consistent met het feit dat vooral chronisch zieken een relatief grote kans op coronakosten hebben. Gecombineerd met de relatief lagere normbedragen voor ouderen – en dus hogere normbedragen voor jongeren – geeft dit aan dat het vooral gaat om jonge chronisch zieken terwijl gezonde ouderen een kleinere kans op coronakosten hebben. Overall zijn de veranderingen in normbedragen echter niet groter dan de afgelopen jaren en zelfs veel kleiner dan de 15 à 20 euro per verzekerdenjaar die zijn gevonden met de 2016-data en eerder.

Met betrekking tot de verevenende werking blijkt dat de somatische kosten van 2020 weliswaar verstoord zijn door de coronapandemie, maar dat dit beperkte gevolgen heeft voor de verevenende werking, mits de verevenende werking niet beoordeeld wordt op de kosten van 2020 zelf maar op die van een jaar eerder. De verschuivingen in vereveningsbijdragen van de individuele verzekeraars wanneer 2020- dan wel 2019-normbedragen worden toegepast op hun prevalenties van 2019 zijn niet groter (zelfs kleiner) dan bij toepassing van 2019- en 2018-normbedragen op de prevalenties van 2018 (als benchmark). Daarmee lijkt er geen bezwaar voor de berekening van vereveningsbijdragen op basis van normbedragen geschat op de 2020-data.

4.2 Eigen-risicomodel

Ook bij het eigen-risicomodel is een belangrijke vraag of de 2020-data bruikbaar zijn voor het berekenen van de normbedragen van 2023. Daarbij is het voor verzekeraars van belang wat de impact zou zijn van een andere set van normbedragen op de normatieve eigen betalingen voor hun portefeuille. Om hiervan een indruk te krijgen zijn in een aanvullende analyse de normbedragen geschat op 2019-data en die geschat op 2020-data voor elke verzekeraar gecombineerd met zijn prevalenties van de 72 risicoklassen in de 2019-data. Dat leverde voor elke verzekeraar twee verschillende uitkomsten van de normatieve eigen betalingen, die niet beïnvloed zijn door verschillen tussen de twee jaren in portefeuillesamenstelling. Na een generieke schaling bleken de twee uitkomsten gemiddeld 0,42 eurocent per verzekerdenjaar van elkaar te verschillen. Kennelijk middelen de veranderingen in normbedragen op verzekeraarsniveau grotendeels uit, zodat er wat dit betreft geen bezwaar lijkt te zijn om de berekening van de normbedragen van 2023 zoals gebruikelijk te baseren op kostendata van jaar t-3, i.e. 2020.

Aandachtspunt is nog wel dat de eigen betalingen van de forfaitaire groep in de 2020-data met 0,5% dalen ten opzichte van 2019 terwijl die van de niet-forfaitaire groep met 6% dalen. Bij de ophoging van de eigen betaling op grond van het verplicht eigen risico naar de macro-opbrengst volgens het MPB van 2023, lijkt de (gebruikelijke) generieke bijstelling – van naar verwachting +3% – daarom niet verstandig. Een oplossing zou kunnen zijn om uit te gaan van de trends in de eigen betalingen van de twee groepen over de afgelopen drie jaar (-

0,02% respectievelijk -0,19%) en op basis daarvan de eigen betalingen in het onderzoeksbestand op te hogen om vervolgens op de gebruikelijke wijze de normbedragen van het eigen-risicomodel te berekenen.

5. Onderzoeksgegevens

5.1 Representativiteit / volledigheid

Er is een onderzoeksbestand opgebouwd met kostengegevens over 2020. De database BASIC2020 van Vektis is verrijkt met vereveningskenmerken (veelal afkomstig van het Zorginstituut). De dekking van BASIC2020 bedraagt 100%. De kosten en demografische kenmerken van BASIC2020 komen goed overeen met de informatie van het Zorginstituut. De kwaliteit en de volledigheid van de 2020-data lijken – na alle correcties, selecties en bewerkingen – per saldo op een licht hoger niveau te liggen dan die van de 2019-data, gebruikt voor het schatten van het vereveningsmodel 2022.

Bij de ziekenhuiszorg is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2020 en 2023 zeer beperkt zijn. Wel zijn vanwege lumpsum bedragen en omzetplafonds de kostengegevens, net als voorgaande jaren, representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door mediaanbedragen. Ook zijn de intramurale prijsarrangementen verwerkt.

Om het onderzoeksbestand met data van 2020 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2023 zijn de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2021-2023 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 voor 2019 (volgens de conversie) te koppelen aan de volume informatie van de DBC declaraties. Hierbij vindt een DBC-specifieke ophoging plaats gebaseerd op de ontwikkeling van de NZa-tarieven tussen 2019 en 2020.

5.2 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties in 2020 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse vergeleken met 2019. De patronen in 2020 lijken sterk op die in 2019 en eerdere jaren. De veranderingen zijn in het algemeen beperkt en de grotere veranderingen zijn doorgaans goed verklaarbaar. Dat geldt ook voor de (ver)nieuw(d)e vereveningscriteria en risicoklassen die bij de risicoverevening van 2023 betrokken zullen worden.

Op verzekeraarsniveau zijn de prevalenties redelijk stabiel over 2019-2020. Relatief grote verschuivingen in prevalenties tussen 2019 en 2020 kunnen goed worden verklaard door veranderingen in portefeuillesamenstellingen.

5.3 Ontwikkeling kostenpatronen

In de onderzoeksbestanden blijken de gemiddelde somatische kosten in 2020 ruim 100 euro lager dan in 2019. Dit is een gevolg van de coronapandemie. De kostenverschillen op individuniveau in termen van de variatiecoëfficiënt zijn met 6% gestegen.

Gecorrigeerd voor de overall kostendaling lijken de somatische kosten zich op het niveau van de risicoklassen globaal genomen stabiel te hebben ontwikkeld dan de afgelopen jaren. Bij de risicoklassen met duidelijke ontwikkelingen in de zorgkosten is meestal een goede verklaring te geven zoals effecten van de coronapandemie, veranderingen in de prevalenties, stringenter beleid of prijsmutaties.

Op het niveau van de 20 risicodragers blijken de somatische kosten zich minder stabiel te hebben ontwikkeld dan in het verleden. Gecorrigeerd voor de overall kostendaling veranderen de gemiddelde kosten tussen -136 en +162 euro. De bandbreedte is daarmee ongeveer twee derde groter dan vorig jaar. De grotere fluctuatie in kosten kan zowel een gevolg zijn van de coronapandemie als van de grotere selectiviteit van de groep overstappers.

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 2019-op-2020. Afwijkingen zijn in de regel verklaarbaar. In het oog springen de grote kostenveranderingen bij de FKG voor chronische stemmingsstoornissen complex, de hogere psychische DKG's (10 t/m 18), regio en de hoogste MHK-klasse.

De kostenverschillen op individuniveau zijn slechts licht gestegen (+0,9%). Hier zien we dus nauwelijks gevolgen van de coronapandemie. Op verzekeraarsniveau is de bandbreedte van de verandering van de kosten per verzekerde over 2019-2020 stabiel. Deze bedraagt 41 euro (van -13 tot +28 euro). Vorig jaar kwam de bandbreedte uit op 40 euro. De GGAV is 5,3 euro tegenover 7,4 euro vorig jaar.

De conversie (overstap naar ZPM-tarieven) doet de stijging van de gedeclareerde kosten van 2019 op 2020 met 5,8% (meer dan) teniet. In de onderzoeksbestanden zijn de gemiddelde kosten 2020 daarmee vrijwel gelijk aan die van 2019.

5.4 Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico

Voor de kosten onder het verplicht eigen risico van 385 euro geldt dat de frequentieverdelingen duidelijk verschillen van het bestand dat vorig jaar is gebruikt om het model 2022 te schatten. Het percentage verzekerden dat het

eigen risico volmaakt is bij de niet-forfaitaire groep gedaald met 0,6 procentpunt en bij de forfaitaire groep met 2,1 procentpunt. Overall daalt de gemiddelde eigen betaling met ongeveer 7,5 euro (-3%): voor de niet-forfaitaire groep is dat 11 euro (-6%) en voor de forfaitaire groep 2 euro (-1%). Dit komt doordat in de forfaitaire groep veel meer verzekerden sowieso met hun zorgkosten boven de 385 euro uitkomen, waardoor een kostendaling (vrijwel) geen effect heeft op de eigen betalingen als gevolg van het verplicht eigen risico.

De gemiddelde eigen betalingen per leeftijdsgroep wijken in de 2020-data sterker af van die in de 2019-data dan gebruikelijk. In tegenstelling tot voorgaande jaren is er voor 65-plussers sprake van (relatieve) stijgingen en voor 65-minners van (relatieve) dalingen. De geringere stabiliteit van de eigen betalingen op grond van het verplicht eigen risico komt ook tot uitdrukking in de GGAV voor de uitsplitsing naar leeftijd/geslacht. Deze bedraagt nu 3,2 euro, terwijl dat al jaren rond de 1,0 euro schommelt.