

Onderzoek risicoverevening 2023: Gegevensfase

Onderzoek ten behoeve van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

ESHPM-projectteam risicoverevening *

Definitieve eindrapportage, 30 september 2022 **

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
Erasmus Universiteit Rotterdam

**Erasmus School of
Health Policy
& Management**



* Samenstelling projectteam (in alfabetische volgorde): D. Cattel, F. Eijkenaar, M. Oskam, A. Panturu, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet.

** Met dank aan de leden van de WBR en de WOR voor hun commentaar op eerdere versies van dit rapport.

Vooraf

Het risicovereveningssysteem vervult een cruciale rol in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het beoogt risicoselectie tegen te gaan, een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren en hen daarmee te stimuleren tot doelmatige zorginkoop. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 is het vereveningsmodel aanzienlijk uitgebreid en verbeterd. Dit gebeurt in een jaarlijkse cyclus van verschillende deelonderzoeken.

De onderzoekscyclus ter bepaling van de normbedragen 2023 bestond uit vier fasen:

1. 'Pre Overall Toets' (Pre-OT, WOR 1102): in deze fase is de gezamenlijke invloed van aanpassingen in het somatisch model onderzocht op basis van het onderzoeksbestand met (oude) kostendata van 2019. Concreet ging het om de geüpdatete EHK-clusters, een nieuw vereveningscriterium voor 'bevallen in het vereveningsjaar', vijf nieuwe FKG's voor schilverzekerden en een aanpassing van de restricties op Wlz-bewoners ter voorkoming van negatieve normkosten voor deze groep. In de Pre-OT is vooral gekeken naar het effect op de normbedragen en verevenende werking.
2. 'Gegevensfase' (WOR 1108): in deze fase zijn nieuwe onderzoeksgegevens (onder andere kostengegevens van 2020) gecontroleerd en bewerkt. Dit heeft geresulteerd in verschillende onderzoeksbestanden die – in fase 3 en fase 4 – zijn gebruikt om de vereveningsmodellen te schatten voor de somatische zorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en eigen betalingen onder het verplicht eigen risico.
3. 'Overall Toets' (OT, WOR 1109): deze fase bestond uit schatting van de vereveningsmodellen van 2022 op de nieuwe onderzoeksgegevens, toetsing van de stabiliteit van de aangepaste en nieuwe vereveningscriteria, actualisering van het GGZ-regiocriterium en doorrekening plus beoordeling van de Uitgangsmodellen voor 2023.¹
4. 'Berekening Normbedragen' (WOR 1110): in deze fase zijn de definitieve vereveningsmodellen voor 2023 doorgerekend, met als resultaat de definitieve normbedragen.

Elk van deze vier deelonderzoeken komt aan de orde in een afzonderlijke rapportage. De voorliggende rapportage doet verslag van de Gegevensfase.

¹ In de WBR is besloten om het somatisch regiocriterium dit jaar niet te actualiseren. De reden daarvoor is dat actualisatie op de kostendata van 2020 er toe zou kunnen leiden dat het regiocriterium verstoringen in regionale kostenvariatie als gevolg van de coronapandemie oppikt. In de 2023-modellen voor somatische zorg en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico wordt daarom het somatisch regiocriterium van 2022 gebruikt. Het GGZ-regiocriterium is wél geactualiseerd op 2020-data; de uitkomsten van onze analyses in de Gegevensfase vormen namelijk geen aanleiding om van de gebruikelijke aanpak af te wijken.

Inhoud

Afkortingen	1
Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	11
2. Data	13
2.1. Inleiding.....	13
2.2. Verschillen 2020-data ten opzichte van 2019-data	13
2.3. Beschikbare databestanden	14
2.4. Selecties.....	20
2.5. Bewerking van kosten.....	22
2.6. Kosten in onderzoeksbestanden.....	28
2.7. Conclusies.....	29
3. Ontwikkeling prevalenties vereveningscriteria	31
3.1. Inleiding.....	31
3.2. FKG's gebaseerd op farmacierecepten van 2019.....	31
3.3. DKG's gebaseerd op DBC's van 2019 en eerder.....	36
3.4. HKG's gebaseerd op hulpmiddelengebruik in 2019	39
3.5. Aard van het inkomen (AVI).....	41
3.6. Regioclusters (somatisch en GGZ).....	42
3.7. Sociaaleconomische status (SES) en personen per adres (PPA)	42
3.8. Meerjarig hoge kosten (MHK) gebaseerd op gegevens van 2015-2019.....	44
3.9. FDG's gebaseerd op fysiotherapiediagnosen van 2019.....	48
3.10. Meerjarige V&V-kosten (MVV) gebaseerd op V&V-kosten van 2017-2019	49
3.11. Tijdelijke vereveningscriteria.....	51
3.12. Aanvullende analyses op verzekeraarsniveau	53
3.13. Conclusies.....	55
4. Kosten somatische zorg per risicoklasse van het model	59
4.1. Inleiding.....	59
4.2. Leeftijd/geslachtklassen.....	61
4.3. FKG's	62
4.4. DKG's.....	65
4.5. HKG's.....	66
4.6. AVI-klassen	67
4.7. Regioclusters.....	68
4.8. SES- en PPA-klassen.....	69
4.9. MHK-klassen	71
4.10. FDG's	72

4.11. MVV-klassen	73
4.12. Tijdelijke vereveningscriteria en bevellingen	74
4.13. Samenvattend overzicht	75
4.14. Conclusies	76
5. Kosten GGZ per risicoklasse van het model.....	81
5.1. Inleiding.....	81
5.2. Leeftijd/geslachtklassen.....	82
5.3. Psychische FKG's	83
5.4. Psychische DKG's	84
5.5. AVI-klassen	85
5.6. Regioclusters.....	86
5.7. SES- en PPA-klassen.....	87
5.8. MHK-klassen	88
5.9. Samenvattend overzicht	90
5.10. Conclusies	91
Referenties	99

Afkortingen

AVI	Aard Van het Inkomen (vereveningscriterium, in interactie met leeftijd)
BASIC	Databestand met zorgkosten en kenmerken van Zvw-verzekerden
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CV	Coefficient of Variation (maatstaf voor variatie in een bepaalde grootheid)
CVRM	Cardiovasculair Risicomanagement
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DKG	Diagnosekostengroep (vereveningscriterium)
EHK	Extreem Hoge Kosten voor specifieke, dure geneesmiddelen (4 risicoklassen binnen het FKG-criterium)
ELV	Eerstelijnsverblijf
ESHPM	Erasmus School of Health Policy & Management
FDG	Fysiotherapiediagnosegroepen (vereveningscriterium)
FKG	Farmaciekostengroepen (vereveningscriterium)
GGAV	Gewogen Gemiddelde Absolute Verandering (veelal tussen de kosten of prevalenties van twee jaren, beoordelingsmaatstaf)
GGZ	(Geneeskundige) Geestelijke Gezondheidszorg (inclusief 2 ^{de} en 3 ^{de} jaar intramurale GGZ, voorheen aangeduid met IGGZ)
GRZ	Geriatrische Revalidatiezorg
HKG	Hulpmiddelenkostengroepen (vereveningscriterium)
HSM	Historische Somatische Morbiditeit (tijdelijk vereveningscriterium)
IBZ	Indicator voor Bevalling of Zwangerschap (vereveningscriterium)
IC	Intensive Care
IKZ	Intensieve Kindzorg
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (risicoklasse van AVI)
MFK	Meerjarige extramurale Farmaciekosten (tijdelijk vereveningscriterium)
MHK	Meerjarig Hoge Kosten (vereveningscriterium)
MPB	Macroprestatiebedrag
MSVT	Medisch Specialistische Verpleging Thuis
MVV	Meerjarige V&V-kosten (vereveningscriterium)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OT	Overall Toets van het risicovereveningsonderzoek
PPA	Personen Per Adres (vereveningscriterium, in interactie met leeftijd)
QZ	Databestand van Vektis met detailinformatie over ziekenhuisnota's van Zvw-verzekerden, bevat ook de declaraties van GRZ en eerstelijnsdiagnostiek
RAV	Regionale Ambulance Voorzieningen (de 25 veiligheidsregio's waarin Nederland is opgedeeld)
SES	Sociaaleconomische Status (vereveningscriterium, in interactie met leeftijd)
Uzovi	Unieke zorgverzekeraarsidentificatie
V&V	Extramurale Verpleging en persoonlijke Verzorging (ook wel: wijkverpleging)
WBR	Werkgroep Beleid Risicoverevening
Wlz	Wet langdurige zorg
WOR	Werkgroep Onderzoek/Ontwikkeling Risicoverevening
ZG	Zintuiglijk Gehandicapten
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZPM	Zorgprestatie-model (voor bekostiging van GGZ, per 2022)
Zvw	Zorgverzekeringswet

Managementsamenvatting

Doelstelling

Deze rapportage doet verslag van de Gegevensfase van het onderzoek ten behoeve van de risicoverevening voor 2023. De doelstelling van de Gegevensfase is tweeledig:

1. het creëren van onderzoeksbestanden gebaseerd op kostendata van 2020 die gebruikt zullen worden om de vereveningsmodellen van 2023 te schatten voor de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico;
2. het inzichtelijk maken van de ontwikkelingen van 2019-op-2020 in prevalenties en kostenpatronen op het niveau van verzekeraars en van de risicoklassen van de modellen.

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen van de Gegevensfase samengevat voor wat betreft de data, prevalenties en kostenontwikkelingen per risicoklasse, waaronder die van de (ver)nieuw(d)e vereveningscriteria die in het vereveningsmodel van 2023 zullen worden opgenomen, i.e. de geüpdatete EHK-clusters, de nieuwe schilindicatoren die aan het FKG-criterium zijn toegevoegd, het nieuwe IBZ-criterium voor ja/nee bevallen in het vereveningsjaar en de gewijzigde definities van de psychische DKG's en MHK-GGZ vanwege de invoering per 1-1-2022 van het Zorgprestatie-model (ZPM) voor de honorering van GGZ-zorgverleners.

Data

Vanaf half februari 2022 tot begin juli 2022 is gewerkt aan de opbouw van de onderzoeksbestanden. Hiertoe heeft Vektis tientallen gegevensbestanden van de afzonderlijke zorgverzekeraars aangeleverd met kosten van extramurale zorgprestaties en verzekerdenkenmerken over 2020 uit het BASIC-informatiesysteem (kosten over acht kaskwartalen). Deze bestanden hebben wij gecontroleerd, bewerkt, gekoppeld en aangevuld met informatie over de vereveningscriteria, welke veelal zijn aangeleverd door het ZIN. De dekking van BASIC komt evenals de afgelopen jaren uit op 100% van de Zvw-populatie. Afgezien van de effecten van corona lijken de kwaliteit en volledigheid van de 2020-data – 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. Conform de aanpak van de afgelopen jaren zijn geen ophogingen voor balansposten toegepast. Ruim 400.000 records (>95% Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland) waren niet geschikt voor de analyses en zijn daarom verwijderd uit de onderzoeksbestanden.

De ziekenhuiskosten over 2020 in het somatisch onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis en hebben betrekking op negen kaskwartalen (WOR 1107). Er is geen conversie van DBC's uitgevoerd omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2020 en 2023 beperkt zijn; wel zijn de tarieven van een aantal zorgproductgroepen aangepast vanwege aanmerkelijke wijzigingen in de NZa-tarieven. Vektis heeft de DBC-declaraties gecombineerd met landelijke prijzen/tarieven en de resulterende kosten opgesplitst in relevante deelbedragen. Evenals voorgaande jaren is voor de berekening van kosten uitgegaan van mediaanbedragen per DBC en zijn de prijsarrangementen van 2020 voor een aantal dure, intramuraal verstrekte geneesmiddelen in de kosten verwerkt. In het resulterende databestand dat Vektis heeft aangeleverd zijn de volgende deelbedragen onderscheiden: DBC-zorgproducten A en B, add-ons IC, add-ons dure geneesmiddelen, eerstelijnsdiagnostiek en overige zorgproducten. Voorts bevat het bestand de kosten van geriatrische revalidatiezorg en tweedelijnsverloskunde. Informatie over de laatstgenoemde zorg is noodzakelijk omdat de kosten daarvan niet ten laste komen van het verplicht eigen risico en dus buiten beschouwing moeten blijven bij de schatting van het normatieve model voor de eigen betalingen onder het eigen risico. Ten slotte zijn de kosten van parenterale zorg, van geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher en van epoëtines en G-CSF in het bestand opgenomen omdat deze per 2021/2022 van de extramurale farmacie zijn overgeheveld naar de intramurale zorg.

De GGZ-kosten 2020 hebben we bepaald op basis van de DBC-declaraties voor geneeskundige GGZ over 27 kasmaanden, die zijn aangeleverd door het ZIN. De DBC-volumes zijn zoals gebruikelijk in eerste instantie gecombineerd met de (landelijke) maximumtarieven van 2020 vastgesteld door de NZa, waarna de geconverteerde kosten per verzekerde zijn berekend. In verband met de invoering per 1-1-2022 van het ZPM hebben we de kosten ook geconverteerd met ZPM-tarieven die onderzoeksbureau KPMG heeft berekend voor 2019 (WOR 1037) aangevuld met een DBC-specifieke bijstelling gebaseerd op de ontwikkeling van de NZa-tarieven tussen 2019 en 2020.

Om het onderzoeksbestand met data van 2020 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2023 hebben we de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2021-2023 in de kosten verwerkt. De kosten van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, die per 2022 volledig onder de Zvw valt, zijn aan het onderzoeksbestand toegevoegd. De kosten van ziekenvervoer zijn aangepast vanwege de budgetverschuivingen en -uitbreidingen per regio van 2020-op-2021 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 2020 in de kosten verwerkt omdat voldoende gedetailleerde informatie over latere jaren nog niet beschikbaar was.

Ontwikkelingen in prevalenties van vereveningscriteria

Na de controles en bewerkingen van de gegevens is de prevalentieontwikkeling per vereveningscriterium in kaart gebracht. De prevalenties blijken in grote lijnen stabiel: de patronen in de 2020-data lijken sterk op die in de 2019-data en eerder jaren, veranderingen zijn over het algemeen beperkt en (grote) afwijkingen 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. Relatief grote verschuivingen in prevalenties tussen 2019 en 2020 op het niveau van de 20 risicodragers (die het ZIN onderscheidt voor vereveningsjaar 2022) kunnen goed worden verklaard door veranderingen in portefeuille-samenstellingen.

De meest opvallende ontwikkelingen in prevalenties per vereveningscriterium doen zich voor bij de somatische FKG's voor COPD/zware astma o.b.v. add-on, hypercholesterolemie en maculadegeneratie o.b.v. add-on (stijgingen, net als vorig jaar), de psychische FKG voor ADHD (stijging, net als de afgelopen negen jaar), de DKG waarin maligniteit huid/melanoom is ondergebracht (stijging, net als de afgelopen twee jaar), de HKG voor CPAP apparatuur (stijging, net als de afgelopen vijf jaar), en de AVI-klassen voor volledig arbeidsongeschikten (stijgingen, net als de afgelopen jaren). De prevalentieontwikkelingen in FKG's en HKG's komen overeen met de opgaande trends die het GIP laat zien in het gebruik van de betreffende genees- en hulpmiddelen; de prevalentiestijging van de DKG met maligniteit huid/melanoom weerspiegelt de toename van huidkanker in het algemeen; en de toename van het aantal volledig arbeidsongeschikten is een gevolg van geleidelijke uitvoering van herkeuringen van arbeidsongeschikten. Verder blijkt de groep Wlz-instromers binnen het PPA-criterium met 5% te zijn afgenomen, wellicht een (indirect) effect van de coronapandemie. Ten slotte zien we bij het vorig jaar vernieuwde FDG-criterium een prevalentiestijging van ruim 20% voor klasse 3, volgend op de +11% van vorig jaar; dit gaat echter om een kleine groep patiënten.

De prevalenties van de vereveningscriteria op verzekeraarsniveau zijn minder stabiel dan vorig jaar, ook als we deze wegen met de normbedragen van model 2022. De meest waarschijnlijk verklaring is dat de overstappers per 1-1-2020 een selectievere subgroep van de totale Zvw-populatie vormden dan de overstappers per 1-1-2019.

Ontwikkelingen in kosten van somatische zorg per risicoklasse

Onder de somatische kosten verstaan we hier alle risicodragende kosten van eerstelijns zorgprestaties (afkomstig uit BASIC, inclusief wijkverpleging, extramurale behandeling zintuigelijk gehandicapten en eerstelijnsverpleging), ziekenhuiszorg (uit QZ, inclusief

eerstelijnsdiagnostiek en geriatrie revalidatiezorg), en alle kosten uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, die per 2022 volledig risicodragend zijn. In de somatische kosten zijn de opbrengsten verwerkt van de prijsarrangementen voor dure, intra- en extramuraal verstrekte geneesmiddelen.

In de onderzoeksbestanden blijken de gemiddelde somatische kosten in 2020 ruim 100 euro lager te liggen dan in 2019: 2.378 euro versus 2.486 euro (-4,4%); een duidelijk gevolg van de coronapandemie. Daarnaast zijn de kostenverschillen tussen verzekerden in termen van de variatiecoëfficiënt (= CV = standaarddeviatie/gemiddelde) met 6% gestegen, als gevolg van enerzijds zorguitval en anderzijds extra (corona-gerelateerde) zorg. Als deze extra variatie niet wordt opgepikt door de vereveningscriteria, dan zal op individuniveau de R^2 van het somatisch model lager uitkomen.

Op het niveau van de 20 risicodragers blijken de somatische kosten zich van 2019-op-2020 minder stabiel te hebben ontwikkeld dan in het verleden: gecorrigeerd voor de overall kostendaling van 4,4% veranderen de gemiddelde kosten met tussen de -136 en +162 euro per verzekerdenjaar, een range die ongeveer twee derde groter is dan vorig jaar. De GGAV ligt met 43 euro ook ruim hoger dan vorig jaar (36 euro). De grotere kostenmutaties kunnen zowel een gevolg zijn van de coronapandemie als van een grotere selectiviteit van de groep overstappers.

Ongecorrigeerd voor de overall kostendaling blijken de gemiddelde kosten in slechts acht van 226 risicoklassen van het somatisch model 2022 te zijn gestegen: de twee klassen van nuljarigen geboren in jaar t , vier FKG's en twee DKG's. Zoals gebruikelijk bekijken we de kostenveranderingen per risicoklasse echter voornamelijk na correctie voor het overall kostenverschil. In lijn met eerdere jaren zien we dan globaal kostendalingen in de oudere leeftijdsgroepen, waarbij opvalt dat die zich voor mannen nu beperken tot 80-plussers, terwijl voor mannen tussen de 50 en 80 jaar zelfs sprake is van lichte kostenstijgingen. Uitgesplitst naar de leeftijd/geslacht-classes hebben de kosten zich dan ook minder stabiel ontwikkeld dan voorgaande jaren. Een relatie met de coronapandemie ligt voor de hand.

De meest opvallende ontwikkelingen in somatische kosten treden verder op bij de FKG's voor auto-immuunziekten o.b.v. add-on (-800 euro; samenhangend met een prevalentiestijging), nieraandoeningen (+1.900 euro), kanker o.b.v. add-on (+800 euro) en EHK-cluster 3 (+15.000 euro; volgend op dalingen in voorgaande jaren). De kostenstijgingen bij de drie laatstgenoemde FKG's zijn mogelijk veroorzaakt door de generieke correctie voor de kostendaling in 2020. Twee DKG's vallen op: die voor hemofilie structureel (-9.700 euro, volgend op soortgelijke dalingen in voorgaande jaren; gevolg van prijsdalingen van het belangrijkste hemofieliemedicijn) en de DKG voor maligniteit huid/ melanoom en leukemie (-2.400 euro; waarschijnlijk samenhangend met een prevalentiestijging). Bij de HKG's valt de

kostenontwikkeling op bij de gebruikers van slijmuitzuigapparatuur (HKG9): vorig jaar een daling met 3.000 euro, nu een stijging van 1.100 euro. Overigens betreft dit een kleine patiëntengroep, wat de instabiele kostenontwikkeling kan verklaren. In de hoogste MHK-klasse zijn de gemiddelde kosten met 2.800 euro gestegen tegenover kostendalingen van tussen de 1.700 en 3.600 euro in de afgelopen vier jaren. Bovendien blijkt de prevalentie van deze MHK-klasse te stijgen, met 7%. Een mogelijke verklaring is dat relatief veel van de verzekerden in deze risicoklasse met een coronabesmetting in het ziekenhuis zijn opgenomen. Voor de drie hoogste FDG's vinden we kostendalingen van tussen de 400 en 2.600 euro. Dit kan te maken hebben met prevalentiestijgingen, maar ook met afschaling van fysiotherapiezorg in verband met de coronapandemie. De kosten in 2020 zijn voor de hoogste MVV-klasse (i.e. 18-minners in de top-0,25% van de V&V-kosten in jaar t-1) 1.700 euro hoger dan in 2019, bij een gelijke prevalentie. Na één afwijkend jaar wordt daarmee weer aangesloten op de trend van stijgende kosten bij stabiele prevalenties uit het verleden.

Opmerkelijk is dat de gemiddelde kosten van de afslagklassen van FKG, DKG, HKG en MHK licht zijn gedaald terwijl die van de complementaire groepen zijn gestegen. Waarschijnlijk zijn dit effecten die samenhangen met de coronapandemie. Verder is opmerkelijk dat de GGAV (gewogen gemiddelde absolute verandering) over alle 226 risicoklassen van het somatisch model is gedaald, van 27 euro vorig jaar naar 21 euro nu. Dat lijkt erop te wijzen dat de somatische kosten zich **globaal genomen** stabielier hebben ontwikkeld dan de afgelopen jaren (gecorrigeerd voor de overall kostendaling). Op detailniveau kunnen de juist grotere kostenmutaties bij leeftijd/geslacht, FKG en DKG echter wijzen op effecten van de coronapandemie.

Ten behoeve van het model 2023 heeft het ZIN regulier onderhoud uitgevoerd aan de EHK-clusters. Dit heeft geleid tot een verdubbeling van de gezamenlijke prevalentie van deze vier FKG's: van 750 naar 1.500 verzekerdenjaren. Hierbij zijn de gemiddelde kosten van EHK-clusters 1-3 globaal gelijk gebleven en die van EHK-cluster 4 met ongeveer 110.000 euro gestegen. Verder wordt het FKG-criterium per 2023 uitgebreid met vijf zogenaamde schilindicators: voor COPD/astma medicatie, diabetes insuline, diabetes orale medicatie, CVRM² medicatie licht en CVRM medicatie zwaar. Het aantal verzekerden ingedeeld bij een FKG>0 neemt hierdoor met ongeveer 1,5 miljoen toe, waarbij ruim 2 miljoen verzekerden scoren op ten minste één schilindicator. De gemiddelde kosten van deze vijf nieuwe FKG's variëren tussen de 4.000 euro (voor COPD/astma medicatie) en 13.000 euro (voor diabetes insuline). Een gevolg van de verschuiving van ongeveer 1,5 miljoen verzekerden met hoge kosten van FKG=0 naar FKG>0 is dat de gemiddelde kosten van de afslagklasse met ongeveer 150 euro dalen (= -10%).

² CVRM = cardiovasculair risicomanagement.

Geconcludeerd kan worden dat de somatische kosten zich van 2019-op-2020 op het niveau van de verzekeraars minder stabiel hebben ontwikkeld dan de afgelopen jaren, terwijl op het niveau van de risicoklassen van het vereveningsmodel het tegenovergestelde geldt. Op individuniveau blijken de kostenverschillen in de 2020-data fors groter te zijn dan in de 2019-data. Voor risicoklassen waar duidelijke kostenveranderingen optreden, is meestal een relatie te leggen met gewijzigde prevalenties of andere omstandigheden, zoals stringenter behandelrichtlijnen, prijsarrangementen, prijsdalingen van medicijnen, een kleine patiëntenpopulatie of de coronapandemie. Daarmee kunnen de kostenpatronen en -ontwikkelingen van de somatische zorg plausibel worden geacht.

Ontwikkelingen in kosten van GGZ per risicoklasse

In de onderzoeksbestanden blijken de gemiddelde GGZ-kosten van 2020 vrijwel gelijk te zijn aan die van 2019: 305,5 euro versus 306,5 euro [-0,3%; de gedeclareerde kosten stijgen wel, met 5,8%, maar de conversie met ZPM-tarieven doet die stijging (meer dan) teniet]. Bovendien zijn de kostenverschillen tussen verzekerden slechts licht gestegen (+0,9%). Hier zien we dus nauwelijks gevolgen van de coronapandemie. Dat geldt ook op verzekeraarsniveau: daar veranderen de kosten van 2019-op-2020 met gemiddeld tussen de -13 en +28 euro per verzekerdenjaar; de bandbreedte van de veranderingen is daarmee 1 euro groter dan vorig jaar. Daarentegen daalt de GGAV wel, van 7,4 euro vorig jaar naar 5,3 euro nu. Dit betekent een stabielere kostenontwikkeling op verzekeraarsniveau.

Ook de gemiddelde GGZ-kosten per risicoklasse onderscheiden in het model van 2022 blijken over het algemeen stabiele patronen te vertonen van 2019-op-2020. Dit blijkt onder meer uit de GGAV over alle 126 risicoklassen van het GGZ-model: voor de veranderingen van 2018-op-2019 kwam deze uit op 5,5 euro per verzekerdenjaar, en nu is dat 5,3 euro voor de veranderingen van 2019-op-2020.

De meest opvallende kostenveranderingen doen zich voor bij de psychische FKG voor chronische stemmingsstoornissen complex (+730 euro; mogelijk verband houdend met een lichte prevalentiedaling), de psychische DKG's >10 (grote kostenveranderingen – tussen 1.400 en 4.400 euro – als gevolg van kleine patiëntengroepen), de regioclusters (maximaal verschil van 2,3 euro terwijl voorheen relatief grote kostenveranderingen optraden bij de hoog- en laag-genummerde regioclusters), en de hoogste MHK-klasse (+4.500 euro; waarschijnlijk samenhangend met de geringe omvang van de patiëntengroep).

De invoering van het ZPM per 2022 maakt herdefinitie van de psychische DKG's noodzakelijk. Belangrijkste veranderingen zijn de overstap van schadelastjaar naar boekjaar en het wegvallen van relevante informatie, wat noopt tot samenvoeging van DKG's 1 en 3 en van

DKG's 16 en 17. Per saldo neemt het aantal verzekerden ingedeeld bij DKG>0 met een kwart toe. Als gevolg van de herdefinitie dalen de kosten van DKG0 met 10% zodat deze risicoklasse – waarvan de omvang met 1,5% krimpt – per saldo wat gezonder is geworden, afgemeten aan hun GGZ-kosten. Ook de kosten van de meeste nieuwe DKG's>0 dalen in vergelijking met de corresponderende oude DKG's.

De invoering van het ZPM heeft ook tot gevolg dat de IGGZ-kosten niet meer zijn te onderscheiden in de declaratiegegevens. Deze kosten zijn tot nu toe buitenbeschouwing gelaten bij de indeling van verzekerden in MHK-GGZ (omdat IGGZ-gebruik in het verleden ook leidt tot DKG-indeling); met ingang van het vereveningsmodel 2023 kan dat echter niet meer. Dit betekent een wijziging van de MHK-definitie waardoor ongeveer 2.500 verzekerden-jaren blijken te verschuiven tussen de zeven positieve klassen van het MHK-GGZ-criterium. De invloed daarvan op kosten(-veranderingen) is gering.

Ontwikkelingen in kosten onder het verplicht eigen risico per risicoklasse

In tegenstelling tot voorgaande jaren blijken de frequentieverdelingen van de kosten onder het verplicht eigen risico in het nieuwe onderzoeksbestand duidelijk te verschillen van die in het bestand dat vorig jaar is gebruikt voor het schatten van het vereveningsmodel van 2022. Dat geldt sterker voor de niet-forfaitaire groep dan voor de forfaitaire groep (volgens de definitie van het vereveningsmodel van 2022). Het percentage verzekerden dat het eigen risico volmaakt is in beide groepen gedaald, met 0,6 respectievelijk 2,1 procentpunt. Overall daalt de gemiddelde eigen betaling met circa 7,5 euro (-3,2%); voor de niet-forfaitaire groep is dat 11 euro (-6,1%) en voor de forfaitaire groep 2 euro (-0,5%). De belangrijkste verklaring is dat de fractie verzekerden die sowieso boven de 385 euro uitkomt – voor wie een (gematigde) kostendaling vrijwel geen invloed heeft op de eigen betalingen – in de forfaitaire groep veel groter is dan in complementaire groep. Een bijkomende verklaring is dat bij gezonden – vooral in de niet-forfaitaire groep – verhoudingsgewijs meer zorguitval is opgetreden dan bij ongezonden – vooral in de forfaitaire groep.

Gecorrigeerd voor het overall 3% lagere niveau, wijken de gemiddelde eigen betalingen per leeftijdsgroep in de 2020-data sterker af van die in de 2019-data dan gebruikelijk. In tegenstelling tot voorgaande jaren vinden we voor 65-plussers (relatieve) stijgingen en voor 65-minners (relatieve) dalingen. De geringere stabiliteit van de patronen in eigen betalingen komt ook tot uiting in de overall GGAV voor de uitsplitsing naar leeftijd/geslacht: die bedraagt nu 3,2 euro, terwijl deze grootte al jaren rond de 1,0 euro heeft geschommeld.

De wijzigingen per 2023 in de EHK-clusters en de uitbreiding van het FKG-criterium met vijf schilindicators leiden ertoe dat ruim 1 miljoen verzekerden verschuiven van de niet-forfaitaire

naar de forfaitaire groep. Hierdoor dalen de gemiddelde eigen betalingen in beide groepen met 16 respectievelijk 11 euro.

Op basis van de naar het MPB van 2022 geschaalde kosten in het onderzoeksbestand zou de opbrengst van het verplicht eigen risico op macroniveau naar verwachting op 3.147 miljoen euro uitkomen. Dit bedrag wijkt substantieel af van de geraamde opbrengst van 3.239 miljoen euro uit de VWS-begroting van 2022.

Conclusie

Voor wat betreft de kosten en vereveningscriteria kan geconcludeerd worden dat de kwaliteit van de 2020-data (na alle selecties, correcties en bewerkingen) per saldo op een iets hoger niveau ligt dan die van de 2019-data, gebruikt voor het schatten van het vereveningsmodel van 2022. De prevalentiepatronen in de 2020-data lijken sterk op die in de 2019-data en opvallende veranderingen tussen deze jaren zijn meestal beperkt dan wel goed verklaarbaar. Dat geldt over het algemeen ook voor de (ver)nieuw(d)e vereveningscriteria en risicoklassen die in het vereveningsmodel van 2023 zullen worden opgenomen. De kostenpatronen met betrekking tot somatische zorg kunnen op zichzelf plausibel worden geacht, maar in diverse risicoklassen van met name leeftijd/geslacht, FKG, DKG en MHK lijken de effecten van de coronapandemie wel zichtbaar. Dit laatste geldt natuurlijk sowieso voor de overall daling van de gemiddelde somatische kosten met 4,4%. Daarentegen lijken dergelijke effecten in de GGZ-kosten afwezig en blijken de gemiddelde kosten per risicoklasse globaal stabiel en plausibel. Meest opvallend aan de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico is dat deze in de niet-forfaitaire groep zowel absoluut als relatief duidelijk meer zijn gedaald dan in de forfaitaire groep.

1. Inleiding

Deze rapportage doet verslag van de Gegevensfase ten behoeve van de risicoverevening voor 2023. De doelstelling van de Gegevensfase is tweeledig. Het eerste doel is het creëren van drie onderzoeksbestanden die worden gebruikt (in de Overall Toets en de Normbedragen-fase) voor het schatten van de vereveningsmodellen voor de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de eigen betalingen vanwege het verplicht eigen risico. Hiertoe worden tientallen gegevensbestanden gecontroleerd, bewerkt en gekoppeld. De controles richten zich op volledigheid, kwaliteit en representativiteit. Problemen ten aanzien van deze aspecten kunnen leiden tot heraanlevering van gegevensbestanden of tot bewerking van de aangeleverde data. Het tweede doel van de Gegevensfase is het inzichtelijk maken van ontwikkelingen in prevalenties van de vereveningscriteria en van ontwikkelingen in gemiddelde kosten per vereveningscriterium.

In aanvulling op de vereveningscriteria en kosten die meeliepen in de Gegevensfase van vorig jaar (WOR 1052), besteden we in dit rapport ook aandacht aan wijzigingen in vereveningscriteria en kosten die in het vereveningsmodel van 2023 zullen worden aangebracht: de in het regulier onderhoud van ZIN (2022) vernieuwde EHK-clusters, het nieuwe criterium voor bevallingen (WOR 1084) en de schilindicators (WOR 1093), alsmede de wijzigingen qua kosten, DKG's en MHK in het GGZ-model als gevolg van de invoering van het Zorgprestatie-model (ZPM) voor de honorering van zorgverleners per 2022.

Tabel 1.1. Overzicht vereveningscriteria en het aantal risicoklassen (+1 voor referentieklassen) in modellen 2022 en 2023^a

	Verkorte weergave	Somatisch model		GGZ-model	
		2022	2023	2022	2023
Leeftijd en geslacht	Leeftijd/geslacht	42	42	30	30
Farmaciekostengroepen	FKG	42+1	42+1	9+1	9+1
Diagnosekostengroepen	DKG	26+1	26+1	18+1	16+1
Hulpmiddelenkostengroepen	HKG	14+1	14+1	---	---
Aard van het inkomen	AVI	36	36	29	29
Regio	Regio	10	10	10	10
Sociaaleconomische status	SES	12	12	8	8
Personen per adres	PPA	13	13	12	12
Meerjarig hoge/lage kosten	MHK	8+1	8+1	7+1	7+1
Fysiotherapiediagnosegroepen	FDG	4+1	4+1	---	---
Meerjarige V&V-kosten	MVV	9+1	9+1	---	---
Gezonde verzekerden	MFK en HSM	2+1+1	2+1+1	---	---
Bevallingen	IBZ	---	1+1		
Schilindicators	Extra FKG's	---	5 ^b		
	Totaal	226	233	126	124

^a De arceringen geven veranderingen aan van het aantal risicoklassen in het model 2023 ten opzichte van het model 2022.

^b De vijf schilindicators worden toegevoegd aan het FKG-criterium zodat FKG0 als referentieklassen fungeert (voor verzekerden die noch bij een FKG zijn ingedeeld, noch bij een schilindicator).

Tabel 1.1 geeft een overzicht van alle vereveningscriteria voor het somatisch model en het GGZ-model van 2022 en 2023. De arceringen geven veranderingen aan van het aantal risicoklassen per vereveningscriterium in het model 2023 ten opzichte van het model 2022. Het regulier onderhoud van de EHK-clusters heeft het aantal FKG-klassen gelijk gehouden, maar heeft wel de samenstelling van de vier EHK-klassen gewijzigd alsmede die van FKG16 (cystic fibrosis/pancreasenzymen) en FKG33 (kanker o.b.v. add-on). De toevoeging van een indicator voor wel/niet bevallen in het vereveningsjaar t levert twee extra risicoklassen voor het somatisch model. De vijf zogenaamde schilindicatoren – voor COPD/astma medicatie, diabetes orale medicatie, diabetes insuline, CVRM medicatie licht en CVRM medicatie zwaar – zullen aan de somatische FKG's worden toegevoegd. Het aantal risicoklassen in het somatisch model neemt daarom met zeven toe (twee voor bevallingen en vijf voor de schilindicatoren). Het aantal risicoklassen van het GGZ-model neemt met twee af door het samenvoegen van twee paar DKG's terwijl het eigen-risicomodel niet verandert qua aantal risicoklassen.³

De opbouw van deze rapportage is als volgt. Het tweede hoofdstuk geeft een overzicht van de gebruikte gegevensbestanden en beschrijft welke correcties, selecties en aanvullingen wij op de oorspronkelijke – door hoofdzakelijk Vektis en het Zorginstituut Nederland (ZIN) aangeleverde – databestanden hebben toegepast. Hoofdstuk 3 presenteert vervolgens cijfers over de ontwikkeling van de prevalenties van 2019-op-2020 voor de vereveningscriteria van zowel het model voor de somatische zorg als dat voor de GGZ, gevolgd door een vergelijking van deze twee datajaren met betrekking tot de gemiddelde kosten per risicoklasse voor somatische zorg (hoofdstuk 4) en GGZ (hoofdstuk 5). Hoofdstuk 6 gaat ten slotte in op de eigen betalingen vanwege het verplicht eigen risico. Hiermee sluiten hoofdstukken 4, 5 en 6 direct aan op de drie deelbedragen waarvoor afzonderlijke vereveningsmodellen gelden in 2023 (i.e. somatische zorgkosten, kosten van geneeskundige GGZ en eigen betalingen onder het verplicht eigen risico) en op hoofdstukken 2, 3 en 4 van zowel de rapportage over de Overall Toets als die over de berekening van de normbedragen.

³ De veranderingen van de restricties op MVV en MHK voor Wlz-bewoners ter voorkoming van negatieve normkosten in het somatisch model, hebben geen invloed op het aantal risicoklassen.

2. Data

2.1. Inleiding

Het risicovereveningsmodel van 2023 omvat deelmodellen voor de somatische zorgkosten, de kosten van geneeskundige GGZ en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Schatting van deze deelmodellen gebeurt op kostendata van 2020 die zoveel mogelijk representatief worden gemaakt voor de kosten die in 2023 ten laste van de Zvw komen en waarvoor verzekeraars in dat vereveningsjaar risicodragend zullen zijn. Voor de schatting van de modellen hebben we databestanden met kostengegevens, vereveningscriteria en andere relevante informatie ontvangen, met name van Vektis en het ZIN. Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van deze bestanden en van de daarop uitgevoerde controles, selecties en bewerkingen.

Voor wat betreft de kostengegevens zijn de belangrijkste databronnen:

- BASIC 2020: data op individuniveau over zorgkosten van alle Zvw-verzekerden
- QZ 2020: kosten op individuniveau van alle declaraties van Nederlandse ziekenhuizen voor Zvw-verzekerden, inclusief geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en eerstelijnsdiagnostiek
- GGZ 2020: volume-informatie over alle DBC-declaraties van tweedelijns behandelingen in Nederlandse GGZ-instellingen, aangevuld met Basis GGZ

Evenals vorig jaar heeft Vektis een aanvullend bestand aangeleverd met kosten uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling (inmiddels omgedoopt in: 'geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen'). Deze kosten vallen per 2021 volledig onder de Zvw maar zijn deels al opgenomen in BASIC 2020.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Paragraaf 2.3 beschrijft de voor het onderzoek beschikbare data, gevolgd door de selecties (2.4) en bewerkingen (2.5) die op deze data zijn uitgevoerd. Eerst geeft paragraaf 2.2 echter een overzicht van de belangrijkste aspecten waarop de onderzoeksdata van 2020 verschillen van die van 2019 (afgezien van corona).

2.2. Verschillen 2020-data ten opzichte van 2019-data

De belangrijkste verschillen tussen de onderzoeksdata van 2020 en die van 2019 zijn:

1. Het aantal verzekerden ingeschreven bij volmachten is weer verder gedaald, van 320.000 verzekerdenjaren vorig jaar naar ruim 158.000 nu. Omdat nog steeds geldt

dat de kwaliteit van de data aangeleverd door volmachten minder goed is, betekent dit dat de overall datakwaliteit hierdoor licht is verbeterd.

2. Evenals vorig jaar zijn leeftijd (op 30-6-2020), geslacht, de (viercijferige) postcode en de indicatie voor buitenlands woonadres afkomstig van het ZIN. Dit is nu aangevuld met het geboortjaar zodat ook de uitsplitsing van nuljarigen geboren in 2019 en nuljarigen geboren in 2020 met de ZIN-data is te bepalen.
3. Vorig jaar moesten we ongeveer 21.000 'spookrecords' van één concern uit BASIC verwijderen omdat de kosten precies 0 euro waren en de betreffende verzekerden hetzij allemaal tot 1-10-2019 waren ingeschreven met een inschrijfduur van precies 273 dagen, hetzij op 1-4-2019 precies 90 dagen waren ingeschreven, dan wel alleen op 1-1-2019 waren ingeschreven met een inschrijfduur van precies 1 dag. Vrijwel al deze verzekerden stonden ook het hele jaar bij andere verzekeraars ingeschreven. In het BASIC-bestand van dit jaar hebben we dergelijke spookrecords niet kunnen vinden.
4. Voor vier verzekeraars bleken de GRZ-kosten in QZ rond de 5% hoger te liggen dan in BASIC. Omdat er volgens Vektis voor deze vier een goede aansluiting bestaat tussen BASIC en de kwartaalstaten van het ZIN, hebben we voor deze verzekeraars de betreffende kosten uit BASIC in het onderzoeksbestand opgenomen.
5. Per 2021 zijn de kosten van parenterale voeding en geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher overgeheveld van de deelprestatie farmacie naar ziekenhuiszorg. Per 2022 zijn daar de kosten van epoëtines en G-CSF bijgekomen⁴.
6. Voor de honorering van de zorgverleners is per 2022 in de GGZ het zogenaamde Zorgprestatie-model (ZPM) ingevoerd. Dit betekent dat de GGZ-kosten in de onderzoeksdata moeten worden geconverteerd.

De meeste van deze verschillen hebben geen of weinig invloed op de datakwaliteit of op de representativiteit voor het vereveningsjaar. Van de daling van het aantal volmachtverzekerden en de afwezigheid van spookrecords mag wel een lichte verbetering van de kwaliteit worden verwacht, terwijl de invoering van het ZPM mogelijk verminderde representativiteit met zich meebrengt. Daarnaast zijn er natuurlijk de gevolgen van de coronapandemie, die ervoor kunnen zorgen dat prevalenties en kostenpatronen in de 2020-data anders uitpakken dan in de 2019-data.

2.3. Beschikbare databestanden

Vanaf eind februari tot eind juni 2022 hebben we tientallen databestanden ontvangen van hoofdzakelijk Vektis en het ZIN, allen door de ZorgTTP gepseudonimiseerd en op individuniveau koppelbaar via het BSN-pseudoniem (indien van toepassing). Deze bestanden

⁴ Dit zijn middelen die de aanmaak van rode respectievelijk witte bloedcellen stimuleren.

zijn gebruikt voor de opbouw van de onderzoeksbestanden. Het betreft de volgende gegevens:

1. Verzekerden- en kostengegevens op transactiebasis uit BASIC 2020 van alle 17,91 miljoen Zvw-verzekerden (acht kaskwartalen Zvw, kosten niet opgehoogd voor balansposten). De voor dit onderzoek te gebruiken variabelen uit BASIC zijn inschrijfduur (in dagen) en kosten onderscheiden naar twintig deelprestaties. Samen zijn de 17,91 miljoen verzekerden goed voor 17,36 miljoen verzekerdjaren.
2. Een databestand uit QZ 2020 met een opsplitsing van ziekenhuiskosten in onder meer DBC-zorgproducten A en B, add-ons IC, add-ons dure geneesmiddelen, eerstelijnsdiagnostiek en overige zorgproducten. Dit gaat om de kosten over negen kaskwartalen van alle Zvw-verzekerden die in 2020 in een Nederlands ziekenhuis zijn behandeld (kosten niet opgehoogd voor balansposten). Het bestand bevat afzonderlijk de kosten van tweedelijnsverloskunde.⁵ Tevens bevat het aangeleverde bestand de kosten van GRZ en van vier dure geneesmiddelen die per 2021/2022 zijn overgeheveld van de extramurale farmacie naar ziekenhuiszorg.
3. Een bestand van Vektis met per individuele verzekerde de correctie op de farmaciekosten in verband met de verwerking van de prijsarrangementen voor **extramurale** farmacie in 2020. De prijsarrangementen voor **intramurale** farmacie heeft Vektis verwerkt in het hierboven genoemde databestand gebaseerd op QZ.
4. Een bestand van Vektis met kosten van de Tijdelijk subsidieregeling voor extramurale behandeling. Deze kosten vallen per 2021 geheel onder de Zvw (onder de rubriek 'geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen') en verzekeraars zijn met ingang van dat jaar ook volledig risicodragend voor deze kosten.
5. Een bestand van het ZIN met GGZ-declaraties van 2020 over negen kaskwartalen. Vorig jaar hebben we met dit bestand de kosten voor geneeskundige GGZ berekend uitgaande van de landelijke tarieven van het ZPM bepaald door KPMG (WOR 1037). Dit jaar gebruiken we diezelfde tarieven maar dan opgehoogd voor de ontwikkeling van de NZa-tarieven tussen 2019 en 2020.
6. Databestanden van het ZIN met informatie over de indeling van verzekerden naar aard van het inkomen (AVI), sociaaleconomische status (SES), personen per adres (PPA), leeftijd/geslacht, postcode, farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's), fysiotherapiediagnosegroepen (FDG's) en hulpmiddelenkostengroepen (HKG's):
 - AVI heeft peildatum 1 juni voor de klasse 'studenten' en 30 juni voor de overige klassen.
 - SES is gebaseerd op inkomen per adres in jaar t-1, waarbij bewoners van instellingen (PPA-klassen 1-6) zijn ingedeeld in de SES-klasse voor de laagste inkomens.

⁵ Deze informatie is nodig voor het eigen-risicomodel omdat verloskunde niet onder het eigen risico valt.

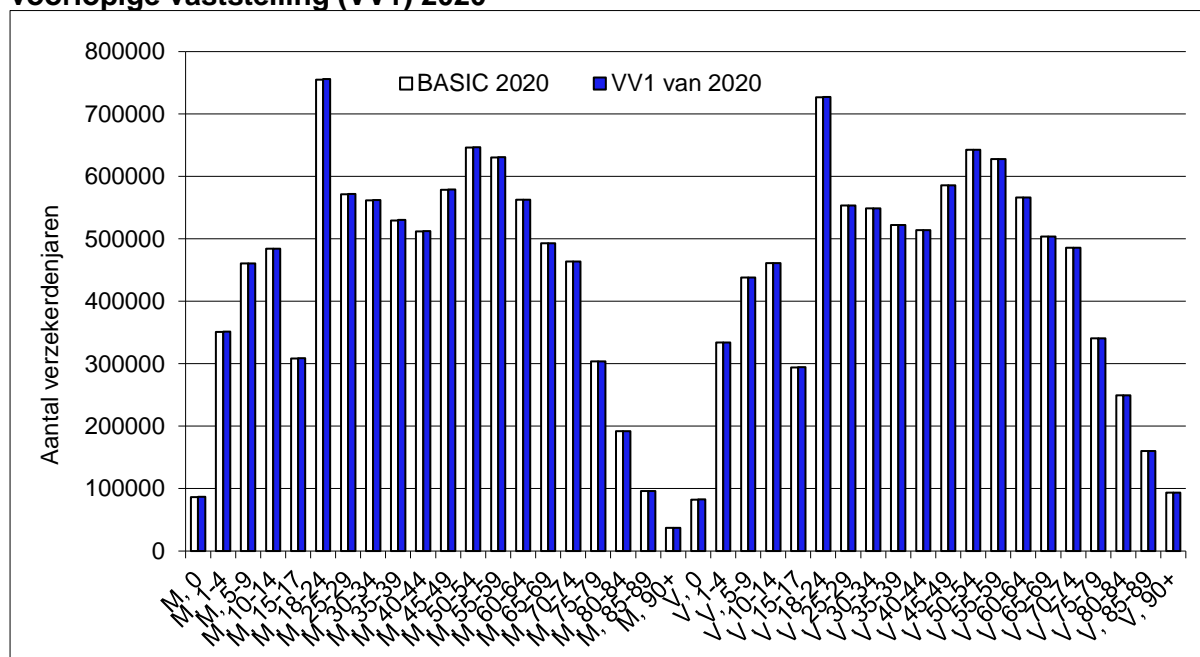
- De PPA-klassen van verzekerden die verblijven of instromen in een instelling zijn gebaseerd op het al dan niet aanwezig zijn van Wlz-declaraties voor de betreffende verzekerden in december van 2019 en in 2020. Ongeacht hun V&V-kosten in de voorgaande drie jaar worden deze verzekerden ingedeeld bij de afslagklasse van het criterium voor meerjarige V&V-kosten (MVV). Dit wordt gedaan ter voorkoming van grote groepen verzekerden met negatieve normkosten als gevolg van de sterk negatieve normbedragen voor de PPA-klassen 1-3 voor verzekerden die 'blijvend' in een Wlz-instelling wonen. Het model van 2023 zal op dit punt worden aangepast (zie de betreffende voetnoot in hoofdstuk 1).
 - Leeftijd is bepaald op 30 juni 2020 (leeftijd=0 voor kinderen geboren in de tweede helft van 2020).
 - De viercijferige postcode heeft als peildatum 1 mei 2020 of is – indien onbekend – gebaseerd op het meest recente adres.
 - FKG's zijn gebaseerd op farmacierecepten uit 2019, uitgaande van het referentiebestand met ATC-codes, DDD-waarden en add-on codes ten behoeve van het model 2022. Dit betreft 42 FKG's voor het somatisch model en 9 voor het GGZ-model. Vanwege regulier onderhoud aan de EHK-clusters en de uitbreiding met vijf schilindicatoren heeft het ZIN nog een update van de FKG's aangeleverd ten behoeve van het vereveningsmodel van 2023.
 - DKG's voor het somatisch model zijn gebaseerd op informatie over gedeclareerde DBC's van ziekenhuisbehandelingen in 2019. Uitgaande van de DBC-prestatiecodes en de diagnosen/specialisme-combinaties, heeft het ZIN de verzekerden ingedeeld in de 26 DKG's van het model 2022. Daarin is geen wijziging voorzien voor volgend jaar.
 - Psychische DKG's zijn gebaseerd op gedeclareerde DBC's voor GGZ-behandeling in 2019 en eerder. Daarbij is vooralsnog uitgegaan van afsluiting van de DBC's per 31-12 van jaar t-1, wat een herschatting van model 2022 op 2020-kosten mogelijk maakt voor een vergelijking met hetzelfde model geschat op 2019-kosten. Mede vanwege de invoering van het ZPM zal de definitie van dit vereveningscriterium per 2023 wijzigen. Dit heeft geleid tot een nieuwe aanlevering van de psychische DKG's.
 - FDG's zijn conform het vereveningsmodel van 2022. Definitie blijft gelijk.
 - HKG's zijn conform het vereveningsmodel van 2022. Ook hiervan blijft de definitie gelijk.
7. De regioclusterings voor het model 2022, ontwikkeld in WOR 1053 voor de somatische zorgkosten en de GGZ-kosten.
 8. Data per postcode voor het maken van de regioclustering 2023 voor het somatisch model, deels afkomstig van het CBS (percentages niet-westerse en westerse immigranten) en deels door ons zelf afgeleid uit de SES-gegevens geleverd door het

ZIN (percentage verzekeren met een laag inkomen). Bij nader inzien is deze data niet nodig omdat inmiddels is besloten voor model 2023 de regioclustering van model 2022 te gebruiken vanwege de mogelijke verstoringen in regionale kostenvariatie als gevolg van de coronapandemie.

9. Data per postcode voor de creatie van de GGZ-regioclustering 2023: percentage 18-minners, ja/nee aanwezigheid van intramurale GGZ- en forensische instellingen, gemiddelde WOZ-waarde van woningen, aantal misdrijven per 100 inwoners en afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis.
10. De OT-bestanden die zijn samengesteld voor de somatische vereveningsmodellen van 2020-2022. Hieruit hebben we het MHK-criterium afgeleid. Uit deze bestanden hebben we ook het MVV-criterium afgeleid, met daarin één klasse voor 18-minners met V&V-kosten in jaar t-1 in de top 0,25%. Bovendien zijn uit deze OT-bestanden de per 2022 ingevoerde tijdelijke criteria HSM (historische somatische morbiditeit) en MFK (meerjarige farmaciekosten) afgeleid.
11. De OT-bestanden die zijn samengesteld voor de GGZ-vereveningsmodellen van 2018-2022. Hieruit hebben we het MHK-GGZ-criterium afgeleid.

Alle genoemde databestanden hebben in principe een 100% dekking van de populatie van Zvw-verzekeren in Nederland. Net als de afgelopen jaren geldt dit dus ook voor BASIC 2020: het databestand waaraan alle andere bestanden worden gekoppeld.

Figuur 2.1. Frequentieverdeling van verzekerdenjaren in BASIC 2020 en de eerste voorlopige vaststelling (VV1) 2020



Voor een eerste controle van de representativiteit van BASIC 2020 voor de Zvw-populatie is Figuur 2.1 gemaakt. Hierin is de verdeling van de 17,36 miljoen verzekerdenjaren over de

leeftijd/geslachtgroepen in BASIC 2020 vergeleken met die van de eerste voorlopige vaststelling (VV1) 2020 door het ZIN. Voor een zo goed mogelijke vergelijking zijn alle records uit BASIC 2020 meegeteld, voor zover leeftijd, geslacht en inschrijfduur bekend waren. Dit betekent dat de meeste records die om diverse redenen uiteindelijk niet zullen meelopen in de analyses (zie Tabel 2.2) in Figuur 2.1 wél meetellen.

Figuur 2.1 laat zien dat de aantallen in de twee databronnen nagenoeg identiek zijn. Er is echter nog wel een overall verschil van circa 8.100 verzekerdenjaren (vorig jaar ging dit om 12.250 verzekerdenjaren). Om precies te zijn: voor mannen komt BASIC op 5.900 verzekerdenjaren minder uit en voor vrouwen op 2.200 minder. Gezien de status van BASIC (onofficieel) en van de VV1 (voorlopig) zijn dit kleine verschillen.⁶

Vervolgens hebben we gecontroleerd in hoeverre de kosten op macroniveau in BASIC 2020 voor elk van de onderscheiden deelprestaties overeenkomen met de Zorgcijfersdatabank, t/m Q4 2021 (Tabel 2.1). Wederom zijn **alle** records uit BASIC 2020 meegeteld.

Tabel 2.1. Macrokosten voor 2020 in miljoenen euro's: Zorgcijfersdatabank (incl. balansposten, t/m Q4 2021) en BASIC (excl. balansposten, incl. bulkboekingen, t/m Q4 2021)^a

	ZIN	BASIC	Verschillen (BASIC-ZIN)
Ziekenhuiszorg	22773	23071	298
Ziekenvervoer, liggend	692	592	-100
Ziekenvervoer, zittend	105	103	-2
Huisarts, inschrijftarieven	1252	1244	-8
Huisarts, consulttarieven	832	813	-20
Huisarts, overig	1140	1063	-77
Huisarts, multidisciplinair	576	679	103
Fysiotherapie	474	475	0
Paramedisch, overig	282	282	-1
Farmacie	4912	5089	177
Verloskunde	349	346	-3
Kraamzorg	316	314	-1
Hulpmiddelen	1629	1631	2
Tandheelkunde	712	710	-3
Grensoverschrijdende zorg	336	268	-68
Eerstelijnsondersteuning/kwaliteitsgelden	30	30	0
Overige kosten	139	139	0
DBC's GGZ met verblijf	1511	1414	-98
DBC's GGZ zonder verblijf	2327	2217	-110
Generalistische Basis GGZ +GZSP	244	235	-9
2de en 3de jaar intramurale GGZ	156	156	0
Geriatrische revalidatiezorg ^b	672	665	-7
Verpleging en verzorging	3318	3351	33
Extramurale behandeling ZG	172	170	-2
Eerstelijnsverblijf	289	284	-5
Totaal	45238	45338	101

^a Door afronding kunnen de verschillen in de laatste kolom maximaal 1 miljoen afwijken van de hier vermelde bedragen van het ZIN en uit BASIC.

^b Dat geldt zeker als we in aanmerking nemen dat de Zorgcijfersdatabank (t/m Q4 2021) voor 2020 slechts 600 minder verzekerdenjaren meldt dan BASIC 2020.

^b Geriatrische revalidatiezorg inclusief geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen.

Het grootste kostenverschil in Tabel 2.1 is voor ziekenhuiszorg: in BASIC 2020 298 miljoen euro meer dan in de ZIN-staten (vorig jaar: +274 miljoen euro). De belangrijkste oorzaak is dat de inkoopcontracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen niet in BASIC zijn verwerkt. Dit heeft voor het OT-onderzoek geen consequenties omdat de ziekenhuiskosten toch worden gebaseerd op DBC-volumes uit QZ gecombineerd met landelijk vaste prijzen (i.e. mediaanbedragen per DBC; zie paragraaf 2.5.3). Ook de verschillen bij de GGZ-kosten (in totaal -217 miljoen euro) zijn niet relevant omdat het OT-onderzoek gebruikmaakt van DBC-declaraties die worden gecombineerd met door KPMG berekende tarieven volgens het ZPM dat per 2022 wordt gehanteerd binnen de GGZ (zie paragraaf 2.5.4).⁷

De verschillen bij huisartskosten (in BASIC 77 miljoen euro minder kosten voor overige zorg en 103 miljoen euro meer voor multidisciplinaire zorg) hebben er waarschijnlijk mee te maken dat in BASIC de post 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ' is opgeteld bij 'huisartsenzorg MDZ' terwijl het ZIN deze kostenpost onder 'huisartsenzorg overig' heeft geschaard. Omdat deze uitsplitsing in het onderzoek verder geen rol speelt, heeft het geen consequenties. Merk op dat we het 'huisartsentientje' (een éénmalige tegemoetkoming van 10 euro per ingeschreven patiënt vanwege indirecte coronakosten in 2020) op aanwijzing van Vektis uit de BASIC-data hebben verwijderd.

Opmerkelijk zijn de 177 miljoen euro hogere farmaciekosten in BASIC; vorig jaar was dit bedrag +148 miljoen euro en het jaar daarvoor +114 miljoen euro. Dit heeft *niet* te maken met de couvertregeling van één concern; de betreffende minderkosten zijn namelijk al afgetrokken van de farmaciekosten in BASIC via de correcties voor bulkboekingen (zie paragraaf 2.5.1). Waarschijnlijk hebben verzekeraars in de jaarstaten al een voorschot genomen op de opbrengst van de extramurale prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen. Dit wordt bevestigd door een overzicht van Vektis in het datarapport over BASIC 2020 waaruit blijkt dat de kosten van extramurale farmacie in BASIC bij alle risicodragers 2 à 3% hoger liggen dan de kosten in de jaarstaten plus de balanspost na acht kaskwartalen. Omdat we voor het OT-bestand de extramurale prijsarrangementen (naar verwachting circa 157 miljoen euro) nog in mindering brengen (zie paragraaf 2.5.2), zullen de OT-analyses op het juiste kostenniveau worden uitgevoerd.

Ten slotte is het verschil in macrokosten bij grensoverschrijdende zorg relatief groot (-68 miljoen euro), wat komt door de in het algemeen grote vertraging in de verwerking van deze kosten op individuniveau. We hebben deze kosten uit BASIC per risicodrager daarom

⁷ De verschillen bij ziekenvervoer zijn waarschijnlijk te wijten aan opbrengstverrekeningen (wel in ZIN-cijfers, niet in BASIC) die voor 2020 bijna 100 miljoen euro bedragen, tegenover 30 miljoen euro in 2019. In paragraaf 2.5.2 hogen we de kosten van vervoer nog wel op vanwege de per RAV-regio opgehoogde budgetten.

opgehoogd met een deel van de kosten grensoverschrijdende zorg die in 2020 via het ZIN op kasbasis is betaald, exclusief de kosten van niet-ingezetenen. Dit doet de kosten in het BASIC-bestand stijgen van 230 miljoen euro naar de 268 miljoen euro gemeld in de tabel. Het dan nog resulterende tekort ten opzichte van het ZIN-cijfer betreft de niet-ingezetenen, maar die groep blijft bij de analyses sowieso buiten beschouwing waarmee ook dit verder geen consequenties heeft.

Concluderend: BASIC 2020 geeft een goed beeld van de Zvw-populatie in 2020, zowel qua kosten als qua demografische kenmerken.

Wat betreft het aantal verzekeraars kan het volgende worden opgemerkt. Ten behoeve van de aanlevering aan BASIC 2020 heeft Vektis de Uzovi-codes van 21 zorgverzekeraars en 2 volmachten afzonderlijk onderscheiden. Ten opzichte van BASIC 2019 betekent dit vier verzekeraars minder (OZF, Avéro, Ohra Zorg en IZZ) en één volmacht minder. Voor het onderzoek van de OT2023 gaan we uit van de 20 risicodragers die het ZIN voor de verevening van 2022 onderscheidt; dit zijn precies dezelfde risicodragers als in de OT2022 (met Iptiq toegevoegd aan VGZ). Daarbij zijn de volmachten anno 2019 en 2020 in de analyses ondergebracht bij de risicodragers anno 2022 (Eucare, Zilveren Kruis en VGZ).

2.4. Selecties

Evenals voorgaande jaren blijken ongeveer 200.000 BSN-pseudoniemen twee keer of zelfs vaker in BASIC voor te komen. Dit betreft verzekerden die in de loop van het jaar – dus buiten de vaste, jaarlijkse overstapperiode om – naar een andere verzekeraar switchen (vaak jongeren die voor het eerst zelf een zorgverzekering kunnen afsluiten als ze 18 jaar worden) of verzekerden die wel bij dezelfde verzekeraar blijven, maar van wie het door verzekeraars intern gehanteerde verzekerdennummer om wat voor reden dan ook op enig moment in het datajaar is omgezet.⁸ Voor een deel van de verzekerden die switchen buiten de vaste overstapperiode, bleek de som van de inschrijfduren bij de verschillende verzekeraars boven de 366 dagen uit te komen. Conform de procedure bij de uitvoering van de risicoverevening door het ZIN, hebben wij de inschrijfduren van deze verzekerden naar rato verlaagd, zodat de som van de inschrijfduur per verzekerde op maximaal 366 dagen uitkomt. Dit reduceert het aantal verzekerdenjaren met ongeveer 700, ongeveer de helft van de reductie met 1.500 van vorig jaar, wat een (lichte) verbetering van de datakwaliteit impliceert. In beide jaren gaat het in driekwart van de gevallen om dezelfde verzekeraar.

Voor verzekerden die meer dan één keer voorkomen bij dezelfde verzekeraar zou deze

⁸ Hieronder vallen ook buitenlandse seizoensarbeiders die in meerdere, onderbroken perioden in Nederland werkzaam zijn in het datajaar en dan bij verschillende verzekeraars zijn ingeschreven.

procedure ook kunnen worden toegepast. Echter, ter voorkoming van mogelijke koppelingsproblemen ('one-to-many', 'many-to-one' en 'many-to-many' koppelingen die kunnen leiden tot een schijnbaar onverklaarbare toename van het aantal records in de onderzoeksbestanden), zijn de betreffende records samengenomen en de kosten per deelprestatie bij elkaar opgeteld, evenals de inschrijfduren (uiteraard met een maximum van 366 dagen).⁹ Dit zorgt ervoor dat alle combinaties van BSN-pseudoniem en Uzovi-code uniek worden in de onderzoeksbestanden en reduceert het totaal aantal records met 4.200 (vorig jaar: -3.200).

Het resulterende BASIC-bestand bevat circa 17,91 miljoen records, goed voor 17,36 miljoen verzekerdenjaren. Om diverse redenen zijn ongeveer 414.000 records niet geschikt voor de analyses (vorig jaar 438.000). Deze records blijven in het onderzoek buiten beschouwing. Concreet gaat het om de volgende selecties (Tabel 2.2):

1. records met een onbekend BSN-pseudoniem dan wel een BSN dat de ZorgTTP niet kon pseudonimiseren (ruim 1.800 records; vorig jaar ruim 2.400);
2. records met een (geldig) BSN-pseudoniem in BASIC die niet zijn terug te vinden in het databestand van ZIN met demografische en andere kenmerken van Zvw-verzekerden (ruim 2.700; vorig jaar ruim 2.300);
3. afgekeurde records vanwege onbekende demografische kenmerken of kosten \leq -50 euro voor de som van de in BASIC onderscheiden deelprestaties, exclusief ziekenhuis- en GGZ-kosten (8 records; vorig jaar 27)¹⁰;
4. records van verzekerden die volgens het ZIN woonachtig zijn in het buitenland. Voor deze verzekerden is de regioclustering niet te koppelen, zijn FKG's, DKG's, FDG's en HKG's veelal onbekend, zijn MVV en MHK onbekend en/of onvolledig en komen de op individuniveau geregistreerde zorgkosten onwaarschijnlijk laag uit (ruim 409.000 records; vorig bijna 433.000).

Tabel 2.2. Selectie van records uit BASIC 2020 die geschikt zijn voor de analyses ^a

Selectievolgorde		# records	# verzekerdenjaren
--	BASIC 2020	17.911.393	17.358.140
1	Ongeldig BSN	1.842	1.168
2	Niet in ZIN-data	2.766	902
3	Onbekende verz.kenmerken of negatieve kosten ^b	8	6
4	Zvw-verzekerden met buitenlands woonadres	409.371	207.835
	Geschikt voor analyses	17.497.406	17.148.230

^a Na het samenvoegen van records van verzekerden die meerdere keren in de originele bestanden per Uzovi van BASIC voorkomen, en met inschrijfduur gemaximeerd op 366 dagen.

^b Kosten \leq -50 euro voor de som van in BASIC onderscheiden deelprestaties **exclusief** ziekenhuis- en GGZ-kosten (voor deze kosten vindt selectie pas plaats bij het schatten van de vereveningsmodellen).

⁹ Ook voor verzekerden ingeschreven bij meerdere verzekeraars zouden we de records naar BSN-pseudoniem kunnen aggregeren. Dat is echter niet gedaan omdat het tot onzuiverheden zou leiden bij de berekening van financiële resultaten op verzekeraarsniveau.

¹⁰ Voor ziekenhuiszorg en GGZ vindt de gebruikelijke selectie op kosten groter dan -50 euro pas plaats bij het schatten van de normbedragen.

Voor de analyses blijven zodoende 17,50 miljoen records over, die 17,15 miljoen verzekerden-jaren vertegenwoordigen. Net als de afgelopen jaren heeft het onderzoeksbestand daarmee een dekkinggraad van vrijwel 100% van de in Nederland woonachtige Zvw-verzekerden.

Voor het onderzoeksbestand geldt, evenals voorgaande jaren, dat bijna 96% van de verzekerden het volledige jaar stond ingeschreven bij dezelfde verzekeraar. Het aantal verzekerden met een onvolledig verzekeringsjaar bij dezelfde verzekeraar blijkt ten opzichte van vorig jaar te zijn gedaald: 709.000 versus 747.000.

2.5. Bewerking van kosten

2.5.1. *Bewerking van kosten somatische zorg uit BASIC*

Per 2015 maakt het somatisch vereveningsmodel geen onderscheid meer tussen de kosten van overige prestaties en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg. Samen met de kosten van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten (ZG), GRZ, ELV en V&V zijn deze kosten hier samengevoegd onder de noemer 'somatische zorgkosten'. Per 2020 zijn daarbij ook de kosten opgeteld vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Verder zijn er vaste zorgkosten waarop 100% nacalculatie plaatsvindt en die in de analyses buiten beschouwing blijven. In het onderzoeksbestand bedragen de vaste zorgkosten ongeveer 80 miljoen euro; in het MPB is hiervoor ook nog een relatief klein bedrag opgenomen. Voor enkele onderliggende berekeningen zijn de overige prestaties (i.e. buiten het ziekenhuis) in het onderzoeksbestand nog opgesplitst in de volgende deelprestaties:

- ziekenvervoer (in BASIC: liggend en zittend ziekenvervoer afzonderlijk)
- huisartsenzorg (inschrijftarief, consulten, multidisciplinaire zorg en overig)
- paramedische zorg (fysiotherapie en overig paramedisch, per BASIC 2020 inclusief gecombineerde leefstijlinterventie)
- (extramurale) farmaceutische zorg
- verloskunde (per BASIC 2020 inclusief integrale geboortezorg, voorheen onderdeel van de rubriek 'overige kosten')
- kraamzorg
- hulpmiddelen
- tandheelkundige zorg
- eerstelijnsdiagnostiek (informatie uit QZ en dus in eerste instantie een onderdeel van de ziekenhuiskosten)
- extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V)
- geriatrische revalidatiezorg (GRZ; zowel in BASIC als in QZ; het onderzoek baseert zich op QZ, met uitzondering van vier verzekeraars waarvan de GRZ-kosten in QZ merkwaardig veel hoger zijn dan in BASIC)

- eerstelijnsverblijf (ELV)
- extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten (ZG)
- geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (voorheen: Tijdelijke subsidie-regeling extramurale behandeling; per 2021 volledig overgeheveld naar de Zvw)

Verder bevat BASIC nog drie extra kostenvariabelen:

- kosten eerstelijnsondersteuning/kwaliteitsgelden
- overige kosten
- kosten grensoverschrijdende zorg

In de onderzoekscyclus van jaar t ter bepaling van de normbedragen voor jaar t+1 zijn de aanleverende partijen in beginsel verantwoordelijk voor de volledigheid en kwaliteit van de bronbestanden. Hiertoe voeren zij diverse controles uit waaruit kan blijken dat extra bewerkingen noodzakelijk zijn. Deze bewerkingen worden deels door de aanleverende partijen zelf en deels door ESHPM uitgevoerd.

Zoals gebruikelijk heeft Vektis de aangeleverde kostengegevens uit BASIC niet gecorrigeerd voor balansposten. Wel hebben wij een spreadsheet ontvangen met bulkboekingen per deelprestatie en per verzekeraar. Dit zijn kosten die niet aan individuen zijn toe te rekenen (zoals de couverte regeling voor farmacie van één verzekeraarsconcern en eerstelijns-ondersteuning). Deze bulkboekingen hebben wij via correctiefactoren in de onderzoeksbestanden verwerkt:

1. De extra macrokosten van bijna 30 miljoen euro voor 'eerstelijnsondersteuning/-kwaliteitsgelden' (ZIN-rubriek 730) uit de fictieve jaarstaat die Vektis in een afzonderlijk spreadsheet heeft aangeleverd, zijn per verzekeraar hoofdelijk omgeslagen en in BASIC ondergebracht bij de variabele 'kosten van eerstelijnsondersteuning', rekening houdend met inschrijfduur. Voor BASIC 2019 ging dit nog om ruim 56 miljoen euro maar per 2020 is 26 miljoen van de kwaliteitsgelden overgeheveld naar ZonMw.
2. Van de bijna 139 miljoen euro aan macrokosten in de rubriek 'overige kosten' uit de fictieve jaarstaat, bleek ruim 119 miljoen euro al in BASIC aanwezig. Wij hebben de verschillen per verzekeraar via vermenigvuldigingsfactoren verwerkt in de 'overige kosten'. Merk op dat deze rubriek in BASIC 2019 nog ruim 221 miljoen euro omvatte; per 2020 zijn echter de kosten van integrale geboortezorg (bijna 100 miljoen euro) overgeheveld naar verloskunde.
3. Voor 'grensoverschrijdende zorg via zorgverzekeraars' bleek BASIC in eerste instantie 179 miljoen euro te bevatten, geregistreerd op individuniveau en op transactiebasis. Daaraan is via ophogingen vanuit de fictieve jaarstaat nog 2 miljoen euro toegevoegd zodat er samen met de 'grensoverschrijdende zorg via ZIN' (49 miljoen) een bedrag van 230 miljoen euro resulteerde. Zoals boven bij de bespreking van Tabel 2.1 gemeld, is daar nog 38 miljoen euro aan toegevoegd via ophogingen gebaseerd op de

kasbasiskosten per verzekeraar. Deze correcties doen de kosten voor grensoverschrijdende zorg in het onderzoeksbestand stijgen naar 268 miljoen euro.

Zoals gebruikelijk hebben we de kosten van 'grensoverschrijdende zorg' vervolgens verdeeld over ziekenhuiszorg en overige prestaties, in de verhouding 85%-15%. De 'overige kosten' en de 'kosten van eerstelijnsondersteuning' zijn naar rato bij de kosten van de overige prestaties opgeteld. De reden voor deze bewerkingen is gelegen in een correcte schaling naar de afzonderlijke deelbedragen van het MPB die plaatsvindt in de Normbedragenfase.

Voor elk van de in BASIC onderscheiden deelprestaties hebben we de gemiddelde kosten per verzekerdenjaar vergeleken met die kosten zoals gemeld door het ZIN voor 2020 (Tabel 2.3). **Een belangrijk verschil met Tabel 2.1 is dat nu de selecties uit Tabel 2.2 zijn verwerkt; dit betekent met name dat niet-ingezetenen uit het bestand zijn verwijderd.** Daarnaast presenteert Tabel 2.3 gemiddelde kosten per verzekerdenjaar in plaats van de macrokosten.

Tabel 2.3. Gemiddelde kosten per verzekerdenjaar voor 2020 in euro's: ZIN (incl. balansposten) en onderzoeksbestand OT2023 (excl. bewerkingen van volgende paragraaf) ^a

	ZIN	BASIC	Verschillen in euro's	Verschillen in %'s
Ziekenhuiszorg	1312,14	1342,42	30,28	2,3
Ziekenvervoer, liggend	39,87	34,40	-5,46	-13,7
Ziekenvervoer, zittend	6,02	5,97	-0,05	-0,8
Huisarts, inschrijftarieven	72,14	72,34	0,20	0,3
Huisarts, consulttarieven	47,97	47,33	-0,63	-1,3
Huisarts, overig	65,67	61,77	-3,90	-5,9
Huisarts, multidisciplinair	33,18	39,53	6,35	19,1
Fysiotherapie	27,34	27,67	0,34	1,2
Paramedisch, overig	16,26	16,41	0,15	0,9
Farmacie	283,02	296,35	13,33	4,7
Verloskunde	20,10	20,07	-0,02	-0,1
Kraamzorg	18,19	18,27	0,08	0,4
Hulpmiddelen	93,86	95,02	1,16	1,2
Tandheelkunde	41,05	41,36	0,31	0,7
Grensoverschrijdende zorg	19,37	13,69	-5,69	-29,4
Eerstelijnsondersteuning/kwaliteitsgelden	1,71	1,71	0,00	0,0
Overige kosten	7,98	8,07	0,09	1,1
DBC's GGZ met verblijf	87,08	82,31	-4,76	-5,5
DBC's GGZ zonder verblijf	134,08	129,12	-4,96	-3,7
Generalistische Basis GGZ+GZSP	14,04	13,65	-0,39	-2,8
2de en 3de jaar intramurale GGZ	8,99	9,09	0,09	1,0
Geriatrische revalidatiezorg ^b	38,71	38,75	0,04	0,1
Verpleging en verzorging	191,17	195,38	4,21	2,2
Extramurale behandeling ZG	9,94	9,92	-0,02	-0,2
Eerstelijnsverblijf	16,65	16,54	-0,11	-0,7
Totaal	2606,54	2637,18	30,63	1,2

^a De deelprestaties 'grensoverschrijdende zorg', 'eerstelijnsondersteuning' en 'overige kosten', die in het onderzoeksbestand feitelijk zijn verdeeld over andere deelprestaties, staan hier nog apart vermeld.

^b Geriatrische revalidatiezorg inclusief geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen.

Het overall kostenverschil tussen BASIC en ZIN bedraagt gemiddeld bijna 31 euro per verzekerdenjaar (vorig jaar eveneens +31 euro). Ziekenhuiszorg en farmacie leveren de belangrijkste bijdragen aan dit verschil. Verder zijn ook bij de specialistische GGZ relatief grote verschillen zichtbaar. Die verschillen, mede veroorzaakt door (extramurale) prijsarrangementen en door lumpsumafspraken met ziekenhuizen en GGZ-aanbieders, zijn echter niet relevant omdat we ons in het onderzoek voor de betreffende kosten verder zullen baseren op QZ-gegevens afkomstig van Vektis (zie paragraaf 2.5.3) respectievelijk GGZ-DBC's aangeleverd door het ZIN (zie paragraaf 2.5.4), en de extramurale farmaciekosten nog gecorrigeerd zullen worden voor de prijsarrangementen. Voor grensoverschrijdende zorg is het verschil ook relatief groot, maar dat komt omdat in deze tabel niet-ingezetenen buiten beschouwing blijven. Verschillen bij de andere deelprestaties zijn vooral een gevolg van het feit dat balansposten niet in BASIC, maar wel in de ZIN-cijfers zijn verwerkt.

2.5.2. Bewerking van somatische kosten vanwege pakket- en beleidsmaatregelen

Om het onderzoeksbestand met data van 2020 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2023, moeten de kosten worden aangepast vanwege pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2020-2023. In tegenstelling tot voorgaande jaren is aanpassing bij de kosten van huisartsenzorg en verloskundige zorg niet aan de orde omdat de samenstelling van de zogenaamde opslagwijken niet is veranderd tussen 2020 en 2023, zodat de relevante opslagen impliciet al zijn verwerkt in BASIC. Omdat daarnaast de inschrijftarieven van huisartsen generiek met een vast percentage zijn verhoogd, is aanpassing van het onderzoeksbestand ook op dat punt niet nodig.

Voor het datajaar 2020 is wel de volgende maatregel relevant:

- De prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen hebben in **2019** geleid tot niet-openbare kortingen van 262,9 miljoen euro op extramuraal en intramuraal verstrekte geneesmiddelen. Voor **2020** is dit bedrag naar verwachting 371,6 miljoen euro.¹¹ De kortingen op intramurale geneesmiddelen heeft Vektis verwerkt in QZ. De kortingen op extramurale geneesmiddelen (aangeleverd door Vektis) hebben wij zelf in de data verwerkt. Hoe de prijsarrangementen uitpakken in de jaren na 2020 is nog onbekend.

Voor het vereveningsjaar 2021 zijn de volgende maatregelen relevant:

- De overheveling naar de Zvw van de kosten die vallen onder de Tijdelijke subsidie-regeling extramurale behandeling (geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen).

¹¹ Zie de "Voortgangsbrief financiële arrangementen 2021" van de Minister aan de Tweede Kamer van 16 december 2021. Voor 2019 bedroegen de extra- en intramurale kortingen 122,7 respectievelijk 140,2 miljoen euro; voor 2020 zijn deze bedragen naar verwachting 156,7 respectievelijk 214,9 miljoen euro. Het grote verschil in de macro (extramurale) farmaciekosten tussen ZIN en BASIC in Tabel 2.1 kan dus inderdaad heel goed zijn veroorzaakt doordat verzekeraars de verwachte opbrengsten van de prijsarrangementen al in de staten hebben verwerkt.

Per 2020 is een deel van deze subsidieregeling overgeheveld en per 2021 het resterende deel. Voor het datajaar – 2020 – is dat resterende deel in het onderzoeksbestand verwerkt (dit gaat om 52 miljoen euro).

- De kosten van parenterale voeding en van geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher zijn per 2021 overgeheveld van de extramurale farmacie naar ziekenhuiszorg. In het aangeleverde QZ-bestand (zie beneden) zijn deze kosten afzonderlijk opgenomen. Vervolgens hebben wij deze kosten in het onderzoeksbestand verplaatst.

Ten slotte zijn voor vereveningsjaar 2022 de volgende maatregelen relevant:

- De kosten van ziekenvervoer zijn bijgesteld vanwege de aanpassingen in de budgetten voor spreiding en beschikbaarheid van ambulances per RAV-regio. Per saldo leidt dit op macroniveau tot 40 miljoen euro aan extra kosten.
- De kosten van epoëtines en G-CSF zijn per 2022 overgeheveld van extramurale farmacie naar ziekenhuiszorg. Ook deze kosten zijn afzonderlijk in het QZ-bestand opgenomen en vervolgens door ons in het onderzoeksbestand verplaatst.

Tabel 2.4 geeft een samenvattend overzicht van de gevolgen van bovenbeschreven bewerkingen voor de risicodragende kosten in de onderzoeksdata.¹²

Tabel 2.4. Aanpassing van risicodragende somatische kosten in data 2020

Aanpassingen	Data 2020
Korting farmacie vanwege extramurale prijsarrangementen	Naar verwachting: -157 mln.
Overheveling uit Tijdelijke subsidieregeling extram. behandeling	+52 mln.
Verplaatsing van parenterale voeding en Gaucher-middelen	Geen gevolg voor totale kosten
Budgetten RAV-regio's	+40 mln.
Verplaatsing van epoëtines en G-CSF	Geen gevolg voor totale kosten

2.5.3. Verwerking van ziekenhuiskosten uit QZ

Begin juni heeft Vektis een databestand aangeleverd uit het QZ-informatiesysteem met een opsplitsing van de ziekenhuiskosten 2020 in diverse deelbedragen. Dit bestand vormt het uitgangspunt voor de in deze rapportage gepresenteerde cijfers over ziekenhuiszorg. De volgende deelbedragen zijn onderscheiden: DBC-zorgproducten A en B, add-ons IC, add-ons dure geneesmiddelen (opgesplitst in zes delen), GRZ, eerstelijnsdiagnostiek¹³ en overige zorgproducten.¹⁴ De kosten in dit bestand hebben betrekking op ongeveer 9,6 miljoen (vorig

¹² In de WBR is de volledige lijst van maatregelen doorgenomen; er wordt alleen gecorrigeerd voor zaken van substantiële omvang, die goed zijn in te schatten en op individuniveau te verwerken.

¹³ Inclusief een klein deel 'kosten van paramedische behandeling en onderzoek'.

¹⁴ Daarnaast bevat het bestand kostengegevens over de tweedelijnsverloskunde welke van belang zijn voor het eigen-risicomodel omdat verloskunde niet onder het verplicht eigen risico valt. Verder bevat het bestand de kosten van parenterale voeding en Gaucher-middelen, en van epoëtines en G-CSF (in Tabel 2.5 meegeteld bij de add-ons dure geneesmiddelen), die per 2021 respectievelijk per 2022 zijn overgeheveld van extramurale farmacie naar ziekenhuiszorg.

jaar: 10,0 miljoen) Zvw-verzekerden die in 2020 in een Nederlands ziekenhuis zijn behandeld. Het bestand is gebaseerd op declaratiegegevens over negen kaskwartalen. Zoals gebruikelijk is geen ophoging voor balansposten toegepast; hierdoor ontbreekt ongeveer 0,04% van de DBC-kosten in het QZ-bestand van 2020. Vektis heeft de volgende bewerkingen op de QZ-gegevens uitgevoerd (WOR 1107):

- correctie van de kosten van bepaalde DBC-zorgproductgroepen waar een substantiële tariefsaanpassing plaatsvindt in het kader van de brede herijking van MSZ-tarieven per 2023;
- berekening van kosten op basis van mediaanbedragen per DBC. Voor de add-ons dure geneesmiddelen en de overige zorgproducten zijn de gedeclareerde bedragen overgenomen;
- verwerking van de (intramurale) kortingen voor 2020 in het kader van de prijsarrangementen dure geneesmiddelen.

Door bij de kostenberekening uit te gaan van mediaanbedragen is ervoor gezorgd dat de tussen verzekeraars en zorginstellingen afgesproken lumpsums in principe geen invloed hebben op de kosten die in de OT2023 gebruikt gaan worden.

Tabel 2.5 geeft een overzicht van de door Vektis onderscheiden deelbedragen zoals deze voorkomen in het aangeleverde bestand. De opsplitsing naar deelbedragen zorgt voor flexibiliteit met betrekking tot de bewerking van de kosten en geeft in de Normbedragenfase de mogelijkheid van gedifferentieerde schaling naar het MPB, voor zover van toepassing. Ter vergelijking bevat de tabel ook de overeenkomstige bedragen voor 2019. Bij koppeling van het aangeleverde bestand uit QZ aan het onderzoeksbestand bleek circa 56 miljoen euro weg te vallen (vorig jaar 58 miljoen); dit betreft grotendeels kosten van niet-ingezetenen (die we niet in het onderzoeksbestand meenemen). Meest opvallend – maar verklaarbaar vanwege de extra zorg tijdens de coronapandemie – in Tabel 2.5 is de relatief grote stijging van de IC-kosten terwijl de kosten van DBC-zorgproducten A en B flink zijn gedaald. Per saldo zijn de QZ-kosten met ruim 1,4 miljard euro gedaald in 2020 – een gevolg van zorguitval tijdens de coronapandemie.

Tabel 2.5. Kosten ziekenhuiszorg over 2019 en 2020 uit QZ op basis van mediaanbedragen (kosten in de aangeleverde bestanden, exclusief niet-gekoppeld)

	2019		2020	
	Absoluut (in mln.)	Relatief (in %)	Absoluut (in mln.)	Relatief (in %)
DBC-zorgproducten A en B (excl. verloskunde)	18.613	74,7	17.264	73,5
Add-ons IC	1.066	4,3	1.249	5,3
Add-ons dure geneesmiddelen	2.338	9,4	2.403	10,2
GRZ	756	3,0	659	2,8
Tweedelijnsverloskunde	569	2,3	557	2,4
Eerstelijnsdiagnostiek	815	3,3	701	3,0
Overige zorgproducten	756	3,0	655	2,8
Totaal	24.913	100	23.488	100

2.5.4. Verwerking van kosten GGZ

De GGZ-kosten ten behoeve van het vereveningsonderzoek berusten al enkele jaren op de declaratiegegevens (DBC-codes, opnamedatum, verblijfsduur) die de zorgverzekeraars (over negen kaskwartalen) aanleveren bij het ZIN, vermenigvuldigd met landelijke DBC-tarieven voor het desbetreffende datajaar vastgesteld door de NZa. Verschillen in prijzen en bekostiging hebben daardoor geen invloed op de kostencijfers in het onderzoeksbestand. Voor het huidige onderzoek is in principe dezelfde aanpak gevolgd, met dien verstande dat het nu gaat om GGZ-DBC's van 2020. Bij de intramurale DBC's wordt rekening gehouden met de verblijfsduur. Vanwege de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ per 2022 – het ZPM – hebben we DBC-volumes niet alleen gecombineerd met de NZa-tarieven van het betreffende jaar, maar ook met ZPM-tarieven berekend door KPMG voor 2019 (WOR 1037), die we hebben opgehoogd naar 2020 op basis van de ontwikkeling van de NZa-tarieven tussen 2019 en 2020. Tabel 2.6. geeft een overzicht op macroniveau van gedeclareerde schades en van kosten na de conversies met NZa- en ZPM-tarieven.¹⁵

Tabel 2.6. Macrokosten in aangeleverd bestand met DBC-declaraties 2020 (in miljoenen euro's)

	Gedeclareerd	NZa-conversie	ZPM-conversie
Basis GGZ	238	258	305
Specialistische GGZ	3.787	3.980	3.809
2 ^{de} en 3 ^{de} jaar intramurale GGZ	150	155	155
Totaal	4.175	4.393	4.269

De gedeclareerde GGZ-kosten in het aangeleverde bestand bedragen 4.175 miljoen euro [de Zorgcijfersdatabank (t/m Q4 2021) meldt 4.238 miljoen euro, exclusief coronameerkosten en continuïteitsbijdragen], welk bedrag na het inpluggen van NZa-tarieven met 5,1% stijgt (vorig jaar was dit +10,0%; WOR 1052), waarna toepassing van ZPM-tarieven het kostenniveau weer met 2,8% doet dalen (vorig jaar -2,2%). Bij koppeling van het aangeleverde bestand aan het onderzoeksbestand viel circa 37 miljoen euro weg; dit betreft voor circa 6 miljoen kosten van niet-ingezetenen en voor de rest gaat het om de GGZ-kosten van verzekerden die in de tweede helft van 2020 18 jaar zijn geworden en dus niet in het onderzoeksbestand voorkomen.

2.6. Kosten in onderzoeksbestanden

Tabel 2.7 presenteert voor 2019 en 2020 de gemiddelde kosten in de onderzoeksbestanden van beide jaren, uitgesplitst naar de drie deelmodellen binnen de risicoverevening. Benadrukt

¹⁵ Het door het ZIN aangeleverde databestand met GGZ-DBC's van 2020 – inclusief Basis GGZ – bevat 1,38 miljoen declaraties. Bij ruim 6.000 daarvan, met macrokosten van ruim 25 miljoen euro (min of meer gelijkelijk verdeeld over de verzekeraars), kon geen conversie worden uitgevoerd omdat voor de betreffende DBC-codes noch een NZa- noch een ZPM-tarief bekend was. In die gevallen is de gedeclareerde schade overgenomen.

zij dat in de cijfers van deze tabel geen coronameerkosten en geen continuïteitsbijdragen zijn meegeteld; dat geldt verder ook voor het gehele onderzoek ten behoeve van het vereveningsmodel van 2023.

De GGZ-kosten 2019 hebben betrekking op model G22 van de Overall Toets van vorig jaar (paragraaf 3.5 van WOR 1053), en zijn gebaseerd op negen kaskwartalen inclusief de ZPM-conversie. De daling van de somatisch kosten met 4,4% komt goed overeen met de -3,6% die volgt uit de Zorgcijfersdatabank, t/m Q4 2021 (exclusief coronameerkosten en exclusief continuïteitsbijdragen). Voor de GGZ-kosten geeft die bron een stijging met 7,5%, wat redelijk overeenkomt met de stijging van de gedeclareerde kosten in de aangeleverde bestanden (Tabel 2.6: 4.175 miljoen en Tabel 2.6 van vorig jaar: 3.948 miljoen, dus een stijging van 5,8%), maar na de ZPM-conversies blijken de gemiddelde GGZ-kosten vrijwel gelijk. Dat heeft vooral te maken met de lagere NZa-tarieven voor 2020, die – door de hier toegepaste procedure om de verwachte ZPM-tarieven voor 2020 te bepalen – ook tot lagere ZPM-tarieven leiden.

Tabel 2.7. Gemiddelde zorgkosten in de onderzoeksbestanden 2019 en 2020 (in euro's per verzekerdenjaar) ^a

	2019	2020	Verschil in kosten 2020/2019 (%)
Somatisch model:			
Aantal verzekerdenjaren	17.058.669	17.148.230	
Gemiddelde kosten per verzekerdenjaar	2.485,82	2.377,60	-4,4%
GGZ model:			
Aantal verzekerdenjaren	13.737.612	13.849.759	
Gemiddelde kosten per verzekerdenjaar	306,46	305,53	-0,3%
Eigen-risicomodel:			
Aantal verzekerdenjaren	13.737.612	13.849.759	
Gemiddelde kosten per verzekerdenjaar: Niveau MPB 2021 resp. 2022	228,58	221,13	-3,3%

^a De somatische en de GGZ-kosten zijn representatief gemaakt voor het Zvw-pakket in de vereveningsjaren 2022 en 2023, maar op kosten- en prijsniveau van 2019 respectievelijk 2020.

2.7. Conclusies

De belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk zijn:

- de dekking van BASIC komt net als voorgaande jaren uit op 100%;
- de leeftijd/geslachttopbouw is vrijwel gelijk aan die van de eerste voorlopige vaststelling van de risicoverevening 2020 door het ZIN;
- in aanmerking nemende dat BASIC 2020 niet is bijgesteld voor balansposten, sporen de gemiddelde kosten voor de 26 deelprestaties in BASIC goed met de ZIN-cijfers;
- per saldo is de kwaliteit en volledigheid van de gegevens van een licht hoger niveau dan vorig jaar;

-
- ruim 400.000 records zijn niet geschikt voor de analyses en zijn, zoals gebruikelijk, verwijderd uit de onderzoeksbestanden (dit betreft voor meer dan 95% Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland);
 - er zijn verschillende correcties uitgevoerd ter verwerking van pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2020-2023;
 - voor het bepalen van de GGZ-kosten zijn de feitelijk gedeclareerde DBC-prijzen vervangen door tarieven conform het per 2022 ingevoerde ZPM, die KPMG heeft berekend voor 2019 plus een DBC-specifieke ophoging gebaseerd op de ontwikkeling van de NZa-tarieven tussen 2019 en 2020.

3. Ontwikkeling prevalenties vereveningscriteria

3.1. Inleiding

Uitgaande van de circa 17,50 miljoen uit BASIC 2020 geselecteerde records (Tabel 2.2), is een onderzoeksbestand gecreëerd met enerzijds informatie over de somatische zorgkosten die onder de Zvw vallen en anderzijds de vereveningscriteria van het vereveningsmodel van 2022. Die vereveningscriteria zijn: leeftijd/geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK (exclusief V&V), FDG's, MVV en met ingang van model 2022 HSM (historische somatische morbiditeit) en MFK (meerjarige farmaciekosten). Verder is voor 18-plussers een onderzoeksbestand gecreëerd met de kosten van GGZ (inclusief 2^{de} en 3^{de} jaar intramurale GGZ) en de bijbehorende vereveningscriteria: leeftijd/geslacht, FKG's en DKG's op basis van psychische aandoeningen, AVI, SES en PPA conform het somatisch model, regio, en MHK op basis van GGZ-kosten in vijf voorgaande jaren (exclusief 2^{de} en 3^{de} jaar intramurale GGZ).

Dit hoofdstuk bespreekt de prevalenties van vereveningscriteria in de onderzoeksbestanden voor de risicoverevening van 2022 (gebaseerd op data van 2020 en eerder). De prevalenties worden vergeleken met die van de OT2022 (gebaseerd op data van 2019 en eerder). De 2022-definitie van de criteria is het uitgangspunt; indien de 2023-definitie afwijkt, wordt ook daar aandacht aan besteed. Datzelfde geldt voor nieuwe criteria. Leeftijd/geslacht is in paragraaf 2.2 al aan de orde gekomen en blijft hier daarom buiten beschouwing.

Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat de Zvw-populatie van 2020 (voor 2019 analoog) het uitgangspunt vormt. Aan het databestand met kosten 2020 wordt op individuniveau informatie uit 2020 gekoppeld over leeftijd/geslacht, AVI, SES, PPA, regio en inschrijfduur, en informatie over de morbiditeitscriteria gebaseerd op zorggebruik in 2019 en eerder (in enkele gevallen). Prevalenties van vereveningscriteria, zoals van FKG's in de volgende paragraaf, zijn dus tot stand gekomen door koppeling van informatie uit jaar t-1 met jaar t (waardoor bijvoorbeeld verzekerden die zijn overleden in jaar t-1 niet meetellen in de prevalentiecijfers) en door weging met de inschrijfduur in jaar t (waardoor iemand die bijvoorbeeld pas vanaf 1 juli 2020 bij een zorgverzekeraar staat ingeschreven, slechts voor de helft meetelt).

3.2. FKG's gebaseerd op farmacierecepten van 2019

3.2.1. FKG's voor somatisch model 2022

De FKG's op basis van extramurale farmacierecepten en add-ons van 2019 zijn door het ZIN aangeleverd in de vorm van de indeling naar de 42 FKG's voor elk BSN-pseudoniem. Daarbij

is uitgegaan van de indeling van ATC's naar FKG's van het somatisch model van 2022. In de aangeleverde gegevens waren de restricties op de samenloop van FKG's voor onder andere diabetes, COPD/Zware astma en kanker al aangebracht. Koppeling met BASIC 2019 bracht 1.800 verzekerden aan het licht **zonder** extramurale farmaciekosten in 2019 doch **met** een FKG op basis van extramurale farmacierecepten uit 2019. Deze kleine discrepantie is te verklaren uit een verschil in peildata.

Tabel 3.1a vergelijkt de FKG-prevalenties in het onderzoeksbestand van 2020 met die in het OT-bestand van vorig jaar. Uit de bovenste regel blijkt dat in beide jaren ruim 17% van de verzekerden bij ten minste één FKG is ingedeeld. Merk op dat iedereen die in 2020 was verzekerd maar voor wie over 2019 geen farmacie- of add-on-informatie beschikbaar is, automatisch in FKG0 (geen FKG) terechtkomt. Dit geldt dus ook voor mensen die in 2019 geen basisverzekering hadden, zoals kinderen geboren in 2020 en immigranten. (Hetzelfde geldt voor de andere morbiditeitscriteria.)

Tabel 3.1a. Prevalenties van FKG's per 1.000 verzekerdenjaren (definitie model 2022) ^a

Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Geen FKG	828,4	826,5	-0,2
1	Schildklieraandoeningen	19,1	19,5	2,1
2	Glaucoom	10,8	11,0	1,6
3	Depressie	28,1	28,3	0,6
4	Psychose	6,0	6,0	1,3
5	Epilepsie	5,2	5,2	0,2
6	Chronische antistolling	17,8	19,2	8,1
7	Transplantaties	1,2	1,2	3,8
8	Parkinson	1,7	1,7	2,5
9	Hartaandoeningen: overig	17,8	17,5	-1,7
10	Chronische pijn exclusief opioïden	10,2	9,9	-2,5
11	Neuropatische pijn	4,1	4,3	5,0
12	Diabetes type II zonder hypertensie	5,6	5,8	3,0
13	Diabetes type II met hypertensie	14,2	14,2	-0,3
14	Diabetes type I zonder hypertensie	4,9	5,0	1,0
15	Diabetes type I met hypertensie	9,7	9,5	-2,5
16	Cystic fibrosis/pancreasenzymen	0,7	0,7	6,6
17	Groeistoornissen o.b.v. add-on	0,2	0,2	-0,3
18	Aand. v. hersenen/ruggenmerg: overig	0,5	0,5	-0,7
19	Aand. v. hersenen/ruggenmerg: ms	0,5	0,6	2,0
20	HIV/AIDS	1,3	1,3	1,8
21	Psoriasis	1,4	1,4	-0,1
22	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	3,9	3,9	-0,4
23	Reuma	3,7	3,7	1,6
24	Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3,1	3,4	10,4
25	Nieraandoeningen	0,3	0,3	1,2
26	Acromegalie	0,1	0,2	1,9
27	Immunoglobuline o.b.v. add-on	0,2	0,2	6,6
28	Astma	21,8	21,6	-0,7
29	COPD/Zware astma	14,9	14,8	-0,3
30	COPD/Zware astma o.b.v. add-on	0,1	0,2	39,6
31	Hormoongevoelige tumoren	3,4	3,3	-1,7
32	Kanker	0,6	0,6	6,8

Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
33	Kanker o.b.v. add-on	3,4	3,6	5,7
34	Pulmonale arteriële hypertensie	0,1	0,1	0,5
35	Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2,2	2,6	17,1
36	Hypercholesterolemie	0,6	0,9	38,1
37	Hartaandoeningen anti-aritmica	1,8	1,7	-1,7
38	Verslaving exclusief nicotine	1,0	1,0	1,8
39	Extreem hoge kosten cluster 1	0,0	0,0	6,4
40	Extreem hoge kosten cluster 2	0,0	0,0	3,1
41	Extreem hoge kosten cluster 3	0,0	0,0	6,7
42	Extreem hoge kosten cluster 4	0,0	0,0	11,0
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	221,9	224,9	1,4

^a De cijfers van 2019 wijken af van Tabel 3.1a in WOR 1052 vanwege grootonderhoud, wat onder meer twee nieuwe FKG's heeft opgeleverd alsmede de opsplitsing van twee bestaande FKG's (WOR 1027).

Volgens de onderste regel van Tabel 3.1a is de overall stijging van het aantal FKG's (personen in meerdere FKG's zijn hierbij evenzoveel keer meegeteld) van 2019-op-2020 1,4%, meer dan de +1,2% van vorig jaar en de +0,5% van het jaar daarvoor. De belangrijkste bijdrage aan deze overall stijging levert FKG6, voor chronische antistolling (+8,1%). Dit stemt overeen met de forse toename die de GIP-databank laat zien van gebruikers van de betreffende geneesmiddelen. De prevalentie van FKG16 voor cystic fibrosis/pancreasenzymen stijgt met 6,6%, eveneens in lijn met de stijging van het aantal gebruikers van de onderliggende geneesmiddelen die het GIP laat zien.

Vijf van de FKG's die zijn gebaseerd op add-ons – 24, 27, 30, 33 en 35 – vertonen een prevalentiestijging van meer dan 5%. Daarbij valt vooral FKG30 voor COPD/Zware astma op, met een toename van 39,6%. Deze toename is in lijn met de toenames van de afgelopen twee jaar (tweemaal +37%) en conform de groei van het aantal gebruikers volgens het GIP. Voor FKG24 voor auto-immuunziekten (+10,4%) en FKG27 voor immunoglobuline (+6,6%) zien we ook al enkele jaren forse stijgingspercentages. Datzelfde geldt voor FKG35 (+17,1%), voor maculadegeneratie o.b.v. add-on; deze aandoening is per 2022 aan de FKG's toegevoegd.

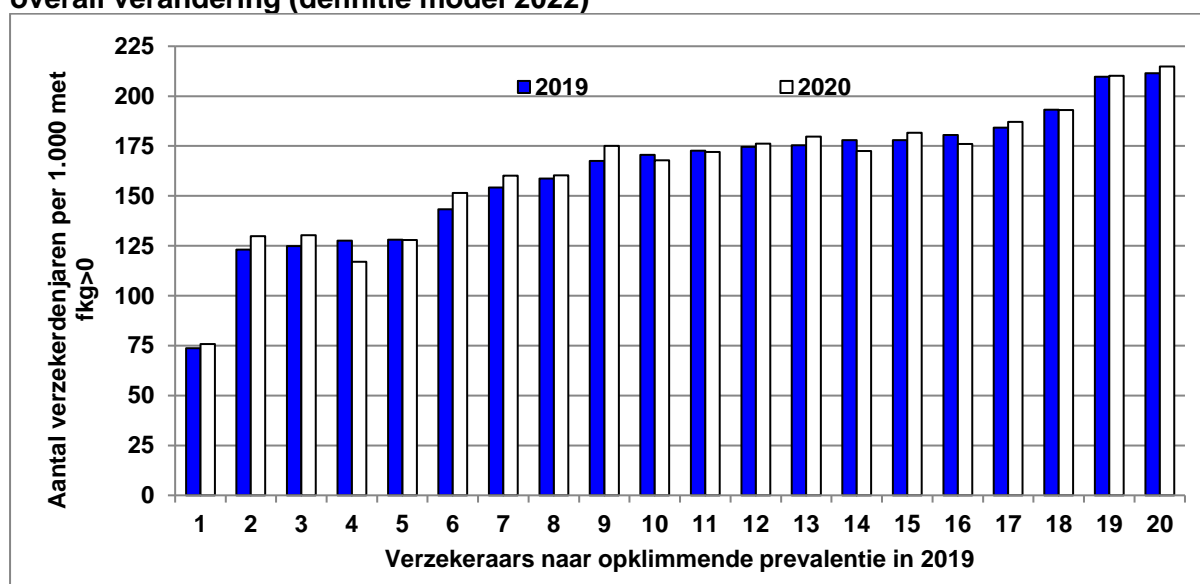
De prevalentiestijging van 6,8% bij FKG32 voor kanker volgt op stijgingen van 11,1% en 16,7% van de afgelopen twee jaar; voor deze FKG lijkt de opwaartse trend dus af te buigen. De tweede aandoening waarmee het FKG-criterium in 2022 is uitgebreid, betreft FKG36 voor hypercholesterolemie, met een prevalentiestijging van 38,1%. Deze stijging volgt op de +61,9% van vorig jaar en is in overeenstemming met de toename van het aantal gebruikers volgens het GIP. De gezamenlijke prevalentie van de vier FKG's voor gebruikers van diverse extreem dure geneesmiddelen (EHK-clusters 1-4) is met 6% gestegen. Dit betreft zeer kleine groepen patiënten: in totaal minder dan 750 verzekerdenjaren.

Het ZIN heeft regulier onderhoud uitgevoerd aan de EHK-clusters. Dit heeft geleid tot een bijna verdubbeling van de gezamenlijke prevalentie van deze vier FKG's: van 750 naar 1.400

verzekerdjaren. Bovendien is van enkele tientallen verzekerd de indeling bij FKG's 16 en 33 geschrapt. Qua overall FKG-prevalentie heeft dit geen impact, maar de prevalentiestijging van de vier duurste FKG's kan wel zichtbaar worden in de gemiddelde (vervolg)kosten.

Figuur 3.1 presenteert de prevalenties per verzekeraar van het aantal verzekerd in een FKG in 2019 en 2020, gecorrigeerd voor de overall prevalentiestijging. De verzekeraars zijn gesorteerd naar opklimmende prevalentie in 2019. Voor beide jaren liggen de prevalenties per 1.000 verzekerdjaren globaal tussen de 75 (voor een verzekeraar met een relatief jonge portefeuille) en 215 (voor een verzekeraar met een relatief oude portefeuille). De veranderingen van 2019-op-2020 zijn veelal gering. De grootste relatieve veranderingen doen zich voor bij verzekeraars #4 (-8%) en #6 (+6%). Eerstgenoemde verzekeraar heeft van 2019-op-2020 per saldo een verjonging van de portefeuille ondergaan; voor de andere verzekeraar geldt het tegenovergestelde.

Figuur 3.1. Prevalenties van FKG>0 per 1.000 verzekerdjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering (definitie model 2022)



3.2.2. Psychische FKG's voor GGZ-model 2022

De psychische FKG's ten behoeve van het GGZ-model zijn door het ZIN bepaald op basis van de indeling van ATC's van extramuraal farmacierecepten naar de negen psychische FKG's van het GGZ-model van 2022. In de door het ZIN aan ESHPM geleverde gegevens waren de restricties op FKG4 (chronische stemmingsstoornissen) tot en met FKG9 (psychose depot) al toegepast.

Tabel 3.1b toont de prevalenties van de psychische FKG's per 1.000 verzekerdjaren in de onderzoeksbestanden met data van 2019 en 2020. Daarbij is geselecteerd op verzekerd

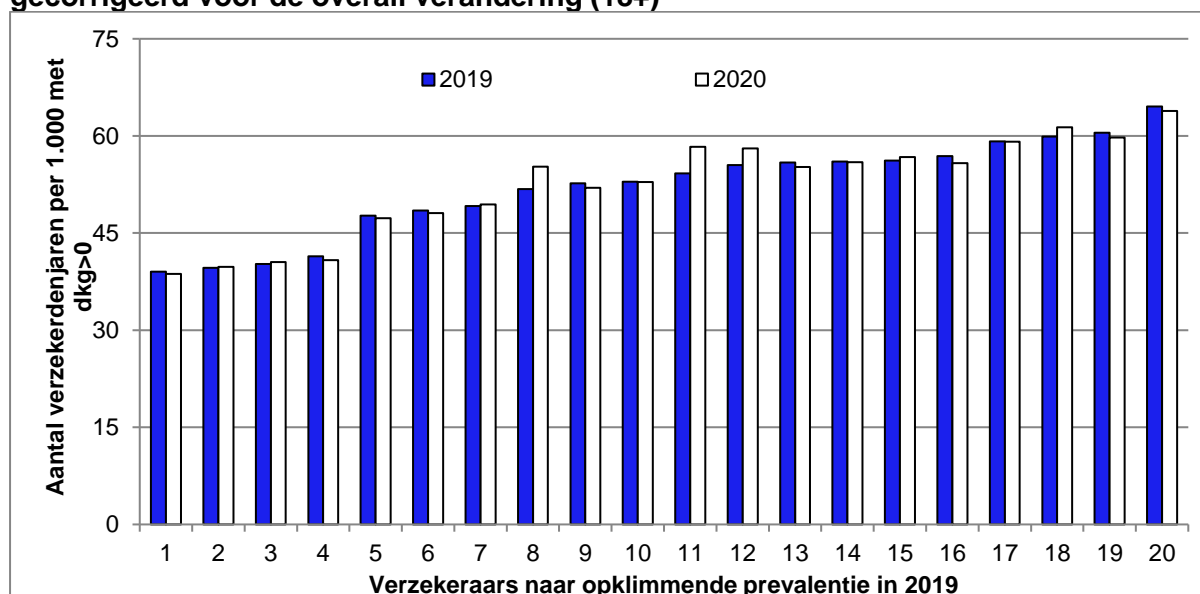
van 18 jaar en ouder omdat het GGZ-model alleen op volwassenen betrekking heeft. Overall zien we op de onderste regel een stijging van het aantal FKG's van 2019-op-2020 met 0,8%, waarbij personen in meerdere FKG's evenzoveel keer zijn meegeteld. Deze stijging volgt op een stijging met 1,0% vorig jaar en een kleine daling (-0,5%) in het jaar daarvoor, en is in lijn met de stijgingen van tussen de +1,5% en +3,4% in de zes jaar daarvoor. De toename met 7,0% van FKG1 voor ADHD stemt overeen met de trend van de afgelopen jaren, en volgt daarmee de landelijke trend in het aantal gebruikers van de betreffende medicijnen.

Tabel 3.1b. Prevalenties van psychische FKG's per 1.000 verzekerdenjaren (18+)

Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Geen psychische FKG	948,5	948,0	0,0
1	ADHD	4,6	4,9	7,0
2	Verslaving	1,3	1,3	1,5
3	Angststoornissen	4,6	4,6	-1,5
4	Chronische stemmingsstoornissen	38,2	38,3	0,4
5	Bipolaire stoornissen regulier	0,86	0,83	-4,5
6	Bipolaire stoornissen complex	0,61	0,60	-0,8
7	Psychose	4,4	4,4	0,7
8	Chron. stemmingsstoornissen complex	0,14	0,14	-1,9
9	Psychose depot	1,1	1,1	1,9
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	55,7	56,1	0,8

Figuur 3.1b geeft voor de 20 verzekeraars een beeld van het aantal verzekerden ingedeeld in een psychische FKG per 1.000 verzekerdenjaren. Voor beide datajaren varieert de prevalentie tussen ongeveer 30 en 65. De veranderingen zijn beperkt; de grootste relatieve prevalentieveranderingen doen zich voor bij verzekeraars #11 (+8%) en #12 (+5%). Bij eerstgenoemde verzekeraar is sprake van een wijziging in de leeftijd/geslachtsamenstelling van de portefeuille; bij de andere verzekeraar is de oorzaak van de prevalentiestijging onduidelijk.

Figuur 3.1b. Prevalenties van psychische FKG>0 per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering (18+)



3.3. DKG's gebaseerd op DBC's van 2019 en eerder

3.3.1. DKG's voor somatisch model 2022

Met ingang van 2021 bestaat het DKG-criterium van het somatisch model uit 26 klassen (plus een afslagklasse). Dit criterium is op twee manieren meervoudig: een verzekerde kan bij meerdere DKG's zijn ingedeeld én meerdere keren bij dezelfde DKG, afhankelijk van zijn/haar scores op de onderliggende ruim 200 aandoeningen. Voor Tabel 3.2a is de meervoudige score per DKG gemaximeerd op 1.

Tabel 3.2a. Prevalenties van DKG's per 1.000 verzekerdenjaren ^a

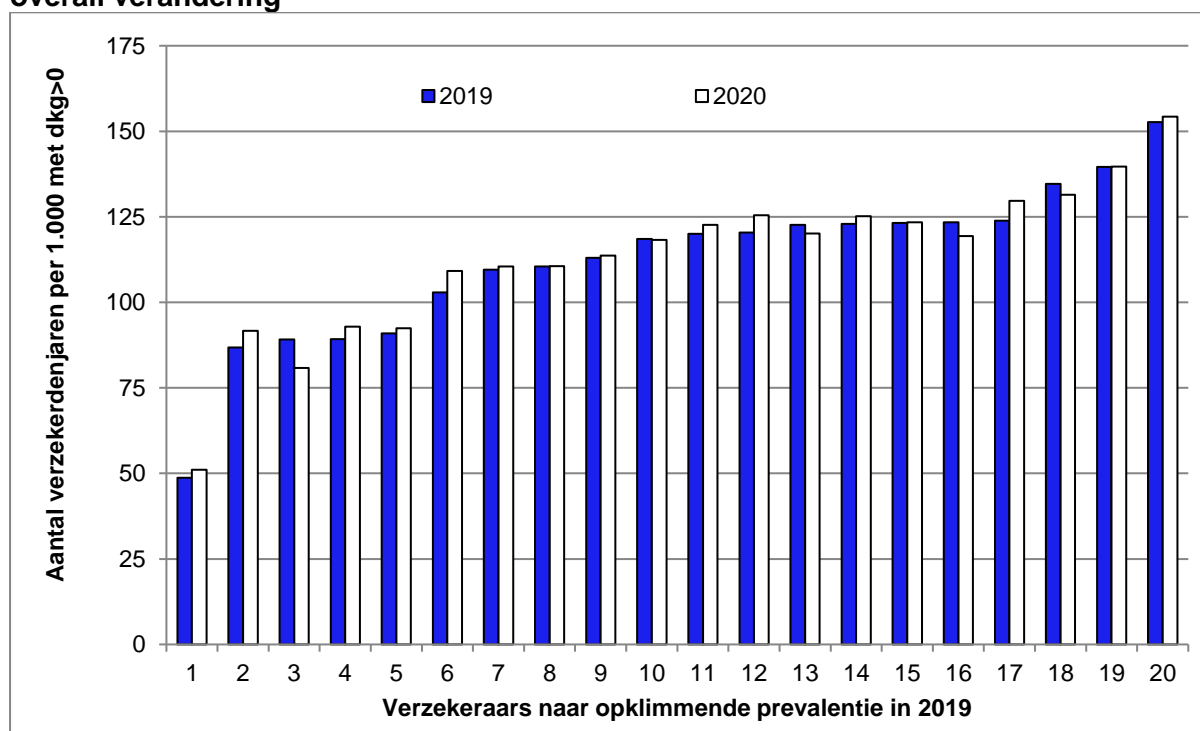
Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Geen DKG	883,3	881,1	-0,2
1	Diversen	32,6	33,2	1,9
2	Diversen	28,4	28,7	1,3
3	Diversen	34,0	34,4	1,2
4	Diversen	11,7	12,1	3,1
5	Diversen	18,1	18,5	1,8
6	Diversen	8,1	8,3	2,0
7	Diversen	5,6	5,7	1,9
8	Diversen	1,1	1,1	2,9
9	Diversen	1,6	1,7	5,4
10	Diversen	0,9	1,0	8,1
11	Diversen	0,5	0,5	-0,3
12	Diversen	4,96	5,18	4,5
13	Diversen	0,32	0,33	4,9
14	Diversen	0,80	0,82	2,4
15	Metastasen; chemo- plus immunotherapie	0,89	1,00	11,8
16	Diversen	1,38	1,51	9,3
17	Wervelfractuur met ruggenmergletsel; (thuis) beademing	0,27	0,29	6,5
18	Maligne neoplasma prostaat / testis / mannelijke geslachtsorganen	0,31	0,34	8,2
19	Shuntchirurgie t.b.v. nierlijden	0,36	0,37	2,1
20	Radiotherapie, zwaar	0,22	0,22	-0,2
21	Aplastische anemie; maligne neoplasma blaas / nier / overige urine-organen	0,18	0,20	12,7
22	Kinderoncologie; neoplasmata met metastasen bij neurologie	0,30	0,31	1,6
23	Hemofilie, incidenteel; proliferatieve maligniteiten vh beenmerg	0,62	0,64	3,5
24	Maligniteit huid/melanoom; leukemie	0,23	0,28	22,9
25	Nierdialyse zonder niertransplantatie; Cystic Fibrosis	0,44	0,44	-0,9
26	Hemofilie, structureel	0,05	0,06	15,2
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	154,0	157,3	2,1

^a Prevalenties van 2019 wijken af van Tabel 3.2c in WOR 1052 vanwege de update van de (indeling van Dxgroepen naar) DKG's die in de Pre-OT van vorig jaar heeft plaatsgevonden (WOR 1041).

Tabel 3.2a toont de prevalenties van het DKG-criterium voor 2019 en 2020. Uit de onderste regel blijkt dat de gezamenlijke prevalentie per 1.000 verzekerdenjaren met 2,1% stijgt van

2019 naar 2020. Uit de bovenste regel is af te leiden dat de prevalentie van DKG>0 ongeveer evenveel stijgt, namelijk van 116,7 naar 118,9 per 1.000. De meest opvallende verandering zien we bij DKG24 (maligniteit huid/melanoom en leukemie; +22,9%), volgend op de +21,0% die we vorig jaar zagen voor maligniteit huid/melanoom alleen. Dit past in de trend in het aantal gediagnosticeerde gevallen voor deze aandoeningen gemeld op volksgezondheidzorg.info. Kanttekening is wel dat de prevalentie daar ongeveer 10 keer zo hoog ligt, met jaarlijkse stijgingen van tussen de 5 en 10%.¹⁶

Figuur 3.2a. Prevalenties van DKG>0 per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering



Per 1.000 verzekerdenjaren zijn er ongeveer 119 ingedeeld bij ten minste één DKG. Dit cijfer varieert van 50 voor een verzekeraar met een relatief jonge portefeuille tot ruim 150 voor een verzekeraar met een relatief oude portefeuille (Figuur 3.2a). Van 2019-op-2020 doet de grootste prevalentiewijziging zich voor bij verzekeraar #3 (-9%), wat waarschijnlijk samenhangt met het feit dat de portefeuille van deze verzekeraar per saldo is verjongd.

In tegenstelling tot de afgelopen twee jaren is de clustering van de ruim 200 Dxgroepen naar 26 DKG's *niet* geüpdatet, zodat de samenstelling van de DKG's voor model 2023 hetzelfde is als die voor model 2022.

¹⁶ Die 10 keer hoger prevalentie is te verklaren doordat vormen van huidkanker ook voorkomen bij enkele andere DKG's.

3.3.2. Psychische DKG's voor GGZ-model 2022

Het ZIN heeft de indeling van verzekerden in psychische DKG's gemaakt op basis van DBC-informatie van 2019 en eerder. Dit gaat om ruim 746.000 verzekerden, die op 4% na allemaal GGZ-kosten bleken te hebben in BASIC 2019. De verklaring voor die 4% is dat bij de constructie van de DKG's meerdere jaren worden betrokken; iemand hoeft dus niet per se in jaar t-1 een GGZ-behandeling te hebben ondergaan om voor jaar t in een DKG te worden ingedeeld.

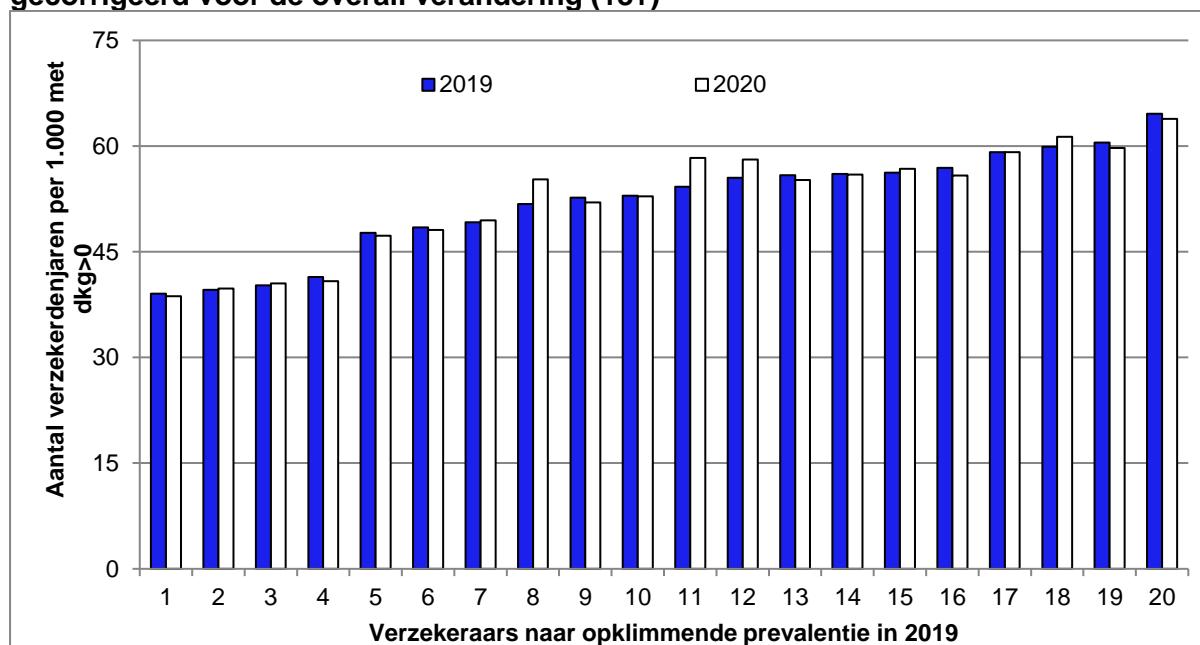
Tabel 3.2b. Prevalenties van psychische DKG's per 1.000 verzekerdenjaren (18+)^a

Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Geen psychische DKG	946,6	946,7	0,0
1	DKG1: Basis GGZ in t-1	14,1	14,5	2,4
2	DKG2	3,6	3,5	-2,7
3	DKG3	20,4	20,2	-1,2
4	DKG4	6,1	6,0	-0,8
5	DKG5	4,4	4,4	-0,4
6	DKG6	0,8	0,8	5,6
7	DKG7	1,4	1,5	5,3
8	DKG8	0,9	0,9	-1,4
9	DKG9	0,46	0,46	1,7
10	DKG10	0,46	0,42	-8,1
11	DKG11	0,38	0,37	-3,4
12	DKG12	0,04	0,04	-7,4
13	DKG13	0,02	0,02	-8,0
14	DKG14	0,07	0,07	-7,4
15	DKG15: gGGZ t-1 > 252 dagen	0,02	0,02	-15,8
16	DKG16: IGGZ t-1 ZZP 3/4/5	0,09	0,09	-3,3
17	DKG17:IGGZ t-1 ZZP 6/7	0,05	0,05	2,6
18	DKG18: Uitstroom Wlz	0,03	0,03	-3,3
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	53,4	53,4	-0,1

^a Cijfers voor 2019 stemmen niet precies overeen met Tabel 3.2d van WOR 1052 omdat daar de definitie van model 2021 is gehanteerd terwijl voor model 2022 is uitgegaan van de afsluiting van de onderliggende DBC's per 31-12-2021 vanwege de invoering van het ZPM per 2022.

Uit de onderste regel van Tabel 3.2b blijkt dat de prevalentie van DKG>0 van 2019 naar 2020 praktisch gelijk is gebleven. Zoals gebruikelijk zien we bij de DKG's onder in de tabel relatief forse prevalentiewijzigingen, wat te maken heeft met de geringe omvang van de betreffende patiëntgroepen. Daarnaast speelt wellicht een rol dat voor beide datajaren is uitgegaan van de afsluiting van de onderliggende DBC's per 31 december van het voorgaande jaar, conform model 2022, vanwege de invoering van het ZPM.

Figuur 3.2b geeft een beeld van de prevalenties van de psychische DKG's>0 in 2019 en 2020 per verzekeraar. Deze lopen van circa 40 tot 65 per 1.000 verzekerdenjaren. De verschillen tussen de twee jaren zijn beperkt en variëren tussen de -2% (verzekeraar #16) en +8% (verzekeraar #11). De portefeuille van laatstgenoemde verzekeraar heeft een duidelijke wijziging van de leeftijd/geslachtsamenstelling ondergaan.

Figuur 3.2b. Prevalenties van psychische DKG>0 per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering (18+)

3.4. HKG's gebaseerd op hulpmiddelengebruik in 2019

Tabel 3.3 presenteert de prevalenties per 1.000 verzekerdenjaren van het HKG-criterium voor 2019 en 2020. Met ingang van vereveningsjaar 2021 is dit criterium meervoudig, zodat een verzekerde bij meerdere HKG's kan worden ingedeeld. Door combinatie van de bovenste en onderste regel is te berekenen dat in beide jaren ongeveer 19% van de verzekerden met een HKG, bij meerdere HKG's is ingedeeld.

Tabel 3.3. Prevalenties van HKG's per 1.000 verzekerdenjaren ^a

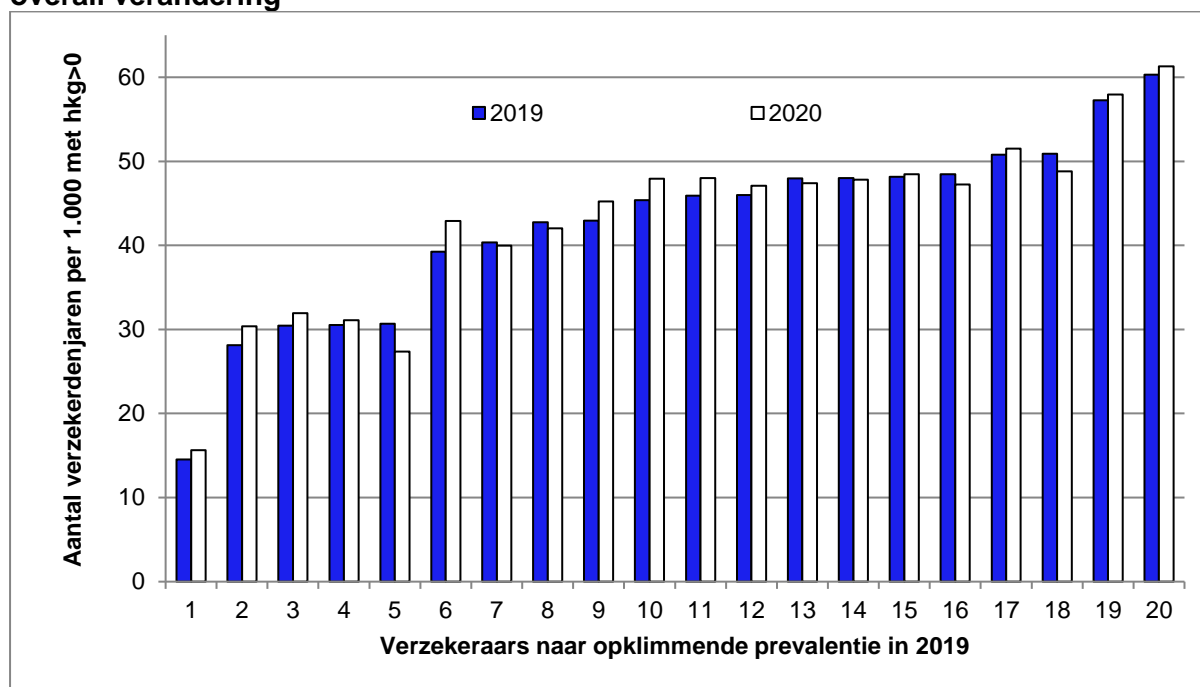
Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verskil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Geen HKG	954,1	952,9	-0,1
1	CPAP apparatuur	9,95	11,05	11,0
2	Therap. elastische kousen	17,6	17,6	-0,2
3	Voorz. voor stomapatienten	3,02	2,87	-5,0
4	Vernevelaar met toebeh.	1,39	1,51	8,6
5	Middelen voor urine-opvang	5,57	5,44	-2,4
6	Injectiesp. met toebeh. (excl. DM)	3,28	3,41	3,9
7	Zuurstofapparaten met toebeh.	1,53	1,56	2,0
8	Voedingshulpmiddelen (excl. zuigl.)	0,82	0,84	2,4
9	Slijmuitzuigapparatuur	0,04	0,05	12,2
10	Draagbare infuuspompen	0,67	0,70	4,7
11	Compressiehulpmiddelen	5,13	5,00	-2,6
12	Orthesen	3,86	3,98	3,1
13	Beenprothesen	0,41	0,41	-0,1
14	Insulinepompen	1,51	1,54	2,0
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	54,8	55,9	2,1

^a Cijfers voor 2019 afkomstig uit Tabel 3.3 van WOR 1052.

De grootste relatieve prevalentiestijging doet zich voor bij HKG9 voor slijmuitzuigapparatuur (+12,2%); dit betreft een kleine groep patiënten (minder dan 1.000 verzekerdenjaren) waarvoor we in het verleden zowel forse dalingen als stijgingen hebben gezien. De stijging bij HKG4 voor vernevelaars met toebehoren is fors (+8,6%) maar in overeenstemming met de ontwikkeling die in het GIP is te zien. Datzelfde geldt voor HKG1 voor CPAP-apparatuur (+11,0%), waarvoor wij de afgelopen vijf jaar stijgingen van 13% tot 14% hebben gezien.

Figuur 3.3 maakt de veranderingen in prevalenties van HKG>0 per zorgverzekeraar inzichtelijk. De prevalentie varieert globaal tussen de 15 en 60 per 1.000 verzekerdenjaren. De grootste relatieve veranderingen van 2019-op-2020 treden op bij verzekeraars #5 (-11%) en #6 (+9%), in beide gevallen samenhangend met een verandering van de gemiddelde leeftijd van de portefeuille (jonger respectievelijk ouder). Merk op dat we voor één verzekeraarsconcern HKG8 hebben aangepast omdat onjuiste data waren aangeleverd aan het ZIN waardoor de prevalentie van deze HKG voor dit concern ongeveer een derde te laag uitkwam. In overleg met de WBR hebben wij de verzekeren van dit concern die in de OT2022-data bij HKG8 zijn ingedeeld, ook in het huidige, OT2023-bestand bij HKG8 ingedeeld. Dit is reeds verwerkt in Tabel 3.3 en Figuur 3.3.¹⁷

Figuur 3.3. Prevalenties van HKG>0 per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering



¹⁷ Ongeveer twee derde van degenen die in het OT-bestand van 2022 zijn ingedeeld bij HKG8 bleken ook in het OT-bestand van 2023 bij deze HKG te zijn ingedeeld (exclusief verzekerden van bedoeld concern).

3.5. Aard van het inkomen (AVI)

Het AVI-criterium kent sinds 2020 zes hoofdcategorieën plus een referentiecategorie, elk opgedeeld in zes leeftijdsklassen (voor zover van toepassing), waarbij alle 70-plussers in de zevende leeftijdsklasse van de referentiecategorie terechtkomen. Omdat 18-minners in het algemeen geen inkomen hebben, worden zij ingedeeld bij de laagste AVI-klasse van volwassena op hetzelfde adres. Voor 65-69-jarigen is de AVI-indeling op 64-jarige leeftijd leidend.

Tabel 3.4. Prevalenties van AVI-klassen per 1.000 verzekerdenjaren ^a

Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
	2019	2020	
Referentie 70+	138,1	141,2	2,3
IVA 0-17	1,73	1,83	5,8
IVA 18-34	0,16	0,16	-0,6
IVA 35-44	0,69	0,73	5,8
IVA 45-54	1,67	1,74	4,0
IVA 55-64	3,63	3,91	7,8
IVA 65-69	1,27	1,6	25,9
Arbeidsongeschikt 0-17	12,2	12,1	-0,7
Arbeidsongeschikt 18-34	7,80	7,55	-3,3
Arbeidsongeschikt 35-44	5,69	5,81	2,1
Arbeidsongeschikt 45-54	9,08	8,81	-3,0
Arbeidsongeschikt 55-64	13,0	12,7	-2,1
Arbeidsongeschikt 65-69	8,33	7,76	-6,9
Bijstand 0-17	12,5	12,1	-3,6
Bijstand 18-34	6,57	6,64	1,1
Bijstand 35-44	5,89	5,82	-1,1
Bijstand 45-54	7,59	7,32	-3,6
Bijstand 55-64	7,35	7,51	2,2
Bijstand 65-69	2,55	2,73	6,9
Studenten 0-17	1,43	1,47	2,6
Studenten 18-34	35,1	36,1	2,7
Zelfstandig 0-17	22,9	24,1	5,2
Zelfstandig 18-34	15,5	17,0	9,6
Zelfstandig 35-44	18,4	19,5	6,3
Zelfstandig 45-54	16,0	15,9	-0,5
Zelfstandig 55-64	11,8	12,5	5,5
Zelfstandig 65-69	3,11	3,2	2,7
Hoogopgeleid 0-17	13,3	12,7	-4,7
Hoogopgeleid 18-34	36,5	36,7	0,6
Hoogopgeleid 35-44	24,9	24,7	-0,9
Referentie 0-17	130,6	128,1	-1,9
Referentie 18-34	108,4	107,2	-1,1
Referentie 35-44	62,9	61,9	-1,6
Referentie 45-54	109,9	106,9	-2,7
Referentie 55-64	100,8	101,3	0,5
Referentie 65-69	42,7	42,7	0,0
Gesommeerd (excl. 70+)	861,9	858,8	-0,4

^a Cijfers voor 2019 afkomstig uit Tabel 3.4 van WOR 1052.

Tabel 3.4 laat zien dat de prevalenties van bijna alle leeftijden binnen de hoofdcategorie voor IVA (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten) stijgen, terwijl de prevalenties van

hun leeftijdsgenoten ingedeeld bij de categorie van arbeidsongeschikten juist dalen. Deze ontwikkeling is al een aantal jaren gaande en hangt samen met de geleidelijke invoering van IVA: als bij (her)keuring blijkt dat iemand volledig arbeidsongeschikt is, gaat deze persoon van de WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten) naar de IVA-regeling. De prevalentiestijgingen bij de IVA-categorie zijn nu wel gematigder dan de afgelopen jaren. Net als vorig jaar blijkt een stijging op te treden bij 65-plussers met een bijstandsuitkering: nu +6,9% versus +7,7% toen. Conform de trend van de afgelopen jaren is de groep zelfstandigen in de meeste leeftijdsgroepen weer behoorlijk gestegen.

In 2020-2021 bestond de vrees dat de coronapandemie ook (grote) sociaaleconomische gevolgen zou kunnen hebben en daarmee de AVI-indeling zou kunnen beïnvloeden. De uitkomsten van Tabel 3.4 laten zien dat dat voor 2020 in ieder geval heel erg meevalt. Ook het onderzoek van het ZIN ten behoeve van de verzekerdensraming 2022 vond geen aanleiding voor aanpassingen van de AVI-prevalenties voor (mogelijke) gevolgen van de coronapandemie.

3.6. Regioclusters (somatisch en GGZ)

Deze rapportage maakt gebruik van de regioclusterings ontwikkeld voor de vereveningsmodellen voor somatische zorg en GGZ van 2022 (WOR 1053, bijlagen A en C). De prevalenties per regiocluster zouden precies overeen moeten komen met zowel die van vorig jaar als met die volgens de ZIN-verzekerdensraming voor het model 2022. De tien regioclusters hebben namelijk allemaal dezelfde omvang: elk (afgerond) 10% van de Zvw-populatie. Globaal geldt dit inderdaad voor de regioclusters van zowel het somatisch als het GGZ-model. Feitelijk blijkt dat van 2019-op-2020 per saldo bijna 15.000 verzekerdenjaren zijn verschoven van de somatische clusters 1-6 naar clusters 7-10. De belangrijkste oorzaak is verhuizing van verzekerden naar een ander postcodegebied. De kleine verschuivingen tussen de GGZ-regioclusters volgen geen duidelijk patroon.

3.7. Sociaaleconomische status (SES) en personen per adres (PPA)

Het SES-criterium is in principe gebaseerd op inkomensgegevens van jaar t-1 en bestaat uit vier niveaus van het adresinkomen, begrensd door de kwantielen van 20, 40, 70 en 100%. Verzekerden met Wlz-declaraties voor zorg in een instelling (dus ingedeeld bij PPA 1-6), voor wie het adresinkomen een inadequate maatstaf is van sociaaleconomische status, worden ingedeeld in de SES-klasse voor zeer laag inkomen. Per SES-klasse worden drie leeftijdsgroepen onderscheiden: 18-, 18-69 en 70+ (voor het GGZ-model en het eigen-risicomodel valt 18- natuurlijk af).

Tabel 3.5a. Prevalenties van SES-klassen per 1.000 verzekerdenjaren ^a

Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
	2019	2020	
Zeer laag 18-	39,0	38,7	-0,8
Zeer laag 18-69	137,1	137,3	0,2
Zeer laag 70+	34,3	34,8	1,4
Laag 18-	38,9	38,4	-1,3
Laag 18-69	132,6	132,3	-0,2
Laag 70+	26,0	26,6	2,6
Midden 18-	58,4	57,6	-1,3
Midden 18-69	199,0	198,5	-0,2
Midden 70+	38,9	39,9	2,6
Hoog 18-	58,4	57,6	-1,3
Hoog 18-69	198,7	198,3	-0,2
Hoog 70+	38,9	39,9	2,6
Totaal	1000	1000	0

^a Cijfers voor 2019 afkomstig uit Tabel 3.5a van WOR 1052.

Uit Tabel 3.5a blijkt dat de 2020-prevalenties van de meeste SES-klassen goed vergelijkbaar zijn met die van 2019. Dit is bijna per definitie zo, omdat bovengenoemde kwantielen (20, 40, 70 en 100%) per leeftijdsgroep worden toegepast. De verschilpercentages in de laatste kolom komen niet precies op 0 uit als gevolg van vergrijzing: elk van de risicoklassen voor 70-plussers groeit met 1,4% tot 2,6%, terwijl bijna alle risicoklassen voor 70-minners krimpen. Interessant daarbij is dat de groei van het aantal 70-plussers in de laagste SES-klasse 1,2 procentpunt kleiner is dan in de andere SES-klassen terwijl dat verschil vorig jaar maar 0,5 procentpunt was. Mogelijk komt dit door hogere corona-gerelateerde sterfte van ouderen met een lage SES. Merk verder op dat **binnen** elk van de drie leeftijdsgroepen de klassen 'zeer laag inkomen' en 'laag inkomen' **in opzet** even groot zijn (hetzelfde geldt voor de klassen 'midden' en 'hoog'). Feitelijk blijkt de 'zeer laag'-groep steeds groter te zijn, vooral voor 70-plussers. De oorzaak is dat na toewijzing van alle verzekerden aan een SES-klasse op grond van hun adresinkomen, degenen die verblijven in een instelling alsnog worden ingedeeld bij 'zeer laag', en 70-plussers zijn relatief vaak woonachtig in een instelling.

Het PPA-criterium maakt onderscheid tussen instromers en blijvers in Wlz-instellingen en tussen één- en meerpersoonsadressen. Elk van deze klassen is opgesplitst naar drie leeftijdsgroepen: 18-69, 70-79 en 80+. De groep van 18-minners vormt een aparte klasse (alleen voor het somatisch model).

Tabel 3.5b geeft een beeld van de prevalenties van het PPA-criterium in de onderzoeksbestanden van dit en vorig jaar. De relatief grootste veranderingen blijken op te treden bij de drie groepen van instromers in Wlz-instellingen: -5,0 tot -5,9%. Mogelijke verklaringen zijn dat er in het eerste coronajaar weinig behoefte was om te verhuizen naar een instelling, dat de instellingen minder geneigd waren tot opname, en/of dat een deel van degenen die in aanmerking zouden zijn gekomen voor verhuizing, voor die tijd al waren overleden.

Tabel 3.5b. Prevalenties van PPA-klassen per 1.000 verzekerdenjaren ^a

Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
	2019	2020	
0-17	194,7	192,4	-1,2
Wlz-blijvend 18-69	4,35	4,34	-0,2
Wlz-blijvend 70-79	1,41	1,41	0,3
Wlz-blijvend 80+	4,74	4,63	-2,4
Wlz-instromend 18-69	0,37	0,35	-5,9
Wlz-instromend 70-79	0,51	0,48	-5,8
Wlz-instromend 80+	1,65	1,57	-5,0
1 p. huishouden 18-69	92,3	93,2	0,9
1 p. huishouden 70-79	22,6	23,2	2,7
1 p. huishouden 80+	19,5	19,8	1,8
Overig 18-69	570,2	568,6	-0,3
Overig 70-79	66,1	67,8	2,5
Overig 80+	21,5	22,3	3,6
Totaal	1000	1000	0

3.8. Meerjarig hoge kosten (MHK) gebaseerd op gegevens van 2015-2019

3.8.1. Meerjarig hoge kosten voor het somatisch model

Ter bepaling van het MHK-criterium maken we gebruik van de OT-bestanden van **2020-2022**, dus met kosten van **2017-2019**, die zo goed mogelijk representatief zijn gemaakt voor 2020-2022 (maar met kosten- en prijsniveau van de respectievelijke datajaren), i.e. de relevante periode voor de definitie van MHK ten behoeve van het model 2023. In principe is MHK gebaseerd op de risicodragende somatische kosten. De V&V-kosten tellen echter niet mee bij dit criterium omdat het vereveningsmodel hier een afzonderlijk criterium voor kent, namelijk MVV (paragraaf 3.10). Alle andere somatische kosten (zie de deelprestaties in paragraaf 2.5.1) tellen wel mee.

We hebben het MHK-criterium voor alle verzekerden in het onderzoeksbestand bepaald. Afgezien van kinderen geboren in 2020, bleken er nog bijna 200.000 verzekerden in het onderzoeksbestand aanwezig te zijn voor wie in het geheel geen kostenhistorie beschikbaar is. Deze instroom in de Zvw per 2020 bestaat uit immigranten, (voormalig) onverzekerden, expats en seizoenarbeiders (met een Nederlands woonadres in 2020¹⁸); zij worden ingedeeld bij MHK-klasse 0. Daarnaast zijn er nog bijna 350.000 verzekerden voor wie slechts één of twee jaar kostenhistorie bekend is (afgezien van kinderen geboren in 2018 of 2019). Desondanks kunnen zij nog bij MHK-klasse 2 worden ingedeeld (namelijk als alleen hun kosten in 2017 onbekend zijn en hun kosten in 2018 én in 2019 behoren tot de top-10%), of in MHK-klasse 1 (als zij in 2017-2019 $\geq 1x$ boven de lage-kostendrempel zijn uitgekomen).

¹⁸ Als het woonland in 2020 niet Nederland betreft, dan zouden deze verzekerden al uit het onderzoeksbestand zijn verwijderd.

Tabel 3.6a. Kwantielgrenzen voor indeling bij MHK (somatisch): kostendata 2017-2019 gebruikt in Overall Toetsen, representatief gemaakt voor vereveningsjaren 2020-2022^{a,b}

	2017	2018	2019
Top-30%	1.145	1.179	1.237
Top-15%	2.865	2.952	3.086
Top-10%	4.467	4.599	4.784
Top-7%	6.334	6.520	6.742
Top-4%	10.406	10.637	10.888
Top-1,5%	20.937	21.454	22.200
Top-0,5%	40.938	41.938	43.653
Gem. kosten (overall)	2.129	2.193	2.278

^a De bedragen zijn op de kosten- en prijsniveaus van de jaren 2017-2019 (zonder ophoging naar jaarbasis), doch met de kostenstructuren van de respectievelijke jaren 2020-2022.

^b Kwantielgrenzen van 2017 en 2018 zijn overgenomen uit Tabel 3.6a van WOR 1053.

Tabel 3.6a toont de kwantielgrenzen voor de kosten in de datajaren 2017-2019 die hier zijn gebruikt voor het indelen van verzekerden in de MHK-klassen. Van 2017-op-2018 zijn de kwantielen met tussen de 2% en 3% gestegen, vrijwel gelijk aan de overall kostenstijging tussen deze jaren van 3% zoals die blijkt uit de onderste regel van de tabel. Ook de stijgingen van de kwantielgrenzen van 2018-op-2019 komen goed overeen met de overall kostenstijging van 4% tussen deze jaren.

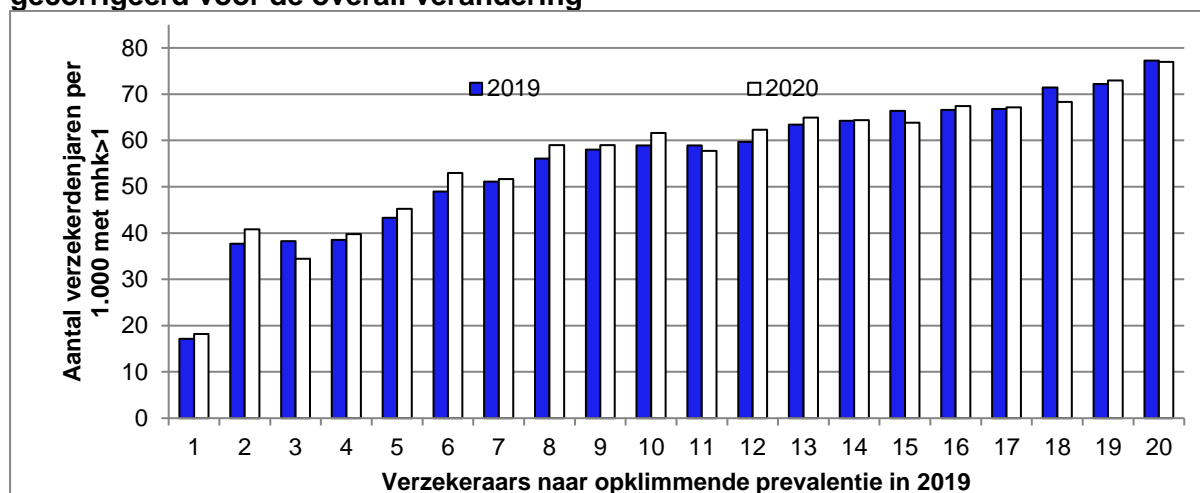
Tabel 3.6b vergelijkt de verdeling van de verzekerden in het nieuwe onderzoeksbestand over de MHK-klassen met die in het onderzoeksbestand van vorig jaar. De grootste relatieve prevalentiewijziging doet zich voor bij de hoogste klasse: +6,9%. Dit volgt op stijgingen van 6,1%, 6,3%, 0,4% en 6,4% in de voorgaande jaren. Een mogelijke verklaring is vergrijzing.

Tabel 3.6b. Prevalenties van MHK-klassen (somatisch model) per 1.000 verzekerden-jaren^a

Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Geen MHK	545,2	545,4	0,0
1	≥1 jaar in top-30%	393,1	392,6	-0,1
2	2 jaar in top-10%	10,0	10,0	-0,1
3	3 jaar in top-15%	23,9	24,1	1,0
4	3 jaar in top-10%	11,4	11,6	2,3
5	3 jaar in top-7%	8,85	8,92	0,8
6	3 jaar in top-4%	5,76	5,46	-5,1
7	3 jaar in top-1,5%	1,24	1,24	0,2
8	3 jaar in top-0,5%	0,61	0,65	6,9
Tot.	Gesommeerd (excl. 0 en 1)	61,7	62,0	0,5

^a Cijfers voor 2019 afkomstig uit Tabel 3.6b van WOR 1052.

Figuur 3.4a toont de prevalentie per 1.000 verzekerdenjaren van MHK>1 in de twee datajaren op verzekeraarsniveau. De grootste relatieve verandering treedt op bij verzekeraar #3 (-10%). Hiervoor geldt dat de portefeuille per saldo jonger is geworden.

Figuur 3.4a. Prevalentie van MHK>1 (somatisch model) per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering

3.8.2. Meerjarig hoge kosten voor het GGZ-model

Het MHK-criterium voor het GGZ-model is enerzijds gebaseerd op de hoogte van de GGZ-kosten in de afgelopen vijf jaar en anderzijds op het al dan niet gebruiken van GGZ in de afgelopen drie jaar. Een verzekerde wordt ingedeeld in de hoogste van toepassing zijnde klasse. De kosten van het tweede en derde jaar intramurale GGZ (voorheen: IGGZ) tellen bij de definitie van MHK niet mee, omdat dit zorggebruik al is opgenomen in de psychische DKG15-18 (zie Tabel 3.2c). Merk op dat verzekerden die in één of meer van de vijf (of drie) jaren die voorafgaan aan het vereveningsjaar nog geen 18 jaar waren, automatisch voor die betreffende jaren GGZ-kosten van 0 hebben. GGZ-kosten van verzekerden onder de 18 jaar komen namelijk niet ten laste van de Zvw. Dat is de reden om in de klassen 2-5 een lagere drempel te hanteren voor verzekerden jonger dan 24 jaar (zie Tabel 3.6d). Met ingang van het GGZ-model 2018 wordt een extra restrictie toegepast voor indeling bij MHK-klasse 1: een verzekerde moet in de voorgaande drie jaren ten minste één keer kosten hebben gehad in de top-98,5% van alle verzekerden met GGZ-kosten van meer dan 10 euro.¹⁹ Dit betekent de facto dat de kostendrempel voor indeling bij MHK=1 is verschoven van >0 naar >150 euro.

Tabel 3.6c. Kwantielgrenzen voor indeling bij MHK (GGZ-model): kostendata 2015-2019, representatief gemaakt voor vereveningsjaren 2018-2022 (definitie model 2022; 18+) ^{a, b, c}

Kwantiel	2015	2016	2017	2018	2019
Kosten>0	148	162	168	85	323
Top-1%	4.639	4.690	4.956	3.694	6.723
Top-0.5%	8.404	8.473	9.062	6.769	10.127
Top-0.25%	16.796	16.946	17.952	12.368	18.065
Top-0.1%	37.818	38.004	39.841	26.818	40.442
Gem. kosten overall	249	252	268	178	295

¹⁹ De drempel van 10 euro is bedoeld om administratieve onvolkomenheden te ondervangen.

^a Bedragen zijn op de kosten- en prijsniveaus van de jaren 2015-2019 (zonder ophoging naar jaarbasis), doch met de kostenstructuren van de respectievelijke jaren 2018-2022 (dus met verwerking van de schadelastdip in de 2018-kosten en de ZPM-conversie in de 2019-kosten).

^b Kwantielgrenzen van 2015-2018 komen uit Tabel 3.6c van WOR 1052.

^c Met ingang van vereveningsjaar 2019 (datajaar 2016) is de kwantielgrens voor 'Kosten>0' verschoven van 0 euro naar de top 98,5% binnen de groep verzekerden met GGZ-kosten>10 euro; deze drempel ondervangt administratieve onregelmatigheden.

Uitgaande van de OT-bestanden van de GGZ van de afgelopen vijf jaar (met kostendata van 2015-2019), hebben we de relevante kwantielgrenzen bepaald (zie Tabel 3.6c). Voor de meeste jaren stijgen de kwantielen, doch rekening houdend met de overall kostenstijgingen zijn de verschillen beperkt. Dat geldt niet voor de veranderingen van 2017 naar 2018: door de schadelastdip in 2021 – die is verwerkt in de kosten van 2018 – dalen de kwantielbedragen met tussen de 25% en 49%. Rekening houdend met de overall kostendaling (-34%) daalt de laagste kwantielgrens nog altijd met 24% terwijl die van de twee volgende grenzen juist met ongeveer 12% stijgen. Naar 2019 toe komen de overall kosten weer op het structurele niveau. Wel blijkt de invoering van het ZPM te leiden tot een relatief grotere stijging van de twee laagste kwantielgrenzen. Dit heeft te maken met de hogere verwachte ZPM-tarieven voor de Basis GGZ die uit het conversieonderzoek van KPMG naar voren komen (WOR 1037).

Tabel 3.6d. Prevalenties van MHK-klassen (GGZ-model) per 1.000 verzekerdenjaren (definitie model 2022; 18+) ^{a, b}

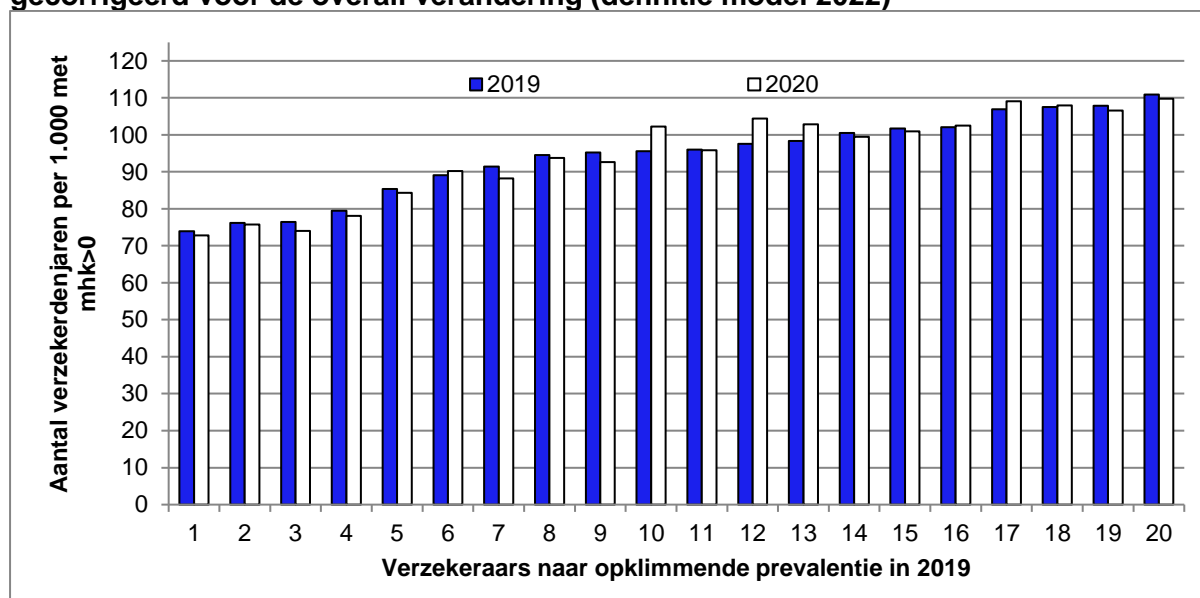
Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020
		2019	2020	t.o.v. 2019 (%)
0	Geen MHK	904,3	903,9	0,0
1	≥1x in 3 jaar kosten>0	84,0	84,3	-0,1
2	≥2x in 5 jaar in top 10‰ (als <24 jr: ≥1x)	6,1	6,2	0,4
3	≥2x in 5 jaar top 5‰ (als <24 jr: ≥1x)	3,0	3,0	2,0
4	≥2x in 5 jaar in top 2,5‰ (als <24 jr: ≥1x)	1,6	1,6	0,3
5	≥2x in 5 jaar in top 1‰ (als <24 jr: ≥1x)	0,85	0,9	0,6
6	5x in 5 jaar in top 5‰	0,17	0,2	1,3
7	5x in 5 jaar in top 2,5‰	0,06	0,05	-1,5
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	95,7	96,2	0,5

^a Prevalenties voor 2019 uit Tabel 3.6d van WOR 1052.

^b De MHK-indeling voor datajaar 2020 houdt rekening met de schadelastdip in jaar t-2 vanwege de afsluiting van alle DBC's per 31 december van jaar t-2; terwijl de indeling voor datajaar 2019 uitgaat van een schadelastdip in jaar t-1.

Tabel 3.6d geeft de prevalenties van de MHK-klassen voor het GGZ-model op de data van 2019 en 2020. In vergelijking met vorig jaar, toen we prevalentiedalingen zagen van 22,0% en 14,7% voor de twee hoogste klassen, zijn de veranderingen nu beperkt. Dit geeft aan dat de verschuiving van de schadelastdip van jaar t-1 naar jaar t-2, terwijl de andere jaren op hun structurele niveau zijn, in ieder geval voor de MHK-prevalenties praktisch geen gevolgen heeft.

Figuur 3.4b. Prevalenties van MHK>0 (GGZ-model) per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering (definitie model 2022)



Figuur 3.4b presenteert de prevalenties van MHK>0 per verzekeraar. Meest opvallend is de relatief geringe variatie in prevalenties tussen verzekeraars. Waar we bij de psychische FKG's>0 (Figuur 3.1b) en DKG's>0 (Figuur 3.2b) nog een verhouding van rond de 2 vonden tussen de hoogste en laagste prevalentie over de zorgverzekeraars, is dat nu circa 1,5. De veranderingen van 2019-op-2020 zijn relatief beperkt. De grootste verandering (+7%) zien we bij verzekeraars #10 en #12, met portefeuilles die per saldo zijn verjongd (en GGZ-kosten dalen vrijwel monotoon met het oplopen van de leeftijd).

3.9. FDG's gebaseerd op fysiotherapiediagnosen van 2019

Het FDG-criterium bestaat uit vier clusters van diagnoses die vermeld staan op de declaraties in jaar t-1 van fysio- en oefentherapeuten. Met ingang van model 2022 is de restrictie vervallen dat alleen diagnoses meetellen die geen beperking van de duur van de fysiotherapie-behandeling kennen. Verzekerden worden enkelvoudig ingedeeld, namelijk bij de FDG met de hoogste gemiddelde meerkosten.

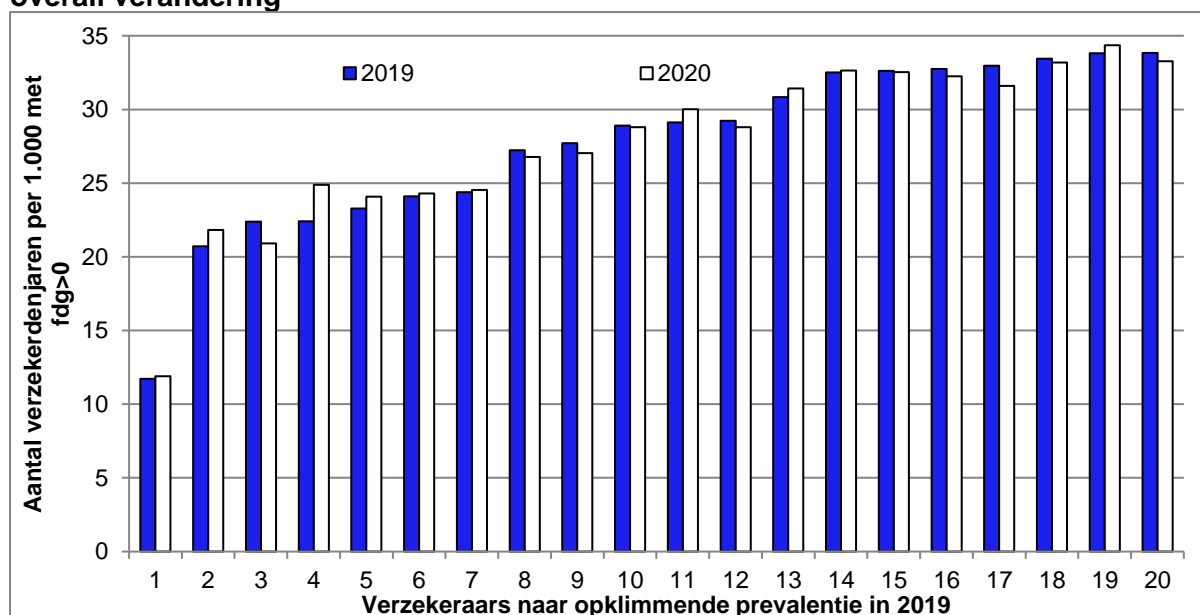
Tabel 3.7 geeft de FDG-prevalenties voor 2019 en 2020. Het aantal verzekerden ingedeeld bij FDG>0 blijkt met 4,5% te zijn gestegen. Vooral FDG2 draagt bij aan deze stijging. Een mogelijke verklaring hiervoor is de uitbreiding van het Zvw-pakket per 2018 met de eerste 12 behandelingen fysio- en oefentherapie bij heup- en knie-artrose. Deze uitbreiding leidde tot een sterke stijging van FDG2 vorig jaar (+27,5%) en mogelijk is de nu gevonden stijging nog een na-ijleffect. De prevalentiestijging van FDG3 (+20,8%) volgt op de +10,9% van vorig jaar. Dit betreft echter een kleine groep patiënten (ca. 2.000).

Tabel 3.7. Prevalenties van FDG's per 1.000 verzekerdenjaren ^a

Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verskil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Geen	971,9	970,7	-0,1
1	FDG 1	15,9	16,2	1,5
2	FDG 2	12,0	13,0	8,3
3	FDG 3	0,1	0,1	20,8
4	FDG 4	0,04	0,04	2,4
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	28,1	29,3	4,5

^a Cijfers voor 2019 afkomstig uit Tabel 3.7b van WOR 1052.

De ontwikkeling van het aantal verzekerdenjaren per 1.000 dat bij een $FDG > 0$ is ingedeeld (Figuur 3.5) varieert tussen de -7% (verzekeraar #3) en +11% (verzekeraar #4). De portefeuille van eerstgenoemde verzekeraar is verjongd; de oorzaak van de prevalentie-stijging voor de tweede verzekeraar is onduidelijk.

Figuur 3.5. Prevalenties van $FDG > 0$ per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering

3.10. Meerjarige V&V-kosten (MVV) gebaseerd op V&V-kosten van 2017-2019

Het MVV-criterium in het somatisch vereveningsmodel is gebaseerd op de gesommeerde V&V-kosten van de drie voorgaande jaren, opgedeeld in acht klassen. Tabel 3.8a presenteert de kwantielgrenzen die relevant zijn voor de OT2023. De onderste regel geeft de kwantielgrens voor de top 0,25% van V&V-kosten in jaar t-1. Op basis daarvan wordt – bij benadering – de deelpopulatie van 18-minners onderscheiden die intensieve kindzorg (IKZ) krijgt; deze groep vormt een aparte risicoklasse binnen het MVV-criterium.

Tabel 3.8a. Kwantielgrenzen voor indeling bij MVV: kostendata 2016-2019 gebruikt in Overall Toetsen, representatief gemaakt voor vereveningsjaren 2019-2022 ^{a, b}

Kwantiel (%)	Gesommeerde V&V-kosten 2016-2018 ^c	Gesommeerde V&V-kosten 2017-2019
96,5	820	911
97,0	1.408	1.513
97,5	2.352	2.463
98,0	4.330	4.459
98,5	8.549	8.613
99,0	16.648	16.509
99,5	32.447	31.771
99,75	49.607	48.338
99,75 (t-1, 18-) ^d	18.955	18.464

^a De bedragen zijn op de kosten- en prijsniveaus van de jaren 2016-2019 (zonder ophoging naar jaarbasis), doch met de kostenstructuren van de respectievelijke jaren 2019-2022.

^b De MSVT-kosten (medisch specialistische verpleging thuis), die alleen in het OT-bestand van 2020 voorkomen, zijn hier niet meegeteld omdat het Handboek Zorgverzekeraars Informatie Zvw 2017 stelt dat deze kosten bij de rubriek voor medisch specialistische zorg moeten worden geboekt. Deze kosten tellen wel mee voor het MHK-criterium.

^c Kwantielgrenzen van 2016-2018 afkomstig uit Tabel 3.8a van WOR 1052.

^d Voor de onderste categorie, die beperkt is tot 18-minners, wordt de kwantielgrens bepaald op de V&V-kosten in jaar t-1 van de gehele Zvw-populatie.

De bedragen voor de laagste kwantielen blijken relatief sterk te stijgen, terwijl voor de hoogste risicoklassen het omgekeerde geldt. Dit, ondanks het feit dat de gemiddelden van de gesommeerde kosten over de twee perioden nagenoeg gelijk zijn: 554 versus 547 euro. Afgezien van de hoogste MVV-klasse lijkt dit te komen doordat in de gesommeerde kosten datajaar 2016 (met een nog enigszins ingeperkte omvang van V&V-zorg) is vervangen door datajaar 2019 (met uitgebreider V&V-zorg): het 96,5%-kwantiel van V&V-kosten in 2016 bedroeg 115 euro terwijl dat in 2019 was gestegen tot 248 euro.

Tabel 3.8b toont de MVV-prevalenties voor 2019 en 2020. Merk daarbij op dat 18-minners in het hoogste kwantiel in een afzonderlijke klasse zijn ingedeeld op grond van hun V&V-kosten in jaar t-1 en dat verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling (ingedeeld bij PPA 1-6) voor model 2022 in de afslagklasse terecht komen, ongeacht eventuele V&V-kosten in het verleden.

Tabel 3.8b. Prevalenties van MVV per 1.000 verzekerdenjaren ^a

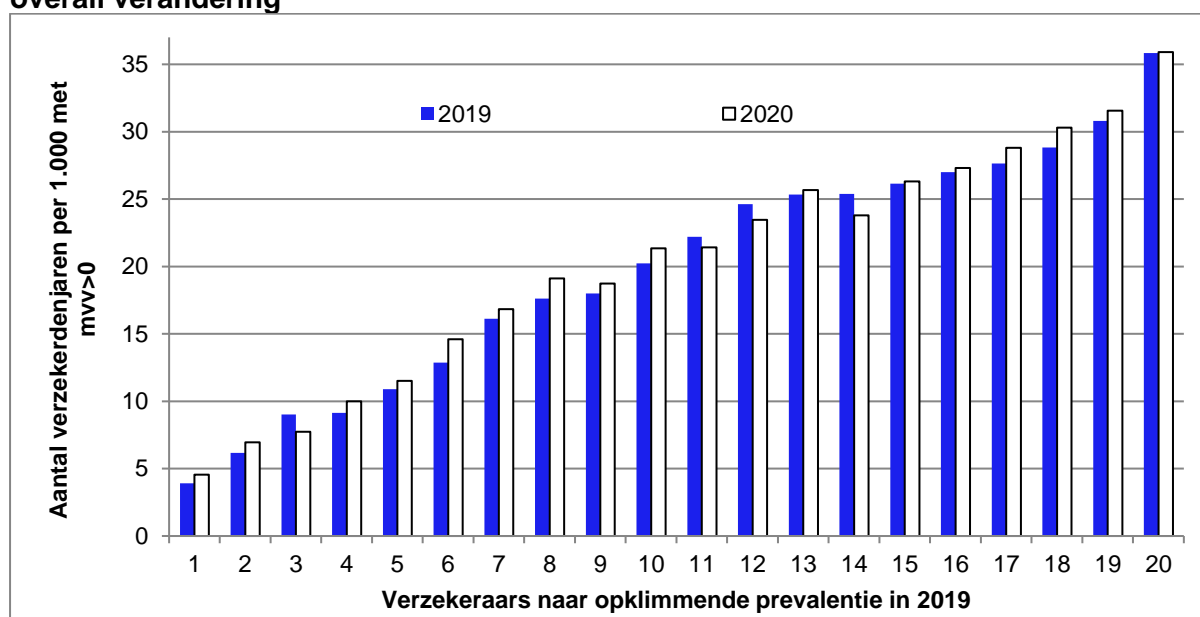
Klas- se	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
		2019	2020	
0	Niet in top 3,5%	975,9	975,8	0,0
1	Top-3,5%	4,2	4,1	-0,3
2	Top-3,0%	4,0	4,0	-0,4
3	Top-2,5%	3,6	3,6	0,3
4	Top-2,0%	3,2	3,2	0,1
5	Top-1,5%	3,0	3,0	0,0
6	Top-1,0%	3,1	3,1	0,5
7	Top-0,5%	1,6	1,6	1,1
8	Top-0,25%	1,6	1,6	1,9
9	Top-0,25% (in t-1, 18-)	0,09	0,09	0,4
Tot.	Gesommeerd (excl. 0)	24,1	24,2	0,3

^a Cijfers voor 2019 afkomstig uit Tabel 3.8b van WOR 1052.

Uit de onderste regel van Tabel 3.8b blijkt dat in 2019 en 2020 relatief gezien vrijwel evenveel verzekerden bij $MVV > 0$ zijn ingedeeld. De opmerkelijke prevalentiestijging van de hoogste MVV -klasse die we vorig jaar zagen (+14%), doet zich nu niet voor. Als mogelijke oorzaak van die stijging werd de overheveling van MSVT (medisch-specialistische verpleging thuis) naar de V&V per 1-1-2018 genoemd. Veel waarschijnlijker is echter dat dit een gevolg was van de overheveling van (een klein deel van) de Jeugdwet naar de Zvw per 2018: de betreffende kosten kwamen per definitie bij 18-minners terecht, en dan nog speciaal bij de (zeer) ongezonden.²⁰

Figuur 3.6 laat zien is dat de relatieve omvang van de groep met $MVV > 0$ sterk varieert over de verzekeraars: van ongeveer 4 tot ongeveer 35 per 1.000 verzekerdenjaren. De grootste absolute prevalentieverandering treedt op bij verzekeraar #6: van 12,9 naar 14,6 per 1.000 verzekerdenjaren (+13%). De portefeuille van deze verzekeraar is per saldo ouder geworden.

Figuur 3.6. Prevalenties van $MVV > 0$ per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering



3.11. Tijdelijke vereveningscriteria

Naar aanleiding van het onderzoek naar gezonde verzekerden (WOR 1022) is het somatisch model per 2022 tijdelijk uitgebreid met vereveningscriteria voor meerjarige farmaciekosten (MFK; twee risicoklassen, voor wel/niet ten minste één keer extramurale farmaciekosten boven Q3 in de voorgaande drie jaar) en historische somatische morbiditeit (HSM; twee

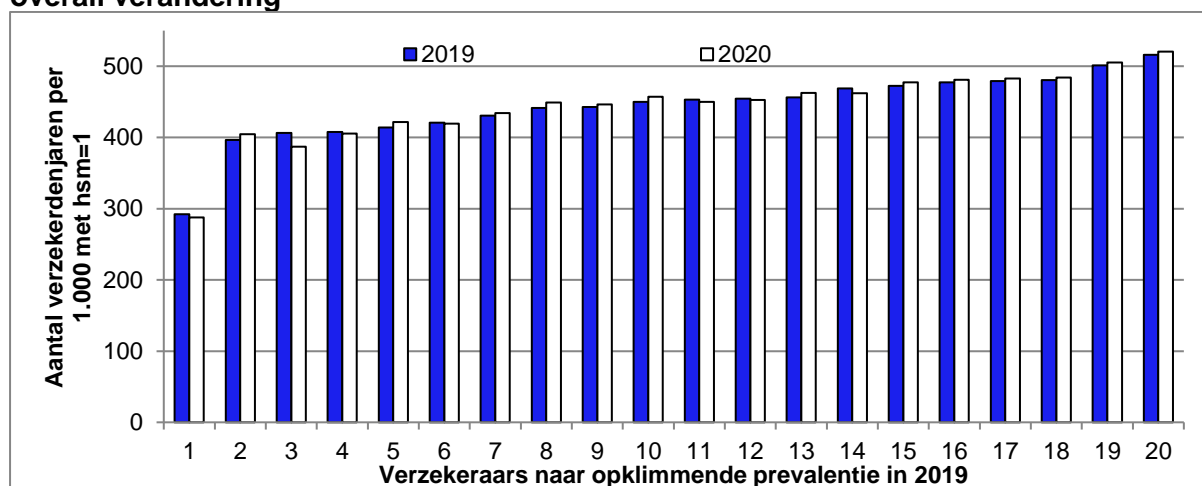
²⁰ Overgeheveld is persoonlijke verzorging die 'verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'.

risicoklassen, voor wel/niet ingedeeld in ten minste één positieve klasse van de zes somatische morbiditeitscriteria in jaar t-3). Voor deze twee nieuwe vereveningscriteria laat Tabel 3.9 zien dat er nauwelijks verschillen zijn tussen de prevalenties van de twee datajaren. Ook voor de afzonderlijke risicodragers zijn de veranderingen van 2019-op-2020 beperkt (Figuur 3.7a/b).

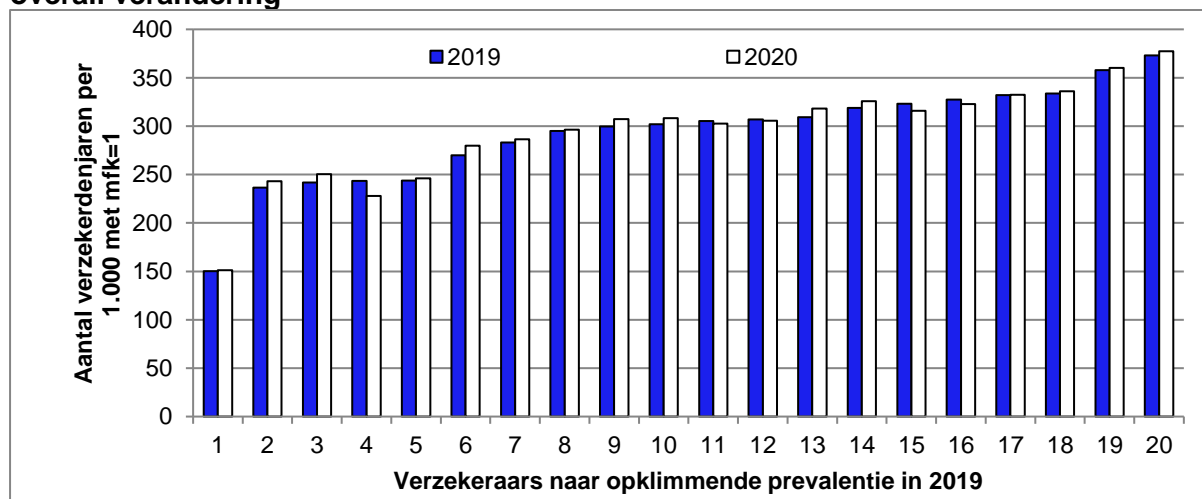
Tabel 3.9. Prevalenties van HSM en MFK per 1.000 verzekerdenjaren

Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2020 t.o.v. 2019 (%)
	2019	2020	
HSM=0: geen historische som. morbiditeit	537,96	541,83	0,7
HSM=1: historische som. morbiditeit	462,04	458,17	-0,8
Totaal	1000	1000	0
MFK=0: geen meerjarige extra. farm. kosten	690,07	689,18	-0,1
MFK=1: meerjarige extra. farm. kosten	309,93	310,82	0,3
Totaal	1000	1000	0

Figuur 3.7a. Prevalenties van HSM=1 per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering



Figuur 3.7b. Prevalenties van MFK=1 per 1.000 verzekerdenjaren, gecorrigeerd voor de overall verandering

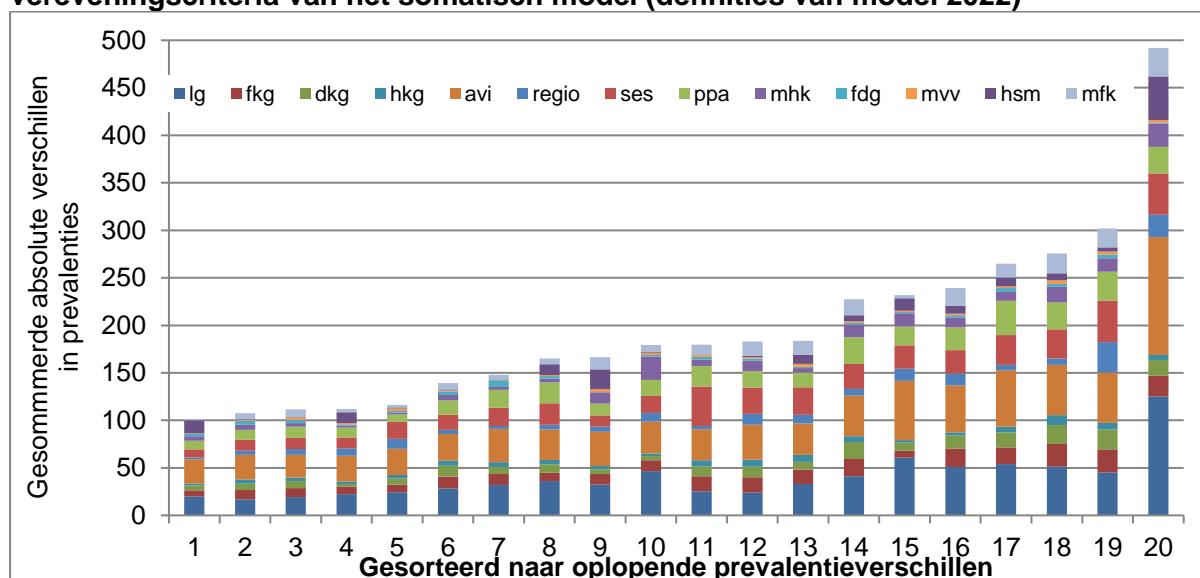


Figuur 3.7a laat zien dat op verzekeraarsniveau de procentuele veranderingen in prevalenties voor HSM=1 variëren van -5% (verzekeraar #3) tot +2% (verzekeraar #2). Voor MFK=1 zijn deze cijfers in Figuur 3.7b -6% (verzekeraar #4) en +4% (verzekeraar #3). Beide tijdelijke vereveningscriteria zijn dus behoorlijk stabiel.

3.12. Aanvullende analyses op verzekeraarsniveau

De veranderingen op portefeuilleniveau hebben we in dit hoofdstuk alleen in beeld gebracht voor de afzonderlijke morbiditeitscriteria. Figuur 3.8a geeft een indruk van de veranderingen per verzekeraar voor de dertien vereveningscriteria van het somatisch model tezamen.

Figuur 3.8a. Per verzekeraar de veranderingen van 2019-op-2020 in prevalenties van de vereveningscriteria van het somatisch model (definities van model 2022)



Ten behoeve van Figuur 3.8a zijn eerst voor elke portefeuille per risicoklasse (definities 2022, dus 226 klassen in totaal) de prevalenties per 1.000 verzekerdenjaren voor 2019 en 2020 bepaald. Vervolgens zijn de absolute waarden van de verschillen tussen 2019 en 2020 per criterium gesommeerd. Dit geeft de gesommeerde absolute prevalentieverschillen (GAPV's), die zijn weergegeven in de figuur. Heeft een verzekeraar een lage GAPV voor een bepaald criterium, dan betekent dit dat de relatieve prevalenties in 2020 vrijwel gelijk waren aan die in 2019 (0 is uiteraard de laagste waarde; de theoretisch hoogste waarde voor een criterium is 2.600). Dus, hoe hoger de GAPV, hoe groter de verandering in portefeuillesamenstelling. Verzekeraars zijn gesorteerd naar oplopende GAPV, gesommeerd over de dertien vereveningscriteria van het somatisch model 2022.²¹

²¹ Merk op dat de verandering van de portefeuille-**omvang** van een verzekeraar van jaar-op-jaar geen invloed heeft op zijn GAPV; het gaat hier alleen om de verandering in relatieve portefeuille-**samenstelling**.

Omdat grotere portefeuilles inherent stabiel zijn dan kleinere, staan de grotere verzekeraars meer links in de figuur en de kleinere meer rechts. Verzekeraar #20 haalt een GAPV van bijna 500, bijna vijf keer zo hoog als die voor verzekeraar #1. Eerstgenoemde verzekeraar heeft te maken gehad met een relatieve verjonging van zijn portefeuille, wat in de eerste plaats blijkt uit de hoge GAPV voor leeftijd/geslacht (donkerblauw; in de figuur aangeduid met lg). Logischerwijs heeft dit ook geleid tot relatief grote prevalentieveranderingen bij de morbiditeitscriteria maar ook bij AVI, SES en PPA vanwege het onderscheid dat deze criteria maken naar leeftijd.

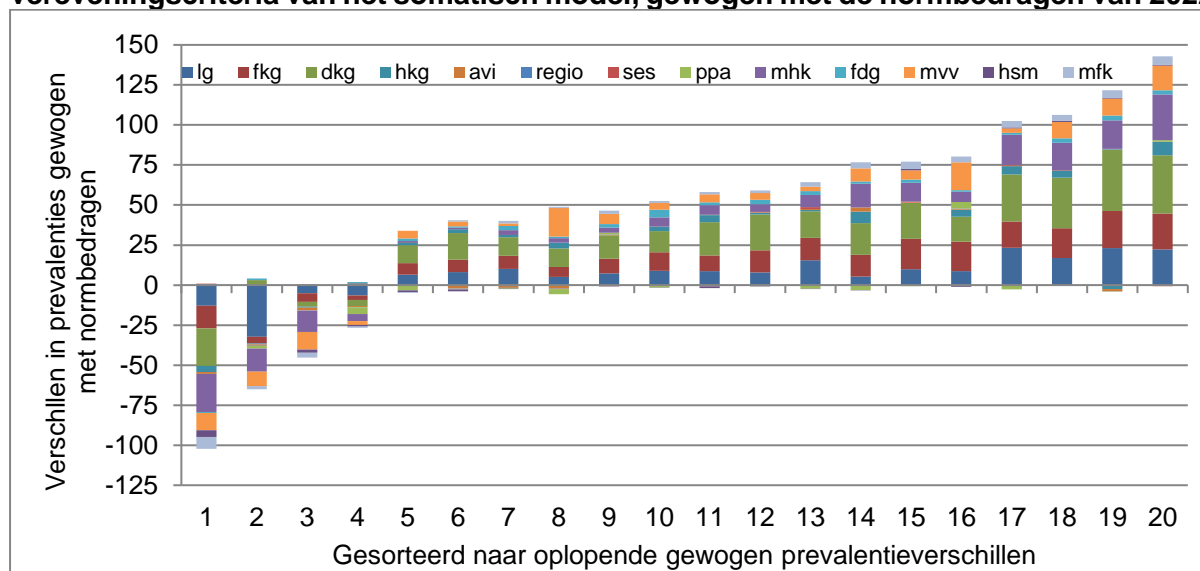
We hebben de veranderingen van 2019-op-2020 in prevalenties op verzekeraarsniveau ook berekend voor de vereveningscriteria van het GGZ-model. Voor de vier criteria die gelijk zijn aan het somatisch model leverde dat overeenkomstige resultaten op, rekening houdend met het feit dat het GGZ-model alleen geldt voor 18-plussers. Bij de andere vier criteria viel alleen regio op met relatief grote prevalentieveranderingen, die overigens veel kleiner waren dan die voor leeftijd/geslacht, AVI, SES en PPA.

Een nadeel van de wijze van presenteren in Figuur 3.8a is dat elke prevalentieverandering in een vereveningscriterium even zwaar meetelt in de uiteindelijke overall GAPV, ongeacht de invloed van dat criterium op de risicoverevening als geheel. De prevalentieveranderingen in AVI, SES en PPA lijken bijvoorbeeld groot, terwijl deze criteria relatief weinig invloed hebben op de risicoverevening. Andersom lijken de prevalentieveranderingen bij MVV klein, maar vanwege de hoge normbedragen voor dit criterium kunnen de gevolgen aanzienlijk zijn. Daarom hebben we de berekeningen opnieuw uitgevoerd en daarbij de prevalentieveranderingen vermenigvuldigd met de normbedragen van het somatisch model 2022 (WOR 1053). Uit Figuur 3.8b blijkt dan dat de belangrijkste veranderingen zich voordoen bij achtereenvolgens DKG, MHK, leeftijd/geslacht, FKG en MVV, terwijl het overeenkomstige rijtje sec op basis van prevalenties (Figuur 3.8a) eruit ziet als: leeftijd/geslacht, AVI, HSM, SES, PPA en MHK. Overigens is de volgorde van de verzekeraars in Figuur 3.8b compleet anders dan in Figuur 3.8a.

Figuur 3.8b laat verder zien dat er één verzekeraar is (#1) waarvan de normatieve bijdrage met ruim 100 euro per verzekerdenjaar zou dalen bij toepassing van de normbedragen van 2022, louter door veranderingen in zijn portefeuillesamenstelling. Verzekeraar #20 zou er ruim 140 euro op vooruit gaan. Interessant is dat bijna alle verzekeraars een (geringe) lagere vereveningsbijdrage krijgen op grond van veranderingen in de PPA-samenstelling; dit heeft waarschijnlijk te maken met de gedaalde prevalenties van Wlz-instromers. In vergelijking met vorig jaar (Figuur 3.7b van WOR 1052) is de bandbreedte van de veranderingen substantieel groter: nu -100 tot +140 euro (bandbreedte = 240 euro), toen -30 tot +130 euro (bandbreedte = 160 euro). De (gevolgen van de) prevalentieveranderingen zijn nu dus duidelijk groter. Met

andere woorden: er hebben zich grotere veranderingen in portefeuillesamenstelling voorgedaan. In het verleden hebben we hier overigens nog grotere bandbreedtes gevonden: 340 euro voor 2017-op-2018, 320 euro voor 2015-op-2016, maar ook 150 euro voor 2016-op-2017.

Figuur 3.8b. Per verzekeraar de veranderingen van 2019-op-2020 in prevalenties van de vereveningscriteria van het somatisch model, gewogen met de normbedragen van 2022



Uiteraard is dit niet het volledige beeld omdat (1) het overall niveau met bijna 30 euro stijgt vanwege de landelijke toename van verzekerden ingedeeld bij met name de morbiditeitscriteria, (2) de kosten van de verzekeraars wijzigen, mede door de veranderingen in hun portefeuilles, en (3) herschatting van het model 2022 op de nieuwe kostendata deze uitkomsten zal beïnvloeden.

De overall conclusie is dat de prevalenties van de vereveningscriteria op verzekeraarsniveau van 2019-op-2020 minder stabiel zijn dan vorig jaar, ook als we de prevalenties wegen met de normbedragen van het vereveningsmodel 2022. Dit betekent dat de overstappers per 1-1-2020 een selectievere subgroep van de totale Zvw-populatie vormden dan de overstappers per 1-1-2019.

3.13. Conclusies

De belangrijkste bevinding van dit hoofdstuk is dat de prevalenties per risicoklasse van de vereveningscriteria stabiel zijn: de patronen in 2020 lijken sterk op die in 2019. De veranderingen van 2019-op-2020 zijn beperkt en opvallende afwijkingen zijn over het algemeen goed verklaarbaar. Ook kunnen relatief grote verschillen in prevalenties tussen de twee jaren per

verzekeraar meestal goed worden verklaard door relatieve verjonging of veroudering van portefeuilles.

De meest opvallende zaken die uit dit hoofdstuk naar voren komen met betrekking tot de ontwikkeling van prevalenties van de vereveningscriteria zijn:

- Evenals de afgelopen twee jaar is de grootste stijger onder de FKG's die voor COPD/ Zware astma o.b.v. add-on: +40%, conform de groei van het aantal gebruikers van de relevante geneesmiddelen volgens het GIP. Datzelfde geldt voor hypercholesterolemie, één van de twee FKG's waarmee het FKG-criterium recent is uitgebreid: +39% volgend op +38% en +62% in voorgaande jaren. Ook voor de recent toegevoegde FKG voor maculadegeneratie o.b.v. add-on is de prevalentiestijging fors (+17%) en volgende op eerdere forse stijgingen. De gezamenlijke prevalentie van de vier FKG's voor gebruikers van diverse extreem dure geneesmiddelen (EHK-clusters 1-4) is met 6% gestegen. Dit betreft zeer kleine groepen patiënten: in totaal minder dan 750 verzekerdenjaren volgens de definities van model 2022. Ten behoeve van model 2023 heeft het ZIN regulier onderhoud uitgevoerd aan de EHK-clusters. Dit zal leiden tot een verdubbeling van de gezamenlijke prevalentie van deze vier FKG's.
- De prevalentie van de psychische FKG voor ADHD neemt net als afgelopen jaren toe, overeenkomstig de ontwikkelingen van het gebruik van de onderliggende medicijnen. De prevalenties van de andere psychische FKG's zijn redelijk stabiel.
- De prevalenties van de (somatische) DKG's van 2020 sporen in het algemeen goed met de prevalenties van vorig jaar, waarbij er een drietal uitspringt met stijgingen van meer dan 10%; dit betreft DKG's waarin kankeraandoeningen zijn vertegenwoordigd. Net als vorig jaar is de meest opvallende daarvan DKG24 voor maligniteit huid/melanoom (nu samengevoegd met leukemie). Samen met de stijgingen van +21% en +16% in de voorgaande twee jaren, weerspiegelt de nu gevonden +23% voor DKG24 de toename van huidkanker in het algemeen.
- Zoals gebruikelijk zijn de prevalenties van de hoger genummerde psychische DKG's weinig stabiel, wat alles te maken heeft met de extreem kleine patiëntengroepen die dit betreft: minder dan 4.500 verzekerdenjaren in de hoogste zeven DKG's gezamenlijk.
- In lijn met de trend van de afgelopen vijf jaar neemt de prevalentie van HKG1 (CPAP-apparatuur) met 11% toe. Ook HKG4 (vernevelaars met toebehoren) stijgt weer (9%). Deze ontwikkelingen komen overeen met GIP-cijfers.
- De prevalenties van de AVI-klassen voor IVA-gerechtigden zijn wederom gestegen, nu met in totaal 10%. Het aantal arbeidsongeschikten is navenant gedaald.
- De belangrijkste ontwikkeling binnen het PPA-criterium betreft de afgenomen omvang van de groep Wlz-instromers (-5%). Hieraan kunnen diverse corona-gerelateerde verklaringen ten grondslag liggen.

- De prevalentie van de somatische MHK >1 is met 0,5% gestegen, waarbij vooral opvalt dat de hoogste MHK-klasse weer met 7% is gestegen, volgend op stijgingen van 6%, 6%, 0,4% en 6% in de voorafgaande jaren. Een mogelijke oorzaak is vergrijzing.
- De prevalenties van de psychische MHK blijken zich zeer stabiel te hebben ontwikkeld, met de grootste verandering (-2%) in de hoogste risicoklasse voor verzekerden die 5x in 5 jaar met hun GGZ-kosten in de top 2,5 promille terecht zijn gekomen.
- Binnen het FDG-criterium is de prevalentie van FDG3 fors gestegen (+21%), volgende op de +11% van vorig jaar. Dit gaat echter om een kleine groep patiënten.
- De prevalenties van de MVV-klassen gebaseerd op gesommeerde V&V-kosten in de voorgaande drie jaar blijken zeer stabiel, met de grootste verandering voor de hoogste reguliere MVV-klasse: +2%.
- De prevalenties van de twee nieuwe, tijdelijke vereveningscriteria HSM en MFK zijn zeer stabiel.
- De prevalenties van de vereveningscriteria op verzekeraarsniveau zijn minder stabiel dan vorig jaar, ook als we deze wegen met de normbedragen van model 2022. Dit betekent dat de overstappers per 1-1-2020 een selectievere subgroep van de totale Zvw-populatie vormden dan de overstappers per 1-1-2019.

4. Kosten somatische zorg per risicoklasse van het model

4.1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkeling van 2019-op-2020 van de gemiddelde kosten voor somatische zorg per risicoklasse in het vereveningsmodel 2022 (en deels 2023²²), gebruikmakend van de in hoofdstuk 2 beschreven onderzoeksgegevens. Onder kosten verstaan we hier alle risicodragende kosten van somatische zorg, dat wil zeggen de som van eerstelijns zorgprestaties (afkomstig uit BASIC, inclusief V&V, extramurale behandeling ZG en ELV), ziekenhuiszorg (uit QZ, inclusief eerstelijnsdiagnostiek en GRZ), en alle kosten uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling (inmiddels omgedoopt in ‘geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen’), die per 2022 volledig risicodragend zijn. De 2020-kosten zijn op de in hoofdstuk 2 beschreven wijze bewerkt om deze zo goed mogelijk representatief te maken voor 2023, doch op het kosten/prijsniveau van 2020.

De gemiddelde kosten per risicoklasse in de 2020-data worden vergeleken met die in de 2019-data, representatief gemaakt voor de vereveningsjaren 2023 respectievelijk 2022. De verschillen tussen deze vereveningsjaren in kostendefinities zijn beperkt en betreffen vrijwel uitsluitend de gewijzigde verschuiving tussen RAV-regio's van de budgetten voor ambulancevervoer. Wel speelt uiteraard de coronapandemie een grote rol in de 2020-data, in de vorm van extra zorg – met name in ziekenhuizen en op IC's – en uitval van reguliere zorg.

In het databestand van 2019 bedragen de overall gemiddelde kosten voor somatische zorg 2.485 euro per verzekerdenjaar (WOR 1052). In het databestand van 2020 is dat 2.378 euro, een daling van 4,4% als gevolg van de coronapandemie. Dit komt goed overeen met de kostenontwikkeling van -3,6% volgens de Zorgcijfersdatabank (t/m Q4 2021).²³ De daling van de kosten in de onderzoeksbestanden blijkt gepaard te gaan met een stijging van de variatie in de kosten: de variatiecoëfficiënt (= CV = standaarddeviatie/gemiddelde) is met 6% toegenomen. Als die extra variatie niet wordt opgepikt door de vereveningscriteria, dan zal dat op individuniveau de R^2 van het model doen dalen met een factor $(1/1,06)^2 = 0,9$.

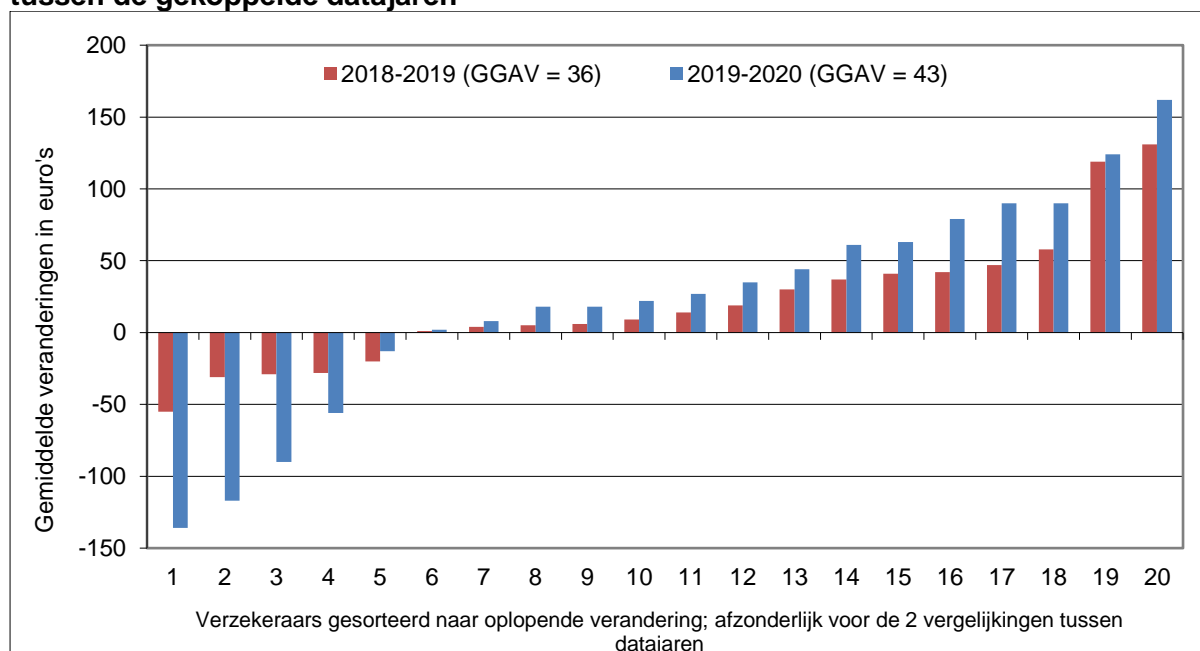
²² Als de definitie van een vereveningscriterium van 2022-op-2023 verandert, dan wordt in de titel van de betreffende figuur aangegeven op welk vereveningsjaar de figuur betrekking heeft.

²³ Op basis van de Zorgcijfersdatabank (t/m Q4 2021) zijn de gemiddelde somatische kosten voor de twee jaren 2.450 en 2.362 euro; 35 respectievelijk 16 euro lager dan in de onderzoeksbestanden van de OT2022 en (nu) OT2023. De belangrijkste oorzaken van het hogere kostenniveau in de onderzoeksbestanden zijn het ontbreken van de niet-ingezetenen en het buiten beschouwing laten van de opbrengstverrekeningen voor ziekenhuizen en wijkverpleging. De hoge opbrengstverrekeningen voor ambulancevervoer (in 2020: +100 miljoen) tellen wel mee in de Zorgcijfersdatabank maar zitten niet in het onderzoeksbestand van de OT2023.

De kostendaling tussen 2019 en 2020 is niet voor alle zorgverzekeraars hetzelfde geweest. Figuur 4.1 laat de kostenveranderingen zien voor de 20 risicodragers die door het ZIN worden onderscheiden ten behoeve van de uitvoering van de risicoverevening 2022, gecorrigeerd voor de overall kostendaling van 4,4% tussen de onderzoeksbestanden met 2019- en 2020-data. Ter vergelijking bevat de figuur ook de kostenveranderingen van 2018-op-2019 uit WOR 1052. Merk op dat de verzekeraars **afzonderlijk** zijn gesorteerd voor de twee vergelijkingen; voor de vergelijking 2019-2020 is verzekeraar #1 dus **niet** per se dezelfde als verzekeraar #1 voor de vergelijking 2018-2019.

De veranderingen in gemiddelde somatische kosten op verzekeraarsniveau varieerden voor 2018-op-2019 tussen de -55 tot +131 euro; nu is dat tussen de -136 en +162 euro, een ongeveer twee derde grotere bandbreedte. Dat lijkt veel maar is vergelijkbaar met de kostenveranderingen van 2017-op-2018. Een belangrijke verklaring voor de grotere bandbreedte is dat de samenstelling – en daarmee kosten – van enkele portefeuilles flink is veranderd. Daarnaast kunnen regionale verschillen in de impact van de coronapandemie een rol spelen. De ontwikkeling van de gewogen gemiddelde absolute kostenverandering (GGAV) per verzekerdenjaar over alle verzekeraars is ook gestegen: nu 43 euro, tegen 36 euro vorig jaar en 34 euro in het jaar daarvoor.

Figuur 4.1. Voor 20 risicodragers de veranderingen in gemiddelde somatische kosten van 2018-op-2019 en 2019-op-2020, gecorrigeerd voor de overall kostenverschillen tussen de gekoppelde datajaren



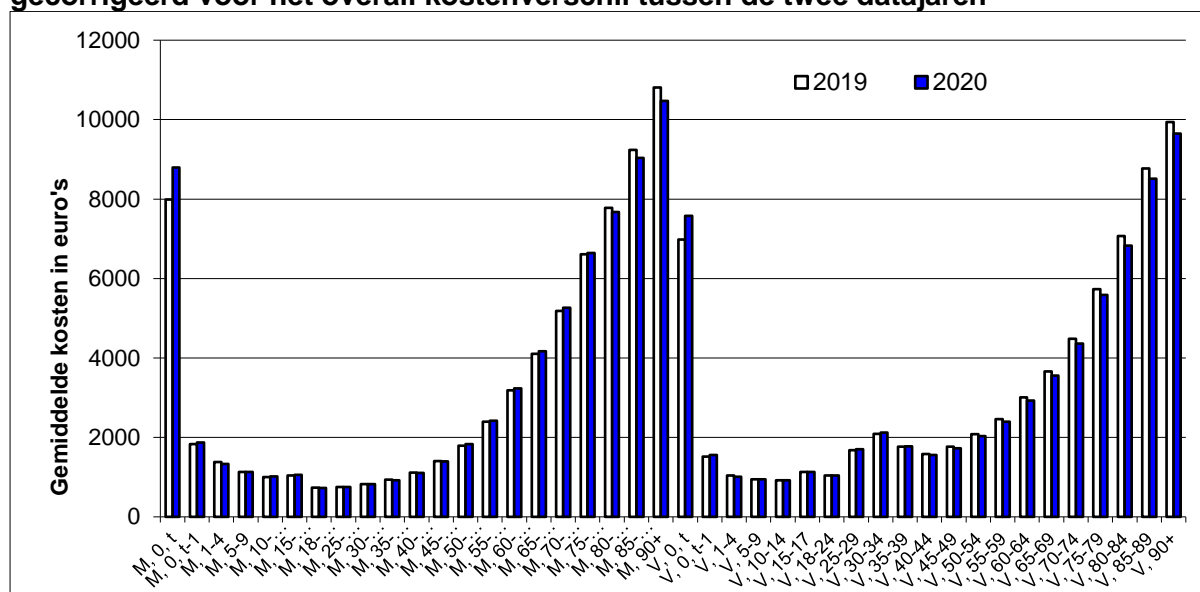
In het vervolg van dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan bod: de gemiddelde kosten per leeftijd/geslachtklasse, FKG, DKG, HKG, AVI-klasse, regiocluster, SES- en PPA-klasse, MHK-klasse, FDG, MVV-klasse, de klassen van de twee tijdelijke criteria voor gezonde

verzekerden en de nieuwe risicoklasse voor vrouwen met een bevalling in het vereveningsjaar. Paragraaf 4.13 geeft vervolgens een samenvattend overzicht van de veranderingen in gemiddelde kosten per vereveningscriterium en paragraaf 4.14 vat de belangrijkste conclusies samen.

4.2. Leeftijd/geslachtklassen

Figuur 4.2 brengt de gemiddelde kosten per leeftijd/geslachtklasse in beeld voor 2019 en 2020. Zoals gebruikelijk zijn de patronen voor de twee jaren gelijk: hoge kosten voor nuljarigen (jongetjes duurder dan meisjes), globaal dalende kosten tot 25 jaar voor mannen en tot 15 jaar voor vrouwen, en vervolgens geleidelijk oplopende kosten naar een top in de oudste leeftijdsklasse (hoger voor mannen dan voor vrouwen), met tussendoor een lichte verhoging in de kosten voor vrouwen in de vruchtbare leeftijden.

Figuur 4.2. Gemiddelde kosten somatische zorg per leeftijd/geslachtklasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



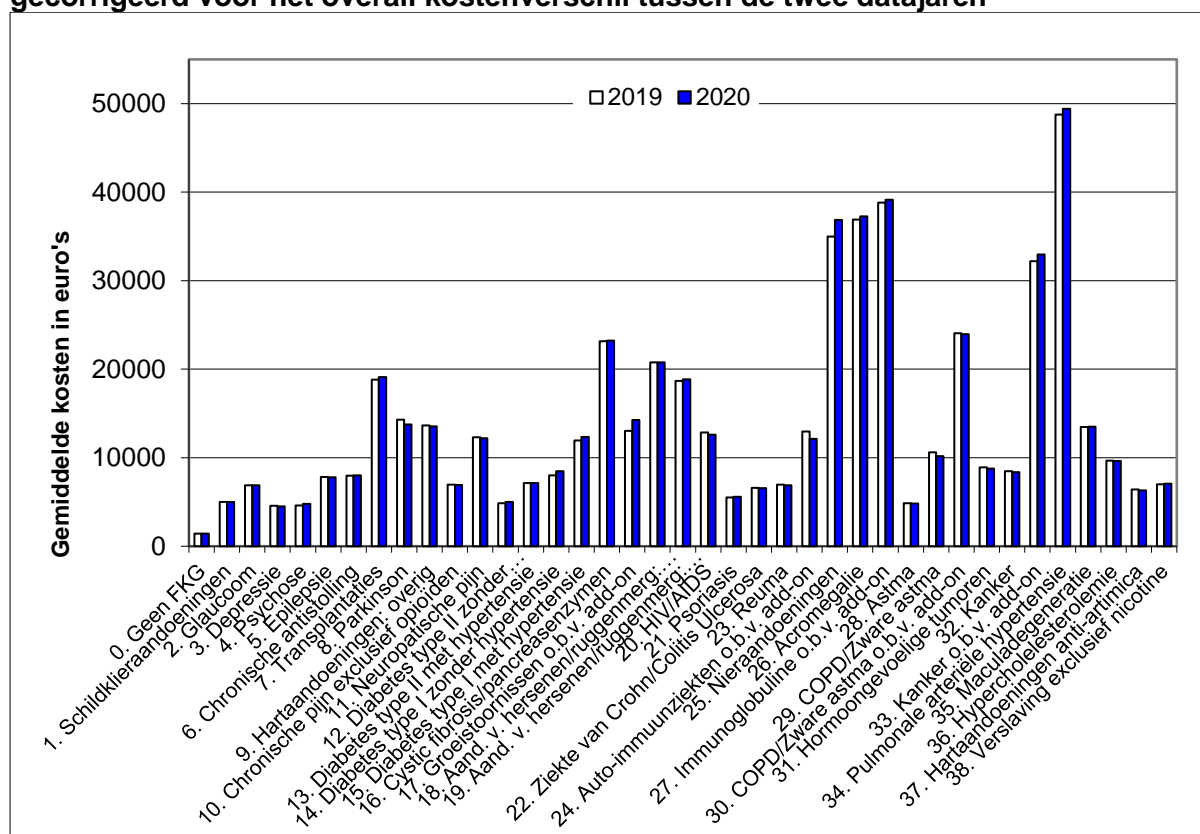
Net als voorgaande jaren zien we kostendalingen voor veel oudere leeftijdsgroepen. Voor mannen ouder dan 80 jaar en vrouwen ouder dan 65 jaar zijn de gemiddelde kostendalingen groter dan 100 euro. Opvallend zijn de (lichte) kostenstijgingen voor mannen tussen 55 en 80 jaar: ook in deze groep hebben we de afgelopen jaren steeds (lichte) dalingen gezien. Benadrukt zij dat in absolute zin in bijna alle leeftijd/geslachtklassen (nuljarigen geboren in jaar t vormen de uitzondering) sprake is van kostendalingen, een gevolg van zorguitval tijdens de coronapandemie. Door correctie voor de overall kostendaling worden echter her en der kostenstijgingen zichtbaar. Overigens sluit de kostenontwikkeling bij nuljarigen aan bij de golfbeweging die we al jaren vinden voor deze risicoklasse: forse dalingen gevolgd door forse stijgingen.

Overall bedraagt de GGAV in kosten voor het leeftijd/geslacht-criterium 47 euro, duidelijk groter dan de 35 euro van vorig jaar en de 36 euro van het jaar daarvoor. In relatie tot leeftijd/geslacht is dus sprake van een instabieler kostenontwikkeling.

4.3. FKG's

Figuur 4.3a presenteert de gemiddelde kosten van somatische zorg in 2019 en 2020 voor 38 van de 42 FKG's die het vereveningsmodel 2022 onderscheidt (vanwege de veel hogere gemiddelde kosten volgen FKG's 39 tot en met 42 in Figuur 4.3b).

Figuur 4.3a. Gemiddelde kosten somatische zorg per FKG (definitie model 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



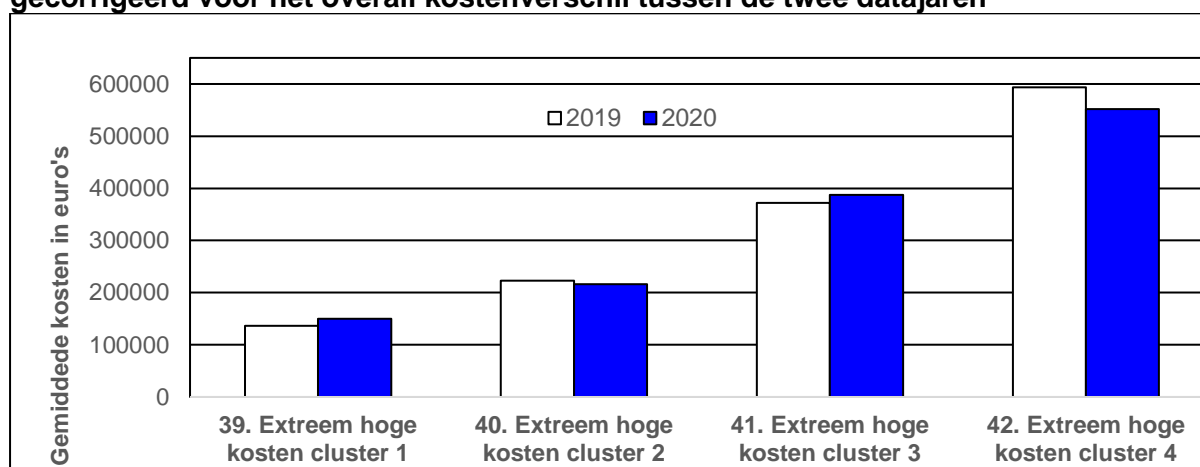
De patronen voor de twee jaren zijn hetzelfde en de veranderingen relatief beperkt, enkele uitzonderingen daargelaten. De grootste kostenverandering treedt op bij nieraandoeningen (FKG25, +1.900 euro). Wij zien geen duidelijke aanleiding voor deze kostenstijging want de prevalentie blijft nagenoeg gelijk. Dat geldt ook voor groeistoornissen o.b.v. add-on (FKG17, +1.200 euro). De gemiddelde kosten van de twee FKG's voor diabetes type I gaan met respectievelijk 500 euro (zonder hypertensie) en 400 euro (met hypertensie) omhoog. Mogelijk is dit een gevolg van de verruiming van de Zvw-dekking voor flash glucose monitoring per 2020 met twee extra groepen van insulinegebruikers. De kosten van kanker o.b.v. add-on

(FKG33) stijgen met bijna 800 euro, terwijl de prevalentie ook met 6% stijgt. Dit effect trad vorig jaar ook op, toen een kostenstijging van 1.800 euro en een prevalentiestijging van ruim 5%. Dit duidt erop dat de zorg voor de betreffende ernstig zieke (kanker-)patiënten in ieder geval niet onder de coronapandemie lijkt te hebben geleden.

Voor auto-immuunziekten o.b.v. add-on (FKG24) blijken de kosten met ruim 800 euro te dalen, terwijl de prevalentie meer dan 10% stijgt. Dalende kosten en stijgende prevalenties hebben we voor deze FKG al enkele jaren geconstateerd. Naast het gebruikelijke fenomeen dat kosten veelal dalen als prevalenties toenemen, heeft de kostendaling bij FKG24 ook te maken met prijsdalingen voor TNF-alfaremmers – op basis waarvan patiënten bij FKG24 worden ingedeeld – als gevolg van het uit patent lopen van de betreffende medicijnen. Dit heeft medio 2018 plaatsgevonden, maar het is voorstelbaar dat het enige tijd duurt voordat alle patiënten op goedkopere middelen zijn overgezet.

Figuur 4.3b geeft een beeld van de ontwikkeling van de gemiddelde kosten voor somatische zorg binnen de vier EHK-clusters van het FKG-criterium.

Figuur 4.3b. Gemiddelde kosten somatische zorg per FKG (definitie model 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



Voor EHK cluster 4 blijken de kosten te dalen met 42.000 euro (-7%). Dit lijkt fors maar het gaat om een extreem klein groep patiënten – minder dan 30 verzekerdenjaren – terwijl de prevalentie met 10% stijgt. Die paar extra patiënten zullen waarschijnlijk wat minder extreem hoge kosten hebben dan gemiddeld. De andere drie EHK clusters betreffen bij elkaar slechts 750 patiënten zodat het weinig zinvol is conclusies te trekken over de kostenontwikkelingen, die overigens relatief beperkt zijn. Wel is interessant dat EHK cluster 3 voor het eerst in vijf jaar een stijging in plaats van een daling van de kosten laat zien. Dit lijkt echter een gevolg van de correctie voor de overall kostendaling: zonder die correctie blijven de kosten nagenoeg gelijk, wat erop duidt dat per saldo geen effecten van de coronapandemie op zijn getreden in deze risicoklasse.

De GGAV van 2019-op-2020 in de gemiddelde kosten per FKG (volgens de definitie van model 2022) bedraagt 42 euro per verzekerdenjaar, meer dan de voorgaande twee jaren (25 en 21 euro) maar op hetzelfde niveau als het jaar daarvoor (41 euro). Een belangrijke oorzaak van de hoge GGAV-waarde is dat de gemiddelde kosten in de FKG-afslagklasse (FKG0) met 13 euro dalen: omdat hierbij ruim 14 miljoen verzekerdenjaren zijn ingedeeld, telt dit zwaar mee in de GGAV. Verder blijft de prevalentie van FKG0 nagenoeg gelijk wat betekent dat de kosten in de groep verzekerden met FKG>0 stijgen. Een verklaring hiervoor is dat de zorguitval in de afslagklasse groter is geweest en dat de extra coronakosten vooral bij FKG>0 zijn terechtgekomen.

Recent heeft het ZIN ten behoeve van het model 2023 regulier onderhoud uitgevoerd aan de EHK-clusters. Dit heeft geleid tot een verdubbeling van de gezamenlijke prevalentie van deze vier FKG's: van 750 naar 1.500 verzekerdenjaren. Hierbij zijn de gemiddelde kosten van EHK-clusters 1-3 globaal gelijk gebleven en die van EHK-cluster 4 met ongeveer 110.000 euro gestegen. De kostenveranderingen van 2019-op-2020 zijn alleen voor cluster 2 duidelijk anders dan afgebeeld in Figuur 4.3b: een stijging met 1.000 euro in plaats van een daling met 6.700 euro.

Verder wordt het FKG-criterium per 2023 op basis van het Gupta-onderzoek naar restrisico's (WOR 1093) uitgebreid met vijf zogenaamde schilindicatoren: voor COPD/astma medicatie, diabetes insuline, diabetes orale medicatie, CVRM²⁴ medicatie licht en CVRM medicatie zwaar. Het aantal verzekerden ingedeeld bij een FKG>0 neemt hierdoor met ongeveer 1,5 miljoen toe, waarbij ruim 2 miljoen verzekerden scoren op ten minste één schilindicator. De gemiddelde kosten van deze vijf nieuwe FKG's variëren tussen de 4.000 euro (voor COPD/astma medicatie) en 13.000 euro (voor diabetes insuline) en verschillen tussen de twee jaren slechts maximaal 450 euro. Dit ondanks het feit dat de reikwijdte van deze FKG's van 2019-op-2020 flink is toegenomen omdat enkele restricties die in het Gupta-onderzoek (op 2019-data) waren opgelegd²⁵ niet door het ZIN zijn overgenomen voor de 2020-data vanwege uitvoeringstechnische issues. Een gevolg van de verschuiving van ongeveer 1,5 miljoen verzekerden met hoge kosten van FKG=0 naar FKG>0 is dat de gemiddelde kosten van de afslagklasse met ongeveer 150 euro dalen (-10%); voor geen enkele andere FKG zien we een dergelijke forse daling. Daarnaast blijkt de GGAV voor de kostenveranderingen van 2019-op-2020 met de nieuwe FKG's – toegepast in beide jaren – op 112 euro uit te komen, ruimschoots het dubbele van die voor de huidige FKG's. De oorzaak blijkt gelegen in de (relatief beperkte) kostenveranderingen bij de ruim 2 miljoen verzekerden die scoren op een schilindicator en de (relatief beperkte) kostendaling voor de afslagklasse.

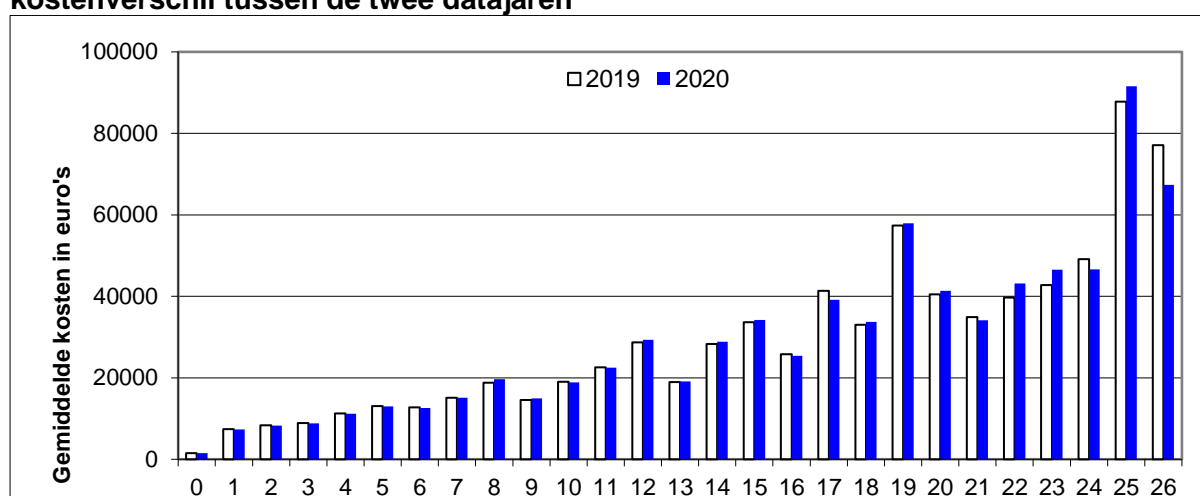
²⁴ CVRM = cardiovasculair risicomanagement.

²⁵ Zo werd de initiële indeling van een verzekerde in deze FKG's geschrapt als deze persoon tevens was ingedeeld bij bepaalde HKG's of Dxgroepen.

4.4. DKG's

Per 2021 omvat het DKG-criterium 26 (positieve) klassen die op twee manieren meervoudig zijn: een verzekerde kan bij meerdere DKG's zijn ingedeeld én meerdere scores op dezelfde DKG hebben. Ten behoeve van de analyses in dit hoofdstuk zijn die scores gemaximeerd tot 1. Figuur 4.4 presenteert de gemiddelde kosten per DKG voor de twee datajaren, uitgaande van de DKG-indeling van de onderliggende 209 Dxgroepen zoals bepaald in de Pre-OT van vorig jaar (WOR 1041).

Figuur 4.4. Gemiddelde kosten somatische zorg per DKG, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



Opvallend is dat de kosten naar rechts toe niet monotoon oplopen. Dat hoeft echter ook niet: de clustering van de onderliggende 209 Dxgroepen naar DKG's is namelijk niet gebaseerd op **kosten**, maar op **normbedragen** voor de afzonderlijke Dxgroepen volgens een model dat in de Pre-OT van vorig jaar is doorgerekend. De normbedragen van de 26 DKG's bleken in de OT van vorig jaar wél naar rechts toe op te lopen, op twee uitzonderingen na.²⁶

De grootste kostenverandering (-9.700 euro) doet zich voor bij DKG26, de risicoklasse voor hemofilie structureel. Dit volgt op een daling met 16.100 euro vorig jaar. De oorzaak is de prijsdaling van het belangrijkste hemofiliemedicijn (voor bloedstollingsfactor viii; ATC B02BD02): de GIP-website geeft aan dat de gemiddelde vergoeding per gebruiker van dit middel sinds 2017 gestaag is gedaald, met zo'n 10% per jaar (bij een praktisch gelijkblijvend aantal gebruikers). In 2021 lijken de kosten zelfs nog weer te halveren ten opzichte van 2020.

²⁶ Die twee afwijkingen van monotoon oplopende normbedragen zijn veroorzaakt door verschillen tussen het onderzoeksbestand en vereveningsmodel gebruikt in genoemde Pre-OT (met kostendata van 2018 en het model van 2021) en het onderzoeksbestand en vereveningsmodel voor de OT van vorig jaar (kostendata 2019 en model 2022).

Een forse kostendaling (-2.500 euro) treedt ook op bij DKG24 voor maligniteit huid/melanoom en leukemie, eveneens volgend op kostendalingen in voorgaande jaren (-4.100 en -7.700 euro). Deze kostendalingen hangen waarschijnlijk samen met prevalentiestijgingen van respectievelijk 23%, 21% en 16% die op hun beurt weer een gevolg zullen zijn van de toegenomen prevalentie van huidkanker in het algemeen.

Interessant is verder dat de gemiddelde kosten voor de groep verzekerden ingedeeld in de afslagklasse van het DKG-criterium, van 2019-op-2020 met 13 euro dalen, wat bij de vrijwel gelijkblijvende prevalentie impliceert dat de kosten van degenen ingedeeld bij DKG>0 gemiddeld genomen stijgen. Een mogelijke verklaring is dat de zorg voor degenen die in 2019 al onder behandeling waren (en die dus bij DKG>0 ingedeeld kunnen zijn), in 2020 niet is afgeschaald maar zelfs is toegenomen als gevolg van directe en indirecte effecten van de coronapandemie. Bovendien kan de zorguitval in 2020 verhoudingsgewijs groter zijn geweest in de afslagklasse dan in de positieve klassen.

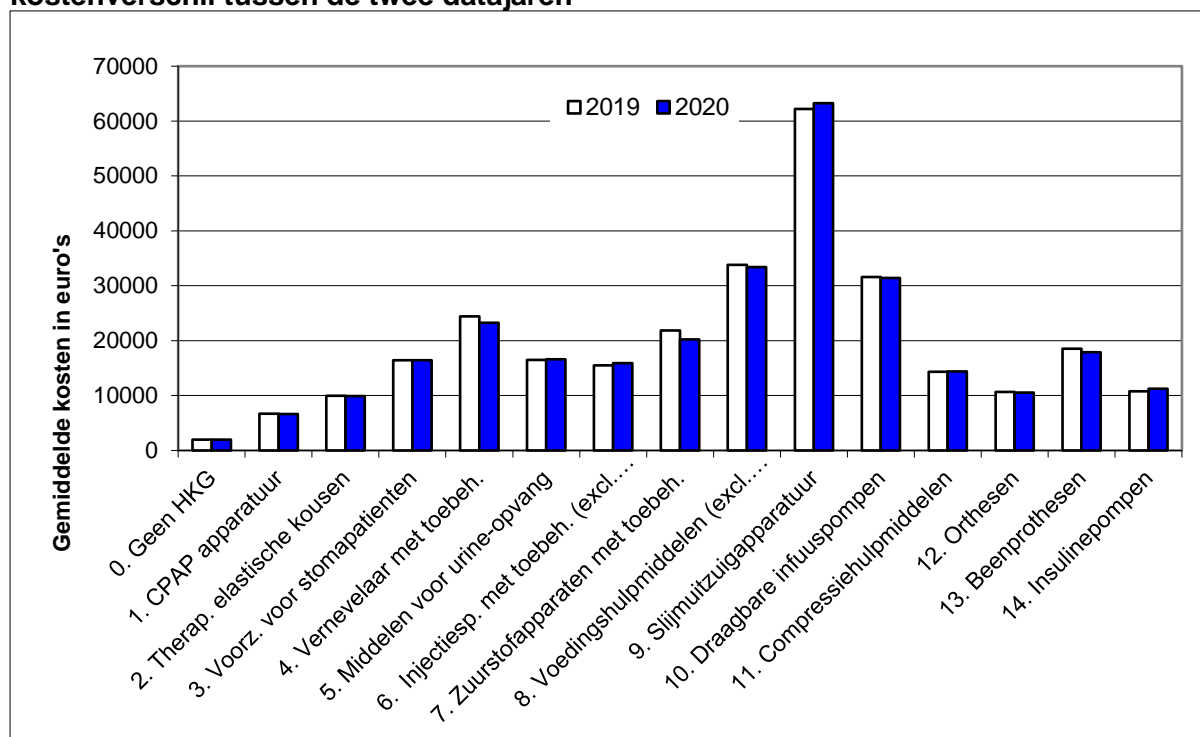
De GGAV voor de kostenveranderingen van 2019-op-2020 per DKG bedraagt 36 euro, groter dan de 31 euro van vorig jaar maar op hetzelfde niveau als het jaar daarvoor (36 euro). Net als bij het FKG-criterium is de hoge GGAV-waarde voor een deel te wijten aan de kostendaling in DKG0, gecombineerd met een hoge prevalentie van deze risicoklasse.

4.5. HKG's

Het HKG-criterium is per 2021 meervoudig geworden zodat verzekerden bij meerdere HKG's kunnen worden ingedeeld in plaats van alleen bij de HKG met de hoogste meerkosten. Figuur 4.5 geeft de gemiddelde kosten weer. De kostenveranderingen zijn beperkt. Meest opmerkelijk is de verandering in gemiddelde kosten die optreedt bij de gebruikers van slijmuitzuigapparatuur (HKG9): +1.100 euro, bij een prevalentiestijging van 12%. Vorig jaar vonden we hiervoor een daling van 3.000 euro en het jaar daarvoor een stijging van 5.000 euro, in beide jaren bij een vrijwel constante omvang van deze patiëntengroep. Gezien de kleine patiëntengroep kunnen deze kostenfluctuaties op toeval berusten. Verder zien we veranderingen bij HKG4 voor vernevelaars met toebehoren (-1.100 euro) en bij HKG7 voor zuurstofapparatuur met toebehoren (-1.600 euro). Deze kostendalingen zijn mogelijk gerelateerd aan prevalentiestijgingen, van +9% respectievelijk +2%.

Voor de afslagklasse van het HKG-criterium blijken de kosten te dalen met 5 euro. Gegeven de vrijwel constante prevalentie betekent dit dat de kosten van HKG>0 stijgen, zoals we bij FKG>0 en DKG>0 ook al hebben geconstateerd.

Figuur 4.5. Gemiddelde kosten somatische zorg per HKG, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren

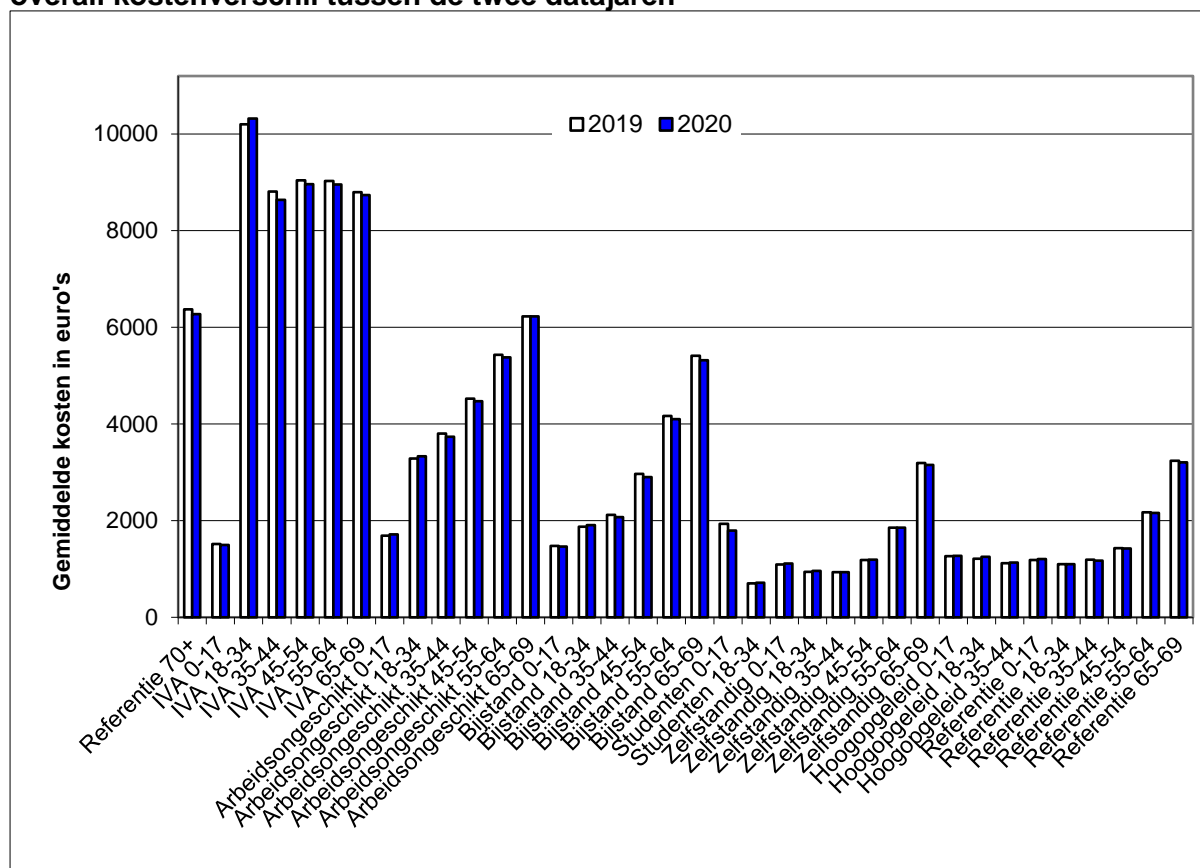


4.6. AVI-klassen

Figuur 4.6 toont de gemiddelde kosten voor de AVI-klassen in de onderzoeksbestanden met data van 2019 en 2020. De patronen zijn in beide jaren gelijk en conform verwachting: de hoogste kosten voor langdurig arbeidsongeschikten (IVA) en andere arbeidsongeschikten, daarna voor bijstandsgerechtigden en verzekerden in de referentieklassse van 70-plussers, vervolgens voor de referentieklassen van 0-69 jaar en ten slotte voor studenten en hoogopgeleiden.

Opvallend, maar conform de bevindingen van de afgelopen jaren, is dat binnen de categorieën van arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden de kosten sterk monotoon oplopen met leeftijd, terwijl de kosten juist aflopen binnen de IVA-groep, doch minder sterk en niet geheel monotoon. Verder vallen weer de ongeveer 700 euro hogere kosten op van kinderen (18-) ingedeeld bij de AVI-categorie voor studenten ten opzichte van hun leeftijdsgenoten in de referentiecategorie. Afgelopen jaren zagen we dit ook en toen is gebleken dat deze kleine groep voor een groot deel bestaat uit kinderen die in het betreffende jaar zijn geboren, wat de relatief hoge kosten verklaart. Evenals vorig jaar zien we dat zelfstandigen bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd een inhaalslag lijken te maken ten opzichte van hun leeftijdsgenoten in de referentiepopulatie: de kosten van eerstgenoemde groep gaan met bijna 1.300 euro omhoog, terwijl de toename in de andere groep 'slechts' 700 euro bedraagt.

Figuur 4.6. Gemiddelde kosten somatische zorg per AVI-klasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



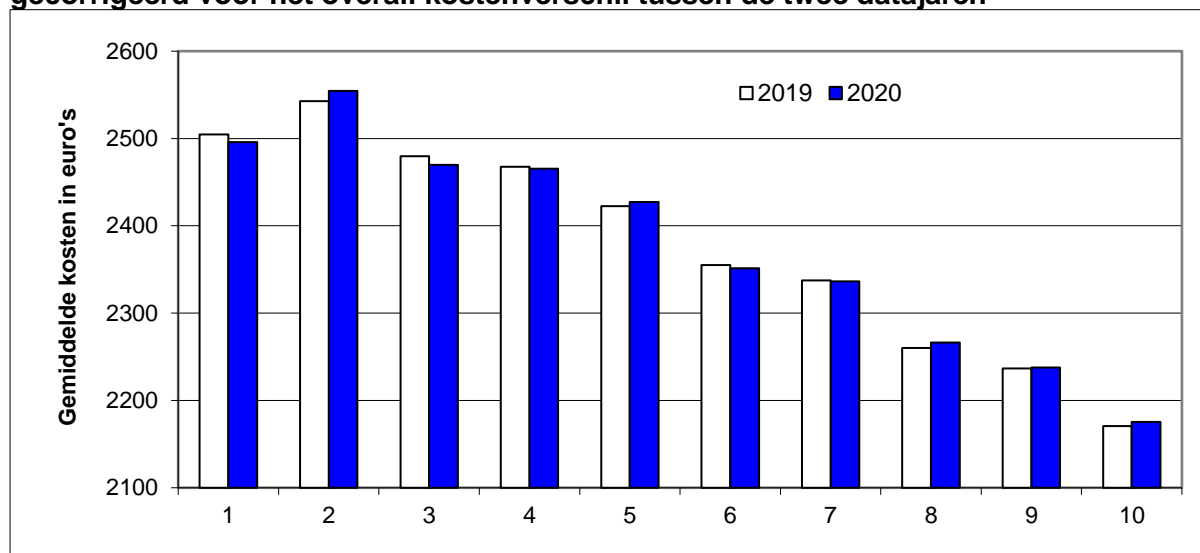
De verschillen in kosten tussen de twee jaren per AVI-klasse zijn relatief beperkt. De grootste verschillen treden net als voorgaande jaren op binnen de IVA-classes: kostendalingen van tussen 60 en 170 euro in vier van de zes leeftijdsgroepen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de prevalentiestijgingen in deze groepen, van tussen de 4 en 26%. Kennelijk zijn degenen die – veelal vanuit de (reguliere) arbeidsongeschiktheid – instromen in de IVA-regeling gemiddeld genomen relatief gezond binnen de IVA-classes. Deze conclusie trokken we vorig jaar ook maar toen ging het om grotere kostendalingen (rond de 300 euro) en grotere prevalentiestijgingen (tussen de 11 en 23%).

4.7. Regioclusters

Figuur 4.7 toont de gemiddelde kosten per regiocluster van het model 2022. Zoals inmiddels gebruikelijk lopen de kosten niet monotoon naar rechts af en is de bandbreedte – i.e. het verschil tussen de hoogste en laagste gemiddelde kosten – redelijk beperkt: minder dan 400 euro ten opzichte van de ongeveer 800 euro voor de regioclusters van vóór 2019. De oorzaak is de vereenvoudigde wijze van groepering van postcodes naar regioclusters en de beperking tot drie regiovariabelen: de percentages niet-westerse en westerse immigranten en het

percentage lage inkomens per postcode. Een gevolg is kennelijk dat de clustering minder sterk samenhangt met de werkelijke kosten, waardoor de bandbreedte sterk afneemt. Overigens is dat op zich niet echt relevant; waar het om gaat is de bandbreedte van de *normbedragen* nadat het volledige vereveningsmodel is geschat.

Figuur 4.7. Gemiddelde kosten somatische zorg per regiocluster (definitie model 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



Figuur 4.7 laat zien dat de gemiddelde somatische zorgkosten voor de vereenvoudigde regioclusters zich van 2019-op-2020 zich redelijk stabiel ontwikkelen. Net als vorig jaar nemen de gemiddelde kosten in de meeste regioclusters met lage nummers enigszins af terwijl voor de hoog genummerde clusters het omgekeerde geldt. De oorzaak is dat de regioclusters zijn geënt op 2019-data zodat ze minder verklarende kracht op 2020-data hebben. Dergelijke ontwikkelingen hebben we de afgelopen jaren ook steeds gezien.

De gebruikelijke update van het somatisch regiocriterium op de meest recente data (i.e. die van 2020) vindt dit jaar niet plaats vanwege de mogelijke verstoringen in regionale kostenvariatie als gevolg van de coronapandemie. Dit betekent dat voor het somatisch model 2023 gewerkt zal worden met de regioclustering van model 2022.

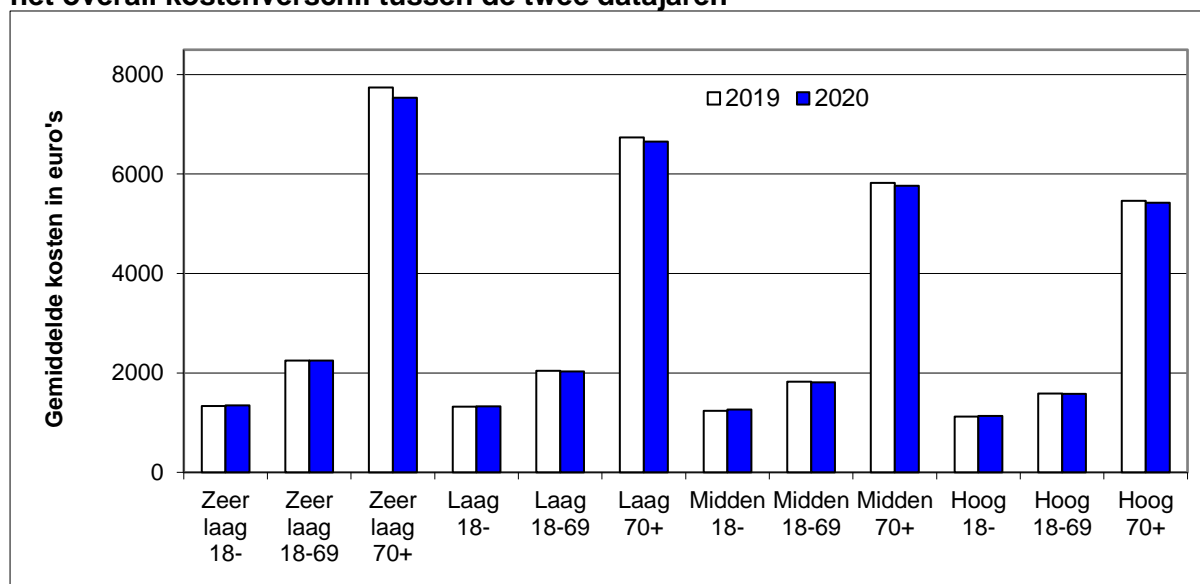
4.8. SES- en PPA-klassen

Het SES-criterium bestaat in principe uit vier niveaus van het adresinkomen in jaar t-1, begrensd door de inkomenspercentielen van 20, 40, 70 en 100%. Verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling (voor wie het adresinkomen een inadequate maatstaf is van sociaal-economische status) worden ingedeeld in de SES-klassen voor zeer lage inkomens. Figuur

4.8a geeft de gemiddelde kosten voor de datajaren 2019 en 2020, uitgesplitst naar de twaalf SES-klassen, gecorrigeerd voor de overall kostendaling tussen de twee datajaren.

Figuur 4.8a laat zien dat het onderscheid naar SES vooral van belang is voor de groep van 70-plussers: het kostenverschil tussen het laagste en hoogste SES-niveau bedraagt bijna 2.100 euro. Van 2019-op-2020 blijven de kosten voor de meeste SES-klassen nagenoeg gelijk, doch evenals vorig jaar zien we dat op elk van de vier SES-niveaus de kosten van 70-plussers dalen, met tussen de 30 en 200 euro. De oorzaak is de kostendaling voor oudere leeftijdsgroepen die we in paragraaf 4.2 zagen bij de bespreking van de kostenontwikkeling per leeftijd/geslachtklasse.

Figuur 4.8a. Gemiddelde kosten somatische zorg per SES-klasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



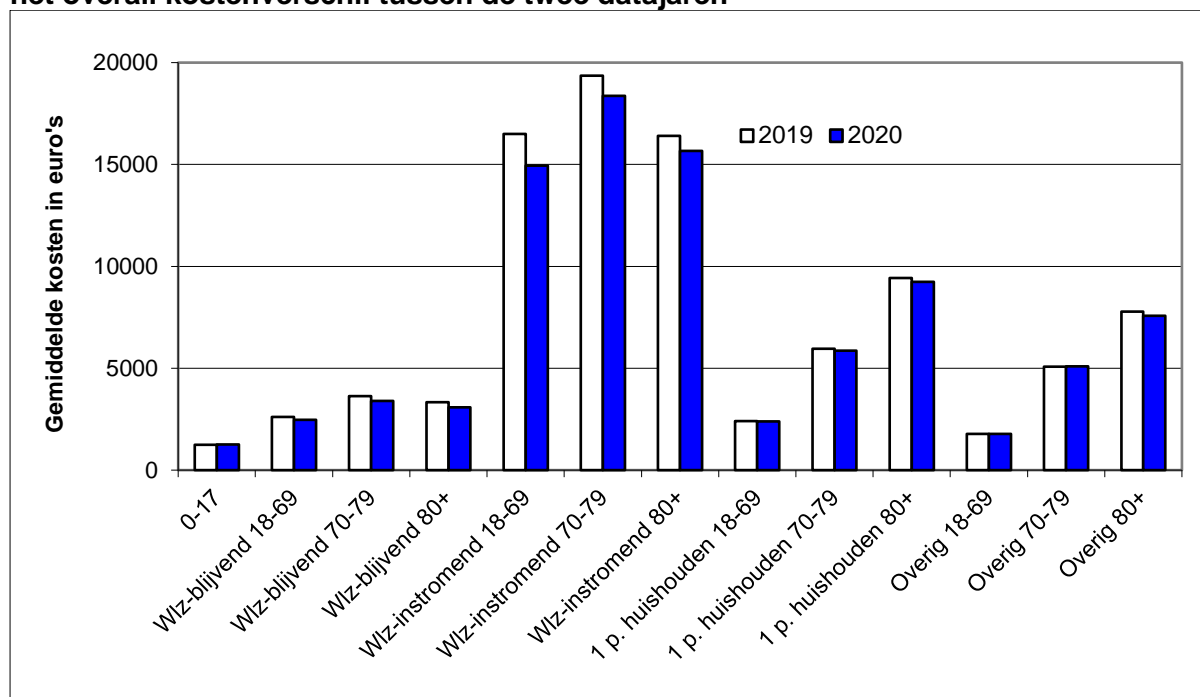
Figuur 4.8b geeft een beeld van de gemiddelde kosten in 2019 en 2020 voor de 13 PPA-klassen. De patronen zijn voor beide jaren hetzelfde: hoge kosten voor verzekerden die in het datajaar instromen in een Wlz-instelling²⁷, veel lagere kosten voor alleenstaanden en leden van meerpersoonshuishoudens, en de laagste kosten voor degenen die blijvend in een Wlz-instelling wonen. Dit laatste met uitzondering van 18-69-jarigen. Interessant is ook dat de kosten van alleenstaanden en meerpersoonshuishoudens stijgen met het toenemen van de leeftijd terwijl dat voor instellingsbewoners niet of minder het geval is.

Wat betreft de kostenontwikkeling van 2019-op-2020 valt op dat voor alle instromers in de Wlz de gemiddelde kosten dalen, met meer dan 700 euro. Voor 18-69-jarigen is de kostendaling

²⁷ Opname in een instelling duidt erop dat deze patiënten een zeer slechte gezondheid hebben en waarschijnlijk een hoog zorggebruik, waarvan de kosten in het datajaar – vóór opname – ten laste van de Zvw komen.

ongeveer 1.550 euro terwijl we vorig jaar nog een kostenstijging van 950 euro vonden. Het jaar daarvoor zagen we voor elk van deze groepen kostendalingen. Een goede verklaring voor deze kostenontwikkelingen hebben we niet, behalve dat de twee groepen 80-minners die instromen in de Wlz redelijk klein zijn (elk minder dan 9.000 verzekerdenjaren) zodat toeval een rol zou kunnen spelen.²⁸

Figuur 4.8b. Gemiddelde kosten somatische zorg per PPA-klasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



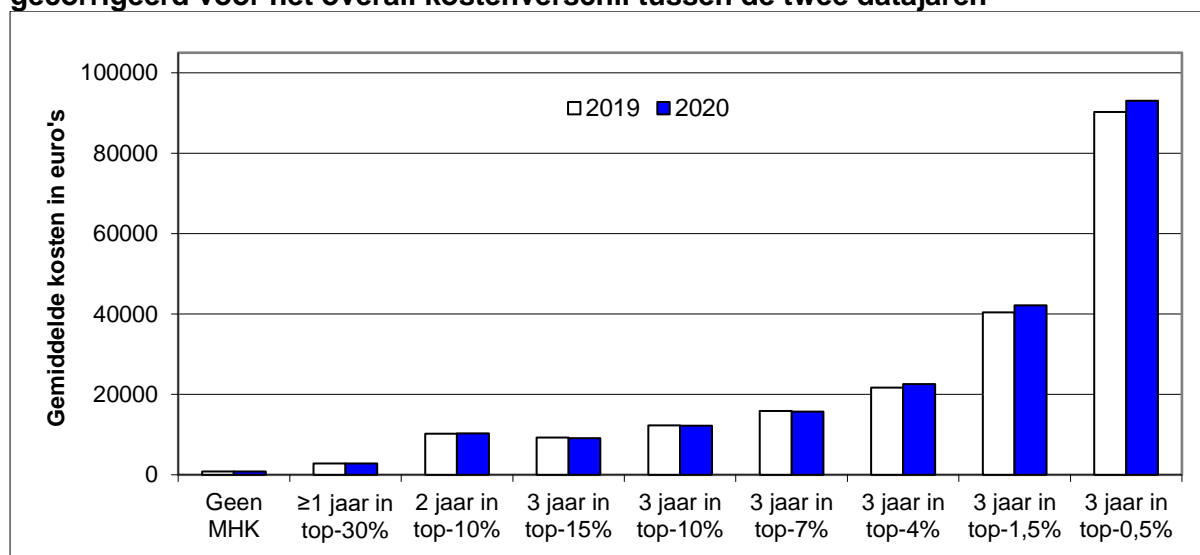
4.9. MHK-klassen

Figuur 4.9 presenteert de gemiddelde kosten van somatische zorg per MHK-klasse voor 2019 en 2020. Voor de hoogste MHK-klasse (verzekerden die in elk van de drie voorgaande jaren met hun zorgkosten tot de top-0,5% behoorden) is sprake van een kostenstijging: +2.800 euro. De afgelopen vier jaar vonden we voor deze risicoklasse juist kostendalingen van tussen de 1.700 en 3.600 euro. Bovendien blijkt de prevalentie van deze MHK-klasse te stijgen, met 7%. Mogelijke verklaringen zijn dat een relatief groot deel van deze groep – zeer waarschijnlijk ernstig zieke – verzekerden met corona in het ziekenhuis is beland en/of dat de zorguitval in deze groep verhoudingsgewijs klein was. Dat zou ook kunnen gelden voor de op-één-na en op-twee-na hoogste MHK-klassen, met kostenstijgingen van 1.800 respectievelijk 900 euro.

²⁸ Een mogelijke verklaring is dat een groep relatief ongezonden die in 2020 normaal gesproken in aanmerking zouden zijn gekomen voor verhuizing naar een instelling, thuis al aan een coronabesmetting is overleden; degenen die uiteindelijk wél zijn verhuisd waren dan nog relatief gezond.

Niet goed zichtbaar in de figuur maar wel interessant is dat de kosten van de MHK-afslagklasse zijn gedaald, met 7 euro, terwijl de prevalentie gelijk is gebleven. De kosten van MHK>0 zijn dus gestegen, net zoals we constateerden voor FKG>0, DKG>0 en HKG>0.

Figuur 4.9. Gemiddelde kosten somatisch zorg per MHK-klasse (definitie 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



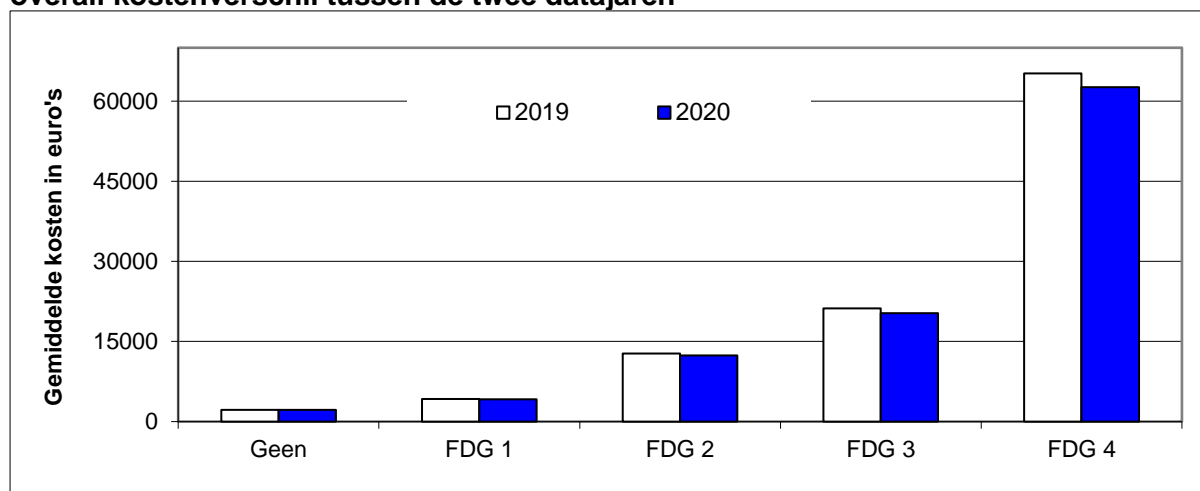
Per 2023 zullen alle Wlz-blijvers – i.e. ingedeeld bij $1 \leq PPA \leq 3$ – worden ingedeeld bij MHK=0 omdat vrijwel al hun zorgkosten in het vereveningsjaar ten laste komen van de Wlz zodat hoge Zvw-kosten in het recente verleden weinig voorspellende waarde hebben. Het blijkt dat hierdoor ongeveer 126.000 verzekerdenjaren verschuiven van MHK>0 naar MHK=0. Dit heeft nauwelijks gevolgen voor de gemiddelde kosten per MHK-klasse in de twee jaren, zodat Figuur 4.9 ook voor de nieuwe MHK-definitie een goede indruk van de kosten(-ontwikkeling) geeft.

4.10. FDG's

Figuur 4.10 toont de gemiddelde somatische kosten voor de vier risicoklassen onderscheiden in het FDG-criterium. De grootste kostenverandering treedt op bij FDG4: -2.600 euro, maar ook voor FKG's 2 en 3 vinden we kostendalingen, van 400 respectievelijk 900 euro. Bij laatstgenoemde FDG's zijn de kostendalingen mogelijk gerelateerd aan prevalentiestijgingen. Bij FDG4 kan de geringe omvang een rol spelen (ruim 600 verzekerdenjaren). Daarnaast zijn FDG's natuurlijk gebaseerd op diagnoses van fysiotherapie en bekend is dat deze zorg vooral in de eerste golf van de coronapandemie fors is afgeschaald.²⁹

²⁹ Volgens de Zorgcijfersdatabank (t/m Q4 2021) zijn de fysiotherapiekosten in 2020 met 11% gedaald ten opzichte van 2019.

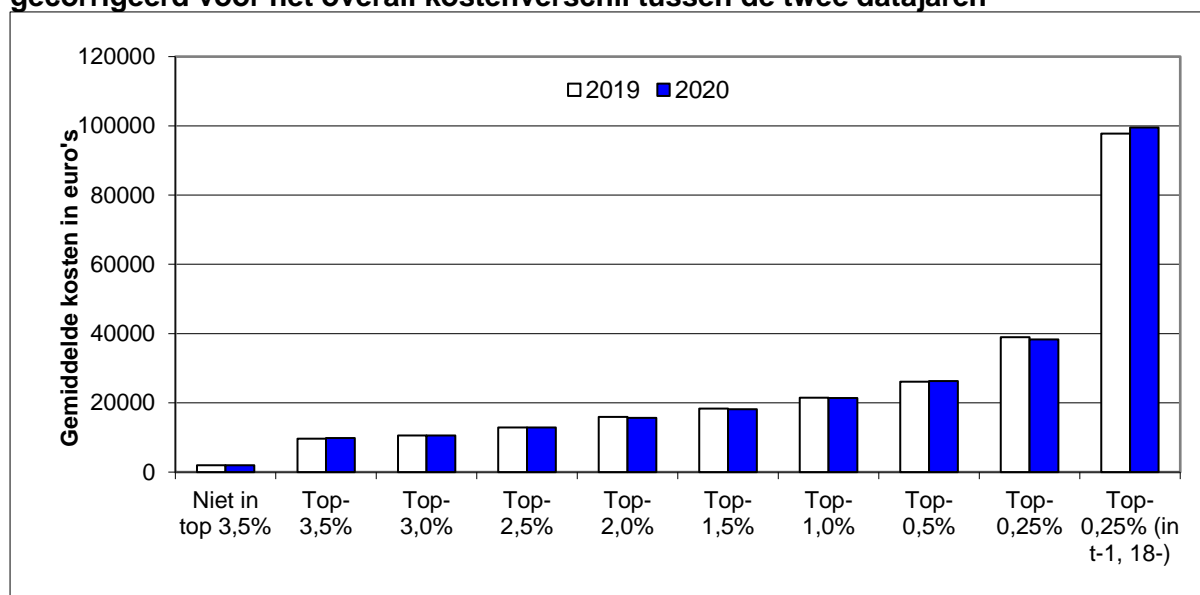
Figuur 4.10. Gemiddelde kosten somatische zorg per FDG, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



4.11. MVV-klassen

Het MVV-criterium is gebaseerd op de gesommeerde V&V-kosten in de drie voorgaande jaren, opgesplitst in acht klassen en aangevuld met een klasse voor 18-minners met V&V-kosten in de hoogste 0,25% in jaar t-1 (waarschijnlijk hoofdzakelijk intensieve kindzorg; IKZ). Om negatieve normkosten te voorkomen worden in het model van 2022 alle Wlz-bewoners (i.e. $1 \leq PPA \leq 6$) ingedeeld bij $MVV=0$.

Figuur 4.11. Gemiddelde kosten somatische zorg per MVV-klasse (definitie 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



Figuur 4.11 toont de gemiddelde somatische kosten voor verzekerden ingedeeld in de tien klassen van het MVV-criterium. Zoals verwacht lopen de kosten monotoon op naar rechts,

waarbij de hoogste klasse ruim twee keer zo hoge gemiddelde kosten heeft als de op-één-na hoogste MVV-klasse.

In de hoogste MVV-klasse blijken de kosten van 2019-op-2020 te stijgen met 1.700 euro. Vorig jaar vonden we nog een kostendaling van 10.000 euro, die waarschijnlijk samenhangt met een prevalentiestijging van bijna 14%. De nu gevonden kostenstijging, bij een vrijwel gelijke prevalentie, pikt daarmee de opwaartse trend weer op die we in het verleden zagen voor deze risicoklasse. De kostendaling van 600 euro in de op-één-na hoogste MVV-klasse kan samenhangen met een prevalentiestijging (+2%).

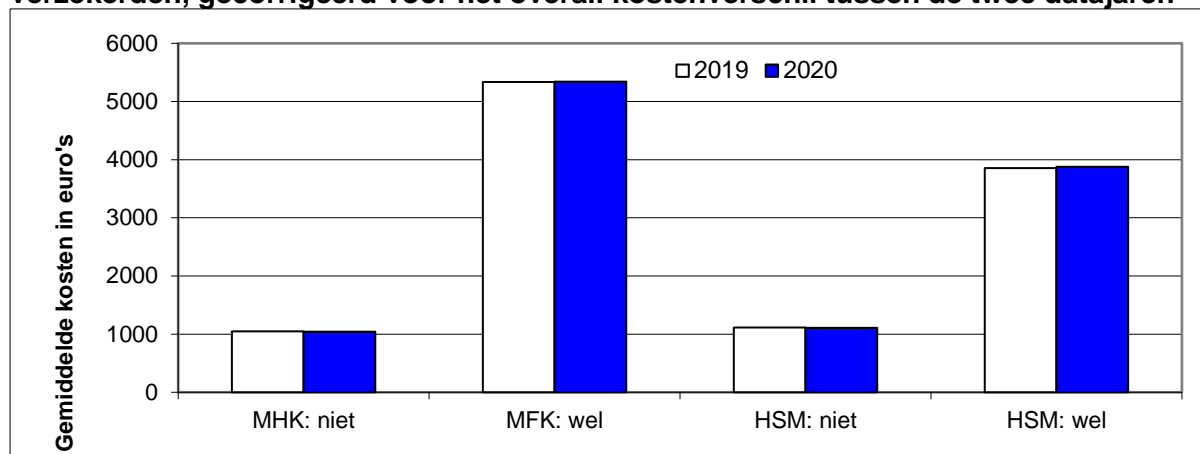
Per 2023 zullen alleen de Wlz-**blijvers** worden ingedeeld bij MVV=0 en niet ook de Wlz-**instromers** (zoals nu nog het geval is): voor de eerstgenoemde groep zullen hoge V&V-kosten in het recente verleden geen voorspellende waarde voor hun kosten in het vereveningsjaar hebben, terwijl dat voor de andere groep wel het geval kan zijn. In onderzoek van vorig jaar bleek dat indeling van alleen Wlz-blijvers bij MVV=0 én bij MHK=0 ervoor zorgde dat het model van 2021 geen negatieve normkosten meer genereerde (WOR 1041). Dit is in de Pre-OT van dit jaar (WOR 1102) bevestigd voor model het model van 2022. Door alleen de Wlz-blijvers bij MVV=0 in te delen, komen bijna 27.000 verzekerdenjaren minder in MVV=0 terecht. De gevolgen voor de gemiddelde kosten per MVV-klasse zijn gering, zodat Figuur 4.11 ook voor de nieuwe MVV-definitie een goede indruk geeft van de kosten(-ontwikkeling).

4.12. Tijdelijke vereveningscriteria en bevellingen

Naar aanleiding van het onderzoek naar gezonde verzekerden (WOR 1022) is het somatisch model per 2022 tijdelijk uitgebreid met vereveningscriteria voor meerjarige farmaciekosten (MFK; twee risicoklassen, voor wel/niet $\geq 1x$ extramurale farmaciekosten boven Q3 in de voorgaande drie jaar) en historische somatische morbiditeit (HSM; twee risicoklassen, voor wel/niet ingedeeld in ≥ 1 positieve klasse van de zes somatische morbiditeitscriteria in jaar t-3). Figuur 4.12 toont de gemiddelde kosten in 2019 en 2020 voor de vier groepen die met deze vereveningscriteria worden onderscheiden.

Duidelijk is dat we met MFK en HSM flinke verschillen in (vervolg)kosten traceren: de kostenverhouding tussen degenen met wel/niet MFK is ongeveer 6:1; voor HSM is deze verhouding 4:1. Kanttekening is wel dat er een flinke correlatie bestaat met de zes andere morbiditeitscriteria in het somatisch model – met name met de FKG's en MHK – zodat de bandbreedtes van de normbedragen aanmerkelijk kleiner zullen uitpakken dan de verschillen afgebeeld in Figuur 4.12. De kostenverschillen tussen de twee datajaren zijn zeer beperkt, zodat sprake is van stabiele kostenontwikkelingen, in ieder geval op deze korte termijn. Overigens geldt dat ook voor de MFK-en HSM-prevalenties.

Figuur 4.12. Gemiddelde kosten somatische zorg per klasse van (on)gezonde verzekerden, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



Per 2023 wordt het somatisch model uitgebreid met een indicator voor vrouwen die wel/niet zijn bevallen in het vereveningsjaar. Op basis van het Gupta-onderzoek naar zwangerschappen/bevallingen (WOR 1084) hebben wij een databestand ontvangen met 154.000 bevallingen in 2019 die op basis van administratieve gegevens over kraamzorgkosten konden worden geïdentificeerd (het CBS meldt 169.700 bevallingen in 2019). Het ZIN heeft een overeenkomstig databestand aangeleverd met 158.000 bevallingen in 2020 (CBS: 168.700). De toename in het aantal geïdentificeerde bevallingen komt doordat in 2020 integrale geboortezorg voor het eerst een aparte prestatie was zodat de betreffende kosten bij de identificatie van bevallingen betrokken kunnen worden. De gemiddelde zorgkosten van deze groepen verzekerden bedragen 6.600 respectievelijk 7.000 euro, zodat de zorgkosten in 2020 kennelijk iets zijn toegenomen (ook kunnen geringe verschillen in de afleiding uit de onderliggende gegevens een rol spelen).

4.13. Samenvattend overzicht

Tabel 4.1 geeft een samenvattend overzicht van de veranderingen in kosten van 2018-op-2019 en van 2019-op-2020, uitgesplitst naar de dertien vereveningscriteria gedefinieerd conform het model van 2022. De kostenveranderingen zijn uitgedrukt in GGAV's, gecorrigeerd voor de overall kostenverschillen tussen de twee paar datajaren.

Opmerkelijk genoeg blijkt uit de onderste regel dat – ondanks de toegenomen kostenvariatie op individuniveau – overall bezien de kostenpatronen stabiel zijn geworden: de GGAV berekend over alle 226 risicoklassen van model 2022 is gedaald, met 6,3 euro. Voor een klein deel kan dit te maken hebben met de overall daling van de kosten met 4,4% in de 2020-data. Uit de laatste kolom blijkt dat vooral de kostenfluctuaties bij leeftijd/geslacht, FKG en DKG zijn toegenomen, terwijl voor alle andere vereveningscriteria het omgekeerde geldt. De daling van

de GGAV voor FDG is overigens een artefact, veroorzaakt door de extreem hoge waarde van vorig jaar³⁰. Datzelfde geldt voor HSM.³¹ Rekening houdend met het elk jaar toenemende aantal risicoklassen spoot de overall GGAV echter goed met de waarden van tussen de ongeveer 20 en 25 euro van de afgelopen vijf jaar. We kunnen daarmee concluderen dat de somatische kosten zich van 2019-op-2020 op het niveau van de vereveningscriteria **globaal genomen** net zo stabiel hebben ontwikkeld als de afgelopen jaren. Op detailniveau kunnen de grotere kostenfluctuaties bij leeftijd/geslacht, FKG en DKG echter wijzen op effecten van de coronapandemie.

Tabel 4.1. Gewogen gemiddelde absolute veranderingen (GGAV's) in kosten van 2018-op-2019 en van 2019-op-2020 (definities van model 2022)^{a, b}

Vereveningscriteria	2018-2019	2019-2020	Delta
Leeftijd/geslacht	35,2	47,0	11,8
FKG	35,0	42,0	7,1
DKG	29,7	36,0	6,2
HKG	18,9	14,6	-4,3
AVI	39,4	29,6	-9,7
Regio	11,3	5,5	-5,8
SES	35,5	20,5	-15,0
PPA	30,8	21,2	-9,5
MHK	23,0	22,4	-0,6
FDG	34,3	11,8	-22,5
MVV	18,4	5,0	-13,4
HSM	31,5	11,5	-19,9
MFK	12,8	7,1	-5,7
Totaal	27,3	21,1	-6,3

^a Definities van model 2022 behalve regio; dit criterium heeft voor de GGAV van 2018-op-2019 betrekking op de definitie van model 2021.

^b Ten opzichte van het gegevensrapport van vorig jaar zijn de GGAV's voor de veranderingen van 2018-op-2019 herberekend, uitgaande van definities van alle vereveningscriteria – met uitzondering van regio – van model 2022. Daardoor komt de overall GGAV nu uit op 27,3 euro in plaats van de 25,7 euro gemeld in paragraaf 4.13 van WOR 1052.

4.14. Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de kostenpatronen van somatische zorg in het nieuwe onderzoeksbestand met 2020-kosten vergeleken met die in het onderzoeksbestand van vorig jaar met 2019-kosten, zowel op verzekeraarsniveau als op het niveau van de afzonderlijke vereveningscriteria gedefinieerd volgens het somatisch model van 2022 (en 2023 waar van toepassing). Bij de vergelijking van de kosten tussen de twee jaren is steeds gecorrigeerd voor het 4,4% lagere kostenniveau in 2020. De belangrijkste bevindingen zijn:

³⁰ Gevolg van verschillen tussen het grootonderhoud FDG's (WOR 1016) en de implementatie van de daarin voorgestelde wijzigingen door het ZIN.

³¹ Gevolg van de FKG-wijzigingen per 2019 waardoor de prevalentie van FKG>0 fors afnam, en daarmee ook de prevalentie van HSM=1 voor vereveningsjaar 2022 ten opzichte van 2021.

- Van 2019-op-2020 veranderen de gemiddelde somatische kosten op verzekeraars-niveau met tussen de -136 en +162 euro per verzekerdenjaar, een range die ongeveer twee derde groter is dan vorig jaar. De GGAV ligt met 43 euro ook duidelijk hoger dan vorig jaar (36 euro).
- Op individuniveau blijken de kostenverschillen substantieel te zijn toegenomen: de variatiecoëfficiënt (= CV = standaarddeviatie/gemiddelde) is met 6% gestegen.
- Het meest opvallend bij de kostenontwikkeling per leeftijd/geslachtklasse zijn de dalingen van de gemiddelde kosten van oudere leeftijdsgroepen, zowel bij mannen als vrouwen. Deze dalingen zijn in lijn met de kostenontwikkelingen van de afgelopen jaren doch beperken zich bij mannen nu tot 80-plussers, terwijl tussen de 50 en 80 jaar zelfs sprake is van lichte kostenstijgingen. De GGAV voor het leeftijd/geslacht-criterium is met 47 euro duidelijk groter dan de 35 en 36 euro van de afgelopen twee jaar. Dit geeft aan dat op dit niveau de kosten zich minder stabiel hebben ontwikkeld dan voorgaande jaren. Een relatie met de coronapandemie ligt voor de hand.
- Bij de FKG's zijn de veranderingen van 2019-op-2020 relatief beperkt, maar in absolute zin gaat het in enkele gevallen toch om forse bedragen. Afgezien van de EHK-clusters, treedt de grootste kostenverandering op bij nieraandoeningen (FKG25, +1.900 euro). Voor auto-immuunziekten o.b.v. add-on (FKG24) blijken de kosten met ruim 800 euro te dalen, terwijl de prevalentie meer dan 10% stijgt. Dalende kosten en stijgende prevalenties hebben we voor deze FKG al enkele jaren geconstateerd; deels kan dit te maken met prijsdalingen voor TNF-alfaremmers. De kosten van kanker o.b.v. add-on (FKG33) stijgen met bijna 800 euro, terwijl de prevalentie ook met 6% stijgt. Dit geeft aan dat in ieder geval de zorg voor de betreffende ernstig zieke (kanker-)patiënten niet onder de coronapandemie lijkt te hebben geleden.
- Bij de FKG voor EHK-cluster 3 stijgen de gemiddelde kosten met 15.000 euro (+4%), volgend op dalingen met gemiddeld 25.000 euro in elk van de voorgaande vier jaren. Deze kostenontwikkeling is mogelijk deels een gevolg van prijsarrangementen voor bepaalde extreem dure geneesmiddelen. Een andere mogelijke verklaring is een wijziging in de behandelrichtlijnen die enkele jaren geleden is ingevoerd met betrekking tot een weesgeneesmiddel dat bij deze FKG is ingedeeld (Wijnsma, 2019): het effect daarvan is wellicht inmiddels uitgewerkt.
- Meest opvallend bij de DKG's zijn de met 9.700 euro gedaalde kosten van DKG26 (hemofilie structureel), volgend op dalingen van 16.000 en 12.100 euro in de voorgaande twee jaren en een gevolg van prijsdalingen van het belangrijkste hemofieliemedicijn. De kostendaling bij DKG24 (maligniteit huid/melanoom en leukemie) met 2.400 euro hangt waarschijnlijk samen met de prevalentiestijging. Ook de afgelopen twee jaar vonden we voor deze DKG kostendalingen en prevalentiestijgingen.
- Bij de HKG's valt de kostenontwikkeling op bij de gebruikers van slijmuitzuigapparatuur (HKG9): vorig jaar een daling met 3.000 euro, nu een stijging van 1.100 euro.

Overigens betreft dit een kleine patiëntengroep. De kostendalingen voor gebruikers van vernevelaars met toebehoren (HKG4, -1.300 euro) en zuurstofapparatuur (HKG7, -1.600) zijn mogelijk gerelateerd aan prevalentiestijgingen.

- De somatische kosten per AVI-klasse verschillen beperkt tussen 2019 en 2020. Zoals gebruikelijk gaan de prevalentiestijgingen in vier van de zes leeftijdsklassen binnen de IVA-hoofdcategorie samen met kostendalingen, terwijl de corresponderende prevalentiedalingen in de risicoklassen voor arbeidsongeschikten niet of nauwelijks gevolgen hebben voor de kostenniveaus. Net als voorgaande jaren zijn de kosten binnen de leeftijdsklasse van 0-17-jarigen het hoogst voor studenten. Dit komt door het relatief grote aantal geboorten in deze AVI-klasse.
- De somatische kosten zijn ook voor de per 2019 vereenvoudigde regioclustering redelijk stabiel.
- Van 2019-op-2020 blijven de kosten voor de meeste SES-klassen nagenoeg gelijk, doch op elk van de vier SES-niveaus dalen de kosten van 70-plussers. Dit is een gevolg van de kostendaling voor ouderen.
- Ook in elk van de vier PPA-hoofdcategorieën zie we bij de 70-plussers de kostendalingen voor ouderen terug.
- In de hoogste MHK-klasse zijn de gemiddelde kosten met 2.800 euro gestegen tegenover kostendalingen van tussen de 1.700 en 3.600 euro in de afgelopen vier jaren. Bovendien blijkt de prevalentie van deze MHK-klasse te stijgen, met 7%. Mogelijke verklaringen zijn dat relatief veel van de verzekerden in deze risicoklasse met een coronabesmetting in het ziekenhuis zijn opgenomen en/of dat de zorguitval in deze groep verhoudingsgewijs klein was. Dat kan ook gelden voor de op-één-na en de op-twee-na hoogste MHK-klassen, met kostenstijgingen van 1.800 respectievelijk 900 euro.
- Verhoudingsgewijs zijn de gemiddelde kosten van de afslagklassen van FKG, DKG, HKG en MHK iets gedaald terwijl die van de complementaire groepen iets zijn gestegen. Waarschijnlijk zijn dit effecten die samenhangen met de coronapandemie.
- Voor de drie hoogste FDG's vinden we kostendalingen van tussen de 400 en 2.600 euro. Dit kan te maken hebben met prevalentiestijgingen, maar ook met afschaling van fysiotherapiezorg in verband met de coronapandemie.
- De kosten in 2020 zijn voor de hoogste MVV-klasse (i.e. 18-minners in de top-0,25% van de V&V-kosten in jaar t-1) 1.700 euro hoger dan in 2019, bij een gelijke prevalentie. Vorig jaar was, met een kostendaling van 10.000 euro bij een prevalentiestijging van 14%, sprake van een trendbreuk in een reeks van jaren met kostenstijgingen en gelijke prevalenties.
- De kosten in de risicoklassen van de twee vereveningscriteria voor gezonde verzekerden (MFK en HSM) waarmee het somatisch model per 2022 tijdelijk is uitgebreid, zijn zeer stabiel over de periode 2018-2020.

- Opmerkelijk is dat de GGAV over alle 226 risicoklassen van het somatisch model is gedaald, van 27 euro vorig jaar naar 21 euro nu. Dat lijkt erop te wijzen dat de somatische kosten zich **globaal genomen** stabielier hebben ontwikkeld dan de afgelopen jaren. Op detailniveau kunnen de juist grotere kostenfluctuaties bij leeftijd/geslacht, FKG en DKG echter wijzen op effecten van de coronapandemie.

Geconcludeerd kan worden dat de somatische kosten zich van 2019-op-2020 op het niveau van de verzekeraars minder stabiel hebben ontwikkeld dan de afgelopen jaren, terwijl op het niveau van de risicoklassen van het vereveningsmodel het tegenover gestelde geldt. Op individuniveau zijn de kostenverschillen in de 2020-data relatief fors groter dan in de 2019-data. Voor risicoklassen waar duidelijke kostenveranderingen optreden, is meestal een relatie te leggen met gewijzigde prevalenties of andere omstandigheden, zoals stringenter behandelrichtlijnen, prijsarrangementen, prijsdalingen van medicijnen, kleine patiëntengroepen of de coronapandemie. Daarmee kunnen de kostenpatronen en -ontwikkelingen van de somatische zorgkosten plausibel worden geacht.

5. Kosten GGZ per risicoklasse van het model

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de ontwikkeling centraal van 2019-op-2020 van de GGZ-kosten voor de 126 risicoklassen in het GGZ-vereveningsmodel van 2022. Daarbij wordt gebruikgemaakt van het in hoofdstuk 2 beschreven onderzoeksbestand. Onder 'kosten' verstaan we hier de som van de kosten van tweedelijns GGZ-DBC's, de Generalistische Basis GGZ, en de kosten van het tweede en derde jaar intramurale GGZ (voorheen: IGGZ). De kosten van 2019 zijn bepaald met verwachte ZPM-tarieven (opgesteld door KPMG; WOR 1037) op basis van DBC-declaraties over 9 kaskwartalen. Voor de kosten van 2020 zijn dezelfde ZPM-tarieven gebruikt, opgehoogd op basis van de ontwikkeling van de NZa-tarieven van 2019 naar 2020. Omdat het GGZ-model is beperkt tot 18-plussers, hebben de figuren in dit hoofdstuk alleen betrekking op deze leeftijdsgroep.

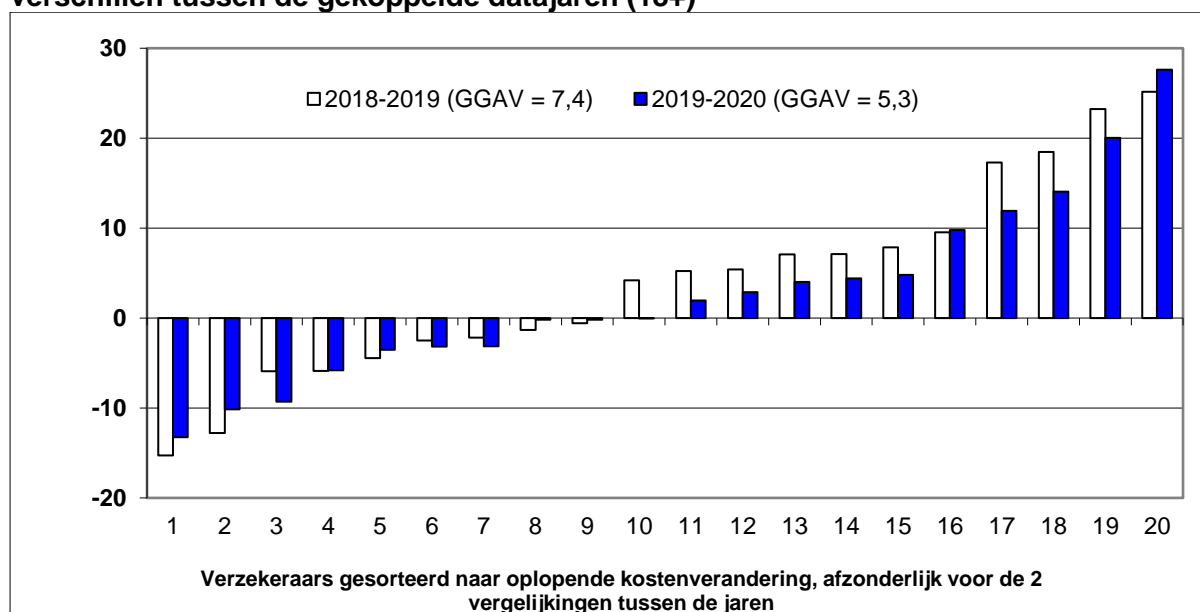
De gemiddelde totale GGZ-kosten bedroegen in het onderzoeksbestand van vorig jaar 306,46 euro per verzekerdenjaar. In het onderzoeksbestand met 2020-data zijn deze kosten nagenoeg hetzelfde, namelijk 305,53 euro (-0,3%). In beide gevallen bij toepassing van verwachte ZPM-tarieven. [De gedeclareerde kosten stijgen wel, met 5,8%, maar de conversie met ZPM-tarieven doet die stijging (meer dan) teniet.]

Figuur 5.1 toont de veranderingen in kosten van 2018-op-2019 en van 2019-op-2020 voor de 20 risicodragers die het ZIN onderscheidt voor de uitvoering van de risicoverevening van 2022. Merk op dat de verzekeraars **afzonderlijk** zijn gesorteerd voor de twee vergelijkingen; voor de vergelijking 2019-2020 is dus bijvoorbeeld verzekeraar #1 **niet** per se dezelfde als verzekeraar #1 voor de vergelijking 2018-2019.

De kostenveranderingen zijn uitgedrukt in gemiddelden per verzekerdenjaar en variëren voor 2019-op-2020 tussen circa -13 euro en +28 euro. De bandbreedte van de kostenveranderingen is dus 41 euro, praktisch gelijk aan de 40 euro voor de kostenontwikkeling van 2018-op-2019, en daarmee duidelijk kleiner dan de ≥ 50 euro van eerder jaren. Verzekeraar #20 heeft van 2019-op-2020 relatief veel jongeren aangetrokken (met in het algemeen hogere GGZ-kosten), waardoor de kosten bij deze verzekeraar relatief sterk zijn gestegen (circa +28 euro).

De GGAV in GGZ-kosten daalt van 7,4 euro vorig jaar naar 5,3 euro voor de veranderingen van 2019-op-2020, wat betekent dat de GGZ-kosten zich op verzekeraarsniveau stabielier hebben ontwikkeld, ondanks de coronapandemie.

Figuur 5.1. Voor 20 risicodragers de veranderingen in gemiddelde GGZ-kosten (o.b.v. ZPM-tarieven) van 2018-op-2019 en 2019-op-2020, gecorrigeerd voor de overall kostenverschillen tussen de gekoppelde datajaren (18+)



Zoals gebruikelijk is bij de bepaling van de kostencijfers in Figuur 5.1 geen rekening gehouden met balansposten; dit betekent dat er niet is gecorrigeerd voor eventuele verschillen in aanlevering van DBC's aan het ZIN en in declaratiegedrag tussen zorgaanbieders waarmee de verzekeraars contracten hebben afgesloten. Bovendien kunnen per verzekeraar het aanlevermoment en declaratiegedrag van jaar-op-jaar verschillen. Al deze zaken kunnen bijdragen aan de GGAV en aan fluctuaties daarin over de tijd.

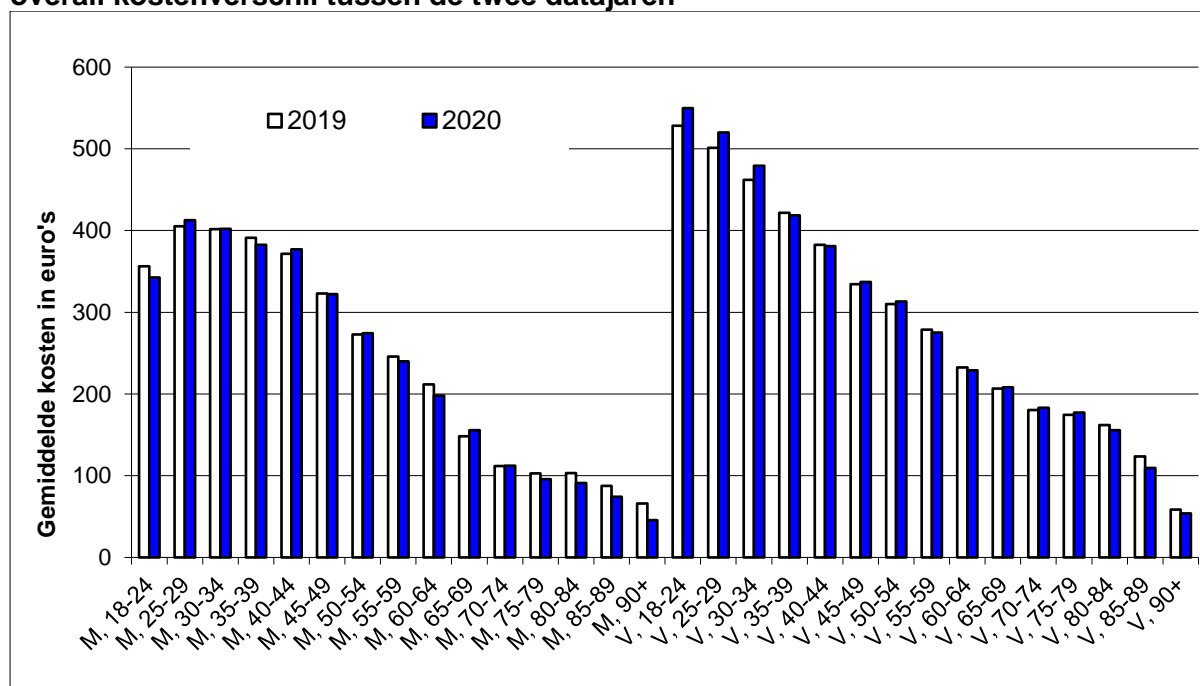
In het vervolg van dit hoofdstuk komen de gemiddelde GGZ-kosten per risicoklasse aan bod voor achtereenvolgens de leeftijd/geslachtklassen, psychische FKG's, psychische DKG's, AVI-klassen, regioclusters, SES- en PPA-klassen en MHK-klassen. Paragraaf 5.9 vat de belangrijkste bevindingen samen.

5.2. Leeftijd/geslachtklassen

Figuur 5.2 brengt de gemiddelde GGZ-kosten per leeftijd/geslachtklasse in beeld voor 2019 en 2020. De figuur laat de gebruikelijke kostenpatronen zien: relatief hoge maar aflopende kosten voor de leeftijdsgroepen onder de 65 jaar (uitgezonderd mannen onder de 25 jaar), daarna een afvlakking en ten slotte een verdere kostendaling boven de 85 jaar. Voor vrijwel alle leeftijdsklassen geldt dat de gemiddelde kosten van vrouwen rond de 60 euro hoger liggen dan die van mannen. Opvallend is dat – net als de afgelopen vier jaar – de GGZ-kosten van vrouwen in elk van de drie jongste leeftijdsklassen stijgen; toevalligerwijs (?) betreft dit

vruchtbare leeftijden. Deze patronen wijken sterk af van die voor somatische zorg (paragraaf 4.2), waarvoor de kosten vanaf 18 jaar vrijwel monotoon toenemen met leeftijd, met uitzondering van een lichte verhoging bij vrouwen in de vruchtbare leeftijden.

Figuur 5.2. Gemiddelde kosten GGZ per leeftijd/geslachtklasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren



Gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen 2019 en 2020 bedraagt de GGAV 7,0 euro per verzekerdenjaar, wat lager is dan de afgelopen drie jaar (7,9, 8,2 en 8,3 euro).

5.3. Psychische FKG's

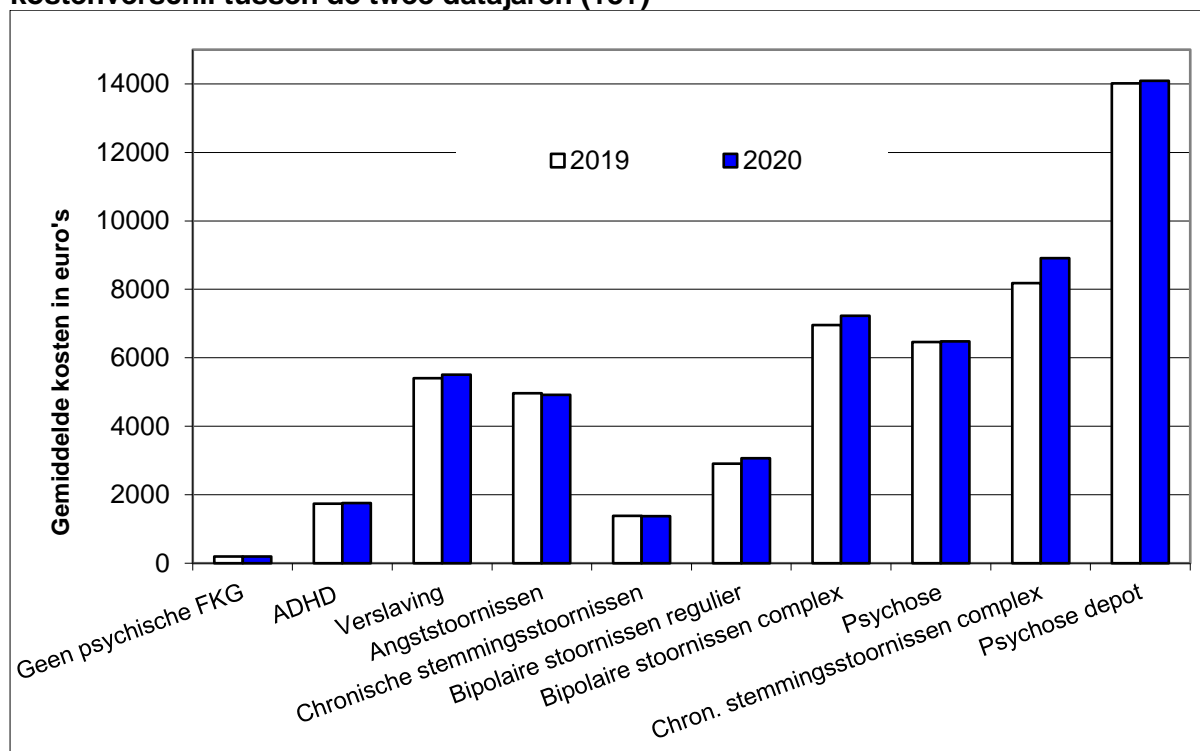
Figuur 5.3 presenteert de gemiddelde GGZ-kosten in 2019 en 2020 voor de psychische FKG's. De patronen zijn voor de twee jaren hetzelfde: de FKG voor chronische stemmingsstoornissen heeft de laagste kosten (uiteraard afgezien van de groep verzekerden zonder psychische FKG) en de FKG voor psychose depot de hoogste. Voor de zes FKG's aan de rechterkant lopen de kosten (nagenoeg) monotoon op; dit zijn precies de FKG's waaraan restricties zijn opgelegd: als een verzekerde is ingedeeld bij een bepaalde FKG dan kan deze persoon niet ook in een lagere FKG zijn ingedeeld. Monotoon oplopende kosten sporen hiermee.

De grootste kostenverandering van 2019-op-2020 treedt op bij de FKG voor chronische stemmingsstoornissen complex (circa +730 euro), gevolgd door bipolaire stoornissen complex

(+270 euro). In beide gevallen is de prevalentie licht gedaald, wat de kostenstijgingen kan verklaren.

De overall GGAV voor dit criterium bedraagt 2,3 euro gemiddeld per verzekerdenjaar, wat duidt op minder grote kostenveranderingen gerelateerd aan FKG's dan vorig jaar (2,9 euro).

Figuur 5.3. Gemiddelde kosten GGZ per psychische FKG, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)

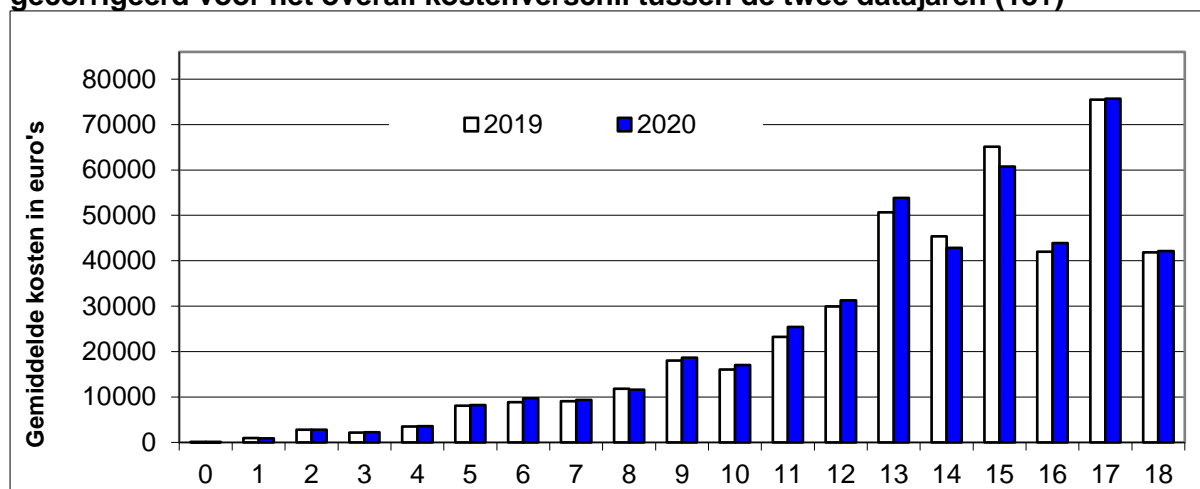


5.4. Psychische DKG's

Figuur 5.4 toont de ontwikkeling van 2019-op-2020 in de gemiddelde GGZ-kosten per psychische DKG. In vergelijking met voorgaande jaren zijn de kostenveranderingen redelijk fors. Zoals gebruikelijk zien we de grootste kostenfluctuaties bij de DKG's >10: dalingen van circa 4.400 euro voor DKG15 en circa 2.500 euro voor DKG14, en kostenstijgingen tussen de 1.400 en 3.100 euro voor DKG's 11, 12, 13 en 16. Afgezien van DKG11 geldt dat het kleine patiëntengroepen betreft met hooguit 1.300 verzekerdenjaren, zodat toeval een rol kan spelen. Verder valt in Figuur 5.4 op dat de gemiddelde kosten niet monotoon oplopen met het nummer van de psychische DKG's. Voor de normbedragen kan dit overigens wel gelden.

De overall GGAV voor de psychische DKG's ligt duidelijk hoger dan die van vorig jaar en het jaar daarvoor: 9,4 euro versus 4,9 euro respectievelijk 8,8 euro.

Figuur 5.4. Gemiddelde kosten GGZ per psychische DKG (definitie model 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)



De DKG's van vereveningsjaar 2023 gaan (mede) gebaseerd worden op DBC-declaraties van 2022, het jaar waarin het ZPM is ingevoerd. Dit betekent dat de (pre-2022) psychische DKG's in het huidige analysebestand met 2020-kostendata gebaseerd moeten gaan worden op de nieuwe DBC's, waarbij ook de overstap op declareren per boekjaar van invloed is. Van het ZIN hebben we de DKG's conform de nieuwe definitie ontvangen voor koppeling met de 2020-kostendata. Daarvoor geldt dat:

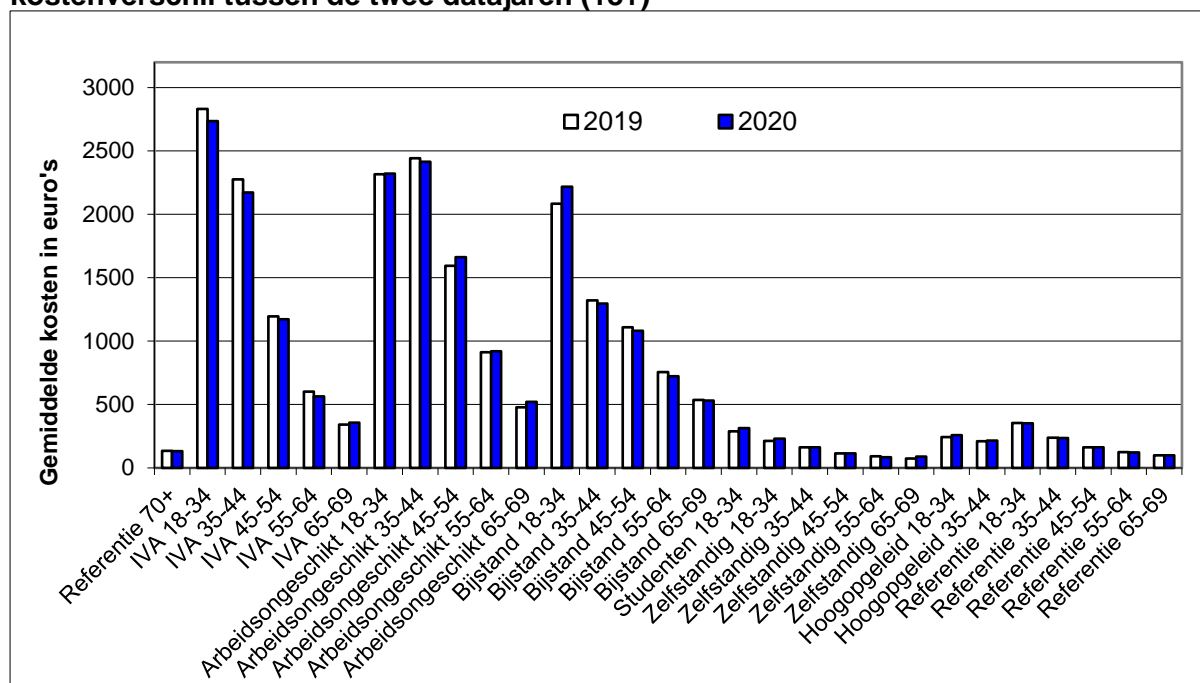
- de oude DKG's 1 en 3 zijn samengevoegd, evenals DKG's 16 en 17 (conform het advies van Significant; WOR 1090);
- bijna 200.000 verzekerden die volgens de oude DKG-definitie in de afslagklasse terechtkwamen, bij de nieuwe definitie zijn ingedeeld in DKG>0, voor driekwart gaat dat om DKG1;
- ongeveer een kwart van de verzekerden die niet zijn ingedeeld in de reeds genoemde oude DKG-klassen 0, 1, 3, 16 en 17, naar een andere DKG verschuiven.

Per saldo worden meer verzekerden bij een DKG>0 ingedeeld: 6,7% versus 5,3%. Vergelijken we in de 2020-data de gemiddelde kosten voor de oude en de nieuwe DKG's, dan blijken die voor elke overeenkomstige klasse, met uitzondering van de oude DKG's >15, te dalen. Dat geldt ook voor DKG0: de kosten daarvan zakken van 113 naar 103 euro gemiddeld per verzekerdenjaar, zodat deze risicoklasse – waarvan de omvang met 1,5% krimpt – per saldo wat gezonder is geworden, afgemeten aan hun GGZ-kosten.

5.5. AVI-klassen

Figuur 5.5 toont de gemiddelde kosten van het AVI-criterium. In vier van de vijf onderscheiden leeftijdsgroepen zijn de kosten het hoogst voor arbeidsongeschikten. De 18-34-jarigen vormen een uitzondering: voor deze groep zijn de kosten veruit het hoogst voor de IVA-categorie.

Figuur 5.5. Gemiddelde kosten GGZ per AVI-klasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)



Net als vorig jaar treedt de grootste kostenverandering op in de jongste groep van bijstandsgerechtigden, nu +130 euro, vorig jaar +310 euro (en +175 euro het jaar daarvoor). In tegenstelling tot vorig jaar kan dit nu geen verband houden met een gedaalde prevalentie, want die is licht gestegen. De prevalentiestijging van de tweede IVA-groep (+5%) blijkt samen te gaan met een relatief even grote kostendaling (-100 euro).

De GGAV voor het AVI-criterium komt uit op 7,9 euro, versus 12,3 euro vorig jaar.

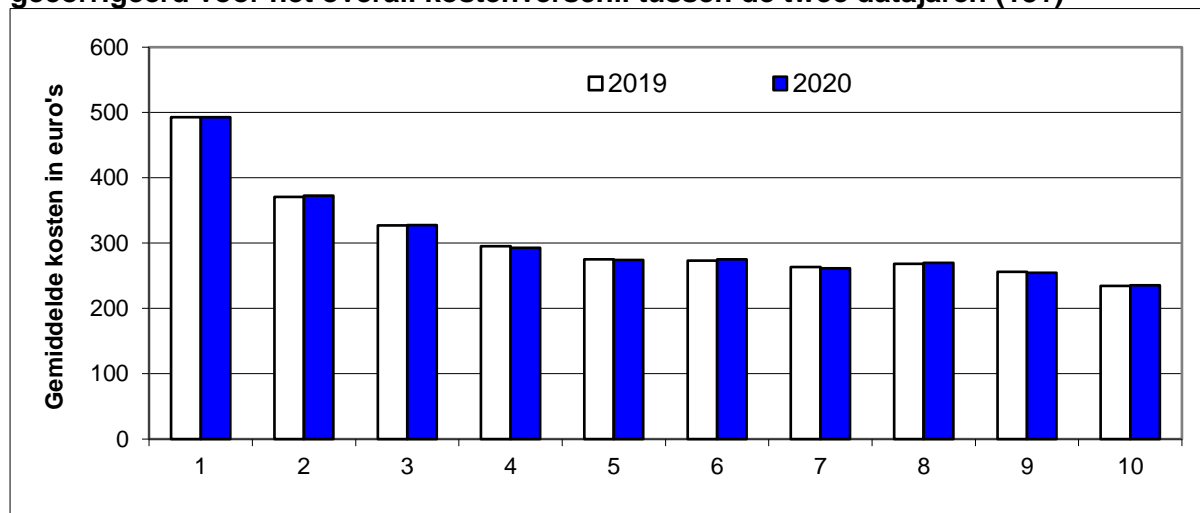
5.6. Regioclusters

Uit Figuur 5.6 blijkt dat de gemiddelde GGZ-kosten per regiocluster (volgens de definitie van model 2022) in de twee jaren praktisch gelijk zijn; het grootste verschil is -2,3 euro voor regiocluster 4. Dit doorbreekt het patroon van de afgelopen jaren, toen over het algemeen sprake was van dalende kosten voor laag genummerde clusters en stijgende kosten voor hoger genummerde clusters, met als verklaring dat de regioclustering in Figuur 5.6 is geënt op het oude jaar zodat de clustering in die data het grootste onderscheidend vermogen heeft. Onduidelijk is waarom dergelijke kostenveranderingen nu niet optreden.

De GGAV voor het regiocriterium komt nu uit op 1,4 euro, de helft van vorig jaar (2,9 euro) en ook flink onder de 4,3 euro van het jaar daarvoor.

Het GGZ-regiocriterium wordt in het OT-onderzoek van deze zomer opnieuw bepaald op basis van het OT-bestand voor de verevening van 2023.

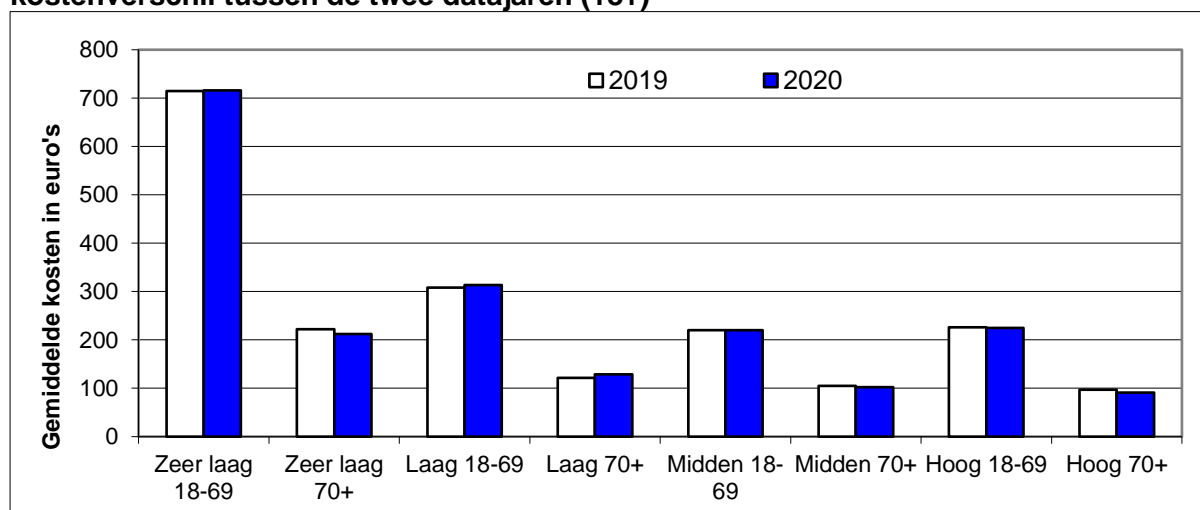
Figuur 5.6. Gemiddelde kosten GGZ per regiocluster (definitie model 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)



5.7. SES- en PPA-klassen

Uit Figuur 5.7a blijkt dat binnen de acht SES-klassen de GGZ-kosten veruit het hoogst zijn in de klasse 'zeer laag 18-69', die naast 18-69-jarigen met een zeer laag adresinkomen ook al hun leeftijdsgenoten woonachtig in een Wlz-instelling bevat. In tegenstelling tot de somatische kosten zijn de GGZ-kosten van 70-plussers in elk van de vier hoofdcategoryën van SES relatief laag. Vorig jaar zagen we dezelfde patronen voor 2018.

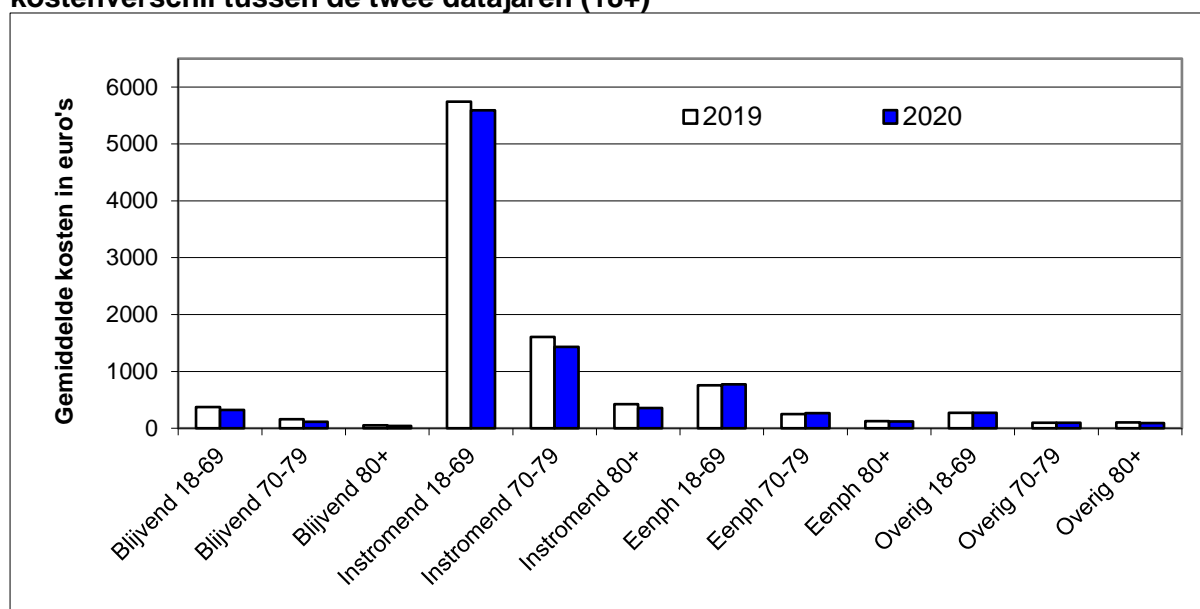
Figuur 5.7a. Gemiddelde kosten GGZ per SES-klasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)



De kostenverschillen tussen 2019 en 2020 zijn voor elke SES-klasse kleiner dan 10 euro. De GGAV is met een waarde van 2,6 euro dan ook niet groot en kleiner dan de 4,3 euro van vorig jaar, maar wel in lijn met de twee jaar daarvoor (2,3 en 2,9 euro).

Het PPA-criterium maakt onderscheid tussen blijvers en instromers in Wlz-instellingen en tussen één- en meerpersoonshuishoudens (i.e. de categorie 'overig'). Figuur 5.7b laat zien dat in elk van de drie leeftijdsklassen de Wlz-instromers ruim tien maal zo hoge GGZ-kosten hebben als de Wlz-blijvers, en dat verzekerden in eenpersoonshuishoudens globaal tweemaal zoveel kosten hebben als verzekerden in meerpersoonshuishoudens. Dezelfde patronen zagen we vorig jaar voor 2018.

Figuur 5.7b. Gemiddelde kosten GGZ per PPA-klasse, gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)



De grootste veranderingen in kosten van 2019-op-2020 treden op bij de instromers van 18-69 en 70-79 jaar: -150 respectievelijk -175 euro. Opmerkelijk genoeg gaat dit gepaard met prevalentiedalingen van elk ongeveer 6%.

De GGAV bedraagt 4,7 euro per verzekerdenjaar, ongeveer even groot als vorig jaar (4,6 euro) en de jaren daarvoor.

5.8. MHK-klassen

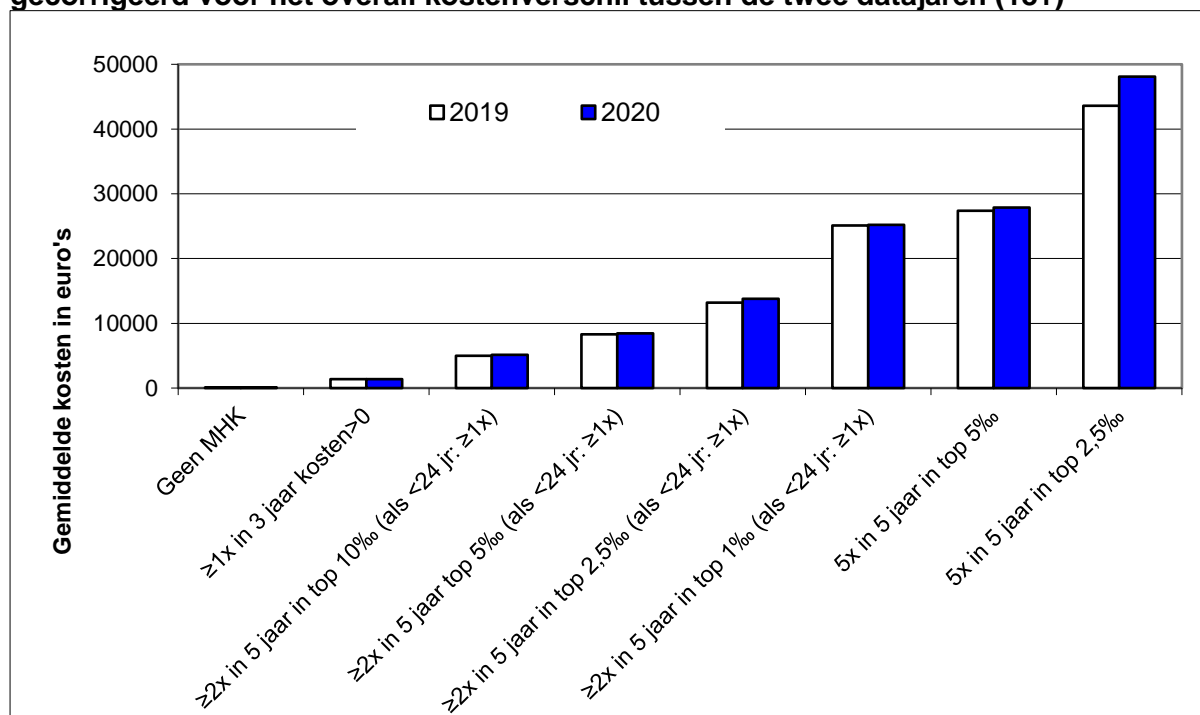
De voorspellende waarde van GGZ-kosten in het verleden voor de GGZ-kosten in jaar t is duidelijk zichtbaar in Figuur 5.8a: voor verzekerden die in elk van de voorgaande vijf jaren met hun GGZ-kosten tot de top-0,25% hebben behoord, zijn de kosten ruim 35 keer zo hoog als

voor degenen die in ten minste één van de drie voorgaande jaren GGZ-kosten hadden (maar die niet twee keer in vijf jaar tot de top-10% behoorden). Dit patroon is voor 2019 en 2020 gelijk en hebben we vorig jaar ook gezien voor 2018.

Opvallend in Figuur 5.8a is de kostenstijging van 4.500 euro in de hoogste MHK-klasse, terwijl de prevalentie nauwelijks is veranderd (zie Tabel 3.6d). Dit volgt op een kostendaling met 1.600 euro vorig jaar. Mogelijk komt dit doordat de schadelastdip van 2021 voor de kostendata van 2019 is verwerkt in jaar t-1 maar voor de kostendata van 2020 in jaar t-2. De grillige kostenontwikkeling in de hoogste MHK-klasse kan ook te maken hebben met de geringe omvang: het betreft minder dan 800 verzekerdenjaren.

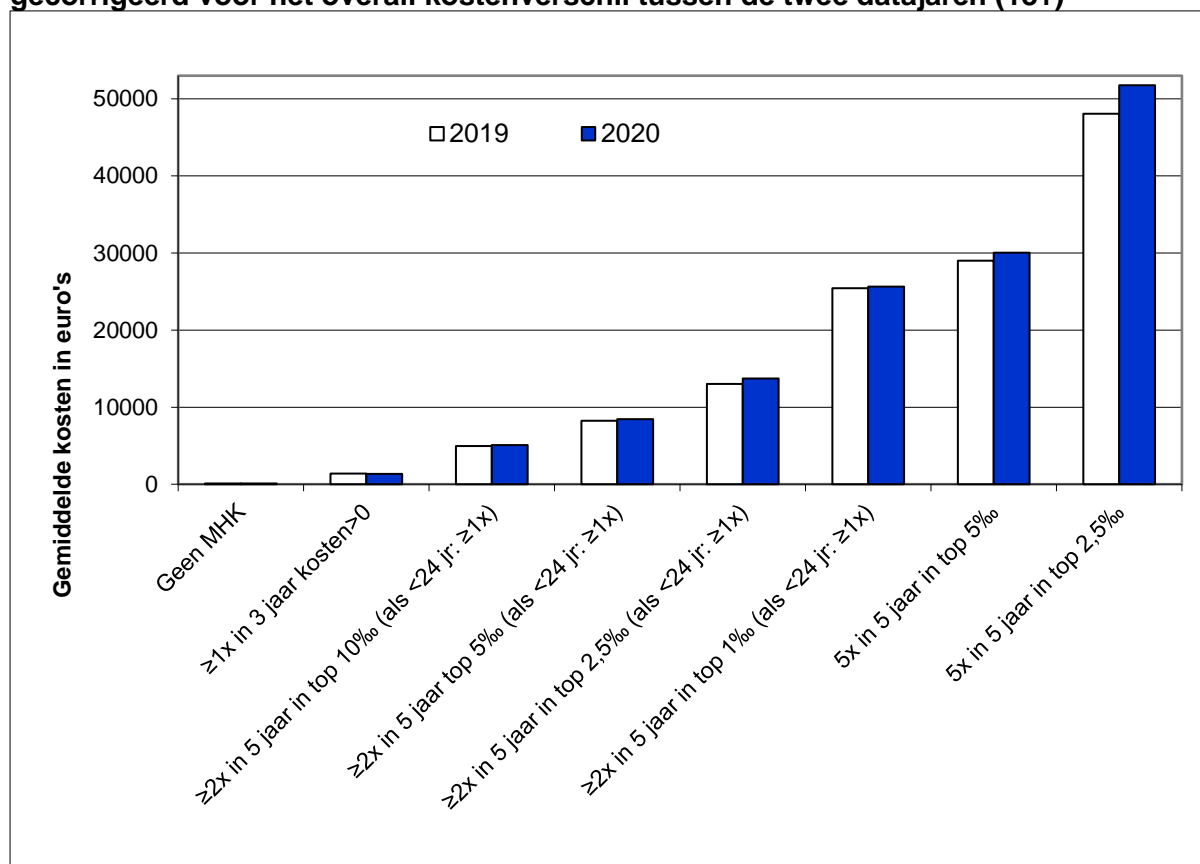
Overall is de GGAV groter dan vorig jaar – 6,9 versus 3,8 euro – maar daarmee nog steeds lager dan het niveau van circa 10 euro van de jaren daarvoor.

Figuur 5.8a. Gemiddelde kosten GGZ per MHK-klasse (definitie model 2022), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)



De invoering per 2022 van het ZPM voor de financiering van de geneeskundige GGZ heeft tot gevolg dat de IGGZ-kosten niet meer zijn te onderscheiden in de declaratiegegevens. Deze kosten zijn tot nu toe buitenbeschouwing gelaten bij de MHK-indeling van verzekerden (omdat langdurig gebruik van intramurale GGZ ook kan leiden tot indeling bij een DKG); met ingang van het vereveningsmodel 2023 kan dat echter niet meer. Daarom hebben we voor Figuur 5.8b de IGGZ-kosten van jaar t-1 **wel** meegeteld (voor jaar t-2 en eerder is de oude kostendefinitie aangehouden). Het blijkt dat hierdoor ruim 2.500 verzekerdenjaren van MHK-indeling veranderen; vrijwel allemaal komen ze één klasse lager terecht (maar wel in MHK>0).

Figuur 5.8b. Gemiddelde kosten GGZ per MHK-klasse (definitie model 2023), gecorrigeerd voor het overall kostenverschil tussen de twee datajaren (18+)



De kostenpatronen in Figuur 5.8b en 5.8a zijn vrijwel gelijk; feitelijk treedt voor de 2020-data het grootste verschil op in de hoogste MHK-klasse: +3.700 euro. Voor de 2019-data is dat +4.500 euro, in diezelfde klasse. De oorzaak is een toename van de prevalentie van die klasse in beide datajaren met ongeveer 100 verzekerdenjaren.

De overall GGAV is met 7,4 euro nagenoeg gelijk aan die voor de huidige MHK (6,9).

5.9. Samenvattend overzicht

Tabel 5.1 geeft een samenvattend overzicht van de veranderingen in kosten van 2018-op-2019 en van 2019-op-2020, uitgesplitst naar de acht vereveningscriteria gedefinieerd conform het GGZ-model van 2022.

Voor vijf van de acht vereveningscriteria zijn de nu gevonden kostenveranderingen kleiner dan of (vrijwel) gelijk aan die van 2018-op-2019. De overall GGAV ligt met 5,3 euro op hetzelfde niveau als vorig jaar (5,5 euro), zodat de kosten zich in relatie tot de klassen van de vereveningscriteria net zo stabiel hebben ontwikkeld. De grootste stijgingen doen zich voor bij

de DKG's (+4,5 euro) en MHK (+3,1 euro), terwijl de kosten zich duidelijk stabielier hebben ontwikkeld in relatie tot AVI (-4,4 euro).

Tabel 5.1. Gewogen gemiddelde absolute veranderingen in kosten GGZ van 2018-op-2019 en van 2019-op-2020^{a, b}

Vereveningscriteria	2018-op-2019	2019-op-2020
Leeftijd/geslacht	7,9	7,0
Psychische FKG's	2,9	2,3
Psychische DKG's	4,9	9,4
AVI	12,3	7,9
Regio	3,7	1,4
SES	4,3	2,6
PPA	4,6	4,7
MHK	3,8	6,9
Totaal	5,5	5,3

^a Definities van alle criteria volgens vereveningsmodel 2022, behalve regio; dit criterium heeft voor de GGAV van 2018-op-2019 betrekking op de definitie van model 2021.

^b Cijfers in de kolom voor 2018-op-2019 afkomstig uit Tabel 5.1 van WOR 1052.

5.10. Conclusies

De belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk zijn:

- Op verzekeraarsniveau veranderen de kosten van 2019-op-2020 met gemiddeld tussen de -13 en +28 euro per verzekerdenjaar; de bandbreedte van de veranderingen is met 41 euro iets groter dan de 40 euro die we vorig jaar vonden. Daarentegen daalt de GGAV wel, van 7,4 euro vorig jaar naar 5,3 euro nu. Dit betekent een stabielere ontwikkeling van GGZ-kosten op verzekeraarsniveau.
- Net als de afgelopen twee jaar stijgen de GGZ-kosten van vrouwen in elk van de drie leeftijdsklassen tot 35 jaar.
- Bij de psychische FKG's treedt de veruit grootste kostenverandering op bij chronische stemmingsstoornissen complex (circa +730 euro), mogelijk verband houdend met een lichte prevalentiedaling (-2%).
- Zoals gebruikelijk zien we bij de psychische DKG's >10 grote kostenveranderingen als gevolg van de kleine patiëntengroepen. De overall GGAV voor de psychische DKG's is bijna verdubbeld ten opzichte van vorig jaar (9,4 euro versus 4,9 euro).
- Bij het AVI-criterium treedt, net als de afgelopen twee jaar, de grootste kostenverandering op in de jongste groep van bijstandsgerechtigden (+130 euro). In tegenstelling tot voorgaande jaren gaat dit niet samen met een gedaalde prevalentie: die is nu licht gestegen.
- De gemiddelde GGZ-kosten per regiocluster (volgens de definitie van model 2022) verschillen maximaal 2,3 euro tussen de twee jaren. Opmerkelijk is dat we nu niet zien dat de regioclustering op het oude datajaar een groter onderscheidend vermogen heeft dan op het nieuwe datajaar.

- De kostenveranderingen in de risicoklassen van het SES-criterium zijn zeer beperkt, net als vorig jaar. De kostenontwikkeling voor dit vereveningscriterium is daarmee duidelijk stabielere dan in het verleden.
- Binnen het PPA-criterium treden de grootste veranderingen in kosten van 2019-op-2020 op bij de instromers van 18-69 en 70-79 jaar: -150 respectievelijk -175 euro.
- Meest opvallend bij de kostenontwikkeling per MHK is de stijging met 4.500 euro in de hoogste MHK-klasse, terwijl de prevalentie nauwelijks is veranderd. Dit volgt op een kostendaling met 1.600 euro vorig jaar. Mogelijk dat deze grillige kostenontwikkeling te maken heeft met de geringe omvang van de hoogste MHK-klasse: minder dan 800 verzekerdenjaren.
- De invoering per 2022 van het ZPM heeft tot gevolg dat de IGGZ-kosten niet meer zijn te onderscheiden in de declaratiegegevens. Deze kosten zijn tot nu toe buitenbeschouwing gelaten bij de MHK-indeling van verzekerden; met ingang van het vereveningsmodel 2023 kan dat echter niet meer. Dit betekent een wijziging van de MHK-definitie waardoor ongeveer 2.500 verzekerdenjaren blijken te verschuiven tussen de zeven positieve klassen van het MHK-criterium. De invloed hiervan op kosten(-veranderingen) is gering.

6. Kosten onder het verplicht eigen risico

6.1. Inleiding

Het verplicht eigen risico voor volwassenen (18+) bedraagt al enkele jaren 385 euro per kalenderjaar. Het eigen risico houdt in dat verzekerden de Zvw-kosten onder dit bedrag in principe zelf moeten betalen.³² De vereveningsmodellen voor somatische zorg en GGZ zijn echter gebaseerd op de totale zorgkosten en houden geen rekening met deze eigen betalingen. Zonder aanvullende maatregelen zouden verzekeraars met relatief veel chronisch zieke verzekerden in het voordeel zijn, omdat zij gemiddeld hogere eigen betalingen kunnen innen dan concurrenten met relatief veel gezonde verzekerden. Om hiervoor te corrigeren bevat het risicovereveningssysteem een normatief model voor de eigen betalingen onder het eigen risico. Dit model gaat ervanuit dat verzekerden ingedeeld bij een FKG, DKG, HKG of FDG>0 dan wel bij een MHK-klasse>1 (i.e. minimaal twee voorafgaande jaren kosten in de top 15%) of MVV-klasse>0, praktisch allemaal het eigen-risicobedrag zullen volmaken.³³ Voor alle verzekerden in deze groep wordt een forfaitair bedrag aan eigen betaling gehanteerd, gelijk aan de gemiddelde eigen betaling in de groep als geheel. Dit forfaitaire bedrag is vanzelfsprekend niet veel lager dan het eigen-risicobedrag van 385 euro omdat het een groep van (zeer) ongezonde verzekerden betreft, met een grote kans om inderdaad het eigen-risicobedrag vol te maken. Het normatieve model voor de betalingen onder het eigen risico heeft feitelijk alleen betrekking op de niet-forfaitaire groep, dus verzekerden zonder een FKG, DKG, HKG, FDG en niet ingedeeld bij een MHK-klasse>1 of MVV-klasse>0.

Dit hoofdstuk geeft een indruk van de omvang van de forfaitaire en niet-forfaitaire groep en hun gemiddelde eigen betalingen, berekend op het onderzoeksbestand met data van 2020. Daartoe zijn de relevante kosten van somatische zorg en GGZ (tweedelijns GGZ-DBC's, de Generalistische Basis GGZ, en het tweede en derde jaar intramurale GGZ) voor volwassenen (18+) zoals beschreven in hoofdstuk 2, bij elkaar opgeteld. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de opbrengst van het verplicht eigen risico in het lopende jaar – **2022** –, hebben we zoals gebruikelijk de kosten in het onderzoeksbestand via afzonderlijke inflatiefactoren voor ziekenhuiszorg, overige prestaties, GGZ en GRZ opgehoogd naar de overeenkomstige macroprestatiebedragen (MPB) van dit jaar.³⁴

³² Exclusief huisartsenzorg, eerstelijns- en tweedelijnsverloskunde, kraamzorg en V&V, doch inclusief GRZ (samen met ELV en geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen), extramurale behandeling ZG en geneeskundige GGZ.

³³ Met FKG, DKG en MHK wordt binnen het eigen-risicomodel bedoeld op de somatische varianten van deze vereveningscriteria.

³⁴ De inflatiefactoren zijn bepaald door de gemiddelde kosten in de onderzoeksbestanden (inclusief 18-minners) te vergelijken met het MPB 2022 gedeeld door het totaal aantal verzekerden (inclusief 18-minners) volgens de verzekerdenraming 2022.

De uitkomsten op basis van het onderzoeksbestand met kostendata van 2020 (opgehoogd naar het MPB 2022) vergelijken we in dit hoofdstuk met die van de OT van vorig jaar, gebaseerd op kostendata van 2019 (opgehoogd naar het MPB van 2021). Bij deze vergelijking kunnen de beperkte verschillen in kostendefinities tussen de vereveningsjaren relevant zijn (zie hoofdstuk 2).

De volgende paragraaf geeft informatie over de frequentieverdeling en de gemiddelde eigen betaling bij het verplicht eigen risico van 385 euro in de twee onderzoeksbestanden en duidt de veranderingen van 2019-op-2020. Ook wordt gekeken naar de gemiddelde eigen betaling per leeftijd/geslachtklasse. Bovendien worden voor de forfaitaire groep de gevolgen qua omvang en eigen betaling geanalyseerd van de wijzigingen van het FKG-criterium per 2023: de update van de vier EHK-clusters en de uitbreiding met vijf schilindicatoren.

6.2. Frequentieverdeling en gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico

Tabel 6.1 presenteert de gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico van 385 euro in de onderzoeksdata van 2019 en 2020 voor de forfaitaire en niet-forfaitaire groep. De eerste regel laat zien dat het percentage verzekerden(jaren) in de forfaitaire groep met 0,3 procentpunt stijgt – een gevolg van de prevalentiestijgingen van de zes onderliggende morbiditeitscriteria die we in hoofdstuk 4 hebben gezien. Evenals voorgaande jaren ligt de gemiddelde eigen betaling in de forfaitaire groep ongeveer twee keer zo hoog als in de niet-forfaitaire groep. De gemiddelde eigen betaling (onderste regel) is in de 2020-data ruim 7 euro lager dan in de 2019-data. Deze daling staat in scherp contrast met de stijging van de voor het eigen risico relevante kosten: 2.462 euro in de 2019-data en 2.647 euro in de 2020-data (voor 18+).³⁵ Hier doet de coronapandemie zijn invloed gelden: het percentage 18-plussers met kosten die onder het (verplicht) eigen risico vallen, is in 2020 fors lager dan in 2019 (zie Tabel 6.2).

Tabel 6.1. Gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico van 385 euro, data 2019 en 2020, kosten opgehoogd naar de MPB's van 2021 respectievelijk 2022 (18+)^a

	2019 ^b		2020	
	Forfaitaire groep	Niet-forfaitaire groep	Forfaitaire groep	Niet-forfaitaire groep
N (in %)	29,9	70,1	30,2	69,8
Eigen betaling	354,36	174,91	352,44	164,29
Totaal	228,58		221,13	

^a De forfaitaire groep omvat alle verzekerden met een FKG, DKG, HKG, FDG, MHK>1, of MVV>0. Definities van deze criteria conform het somatisch vereveningsmodel 2022.

^b Cijfers afkomstig uit Tabel 4.7 van WOR 1053.

³⁵ Ongeveer de helft van deze stijging is toe te schrijven aan het feit dat het MPB van 2021 rekening hield met de schadelastdip in GGZ-kosten vanwege de afsluiting van alle GGZ-DBC's per 31-12-2021.

Tabel 6.2 presenteert de frequentieverdelingen van de zorgkosten die volwassenen naar verwachting zelf betalen (uitgaande van de kostenniveaus van de MPB's van 2021 en 2022) als gevolg van het verplicht eigen risico van 385 euro. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen verzekerden die niet (tweede en vierde kolom) en wel (derde en vijfde kolom) betrokken worden bij het schatten van het normatieve model (volgens de definitie van model 2022).

Voor de forfaitaire groep verschillen de frequentieverdelingen niet veel. Er zijn vrijwel geen verzekerden in die groep zonder kosten, maar hun aantal is in 2020 toch wel met 0,3 procentpunt toegenomen. En terwijl in 2019 nog 85,5% van de forfaitaire groep het volledige eigen risico volmaakte, is dat in 2020 gedaald naar 84,9%. Voor de niet-forfaitaire groep zijn de verschillen groter: 3,6 procentpunt meer verzekerden zonder kosten en 2,1 procentpunt minder verzekerden die het volledige eigen risico volmaakten. Dit geeft aan dat bij de gezonden – vooral in de niet-forfaitaire groep – meer zorguitval is opgetreden dan bij de ongezonden – vooral in de forfaitaire groep. Het verklaart daarmee ook dat de gemiddelde eigen betaling van laatstgenoemden maar 1,9 euro (-1%) is gedaald (cf. Tabel 6.1), en van de anderen 10,6 euro (-6%).

Tabel 6.2. Frequentieverdeling van kosten onder de 385 euro, data van 2019 en 2020, kosten opgehoogd naar de MPB's van 2021 respectievelijk 2022 (18+)^{a, b}

Interval in euro's	2019 (definities 2022)		2020 (definities 2022)	
	Forfaitaire groep	Niet-forfaitaire groep	Forfaitaire groep	Niet-forfaitaire groep
0 – 4 ^c	1,4	26,8	1,7	30,4
5 – 24	0,5	6,4	0,5	6,5
25 – 49	0,9	7,1	0,9	6,8
50 – 74	1,0	4,6	1,0	4,5
75 – 99	1,0	3,6	1,0	3,5
100 – 124	0,9	3,1	1,0	2,9
125 – 149	0,9	2,6	1,0	2,4
150 – 174	0,9	2,2	0,9	2,1
175 – 199	0,9	2,0	0,9	1,9
200 – 224	0,9	1,7	0,9	1,7
225 – 249	0,9	1,5	0,9	1,4
250 – 274	0,9	1,5	0,9	1,3
275 – 299	0,8	1,2	0,9	1,2
300 – 324	0,8	1,2	0,8	1,1
325 – 349	0,8	1,0	0,8	1,0
350 – 374	0,8	0,9	0,8	0,9
375 – 384	0,3	0,3	0,3	0,3
385	85,5	32,1	84,9	30,0
Totaal	100	100	100	100

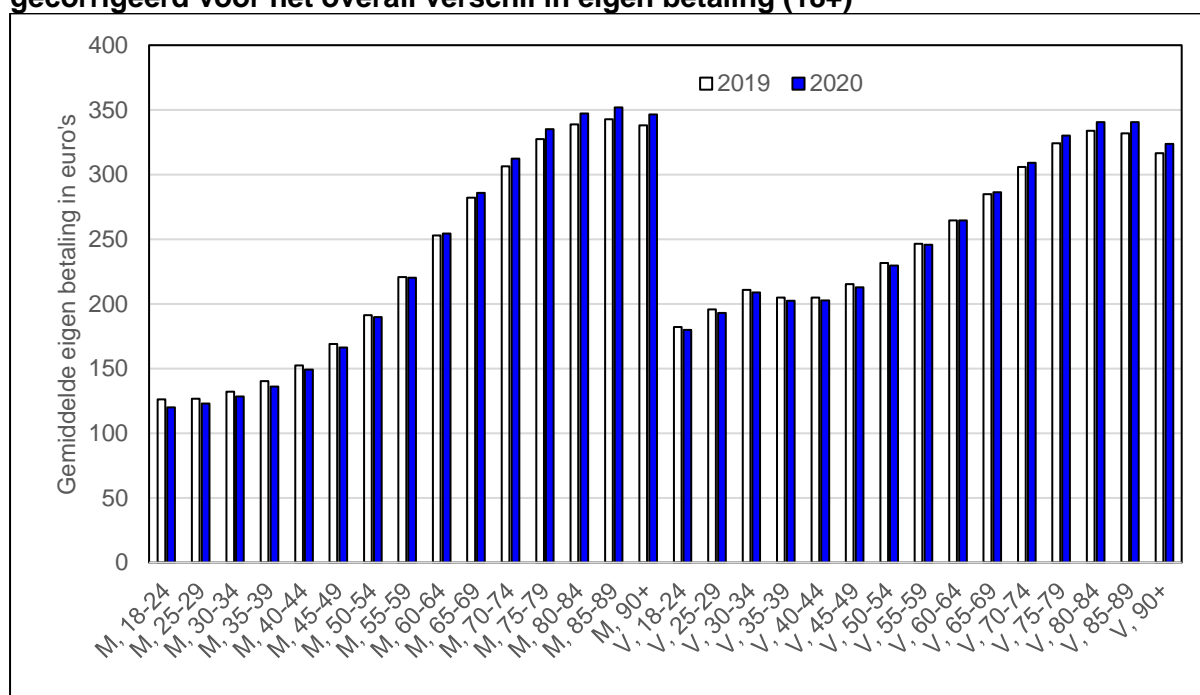
^a Kosten voor zover ten laste komend van het verplicht eigen risico.

^b De forfaitaire groep omvat alle verzekerden met een FKG, DKG, HKG, FDG, MHK>1 of MVV>0. Definities van deze criteria conform het somatisch vereveningsmodel van 2022.

^c Dit benadert de groep verzekerden zonder kosten: in de **onderzoeks**bestanden heeft minder dan 0,01% kosten (die onder het eigen risico vallen) van 0,00 euro omdat per verzekeraar de bulkboekingen voor eerstelijns-ondersteuning/kwaliteitsgelden hoofdelijk zijn omgeslagen (paragraaf 2.5.1). Door een drempel van 4 euro te nemen, blijven die bulkboekingen voor het laagste interval buiten beschouwing.

Figuur 6.1 geeft een beeld van de gemiddelde eigen betaling per leeftijd/geslachtklasse in de onderzoeksbestanden, gecorrigeerd voor het overall verschil in eigen betaling (228,58 euro voor 2019 en 221,13 voor 2020; Tabel 6.1). Uiteraard neemt de gemiddelde eigen betaling toe met leeftijd, tot maximaal ruim 352 euro, voor 85-89-jarige mannen. Tot 70 jaar zijn de eigen betalingen voor vrouwen gemiddeld hoger dan voor mannen; tussen de 18 en 55 jaar is het verschil groter dan 40 euro. Het verschil tussen 2019 en 2020 per leeftijd/geslachtklasse is maximaal 9 euro, namelijk voor mannen in de twee hoogste leeftijdscategorieën. Meest opvallend is echter de stijging van 2019-op-2020 van de eigen betalingen bij 65-plussers, en de daling bij 65-minners³⁶, terwijl we de afgelopen drie jaar in het algemeen lichte dalingen respectievelijk lichte stijgingen hebben gevonden. De overall GGAV voor de uitsplitsing van de gemiddelde eigen betaling naar leeftijd/geslacht komt uit op 3,2 euro, terwijl deze grootheid al jaren rond de 1,0 euro schommelt. Hier zien we dus minder stabiliteit in de eigen betalingen in relatie tot leeftijd/geslacht, waarschijnlijk als gevolg van de coronapandemie.

Figuur 6.1. Gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico van 385 euro, data 2019 en 2020, kosten opgehoogd naar de MPB's van 2021 respectievelijk 2022, gecorrigeerd voor het overall verschil in eigen betaling (18+)



Op basis van de naar het MPB van 2022 geschaalde kosten van het onderzoeksbestand zou de opbrengst van het verplicht eigen risico op macroniveau naar verwachting op 3.147 miljoen euro uitkomen. Dit bedrag wijkt substantieel af van de geraamde opbrengst van 3.239 miljoen euro uit de VWS-begroting van 2022.

³⁶ Dit zijn *relatieve* stijgingen en dalingen: als we niet corrigeren voor het verschil in gemiddelde eigen betaling tussen de twee jaren, dan blijken de eigen betalingen voor alle leeftijd/geslachtklassen te dalen, met tussen de 3 euro (voor ouderen) en 10 euro (voor jongeren).

Het somatisch model van 2023 bevat wijzigingen in enkele vereveningscriteria die van invloed kunnen zijn op de indeling van verzekerden bij de (niet-) forfaitaire groep. Het gaat om de update van de vier EHK-clusters in het FKG-criterium, de uitbreiding van het FKG-criterium met vijf schilindicatoren (voor COPD/astma medicatie, diabetes insuline, diabetes orale medicatie, CVRM medicatie licht en CVRM medicatie zwaar) en de wijziging van de indeling van alle Wlz-bewoners bij MVV=0 naar indeling van alleen de Wlz-blijvers bij MVV=0 én MHK=0. De gevolgen van deze wijzigingen voor de omvang van de (niet-) forfaitaire groepen en voor de hoogte van de eigen betalingen staan in Tabel 6.3.

Tabel 6.3. Gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico van 385 euro, data 2020, kosten opgehoogd naar MPB 2022 (18+): gewijzigde definitie forfaitaire groep ^a

	Definitie model 2022 ^b		Definitie model 2023	
	Forfaitaire groep	Niet-forfaitaire groep	Forfaitaire groep	Niet-forfaitaire groep
N (in %)	30,2	69,8	37,6	62,4
Eigen betaling	352,44	164,29	341,16	148,73
Totaal	221,13		221,13	

^a De forfaitaire groep omvat alle verzekerden met een FKG, DKG, HKG, FDG, MHK>1, of MVV>0. Definities van deze criteria conform het somatisch vereveningsmodel 2022 c.q. 2023.

^b Cijfers afkomstig uit Tabel 6.1.

De omvang van de forfaitaire groep neemt met een kwart toe (+7,4 procentpunt). De verschuiving van deze ruim 1 miljoen verzekerden leidt tot een daling van gemiddelde eigen betaling in de forfaitaire groep met 11 euro (= 341 – 352), en tegelijk ook tot een daling van de eigen betaling in de complementaire groep met 16 euro. Het lijkt vreemd dat de eigen betalingen in beide groepen dalen, maar dat komt doordat de ruim 1 miljoen verzekerden die verschuiven relatief **hoge** eigen betalingen (gemiddeld 295 euro) hebben in vergelijking tot de huidige niet-forfaitaire groep, maar relatief **lage** eigen betalingen in vergelijking tot de huidige forfaitaire groep.

6.3. Conclusies

De belangrijkste conclusie van dit hoofdstuk is dat de frequentieverdelingen van de kosten onder het verplicht eigen risico in het nieuwe onderzoeksbestand duidelijk verschillen van die in het bestand dat vorig jaar is gebruikt voor het schatten van het vereveningsmodel van 2022. Dat geldt sterker voor de niet-forfaitaire groep dan voor de forfaitaire groep (volgens de definitie van het vereveningsmodel van 2022). Het percentage verzekerden dat het eigen risico volmaakt is in beide groepen gedaald, met 0,6 respectievelijk 2,1 procentpunt. Overall daalt de gemiddelde eigen betaling met circa 7,5 euro, waarschijnlijk een gevolg van zorguitval in verband met de coronapandemie.

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 vinden we voor 65-plussers (relatieve) stijgingen en voor 65-minners (relatieve) dalingen.

De wijzigingen per 2023 in het FKG-criterium leiden ertoe dat ruim 1 miljoen verzekerden verschuiven van de niet-forfaitaire naar de forfaitaire groep. Hierdoor dalen de gemiddelde eigen betalingen in beide groepen met 16 respectievelijk 11 euro.

Referenties

Wijnsma, K. (2019). *Slim gebruik weesgeneesmiddel bespaart 17 miljoen; behandeling aHUS met eculizumab kan veel goedkoper*. Persbericht. Nijmegen, Radboudumc.

WOR 990, ESHPM-projectteam Risicoverevening (2020). *Rapportage Pre-OT risicoverevening 2021*. Rotterdam, Erasmus Universiteit.

WOR 1016, PwC (2021) Groot Onderhoud Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG) in de risicoverevening.

WOR 1022, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en M. Oskam (2021). *Restrisico Fase III: Gezonde verzekerden*. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1027, P. van Drunen, S. Borg, H. Taverne en P. Stam (2021). *Groot onderhoud Farmacie Kosten Groepen (FKG's) 2021*. Utrecht, Equalis.

WOR 1037, KPMG (2021). *Conversieonderzoek bekostiging ggz; Eindrapportage*. Amstelveen.

WOR 1041, ESHPM-projectteam Risicoverevening (2021). *Rapportage Pre-OT risicoverevening 2022*. Rotterdam, Erasmus Universiteit

WOR 1052, ESHPM-projectteam risicoverevening (2021). *Onderzoek risicoverevening 2022: Gegevensfase*. Rotterdam, Erasmus Universiteit.

WOR 1053, ESHPM-projectteam risicoverevening (2021). *Onderzoek risicoverevening 2022: Overall Toets*. Rotterdam, Erasmus Universiteit.

WOR 1084, Gupta strategists (2022). *Hoe kunnen zwangerschappen / bevallingen het beste opgenomen worden in de risicoverevening? Eindrapportage*. Amsterdam, Gupta.

WOR 1090, M. Gielen, I. Clemens, D. Faber en T. Boersma (2022). *Het Zorgprestatie model in relatie tot DKG-G en MHK_G*. Den Haag: Significant APE

WOR 1093, Gupta strategists (2022). *Onderzoek restrisico risicoverevening: schilindicatoren; eindrapportage*. Utrecht, Gupta.

WOR 1102, ESHPM-projectteam risicoverevening (2022). *Onderzoek risicoverevening 2023: Gegevensfase*. Rotterdam, Erasmus Universiteit.

WOR 1107, E. Nijhof, I. Smits en M. Romp (2022). *Toedeling kosten Medisch-Specialistische Zorg 2020 t.b.v. Overall Toets 2023; eindrapportage*. Zeist, Vektis.

WOR 1108, ESPHM-projectteam risicoverevening (2021). *Onderzoek risicoverevening 2023: Overall Toets*. Rotterdam, Erasmus Universiteit.

WOR 1110, ESPHM-projectteam risicoverevening (2022). *Onderzoek risicoverevening 2023: Berekening normbedragen*. Rotterdam, Erasmus Universiteit.