
WOR 1005

Betreft: Advies aan de Minister voor Medische Zorg en Sport over de vormgeving van de vereveningsmodellen voor 2021
Van: Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum: augustus 2020

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)¹ over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2021. De voorgestelde vormgeving van de drie deelmodellen voor de somatische kosten, GGZ en het eigen risico – aangeduid als ‘uitgangsmodellen’ – is in de Overall Toets 2021 doorgerekend. Er zijn in deze Overall Toets geen aanpassingen gedaan die verband houden met corona. Argumentatie hierbij is dat eventuele aanpassingen geen garantie geven dat de (voorspelde) samenhangen die de modellen beschrijven (en hiermee de normbedragen) beter worden. Een verbetering door aanpassing is hier onzeker.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de risicovereveningsmodellen voor 2021 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de bevindingen van de Overall Toets (OT) besproken. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de gegevensfase. Dit vormt de onderbouwing van het advies.

2. Conclusie en advies

De doorgerekende modellen geven voldoende stabiele normbedragen. De grotere mutaties zijn verklaarbaar. De verevenende werking van de modellen voor de somatische zorg en het eigen risico laten een vergelijkbaar beeld zien met vorig jaar. Bij de GGZ is de aansluiting tussen de werkelijke en de voorspelde kosten iets minder goed dan vorig jaar. Daarnaast zijn er enkele beleidswijzigingen in de GGZ die invloed hebben op het model voor de GGZ. Het gaat om de volgende wijzigingen:

- Openstellen van de Wlz voor patiënten met een psychische grondslag;
- Verhoging van het vergoedingspercentage van de HKC naar 90%.
- Invoering van het nieuwe bekostigingsmodel per 2022 en de bijhorende eenmalige vermindering van de schadelast.

Voor het model van de somatische kosten adviseert de WOR:

- het FKG-criterium aan te passen naar aanleiding van onderhoud aan de EHK-clusters (1 extra klasse);
- het DKG-criterium aan te passen naar aanleiding van grootonderhoud (3 extra klassen);

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.

- het HKG-criterium aan te passen naar aanleiding van grootonderhoud (4 extra klassen);
- het regiocriterium te actualiseren;
- rekening te houden met de het openstellen van de Wlz voor patiënten met een psychische grondslag.

Voor het GGZ-model adviseert de WOR:

- uit te gaan van de aangepaste GGZ-kosten van de 750 intramurale GGZ-gebruikers vanwege de verwachte uitstroom naar de Wlz.
- rekening te houden met de verhoging van het vergoedingspercentage van de HKC naar 90%;
- het regiocriterium te actualiseren;
- rekening te houden met de schadelastvermindering.

Voor het eigen risico model adviseert de WOR:

- uit te gaan van de gewijzigde afbakening van de forfaitaire groep naar aanleiding van het regulier onderhoud aan de EHK-klassen binnen het FKG-criterium, het grootonderhoud van de HKG's en DKG's,
- uit te gaan van de actualisatie van het regiocriterium ;
- rekening te houden met de schadelastvermindering
- uit te gaan van de aangepaste GGZ-kosten van de 750 intramurale GGZ-gebruikers vanwege de verwachte uitstroom naar de Wlz.

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 2017 naar 2018)
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 2017 naar 2018) is onderzocht door het vereveningsmodel 2020 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2018 (representatief gemaakt voor 2021) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2020 op de kostengegevens uit 2017 (representatief gemaakt voor 2020).

Toepassing van de nieuwe gegevens leidt tot beperkte verschuivingen in de normbedragen. De grootste veranderingen treden op binnen de vereveningscriteria's: MVV, leeftijd/geslacht, FKG's, MHK en pDKGs. Deze

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 34,4% naar 33,4% en de CPM van 33,5% naar 33,3%). Op subgroepniveau is sprake van een beperkte verbetering van de GGAA. Op verzekeraarsniveau is er sprake van een verbetering. De R^2 stijgt licht van 98,9% naar 99,0%. De bandbreedte neemt aanzienlijk af van 302 euro naar 255 euro.

3.1.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling Uitgangsmodel 2021

Stabiliteit criteria

Ter toetsing van de stabiliteit van de aangepaste vereveningscriteria is het Uitgangsmodel 2021 doorgerekend op zowel 2017-data als 2018-data.

De normbedragen voor de aangepaste criteria FKG, DKG, HKG en regio 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.

Voor de nieuwe EHK-clusters komen de verschillen overeen met de bevindingen van het betreffende partiële onderzoek (WOR 992, Tabel 8) en voor de andere FKG's (met name FKG16, 20, 25 en 26, naast FKG33) met die van de Pre-OT (WOR 990, Tabel A.1). Per saldo leiden de aanpassingen aan het model 2020 in beide datajaren tot een afgenomen invloed van het FKG-criterium, wat vooral te maken heeft met de vernieuwing van de DKG's.

Bij de DKG's is de gebruikelijke stabiliteits-toets in dit geval niet mogelijk omdat de DKG-indeling van 2020 onvergelykbaar is met die van 2021. In beide jaren hebben de nieuwe DKG's meer impact op de verevening dan de p/sDKG's samen. In lijn met de kostenontwikkelingen treden van 2017-op-2018 ook grote veranderingen op bij DKG24 voor maligniteit huid/melanoom (-22%) en DKG26 voor hemofilie structureel (-15%). Voor DKG24 kunnen de beperkte omvang (1.500 verzekerden) en prevalentiestijging (+16%, zie WOR 1000 hoofdstuk 3) een rol spelen. De daling bij DKG26 is ook zichtbaar bij pDKG14. Ook voor de meeste andere DKG's gaan de normbedragen omlaag. De gewogen gemiddelde absolute verandering in normbedragen (GGAV) voor de nieuwe DKG's is 22 euro, tegenover $12 + 6 = 18$ euro voor de p/sDKG's gezamenlijk. Dit is echter conform verwachting omdat verzekerden nu bij meer dan twee DKG's kunnen zijn ingedeeld; de ruim 20% hogere GGAV spoort goed met de 25% hogere frequentie van positieve DKG's bij de nieuwe indeling ten opzichte van de oude.

Met betrekking tot de HKG zijn er vergelijkbare patronen te zien in de twee datajaren. Vooral de afname bij HKG9 valt op. De verklaring is dat verzekerden per 2021 bij meerdere HKG's tegelijk kunnen worden ingedeeld: ruim 80% van de groep die in de 2018-data bij HKG9 is ingedeeld, is tevens ingedeeld bij HKG5, 6, 7 en/of 8.

Voor de normbedragen van het regiocriterium is het patroon globaal hetzelfde in beide jaren. Ook zijn de veranderingen in normbedragen geschat op 2018 van het vereveningsmodel 2020 naar het Uitgangsmodel 2021 klein, met een GGAV voor de regiocriteria van 2,9 euro.

De GGAV van alle normbedragen als gevolg van de modelwijzigingen is voor 2017 14 euro en voor 2018 15 euro (vorig jaar: 10 en 9 euro).

Verevenende werking

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2021 is op individuniveau verbeterd ten opzichte van het model 2020. Op individuniveau stijgt de R^2 van 33,4% naar 34,5% en de CPM van 33,3% naar 33,8%. Het aantal verzekerden met negatieve normkosten daalt licht in beide jaren onder het nieuwe model. Ook op subgroepniveau is sprake van verbeteringen, behalve voor de groep verzekerden met de 15% laagste kosten in jaar t-3, waarvoor het resultaat 2 euro verder van 0 komt te liggen. Ten slotte leidt de overstap van het model 2020 op het Uitgangsmodel 2021 op verzekeraarsniveau nauwelijks tot veranderingen: de R^2 en GGAA blijven (vrijwel) gelijk en de bandbreedte neemt iets toe. De GGARV laat zien dat ook de financiële resultaten op verzekeraarsniveau beperkt wijzigen. De waarde die we nu vinden (2,1 euro) ligt onder die van de afgelopen drie jaar.

Op basis van deze bevindingen en conclusies achten wij (het patroon in) de normbedragen voor de betreffende risicoklassen alsmede het effect op de normbedragen van de overige risicoklassen en op de verevenende werking stabiel.

3.2 Vereveningsmodel voor de GGZ-kosten

3.2.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2017 naar 2018) is bepaald door het model 2020 te schatten op de nieuwe gegevens uit 2018 en dit te vergelijken met de resultaten geschat met data uit 2017. De vergelijking laat zien dat de normbedragen van het GGZ-model 2020 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 regiocriterium. De GGAV in normbedragen komt net als vorig jaar uit op 4,7 euro.

De meeste kengetallen voor de verevenende werking laten hier een beperkte verslechtering zien. De R^2 op individu niveau daalt van 22,4% naar 22,3%. Net als andere jaren is de R^2 beduidend lager dan de CPM die daalt van 29,9% naar 29,7%. 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 duidelijke verslechtering. De R^2 daalt van 97,6% naar 94,0%. De bandbreedte neemt toe van 28,5 euro naar 52,8 euro. Oorzaak is dat het resultaat van twee van de vier grootste verzekeraars in de 2018-data sterker afwijkt van 0 dan in de 2017-data. Voor één van deze verzekeraars heeft dat te maken met een relatief grote verandering van de gemiddelde GGZ-kosten.

3.2.2 Beoordeling uitgangsmoedel(en) 2021

Voor het GGZ-moedel zijn meerdere modellen 2021 doorgerekend. Eerst bespreken we het moedel geschat op data van 2018 exclusief de kosten van 750 dure GGZ-gebruikers die naar verwachting uitstromen naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Ten tweede bespreken we het uitgangsmoedel 2021 met het geactualiseerde regiocriterium en ten derde dit moedel met toepassing van 90% Hoge Kosten Compensatie (HKC). Het moedel met een HKC van 75% bespreken we hier niet, omdat de besluitvorming over het percentage HKC al heeft plaats gevonden. Ten slotte bespreken we het moedel met de verwachte schadelastvermindering als gevolg van de 'harde knip' bij invoering van het zorgprestatiemoedel met ingang van 2022.

3.2.2.1 Moedel 2020 geschat op data van 2018 exclusief de kosten van 750 dure GGZ-gebruikers

Met ingang van 2021 wordt de grondslag 'psychische stoornis' toegevoegd aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Gevolg is dat mensen met een psychische stoornis in meer gevallen dan nu een beroep kunnen doen op zorg vanuit de Wlz. Als gevolg hiervan zullen per 1 januari 2021 naar verwachting circa 750 dure patiënten met gemiddelde kosten van ongeveer 100.000 euro vanuit de intramurale GGZ-Zvw instromen in de Wlz. Omdat op basis van de beschikbare informatie niet exact te bepalen is wie in de Wlz zal belanden, is een simulatie uitgevoerd waarbij 750 patiënten uit het onderzoeksbestand zijn geselecteerd en waarvan de GGZ-kosten op 0 zijn gezet.

De verwachte uitstroom van 750 personen met hoge GGZ-kosten naar de Wlz leidt tot een forse kostendaling. Gemiddeld genomen is het effect op de normbedragen relatief beperkt (GGAV: 1,2 euro). Wel treden grote verschuivingen op bij de hogere psychische DKG's. Het effect op de verevenende werking is gemengd. Op individuniveau nemen de R^2 en CPM met respectievelijk 0,7 en 0,2 procentpunt af. Op subgroepniveau en verzekeraarsniveau zijn dalingen van de GGAA van respectievelijk 5 euro en 0,20 euro waarneembaar. Op verzekeraarsniveau blijft de R^2 gelijk en neemt de bandbreedte licht af. De onderste regel (GGARV = 50 eurocent per verzekerdenjaar) laat ten slotte zien dat de impact van het buiten beschouwing laten van de kosten van de naar verwachting 750 naar de Wlz uitstromende GGZ-gebruikers op de financiële resultaten van verzekeraars beperkt is.

3.2.2.2 Wijzigingen moedel 2020 t.o.v. 2021

De enige aanpassing in het Uitgangsmoedel 2021 ten opzichte van het moedel 2020 betreft de actualisatie van het regiocriterium. Het effect hiervan op de normbedragen is minimaal: de totale absolute verandering in normbedragen tussen het Uitgangsmoedel 2021 en moedel 2020 (exclusief de kosten van 750 GGZ-gebruikers die naar verwachting uitstromen naar de Wlz) is gemiddeld 0,5 euro per verzekerdenjaar. Qua verevende werking zien we op individu- en subgroepniveau vrijwel geen veranderingen optreden. De R^2 en CPM op individuniveau blijven gelijk met 21,6% respectievelijk 29,5%. Op verzekeraarsniveau stijgt de R^2 van 94,0% naar 94,3%. Ook zien we kleine verschuivingen in financiële resultaten voor individuele risicodragers (GGARV: 0,4 euro).

3.2.3.3 Uitgangsmodel 2021 met toepassing van 90% HKC

Bij de modelvariant met HKC is een drempelwaarde gehanteerd van 90.330 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 2018-data komen ruim 3.600 verzekerdenjaren terecht in de HKC-pool en gaat er in totaal circa 125 miljoen euro om in deze pool. Onderstaande overzicht geeft meer inzicht in de effecten van de HKC

Gemiddelde GGZ-kosten zonder HKC	294 euro
Gemiddelde GGZ-kosten met HKC	285 euro
Drempelwaarde	90.330 euro
#verzekerdenjaren HKC-pool	3.654
Kosten macroniveau HKC-pool	125 miljoen (3,1% 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 1,8 euro. De kengetallen voor de verevenende werking op individu- en subgroepniveau laten een verbetering zien, terwijl deze op verzekeraarsniveau vrijwel gelijk blijven. De R^2 stijgt naar van 21,6% naar 23,8% en de GGAA voor alle subgroepen daalt met 12 euro. De CPM is bijna gelijk gebleven wat in overeenstemming is met het feit dat de HKC effect heeft voor de verzekerden met hoge kosten. De R^2 op verzekeraarsniveau blijft gelijk en we zien een kleine daling van de bandbreedte van 51,4 euro naar 50,8 euro.

3.2.2.4 Uitgangsmodel met de verwachte éénmalige schadelastvermindering

Op macroniveau bedraagt de verwachte schadelastvermindering als gevolg van de 'harde knip' bij invoering van het zorgprestatiemodel per 1-1-2022 in dit onderzoek circa 1,4 miljard euro. Het effect op de normbedragen is substantieel.

Qua verevenende werking leidt de schadelastvermindering tot een gemengd beeld. Op individuniveau dalen de R^2 en de CPM naar 20,3% respectievelijk 25,9% (was 21,6% en 29,5%). De afgenomen voorspelkracht van het model op individuniveau laat zien dat kosten vooral 'verdwenen' zijn bij dure verzekerden van wie de hoge kosten redelijk werden opgepikt door morbiditeitscriteria. Op verzekeraarsniveau daalt de R^2 van 94,3% naar 92,5%, maar daalt de bandbreedte van 51,4 naar 29,9 euro.

3.2.2.5 Uitgangsmodel met toepassing van HKC 90% en verwachte schadelastvermindering

In deze paragraaf vergelijken we het model waarin zowel HKC 90% als de verwachte schadelastvermindering zijn meegenomen met het model waar enkel van de verwachte schadelastvermindering is uitgegaan. De toevoeging van de HKC 90% resulteert in een verlaging van enkele normbedragen vergeleken met het model met enkel de schadelastvermindering. De verschillen zijn, zoals verwacht, het grootste voor de klassen met hoge normbedragen zoals de hogere psychische DKG's en meerjarig hoge kosten groepen.

De verevenende werking van dit model laat een verbetering zien t.o.v. het model met enkel de schadelastvermindering. De R^2 neemt toe van 20,3% naar 20,9%,

terwijl de CPM gelijk blijft met 25,9%. De verbetering is ook te zien op subgroepniveau waar de GGAA daalt van 142 naar 132 euro. Op verzekeraarsniveau stijgt de R^2 met 0,3 procentpunt van 92,5% naar 92,8% en neemt de bandbreedte nog verder af van 29,9 naar 28,9 euro.

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 op de nieuwe 2018-data geeft nagenoeg dezelfde normbedragen. De meeste kengetallen voor de verevenende werking blijven gelijk of verbeteren licht. Zo stijgt de R^2 op individu niveau van 33,6% naar 33,7%. De GGAA op alle subgroepen blijft 9,5 euro. Op verzekeraarsniveau daalt de R^2 licht van 93,2% naar 92,7% en blijft de bandbreedte 25 euro. De GGAA blijft ook gelijk en komt uit op 3,0 euro.

3.3.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling Uitgangsmodel 2021

De belangrijkste verschillen tussen het model 2020 en het Uitgangsmodel 2021 betreffen de actualisatie van het regiocriterium (somatisch) en de gewijzigde afbakening van de forfaitaire groep die voortvloeit uit de aanpassingen die zijn doorgevoerd bij de EHK-klassen, DKG's (somatisch) en HKG's. Bij de doorrekening van het Uitgangsmodel 2021 is tevens rekening gehouden met de uitstroom van naar verwachting 750 GGZ-gebruikers naar de Wlz; voor deze groep zijn de GGZ-kosten op nul gezet. De aanpassingen bij de EHK-klassen, HKG's en DKG's leiden tot een stijging van de omvang van de forfaitaire groep met bijna 70.000 verzekerdenjaren en een lichte daling van de gemiddelde eigen betaling in de forfaitaire en niet-forfaitaire groepen.

De overstap van het model 2020 op het Uitgangsmodel 2021 (beide op data-2018) heeft nauwelijks effect op de normbedragen. De GGAV van alle normbedragen bedraagt 0,33 euro. De grootste verandering treedt op bij leeftijd/geslacht.

De gevolgen voor de verevenende werking zijn zeer beperkt. Op individuniveau blijft de verevenende werking gelijk (R^2 is 33,7%). Op verzekeraarsniveau is het beeld ook ongewijzigd. De R^2 blijft 92,7% en de GGAA van de resultaten blijft gelijk met 3 euro en de bandbreedte van de resultaten blijft eveneens gelijk en bedraagt 25 euro.

4 Onderzoeksgegevens

4.3 Representativiteit / volledigheid

Er is een onderzoeksbestand opgebouwd met kostengegevens over 2018. Hiertoe is de database BASIC2018 van Vektis verrijkt met vereveningskenmerken (veelal afkomstig van ZINL). De dekking van BASIC2018 bedraagt 100%. De kosten en demografische kenmerken van BASIC2018 komen goed overeen met de informatie van ZINL. De kwaliteit en de volledigheid van de 2018-data lijken, na alle correcties en bewerkingen, per saldo op een hoger niveau te liggen dan die van de 2017-data.

Bij de ziekenhuiszorg is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de

veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2018 en 2021 beperkt zijn. Wel zijn vanwege lumpsum bedragen en omzetplafonds de kostengegevens representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door mediaanbedragen. Vektis heeft verder nog twee correcties uitgevoerd om de kosten representatief te maken voor 2021, te weten: (1) de kosten parenterale zorg en van geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher separaat in het bestand toegevoegd omdat deze per 2021 van de extramurale farmacie worden overgeheveld naar de intramurale zorg en (2) verwerking van de prijsarrangementen 2018 voor enkele dure verstreekte geneesmiddelen.

In tegenstelling tot voorgaande jaren zijn voor wat betreft de geneeskundige GGZ de gegevens niet van het ZIN ontvangen, maar van Vektis. In het aangeleverde bestand waren de DBC-declaraties over 2018 reeds gekoppeld met de (landelijke) maximumtarieven van 2018 zoals bepaald door de NZa. Vervolgens zijn de bedragen geaggregeerd naar verzekerdsniveau en de kosten van de Generalistische Basis GGZ en van de langdurige GGZ (LGGZ) vanuit BASIC erbij opgeteld.

Om het onderzoeksbestand met data van 2018 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2021 zijn de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2019-2021 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. De kosten van huisartsenzorg en verloskunde zijn aangepast vanwege de veranderingen per 2019 in de postcodes die zijn aangewezen als opslagwijk, waarvoor hogere tarieven gelden voor de betreffende zorgverleners. Verder zijn de kosten van ziekenvervoer aangepast vanwege de budgetverschuivingen tussen RAV-regio's van 2018-op-2019 voor ambulancevervoer. Ten slotte is rekening gehouden met de prijsarrangementen voor extramuraal voorgeschreven dure geneesmiddelen. Overigens zijn hierbij alleen de prijsarrangementen die betrekking hebben op 2018 in de kosten verwerkt, omdat voldoende gedetailleerde informatie over latere jaren nog niet beschikbaar was.

4.4 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties in 2018 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse vergeleken met 2017. De patronen in 2018 lijken sterk op die in 2017. De veranderingen van 2017 op 2018 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 2021 betrokken zullen worden. Het aantal volmachten is van 2017-op-2018 verder gedaald, van tien naar drie. Dit komt de kwaliteit van de BASIC-data ten goede. Relatief grote verschuivingen in prevalenties tussen 2017 en 2018 op verzekeraarsniveau kunnen meestal goed worden verklaard door veranderingen in portefeuillesamenstellingen.

4.5 Ontwikkeling kostenpatronen

De kostenpatronen bij de vereveningscriteria zijn in 2018 bij de somatische zorg vergelijkbaar met de kostenpatronen in 2017. Opvallende veranderingen zijn veelal verklaarbaar. Bij de risicoklassen met duidelijke ontwikkelingen in de zorgkosten is meestal een relatie te leggen met de ontwikkeling van de prevalenties.

Opvallend is dat de bandbreedte van de veranderingen van de kosten per verzekerde op verzekeraarsniveau ruim is verdubbeld ten opzichte van vorig jaar en daarmee terug op het niveau van 2015-2016. Oorzaak hiervoor is dat portefeuilles wat meer van samenstelling zijn veranderd. Dit speelt het meest bij de kleinere verzekeraars. Dit blijkt uit de GGAV die dit jaar met 34 euro nagenoeg gelijk is aan de score van vorig jaar (36 euro).

De gemiddelde GGZ-kosten (18+) per enkelvoudige risicoklasse die worden onderscheiden in het model van 2020 blijken over het algemeen eveneens redelijk stabiele patronen te vertonen van 2017-op-2018. Op verzekeraarsniveau is de bandbreedte van de verandering van de kosten per verzekerde stabiel. Deze bedraagt 52 euro tegenover 50 euro vorig jaar. Wel zijn binnen de bandbreedte wat meer duidelijke mutaties zichtbaar dan vorig jaar. Hierdoor loopt de GGAV op van 5,2 naar 6,4.

4.6 Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico

Voor de kosten onder het verplicht eigen risico van 385 euro geldt eveneens dat de patronen in de 2018-data goed vergelijkbaar zijn met die in de 2017-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 2020. Dat geldt voor zowel de forfaitaire groep als de niet-forfaitaire groep (volgens de definitie van het vereveningsmodel van 2020).

Opmerkelijk is verder dat, in tegenstelling tot de afgelopen twee jaar, het percentage verzekerden dat het eigen risico van 385 euro volmaakt, niet verder stijgt.