

## Vervolgkosten (ex-)coronapatiënten, intern memo

### 0. Inleiding

In het kader van mogelijke gevolgen van corona voor de RV 2022 lopen er vijf projecten.

- 1) Vanuit ZIN (in overleg met de WUR) is er een onderzoek uitgezet naar gevolgen van corona voor de verzekerdenaantallen (per criterium/klasse) in vooral 2020 (omdat dit jaar basisjaar is voor de verzekerdenraming)
- 2) In het kader van de WBR en OT gaat ESHPM simulaties uitvoeren. Op basis van veronderstellingen over de arbeidsmarkt, sterfte en zorguitval wordt nagegaan of en, zo ja, in welke mate gemiddelde kosten in risicoklassen veranderen. Dit geeft een globaal inzicht in onzekerheid bij de normbedragen vanwege corona
- 3) De NZa voert verkennende analyses uit op informatie over (ex-)coronapatiënten. Het gaat om kenmerken en vervolgkosten en is beperkt tot (ex-)coronapatiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen (geweest).
- 4) Verzamelen/actualiseren kengetallen corona via internet (en achterliggende informatie). Doel hiervan is een (globaal) beeld te krijgen van de coronazorg en de effecten op voornamelijk zorguitval en sterfte. Kengetallen kunnen ook input zijn voor de simulaties of de verzekerdenraming (project 1 en 2)
- 5) Opbouwen (door Vektis) van een Excel-dashboard met informatie over Zvw-kosten in 2020 vergeleken met 2019 en 2018. Dit is ook input voor bijvoorbeeld project 1 en 2.

Dit memo gaat in op de vervolgkosten van (ex-)coronapatiënten. Concreet is voor vereveningsjaar 2022 de vraag in hoeverre er verzekerden zijn die in 2020 of 2021 corona hebben gehad en als gevolg daarvan nog hoge (vervolg)kosten hebben in 2022.

Het is gebruikelijk dat pas onderzoek wordt gedaan als er voldoende gegevens beschikbaar zijn over het kenmerk en de vervolgkosten. In de regel wordt met een vertraging van drie jaar gewerkt. Op verzoek van zorgverzekeraars wordt hier nu van afgeweken, hoewel op voorhand is onderkend dat de beschikbaarheid van gegevens beperkt zal zijn. Naar onze mening betekent dit dat het uitgangspunt is dat het model hiervoor niet wordt aangepast, tenzij voldoende aannemelijk is dat hiertoe wel aanleiding bestaat.

Idealiter zou je iets willen zeggen over de vervolgkosten van (ex-)coronapatiënten in het volgende jaar (en eventueel de jaren daarna). Die informatie is logischerwijs nog niet uit de data te halen. De eerste mensen hebben corona gekregen in 2020. Hun vervolgkosten in 2021 (en verder) zijn nog niet bekend. De analyses beperken zich tot een kortere periode. Zo heeft de NZa (in project 3) bijvoorbeeld maximaal 9 maanden vooruitgekeken. En zelfs voor die periode geldt dat nog geen exacte uitspraken gedaan kunnen worden omdat niet alle declaraties binnen zijn.

In dit memo worden de belangrijkste uitkomsten van de NZa-analyses (bezien vanuit de vraag over de vervolgkosten) toegelicht. Ook zijn enkele andere relevante inzichten opgenomen. Wij hebben met de NZa besproken dat wij nu (eerst intern en daarna in breder verband) zullen bezien hoe wij hiermee verder gaan. Hiertoe wordt in dit memo een aantal opties uitgewerkt.

**De analyses van de NZa zijn zeer voorlopig en bedoeld als verkenning. Zij mogen niet buiten de WBR verspreid worden.**

### 1. Vervolgkosten (ex-)coronapatiënten

#### *1.1 Belangrijkste uitkomsten NZa-analyses*

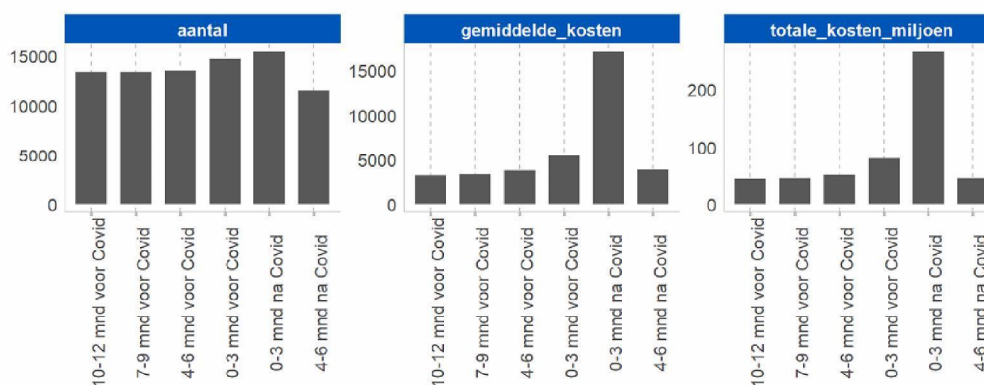
De NZa heeft op verzoek van de WBR een aantal analyses uitgevoerd om de coronapatiënten in kaart te brengen. Daarbij is zowel gekeken naar de periode voor corona, de periode van corona en de periode na corona. De analyses beperken zich tot verzekerden die in het ziekenhuis zijn geweest met hoofddiagnose corona (ICD-10 U07.1 en U07.2). De NZa heeft zo 24,5 duizend coronapatiënten geïdentificeerd. Van hen had bijna 30% geen dbc-diagnose in 2019 ('gezond'),

een kwart had één diagnose en bij de rest was sprake van twee of meer diagnoses ('multimorbide').

Voor de vraag over de vervolgcosten van (ex-)coronapatiënten is vooral interessant wat er na besmetting gebeurt. Onderstaande tabel geeft daarvan een eerste indruk, beperkt tot kosten MSZ<sup>1</sup>. Dag 0 is de dag waarop het eerste COVID-subtraject voor de betreffende verzekerde start, elke 30 dagen start de volgende maand.

Aantal maanden na Covid	Aantal patiënten	Gemiddeld vergoed bedrag zvw in 2020 per patiënt	Gemiddeld vergoed voor IC
0	23462	10025	4609
1	9927	4132	2016
2	6873	2194	487
3	6011	1496	153
4	4790	1337	175
5	4000	1126	68
6	2766	831	39
7	1976	674	51
8	1253	472	68
9	274	387	159

De tabel laat zien dat met de tijd zowel het aantal verzekerden dat nog MSZ-kosten maakt afneemt als ook de gemiddelde hoogte van die kosten. Een grote maar daarbij: hoe verder in de tijd, hoe groter de kans dat nog gegevens ontbreken. In een vervolganalyse heeft de NZa zich beperkt tot de 15,5 duizend coronapatiënten die voor 1 juli 2020 in het ziekenhuis zijn beland en tot maximaal 6 maanden na de besmetting. In deze vervolganalyse zijn ook kosten uit andere sectoren meegenomen.



Uit de figuur blijkt dat er (afgezien van de piek vlak na de besmetting) geen sprake is van een stijging van het aantal verzekerden met kosten dan wel van de hoogte van de gemiddelde kosten. Een gedetailleerde analyse laat zien dat dit in het algemeen voor alle sectoren geldt, met enkele uitzonderingen waarvan de paramedische zorg de meest in het oog springende is. Hier nemen zowel de aantallen als de gemiddelde kosten toe (ter nuancering: de totale kosten paramedische zorg gaan van ongeveer 1 miljoen euro per kwartaal voor corona naar 2 mln in het kwartaal 4-6 maanden na COVID).

<sup>1</sup> Het gaat om het Zvw-deel van de MSZ inclusief medisch specialistische revalidatiezorg en geriatrische revalidatiezorg.

Ook bij deze uitkomsten geldt onzekerheid over de gegevens. Zijn er daadwerkelijk geen kosten gemaakt of is de declaratie nog niet binnen? Wij hebben de NZa gevraagd of zij daar op enige manier een duiding van kunnen maken. Deze verwachten wij in de loop van volgende week.

### 1.2 Andere studies

Logischerwijs is nog niet veel bekend over klachten na corona. Een eerste voorlopige Engelse studie onder ruim 4000 (ex-)coronapatiënten duidt erop dat in het leeuwendeel van de gevallen de klachten op korte termijn verdwijnen<sup>2</sup>. Uit de studie volgt dat 5% nog klachten heeft na 8 weken en 2% nog na 12 weken.

Een andere studie van het UK Office for National Statistics (ONS) komt op basis van ongeveer 20.000 (ex)patiënten uit op een percentage van 13,7 dat tenminste 3 maanden na de ziekte nog klachten heeft<sup>3</sup>.

## 2. Aantal (ex-)coronapatiënten

Naast vervolgcosten is ook het volume van belang. Hoe groot zal de groep (ex-)coronapatiënten zijn in 2022?

Het aantal geregistreerde (vastgestelde) besmettingen bedraagt momenteel 1,3 miljoen. Dit is een zeer grove ondergrens voor het aantal personen dat corona heeft of heeft gehad.

Een logische selectie is de ziekenhuisopnamen vanwege corona. Het is redelijk om aan te nemen dat bij deze groep ook de grootste kans is op vervolgcosten. Volgens de meest recente telling hebben er totaal nu 56 duizend personen vanwege covid in het ziekenhuis gelegen.

## 3. Conclusies

De cijfers geven nu geen aanleiding om in te grijpen. Verondersteld mag worden dat de zwaarste gevallen in het ziekenhuis hebben gelegen. Het aantal verzekerden dat vanwege corona in het ziekenhuis heeft gelegen is relatief beperkt. Hun kosten in de maanden na de coronabesmetting en de directe behandeling daarvan laten geen toename zien. Dat kan mede worden veroorzaakt doordat declaraties nog niet binnen zijn (we hopen dat met de aanvullende informatie van de NZa nog wat te nuanceren). Daar staat tegenover dat hier slechts beperkt vooruit wordt gekeken. Voor model 2022 geldt dat het voor verzekerden met een coronabesmetting in 2020 inmiddels al meer dan een jaar geleden is dat zij corona hebben gehad.

## 4. Vervolg

Er zijn verschillende opties voor een vervolg:

1. Nu besluiten om geen modelaanpassing te doen.
2. Besluit uitstellen / de NZa vragen om later een geactualiseerd beeld aan te leveren.
3. Nu besluiten om een modelaanpassing te doen.

*Ad 1. Nu besluiten om geen modelaanpassing te doen*

<sup>2</sup> [Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App | medRxiv](#)

<sup>3</sup> [Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus \(COVID-19\) infection in the UK - Office for National Statistics \(ons.gov.uk\)](#)

Deze optie sluit aan bij de conclusies die wij op basis van de huidige inzichten (en de verwachtingen over wat er de komende periode beschikbaar komt) zouden trekken. We gaan een goede notitie schrijven ter onderbouwing en bespreken deze met de WBR en verzekeraars.

#### *Ad 2. Besluit uitstellen*

Het besluit kan nog een paar maanden uitgesteld worden (maar oplossingen met gevolgen voor OT en/of verzekerdenraming zijn dan niet meer mogelijk). De NZa kan dan gevraagd worden om de belangrijkste analyses nog te actualiseren. Er zal wat meer informatie beschikbaar zijn, maar wij verwachten hier geen wonderen. Uitstel van het besluit zorgt bovendien voor langere onzekerheid voor zorgverzekeraars en andere betrokkenen.

#### *Ad 3. Nu besluiten om een modelaanpassing te doen*

Wij hebben niet de indruk dat er al informatie op tafel ligt die deze keuze rechtvaardigt. Vanuit bestuurlijke overwegingen is het misschien wel een alternatief. Er zijn verschillende mogelijkheden:

- **Ex ante oplossing**  
Hierbij zou je kunnen denken aan een kenmerk waarmee coronapatiënten die in 2020 of 2021 in het ziekenhuis hebben gelegen een extra bijdrage opleveren. Wij hebben grote vragen bij de toepasbaarheid. Vraag is hoe je statistisch onderbouwd een normbedrag kunt vaststellen. Daarnaast is naar verwachting een nader onderscheid binnen deze groep nodig om de echt zware gevallen eruit te halen (bijvoorbeeld op de ic gelegen of niet). Het is de vraag of dat onderscheid goed te maken is. Ook is de vraag of de registratie van coronapatiënten voldoende op orde is (eenduidig, controleerbaar).
- **HKC/HMV voor (ex-)coronapatiënten**  
Idee is om ex ante niets te doen, maar wel een vangnet te creëren speciaal voor deze verzekerden. Deze oplossing is gericht op de (ex-)coronapatiënten die echt hoge vervolgcosten/meerkosten hebben. Ook zijn er geen problemen dat een statistisch onderbouwd normbedrag moet worden bepaald. De vraag over de registratie blijft wel relevant. Daarnaast is ook hier de vraag of het wel toepasbaar is omdat eigenlijk de coronakosten van de overige kosten gescheiden zouden moeten worden.
- **(Ex-)coronapatiënten apart nemen**  
Gedachte is om deze verzekerden niet via het model te compenseren, maar (bijvoorbeeld) via (of à la) de vaste kosten. Vraag is wel of je de groep goed kunt afbakenen en hoe je op voorhand het macrobedrag toedeelt aan deze groep en de rest. Ook hier geldt dat eigenlijk onderscheid gemaakt zou moeten worden tussen vervolgcosten als gevolg van corona en andere kosten.
- **Geen specifieke oplossing, maar betrekken bij algemene ex post**  
Bovenstaande laat zien dat een specifieke oplossing voor (ex-)coronapatiënten behoorlijk lastig is. Er kan ook besloten worden om geen specifieke oplossing toe te passen, maar om aan te sluiten bij een algemene oplossing, bijvoorbeeld een bandbreedte waarmee in ieder geval wordt voorkomen dat de risicodragers door een bepaalde bodem zakt. Nadeel is uiteraard dat dit veel minder aansluit bij deze specifieke problematiek en bijvoorbeeld voor verzekeraars bovenaan de bandbreedte weinig soelaas zal bieden.