
WOR

Betreft: Advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de vormgeving van de vereveningsmodellen voor 2027
Van: Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Datum: Augustus 2026

1. Inleiding

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)¹ over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2027. 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 2027 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de risicovereveningsmodellen voor 2027 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 voeren²:

- Aanpassing van de EHK-/FKG-indeling (extreem hoge kostenclusters / farmaciekostengroepen, volgend uit onderhoud EHK's):
 - Toevoegen van een nieuwe geneesmiddelen aan de EHK's;
 - Verwijderen van twee geneesmiddelen uit de EHK's: Een middel wordt overgeheveld naar de FKG Overige kanker o.b.v. add-on en een middel naar FKG Hematologische maligniteit o.b.v. add-on.
- Aanpassing van het FKG-criterium (volgend uit het groot onderhoud FKG):
 - Het toevoegen van een extramurale FKG-klasse voor immunoglobulines
 - Het verfijnen van de FKG-indeling op basis van indicatiecodes bij add-ongeneesmiddelen;
 - Het opdelen van de FKG Kanker in vier homogenere subgroepen voor carcinomen, hematologische kankervormen, longkanker en overig;
 - Aanpassen van de drempelwaarden van enkele FKG-klassen.

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 Naast opgesomde wijzigingen is eerder besloten om vanaf 2026 de nieuwe definitie voor in het buitenland woonachtige verzekerden toe te passen, waarbij een verzekerde als in het buitenland woonachtig wordt beschouwd als deze niet als ingezetene is ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP). Dit geldt voor alle drie de modellen.

- Aanpassing van het AVI-criterium (volgend uit het onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen):
 - Het indelen van de 65-69-jarigen op basis van de situatie bij 64-jaar, waarbij de IVA-uitzondering vervalt;
 - Afleiding zelfstandigen op basis van een gegevensjaar (meest recent beschikbaar, maximaal t+1);
 - Studenten en hoogopgeleiden samenvoegen tot een klasse;
 - Laten vervallen van de uitzondering in de rekenregels bij 0-17-jarigen.
- Aanpassing van het SES-criterium (volgend uit het onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen):
 - Het loslaten van de samenhang bij indeling met ggz-DKG;
 - Het loslaten van de samenhang bij indeling met Wlz.
- Aanpassing van het DKG-criterium (volgend uit het groot onderhoud DKG):
 - Het verwijderen van 7 diagnoses, welke niet meer tot indeling leiden;
 - Het toevoegen van 21 diagnoses;
 - Het toevoegen van 2 consult-DBC's aan de uitsluitlijst;
 - Geüpdatete clustering van de Dx-groepen, met behoud van stapgrootte van 500;
 - Het verwijderen van de GRZ-Dx-groepen
- Actualisatie van het regiocriterium.

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

- Aanpassing van het psychische FKG-criterium (volgend uit het groot onderhoud FKG):
 - Het verlagen van de drempel voor FKG chronische stemmingsstoornissen van 180 naar 90 DDD;
- Aanpassing van het AVI-criterium (volgend uit het onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen):
 - Het indelen van de 65-69-jarigen op basis van de situatie bij 64-jaar, waarbij de IVA-uitzondering vervalt;
 - Afleiding zelfstandigen op basis van een gegevensjaar (meest recent beschikbaar, maximaal t+1);
 - Studenten en hoogopgeleiden samenvoegen tot een klasse.
- Aanpassing van het SES-criterium (volgend uit het onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen):
 - Het loslaten van de samenhang bij indeling met ggz-DKG;
 - Het loslaten van de samenhang bij indeling met Wlz.
- Actualisatie van het criterium GGZ-regio.

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

- Actualisatie van het (somatische) regiocriterium.
- Aanpassing van de indeling forfaitaire/niet-forfaitaire groep:
 - als gevolg van de genoemde veranderingen bij EHK/FKG en DKG;
 - Verzekerden met een ggz-FKG, ggz-DKG of een indeling bij ggz-MHK > 1 worden in de forfaitaire groep ingedeeld.

- Aanpassing van het AVI-criterium (volgend uit het onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen):
 - Het indelen van de 65-69-jarigen op basis van de situatie bij 64-jaar, waarbij de IVA-uitzondering vervalt;
 - Afleiding zelfstandigen op basis van een gegevensjaar (meest recent beschikbaar, maximaal t+1);
 - Studenten en hoogopgeleiden samenvoegen tot een klasse;
 - Laten vervallen van de uitzondering in de rekenregels bij 0-17-jarigen.

Geconcludeerd wordt dat de impact op de modellen van de overstap naar data 2024 een logisch patroon laat zien dat aansluit bij de bevindingen uit de Gegevensfase. Verschillen met de modellen op data 2023 sluiten goed aan bij de kostenontwikkelingen tussen 2023 en 2024 of kunnen anderszins logisch worden verklaard.

Voor het somatisch model en het ggz-model is de impact van de voorgestelde modelwijzigingen vergelijkbaar met de resultaten uit de Pre-OT op data 2023, waaruit blijkt dat de aangepaste vereveningskenmerken stabiel zijn. De clustering van regio's is voor beide modellen dit jaar zelfs iets stabielere dan voorgaande jaren en heeft een beperkte impact op het model. Voor het eigen-risicomodel geldt dit beeld eveneens voor de overstap op nieuwe gegevens, maar het Uitgangsmodel 2027 kent wel een belangrijke wijziging: verzekerden met een ggz-morbiditeitskenmerk worden voortaan ook in de forfaitaire groep ingedeeld (WOR 1294). Hierdoor neemt de forfaitaire groep met ruim 5 procentpunt toe.

Geconstateerd wordt dat de uitkomsten plausibel zijn, de voorgestelde wijzigingen modelverbeteringen zijn en dat deze worden overgenomen.

3. Overall Toets

Dit hoofdstuk bespreekt de uitkomsten van de Overall Toets 2027. 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 2023 naar 2024);
2. Toetsen van de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste vereveningscriteria;
3. Het beoordelen van het uitgangsmodel.

3.1 Vereveningsmodel voor de somatische kosten

3.1.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2023 naar 2024) is onderzocht door het vereveningsmodel 2026 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2024 (representatief gemaakt voor 2027) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2026 op de

kostengegevens uit 2023 (representatief gemaakt voor 2026)³. Toepassing van de nieuwe gegevens leidt tot de grootste verschuivingen binnen de vereveningscriteria FKG's, DKG's en leeftijd/geslacht. Overall geldt dat de normbedragen zich van 2023-op-2024 iets stabielier hebben ontwikkeld dan van 2022-op-2023 (GGAV: 12 euro versus 15 euro)

Qua verevenende werking leiden de veranderingen in de data tot een verslechtering op bijna alle maatstaven. Zo verslechtert het resultaat voor alle subgroepen. Het resultaat op polisniveau verbetert wél. Daarbij zien we op individuniveau de R^2 en de CPM afnemen (een daling van respectievelijk 0,7 procentpunt en 0,3 procentpunt) en de GGAA op risicodragerniveau toenemen (van 27,4 naar 29,4 euro). De GGARV op risicodragerniveau bedraagt 13,6 (vorig jaar 26,7). Zo is de GGARV weer vergelijkbaar met twee jaar geleden.

3.1.2 Stabieleit van de criteria en beoordeling Uitgangsmodel 2027

Voor het somatische model zijn meerdere modellen doorgerekend. Naast het model van 2026 om het effect van de nieuwe data te toetsen, zijn de volgende modellen doorgerekend:

- Model zonder constrained regression en met aangepaste FKG, EHK, DKG, AVI, SES en regio;
- Het uitgangsmodel, dit model is zoals hierboven maar met toepassing van constrained regression. Hierbij is de restrictie opgelegd dat bij het schatten van de normbedragen de onder-/overcompensaties voor de MFK-klassen (meerjarige farmaciekosten) op nul moeten uitkomen;
- Het uitgangsmodel, waarbij ook hogekostencompensatie (HKC) is toegepast. Hierbij wordt 75% gecompenseerd boven een drempel van 400.000 euro (tot aan de tweede drempel) en 90% boven een tweede drempel van 1,25 miljoen euro.

De normbedragen voor de gewijzigde criteria en het effect hiervan op de verevenende werking zijn stabiel op de twee onderzochte datajaren (2023 en 2024). Ook de toepassing van constrained regression leidt tot vergelijkbare effecten in beide jaren, zowel voor de normbedragen als op de verevenende werking.

3.1.2.1 Model zonder constrained regresssion en met updates bij de FKG's, EHK's, DKG's, AVI, SES en regio

De aanpassingen aan het model ten opzichte van het model 2026 leiden tot een totale verandering in normbedragen van gemiddeld 11 euro per verzekerdenjaar. De grootste veranderingen treden op bij MHK en FKG. De maatstaven voor verevenende werking laten op nagenoeg alle niveaus een verbetering zien.

Kijkend naar de aanpassingen van de normbedragen van de afzonderlijke risicoklassen, valt het op dat de normbedragen voor drie van de vier EHK-clusters

³ Het vereveningsmodel 2026 wordt hierbij geschat zonder toepassing van constrained regression.

stijgen. Met name EHK-cluster 3 stijgt sterk. Dit sluit echter aan bij de bevindingen van het EHK-onderhoud. Een groot deel van de normbedragen bij het DKG-kenmerk lopen op met de zwaarte van de klasse, er blijft echter een belangrijk aandeel uitzonderingen.

3.1.2.2 Uitgangsmodel 2027

De toepassing van constrained regression leidt tot de grootste veranderingen in normbedragen bij de criteria FKG's, MHK (welke de grootste overlap met MFK hebben) en HSM (historische somatische morbiditeit).

Verevenende werking uitgangsmodel 2027

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2027 is op de meeste maatstaven verbeterd ten opzichte van het model 2026 (zonder constrained regression). Zo is bijvoorbeeld het resultaat voor de groep met een chronische aandoening 24 euro gemiddeld per verzekerdenjaar, waar dit nog 28 euro gemiddeld per verzekerdenjaar was onder laatstgenoemde model. Bij de maatstaven ter signalering van de verevenende werking is een wisselend resultaat zichtbaar: op individuniveau zien we een R^2 van 31,30 en een CPM van 35,29 voor het model van 2026 (zonder constrained regression) en 31,63 (stijging) en 35,12 (daling), respectievelijk, voor het uitgangsmodel van 2027. Op risicodragerniveau is de gewogen richtingscoëfficiënt tussen resultaat en bijdrage niet langer significant voor het uitgangsmodel 2027, net als voor het uitgangsmodel van 2026.

Ook bij vergelijking van het geüpdatete model zonder constrained regression met het uitgangsmodel 2027 (het enige verschil tussen beide modellen is de toepassing van constrained regression), zien we dat voor de maatstaven in het toetsingskader op subgroepniveau bijna alle uitkomsten dicht bij nul komen te liggen (de GGAA voor de risicoklassen van model 2027 neemt toe). Op individuniveau (de R^2 en CPM) blijft de verevenende werking (vrijwel) gelijk.

3.1.2.3 Uitgangsmodel 2027 met toepassing HKC

Bij de modelvariant met HKC zijn twee drempelwaarden gehanteerd: 400.000 euro waarboven 75% van de kosten op individuniveau wordt gecompenseerd en 1,25 miljoen euro waarboven 90% wordt gecompenseerd. Hierdoor komt voor dit onderzoeksbestand in totaal 69 miljoen euro in de HKC-pool terecht, afkomstig van 465 verzekerdenjaren. Hiervan komen 17 verzekerdenjaren boven de tweede drempel uit. De extra compensatie van 15% boven de tweede drempel zorgt voor een additionele 1.200.000 euro vergoeding.

HKC heeft een gering effect op de normbedragen. De minst kleine veranderingen treden op bij de FKG's en DKG's. De totale GGAV bedraagt 1,3 euro.

Verevenende werking uitgangsmodel 2027 met toepassing HKC

Het toepassen van HKC leidt tot een afname van de gemiddelde risicodragende kosten met 4 euro. De gevolgen voor de verevenende werking zijn op alle

maatstaven, met uitzondering van de R^2 op individuniveau (van 31,63 naar 32,59), 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 2023 naar 2024) is bepaald door het model 2026 te schatten op de nieuwe gegevens uit 2024 en dit te vergelijken met de resultaten geschat met data uit 2023. De overstap op nieuwe data leidt tot een GGAV in normbedragen van 4,9 euro. Dit is lager dan de GGAV van vorig jaar bij de overstap van 2022-op-2023-data (GGAV: 10,1 euro).

De maatstaven voor verevenende werking laten op subgroepniveau een verbetering zien op de 2024-data ten opzichte van de 2023-data. Het gemiddelde resultaat voor subgroepen met en zonder chronische aandoeningen verschuift licht richting 0 (van -103 naar -80 euro en van 8 naar 7 euro, voor individuen met een chronische aandoening en zonder chronische aandoening respectievelijk).

Op polisniveau verslechtert het resultaat voor de 10% hoogste premies (-104 naar -179 euro). De omvang en samenstelling van deze groepen verschilt overigens tussen de datajaren: het aantal verzekerden bij de 10% hoogste en 10% laagste premies neemt sterk af, terwijl het aantal verzekerden met beperkende voorwaarden sterk stijgt.

Op individuniveau ontstaat een lichte afname van de verevenende werking bij de overgang naar data 2024: de R^2 daalt met 0,5 procentpunt (van 27,70 naar 27,24) en de CPM met circa 0,4 procentpunt.

3.2.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2027

Voor het ggz-model zijn aanpassingen gedaan bij de psychische FKG's, AVI, SES en GGZ-regio. Deze wijzigingen zijn meegenomen in het Uitgangsmodel 2027. Dit uitgangsmodel is vervolgens ook doorgerekend met toepassing van 90% HKC.

3.2.2.1 Uitgangsmodel 2027

De actualisatie van het GGZ-regiocriterium en de aanpassingen van de psychische FKG's, AVI en SES leiden logischerwijs tot de grootste wijzigingen in normbedragen bij de AVI, SES en de FKG's. De verschillen zijn echter klein (de grootste verschuiving bedraagt -13 euro). De totale verandering in normbedragen is gemiddeld 1,9 euro per verzekerdenjaar.

Verevenende werking uitgangsmodel 2027

Qua verevenende werking laten de maatstaven op subgroepniveau een lichte verslechtering zien (gemiddeld resultaat voor individuen met een chronische aandoening schuift van -80 naar -84 euro). Op polisniveau verandert er weinig en

op individu- en verzekeraarsniveau laten de maatstaven een lichte verbetering zien.

3.2.2.2 Uitgangsmodel 2027 met toepassing van 90% HKC

Bij de modelvariant met HKC is een drempelwaarde gehanteerd van ruim 115 duizend euro. Bij deze drempel vallen 0,5% van de verzekerden met ggz-gebruik in de HKC-pool. Verzekeraars ontvangen vervolgens vanuit die pool een vergoeding van 90% van de kosten boven deze drempel. In de 2024-data komen ruim 4.800 verzekerdenjaren terecht in de HKC-pool en gaat er in totaal circa 279 miljoen euro om in deze pool. Onderstaande tabel geeft meer inzicht in de effecten van de HKC.

Gemiddelde ggz-kosten zonder HKC	442 euro
Gemiddelde ggz-kosten met HKC	422 euro
Drempelwaarde	115.904 euro
#verzekerdenjaren HKC-pool	4.834
Kosten macroniveau HKC-pool	279 miljoen (4,4% van totale ggz-kosten)

Gecorrigeerd voor de kostenstijging, is de drempel vergelijkbaar met vorig jaar. Ook het percentage van de kosten in de pool is vergelijkbaar met vorig jaar (4,4% versus 3,8% vorig jaar). Het aantal verzekerdenjaren is wel licht toegenomen (4.834 versus 4.695 vorig jaar).

HKC heeft overall een gering effect op de normbedragen, maar wel vinden er zoals verwacht grote veranderingen plaats bij de hogere psychische DKG's en MHK's. Beide kenmerken hebben een totale GGAV van 17,8 euro 5,4 euro, respectievelijk. De totale GGAV bedraagt 5,3 euro.

Verevenende werking uitgangsmodel 2027 met toepassing HKC

De maatstaven voor de verevenende werking laten weinig verandering zien tussen de modellen met en zonder HKC. Op subgroep- en polisniveau blijft het gemiddelde resultaat nagenoeg gelijk. Daarnaast is te zien dat de R^2 op individuniveau toeneemt bij toepassing van de HKC, wat logisch is.

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 2026 te schatten op gegevens 2024 en de resultaten te vergelijken met hetzelfde model geschat op 2023-data. De verschuivingen in normbedragen zijn ongeveer even groot als die van 2022 naar 2023. Over het algemeen volgen de veranderingen in normbedragen de kostenontwikkeling. De verevenende werking blijft op individuniveau nagenoeg gelijk, neemt op subgroepe niveau iets toe en verslechtert licht op risicodragerniveau.

3.3.2 Stabiliteit van de criteria en beoordeling uitgangsmodel 2027

Het uitgangsmodel 2027 wijkt op enkele punten af van het model 2026. Het Uitgangsmodel 2027 bevat de nieuwe FKG- en DKG-klassen uit het groot onderhoud, het opnieuw afgeleide regiokenmerk en de vereenvoudigde AVI-indeling. Daarnaast worden verzekerden met een ggz-FKG, een ggz-DKG of een indeling bij ggz-MHK > 1 voortaan ook in de forfaitaire groep ingedeeld (WOR 1294). De forfaitaire groep wordt, grotendeels daardoor, 5,1 procentpunt groter.

De gemiddelde eigen betaling in zowel de forfaitaire groep als de niet-forfaitaire groep neemt door de veranderende samenstelling af met 6,1 en 11,6 euro, respectievelijk, gemiddeld per verzekerdenjaar.

De overstap van het model 2026 op het uitgangsmodel 2027 (beide op data-2024) heeft met name gevolgen voor de normbedragen bij leeftijd/geslacht en MHK. De GGAV van alle normbedragen bedraagt 4,0 euro. De veranderingen zijn over het algemeen goed te verklaren: doordat de gemiddelde eigen betaling in de niet-forfaitaire groep met 11,6 euro daalt, en dit niveau in de normbedragen voor leeftijd/geslacht neerslaat, dalen vrijwel alle leeftijd/geslacht-normbedragen met 7 tot 14 euro. Per saldo leiden de modelaanpassingen tot een lichte verbetering van de verevenende werking op individuniveau. Verder zien we dat het minimum en maximum van de verwachte eigen betaling dalen in de niet-forfaitaire groep (van 103 naar 95 euro respectievelijk van 339 naar 307 euro). Op subgroepe-niveau neemt de GGAA toe (van 12,8 naar 15,6 euro). Op risicodragerniveau daalt de R² licht (van 92,9% naar 91,9%).

4. Onderzoeksgegevens

4.1 *Representativiteit / volledigheid*

Er is een onderzoeksbestand opgebouwd met kostengegevens over 2024. De database BASIC2024 van Vektis is verrijkt met vereveningskenmerken (veelal afkomstig van het Zorginstituut). De dekking van BASIC2024 bedraagt 100%. De kosten en demografische kenmerken van BASIC2024 komen goed overeen met de informatie van het Zorginstituut. De 2024-data lijken daarmee – na alle correcties, selecties en bewerkingen – van goede kwaliteit te zijn. De belangrijkste verschillen in de 2024-data ten opzichte van de 2023-data zijn ten eerste dat dit het tweede jaar is dat kenmerken mede bepaald worden op ZPM-jaren, waardoor de 2024-data representatiever en betrouwbaarder worden, en ten tweede dat bij het opstellen van de onderzoeksbestanden gebruik gemaakt wordt van de nieuwe definitie van niet-ingezetenen.

Bij de ziekenhuiszorg is gecorrigeerd voor de tarieven van een aantal DBC's die per 2025 of 2026 een tariefsaanpassing hebben ondergaan. Vanwege lumpsumbedragen 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 2024 zo goed mogelijk representatief te maken voor het vereveningsjaar 2027 zijn de belangrijkste pakket- en beleidsmaatregelen in de periode 2024-2027 in de kosten verwerkt. Zo zijn de kosten van ziekenvervoer aangepast vanwege de budgetverschuivingen per regio en de kosten van huisartsenzorg vanwege de herijking van de tarieven in 2025. Ook zijn de kosten voor paramedische covid-herstelzorg geschoond uit het bestand, aangezien dit sinds 2024 niet meer vergoed wordt uit het basispakket. Daarnaast is een correctie uitgevoerd voor de budgetbekostiging van de SEH die per 2027 wordt ingevoerd. Verder is rekening gehouden met de prijsarrangementen van 2024 voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen.

Dit is het tweede jaar dat voor de ggz de kenmerken (mede) bepaald worden op een ZPM-jaar. Voor de ggz-kosten is een bestand samengesteld gebaseerd op de declaraties van het boekjaar 2024. De declaraties zijn met behulp van de ZPM-prestatiecode gekoppeld aan de NZa-maximumtarieven van 2026 en vervolgens geaggregeerd naar BSN-pseudoniem en Uzovi van de zorgverzekeraar van de betreffende verzekerde. Dit leverde per ggz-gebruiker de ggz-kosten. Het gebruik van de NZa-maximumtarieven zorgt voor een stijging van 16,0% van de kosten (vorig jaar nog 811,6%). Dit komt omdat de Nza-maximum tarieven van 2026 zijn gebruikt in plaats van die van 2024. De NZa heeft in 2025 een kostprijsonderzoek uitgevoerd naar de tarieven in de ggz, wat heeft geleid tot een herijking van de NZa-maximum tarieven per 2026. Deze benaderen de kosten voor 2027 beter dan de tarieven van 2024.

4.2 *Ontwikkeling prevalenties*

De prevalenties in 2024 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse vergeleken met 2023. Overall is te concluderen dat de prevalenties overwegend stabiel zijn gebleven. De veranderingen tussen 2023 en 2024 zijn op macroniveau klein en vaak goed te verklaren. Op verzekeraarsniveau is voor somatisch net als vorig jaar een minder stabiel beeld te zien. Dit kan echter goed verklaard worden vanwege wijzigende portefeuillesamenstelling of veranderde polisvoorwaarden. Ook kan de gewijzigde definitie van niet-ingezetenen hier nog een rol spelen.

Bij het ggz-model zijn verder nog grote verschuivingen te zien als gevolg van de invoering van het ZPM in 2022. Hierdoor zijn met name bij de psychische DKG-klassen en bij GGZ-MHK grote verschuivingen te zien. De reden hiervoor is dat de DKG-indeling dit jaar op twee jaar aan ZPM-data is bepaald. Ook is het aantal ggz-gebruikers in 2023 gestegen.

4.3 *Ontwikkeling kostenpatronen*

In het somatische onderzoeksbestand blijken de gemiddelde kosten in 2024 sterk gestegen (6,9%) ten opzichte van 2023. Van 2022-op-2023 was de kostenstijging vergelijkbaar (6,7%) ten opzichte van 2022 (ter vergelijking, vorig jaar was de stijging nog 3,2%). Deze sterke kostenstijging volgt echter de algemene kostenontwikkeling (volgens de Zorgcijfersdatabank). Op verzekeraarsniveau hebben de somatische kosten zich stabielier ontwikkeld dan vorig jaar: zowel de GGAV als de bandbreedte tussen verzekeraars zijn duidelijk gedaald. De

bandbreedte is gedaald van 973 euro vorig jaar, naar 620 euro dit jaar en de GGAV is afgenomen van 100 naar 74 euro. Gecorrigeerd voor overstappers, blijft hier nog een GGAV van 35 euro over. De overstappers verklaren hiermee ongeveer de helft van de kostenmutaties (vorig jaar was dit nog twee derde).

De GGAV voor de kostenontwikkeling laat zien dat er een stabielere ontwikkeling is geweest van 2023-op-2024 dan van 2022-op-2023: de totale GGAV is met 22,9 euro gedaald (van 46,3 naar 27,7). Daarmee is de GGAV ook lager dan voor 2021-op-2022 (28,8). Voor alle kenmerken is de GGAV gedaald, waarbij de grootste daling te zien is bij HSM. Dit komt doordat er in vereveningsjaar 2024 minder grote wijzigingen plaatsvonden aan de somatische morbiditeitskenmerken dan in 2023. Wanneer gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling per sector, daalt de totale GGAV nog verder naar 19,8.

De ggz-kosten zijn gebaseerd op ZPM-declaraties over negen kaskwartalen gecombineerd met de daadwerkelijke (maximale) ZPM-tarieven. De gemiddelde totale ggz-kosten bedragen 442 euro per verzekerdenjaar (vorig jaar 389 euro per verzekerdenjaar). Verder valt op dat de gemiddelde ggz-kosten op verzekeraarsniveau zich stabiel hebben ontwikkeld dan vorig jaar (de GGAV is afgenomen van 18 naar 16 euro). Als wordt gecorrigeerd voor overstappers, blijft hier nog een GGAV van 9 euro over.

De gemiddelde ggz-kosten per risicoklasse uit het model 2025 blijken ongeveer even stabiel als vorig jaar. De totale GGAV is voor 2023-op-2024 met 10,2 iets hoger dan de GGAV van 2022-op-2023 (9,9 euro). De GGAV stijgt met maar 0,3 euro omdat de stijgers (met name MHK, leeftijd/geslacht en AVI) gecompenseerd worden door dalers (met name SES en FKG). De kosten per risicoklasse hebben zich daarmee ongeveer even stabiel ontwikkeld als vorig jaar.

4.4 *Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico*

Ten tijde van het uitvoeren van het onderzoek is de hoogte van het verplicht eigen risico voor 2027 nog niet bekend. Hierdoor is voor het onderzoek uitgegaan van een verplicht eigen risico van 385 euro. Daarnaast zijn de analyses ook uitgevoerd voor een verplicht eigen risico van 460 euro. Bij een verplicht eigen risico van 385 euro is te zien dat de gemiddelde eigen betaling overall stijgt met 3,2 euro van 238 euro naar 241 euro. De frequentieverdelingen van de kosten onder het verplicht eigen risico in het nieuwe onderzoeksbestand komen goed overeen met die in het bestand van vorig jaar. Voor zowel de niet-forfaitaire groep als de forfaitaire groep is het percentage verzekerden dat het eigen risico volmaakt met ongeveer een procentpunt gestegen. Dit is een gevolg van de algehele stijging van de kosten die onder het verplicht eigen risico vallen. De eigen betaling stijgt tussen 2023 en 2024 licht in de middelste leeftijdsgroepen en daalt juist bij de jongste en oudste verzekerden, waarbij de daling bij ouderen het grootst is. Op het niveau van de leeftijd/ geslachtklassen van het vereveningsmodel bedraagt de GGAV ten opzichte van 2023 1,3 euro (vorig jaar nog 2,1 euro).

De wijzigingen per 2027 in de FKG- en DKG-criteria leiden ertoe dat de forfaitaire groep met 1,4 procentpunt toeneemt. Omdat de relatief duurdere verzekerden uit

de niet-forfaitaire groep verschuiven naar de forfaitaire groep en daar relatief goedkoper zijn, dalen de gemiddelde eigen betalingen in beide groepen.

Bij een verplicht eigen risico van 460 euro bedraagt de gemiddelde eigen betaling 279,9 euro in 2024, een stijging van 4 euro ten opzichte van 2023 (275,9 euro). De frequentieverdeling van de eigen betalingen tussen 2023 en 2024 zijn vergelijkbaar. De eigen betaling neemt toe met leeftijd en tot ongeveer 70 jaar is deze voor vrouwen groter dan voor mannen, daarboven is dit omgekeerd. De verschillen tussen 2023 en 2024 zijn klein: een lichte stijging in de middengroep en een daling bij de jongste en oudste verzekerden, net als bij een verplicht eigen risico van 385 euro. Verdere vergelijking met een verplicht eigen risico van 385 euro laat zien dat ook hier de modelwijzigingen per 2027 ervoor zorgen dat de forfaitaire groep met 1,4 procentpunt toeneemt. Verder neemt de gemiddelde eigen betaling toe van 241,4 naar 279,9 euro zonder dat de omvang van de forfaitaire en niet-forfaitaire groep verandert. Deze toename slaat, zoals verwacht, vooral neer bij de forfaitaire groep.