
WOR 1178

Betreft: Advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de vormgeving van de vereveningsmodellen voor 2024
Van: Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum: Augustus 2023

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)¹ over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2024. De voorgestelde vormgeving van de drie deelmodellen voor de somatische kosten, de GGZ en de opbrengsten van het verplicht eigen risico – aangeduid als ‘Uitgangsmodellen’ – is in de Overall Toets 2024 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de risicovereveningsmodellen voor 2024 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de bevindingen van de Overall Toets (OT) besproken. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de Gegevensfase. De hoofdstukken 3 en 4 vormen gezamenlijk de onderbouwing van het advies.

2. Conclusie en advies

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

- Aanpassing van de EHK-/FKG-indeling (extreem hoge kostenclusters / farmaciekostengroepen, volgend uit onderhoud EHK's):
 - Introductie nieuwe FKG voor CFTR-modulatoren op basis van twee middelen uit EHK 1 en een uit FKG CF/pancreasenzymen.
 - Toevoeging van één geneesmiddel aan de EHK's;
 - Overheveling van één geneesmiddel vanuit de EHK's naar de FKG Kanker o.b.v. add-on;
 - Aanpassing clustering van de geneesmiddelen naar vier EHK's.
- Update van de clustering van Dxgroepen naar DKG's (diagnosekostengroepen, volgend uit de Pre-OT).
- Aanpassing van de HKG-indeling (hulpmiddelenkostengroepen, volgend uit groot onderhoud HKG's)²:
 - Meenemen van enkele aanvullende GPH-codes;
 - Schrappen van de HKG's voor vernevelaar met toebehoren, injectiespuiten met toebehoren, slijmuitzuigapparatuur en beenprothesen;

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

² Dit advies is gebaseerd op het groot onderhoud HKG's. Na afronding van dit onderzoek is gebleken dat er registratieproblemen zijn bij een vijftal HKG's. De WOR adviseert hier, binnen de mogelijkheden die er nog zijn, een oplossing voor te zoeken zodanig dat het gelijke speelveld zo min mogelijk wordt verstoord.

- Samenvoeging van de HKG's voor voorzieningen voor stomapatiënten en middelen voor urineopvang;
- Toevoegen nieuwe HKG's voor glucosemonitor en voor orthopedisch schoeisel.
- Verfijning IBZ-criterium (indicatie bevallingen en zwangerschappen, volgend uit onderzoek verfijning IBZ):
 - Toevoegen van een klasse voor verzekerden die zwanger zijn in jaar t, maar nog niet bevallen;
 - Opsplitsen van de klasse van verzekerden die bevallen in jaar t naar het jaar waarin de zwangerschap is begonnen (t-1, t).
- Invoering van constrained regression (volgend uit onderzoek constrained regression)³:
 - Weglaten vereveningscriterium MFK (meerjarige farmaciekosten);
 - Toevoegen van restrictie bij de modelschatting dat het resultaat voor de groepen wel/geen MFK nul moet zijn.
- Invoering van hogekostencompensatie (met een kostendrempel van 400.000 euro en 75% nacalculatie boven deze drempel).

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

- Aanpassing van het criterium DKG's vanwege de invoering van het ZPM (zorgprestatiemodel).
- Meenemen van de kosten van het tweede en derde jaar intramurale GGZ (langdurige GGZ) in de jaren t-2 en t-1 bij MHK (meerjarig hoge kosten).
- Actualisatie van het regiocriterium GGZ.

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

- Aanpassing van de indeling forfaitaire/niet-forfaitaire groep als gevolg van de genoemde aanpassingen bij de EHK's/FKG's, DKG's en HKG's.

3. Overall Toets

Dit hoofdstuk bespreekt de uitkomsten van de Overall Toets 2024. De Overall Toets bestaat (voor elk van de drie vereveningsmodellen) uit drie onderdelen:

1. Nagaan wat het effect is van de overstap op nieuwe gegevens (van 2020 naar 2021);
2. Toetsen van de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste vereveningscriteria;
3. Het beoordelen van het uitgangsmodel.

Voor het GGZ-model wordt ook het regiocriterium geactualiseerd. Het somatische regiocriterium, dat ook wordt gebruikt in het model voor het verplicht eigen risico, wordt (net als vorig jaar) niet geactualiseerd. De reden daarvoor is dat actualisatie ertoe zou kunnen leiden dat met het regiocriterium verstoringen in regionale kostenvariatie als gevolg van corona worden opgepikt.

³ Niet alle WOR-leden zijn voorstander van de invoering van constrained regression. Het advies moet op dit punt worden gelezen als: de Overall Toets levert geen nieuwe inzichten op basis waarvan de minister zijn voorgenomen besluit zou moeten herzien.

3.1 Vereveningsmodel voor de somatische kosten

3.1.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2020 naar 2021) is onderzocht door het vereveningsmodel 2023 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2021 (representatief gemaakt voor 2024) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2023 op de kostengegevens uit 2020 (representatief gemaakt voor 2023). Toepassing van de nieuwe gegevens leidt tot de grootste verschuivingen binnen de vereveningscriteria leeftijd/geslacht, FKG, DKG en MVV (meerjarig hoge kosten van verpleging en verzorging). Met uitzondering van leeftijd/geslacht neemt de invloed van deze criteria in het model af. Overall hebben de normbedragen zich daardoor van 2020-op-2021 minder stabiel ontwikkeld als die van 2019-op-2020. Voor een belangrijk deel kan dit worden verklaard door gewijzigde kostenverhoudingen in de 2021-data ten opzichte van de 2020-data.

Op individu- en verzekeraarsniveau leiden de veranderingen in de data tot een minder goede verevenende werking, terwijl op subgroepniveau het beeld, rekening houdend met het hogere kostenniveau, gemengd is. Zo nemen op individuniveau de R^2 met ruim 2 procentpunt en de CPM met 0,9 procentpunt af. Op verzekeraarsniveau neemt de R^2 met 0,1 procentpunt af, en nemen de GGAA (met 5 euro) en de bandbreedte (met 17 euro) toe. Op subgroepniveau ligt het gemiddelde resultaat voor de meeste onderscheiden subgroepen verder van nul. Gecorrigeerd voor het 8,2 procent hogere kostenniveau is dat beeld genuanceerder.

3.1.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling Uitgangsmodel 2024

Voor het somatische model zijn meerdere modellen doorgerekend. In het eerste model zijn de EHK-clusters / FKG's en DKG's geüpdatet en de HKG- en IBZ-indeling aangepast. In het tweede model (dit is het uitgangsmodel) vervalt het MFK-criterium. In plaats hiervan wordt bij het schatten van de normbedragen de restrictie opgelegd dat de onder-/overcompensaties voor de MFK-klassen op nul moeten uitkomen (met behulp van constrained regression). Tot slot is het uitgangsmodel ook doorgerekend met toepassing van 75% hogekostencompensatie (HKC) boven een drempel van 400.000 euro.

De normbedragen voor de gewijzigde criteria vertonen op beide datajaren globaal dezelfde patronen. Ook komen de gevolgen van de modelaanpassingen, inclusief de toepassing van constrained regression, voor de normbedragen van de overige vereveningscriteria in het model en de effecten op de verevenende werking in beide jaren goed overeen.

3.1.2.1 Model met aangepaste EHK's / FKG's, DKG's, HKG's en IBZ

Belangrijkste gevolg van de DKG-update is dat de Dxgroep voor cystic fibrosis zakt van DKG 25 naar DKG 15. Als gevolg hiervan, in combinatie met de invoering van de nieuwe FKG voor CFTR-modulatoren, neemt het normbedrag van de FKG

voor cystic fibrosis/pancreasenzymen flink toe. Dit geldt ook voor het normbedrag van FDG 4, dat daardoor niet langer negatief is.

De impact van de EHK-update op het normbedrag voor de FKG Kanker o.b.v. add-on is beperkt. De normbedragen voor de EHK-clusters 1 en 2 nemen toe en de normbedragen voor EHK-clusters 3 en 4 nemen af. Dit is een direct gevolg van de gewijzigde indeling van deze klassen.

De aanpassingen leiden tot een totale verandering in normbedragen van gemiddeld 10 euro per verzekerdenjaar. In beide datajaren leiden de aanpassingen tot een lichte verbetering van de verevenende werking op individuniveau en weinig verandering op subgroep- en verzekeraarsniveau.

3.1.2.2 Uitgangsmodel 2024

De toepassing van constrained regression leidt tot de grootste veranderingen in normbedragen bij de criteria FKG's, MHK en HSM (historische somatische morbiditeit), waarvan de invloed in het model fors toeneemt. Dit komt door de sterke samenhang tussen deze criteria en MFK. Bij leeftijd/geslacht dalen de normbedragen voor jongeren en stijgen deze voor ouderen.

Verevenende werking uitgangsmodel 2024

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2024 is op individuniveau verbeterd ten opzichte van het model 2023. Bij vergelijking van het model van 2023 met het uitgangsmodel 2024 op de gegevens 2021 stijgt de R^2 van 30,3% naar 30,7% en de CPM van 34,7% naar 35,0%. Het aantal verzekerden met negatieve normkosten neemt af van 2.509 naar 138.

Op subgroepniveau zorgt de toepassing van constrained regression voor grote veranderingen. De overcompensatie (ondercompensatie) voor de groep met (zonder) een morbiditeitscriterium neemt toe. Voor bijna alle andere onderscheiden subgroepen komt het gemiddelde resultaat dicht bij nul te liggen.

Op verzekeraarsniveau is sprake van een verbetering ten opzichte van het model 2023. Op de gegevens van 2021 stijgt de R^2 met 0,2%-punt naar 99,3% en de GGAA daalt van 23,8 naar 19,9 euro. De bandbreedte van het resultaat voor de hele populatie daalt van 145 naar 136 euro (op basis van gegevens 2020 is juist sprake van een toename van 128 naar 151 euro). De verschuiving van het resultaat op verzekeraarsniveau varieert van -45 euro tot +26 euro. Deze verschuiving wordt voornamelijk veroorzaakt door de toepassing van constrained regression. Door de verschuivingen neemt het negatieve verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde vereveningsbijdrage sterk af en is dit verband niet langer statistisch significant.

3.1.2.3 Uitgangsmodel 2024 met toepassing 75% HKC

Bij de modelvariant met HKC is een drempelwaarde gehanteerd van 400.000 euro. Volgens het gebruikte onderzoeksbestand komt bij deze drempel in totaal zo'n 52 miljoen euro in de HKC-pool terecht (afkomstig van minder dan 500

verzekerdjaren). Deze kosten behoren niet tot de risicodragende kosten en lopen daarom niet mee in de modelschatting.

HKC heeft een gering effect op de normbedragen. De minst kleine veranderingen treden op bij de FKG's, DKG's en leeftijd/geslacht. De totale GGAV bedraagt 1 euro.

Verevenende werking uitgangsmodel 2024 met toepassing van 75% HKC

Het toepassen van HKC leidt tot een afname van de gemiddelde risicodragende kosten met 3 euro. De gevolgen voor de verevenende werking zijn zowel op individu-, subgroep- als verzekeraarsniveau beperkt.

3.2 Vereveningsmodel voor de GGZ-kosten

3.2.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2020 naar 2021) is bepaald door het model 2023 te schatten op de nieuwe gegevens uit 2021 en dit te vergelijken met de resultaten geschat met data uit 2020. De overstap op nieuwe data leidt tot een GGAV in normbedragen van 22,1 euro. Dat is veel meer dan de GGAV die vorig jaar werd gevonden bij de overstap van 2019-op-2020-data (3,9 euro). De relatief grote verschillen in normbedragen zijn het gevolg van de toegenomen voorspelkracht van de psychische DKG's, die optreedt als gevolg van de opsplitsing van declaraties voor behandelingen die de jaargrens overschrijden in het kader van het zorgprestatie-model. Voorheen werden deze declaraties volledig toegerekend aan jaar t-1, maar in het kader van het zorgprestatie-model komen de betreffende kosten deels ook ten laste van jaar t.

Qua verevenende werking is er sprake van een verbetering. Op individuniveau nemen de R^2 en CPM met respectievelijk 9,1 en 10,0 procentpunt toe. Dit hangt samen met de toegenomen voorspelkracht van de DKG's en met afgenomen variatie in de kosten. Ook op subgroep- en verzekeraarsniveau is sprake van een verbeterde verevenende werking. Zo komt het gemiddelde resultaat voor verzekerden met minimaal 1 morbiditeitscriterium (volgens model 2023) circa 4 euro dichter bij nul te liggen, en neemt op verzekeraarsniveau de R^2 met 2,2 procentpunt toe en de bandbreedte met 8,5 euro af.

3.2.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2024

Voor het GGZ-model zijn de DKG's aangepast vanwege de invoering van het ZPM en is het GGZ-regiocriterium geactualiseerd. Deze wijzigingen zijn meegenomen in het Uitgangsmodel 2024. Dit uitgangsmodel is vervolgens ook doorgerekend met toepassing van 90% HKC.

3.2.2.1 Uitgangsmodel 2024

Het Uitgangsmodel 2024 verschilt van het model 2023 doordat zowel de DKG's als het regiocriterium (zoals gebruikelijk) zijn geactualiseerd. De DKG's voor 2024 zijn

gebaseerd op DBC's uit twee ZPM-jaren (2022 en 2023) en een pre-ZPM-jaar (2021). Voor model 2023 was dat een ZPM-jaar (2022) en twee pre-ZPM-jaren (2020 en 2021). Hierdoor blijken ongeveer 6.700 verzekerdenjaren in een andere klasse terecht te komen. De gevolgen voor de normbedragen zijn, met uitzondering van een aantal DKG's, beperkt (vaak 0 euro). Overall bedraagt de GGAV ten opzichte van model 2023 0,3 euro.

Verevenende werking uitgangsmodel 2024

Qua verevenende werking zijn de veranderingen beperkt. Op individu- en subgroepniveau verandert er vrijwel niets. Op verzekeraarsniveau is sprake van een lichte verslechtering. Zo daalt de R^2 met 0,1 procentpunt en neemt de GGAA met 0,4 euro toe.

3.2.2.2 Uitgangsmodel 2024 met toepassing van 90% HKC

Bij de modelvariant met HKC is een drempelwaarde gehanteerd van ruim 87 duizend euro. Bij deze drempel vallen 0,5% van de verzekerden onder de compensatie. Verzekeraars ontvangen vanuit de HKC-pool een vergoeding van 90% van de kosten boven deze drempelwaarde voor de top-0,5% van verzekerden met GGZ-gebruik. In de 2021-data komen bijna 4.500 verzekerdenjaren terecht in de HKC-pool en gaat er in totaal circa 167 miljoen euro om in deze pool. Onderstaande tabel geeft meer inzicht in de effecten van de HKC.

Gemiddelde GGZ-kosten zonder HKC	336 euro
Gemiddelde GGZ-kosten met HKC	324 euro
Drempelwaarde	87.293 euro
#verzekerdenjaren HKC-pool	4.498
Kosten macroniveau HKC-pool	167 miljoen (3,6% van totale GGZ-kosten)

De drempel is ongeveer 8 duizend euro lager dan in voorgaande jaren en het aantal verzekerdenjaren in de pool ongeveer duizend hoger. Dit komt doordat de groep verzekerden met kosten met ongeveer 200.000 is toegenomen.

HKC heeft een gering effect op de normbedragen. Zoals verwacht vinden de grootste veranderingen plaats bij de psychische DKG's en in mindere mate MHK. De totale GGAV bedraagt 3 euro.

Verevenende werking uitgangsmodel 2024 met toepassing van 90% HKC

De kengetallen voor de verevenende werking op individu- en subgroepniveau laten een verbetering zien, terwijl op verzekeraarsniveau de effecten beperkt zijn. De R^2 op individuniveau stijgt van 29,2% naar 33,4% en de GGAA voor alle subgroepen daalt met 17 euro (-7,4%; daling in risicodragende kosten = -3,6%). De CPM op individuniveau stijgt slechts 0,4 procentpunt, wat in overeenstemming is met het feit dat de HKC juist effect heeft voor de verzekerden met hoge kosten. De R^2 op verzekeraarsniveau - berekend op de risicodragende kosten - daalt licht

met 0,2 procentpunt en de GGAA blijft gelijk. De bandbreedte neemt met 5,5 euro af. De GGARV komt uit op 1,2 euro per verzekerdenjaar.

3.3 Model voor het verplicht eigen risico

3.3.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de nieuwe data is bepaald door het model van 2023 te schatten op gegevens 2021 en de resultaten te vergelijken met hetzelfde model geschat op 2020-data. De verschuivingen in normbedragen zijn ongeveer even groot als die van 2019 naar 2020. De richting van de verschuivingen is echter tegengesteld. De normbedragen op de 2021-data komen daarmee ongeveer weer op het niveau van de 2019-data. Globaal genomen geldt dat ook voor de uitkomsten qua verevenende werking. De veranderingen in de 2020-data als gevolg van corona lijken daarmee in de 2021-data grotendeels hersteld.

3.3.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2024

Het uitgangsmodel 2024 wijkt op een punt af van het model 2023. De indeling forfaitair/niet-forfaitair is aangepast aan de nieuwe FKG's/EHK's, DKG's en HKG's. Hierdoor neemt de omvang van de forfaitaire groep per saldo met 1.735 verzekerdenjaren toe. Deze relatief kleine wijziging heeft nauwelijks gevolgen voor de gemiddelde eigen betaling binnen de forfaitaire respectievelijk de niet-forfaitaire groep. De overstap van het model 2023 op het uitgangsmodel 2024 (beide op data-2021) heeft zeer beperkte gevolgen voor de normbedragen. De GGAV van alle normbedragen bedraagt 4 eurocent.

Ook de gevolgen voor de verevenende werking zijn beperkt. Het Uitgangsmodel 2024 scoort qua verevenende werking nagenoeg gelijk aan het model 2023. De GGARV bedraagt ook maar 2 eurocent.

4. Onderzoeksgegevens

4.1 Representativiteit / volledigheid

Er is een onderzoeksbestand opgebouwd met kostengegevens over 2021. De database BASIC2021 van Vektis is verrijkt met vereveningskenmerken (veelal afkomstig van het Zorginstituut). De dekking van BASIC2021 bedraagt 100%. De kosten en demografische kenmerken van BASIC2021 komen goed overeen met de informatie van het Zorginstituut. De kwaliteit en de volledigheid van de 2021-data lijken – na alle correcties, selecties en bewerkingen – per saldo op een licht hoger niveau te liggen dan die van de 2020-data, gebruikt voor het schatten van het vereveningsmodel 2023.

Bij de ziekenhuiszorg is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2021 en 2024 beperkt zijn. Wel zijn de tarieven van enkele zorgproductgroepen aangepast vanwege

aanmerkelijke wijzigingen in de NZa-tarieven. Vanwege lumpsum bedragen en omzetplafonds zijn de kostengegevens, net als voorgaande jaren, representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door mediaanbedragen. Ook zijn de intramurale prijsarrangementen verwerkt.

Om het onderzoeksbestand met data van 2021 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2024 zijn de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2022-2024 in de kosten verwerkt. De kosten van ziekenvervoer zijn aangepast vanwege mutaties van de budgetten voor de RAV-regio's. Ten slotte is ook rekening gehouden met de prijsarrangementen voor extramuraal voorgeschreven dure geneesmiddelen.

Vanwege de invoering van het ZPM per 2022 is een conversie gedaan van de GGZ-kosten. De GGZ-kosten zijn bepaald op basis van DBC-declaraties van 2021 voor geneeskundige GGZ (27 kasmaanden), aangevuld met de vanuit 2020 overlopende DBC's naar rato van hun overloop. Daarmee wordt gecompenseerd voor de schadelastdip die in 2021 (eenmalig) optreedt door de afsluiting van alle lopende DBC's per 31 december vanwege de invoering van het ZPM. Bij de tweedelijns GGZ zijn de kosten berekend door de ZPM-tarieven voor 2019 (volgens de conversie) te koppelen aan de volume informatie van de DBC declaraties. Hierbij vindt een DBC-specifieke ophoging plaats gebaseerd op de ontwikkeling van de NZa-tarieven tussen 2019 en 2021.

4.2 *Ontwikkeling prevalenties*

De prevalenties in 2021 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse vergeleken met 2020. De patronen in 2021 lijken sterk op die in 2020 en eerdere jaren. De veranderingen zijn in het algemeen beperkt en de grotere veranderingen zijn doorgaans goed verklaarbaar. Kanttekening hierbij is dat de overall prevalentie van de somatische DKG's met 7% is afgenomen. Dit treedt met name op bij de laagstgenummerde DKG's (1 t/m 8), hetgeen erop duidt dat vooral bij de minder ernstige DBC's sprake is geweest van zorguitval in 2020. Voor de berekening van de normbedragen 2024 is dit niet per se een probleem omdat het onderzoeksbestand nog wordt herwogen naar de verzekerdenraming.

Op verzekeraarsniveau zijn de prevalenties redelijk stabiel over 2020-2021. Relatief grote verschuivingen in prevalenties tussen 2020 en 2021 kunnen goed worden verklaard door veranderingen in portefeuillesamenstellingen.

4.3 *Ontwikkeling kostenpatronen*

In de onderzoeksbestanden blijken de gemiddelde somatische kosten in 2021 bijna 200 euro (8,2%) hoger dan in 2020. Dit is een gevolg van de coronapandemie (vorig jaar was sprake van een kostendaling met 4,4%). De kostenverschillen op individuniveau in termen van de variatiecoëfficiënt zijn met 1% afgenomen (vorig jaar toename van 6%).

Gecorrigeerd voor de overall kostendaling lijkt op het niveau van de risicoklassen sprake van grotere fluctuaties in de somatische kosten. Deze zijn voor een

belangrijk deel terug te voeren op gedifferentieerde kostenontwikkelingen van de onderliggende zorgvormen. Wordt daarvoor gecorrigeerd, dan blijven echter nog steeds grote kostenmutaties (van 2020 op 2021) per DKG bestaan. Bij vergelijking met de kosten van 2019 worden die mutaties bijna 40% kleiner. Over de wat langere termijn is de kostenontwikkeling per DKG dus duidelijk stabiel.

Op het niveau van de 20 risicodragers blijken de somatische kosten zich minder stabiel te hebben ontwikkeld dan vorig jaar. Gecorrigeerd voor de overall kostendaling veranderen de gemiddelde kosten tussen -132 en +275 euro. De bandbreedte is daarmee ruim een derde groter dan vorig jaar. Dit is toe te schrijven aan de flink veranderde samenstelling van één portefeuille. De GGAV ligt met 37 euro ruim onder die van vorig jaar (43 euro).

De gemiddelde GGZ-kosten (18+) per enkelvoudige risicoklasse die worden onderscheiden in het model van 2023 blijken over het algemeen minder stabiel dan gebruikelijk. De grotere kostenmutaties liggen vooral bij de DKG's en MHK (als gevolg van de ZPM-gerelateerde opsplitsing van jaargrensoverschrijdende behandelingen), de FKG voor chronische stemmingsstoornissen complex (mogelijk door gedaalde prevalentie) en de PPA-klassen voor Wlz-instromers (als gevolg van de verruiming van de Wlz).

De kostenverschillen op individuniveau zijn met 6% gedaald. Op verzekeraarsniveau is de bandbreedte van de verandering van de kosten per verzekerde over 2020-2021 groter dan vorig jaar. Deze bedraagt 55 euro (van -30 tot +25 euro) per verzekerdenjaar. Vorig jaar kwam de bandbreedte uit op 41 euro. De toegenomen bandbreedte komt vrijwel geheel voor rekening van één verzekeraar voor wie de kosten met 30 euro zijn gedaald. De GGAV is 4,6 euro tegenover 5,3 euro vorig jaar.

Na correctie voor de schadelastdip en conversie naar ZPM-tarieven blijken de gemiddelde GGZ-kosten in het OT-bestand 2024 bijna 10% hoger te liggen dan bij de OT 2023. Dit lijkt veel, maar de (geconverteerde) kosten uit de OT 2023 waren praktisch gelijk aan die van het jaar daarvoor. De stijging nu compenseert mede daarvoor.

4.4 Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico

De frequentieverdelingen van de kosten onder het verplicht eigen risico in het nieuwe onderzoeksbestand verschillen duidelijk van die in het bestand dat vorig jaar is gebruikt. Overall stijgt de gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico van 221,1 euro in de 2020-data naar 229,5 euro in de 2021-data. Daarmee is dit gemiddelde weer terug op het niveau van 2019 (228,6 euro). Die conclusie geldt ook afzonderlijk voor de forfaitaire en de niet-forfaitaire groep. In 2020 was sprake van relatief lage eigen betalingen als gevolg van zorguitval door de coronapandemie. De eigen betalingen zijn in 2021 weer bijna terug op het niveau van voor die pandemie.

De updates van de EHK's/FKG's, DKG's en HKG's hebben geen noemenswaardige gevolgen voor de omvang en gemiddelde eigen betalingen van de forfaitaire en de niet-forfaitaire groep.