

Onderzoek risicoverevening 2024: Berekening Normbedragen

Onderzoek voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

ESHPM-projectteam risicoverevening *

Definitieve eindrapportage, 3 oktober 2023 **

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 prof. dr. F.T. Schut, prof. dr. M. Varkevisser en de leden van de WBR voor hun commentaar op een eerdere versie 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 2024 bestond uit vier fasen:

1. 'Pre Overall Toets' (Pre-OT, WOR 1164): in deze fase is de gezamenlijke invloed van aanpassingen in het somatisch model onderzocht op basis van het onderzoeksbestand met (oude) kostendata van 2020. Concreet ging het om regulier onderhoud aan de EHK-clusters, een update van de DKG's en grootonderhoud aan de HKG's. Verder is een model doorgerekend met hogekostencompensatie (HKC). In de Pre-OT is vooral gekeken naar het effect op de normbedragen en verevenende werking.
2. 'Gegevensfase' (WOR 1175): in deze fase zijn nieuwe onderzoeksgegevens (onder andere kostengegevens van 2021) gecontroleerd, bewerkt en gekoppeld. Dit heeft geresulteerd in verschillende onderzoeksbestanden die – in fase 3 en fase 4 – zijn gebruikt om varianten van vereveningsmodellen te schatten voor de somatische zorg, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en eigen betalingen onder het verplicht eigen risico.
3. 'Overall Toets' (OT, WOR 1176): deze fase bestond uit schatting van de vereveningsmodellen van 2023 op de nieuwe onderzoeksgegevens, toetsing van de stabiliteit van de voorgenomen modelaanpassingen (waaronder constrained regression en HKC in het somatisch model), actualisering van het GGZ-regiocriterium en doorrekening/beoordeling van de Uitgangsmodellen voor 2024.¹ ***Na afronding van deze analyses is gebleken dat de in 2023 verstrekte hulpmiddelen onvolledig worden vastgelegd. Daarom zijn de normbedragen van vijf HKG's bij herschatting van het somatisch model op nul gezet. De uitkomsten staan in bijlage E van WOR 1176.***
4. 'Berekening Normbedragen' (WOR 1177): in deze fase zijn de definitieve vereveningsmodellen voor 2024 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 berekening van de normbedragen.

¹ In de WBR is besloten om – net als vorig jaar – het regiocriterium voor somatische zorgkosten niet te actualiseren. De reden daarvoor is dat actualisatie op de kostendata van 2021 ertoe zou kunnen leiden dat het regiocriterium verstoringen in regionale kostenvariatie als gevolg van de coronapandemie oppikt. In de 2024-modellen voor somatische zorg en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico wordt daarom net als vorig jaar het somatisch regiocriterium van 2022 gebruikt. Het GGZ-regiocriterium is wél geactualiseerd op 2021-data (net als vorig jaar), de uitkomsten van onze analyses in de Gegevensfase vormen namelijk geen aanleiding om van de gebruikelijke aanpak af te wijken.

Inhoud

Afkortingen	7
Managementsamenvatting	9
1. Inleiding	13
1.1. Doelstelling.....	13
1.2. Verschillen in kostendefinities: 2024 versus 2023.....	14
1.3. Verschillen in vereveningsmodellen: 2024 versus 2023.....	15
1.4. Opbouw rapportage.....	16
2. Vereveningsmodel voor somatische zorg	17
2.1. Vereveningscriteria	17
2.2. Structuur vereveningsmodel	20
2.3. Herweging naar verzekerdraming 2024	21
2.4. Schaling naar macroprestatiebedragen 2024	24
2.5. Schattingsmethode, restricties en bijstelling vanwege correctie niet-ingezetenen.	26
3. Vereveningsmodel voor GGZ	31
3.1. Vereveningscriteria	31
3.2. Structuur vereveningsmodel	32
3.3. Herweging naar verzekerdraming 2024	33
3.4. Schaling naar macroprestatiebedrag 2024	34
3.5. Schattingsmethode, restricties en bijstelling vanwege correctie niet-ingezetenen.	35
4. Vereveningsmodel voor de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico	39
4.1. Vereveningscriteria.....	39
4.2. Structuur vereveningsmodel	40
4.3. Herweging naar verzekerdraming 2024	40
4.4. Schaling naar macroprestatiebedrag 2024	41
4.5. Schattingsmethode, restricties en bijstelling vanwege correctie niet-ingezetenen.	42
5. Plausibiliteit normbedragen 2024	43
5.1. Inleiding.....	43
5.2. Somatisch model.....	43
5.3. GGZ-model.....	48
5.4. Eigen-risicomodel.....	51
5.5. Conclusies.....	52
Bijlage A. Toelichting RAS-methode	55
Bijlage B. Normbedragen 2024	57
Bijlage B.1. Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten	59
Bijlage B.2. Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten bij toepassing van hogekostencompensatie	65
Bijlage B.3. Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige GGZ	71
Bijlage B.4. Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige GGZ bij toepassing van hogekostencompensatie	75
Bijlage B.5. Normbedragen vereveningsmodel voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico	79
Referenties	81

Afkortingen

AVI	Aard Van het Inkomen (vereveningscriterium, in interactie met leeftijd)
BASIC	Databestand van Vektis met zorgkosten en kenmerken van Zvw-verzekerden
CFTR	Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator modulator (deel van FKG)
CR	Constrained regression (methode om restricties op te leggen aan de coëfficiënten van een regressieanalyse)
CVRM	Cardiovasculair Risicomanagement (onderdeel van FKG)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DKG	Diagnosekostengroepen (vereveningscriterium)
EHK	Extreem Hoge Kosten voor specifieke, dure geneesmiddelen (deel van FKG)
ELV	Eerstelijnsverblijf
ESHPM	Erasmus School of Health Policy & Management
FDG	Fysiotherapiediagnosegroepen (vereveningscriterium)
FKG	Farmaciekostengroepen (vereveningscriterium)
GGAV	Gewogen Gemiddelde Absolute Verschil (of Verandering; veelal tussen de normbedragen van twee jaren of modellen; beoordelingsmaatstaf)
GGZ	(Geneeskundige) Geestelijke Gezondheidszorg (inclusief 2 ^{de} en 3 ^{de} jaar intramurale GGZ, voorheen aangeduid met IGGZ)
GRZ	Geriatrische Revalidatiezorg
GZSP	Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen
HKC	Hogekostencompensatie
HKG	Hulpmiddelenkostengroepen (vereveningscriterium)
HSM	Historische Somatische Morbiditeit (vereveningscriterium)
IBZ	Indicator Bevalling en/of Zwangerschap (vereveningscriterium)
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (onderdeel van AVI)
MFK	Meerjarige extramurale Farmaciekosten (tijdelijk vereveningscriterium)
MHK	Meerjarig Hoge Kosten (vereveningscriterium)
MPB	Macroprestatiebedrag
MVV	Meerjarige V&V-kosten (vereveningscriterium)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OLS	Ordinary Least Squares (kleinstekwadratenmethode, schattingsmethode)
OT	Overall Toets van het risicovereveningsonderzoek
PPA	Personen Per Adres (vereveningscriterium, in interactie met leeftijd)
QP	Computerprogramma voor kwadratische programmering (schattingsmethode)
QZ	Databestand van Vektis met detailinformatie over ziekenhuisnota's van Zvw-verzekerden, bevat ook de declaraties van GRZ en eerstelijnsdiagnostiek
SEI	Seizoenarbeider en overige niet-ingezetenen (vereveningscriterium)
SES	Sociaaleconomische Status (vereveningscriterium, in interactie met leeftijd)
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	Zorgprestatiemodel (voor bekostiging van GGZ, per 2022)
Zvw	Zorgverzekeringswet

Managementsamenvatting

Deze rapportage beschrijft de berekening van de normbedragen voor de risicovereveningsmodellen van 2024 voor de somatische zorg, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Hierbij is gebruikgemaakt van de bevindingen van WOR 1175 en WOR 1176 (de rapportages van de Gegevensfase respectievelijk de Overall Toets van het Onderzoek Risicoverevening 2024) en de besluiten over de vormgeving van de vereveningsmodellen en de risicodragende kosten die mede op basis van deze rapportages zijn genomen. Tevens is gebruikgemaakt van de verzekerdenraming voor 2024 opgesteld door het Zorginstituut Nederland (ZIN) en de macroprestatiebedragen (MPB) voor 2024 vastgesteld door het ministerie van VWS.

Bijlagen B1-B5 bevatten de berekende normbedragen, in de volgorde en met de tabelnummering zoals deze ook in de Regeling risicoverevening 2024 voorkomen. De normbedragen zijn berekend op de onderzoeksbestanden beschreven in WOR 1175 en zijn gebaseerd op kostengegevens over 2021, aangevuld met de relevante vereveningscriteria afgeleid uit informatie over de periode 2016-2021, na herweging van de onderzoeksbestanden naar de verzekerdenraming voor 2024 en schaling naar het MPB van 2024.²

Wij hebben de normbedragen van 2024 op verschillende manieren gecontroleerd op plausibiliteit. Zo zijn vergelijkingen gemaakt met de normbedragen van het vereveningsmodel 2023 en met de uitkomsten van de Overall Toets (WOR 1176). Op basis van deze vergelijkingen en gegeven de bevindingen in WOR 1175 en WOR 1176 achten wij de hier berekende normbedragen van 2024 plausibel. Wel zien we de forse, maar verwachte, impact van de invoering van constrained regression in het somatisch model en de eveneens forse, maar verklaarbare, impact van de opsplitsing van jaargrensoverschrijdende behandelingen in het GGZ-model.

Een duidelijke verbetering ten opzichte van het model van 2023 is dat de negatieve normbedragen van FDG4 (-15.000 euro) en FKG21 voor cystic fibrosis/pancreasenzymen (-732 euro) door gerichte aanpassingen in de FKG's en DKG's zijn verdwenen. Dat geldt ook voor het negatieve normbedrag van de FKG voor schildklieraandoeningen (-41 euro). Verder komen er, in tegenstelling tot voorgaande jaren, geen verzekerden meer voor met negatieve

² Bij de uitvoering van de risicoverevening 2024 wordt naast de risicoklassen zoals genoemd in Bijlage B tevens onderscheid gemaakt tussen 'seizoenarbeider' en 'geen seizoenarbeider' binnen de subgroep van niet-ingezetenen. Deze risicoklassen blijven in onderhavig onderzoek buiten beschouwing omdat de niet-ingezetenen ontbreken in de onderzoeksbestanden waarop de modelschattingen plaatsvinden (via de verzekerdenraming wordt er wel rekening gehouden met de groep niet-ingezetenen als geheel). De normbedragen voor genoemde risicoklassen zijn bepaald door VWS (WOR 11ZZ) op basis van onderzoek door SEO (WOR 1172).

normkosten. Bovendien waren we vorig jaar voor het eigen-risicomodel genoodzaakt om de eigen betalingen op te hogen vanwege de (ongelijke) effecten van zorguitval in de (niet-)forfaitaire groepen; dat bleek nu niet nodig.

We plaatsen nog wel enkele kanttekeningen bij de normbedragen 2024. In de eerste plaats verdient het vastzetten van de normbedragen van vijf HKG's in het somatisch model op de waarde nul geen schoonheidsprijs: gegeven de registratieproblemen in 2023 met de betreffende hulpmiddelen, zou het beter zijn geweest deze risicoklassen helemaal te schrappen en de indeling van de afslagklasse aan te passen; dat bleek echter niet meer haalbaar. De impact van de nu gekozen last-minute oplossing is onduidelijk. In de tweede plaats is het normbedrag van MHK1 in het GGZ-model 2024 gezakt naar het niveau van de afslagklasse, waarschijnlijk als gevolg van de sterk toegenomen samenhang tussen MHK1 en DKG1. Het lijkt dan ook logisch om MHK1 en MHK0 samen te voegen. In de derde plaats leidt de vaste HKC-drempel – van 400.000 euro – in het somatisch model in de loop der tijd tot een toename van de omvang van de HKC-pool. Zo zien we nu dat de HKC-pool in het model van 2024 bijna verdubbelt in vergelijking tot het Uitgangsmodel uit de Overall Toets. Het is aan te bevelen om de HKC-drempel te laten afhangen van de feitelijke kosten in het vereveningsjaar, bijvoorbeeld door een geschikt kwantiel te nemen uit de kostenverdeling. Ten slotte lopen de normbedragen van de somatische DKG's en de psychische FKG's en DKG's niet helemaal monotoon op met het nummer van de betreffende risicoklassen, terwijl dat wel de opzet is. De invloed van deze onlogische uitkomsten op de risicoverevening als geheel is naar verwachting echter beperkt.

Vorig jaar is de herweging via de RAS-procedure vereenvoudigd. Deze procedure wordt gebruikt om het onderzoeksbestand van jaar t-3 (nu: 2021) qua prevalenties van de vereveningscriteria te laten aansluiten op de verzekerdensraming voor jaar t (nu: 2024). De vereenvoudiging was nodig omdat de toenemende complexiteit van het somatisch model ons elk jaar weer voor nieuwe problemen bij de herweging stelde die noopten tot ad hoc oplossingen terwijl bovendien de rekentijd exponentieel toenam. De vereenvoudigde herweging is in WOR 1079 met succes uitgetest op de vereveningsmodellen van 2021 en 2022: er deden zich geen problemen voor en de rekentijd nam substantieel af, terwijl de impact op normbedragen en vereveningsbijdragen zeer beperkt was. Daarom hebben we de vereenvoudigde herweging voor de berekening van de normbedragen 2023 van het somatisch model toegepast, en nu voor de normbedragen 2024. Ook dit jaar pakt de vereenvoudigde herwegingsprocedure goed uit.

Opgemerkt zij verder dat de gevolgen van de prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen die VWS sluit met farmaceuten, alleen voor wat betreft 2021 in de onderzoeksdata zijn verwerkt. De gevolgen van deze prijsarrangementen voor de kosten van latere jaren zijn vooralsnog onbekend, en konden daarom niet op detailniveau in de onderzoeksbestanden

worden verwerkt. Via het MPB komt de verwachte omvang van de prijsarrangementen wel indirect in de normbedragen 2024 tot uiting.

Ten slotte merken wij op dat bij de berekening van de normbedragen 2024 voor het somatisch model alleen impliciet – namelijk via de verzekeringenraming en het MPB – rekening is gehouden met de (in)directe effecten van de coronapandemie in 2020 en 2021 op kosten(-patronen) en vereveningscriteria. Aanvullende analyses hebben laten zien dat de somatische kosten van 2021 duidelijk minder zijn beïnvloed door de coronapandemie dan de 2020-kosten, maar dat de DKG-prevalenties – gebaseerd op DBC's van ziekenhuiszorg in 2020 – flink zijn gezakt. De aanvullende analyses laten echter ook zien dat dit – na herweging en schaling – nauwelijks gevolgen lijkt te hebben voor de normbedragen en voor de vereveningsbijdragen die daaruit zijn te berekenen voor individuele verzekeraars. Data-aanpassingen zijn daarom achterwege gelaten, mede omdat die geen garantie zouden bieden voor een betere aansluiting van de vereveningsbijdragen op de somatische zorgkosten in 2024.

Wat betreft het GGZ-model hebben wij geen aanwijzingen gevonden dat de coronapandemie aanmerkelijke invloed heeft gehad op de kosten(-patronen) in 2021. Wel maakte de invoering van het Zorgprestatiemodel (ZPM) diverse ingrepen in de data noodzakelijk om het onderzoeksbestand zo goed mogelijk representatief te maken voor 2024.

De eigen betalingen onder het verplicht eigen risico bleken in de 2021-data min of meer terug te veren naar het niveau van voor de coronapandemie, zodat de correcties die we voor het eigen-risicomodel van 2023 hebben toegepast, nu achterwege konden blijven.

1. Inleiding

1.1. Doelstelling

Deze rapportage beschrijft de berekening van de normbedragen voor de risicovereveningsmodellen 2024 van de somatische zorg³, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico van 385 euro (het 'eigenrisicomodel'). Hierbij is gebruikgemaakt van de bevindingen van WOR 1175 en WOR 1176 (de rapportages van de Gegevensfase respectievelijk de Overall Toets van het Onderzoek Risicoverevening 2024) en de besluiten over de vormgeving van de vereveningsmodellen en de risicodragende kosten die mede op basis van deze rapportages zijn genomen. Tevens is gebruikgemaakt van de verzekerdensraming voor 2024 opgesteld door het Zorginstituut Nederland (ZIN) en de macroprestatiebedragen (MPB) voor 2024 vastgesteld door het ministerie van VWS. De normbedragen zijn berekend op de onderzoeksbestanden met kostengegevens over 2021, aangevuld met de relevante vereveningscriteria afgeleid uit informatie over de periode 2016-2021.

De opzet van deze rapportage is gelijk aan die van vorig jaar (WOR 1110). De constructie van de onderzoeksbestanden is beschreven in de rapportage van de Gegevensfase (WOR 1175), samen met analyses van de ontwikkelingen in prevalenties en gemiddelde kosten van de risicoklassen binnen de vereveningscriteria. We volstaan hier daarom met de constatering dat de onderzoeksbestanden zijn gebaseerd op (kosten-)gegevens van 2021, een dekkingsgraad hebben van vrijwel 100% van de Zvw-verzekerden woonachtig in Nederland, en naar verwachting een adequaat beeld geven van de kostenpatronen in 2024 voor wat betreft somatische zorg⁴, GGZ en eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. De datakwaliteit is iets beter dan die van de onderzoeksbestanden met (kosten-)gegevens van 2020 die vorig jaar zijn gebruikt, onder meer vanwege de geringere zorguitval door corona. Voor wat betreft de kosten van ziekenhuiszorg en GGZ blijven in de onderzoeksbestanden de eventuele effecten van inkoop- en plafondafspraken tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen buiten beschouwing. Datzelfde geldt voor prijsverschillen tussen zorginstellingen.

³ De kosten van somatische zorg binnen de Zvw omvatten per 2024: de kosten van overige prestaties, ziekenhuiszorg, geriatrische revalidatiezorg (GRZ), eerstelijnsverblijf (ELV), extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V), extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten (ZG), en de kosten van geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (GZSP; voorheen Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling).

⁴ In de Gegevensfase zijn de belangrijkste (pakket)maatregelen van 2022, 2023 en 2024 in de kostengegevens (van 2021) verwerkt. Daarbij vormde een inventarisatie van beleid- en pakketmaatregelen in deze periode door het ministerie van VWS het uitgangspunt. Minder omvangrijke wijzigingen worden verdisconteerd via de schaling van de kosten in de onderzoeksbestanden naar het MPB; datzelfde geldt voor maatregelen die niet op individuniveau in de onderzoeksbestanden konden worden verwerkt.

De laatste bewerkingen die voorafgaand aan de berekening van de normbedragen op de onderzoeksbestanden worden uitgevoerd, betreffen de herweging naar de verzekeringen-raming voor 2024 en de schaling van de zorgkosten naar het MPB van 2024. Hoofdstukken 2 tot en met 4 van onderhavige rapportage beschrijven deze bewerkingen voor respectievelijk de modellen voor somatische zorg, GGZ en eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Hoofdstuk 5 doet verslag van de plausibiliteitstoets die wij op de berekende normbedragen hebben uitgevoerd. Het vervolg van dit hoofdstuk bevat een overzicht van de verschillen tussen de vereveningsmodellen van 2024 en 2023, zowel qua kostendefinities (paragraaf 1.2) als qua vereveningscriteria en schattingsmethode (paragraaf 1.3).

1.2. Verschillen in kostendefinities: 2024 versus 2023

Bij vergelijking van de normbedragen van de vereveningsmodellen van 2024 met die van 2023, moet rekening worden gehouden met de volgende verschillen in kosten(-definities) tussen de gebruikte onderzoeksbestanden:⁵

- De prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen die VWS met farmaceuten heeft afgesproken, hebben over het jaar 2021 geleid tot kortingen van rond de 425 miljoen euro⁶ op de kosten van extra- en intramuraal verstrekte geneesmiddelen.⁷ Vorig jaar ging dit voor 2020 om circa 372 miljoen euro. Deze kortingen zijn op detailniveau in de onderzoeksbestanden verwerkt.
- Met ingang van 2022 vindt de bekostiging van GGZ-aanbieders plaats op basis van het Zorgprestatie-model (ZPM). KPMG heeft voor het risicovereveningsonderzoek van twee jaar geleden (ten behoeve van de risicovereveningsmodellen van 2022) geconverteerde DBC-tarieven berekend (WOR 1037) die wij toen hebben gecombineerd met DBC-declaraties over 27 kasmaanden aangeleverd door het ZIN om per verzekerde de GGZ-kosten 2019 te berekenen (voorheen werden hiervoor de NZa-tarieven gebruikt). Voor de berekening van de GGZ-kosten 2021 is dezelfde procedure gevolgd doch met DBC-specifieke ophogingen van de KPMG-tarieven gebaseerd op de ontwikkeling van de NZa-maximumtarieven tussen 2019 en 2021.
- De invoering in de GGZ van het ZPM per 2022 is in de kostenregistratie samengegaan met de overstap van schadejaar naar boekjaar. In het kader daarvan zijn alle DBC's op 31-12-2021 afgesloten, wat heeft geleid tot een schadelastdip van ongeveer 1,5 miljard euro in 2021. We hebben daarom de feitelijk voor 2021 geregistreerde DBC's aangevuld met de vanuit 2020 overlopende DBC's naar rato van de overloop.

⁵ De verschillen in kostendefinities zijn verwerkt in de onderzoeksbestanden waarop de vereveningsmodellen worden geschat en zijn beschreven in de rapportage van de Gegevensfase (WOR 1175).

⁶ Brief van de minister aan de Tweede Kamer van 28 maart 2023 "Voortgangsbrief financiële arrangementen geneesmiddelen 2022".

⁷ Alleen voor 2021 zijn de kortingen op het vereiste detailniveau beschikbaar om te kunnen verwerken in de onderzoeksbestanden. (Verwachte) kortingen over 2022-2024 zijn verwerkt in het MPB.

1.3. Verschillen in vereveningsmodellen: 2024 versus 2023

Qua vereveningscriteria en schattingsmethode verschillen de modellen van 2024 als volgt van die van 2023:

- Somatisch model:
 - Het ZIN heeft regulier onderhoud uitgevoerd aan de EHK-clusters binnen het FKG-criterium; dit heeft met name geleid tot een nieuwe FKG voor cystic fibrosis: CFTR-modulatoren.
 - Grootonderhoud HKG's heeft elf (deels) nieuwe HKG's opgeleverd, waarvan er last-minute vijf zijn afvallen voor de verevening 2024 omdat verschillende verzekeraars waarschijnlijk niet in staat zullen zijn om te zijner tijd de benodigde informatie over in 2023 verstrekte hulpmiddelen op te leveren.⁸
 - De 209 aandoeningengroepen die de basis vormen van de DKG's zijn opnieuw geclusterd naar 26 nieuwe DKG's.
 - De indicator voor bevallen/zwanger (IBZ) is uitgebreid.
 - Net als vorig jaar is het regiocriterium niet geactualiseerd vanwege de mogelijke, tijdelijke impact van de coronapandemie op regionale kostenvariaties.
 - De normbedragen worden geschat zónder het MFK-criterium maar mét 'constrained regression' (CR) dat ervoor zorgt dat de financiële resultaten op de subgroepen ingedeeld bij MFK=0/1 naar verwachting op 0 uitkomen.
 - Na 13 jaar afwezigheid wordt in 2024 hogekostencompensatie (HKC) heringevoerd, voor 75% van de somatische kosten boven de 400.000 euro.
- GGZ-model:
 - De DKG's zijn aangepast zodat vanuit het perspectief van 2024 de juiste DBC's zijn meegeteld (ZPM-prestaties van 2023 en 2022, en pre-ZPM-DBC's van 2021 die zijn afgesloten op 31 december).
 - MHK is om dezelfde reden aangepast [ZPM-kosten van 2023 en 2022, pre-ZPM-kosten van 2021 (afgekapt op 31 december) en pre-ZPM-kosten van 2020 en 2019]. Daarbij zijn voor 2023 en 2022 de kosten van het tweede en derde jaar intramurale GGZ **wel** meegeteld bij de MHK-indeling omdat deze kosten binnen de ZPM-systematiek niet meer herkenbaar zijn.
 - Het regiocriterium is geactualiseerd met de nieuwe procedure die per 2022 wordt gehanteerd. Evenals vorig jaar leidde dit tot relatief kleine verschuivingen in de regioclusters.

⁸ Omdat dit pas op een zeer laat moment duidelijk werd, is hiermee op simpele wijze rekening gehouden door bij schatting van het model de betreffende normbedragen op 0 vast te zetten.

- Eigen-risicomodel:
 - De updates van de somatische criteria FKG's, HKG's en DKG's in het onderzoeksbestand leiden tot een kleine inkrimping van de groep verzekerden waarvoor een forfaitair bedrag aan eigen betalingen wordt gehanteerd.
 - Het regiocriterium (voor somatische zorg) is niet geactualiseerd.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving en evaluatie van deze modelwijzigingen verwijzen we naar de rapportage van de Overall Toets (WOR 1176).

1.4. Opbouw rapportage

Het volgende hoofdstuk beschrijft de structuur van het somatisch vereveningsmodel, de herweging en schaling van het betreffende onderzoeksbestand met kostengegevens over 2021 naar de verwachte populatiesamenstelling respectievelijk het kostenniveau van 2024, alsmede de schattingsmethode inclusief de restricties die zijn gehanteerd voor de berekening van de normbedragen 2024. Hoofdstuk 3 doet hetzelfde voor het GGZ-model, gevolgd door hoofdstuk 4 waarin het model voor de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico aan bod komt. Hoofdstuk 5 gaat ten slotte in op de plausibiliteit van de hier berekende normbedragen. Verder geeft bijlage A een toelichting op de RAS-methode (gebruikt voor de herweging van de onderzoeksbestanden naar de verzekerdensraming) en bevat bijlage B de berekende normbedragen. Merk op dat de in bijlage B gepresenteerde normbedragen niet rechtstreeks vergelijkbaar zijn met die van de definitieve Uitgangsmodellen in de rapportage van de Overall Toets (bijlagen E, C en D van WOR 1176) vanwege de hier toegepaste herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB.

2. Vereveningsmodel voor somatische zorg

2.1. Vereveningscriteria

Het risicovereveningsmodel 2024 voor de somatische zorg bevat 13 vereveningscriteria met in totaal 231 risicoklassen:

1. Leeftijd/geslacht: voor mannen en vrouwen indeling in achttien leeftijdsgroepen van in principe elk vijf jaar, plus twee afzonderlijke categorieën voor 0-jarigen en een categorie voor 90 jaar en ouder [in totaal $(18 + 2 + 1) \times 2 = 42$ risicoklassen]. De groep 15-24-jarigen kent een afwijkende indeling: 15-17 en 18-24 jaar. De peildatum voor de leeftijd van verzekerden is 30 juni van het (data-/verevenings-)jaar t; voor kinderen geboren in de tweede helft van jaar t wordt de leeftijd op 0 gezet.
2. Farmaciekostengroepen: 48 FKG's, gebaseerd op extramuraal afgeleverde farmacie-recepten en intramurale farmacie add-ons in jaar t-1, aangevuld met een risicoklasse voor verzekerden die bij geen enkele FKG zijn ingedeeld (in totaal 48+1 risicoklassen). Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's tegelijk zijn ingedeeld, behoudens een aantal restricties op samenloop.⁹
3. Diagnosekostengroepen: 26 DKG's, gebaseerd op clusters van combinaties van specialismen en ziekenhuisdiagnosen in min of meer medisch homogene Dxgroepen, plus enkele groepen van DBC-zorgproducten in jaar t-1, aangevuld met een risicoklasse voor verzekerden die niet zijn ingedeeld in een DKG (in totaal 27 risicoklassen). Verzekerden kunnen in meerdere DKG's zijn ingedeeld én kunnen

⁹ Indien een verzekerde is ingedeeld bij meerdere FKG's binnen de volgende sets van FKG's dan telt alleen de eerdergenoemde:

- diabetes type I met hypertensie > diabetes type I zonder hypertensie > diabetes type II met hypertensie > diabetes type II zonder hypertensie > schil diabetes insuline > schil diabetes orale medicatie
- neuropathische pijn > chronische pijn exclusief opioïden
- chronische pijn exclusief opioïden > psychose
- verslaving exclusief nicotine > psychose > depressie
- hartaandoeningen overig > hartaandoeningen anti-aritmica > chronische antistolling > schil CVRM
- COPD/Zware astma o.b.v. add-on > COPD/Zware astma > astma > schil COPD/astma
- pulmonale arteriële hypertensie > chronische antistolling, astma, COPD/Zware astma, schil CVRM
- schildklieraandoeningen > groeistoornissen o.b.v. add-on
- aandoeningen van hersenen/ruggenmerg MS > aandoeningen van hersenen/ruggenmerg overig
- auto-immuunziekten o.b.v. add-on > reuma, psoriasis, ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa
- kanker o.b.v. add-on > hormoongevoelige tumoren > kanker
- EHK4 > EHK3 > EHK2 > EHK1
- hypercholesterolemie, diabetes I met hypertensie, diabetes II met hypertensie > schil CVRM
- schil CVRM zwaar > schil CVRM licht
- cystic fibrosis: CFTR-modulators > cystic fibrosis/pancreasenzymen

- meerdere scores op dezelfde DKG hebben (het normbedrag van de betreffende DKG telt voor hen dan evenzoveel keer mee bij de berekening van de normatieve kosten).
4. Hulpmiddelenkostengroepen: elf HKG's, gebaseerd op het gebruik van elf (categorieën van) hulpmiddelen in jaar t-1, plus een risicoklasse voor verzekerden die deze middelen niet hebben gebruikt (in totaal 12 risicoklassen). Verzekerden kunnen bij meerdere HKG's worden ingedeeld.
 5. Aard van het inkomen (AVI) x leeftijd: volledig arbeidsongeschikten (IVA), overige arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, studenten, zelfstandigen, hoogopgeleiden en een referentiegroep (met medeverzekerden van 18 tot 69 jaar en mensen in loondienst, WW'ers en overigen). In principe wordt binnen elk van deze categorieën onderscheid gemaakt naar zes leeftijdsgroepen: 0-17, 18-34, 35-44, 45-54, 55-64 en 65-69 jaar.¹⁰ Er is een additionele risicoklasse voor 70-plussers. In totaal bestaat dit vereveningscriterium uit 36 risicoklassen.^{11,12}
 6. Regio: tien clusters van viercijferige postcodegebieden specifiek voor het somatisch model (zie bijlage A van WOR 1053 voor de creatie van de regioclusters op 2019-data, zoals die ook dit jaar worden gebruikt; zie voetnoot 1).
 7. Sociaaleconomische status (SES) x leeftijd: indeling van verzekerden in vier categorieën op basis van het totale adresinkomen (zeer laag, laag, midden en hoog) in jaar t, waarbij verzekerden die woonachtig zijn in een Wlz-instelling of met langdurig intramuraal GGZ-gebruik in jaar t-1 tot de categorie 'zeer laag inkomen' worden gerekend. Binnen elk van deze categorieën wordt onderscheid gemaakt naar drie leeftijdsgroepen: 0-17 jaar, 18-69 jaar en 70+ (in totaal 12 risicoklassen).
 8. Personen per adres (PPA) x leeftijd: indeling van verzekerden (18-plussers) in vier categorieën, namelijk verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling (met daarbinnen een opsplitsing naar blijvers en instromers op basis van de aanwezigheid van Wlz-declaraties in december van jaar t-1 en/of in jaar t), eenpersoonshuishoudens en 'overigen'. Binnen elk van deze vier categorieën wordt onderscheid gemaakt naar drie leeftijdsgroepen: 18-69 jaar, 70-79 jaar en 80+ (in totaal 13 risicoklassen, inclusief een afzonderlijke klasse voor 18-minners).
 9. Meerjarig hoge kosten (MHK): zeven groepen voor verzekerden met 3x kosten (in jaar t-3, t-2 en t-1) in de top-15%, top-10%, top-7%, top-4%, top-1,5% dan wel top-0,5%, aangevuld met een risicoklasse voor degenen met 2x kosten in de top-10% in jaar t-2

¹⁰ De 0-17-jarigen worden ingedeeld bij de laagste AVI-hoofdcategorie van de volwassenen op hetzelfde adres. Voor de 65-69-jarigen wordt de AVI-indeling genomen van toen zij 64 jaar waren.

¹¹ De AVI-klasse voor studenten heeft betrekking op verzekerden in de leeftijd van 18 tot en met 34 jaar die op 1 juni van het vereveningsjaar staan ingeschreven bij een hbo-instelling of universiteit, en die **geen** arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering krijgen.

¹² Voor de indeling bij AVI geldt als volgorde: (1) verzekerden ouder dan 69 jaar, (2) volledig arbeidsongeschikten, (3) andere arbeidsongeschikten, (4) bijstandsgerechtigden, (5) studenten (18-34 jaar), (6) zelfstandigen (exclusief degenen die tevens in loondienst zijn dan wel een WW- of andere uitkering hebben), (7) hoogopgeleiden (18-44 jaar) en (8) werknemers, WW'ers en overige verzekerden van 18 tot en met 69 jaar.

en t-1 en niet in de top-15% in jaar t-3. Hierbij worden verzekerden alleen ingedeeld in de meest selectieve groep. Verzekerden die niet zijn ingedeeld in deze zeven groepen komen in een aparte risicoklasse welke is opgesplitst op basis van het al dan niet hebben van kosten beneden het 70^{ste} percentiel in elk van de jaren t-3, t-2 en t-1. Daarmee kent het MHK-criterium 9 risicoklassen. Wlz-blijvers (dat wil zeggen: met $1 \leq \text{PPA} \leq 3$) worden sowieso bij MHK=0 ingedeeld.

10. Fysiotherapiediagnosegroepen (FDG): vier clusters van chronische diagnoses uit declaraties voor fysio- en oefentherapie in jaar t-1, aangevuld met een risicoklasse voor degenen die niet zijn ingedeeld bij een FDG (in totaal 5 risicoklassen). Verzekerden die in eerste instantie bij meerdere FDG's blijken te zijn ingedeeld, worden toegewezen aan de hoogstgenummerde FDG.
11. Meerjarige V&V-kosten (MVV): indeling van verzekerden in acht groepen op basis van hun cumulatieve V&V-kosten over de voorgaande drie jaren. Het ZIN stelt de drempelbedragen voor indeling vast op basis van de bovenste 3,5%, 3,0%, 2,5%, 2,0%, 1,5%, 1,0%, 0,5% en 0,25% van de frequentieverdeling van de cumulatieve V&V-kosten. Kinderen (18-minners) met V&V-kosten bij de hoogste 0,25% in jaar t-1 worden ingedeeld in een afzonderlijke risicoklasse. Het MVV-criterium heeft daarmee in totaal 10 risicoklassen, inclusief de klasse voor verzekerden die niet expliciet zijn ingedeeld (MVV=0). Wlz-blijvers (dat wil zeggen: met $1 \leq \text{PPA} \leq 3$) worden sowieso bij MVV=0 ingedeeld.
12. Historische somatische morbiditeit (HSM): twee risicoklassen, voor wel/niet ingedeeld in ten minste één positieve klasse van zes somatische morbiditeitscriteria in jaar t-3.
13. Indicator bevallen/zwanger (IBZ): vier risicoklassen, voor wel/niet bevallen in het vereveningsjaar opgesplitst naar zwangerschap in het vereveningsjaar of in het jaar daarvoor, afgeleid uit de kosten van kraamzorg en integrale geboortezorg.

Ten opzichte van het somatisch model van 2023 zijn de FKG-, DKG-, HKG- en IBZ-criteria aangepast. Het somatisch vereveningsmodel van 2024 onderscheidt daarmee 231 (=42+49+27+12+36+10+12+13+9+5+10+2+4) risicoklassen, twee minder dan het model van 2023. Door de introductie van CR is MFK als vereveningscriterium komen te vervallen. Deze variabele vormt nu echter de basis voor een bindende restrictie bij de schatting van het vereveningsmodel (zie paragraaf 2.5) en blijft daarom belangrijk:

14. Meerjarige farmaciekosten (MFK): twee klassen, voor wel/niet ten minste één keer extramurale farmaciekosten in de top 25% in de voorgaande drie jaren.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 van WOR 1175, heeft het ZIN een groot deel van de informatie over de vereveningscriteria van het somatisch model gebruiksklaar voor de analyses aangeleverd. Dit geldt niet voor regio (vastgesteld in bijlage A van WOR 1053 en gekoppeld via de van het ZIN afkomstige viercijferige postcode van het woonadres), MHK (bepaald op basis van de somatische kosten exclusief V&V in de onderzoeksbestanden van de OT2021-OT2023; zie paragraaf 3.8 van WOR 1175), MVV (bepaald op basis van de

cumulatieve V&V-kosten in de onderzoeksbestanden van de OT2021-OT2023; zie paragraaf 3.10 van WOR 1175), HSM (bepaald op basis van de morbiditeitscriteria in het onderzoeksbestand van de OT2021) en MFK (bepaald op basis van de extramurale farmaciekosten in de onderzoeksbestanden van de OT2021-OT2023).

De rest van dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de structuur van het somatisch model (paragraaf 2.2), de herweging van het onderzoeksbestand naar de verzekerdensraming voor 2024 (paragraaf 2.3), de schaling naar het MPB van 2024 (paragraaf 2.4) en de schattingsmethode met de bijbehorende restricties (paragraaf 2.5).

2.2. Structuur vereveningsmodel

Voor de risicoverevening 2024 zijn alle somatische kosten die ten laste komen van de Zvw ondergebracht in één model, met de $233-2=231$ risicoklassen beschreven in de vorige paragraaf als verklarende variabelen, omgezet naar evenzoveel dummy's met waarde 1 of 0, voor het wel of niet ingedeeld zijn bij de betreffende risicoklasse (uitzondering is het DKG-criterium: daarvoor kan de score per risicoklasse groter dan 1 zijn; het maximum blijkt in zowel het onderzoeksbestand als de verzekerdensraming van 2024 op 5 te liggen).

Het model voor de somatische zorgkosten is geschat met de kleinste kwadratenmethode (OLS), dat wil zeggen: de naar het MPB 2024 geschaalde kosten zijn met OLS (multivariaat) geregresseerd op de 231 verklarende variabelen (analyse niveau: de 17,6 miljoen afzonderlijke records in het onderzoeksbestand met 2021-data, herwogen naar de verzekerdensraming voor 2024 met de in paragraaf 2.3 beschreven RAS-methode). Nieuw ten opzichte van vorig jaar is dat een restrictie op $MFK=1$ – dat de normkosten voor deze subgroep gelijk moeten zijn aan de werkelijke kosten –, er naar verwachting voor zorgt dat de financiële resultaten op zowel de subgroep met $MFK=1$ als op die met $MFK=0$ op nul uitkomen. Ook nieuw is dat bij de schatting van het model de normbedragen op nul worden gezet voor vijf HKG's waarvan de verwachting is dat sommige verzekeraars de benodigde informatie over de onderliggende hulpmiddelen niet zullen kunnen aanleveren voor het jaar 2023.

Diverse andere restricties op de geschatte normbedragen (zie paragraaf 2.5) zorgen ervoor dat het volledige MPB in eerste instantie wordt verdeeld op basis van leeftijd en geslacht, waarna voor elk van de andere vereveningscriteria afzonderlijk, de gewogen som van de normbedragen op macroniveau gelijk is aan nul.¹³

¹³ Onder 'de gewogen som van de normbedragen op macroniveau' verstaan we de productsom van enerzijds de normbedragen voor de afzonderlijke risicoklassen en anderzijds de aantallen verzekerden volgens de verzekerdensraming van elk van die risicoklassen.

Na 13 jaar afwezigheid wordt in het somatische vereveningsmodel van 2024 hogekostencompensatie (HKC) heringevoerd, voor 75% van de kosten op individuniveau boven de 400.000 euro. De kosten die in de HKC-pool vallen, worden achteraf gepoold. Vanwege de HKC berekenen wij in het onderhavige onderzoek twee sets van normbedragen: (1) de gebruikelijke normbedragen berekend over alle kosten die in 2024 onder de Zvw vallen en (2) de normbedragen exclusief de kosten die via de HKC worden gepoold. De eerstgenoemde set van normbedragen zal het ZIN gebruiken voor de ex-ante toekenning van de vereveningsbijdragen en de tweede set voor de uiteindelijke afrekening. De ex-post normbedragen worden in het onderhavige onderzoek geschaald naar het MPB; bij de afrekening schaaft het ZIN deze weer terug ter financiering van de daadwerkelijke kosten in de HKC-pool.

De normbedragen worden afgerond op eurocenten, waardoor de gewogen som van de normbedragen op macroniveau zeer beperkt kan afwijken van het MPB. Voor het ex-ante model 2024 blijkt deze afwijking ongeveer 158.000 euro te bedragen en voor het ex-post model 58.000, beide ver onder het theoretisch maximum van 0,05‰. Hiervoor vindt geen correctie plaats.

2.3. Herweging naar verzekerdenraming 2024

In 2021 stond 96% van de verzekerden in het onderzoeksbestand 365 dagen van het jaar ingeschreven bij dezelfde verzekeraar. Wij hebben rekening gehouden met de kortere inschrijfduur van de overige 4% verzekerden door hun kosten op te hogen naar jaarbasis en in de analyses voor hen een gewicht te hanteren dat gelijk is aan de inschrijfduur gedeeld door 365. Voor een verzekerde die bijvoorbeeld alleen de eerste 5 dagen van januari 2021 stond ingeschreven en in die periode 2.000 euro aan zorgkosten had, komt dit uit op een gewicht van $5/365 = 1/73$ met kosten op jaarbasis van $73 \times 2.000 = 146.000$ euro. Bij de schatting van de modellen worden de records in de onderzoeksbestanden gewogen met het hier beschreven gewicht zodat de totale kosten niet door de weging worden beïnvloed (in het voorbeeld: gewicht maal kosten op jaarbasis = $1/73 \times 146.000 = 2.000$ euro).

Uiteraard zal de (verwachte) samenstelling van de Zvw-populatie in 2024 – in termen van de in paragraaf 2.1 beschreven 233 risicoklassen (dus inclusief MFK) – niet (precies) gelijk zijn aan die van 2021 zoals waargenomen in het onderzoeksbestand met 2021-data, gewogen met inschrijfduur. Dit komt enerzijds door de selecties vanwege onbruikbare data – zoals het buiten beschouwing laten van Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland (zie WOR 1175, Tabel 2.2) – en anderzijds door de veranderde samenstelling en omvang van de bevolking over de periode 2021-2024. Het ZIN heeft daarom voor de Zvw-populatie van 2024 per vereveningscriterium een verzekerdenraming gemaakt (gebaseerd op onder meer de bevolkingsprognoses voor 2024 van het CBS, het PersoonsKenmerkenBestand van het ZIN

d.d. juni 2023 en de trendmatige ontwikkelingen in de vereveningscriteria).¹⁴ Hiermee is het onderzoeksbestand herwogen, per record rekening houdend met de zojuist beschreven weging voor inschrijfduur.

De herweging met behulp van de RAS-methode gaat in eerste instantie uit van veertien tabellen, afgeleid uit het spreadsheet dat het ZIN heeft aangeleverd met de verzekerdeneraming voor 2024. Deze tabellen corresponderen rechtstreeks met de vereveningscriteria van het somatisch model (zie paragraaf 2.1) en waren vanaf de invoering van de Zvw in 2006 allemaal uitgesplitst naar leeftijd en geslacht in de gebruikelijke $21 \times 2 = 42$ klassen. Bij toepassing van de RAS-methode zorgde de sterke toename van het aantal vereveningscriteria en risicoklassen in het somatisch vereveningsmodel de laatste jaren echter steeds vaker voor problemen, die handmatig moesten worden opgelost terwijl bovendien de rekentijd exponentieel toenam. Daarom zijn in WOR 1079 alternatieven verkend. Op basis van de uitkomsten is de herweging per 2023 als volgt aangepast:

1. de opsplitsing naar leeftijd/geslacht van alle vereveningscriteria is geschrapt, op die van regio na (vanwege de regionale oriëntatie van diverse verzekeraars) en met handhaving van de uitsplitsingen van AVI, SES en PPA naar leeftijd zoals toegepast in het vereveningsmodel;
2. de scores op alle DKG's – die kunnen lopen van 0 tot 5 – worden gemaximeerd op 1;
3. de (geringe) afwijkingen van de verzekerdeneramingen voor $DKG > 0$ die ontstaan door maximering van de scores op 1, worden ondervangen door bij de operationalisering van de gebruikelijke restricties (zie paragraaf 2.5.2) voor elk van deze risicoklassen uit te gaan van de feitelijke verzekerdeneraming van het ZIN.

Door toepassing van deze procedure bij het schatten van de somatische modellen 2021 en 2022 werd de kans op problemen gereduceerd tot vrijwel 0 en werd bovendien de rekentijd aanzienlijk teruggebracht. Daarbij was de impact op de normbedragen en op de vereveningsbijdragen van verzekeraars beperkt. De per 2023 aangepaste herweging is ook nu weer toegepast; net als vorig jaar pakte de procedure ook dit jaar goed uit.

Voor de meeste vereveningscriteria volstaat de beschikbaarheid van simpele, ééndimensionale tabellen om de herwegingsprocedure te kunnen toepassen. Dat geldt niet voor de meervoudige FKG-, DKG- en HKG-criteria. Zo levert iedere FKG een eigen tabel op (elk met

¹⁴ In de oorspronkelijke verzekerdeneraming voor 2024 van het ZIN komen ongeveer 246.000 verzekerdeneraren voor waarvan regio, SES en PPA onbekend zijn. Dit betreft vrijwel uitsluitend Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland. Ten behoeve van onderhavige analyses heeft het ZIN deze verzekerden naar rato verdeeld over de betreffende risicoklassen in het vereveningsmodel, rekening houdend met leeftijd. Omdat voor deze groep ook de FKG-, DKG-, HKG- en FDG-prevalenties onbekend zijn, heeft het ZIN een procedure gehanteerd die ervan uitgaat dat het gemiddelde normbedrag voor FKG'ers in deze groep uitkomt op 75% van het normbedrag voor FKG0. De overeenkomstige cijfers voor DKG, HKG en FDG zijn respectievelijk 75%, 75% en 90%, en voor zowel HSM als MFK 100%. Dit heeft verder geen consequenties voor onze analyses. (Niet-ingezetenen worden op reguliere wijze ingedeeld bij leeftijd/geslacht, AVI, MHK, MVV en IBZ.)

maar twee waarden: wel of niet ingedeeld bij de betreffende FKG) omdat verzekerden meerdere FKG's kunnen hebben en de prevalenties van elke tabel moeten optellen tot **precies** het totaal aantal verzekerdenjaren van de raming (voor 2024 is dat 17,8 miljoen). Voor de herweging levert het FKG-criterium daarom niet 1, maar 49 tabellen. Analoog leveren de DKG's en HKG's 27 respectievelijk 12 tabellen. Het totaal aantal tabellen waarmee de herweging plaatsvindt, komt daarmee op 88 (= 49+27+12) plus 10 voor de resterende criteria. Samen dus voor 13 (= 1+1+1+10) criteria; niet de 14 opgesomd in paragraaf 2.1, omdat regio in interactie met de 42 leeftijd/geslachtklassen meeloopt.¹⁵

Zoals gebruikelijk is voor de herweging van het onderzoeksbestand naar de verzekerdenraming de RAS-methode toegepast. Deze methode, in meer detail beschreven in bijlage A, combineert genoemde 98 tabellen tot één 98-dimensionale matrix. Combinatie van deze matrix met de overeenkomstige matrix berekend op het onderzoeksbestand zelf, geeft vervolgens de benodigde gewichten per subgroep. Als we ten slotte de afzonderlijke waarnemingen in het onderzoeksbestand hiermee wegen, leidt dat tot gewogen verzekerdenaantallen die, uitgesplitst naar elk van de vereveningscriteria afzonderlijk, in principe overeenkomen met de verzekerdenraming. Dat geldt niet precies voor de DKG's omdat DKG-scores groter dan 1 niet expliciet meelopen bij de uitvoering van de herwegingsprocedure. Zoals bovenbeschreven wordt hiervoor gecorrigeerd door bij de operationalisering van de gebruikelijke restricties (zie paragraaf 2.5.2) voor elk van de betrokken risicoklassen uit te gaan van de feitelijke verzekerdenraming van het ZIN.

Slechts een fractie van alle cellen die de wegingsmatrix in **theorie** kan bevatten, blijkt in het onderzoeksbestand daadwerkelijk voor te komen. Voor de 2,88 miljoen niet-lege cellen in de wegingsmatrix (i.e. het aantal subgroepen dat in de **praktijk** voorkomt) ligt 98% van de herwegingsgewichten tussen de 0,74 en 1,48 en 90% tussen 0,87 en 1,22 (gewogen met de omvang van de subgroepen). Deze marges zijn wat groter dan vorig jaar, maar veel kleiner dan die gevonden bij de schatting van de normbedragen voor het risicovereveningsmodel 2022 (WOR 1054, paragraaf 2.3) – een gevolg van de bovenbeschreven vereenvoudiging van de herweging die met ingang van vorig jaar wordt toegepast. In tegenstelling tot voorgaande jaren komen nu – op twee uitzonderingen na – geen (extreme) herwegingsgewichten van kleiner dan 0,10 of groter dan 10 voor. Het belang van dergelijke gematigde gewichten is dat records met extreem hoge (of lage) kosten niet per toeval zwaar gaan meetellen bij het berekenen van de normbedragen (herwegingsgewicht > 10) of juist bijna helemaal niet meetellen (herwegingsgewicht < 0,10).

¹⁵ Merk op dat MFK ook wordt betrokken bij de herweging naar de verzekerdenraming om ervoor te zorgen dat de CR-restrictie op MFK=1 op het juiste aantal verzekerdenjaren wordt gebaseerd.

2.4. Schaling naar macroprestatiebedragen 2024

Na koppeling van de wegingsmatrix aan het onderzoeksbestand met 2021-data, zijn de gewogen gemiddelde kosten per verzekerdenjaar berekend voor de volgende deelprestaties:

1. ziekenvervoer
2. huisartsenzorg, inclusief multidisciplinaire zorg
3. paramedische zorg
4. farmaceutische zorg
5. verloskunde
6. kraamzorg
7. hulpmiddelen
8. mondzorg
9. extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V)
10. extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG)
11. eerstelijnsverblijf (ELV)
12. eerstelijnsdiagnostiek
13. variabele kosten medisch-specialistische zorg, inclusief tweedelijnsverloskunde¹⁶
14. geriatrische revalidatiezorg (GRZ), inclusief geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (GZSP)
15. geneeskundige GGZ

De kosten van de deelprestaties (1) tot en met (11) en GZSP zijn – waar nodig in bijgewerkte vorm (zie WOR 1175, paragraaf 2.5.1) – afkomstig uit BASIC en omvatten acht kaskwartalen. Gegevens over de deelprestaties (12) tot en met (14) komen uit QZ, na bewerking en toedeling naar de deelprestaties door Vektis (WOR 1169). Dit gaat dus hoofdzakelijk om kosten gemaakt in het ziekenhuis, over negen kaskwartalen (zie WOR 1108, paragraaf 2.5.3). De kosten van deelprestatie (15) hebben wij bepaald via een combinatie van de door Vektis en het ZIN aangeleverde GGZ-declaraties (over negen kaskwartalen) met de door KPMG voor datajaar 2019 berekende DBC-tarieven van het ZPM, opgehoogd met DBC-specifieke factoren gebaseerd op de ontwikkeling van de NZa-maximumtarieven van 2019-op-2021. De kosten van integrale geboortezorg, die per 2021 afzonderlijk in BASIC zijn opgenomen, hebben we toegerekend aan de kosten MSZ, verloskunde en kraamzorg in de verhoudingen 0,538 : 0,168 : 0,294; dit zijn dezelfde toerekeningsverhoudingen die VWS gebruikt bij de opstelling van het MPB.

Het ministerie van VWS heeft voor elk van bovengenoemde deelprestaties afzonderlijk het

¹⁶ Tweedelijnsverloskunde staat hier apart vermeld omdat de betreffende kosten niet meetellen voor het verplicht eigen risico. Deze kosten worden daarom buiten beschouwing gelaten bij de bepaling van de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico (zie hoofdstuk 4).

MPB aangeleverd, uitgaande van de VWS-begroting voor 2024. De verhoudingen van de gemiddelde kosten in het herwogen onderzoeksbestand ten opzichte van de overeenkomstige cijfers van het MPB geven voor elk van de vijftien deelprestaties een afzonderlijke ophoogfactor. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de ophoogfactoren waarbij – op verzoek van VWS – de informatie over de deelprestaties die vallen onder de somatische kosten geaggregeerd is weergegeven.¹⁷

Tabel 2.1. MPB 2024 en ophoogfactoren van het onderzoeksbestand 2021 (na herweging naar de verzekerdraming 2024) naar het MPB 2024

	Bedragen in mln. euro's	Bedragen in euro's per verz.jaar		Ophoog- factoren ^b
	MPB 2024 ^a	MPB ^a	Onderzoeksbestand	
Somatische kosten	54369.2	3052.73	2652.84	1.15074
Geneeskundige GGZ (18+) ^c	5295.8	363.95	324.57	1.12133
Vaste zorgkosten ^d	998.8			
MPB totaal	60663.9	---	---	---

^a VWS heeft de macrobedragen van het MPB 2024 aangeleverd in miljoenen euro's. De gemiddelde bedragen zijn berekend door de macrobedragen te delen door de aantallen verzekerdenjaren uit de verzekerdraming voor 2024, te weten 17.810.000 (hele populatie) respectievelijk 14.551.000 (18+).

^b Door afronding sporen de ophoogfactoren in de laatste kolom niet precies met de gemiddelden in de voorgaande kolommen. Alle onderliggende berekeningen zijn uitgevoerd met niet-afgeronde cijfers.

^c GGZ-kosten (18+) worden hier ook opgehoogd, omdat deze meetellen voor het verplicht eigen risico en daarom meelopen in het eigen-risicomodel (hoofdstuk 4). De tabel vermeldt de gemiddelde GGZ-kosten van 18-plussers.

^d Voor de volledigheid – zodat de onderste regel het volledige MPB kan vermelden – bevat de tabel ook de vaste zorgkosten. Omdat in het onderzoeksbestand relatief weinig vaste zorgkosten voorkomen (ongeveer 155 miljoen euro), is voor deze kostenpost geen ophoogfactor berekend. Dit impliceert tevens dat deze kosten niet meelopen bij de schatting van het eigen-risicomodel in hoofdstuk 4.

Voor de somatische kosten laat Tabel 2.1 een ophoogfactor zien van 1,15074. Benadrukt zij dat bij de databewerkingen feitelijk is gewerkt met vijftien ophoogfactoren voor de vijftien afzonderlijke deelprestaties uit bovenstaande opsomming. Bij de ophoging moet verder worden bedacht dat er drie jaren liggen tussen het gegevensjaar 2021 waarop we het model schatten en het vereveningsjaar 2024 waarop de normbedragen van toepassing zijn. Daar staat tegenover dat het gemiddelde kostenniveau, zoals waargenomen in het onderzoeksbestand met kostengegevens van 2021, al met 3,1% stijgt door de herweging naar de verzekerdraming 2024 (2.653 euro in Tabel 2.1 versus 2.574 euro in Tabel 2.7 van de Gegevensrapportage).¹⁸ De kostenstijging als gevolg van herweging is daarmee in lijn met de gemiddelde stijging van rond de 2,5% die we de afgelopen jaren hebben gezien (met uitzondering van 2022, toen deze kostenstijging werd getemperd door de verwachte, coronagerelateerde daling van de DKG-prevalenties). De ophogingen van de somatische en GGZ-kosten met 15% respectievelijk 12% hebben verder vooral te maken met de – feitelijke plus verwachte – loon- en prijsstijgingen tussen 2021 en 2024.

¹⁷ Het MPB 2024 is door het ministerie van VWS vastgelegd in de Regeling risicoverevening 2024.

¹⁸ De kostenstijging als gevolg van herweging is het saldo van de effecten van vergrijzing (stijging) en van correctie voor de afwezigheid van niet-ingezetenen in het onderzoeksbestand (daling), terwijl die groep wel in de verzekerdraming zit.

De opgehoogde kosten worden enerzijds gebruikt voor de schatting van het ex-ante model en anderzijds voor het model na toepassing van HKC. Voor laatstgenoemd model zijn de kosten van de verzekerden die boven de 400.000 euro uitkomen verlaagd met 75% van de kosten die boven deze drempel liggen. Rekening houdend met de herweging en schaling blijkt de HKC-pool 114,4 miljoen euro te omvatten van ruim 950 verzekerdenjaren – ongeveer het dubbele van de poolomvang gevonden in de Overall Toets (paragraaf 2.4.4 van WOR 1176). De normbedragen van het model met HKC zijn vermenigvuldigd met $1,002108 [= 54369,2 / (54369,2 - 114,4)]$ om weer op het MPB (in Tabel 2.1) uit te komen.

2.5. Schattingsmethode, restricties en bijstelling vanwege correctie niet-ingezetenen

2.5.1. Schattingsmethode

Tot dit jaar werd het somatisch vereveningsmodel geschat met de multivariate kleinste-kwadratenmethode (OLS). Dat zorgde ervoor dat de gemiddelde **normatieve kosten** voor elk van de risicoklassen die het model expliciet onderscheidt, in principe gelijk waren aan de gemiddelde **werkelijke kosten** waarop de schatting werd uitgevoerd (afgezien van de invloed van de restricties op de FKG's, DKG's en HKG's en uitgaande van het MPB als kostenniveau). Met ingang van dit jaar wordt het model geschat met constrained regression (CR) voor MFK. Dit houdt in dat MFK als vereveningscriterium wordt vervangen door een bindende restrictie ('constraint') die ervoor zorgt dat de gemiddelde normatieve kosten voor de twee risicoklassen van MFK (toch) gelijk zijn de gemiddelde werkelijke kosten. Door de toepassing van CR voor MFK bij de schatting van het model van 2024 geldt echter voor de andere 231 risicoklassen van het somatisch model dat normatieve en werkelijke kosten niet langer aan elkaar gelijk hoeven te zijn.

2.5.2. Bindende restricties

Bij de schatting van het somatisch vereveningsmodel zijn zodanige, bindende restricties ingebouwd voor de FKG-risicoklassen – inclusief FKG0 – dat op macroniveau (dat wil zeggen: gewogen met het aantal verzekerdenjaren) de normbedragen voor alle FKG's tezamen optellen tot nul. Deze restricties zijn hoofdzakelijk bedoeld ter bevordering van de transparantie en ter vereenvoudiging van de uitvoeringspraktijk (bijvoorbeeld bij de ex-post toepassing van macroneutraliteit voor bepaalde vereveningscriteria of voor bepaalde risicoklassen). De eigenschappen van de kleinste-kwadratenmethode, waarmee de normbedragen worden geschat, zouden er bij **enkelvoudige** toepassing van vereveningscriteria (dat wil zeggen: elke verzekerde is binnen een vereveningscriterium precies één keer in één risicoklasse ingedeeld) voor zorgen dat bedoelde restricties geen gevolgen hebben voor de uitkomsten van het model. In eerder onderzoek is echter gebleken dat de combinatie van restricties en **meervoudige**

FKG's geen noemenswaardige gevolgen heeft, noch voor de normkosten op individuniveau, noch voor de resultaten op verzekeraarsniveau. Hetzelfde blijkt, in iets mindere mate, te gelden voor de meervoudige DKG's en HKG's.¹⁹

De afgelopen jaren hadden de restricties op de normbedragen voor FKG's, DKG's en HKG's tot gevolg dat de gemiddelde **normatieve** kosten per FKG, per DKG en per HKG niet precies gelijk waren aan de gemiddelde **werkelijke** kosten. Door de toepassing van CR voor MFK bij de schatting van het model van 2024 geldt echter voor alle 231 risicoklassen van het somatisch model dat normatieve en werkelijke kosten ongelijk zijn; de gemiddelde afwijking (GGAA) blijkt 59 euro te bedragen. Voor MFK=0/1 zijn de gemiddelde normatieve en werkelijke kosten wel gelijk vanwege de constraint.

Bindende restricties van een andere aard gelden in het model van 2024 voor vijf HKG's en hebben ermee te maken dat verschillende verzekeraars waarschijnlijk niet in staat zullen zijn om te zijner tijd de benodigde informatie op te leveren over in 2023 verstrekte hulpmiddelen.²⁰ Vanwege het late moment waarop dit bekend werd, was het niet mogelijk de verzekerdenraming aan te passen (door bijvoorbeeld HKG's te schrappen en de prevalentie van HKG0 op te plussen) en te verwerken in de in paragraaf 2.3 beschreven herweging van het onderzoeksbestand. Daarom is ervoor gekozen om de normbedragen van de betrokken HKG's bij het schatten van het model op nul vast te zetten. Voor zover mogelijk worden daardoor de meerkosten van deze HKG's opgepikt door gerelateerde risicoklassen. In de praktijk blijkt dit maar zeer beperkt te lukken, zodat bijvoorbeeld in het ex-ante model een gemiddelde ondercompensatie resulteert van 2.200 euro voor de verzekerden ingedeeld bij ten minste één van de vijf HKG's.

2.5.3. Niet-bindende restricties

Naast de bovengenoemde bindende restricties wordt bij de schatting van het somatisch vereveningsmodel een aantal niet-bindende restricties gehanteerd. Hiermee wordt bedoeld op restricties die **geen enkele invloed** hebben op de normatieve kosten die met het model voor individuele verzekerden kunnen worden berekend. Concreet houdt dit in dat als we deze restricties zouden weglaten bij de schatting van het model, het model voor elke individuele verzekerde **exact** dezelfde waarde van de normatieve kosten zou genereren als met restricties het geval is. De restricties worden hoofdzakelijk toegepast ter vergroting van de transparantie van de resulterende set van normbedragen en ter vereenvoudiging van de uitvoering van de risicoverevening (bijvoorbeeld bij toepassing van criteriumneutraliteit).

¹⁹ Zoals in paragraaf 2.3 beschreven komt daar nog bij dat de restricties op de normbedragen voor DKG>0 direct worden gebaseerd op de prevalenties uit de verzekerdenraming omdat de vereenvoudigde herweging niet precies op de juiste prevalenties uitkomt voor deze risicoklassen.

²⁰ Dit gaat om de HKG's voor incontinentie- en stomamateriaal, voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen), insulinepompen, glucosemonitors en draagbare infuuspompen.

In de eerste plaats gaat het om een restrictie op de normbedragen voor leeftijd/geslacht, welke ervoor zorgt dat het volledige MPB wordt verdeeld op basis van dit vereveningscriterium. In de tweede plaats is het model geschat met restricties op de normbedragen van de 36 risicoklassen voor AVI x leeftijd. Deze restricties zorgen ervoor dat de normbedragen voor de zeven AVI-hoofdcategorieën (volledig arbeidsongeschikten, overige arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, studenten, zelfstandigen, hoogopgeleiden en de referentiegroep) **per leeftijdsgroep** (0-17, 18-34, 35-44, 45-54, 55-64 en 65-69 jaar) op macroniveau optellen tot nul. Dit voorkomt dat een deel van de leeftijdseffecten 'weglekt' via de interacties tussen AVI en leeftijd. Om dezelfde reden gelden analoge restricties voor SES x leeftijd en PPA x leeftijd. In de derde plaats is voor de MHK-klassen een restrictie opgelegd die ervoor zorgt dat de gewogen som van de betreffende normbedragen op macroniveau uitkomt op nul. Overeenkomstige restricties zijn opgelegd voor – afzonderlijk – FDG, regio, MVV, HSM en IBZ.

2.5.4. Waardebereik van normatieve kosten

In de OT van dit jaar bleek het model 2024 voor ruim 100 verzekerden normatieve kosten kleiner dan 0 euro te genereren (WOR 1176, Tabel 2.22). Na schatting van het definitieve vereveningsmodel 2024 op het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand blijkt dit nu in het geheel niet meer voor te komen.

De hoogste normatieve kosten die het ex-ante vereveningsmodel 2024 genereert in het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand met 2021-data bedragen 757.000 euro (95 verzekerdenjaren komen hier met hun werkelijke kosten nog bovenuit). Deze normkosten liggen ruim 100.000 euro beneden het niveau dat we vorig jaar vonden voor het vereveningsmodel van 2023. Vooral voor de verzekerden ingedeeld bij de EHK-clusters van het FKG-criterium zijn de normatieve en werkelijke kosten extreem hoog. De daling van de maximale normkosten is dan ook toe te schrijven aan EHK4 (= FKG48), waarvan de prevalentie is verdubbeld door uitbreiding met een nieuw middel (ZIN, 2023). Exclusief verzekerden ingedeeld bij de vier EHK-clusters bedragen de normatieve kosten maximaal 240.000 euro (vorig jaar: 214.000 euro).

2.5.5. Bijstelling vanwege verwachte ondercompensatie niet-ingezetenen

Bij de opstelling van de verzekerdenraming houdt het ZIN rekening met het feit dat wij – zoals gebruikelijk – de niet-ingezetenen hebben verwijderd uit de onderzoeksdata, zodat het bestand na herweging de gehele populatie van Zvw-verzekerden in 2024 vertegenwoordigt en zodat de op het herwogen en geschaalde bestand berekende normbedragen het volledige MPB verdelen. Met deze normbedragen berekent het ZIN de vereveningsbijdrage voor niet-ingezetenen, deels op basis van hun feitelijke indeling bij leeftijd/geslacht, AVI, MHK en MVV

en deels via extra risicoklassen van FKG, DKG, HKG, FDG en HSM waarvoor vaste percentages van de normbedragen van de respectievelijk afslagklassen worden gehanteerd (zie de betreffende voetnoot in paragraaf 2.3). Uit WOR 1172/1185 blijkt dat dit voor het somatisch model 2024 leidt tot ondercompensatie van niet-ingezetenen. Gecombineerd met de verzekerenraming komt de ondercompensatie voor deze groep als geheel uit op 17,6 miljoen euro. Het ZIN kent daarom (gemiddeld) positieve normbedragen toe voor niet-ingezetenen via het criterium SEI. Ter compensatie hebben wij de hier berekende normbedragen in een laatste stap verlaagd met een fractie van het MPB in Tabel 2.1: $17,6 / 54369,2 = 0,000324$.²¹

²¹ Deze bijstelling geldt voor het ex-ante model; voor het ex-post model (met toepassing van HKC) is dit 0,000322.

3. Vereveningsmodel voor GGZ

3.1. Vereveningscriteria

Het risicovereveningsmodel 2024 voor de geneeskundige GGZ beperkt zich tot verzekerden van 18 jaar en ouder en bevat – evenals het model van 2023 – 8 vereveningscriteria met in totaal 124 risicoklassen:

1. Leeftijd/geslacht: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatisch model, maar dan zonder 18-minners (30 risicoklassen).
2. Negen FKG's voor psychische aandoeningen gebaseerd op extramuraal afgeleverde farmacierecepten in jaar t-1, plus een restgroep voor de verzekerden die niet in een psychische FKG zijn ingedeeld (in totaal 10 risicoklassen). Verzekerden kunnen bij meerdere psychische FKG's tegelijk zijn ingedeeld, behoudens enkele restricties op samenloop.²²
3. Model 2022 kende nog 19 DKG's voor psychische aandoeningen gebaseerd op DBC's en zorgprofielen van intramurale GGZ-behandelingen in de jaren t-3, t-2 en/of t-1 plus een klasse (DKG1) voor gebruikers van de Basis GGZ in jaar t-1. Per 2023 is DKG3 aan laatstgenoemde klasse toegevoegd en zijn twee DKG's gebaseerd op intramuraal zorggebruik in eerdere jaren, samengevoegd.²³ Samen met een klasse voor de verzekerden die in geen enkele psychische DKG zijn ingedeeld, geeft dit 17 risicoklassen per 2023, die ook zo in de verevening van 2024 worden gehanteerd. Van verzekerden die voor indeling bij meerdere DKG's in aanmerking komen, telt alleen de hoogstgenummerde DKG.
4. AVI x leeftijd: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatisch model (29 risicoklassen).
5. Regio: 10 clusters van viercijferige postcodegebieden specifiek voor het GGZ-model (zie bijlage B van WOR 1176 voor de actualisatie van de regioclusters op 2021-data).
6. SES x leeftijd: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatisch model (8 risicoklassen).

²² De volgende restricties zijn van toepassing:

- psychose depot: ten minste één receptregel uit de FKG psychose met een DDD-factor van ten minste 3.500
- bipolaire stoornissen complex: meer dan 90 DDD's voor bipolaire stoornis regulier én ten minste één receptregel van de indicator bipolaire stoornis complex
- zestraps-restrictie (indien een verzekerde bij meerdere van de volgende FKG's is ingedeeld, telt alleen de eerdergenoemde): psychose depot > chronische stemmingsstoornissen complex > psychose > bipolaire stoornissen complex > bipolaire stoornissen regulier > chronische stemmingsstoornissen

²³ Daarnaast houdt de nieuwe DKG-indeling rekening met de wijzigingen in declareren van DBC's per 2022 vanwege invoering van het ZPM.

7. PPA x leeftijd: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatisch model (12 risicoklassen).
8. MHK: zeven risicoklassen voor verzekerden met GGZ-kosten in de voorafgaande vijf jaar, waarbij in model 2024 voor het eerst de IGGZ-kosten van zowel jaar t-1 als t-2 meetellen voor MHK-indeling. Om administratieve onvolkomenheden te ondervangen wordt een ondergrens voor de GGZ-kosten gehanteerd, die voor de betrokken jaren rond de 200 euro ligt. Verzekerden die niet zijn ingedeeld bij MHK>0 komen in de afslagklasse terecht (in totaal 8 risicoklassen).

In totaal onderscheidt het GGZ-model 124 (= 30+10+17+29+10+8+12+8) risicoklassen.

Zoals beschreven in WOR 1175, heeft het ZIN de meeste informatie over de vereveningscriteria van het GGZ-model gebruiksklaar voor de analyses aangeleverd. Uitzonderingen zijn regio (vastgesteld in bijlage B van WOR 1175) en MHK (zie paragraaf 3.8 van WOR 1175).

De rest van dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de structuur van het vereveningsmodel voor de GGZ (paragraaf 3.2), de herweging van het onderzoeksbestand naar de verzekerdenraming voor 2024 (paragraaf 3.3), de schaling van de GGZ-kosten in het onderzoeksbestand naar het MPB van 2024 (paragraaf 3.4) en de schattingsmethode met de bijbehorende restricties (paragraaf 3.5).

3.2. Structuur vereveningsmodel

Het vereveningsmodel voor de GGZ is beperkt tot 18-plussers omdat de GGZ-kosten van 18-minners vanuit de Jeugdwet worden gefinancierd. Evenals het somatisch model is het GGZ-model lineair, waarbij de 124 risicoklassen zijn omgezet in evenzoveel dummy's (met waarden 0 of 1, voor het niet of wel ingedeeld zijn bij de betreffende risicoklasse). Restricties op de geschatte normbedragen (zie paragraaf 3.5) zorgen ervoor dat het volledige MPB wordt verdeeld op basis van leeftijd en geslacht, waarna voor elk van de andere vereveningscriteria afzonderlijk, de gewogen som van de normbedragen op macroniveau uitkomt op nul.²⁴

Evenals de afgelopen vijf jaar is voor vereveningsjaar 2024 een hogekostencompensatie (HKC) van kracht binnen het GGZ-model. Deze houdt in dat voor de 0,5% GGZ-gebruikers met de hoogste kosten, 90% van de kosten boven de 0,5%-kwantielwaarde achteraf wordt gepoold. Vanwege de HKC levert het onderhavige onderzoek twee sets van normbedragen op: (1) de gebruikelijke normbedragen berekend over alle GGZ-kosten die in 2024 onder de

²⁴ Evenals bij het somatisch model (paragraaf 2.2) kan de gewogen som van de normbedragen op macroniveau als gevolg van afronding van de normbedragen op eurocenten afwijken van het MPB (maximaal 0,2‰). Voor het ex-ante GGZ-model 2024 blijkt de afwijking ongeveer 28.000 euro te bedragen; voor het model met toepassing van HKC is dit ongeveer 5.000 euro. Beide afwijkingen liggen ver onder het theoretisch maximum.

Zvw vallen en (2) de normbedragen exclusief de kosten die via de HKC worden gepoold. De eerstgenoemde set van normbedragen gebruikt het ZIN voor de ex-ante toekenning van de vereveningsbijdragen en de tweede set voor de uiteindelijke afrekening. De ex-post normbedragen worden in het onderhavige onderzoek geschaald naar het MPB; bij de afrekening schaalt het ZIN deze weer terug ter financiering van de daadwerkelijke kosten in de HKC-pool.

3.3. Herweging naar verzekerdenraming 2024

Vanwege veranderingen in de omvang en samenstelling van de verzekerdenpopulatie wijkt het aantal verzekerdenjaren in het GGZ-onderzoeksbestand met 2021-data af van de verzekerdenraming voor 2024. Daarom wordt het onderzoeksbestand herwogen naar die raming, in principe op dezelfde wijze als voor de somatische zorg (paragraaf 2.3), maar beperkt tot 18-plussers en – net als in voorgaande jaren – inclusief interacties met leeftijd/geslacht. Voor de herweging heeft het ZIN een spreadsheet aangeleverd met de verzekerdenraming voor 2024 specifiek voor het GGZ-model, bestaande uit tabellen met verzekerdenaantallen per vereveningscriterium uitgesplitst naar leeftijd/geslacht. Daaruit hebben we de volgende 16 één-dimensionale tabellen afgeleid:²⁵

1. Tien psychische FKG's (inclusief de klasse 'geen FKG') opgesplitst naar leeftijd – in vijf klassen van 15 jaar – en geslacht (in totaal tien één-dimensionale tabellen met elk $2 \times 5 \times 2 = 20$ categorieën).
2. Zeventien psychische DKG's (inclusief de klasse 'geen DKG') opgesplitst naar leeftijd – in vijf klassen van 15 jaar – en geslacht (één tabel met $17 \times 5 \times 2 = 170$ categorieën).
3. Zeven AVI-klassen uitgesplitst naar leeftijd en geslacht [één tabel met in totaal 126 categorieën ($18 \leq \text{leeftijd} \leq 69$: $7 \times 3 \times 2 + 6 \times 2 \times 2 + 5 \times 5 \times 2 = 116$ categorieën; ≥ 70 : $1 \times 5 \times 2 = 10$ categorieën)].
4. Tien regioclusters voor GGZ-kosten, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (één tabel met $10 \times 15 \times 2 = 300$ categorieën).
5. Vier SES-klassen naar leeftijd en geslacht (één tabel met $4 \times 15 \times 2 = 120$ categorieën).
6. Vier PPA-klassen naar leeftijd en geslacht (één tabel met $4 \times 15 \times 2 = 120$ categorieën).
7. Acht MHK-klassen (inclusief de klasse $\text{MHK}=0$) opgesplitst naar leeftijd – in vijf klassen van 15 jaar – en geslacht (één tabel met $8 \times 5 \times 2 = 80$ categorieën).

Dit levert in totaal 16 (= $10+1+1+1+1+1+1$) één-dimensionale tabellen op.

Op dezelfde manier als voor het somatisch model (zie paragraaf 2.3) hebben we aan de hand van deze tabellen en gebruikmakend van de RAS-methode het GGZ-onderzoeksbestand met

²⁵ Voor indelingen (3) tot en met (6) is leeftijd opgesplitst in dezelfde 15 klassen die het vereveningsmodel zelf onderscheidt voor 18-plussers. Voor indelingen (1), (2) en (7) zijn vijf leeftijdsgroepen van elk (in principe) 15 jaar gebruikt omdat anders de aantallen verzekerden per subgroep te klein worden voor een betrouwbare herweging. De jongste leeftijdsgroep bevat daarbij de 18-tot-29-jarigen.

2021-data herwogen naar de GGZ-specifieke verzekerdensraming voor 2024.²⁶ Voor de 310.000 niet-lege cellen in de 16-dimensionale wegingsmatrix blijkt 98% van de gewichten tussen de 0,75 en 1,43 te liggen, en 90% tussen 0,88 en 1,25 (gewogen met de omvang van de subgroepen). Dit is vrijwel gelijk aan de marges die we vorig jaar vonden bij de herweging ten behoeve van de berekening van de GGZ-normbedragen voor 2023 (WOR 1110, paragraaf 3.3). Evenals vorig jaar komen geen extreme gewichten (kleiner dan 0,10 of groter dan 10) voor. Deze bevindingen betekenen dat de herweging weinig invloed kan hebben op de kostenpatronen.

3.4. Schaling naar macroprestatiebedrag 2024

Vervolgens hebben we de GGZ-kosten geschaald naar het MPB van 2024. Tabel 3.1 bevat de informatie benodigd voor het berekenen van de ophoogfactor.

Tabel 3.1. MPB 2024 en ophoogfactor van het GGZ-onderzoeksbestand 2021 (na herweging naar de verzekerdensraming 2024) naar het MPB 2024

	MPB 2024 (in mln. euro's)	Bedragen in euro's per verz.jaar MPB ^a	Onderzoeksbestand	Ophoog- factor ^b
Geneeskundige GGZ	5295.8	363.95	329.31	1.10518

^a Het gemiddelde bedrag van het MPB per verzekerdensjaar is berekend door het macrobedrag te delen door het aantal verzekerdensjaren van 18-plussers uit de verzekerdensraming voor 2024: 14.551.000.

^b De hier gevonden ophoogfactor is niet precies gelijk aan het overeenkomstige cijfer in Tabel 2.1 omdat daar een andere, op het somatisch model toegesneden verzekerdensraming is gebruikt. Daarnaast spoot de ophoogfactor door afrondingen niet precies met de gemiddelden in de voorgaande kolommen.

De gemiddelde kosten in het GGZ-onderzoeksbestand na herweging wijken af van de overeenkomstige kosten gepresenteerd in Tabel 2.1 omdat daar een andere, niet specifiek op de GGZ toegesneden herweging van het onderzoeksbestand is gehanteerd. De herweging naar de verzekerdensraming heeft geleid tot een daling van het kostenniveau in het onderzoeksbestand met 1,8%: van 335,46 euro (WOR 1175)²⁷ naar 329,31 euro (Tabel 3.1); vorig jaar was dit ook een daling, met 1,2%. De ophoging naar het MPB doet de kosten vervolgens stijgen met 10,5%. Dit overbrugt de – feitelijke plus verwachte – loon- en prijsstijgingen tussen gegevensjaar 2021 en vereveningsjaar 2024.

²⁶ Op soortgelijke wijze als voor het somatisch model (zie paragraaf 2.3) heeft het ZIN de oorspronkelijke verzekerdensraming opgehoogd voor verzekerden met (deels) onbekende waarden van de vereveningscriteria (dit betreft vrijwel uitsluitend Zwv-verzekerden woonachtig in het buitenland). Voor wat betreft de psychische FKG's heeft het ZIN daarbij een procedure gehanteerd die ervan uitgaat dat het gemiddelde normbedrag voor FKG'ers in deze groep uitkomt op 65% van het normbedrag voor FKG0. Het overeenkomstige cijfer voor de psychische DKG's is 40%. Voor wat betreft regio, SES en PPA zijn deze verzekerden naar rato verdeeld, rekening houdend met leeftijd. Dit heeft verder geen consequenties voor de onderhavige analyses. (Niet-ingezetenen worden op reguliere wijze ingedeeld bij leeftijd/geslacht, AVI en MHK.)

²⁷ Volgens Tabel 2.7 van WOR 1175 zijn de gemiddelde GGZ-kosten in het onderzoeksbestand 335,66 euro in plaats van 335,46 euro. Dit verschil komt doordat we nu de onwaarschijnlijk hoge kosten van één record (> 2,5 miljoen euro) hebben bijgesteld.

De opgehoogde kosten worden enerzijds gebruikt voor de schatting van het ex-ante GGZ-model en anderzijds voor het GGZ-model na toepassing van HKC. Voor laatstgenoemd model is eerst het drempelbedrag bepaald waar de 0,5% GGZ-gebruikers met de hoogste GGZ-kosten bovenuit komen, rekening houdend met de herweging. Dit drempelbedrag kwam uit op bijna 96.000 euro, lager dan de 108.000 euro van vorig jaar omdat het aantal GGZ-gebruikers nu groter is als gevolg van de overstap van schadejaar naar boekjaar in het kader van het ZPM. Vervolgens zijn van deze ruim 4.600 GGZ-gebruikers de kosten boven de drempel verlaagd met 90% (macro ging dit om 187,3 miljoen euro), waarna het model opnieuw is doorgerekend. Ten slotte zijn de resulterende normbedragen vermenigvuldigd met $1,0367 [= 5295,8 / (5295,8 - 187,3)]$ om weer op het MPB (in Tabel 3.1) uit te komen.

Het drempelbedrag en de poolomvang – in termen van het percentage gepoolde verzekerden en het percentage gepoolde kosten – komen goed overeen met de overeenkomstige cijfers gevonden in de OT (WOR 1176, paragraaf 3.5), de forse ophoging van de GGZ-kosten in aanmerking nemende.

3.5. Schattingsmethode, restricties en bijstelling vanwege correctie niet-ingezetenen

3.5.1. Schattingsmethode

Schatting van het GGZ-model met OLS blijkt voor een grote groep verzekerden negatieve normatieve kosten op te leveren (voor het Uitgangsmodel 2024 gaat het om ruim 10% van de 18-plussers; zie bijlage B van WOR 1176). Dit komt door de zeer scheve verdeling van de GGZ-kosten. Daarom wordt gebruikgemaakt van kwadratische programmering (QP)²⁸ waarmee het mogelijk is de restrictie op te leggen dat de normatieve kosten van elke individuele verzekerde in het onderzoeksbestand groter of gelijk aan nul moeten zijn.²⁹ Merk op dat hoewel QP negatieve normatieve kosten voorkomt, de OLS-eigenschap dat de gemiddelde **normatieve** kosten gelijk zijn aan de gemiddelde **werkelijke** kosten voor elke expliciet in het model onderscheiden risicoklasse, niet meer precies op gaat.

3.5.2. Bindende restricties

De belangrijkste restrictie bij het schatten van het GGZ-model is dat het geen negatieve normatieve kosten mag genereren. In de praktijk zijn de gevolgen van deze (bindende)

²⁸ Het model wordt feitelijk niet geschat op individuniveau (N = 14,2 miljoen records), maar op het geaggregeerde niveau van subgroepen (N = 310.000) die zijn gedefinieerd door combinatie van alle vereveningscriteria in het vereveningsmodel 2024 tegelijkertijd. De som van het aantal verzekerden-jaren per subgroep fungeert vervolgens als gewicht bij de schatting van de normbedragen.

²⁹ Wanneer sowieso aan de niet-negativiteitsrestrictie is voldaan (dat wil zeggen: als OLS geen negatieve normkosten genereert), dan levert QP exact dezelfde normbedragen als OLS.

restrictie vooral zichtbaar in de normbedragen van het regiocriterium, waarvan het waardebereik duidelijk wordt ingeperkt. Echter, ook bij bepaalde (vooral hogere) leeftijden is dit het geval, waardoor de normatieve kosten voor de betrokken risicoklassen hoger (of juist lager) uitpakken dan de werkelijke kosten. Dit geldt met name voor de groep verzekerden die blijvend in een Wlz-instelling woonachtig zijn (PPA1-3): voor hen is in het vereveningsmodel 2024 sprake van een gemiddelde overcompensatie van tussen de 200 en 730 euro – globaal hetzelfde als voorgaande jaren. Nu is daar ook FKG2 voor verslaving exclusief nicotine bijgekomen, met een overcompensatie van gemiddeld 200 euro. Dat deze risicoklasse nu een overcompensatie oplevert terwijl dat in het verleden nooit eerder het geval was, heeft waarschijnlijk te maken met de stijging van het aantal Wlz-instromers (PPA4-6) binnen deze risicoklasse met een factor 100, wat gepaard gaat met een (extra) normbedrag van tussen de 200 en 700 euro. Dit betreft zeer waarschijnlijk verzekerden die in 2021 in de Wlz terecht zijn gekomen op grond van de verruiming van de Wlz-toegangscriteria met psychische stoornissen en die dus voorheen nooit bij PPA4-6 waren ingedeeld.

Een tweede bindende restrictie betreft de psychische FKG's, waarbij verzekerden in principe meervoudig kunnen worden ingedeeld. Analoog aan het somatisch model (zie paragraaf 2.5.1) is bij de schatting van het GGZ-model de restrictie opgelegd dat de gewogen normbedragen van alle psychische FKG's (inclusief FKG0, voor degenen die bij geen enkele psychische FKG zijn ingedeeld) op macroniveau optellen tot nul.

3.5.3. Niet-bindende restricties

De niet-bindende restricties in het GGZ-model – die dus geen enkele invloed hebben op de normatieve kosten gegenereerd door het model – voor leeftijd/geslacht, psychische DKG's, AVI, regio, SES, PPA en MHK zijn analoog aan die in het somatisch model (paragraaf 2.5.3).

3.5.4. Waardebereik van normatieve kosten

De normatieve kosten die het ex-ante GGZ-model 2024 genereert, liggen tussen 0 en 110.000 euro; ruim 3.300 verzekerdenjaren komen nog met hun GGZ-kosten boven laatstgenoemd bedrag uit. Het maximum van de normatieve kosten ligt duidelijk hoger dan vorig jaar (93.000 euro), wat strookt met de forse stijging van het MPB.

3.5.5. Bijstelling vanwege verwachte overcompensatie niet-ingezetenen

Analoog aan het somatisch model (paragraaf 2.5.5) berekent het ZIN de GGZ-vereveningsbijdrage voor niet-ingezetenen deels op basis van hun feitelijke indeling bij leeftijd/geslacht, AVI en MHK en deels via extra risicoklassen van FKG en DKG waarvoor vaste percentages van de normbedragen van de betreffende afslagklassen worden gehanteerd (zie voetnoot 26

in paragraaf 3.3). Uit WOR 1172/1185 blijkt dat dit voor het GGZ-model 2024 leidt tot overcompensatie van niet-ingezetenen. Gecombineerd met de verzekerdensraming komt de overcompensatie voor deze groep als geheel uit op 40,8 miljoen euro. Het ZIN kent daarom negatieve normbedragen toe voor niet-ingezetenen via het criterium SEI. Ter compensatie hebben wij de hier berekende normbedragen in een laatste stap opgehoogd met een fractie van het MPB in Tabel 3.1: $40,8 / 5295,8 = 0,00771$.³⁰

³⁰ Deze ophoging geldt voor het ex-ante model; voor het ex-post model (met toepassing van HKC) is de ophoging 0,00779.

4. Vereveningsmodel voor de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico

4.1. Vereveningscriteria

Evenals voorgaande jaren bedraagt het verplicht eigen risico voor volwassen verzekerden (18+) in 2024 385 euro per kalenderjaar. Het verplicht eigen risico houdt in dat verzekerden de Zvw-kosten onder dit bedrag in principe zelf moeten betalen (in 2024: **exclusief** huisartsenzorg, eerste- en tweedelijnsverloskunde, kraamzorg en V&V, maar **inclusief** de vaste kosten³¹, GRZ, ELV, geneeskundige GGZ, extramurale behandeling ZG en GZSP), zodat deze kosten niet ten laste van de zorgverzekeraars komen. Verzekeraars met relatief veel oudere/ongezonde verzekerden ‘innen’ echter hogere eigen betalingen dan verzekeraars met een relatief jonge/gezonde portefeuille. Om hiervoor te corrigeren, bevat het risico-vereveningssysteem een normatief model dat de kosten onder het eigen-risicobedrag (de ‘eigen betalingen’) moet verevenen.

Het eigen-risicomodel van 2024 gaat ervan uit dat vrijwel alle verzekerden met een FKG, HKG, DKG, FDG dan wel ingedeeld bij $MHK > 1$ of $MVV > 0$, het eigen-risicobedrag zullen volmaken (de ‘forfaitaire groep’).^{32, 33} Voor deze groep wordt uitgegaan van een vast (forfaitair) bedrag, gelijk aan de gemiddelde eigen betaling zoals die uit het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand volgt voor deze verzekerden. Het model zelf heeft vervolgens alleen betrekking op de groep verzekerden met $FKG = DKG = HKG = FDG = MVV = 0$ én $MHK \leq 1$ (de ‘niet-forfaitaire groep’). In de niet-forfaitaire groep kan MHK dus nog wel de waarden 0 of 1 aannemen.

Evenals voorgaande jaren bevat het eigen-risicomodel van 2024 vier vereveningscriteria:

1. Leeftijd/geslacht: op dezelfde manier gedefinieerd als voor het somatisch model (15 x 2 = 30 risicoklassen).
2. AVI x leeftijd: op dezelfde manier gedefinieerd als voor het somatisch model (29 risicoklassen).
3. Regio: van het somatisch model (10 risicoklassen).

³¹ De vaste kosten in het onderzoeksbestand zijn echter dusdanig laag (ongeveer 155 miljoen euro), dat schaling naar het MPB (999 miljoen euro; zie Tabel 2.1) onrealistisch is. Daarom laten we die kosten hier buiten beschouwing. Dit heeft praktisch geen effect op de normbedragen aangezien verzekerden met vaste kosten het eigen-risicobedrag zeer waarschijnlijk sowieso volmaken.

³² Waar in dit hoofdstuk wordt gesproken van FKG's, DKG's of MHK wordt steeds bedoeld op de **somatische** varianten van deze vereveningscriteria.

³³ Zoals in paragraaf 2.5.2 al is opgemerkt, zijn de normbedragen van vijf HKG's in het somatisch model last-minute op 0 gezet. Voor indeling van verzekerden bij de (niet-)forfaitaire groepen tellen deze HKG's gewoon mee.

4. Meerjarig hoge kosten (MHK): ja/nee ten minste één van de drie voorgaande jaren somatische kosten in de top 30% (2 risicoklassen).

In totaal kent dit model 71 (= 30+29+10+2) risicoklassen, die identiek zijn aan het model van 2023. Een klein verschil met vorig jaar betreft de updates van de FKG's, DKG's en HKG's, die ertoe leiden dat de omvang van de forfaitaire groep een klein beetje krimpt (zie paragraaf 6.2 van WOR 1175).

Dit hoofdstuk gaat verder in op de structuur van het eigen-risicomodel (paragraaf 4.2), de herweging en schaling van het onderzoeksbestand naar 2024 (paragrafen 4.3 en 4.4) en de schattingsmethode met de bijbehorende restricties (paragraaf 4.5).

4.2. Structuur vereveningsmodel

Het eigen-risicomodel wordt geschat op het onderzoeksbestand van de somatische zorg, aangevuld met de GGZ-kosten uit het GGZ-onderzoeksbestand. De relevante kosten zijn geschaald naar het MPB conform de beschrijving in paragraaf 2.4.

Voor verzekerden die korter dan een jaar staan ingeschreven, is het eigen-risicobedrag van 385 euro per kalenderjaar naar rato van de inschrijfduur verlaagd. Per verzekerde zijn de (relevante) zorgkosten op dat verlaagde bedrag afgetopt om de eigen betaling vast te stellen. Dit is de in de verzekeringswereld gebruikelijke procedure die ook in de wetstekst van de Zvw is opgenomen (artikel 22).

Zoals hierboven beschreven, is het uitgangspunt dat vrijwel alle verzekerden in de forfaitaire groep het eigen-risicobedrag zullen volmaken. Het blijkt dat de verzekerden in deze groep inderdaad een grote kans hebben (82%) om het verplicht eigen risico vol te maken (uitgaande van 385 euro en het kostenniveau van 2024). Voor deze groep verzekerden wordt een vast (forfaitair) bedrag aan eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico gehanteerd ter waarde van de gemiddelde eigen betaling voor deze groep in het onderzoeksbestand. Het eigen-risicomodel sec heeft dus alleen betrekking op de niet-forfaitaire groep.

4.3. Herweging naar verzekerdenraming 2024

Voor het eigen-risicomodel wordt in eerste instantie gebruikgemaakt van de herweging naar de verzekerdenraming van het somatisch model (zie paragraaf 2.3), waarbij de kosten die meetellen voor het eigen risico zijn geschaald naar het MPB conform paragraaf 2.4. Het ZIN heeft ook een afzonderlijke verzekerdenraming gemaakt voor het eigen-risicomodel, die na toepassing op het onderzoeksbestand echter niet precies blijkt aan te sluiten op de herweging

van het somatisch model.³⁴ We ondervangen dit door er bij de schatting van het model voor te zorgen dat de productsom van normbedragen en relatieve prevalenties van leeftijd/geslacht (volgens de verzekerdensraming van het eigen-risicomodel) uitkomt op de gemiddelde eigen betaling in het onderzoeksbestand, terwijl voor AVI, regio en MHK aan criteriumneutraliteit wordt voldaan (eveneens uitgaande van de verzekerdensraming van het eigen-risicomodel).

4.4. Schaling naar macroprestatiebedrag 2024

In aanvulling op het MPB bevat de Regeling risicoverevening 2024 een raming van de opbrengst van het verplicht eigen risico. Voor 2024 bedraagt deze raming 3.418,0 miljoen euro. Gecombineerd met de verwachte opbrengst die volgt uit de schatting van het eigen-risicomodel op het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand, geeft dit een schalingsfactor. Deze wordt gebruikt om de in eerste instantie geschatte normbedragen (en het vaste bedrag voor de forfaitaire groep) bij te stellen, zodat de gewogen som van de normatieve eigen betalingen onder het verplicht eigen risico precies op de geraamde opbrengst van de Regeling uitkomt. In tegenstelling tot vorig jaar, toen we werkten met kostendata van 2020 waarin de eigen betalingen uitzonderlijk laag waren als gevolg van corona-gerelateerde zorguitval, was het nu niet nodig om de eigen betalingen voorafgaande aan de berekening van de normbedragen op te hogen. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de (wel toegepaste) ophoging naar de macro-opbrengst volgens het MPB.

Tabel 4.1. Eigen betalingen t.g.v. verplicht eigen risico van 385 euro, onderzoeksbestand met 2021-data, herwogen en geschaald naar 2024 (18+)

	# Verz.jaren ^a	Bedragen in euro's per verzekerdenjaar		Schalingsfactor ^c
	ZIN-raming 2024	Onderzoeksbestand	Model 2024 ^b	
Niet-forfaitair	9153204	160.98	164.03	---
Forfaitair	5397796	348.87	355.47	---
Totaal	14551000	230.68	235.04	1.01891

^a In de verzekerdensraming voor 2024 zijn 9.000 gedetineerden opgenomen, die (tijdelijk) geen verplicht eigen risico hebben. Het totaal aantal verzekerdenjaren in de verzekerdensraming is daarmee feitelijk 14.542.000 (14.551.000 – 9.000).

^b De Regeling risicoverevening 2024 meldt 3.418,0 miljoen euro als macro-opbrengst van de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico van 385 euro. Gecombineerd met het totaal aantal verzekerdenjaren met een verplicht eigen risico volgens de verzekerdensraming (exclusief de 9.000 gedetineerden), geeft dit de geraamde gemiddelde eigen betaling van 235,04 euro per verzekerdenjaar (18+).

^c De schalingsfactor berekend op de onderste regel is het quotiënt van enerzijds de geraamde gemiddelde eigen betaling die volgt uit de combinatie van het MPB en de verzekerdensraming, en

³⁴ De (herwogen) aantallen in de forfaitaire groep en niet-forfaitaire groep zijn sowieso niet gelijk aan de aantallen van de verzekerdensraming omdat daarin altijd een correctie – bestaande uit een vaste vermenigvuldigingsfactor op de aantallen in alle risicoklassen – is meegenomen voor de 9.000 gedetineerden, voor wie het verplicht eigen risico niet van toepassing is. Net als afgelopen jaren heeft het ZIN de betreffende correctie achterwege gelaten. Ter compensatie hogen wij in de onderliggende berekeningen de opbrengst van het verplicht eigen risico volgens het MPB met het omgekeerde van die factor op.

anderzijds de gemiddelde eigen betaling die uit het herwogen en opgehoogde onderzoeksbestand komt. De schalingsfactor is in de tabel gebruikt voor de berekening van de gecursiveerde bedragen.

De gemiddelde eigen betaling berekend in het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand dient gelijk te worden gesteld aan de geraamde macro-opbrengst van het verplicht eigen risico volgens de Regeling risicoverevening 2024, gedeeld door het aantal verzekerden volgens de verzekerdenraming voor 2024. Dit jaar betekent dat schaling met een factor 1,01819 zodat het vaste bedrag voor de forfaitaire groep op 355,47 euro uitkomt en de gemiddelde eigen betaling van de complementaire groep op 164,03 euro. Inclusief de bijstelling vanwege de correctie bij niet-ingezetenen (zie beneden) komt het forfaitaire bedrag voor eerstgenoemde groep in de Regeling risicoverevening 2024; dat wordt dus $355,47 \cdot (1 + 0,00659) = 357,81$ euro.

4.5. Schattingsmethode, restricties en bijstelling vanwege correctie niet-ingezetenen

Het eigen-risicomodel wordt met OLS geschat op de volwassenen in de niet-forfaitaire groep. De restricties voor leeftijd/geslacht, AVI en regio zijn overeenkomstig die in het somatisch model (paragraaf 2.5.2), doch met de relatieve prevalenties uit de verzekerdenraming in plaats van die uit het herwogen onderzoeksbestand zelf.³⁵ Hetzelfde geldt voor het MHK-criterium waarmee het eigen-risicomodel onderscheid maakt tussen verzekerden die al dan niet in ten minste één van de drie voorgaande jaren met hun somatische kosten in de top 30% kwamen.

Na schatting van het model zijn we nagegaan of de verwachte eigen betalingen onmogelijke waarden – buiten het interval van 0 tot 385 euro – kunnen hebben. Voor de niet-forfaitaire groep komen het minimum en maximum uit op 92 respectievelijk 336 euro (inclusief de schaling uit Tabel 4.1 en de bijstelling vanwege de correctie op niet-ingezetenen). Het model genereert dus geen onmogelijke waarden voor de normatieve eigen betalingen.

Analoog aan de berekening van de vereveningsbijdragen voor het somatisch model (paragraaf 2.5.5), berekent het ZIN de normatieve eigen betalingen voor de niet-ingezetenen op basis van hun indeling bij leeftijd/geslacht, AVI en MHK. Uit WOR 1172/1185 blijkt dat dit leidt tot een overschatting van de eigen betalingen van niet-ingezetenen. Gecombineerd met de verzekerdenraming komt de overschatting voor deze groep als geheel uit op 22,5 miljoen euro. Het ZIN kent daarom negatieve normbedragen toe voor niet-ingezetenen via het criterium SEI. Ter compensatie hebben wij de hier berekende normbedragen in een laatste stap opgehoogd met een fractie van de macro-opbrengst volgens het MPB: $22,5 / 3418,0 = 0,00659$.

³⁵ Evenals bij het somatisch model (zie paragraaf 2.2) kan de gewogen som van de normbedragen op macroniveau als gevolg van afronding van de normbedragen op eurocenten, afwijken van de macro-opbrengst volgens het MPB (maximaal 0,1%). Voor model 2024 blijkt de afwijking ongeveer 17.000 euro te bedragen; ver onder het theoretisch maximum.

5. Plausibiliteit normbedragen 2024

5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk doet verslag van de plausibiliteitstoets die als laatste stap in het onderzoek is uitgevoerd. De toets houdt in dat de hier berekende normbedragen van 2024 worden vergeleken met die van 2023 (Regeling risicoverevening 2023). De normbedragen kunnen plausibel worden geacht als eventuele verschuivingen zijn te verklaren uit: (1) veranderingen in de onderliggende data (inclusief veranderingen in kostendefinities) en toevalsfluctuaties, (2) veranderingen in het vereveningsmodel en/of (3) verschillen in de herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB.

De plausibiliteitstoets wordt hieronder per vereveningsmodel toegelicht. Daarvoor zijn steeds twee stappen doorlopen. Eerst is de verschuiving in normbedragen 2024 ten opzichte van het Uitgangsmodel 2024 bepaald (door vergelijking van bijlage B van onderhavig rapport met bijlagen E, C en D van WOR 1176) en is nagegaan of de verschuiving kan worden verklaard door de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (verklaring 3). Vervolgens is de totale verschuiving in normbedragen van 2023-op-2024 bepaald (door vergelijking van bijlage B van onderhavig rapport met de Regeling risicoverevening 2023). Voor zover de afwijking ten opzichte van het vereveningsmodel 2023 verschilt van de afwijking ten opzichte van het Uitgangsmodel 2024, is nagegaan of dit een gevolg is van veranderingen in onderliggende data (verklaring 1) en/of veranderingen in vereveningsmodel (verklaring 2).

De verschuiving in normbedragen wordt weergegeven met de Gewogen Gemiddelde Absolute Verandering (GGAV). Deze maatstaf geeft aan hoeveel euro de normbedragen van een bepaald jaar/model afwijken van die van het andere jaar/model, gewogen met het aantal verzekerdenjaren per risicoklasse (voor zover de risicoklassen overeenkomen). Hierbij wordt gecorrigeerd voor verschillen in kostenniveaus tussen datajaren/onderzoeksbestanden.

5.2. Somatisch model

Voor het somatisch vereveningsmodel 2024 blijkt uit Tabel 5.1 dat de normbedragen ten opzichte van het in de OT geschatte Uitgangsmodel 2024 met gemiddeld 19,9 euro zijn verschoven. Dit is beduidend meer dan de 12,4 euro die we vorig jaar vonden voor de normbedragen 2023 ten opzichte van die van het Uitgangsmodel 2023. Een belangrijke oorzaak van de toename in GGAV is dat de DKG-prevalenties in het onderzoeksbestand van de OT2024 – met kostendata van 2021 – erg laag zijn vanwege de uitval van ziekenhuiszorg in 2020. Zo blijkt de gezamenlijke prevalentie per 1.000 verzekerden van DKG>0 in de

verzekerdenraming bijna 9% hoger te liggen dan in het onderzoeksbestand. Iets soortgelijks doet zich voor bij MVV (+6%). Na herweging naar de verzekerdenraming neemt hierdoor de hoeveelheid geld die DKG en MVV verevenen aanzienlijk toe, ten koste van – zo blijkt – MHK, wat vervolgens zijn weerslag heeft op de normbedragen voor leeftijd/geslacht en FKG.

In vergelijking met het vereveningsmodel van vorig jaar ligt de GGAV nu ruim 8 euro hoger (55,1 versus 46,9 euro). Belangrijkste oorzaak is de introductie van CR bij de schatting van het somatisch model. Daarnaast is het gemiddelde kostenniveau van het MPB ruim 7% hoger dan vorig jaar.

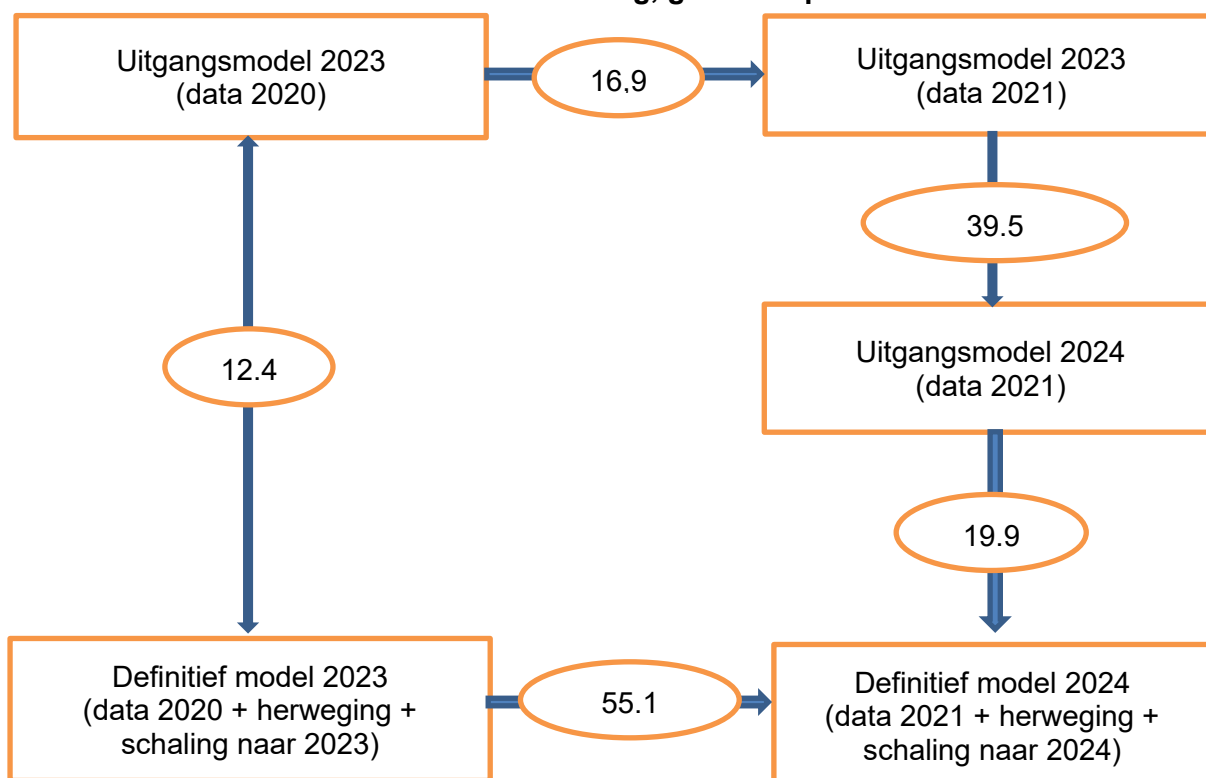
Tabel 5.1. GGAV in normbedragen voor somatische zorg ten opzichte van het Uitgangsmodel en het vereveningsmodel van voorgaand jaar, gecorrigeerd voor verschillen in gemiddelde kosten tussen datajaren

	2023 ^a	2024
GGAV in normbedragen t.o.v. Uitgangsmodel	12,4	19,9
GGAV in normbedragen t.o.v. definitief model van voorgaand jaar	46,9	55,1

^a Cijfers uit Tabel 5.1 van WOR 1110.

Figuur 5.1 geeft een overzicht van de GGAV's tussen de normbedragen van de vijf in dit verband relevante modellen. Tussen de definitieve modellen van 2023 en 2024 bedraagt de GGAV 55,1 euro, zoals Tabel 5.1 al toont. Dit lijkt fors, maar de overstap van data 2020 naar data 2021 leverde al een GGAV op van 16,9 euro (bij toepassing van model 2023) en de aanpassingen van model 2023 naar model 2024 een GGAV van 39,5 euro. In eerste instantie zou dus een verschuiving van ten minste $16,9 + 39,5 = 56,4$ euro kunnen worden verwacht; en daar komen de effecten van herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB nog bij (19,9 euro). In dat licht valt de feitelijk gevonden GGAV van 55,1 euro nog mee.

Figuur 5.1. Gewogen gemiddelde absolute veranderingen in normbedragen tussen 2023- en 2024-modellen voor somatische zorg, geschat op data van 2020 en 2021



In het licht van genoemde veranderingen in databron, model en herweging is de overall verschuiving van normbedragen van het definitieve model 2024 ten opzichte van het definitieve model 2023 verklaarbaar.

Op het niveau van de afzonderlijke vereveningscriteria hebben we gecontroleerd of de verschillen in normbedragen tussen de (definitieve) modellen van 2023 en 2024 – voor zover groter dan 2.000 euro – zijn toe te schrijven aan verschillen in kostendata, model en/of herweging, en mogelijk ook aan de (geringe) omvang van sommige risicoklassen. Het betreft de volgende veranderingen in normbedragen³⁶:

- De stijging met 3.100 euro van het normbedrag van FKG21 voor cystic fibrosis/ pancreasenzymen is het gevolg van enerzijds de introductie van de nieuwe FKG44 voor cystic fibrosis: CFTR-modulatoren – waarbij een kleine groep verzekerden met extreem hoge kosten wordt ingedeeld – en anderzijds de nieuwe clustering van Dxgroepen in DKG's waardoor de Dxgroep met cystic fibrosispatiënten is verschoven van DKG25 naar DKG15. Gevolg is dat het normbedrag van FKG21 nu weer positief is. Dat geldt ook voor FDG4.
- De daling van het normbedrag van FKG30 voor nieraandoeningen o.b.v. add-on met 2.100 euro vindt zijn oorsprong in de met 1.600 euro gedaalde gemiddelde kosten die paragraaf 4.3 van WOR 1175 heeft laten zien.
- De daling met 3.200 euro van normbedrag van FKG31 voor acromegalie is ook terug te voeren op een kostendaling (-6.400 euro), vooral door lagere extramurale farmaciekosten. Mogelijk houdt dit verband met het uit-patent lopen van bepaalde geneesmiddelen: de GIP-databank laat zien dat de gemiddelde kosten per gebruiker van de betreffende middelen van 2020-op-2021 ruim 2.000 euro zijn gedaald.
- Het normbedrag van FKG35 voor COPD/Zware astma o.b.v. add-on daalt met 4.000 euro wat is terug te voeren op een daling van de gemiddelde kosten met 3.800 euro die we in WOR 1175 hebben gevonden. Die daling hangt mogelijk samen met de fors gestegen prevalentie (+18%).
- De daling van het normbedrag van FKG38 voor kanker o.b.v. add-on met 2.200 euro houdt rechtstreeks verband met de daling van de gemiddelde kosten met 1.600 euro die we in WOR 1175 hebben gevonden en die mogelijk verband houdt met het verwijderen dan wel toevoegen van bepaalde kankergeneesmiddelen uit/aan de sluis per 2021.³⁷
- De in absolute zin forse veranderingen in de normbedragen van FKG's 45, 46 en 48 (drie van de EHK-clusters) voor gebruikers van extreem dure geneesmiddelen

³⁶ De genoemde veranderingen in normbedragen zijn gecorrigeerd voor het verschil tussen de gemiddelde – volgens het MPB – geraamde kosten voor 2024 en 2023.

³⁷ Het valt op dat met name de normbedragen van de zeven FKG's gebaseerd op add-ons dalen (FKG32 vormt een uitzondering). Dit stemt echter overeen met de kostenontwikkelingen van 2020-op-2021 die WOR 1175 (paragraaf 4.3) laat zien (ook daar vormt FKG32 een uitzondering).

(+43.000/ +6.600/-178.000 euro) zijn – naast de geringe omvang van de betreffende patiëntengroepen – te verklaren uit de EHK-update die het ZIN recent heeft uitgevoerd (ZIN, 2023). De extreme daling van het normbedrag van FKG48 heeft waarschijnlijk te maken met de verdubbeling van het aantal verzekerdenjaren (van 40 naar 80); de nieuw ingedeelde patiënten hebben (veel) lagere kosten.

- Voor 12 DKG's zijn de normbedragen met meer dan 2.000 euro veranderd. De belangrijkste oorzaak is dat de clustering van de onderliggende Dxgroepen opnieuw is uitgevoerd waardoor gelijk genummerde DKG's een compleet andere samenstelling van aandoeningen kunnen bevatten. De achtergrond van de daling met 29.000 euro bij DKG25 voor hemofilie structureel, voorheen DKG26, is de introductie van een nieuw duur hemofieliemiddel (Emicizumab) dat in juli 2020 op de markt is gekomen en waarvan de uitgaven tot 2025 tot de vaste kosten worden gerekend.
- Voor de categorie Wlz-instromers binnen het PPA-criterium (PPA4-6) zijn de normbedragen met tussen de 400 en 6.200 euro gedaald. Dit hangt samen met de forse prevalentiestijgingen die een gevolg zijn van de uitbreiding per 2021 van de Wlz-toegangscriteria met psychische stoornissen: de extra instromers zullen vooral GGZ-gebruikers zijn met relatief weinig somatische kosten waardoor de gemiddelde kosten – en daarmee normbedragen – van de (grotere) groepen ingedeeld bij PPA4-6 dalen.
- Ten opzichte van het model van 2023 stijgt het normbedrag van FDG4 met 22.300 euro (vorig jaar: -22.200 euro) waardoor weer een positief normbedrag resulteert. Zoals bovenbeschreven komt dit door de uitbreiding van de FKG's met een risicoklasse voor cystic fibrosis: CFTR-modulatoren en door de update van de DKG-clustering.
- Voor MVV9 stijgt het normbedrag met 9.300 euro, na een daling met 3.700 euro vorig jaar. Dit komt doordat een klein deel van deze verzekerden ook bij FKG48 is ingedeeld, waarvoor het normbedrag met 178.000 euro daalt (vorig jaar steeg het normbedrag van de hoogste EHK-klasse nog met 131.000 euro).

Merk op dat de hierboven genoemde verschillen in normbedragen tussen 2023 en 2024 **niet** zijn veroorzaakt door CR. Dat spoort met de uitkomsten van WOR 1176, waar het grootste verschil in normbedragen tussen het Uitgangsmodel met en zonder CR ruim 300 euro bedroeg, terwijl het verschil voor ruim 90% van de risicoklassen kleiner was dan 200 euro.

In sommige gevallen hebben relatief grote veranderingen in normbedragen van 2023-op-2024 betrekking op kleine risicoklassen, zodat de invloed op de risicoverevening als geheel beperkt is. Grote risicoklassen met kleinere veranderingen in normbedragen kunnen echter wel grote impact hebben. Als we selecteren op macro-veranderingen groter dan 100 miljoen euro, dan blijven – exclusief HKG0 – zeventien risicoklassen over (vorig jaar ging dit om tien risicoklassen):

- Vrouwen 30-34 jaar (-140 miljoen euro): deze daling heeft zeer waarschijnlijk te maken met de uitbreiding van het IBZ-criterium naar zwangerschappen.

- FKG0 (-1.670 miljoen euro): de daling van het (negatieve) normbedrag voor de afslagklasse wordt veroorzaakt door de invoering van CR bij de schatting van het model; in de OT (paragraaf 2.4 van WOR 1176) hebben we al gezien dat daardoor het normbedrag van FKG0 daalt met 92 euro; gecombineerd met de grote omvang van deze afslagklasse, geeft dit een grote macro-verandering.
- FKG4, 5, 11, 18, 33 en 34: vertonen macro-veranderingen van tussen de +100 en +240 miljoen euro; een duidelijke consequentie van CR.
- FKG38 (-170 miljoen euro): deze macro-verandering is het product van de boven besproken daling van het normbedrag van deze FKG en zijn (grote) prevalentie.
- DKG0 (-170 miljoen euro): de daling van het (negatieve) normbedrag voor de afslagklasse heeft deels te maken met de toepassing van CR en deels met het op nul zetten van de normbedragen van vijf HKG's vanwege de onvolledige vastlegging van hulpmiddelen in 2023 (ruim de helft van degenen die bij ten minste één van deze HKG's zijn ingedeeld, heeft ook een $DKG > 0$).
- DKG1-4 (+110 tot +200 miljoen euro): zoals bovengenoemd hangt dit vooral samen met de nieuwe clustering van de onderliggende Dxgroepen.
- MHK0 (-1.010 miljoen euro), MHK1 (+840 miljoen euro): dit heeft vooral te maken met CR, zoals blijkt uit de mutatie van de betreffende normbedragen met -84 respectievelijk +100 euro in de Overall Toets (paragraaf 2.4 van WOR 1176). Maar ook het op nul zetten van vijf HKG's kan een rol spelen. Zo blijkt 99% van degenen ingedeeld bij HKG5-9 ook te zijn ingedeeld bij $MHK > 0$; het model probeert dus zoveel mogelijk van de effecten van deze vijf HKG's via (o.a.) MHK op te vangen.
- MVV0 (-120 miljoen euro): waarschijnlijk is dit ook een effect van het op nul zetten van de normbedragen van vijf HKG's want ruim 30% van de verzekerden ingedeeld bij HKG5-9 is ook ingedeeld bij $MVV > 0$, wat tot hogere normbedragen voor die risicoklassen leidt, en vervolgens tot uiting komt in een daling van het normbedrag voor MVV0. Daarnaast kan ook een rol spelen dat de schaling naar de deelbedragen van het MPB voor V&V-kosten een aanzienlijk grotere ophoging opleverde dan de overall schaling van 15% gemeld in Tabel 2.1. De achtergrond van het kennelijk relatief hoge MPB-deelbedrag voor V&V is gelegen in de afspraken van het integraal zorgakkoord 2023-2026.
- HSM0 (-430 miljoen euro): dit is een gevolg van CR vanwege de sterke samenhang van HSM en MFK, waarop de constraint is gebaseerd (paragraaf 2.4 van WOR 1176).

Bij de DKG's is in enkele gevallen geen sprake van een hoger normbedrag bij een oplopend rangnummer, terwijl dat wel de opzet is. In drie gevallen gaat het om dalingen groter dan 1.000 euro. De daling van DKG24 (leukemie) naar DKG25 (hemofilie structureel) is echter substantieel (-13.100 euro), doch verklaarbaar door de voortgaande prijs-/kostendaling van een belangrijk hemofieliemedicijn.

Positief is ten slotte dat:

- geen van de FKG's >0 een negatief normbedrag heeft (vorig jaar nog drie), waarbij de normbedragen voor de FKG's diabetes type I en diabetes type II met en zonder hypertensie het te verwachten patroon laten zien. Dit geldt ook voor de drie FKG's voor COPD/(Zware) astma en vrijwel alle andere FKG's waarop restricties van toepassing zijn (zie de eerste voetnoot van paragraaf 2.1);
- de normbedragen van de EHK-clusters (FKG's 45-48) oplopen, conform de opzet;
- de normbedragen voor MHK en MVV oplopen met het rangnummer;
- de normbedragen voor leeftijd/geslacht logische patronen laten zien. Dat geldt ook voor regio, ondanks dat de regioclustering van het somatisch model dit jaar wederom niet is geüpdatet;
- de omvang van de groep verzekerden met negatieve normkosten vergeleken met vorig is afgenomen van ruim 1.000 naar 0 verzekerdenjaren.

Gezien bovengenoemde ontwikkelingen komen de patronen in de normbedragen 2024 goed overeen met die in de normbedragen 2023. Waar dat niet het geval is, zijn plausibele verklaringen te geven.

5.3. GGZ-model

Uit Tabel 5.2 blijkt dat de verschuiving in normbedragen van het hier geschatte ex-ante GGZ-model 2024 ten opzichte van het in de OT geschatte Uitgangsmodel 2024 gering is (bijlage C van WOR 1176): 1,9 euro per verzekerdenjaar. De GGAV in de normbedragen van 2024 ten opzichte van 2023 is echter bijna driemaal zo groot als vorig jaar: 24,3 versus 8,7 euro. De oorzaak is de sterk toegenomen invloed van de DKG's, ten koste van de andere vereveningscriteria in het GGZ-model. Dit is een gevolg van de opsplitsing van declaraties voor behandelingen die de jaargrens overschrijden. Voorheen werden declaraties voor deze behandelingen volledig toegerekend aan jaar t-1 (i.e., het jaar waarop de DKG-indeling is gebaseerd), maar in het kader van het ZPM komen de betreffende kosten deels ook ten laste van jaar t. Hierdoor neemt de voorspelkracht van de psychische DKG's toe waardoor vervolgens de voorspelkracht van de andere vereveningscriteria afneemt. Dat zien we terug in relatief grote veranderingen in de normbedragen van vrijwel alle criteria.

Tabel 5.2. GGAV in normbedragen voor ex-ante GGZ-model ten opzichte van het Uitgangsmodel en het vereveningsmodel van voorgaand jaar, gecorrigeerd voor verschillen in gemiddelde kosten tussen datajaren (18+)

	2023 ^a	2024
GGAV in normbedragen t.o.v. Uitgangsmodel	2,6	1,9
GGAV in normbedragen t.o.v. definitief model van voorgaand jaar	8,7	24,3

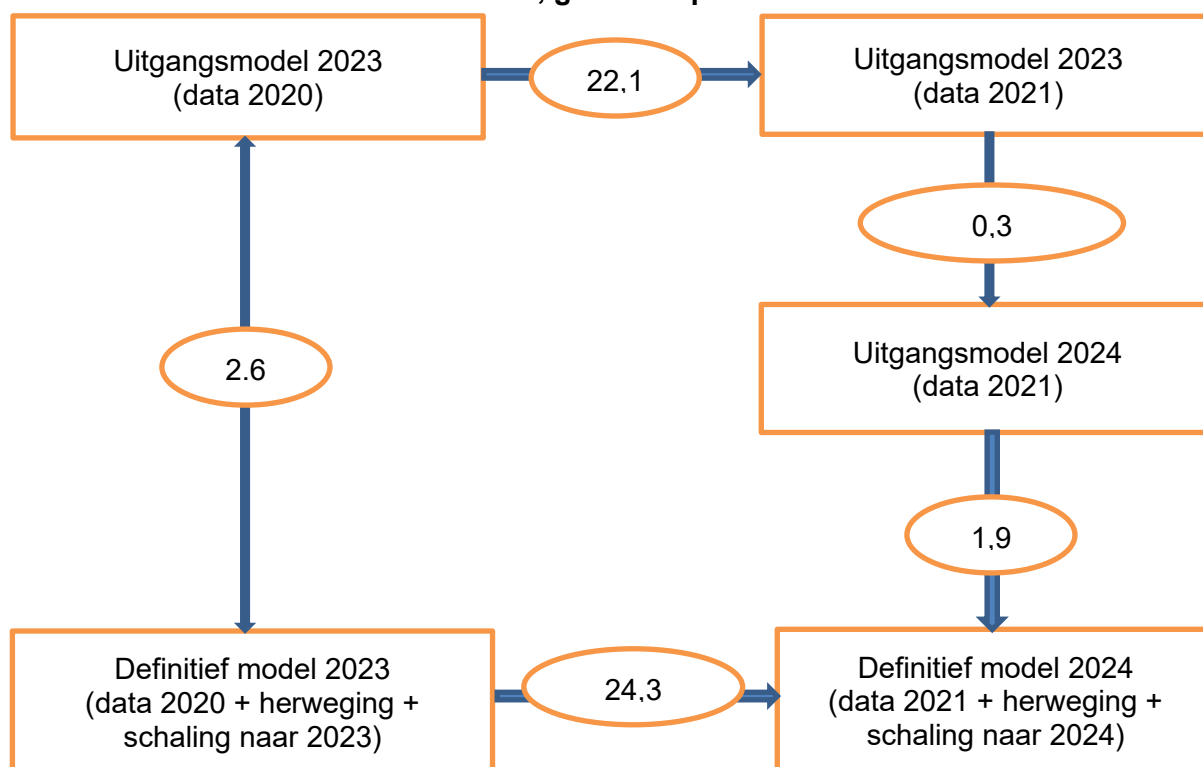
^a Cijfers uit Tabel 5.2 van WOR 1110.

Figuur 5.2 laat de verschuivingen in normbedragen zien tussen de vijf in dit verband relevante

modellen. In termen van GGAV brengt de overstap op de nieuwe data een verschuiving van de normbedragen teweeg van 22,1 euro per verzekerdenjaar (uitgaande van het model 2023), aanzienlijk meer dan de 4,0 euro vorig jaar – een direct gevolg van de opsplitsing van behandelingen die de jaargrens overschrijden. De kleine wijzigingen in de DKG-definitie en in de regioclustering zorgen voor kleine verschillen tussen de normbedragen van het Uitgangsmodel 2023 en het Uitgangsmodel 2024: de GGAV komt uit op 0,3 euro (vorig jaar 7,4 euro). Zoals gebruikelijk bij het GGZ-model heeft de herweging naar verzekerdenraming en schaling naar MPB weinig invloed op de normbedragen: de GGAV bedraagt 1,9 euro (vorig jaar 2,6 euro).

Uiteindelijk bedraagt de GGAV voor de verschillen in normbedragen tussen de ex-ante modellen van 2023 en 2024 24,3 euro, gemiddeld per verzekerdenjaar (vorig jaar 8,7 euro). Gegeven de andere GGAV's in de figuur is deze waarde goed verklaarbaar.

Figuur 5.2. Gewogen gemiddelde absolute veranderingen in normbedragen tussen ex-ante modellen 2023 en 2024 voor GGZ, geschat op data van 2020 en 2021



Bij een gedetailleerde vergelijking van de normbedragen voor het ex-ante model van 2024 met die van 2023 valt, na correctie voor het verschil in kostenniveau, het volgende op:

- De grotere voorspelkracht van de DKG's (zoals gebleken in WOR 1176) heeft voor leeftijd/geslacht tot gevolg dat de normbedragen van jongeren licht dalen en die van ouderen licht stijgen, waardoor de leeftijdsgradiënt afneemt evenals de hoeveelheid geld verevend via leeftijd/geslacht.

- De normbedragen van alle FKG's >0 dalen, met een maximale daling van 2.100 euro bij FKG9 voor psychose depot, wat overeenkomt met de bevindingen bij de schatting van model 2023 op 2020- en 2021-data (paragraaf 3.2 van WOR 1176) en waarschijnlijk een gevolg is van de toegenomen voorspelkracht van de DKG's.
- Voor bijna alle DKG's >0 stijgen de normbedragen, soms fors, tot +18.300 euro. Dit zagen we ook bij de schatting van model 2023 op data van 2020 en 2021 (paragraaf 3.2 van WOR 1176) en is een gevolg van de opsplitsing van jaargrensoverschrijdende behandelingen. Voor DKG15 – gebaseerd op gebruik van intramurale GGZ in jaar t-1 – daalt het normbedrag fors wat te maken kan hebben met uitstroom uit de Zvw als gevolg van de uitbreiding van de toegangscriteria voor de Wlz met psychische stoornissen. De forse daling voor DKG16 kan toeval zijn want het betreft een zeer kleine patiëntengroep (ruim 300 verzekerdenjaren).
- Naast het negatieve normbedrag voor MHK0 is ook het normbedrag voor MHK1 negatief – feitelijk heeft het model nu twee afslagklassen. Voor het ex-ante model zijn die bedragen gelijk (-60 euro); voor het ex-post model is er een verschil van 10 euro (-61 respectievelijk -51 euro).
- De normbedragen van MHK6 en 7 dalen met 1.200 respectievelijk 4.600 euro terwijl dat van MHK5 stijgt met 4.600 euro. Ook dit spoort met de uitkomsten van model 2023 geschat op 2020- en 2021-data en is waarschijnlijk gerelateerd aan de toegenomen voorspelkracht van de psychische DKG's.
- De normbedragen van de FKG's zijn deels niet-oplopend: omdat aan FKG's 4-9 restricties zijn opgelegd – als een verzekerde is ingedeeld bij een bepaalde FKG dan wordt deze persoon niet ingedeeld bij een lager genummerde FKG – is het onlogisch dat het normbedrag van FKG7 (voor psychose) 640 euro lager is dan dat van FKG6 (voor bipolaire stoornissen complex). Hetzelfde deed zich vorig jaar voor bij het model van 2023, toen ging het om een verschil van -730 euro. Dit betreft een risicoklasse met een flinke omvang: ruim 65.000 verzekerden. Dit lijkt iets om bij een volgend grootonderhoud in de gaten te houden. Datzelfde geldt voor FKG2 voor verslaving exclusief nicotine met een normbedrag gelijk aan dat van FKG0 (-33 euro), zowel in het ex-ante als in het ex-post model; de hogere kosten van FKG2 worden kennelijk al opgepikt door de andere FKG's, DKG en MHK, waar ruim 80% van de betreffende verzekerden ook bij zijn ingedeeld.
- De normbedragen van de DKG's lopen ook niet volledig op met het rangnummer. Dat het normbedrag van DKG1 bijna 400 euro hoger is dan dat van DKG2 heeft potentieel de grootste impact vanwege de grote prevalentie. De verklaring voor het hogere normbedrag van DKG1 is dat deze bestaat uit de oorspronkelijke DKG's 1 en 3, die met ingang van het model van 2023 zijn samengevoegd omdat de onderliggende gegevens na invoering van het ZPM niet langer beschikbaar zijn. Bij een volgend grootonderhoud kan dit worden gecorrigeerd zodat de normbedragen van de psychische DKG's weer een logisch patroon te zien geven.

Gezien deze ontwikkelingen en kanttekeningen komen de patronen in de normbedragen van het ex-ante model 2024 redelijk overeen met die in de normbedragen 2023. Wanneer we de normbedragen van het ex-ante model vergelijken met die van het Uitgangsmodel uit de Overall Toets is sprake van een goede overeenstemming (GGAV = 1,9).³⁸

5.4. Eigen-risicomodel

Uit de cijfers in Tabel 5.3 blijkt dat de verschuivingen in de normbedragen voor het eigen-risicomodel klein zijn, en duidelijk nog kleiner dan vorig jaar; toen waren de verschillen echter relatief groot door de impact van corona en de forse groei van de forfaitaire groep door uitbreiding van het FKG-criterium met vijf schilindicatoren. Ten opzichte van het Uitgangsmodel 2024 bedraagt de GGAV 0,2 euro. Vergeleken met het vereveningsmodel 2023 bedraagt de GGAV 0,7 euro, ook weer lager dan de GGAV die we vorig jaar vonden voor de overstap van model 2022 naar model 2023 (2,7 euro). De GGAV's die we nu vinden sluiten goed aan op de uitkomsten voor model 2022 en eerder.

Tabel 5.3. GGAV in normbedragen voor de eigen betalingen onder het eigen risico ten opzichte van het Uitgangsmodel en het vereveningsmodel van voorgaand jaar, gecorrigeerd voor verschillen in gemiddelde eigen betalingen tussen datajaren (18+)

	2023 ^a	2024
GGAV in normbedragen t.o.v. Uitgangsmodel	1,4	0,2
GGAV in normbedragen t.o.v. definitief model van voorgaand jaar	2,7	0,7

^a Cijfers uit Tabel 5.3 van WOR 1110.

In het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand van dit jaar komt de macro-opbrengst uit op 3.359 miljoen euro terwijl het MPB een opbrengst van 3.418 miljoen euro meldt; een verschil van 59 miljoen euro. Volgens de gebruikelijke procedure levert dit een schalingsfactor van circa 1,018 die we toepassen op de geschatte normbedragen en op het vaste bedrag voor de forfaitaire groep. Een alternatief zou zijn om eerst voor iedere verzekerde in het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand de kosten die ten laste komen van het eigen risico met een zeker percentage X op te hogen zodanig dat de macro-opbrengst precies op het MPB uitkomt, en vervolgens het model te schatten en het forfaitaire bedrag te bepalen. Het blijkt echter dat een waarde van $X > 10\%$ nodig is om het MPB te halen; dat lijkt onrealistisch. De oorzaak is dat de gesommeerde eigen betalingen van de groep mensen die sowieso al op 385 euro kosten zit, 2.759 miljoen euro bedraagt, en die van de complementaire groep dus 590 miljoen (= 3.359 – 2.759); en deze laatste groep zou dan nog 59 miljoen extra moeten opbrengen. Dit lijkt dan ook geen goed alternatief. Mede gezien de reële mogelijkheid dat de

³⁸ Dat geldt ook voor het *ex-post* model: GGAV = 2,0.

vormgeving van het eigen risico per 2025 zal veranderen, is de al 10 jaar gehanteerde procedure van schaling naar het MPB ook nu weer toegepast.

Gegeven het voorgaande komen de patronen in de normbedragen 2024 goed overeen met die in de normbedragen 2023.

5.5. Conclusies

Samenvattend kan worden gesteld dat de patronen in de normbedragen van 2024 redelijk tot goed sporen met die van de overeenkomstige modellen van 2023 (voor zover een vergelijking kan worden gemaakt). Over het algemeen zijn de verschuivingen beperkt, gegeven de invoering van CR in het somatisch model en de opsplitsing van jaargrensoverschrijdende behandelingen in het GGZ-model. Enkele uitzonderingen hierop kunnen goed worden verklaard door (1) veranderingen in onderliggende data (inclusief wijzigingen in kosten-definities en effecten van corona) en toevalsfluctuaties, (2) veranderingen in de vereveningsmodellen en/of (3) herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB.

De hier berekende normbedragen 2024 kunnen plausibel worden geacht. Dit geldt voor het somatisch model, het GGZ-model en het model voor de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico.

Een duidelijke verbetering ten opzichte van het model van 2024 is dat de negatieve normbedragen van FDG4 (in model 2023: -15.200 euro; nu +6.100 euro) en FKG21 voor cystic fibrosis/pancreasenzymen (-700 euro; nu 2.300 euro) door gerichte aanpassingen in de FKG's en DKG's zijn verdwenen. Dat geldt ook voor het negatieve normbedrag van de FKG6 voor schildklierandoeningen (-40 euro; nu +80). Verder komen er, in tegenstelling tot voorgaande jaren, geen verzekerden meer voor met negatieve normkosten. Bovendien waren we vorig jaar voor het eigen-risicomodel genoodzaakt om de eigen betalingen op te hogen voor de (ongelijke) effecten van zorguitval in de (niet-)forfaitaire groepen; dat bleek nu niet nodig.

We plaatsen nog wel enkele kanttekeningen bij de normbedragen 2024. In de eerste plaats verdient het vastzetten van de normbedragen van vijf HKG's in het somatisch model op de waarde nul geen schoonheidsprijs. Gegeven de registratieproblemen die verschillende verzekeraars hebben met de betreffende hulpmiddelen, zou het beter zijn geweest deze risicoklassen helemaal te schrappen en de indeling van de afslagklasse daarop aan te passen; dat bleek echter niet meer haalbaar. De impact van de nu gekozen last-minute oplossing is onduidelijk.

In de tweede plaats is het normbedrag van MHK1 in het GGZ-model 2024 gezakt naar het niveau van de afslagklasse, waarschijnlijk als gevolg van de sterk toegenomen samenhang tussen MHK1 en DKG1 (een gevolg van de overgang van schadejaar naar boekjaar in het

kader van de invoering van het ZPM). Het lijkt dan ook logisch om MHK1 en MHK0 samen te voegen.

In de derde plaats leidt de vaste HKC-drempel – van 400.000 euro – in het somatisch model in de loop der tijd tot een toename van de HKC-pool. Zo zien we nu al dat de omvang van de HKC-pool in het model van 2024 bijna is verdubbeld in vergelijking tot het Uitgangsmodel uit de Overall Toets. Het is aan te bevelen om de HKC-drempel te laten afhangen van de feitelijke kosten in het vereveningsjaar, bijvoorbeeld door een geschikt kwantiel te nemen uit de kostenverdeling.

Ten slotte lopen de normbedragen van de somatische DKG's en de psychische FKG's en DKG's niet helemaal monotoon op met het nummer van de betreffende risicoklassen, terwijl dat wel de opzet is. De invloed van deze onlogische uitkomsten op de risicoverevening als geheel is naar verwachting echter beperkt.

Merk verder op dat de gevolgen van de prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen die VWS afsluit met de farmaceuten, alleen voor wat betreft 2021 in de onderzoeksbestanden zijn verwerkt. De gevolgen van deze prijsarrangementen voor de kosten van latere jaren zijn vooralsnog niet bekend en daarom niet verwerkt in het onderzoeksbestand. Via het MPB komt de verwachte omvang van de prijsarrangementen overigens wel indirect tot uiting in de normbedragen 2024.

Ten slotte merken wij op dat bij de berekening van de normbedragen 2024 op kostendata van 2021 alleen impliciet – namelijk via de verzekerdensraming en het MPB – rekening is gehouden met de (in)directe effecten van de coronapandemie op kosten(-patronen) en prevalenties van vereveningscriteria. De uitkomsten van enkele aanvullende analyses van het somatisch model (WOR 1175, bijlage A) en het eigen-risicomodel (WOR 1175, paragraaf 6.3) ondersteunen echter het vertrouwen in de berekening van de normbedragen 2024 op de 2021-data. Voor het GGZ-model zijn geen aanvullende analyses uitgevoerd omdat we geen aanwijzingen vonden van mogelijk (substantiële) effecten van de coronapandemie op kosten en kostenpatronen. Wel maakte de invoering van het ZPM diverse ingrepen in de data noodzakelijk om het onderzoeksbestand zo goed mogelijk representatief te maken voor 2024.

Bijlage A. Toelichting RAS-methode

Voor de herweging van het onderzoeksbestand naar de verzekerdenraming is gebruikgemaakt van de zogenaamde RAS-methode. Dit is nodig, omdat de verzekerdenraming van het ZIN bestaat uit meerdere **afzonderlijke** indelingen van het aantal verzekerden. Aan de hand van een voorbeeld zullen we toelichten waarom herweging hierdoor wordt bemoeilijkt en op welke wijze de RAS-methode dit probleem oplost.

Stel dat het onderzoeksbestand alleen hoeft te worden gewogen naar verzekerdenramingen voor:

1. leeftijd/geslacht en regio ($22 \times 2 \times 10 = 440$ subgroepen);
2. leeftijd/geslacht en FDG ($22 \times 2 \times 5 = 220$ subgroepen).

Als het zou gaan om weging naar uitsluitend indeling (1) dan is de oplossing simpel:

- a. Bepaal in het onderzoeksbestand het aantal verzekerdenjaren voor elk van de 440 subgroepen.
- b. Bereken voor elk van de 440 subgroepen de verhouding tussen de verzekerdenraming (1) en het corresponderende aantal verzekerdenjaren uit (a).
- c. Gebruik de verhoudingsgetallen uit (b) als gewichten voor de afzonderlijke waarnemingen in het onderzoeksbestand. De gewogen aantallen zullen dan precies overeenkomen met de verzekerdenraming (1).

Met alleen deze weging is het echter onwaarschijnlijk dat de gewogen aantallen verzekerden per leeftijd/geslacht **en FDG** precies uitkomen op de verzekerdenraming van (2). De oplossing lijkt te zijn: voer (a), (b) en (c) vervolgens ook uit met de raming naar leeftijd/geslacht en FDG. Echter, dan zal zeer waarschijnlijk de indeling naar leeftijd/geslacht **en regio** weer niet kloppen. Wel zal deze nieuwe indeling al dichter bij beide ramingen liggen dan de oorspronkelijke indeling.

De RAS-methode (ook wel 'sample-balancing' of 'raking' genoemd) zorgt ervoor dat indelingen (1) en (2) worden gecombineerd met de feitelijke aantallen in het onderzoeksbestand tot één wegingsmatrix (met – in dit geval – $22 \times 2 \times 10 \times 5 = 2.200$ cellen), zodanig dat de koppeling van deze gewichten aan het onderzoeksbestand leidt tot gewogen aantallen verzekerden die exact overeenkomen met de verzekerdenramingen van indeling (1) én met die van indeling (2). In feite komt het erop neer dat de bewerkingen (a), (b) en (c) een aantal keer achter elkaar worden uitgevoerd, afwisselend om verzekerdenraming (1) en verzekerdenraming (2) te benaderen. Na vier iteraties blijkt in dit geval de gewenste wegingsmatrix verkregen te zijn; alle afwijkingen ten opzichte van verzekerdenramingen (1) en (2) zijn dan kleiner dan 1 verzekerdenjaar.

Dit is een vereenvoudigd voorbeeld. In de praktijk hebben we voor het somatisch onderzoeksbestand niet te maken met 2 indelingen maar met 98 (zie paragraaf 2.3) en voor het GGZ-model met 16 (paragraaf 3.3). Dit betekent dat de bewerkingen (a), (b) en (c) een flink aantal keer moeten worden uitgevoerd: voor het somatisch model 82 keer en voor het GGZ-model 199 keer (vorig jaar: 47 respectievelijk 119 keer).³⁹

Izrael et al. (2000) hebben deze wegingsmethode geïmplementeerd in een SAS-macro, uitgaande van 'sample-balancing' zoals beschreven door Deming (1943). Battaglia et al. (2009) gaan in op praktische issues. Wij hebben de betreffende macro opgevraagd en hier toegepast.

Voor een verdere toelichting op de RAS-methode verwijzen wij de geïnteresseerde lezer naar http://en.wikipedia.org/wiki/Iterative_proportional_fitting.

³⁹ Het aantal iteraties is een indicatie voor de mate waarin de prevalenties in het onderzoeksbestand afwijken van de verzekerdenraming. En over het algemeen geldt: hoe minder iteraties, des te minder het aantal extreme gewichten dat resulteert (<0,10 of >10).

Bijlage B. Normbedragen 2024

Deze bijlage bestaat uit vijf delen met per vereveningscriterium de normbedragen voor het jaar 2024. De normbedragen hebben in bijlagen 1 tot en met 5 achtereenvolgens betrekking op:

1. kosten betreffende het cluster variabele zorgkosten (ex ante);
2. kosten betreffende het cluster variabele zorgkosten (ex post);
3. kosten betreffende het cluster geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ex ante);
4. kosten betreffende het cluster geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ex post);
5. opbrengst van de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico.

De nummering van de bijlagen en tabellen correspondeert met de bijlagen die horen bij de Regeling risicoverevening 2024. Hetzelfde geldt voor de opbouw en de inhoud. Merk op dat de normbedragen voor het vereveningscriterium SEI (voor niet-ingezetenen die al dan niet als seizoenarbeider worden aangemerkt) hier ontbreken; deze normbedragen zijn in een afzonderlijk traject tot stand gekomen (WOR 1172 en 1185).

Bijlage B.1. Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten (behorende bij artikel 5 van de Regeling risicoverevening 2024)

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot het cluster 'variabele zorgkosten'. De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 5). De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.1.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	12868.97
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3772.87
	1-4 jaar	2972.54
	5-9 jaar	2587.44
	10-14 jaar	2606.04
	15-17 jaar	2708.87
	18-24 jaar	2437.91
	25-29 jaar	2458.04
	30-34 jaar	2471.21
	35-39 jaar	2523.38
	40-44 jaar	2576.60
	45-49 jaar	2701.29
	50-54 jaar	2862.57
	55-59 jaar	3124.09
	60-64 jaar	3370.92
	65-69 jaar	3713.43
	70-74 jaar	4152.43
75-79 jaar	4488.52	
80-84 jaar	4804.72	
85-89 jaar	5481.19	
90+ jaar	6498.39	
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	11222.00
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3411.84
	1-4 jaar	2673.16
	5-9 jaar	2562.79
	10-14 jaar	2638.82
	15-17 jaar	2851.93
	18-24 jaar	2604.64
	25-29 jaar	2588.94
	30-34 jaar	2498.79
	35-39 jaar	2570.01
	40-44 jaar	2704.34
	45-49 jaar	2832.65
	50-54 jaar	2902.13
	55-59 jaar	2955.70
	60-64 jaar	3072.16
	65-69 jaar	3329.85
	70-74 jaar	3580.49
75-79 jaar	3870.83	
80-84 jaar	4288.83	
85-89 jaar	4845.17	
90+ jaar	5248.41	

Tabel B.1.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	-528.05
COPD/astma: Medicatie	373.56
Diabetes: Insuline	2935.25
Diabetes: Orale medicatie	695.53
CVRM: Medicatie Licht	163.52
CVRM: Medicatie Zwaar	499.49
Schildklierandoeningen	83.88
Glaucoom	272.17
Depressie	206.05
Psychose	414.62
Epilepsie	585.18
Chronische antistolling	1027.12
Transplantaties	4706.25
Parkinson	2711.74
Hartaandoeningen: overig	2159.43
Chronische pijn exclusief opioïden	1089.27
Neuropatische pijn	1857.34
Diabetes type II zonder hypertensie	869.56
Diabetes type II met hypertensie	1407.52
Diabetes type I zonder hypertensie	2885.24
Diabetes type I met hypertensie	3350.06
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	2310.54
Groeistoornissen o.b.v. add-on	3498.57
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	4794.66
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	1664.60
HIV/AIDS	356.38
Psoriasis	1227.33
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	799.61
Reuma	802.86
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3057.63
Nieraandoeningen o.b.v. add-on	8988.31
Acromegalie	11918.91
Immunoglobuline o.b.v. add-on	16545.56
Astma	661.08
COPD/Zware astma	1610.92
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	10499.04
Hormoongevoelige tumoren	1075.68
Kanker	827.62
Kanker o.b.v. add-on	9708.82
Pulmonale arteriële hypertensie	18661.12
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2696.60
Hypercholesterolemie	2548.72
Hartaandoeningen: anti-aritmica	1174.55
Verslaving exclusief nicotine	1559.73
Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	76611.77
Extreem hoge kosten cluster 1	114543.06
Extreem hoge kosten cluster 2	212987.18
Extreem hoge kosten cluster 3	406024.26
Extreem hoge kosten cluster 4	567894.83

Tabel B.1.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	-482.41
1	461.68
2	1164.26
3	1709.46
4	2422.70
5	2832.75
6	3912.34
7	4428.66
8	4398.37
9	5791.31
10	5085.89
11	6316.02
12	6589.75
13	10186.50
14	12179.61
15	11634.63
16	10176.26
17	15163.13
18	13750.88
19	17684.96
20	14179.39
21	15157.74
22	16713.26
23	24666.59
24	37421.32
25	24528.33
26	61144.67

Tabel B.1.4. Gewichten voor het vereveningscriterium HKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen HKG	-48.03
CPAP apparatuur	605.99
Zuurstofapparaten met toebehoren	3902.39
Therapeutische elastische kousen	530.37
Orthopedisch schoeisel	581.65
Incontinentie- en stomamateriaal	0.00
Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	0.00
Insulinepompen	0.00
Glucosemonitor	0.00
Draagbare infuuspompen	0.00
Compressiehulpmiddelen	2054.72
Orthesen	1345.84

Tabel B.1.5. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0-17 jaar	180.47
	18-34 jaar	2077.09
	35-44 jaar	859.30
	45-54 jaar	756.30
	55-64 jaar	562.35
	65-69 jaar	433.18
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0-17 jaar	195.73
	18-34 jaar	573.86
	35-44 jaar	535.21
	45-54 jaar	485.11
	55-64 jaar	394.38
	65-69 jaar	532.56
Bijstandsgerechtigden	0-17 jaar	186.59
	18-34 jaar	285.46
	35-44 jaar	290.29
	45-54 jaar	263.92
	55-64 jaar	257.10
	65-69 jaar	381.77
Studenten	0-17 jaar	-5.35
	18-34 jaar	-54.09
Zelfstandigen	0-17 jaar	-139.70
	18-34 jaar	-78.26
	35-44 jaar	-123.59
	45-54 jaar	-151.31
	55-64 jaar	-202.41
	65-69 jaar	-29.76
Hoogopgeleiden	0-17 jaar	-95.51
	18-34 jaar	-89.04
	35-44 jaar	-154.07
Referentiegroep	0-17 jaar	0.25
	18-34 jaar	6.77
	35-44 jaar	13.65
	45-54 jaar	-47.13
	55-64 jaar	-63.97
	65-69 jaar	-129.43

Tabel B.1.6. Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
1	99.04
2	59.87
3	27.72
4	10.88
5	-6.28
6	-13.92
7	-30.92
8	-35.64
9	-47.27
10	-59.28

Tabel B.1.7. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	71.20
	18-69 jaar	39.99
	70+ jaar	-8.55
2 (laag)	0-17 jaar	45.03
	18-69 jaar	23.67
	70+ jaar	13.58
3 (midden)	0-17 jaar	-38.04
	18-69 jaar	-1.36
	70+ jaar	34.14
4 (hoog)	0-17 jaar	-39.93
	18-69 jaar	-42.19
	70+ jaar	-35.81

Tabel B.1.8. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
Wlz-instelling, blijvend	0-17 jaar	0.00
	18-69 jaar	275.81
	70-79 jaar	-813.86
	80+ jaar	-1958.71
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	2774.94
	70-79 jaar	4916.25
	80+ jaar	1854.71
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	46.83
	70-79 jaar	222.28
	80+ jaar	466.60
Overig	18-69 jaar	-12.51
	70-79 jaar	-96.00
	80+ jaar	-170.32

Tabel B.1.9. Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	-635.72
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	158.08
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	2828.85
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2285.74
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3674.80
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5812.47
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	10454.78
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent	21029.83
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	50941.48

Tabel B.1.10. Gewichten voor het vereveningscriterium FDG (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	-39.05
1	637.52
2	1900.05
3	5842.15
4	6065.41

Tabel B.1.11. Gewichten voor het vereveningscriterium MVV (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	-222.60
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1514.43
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2291.95
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3587.78
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5914.79
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8557.56
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	12118.98
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	16524.76
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	27838.08
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 - 17 jaar	86307.48

Tabel B.1.12. Gewichten voor het vereveningscriterium HSM (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	-134.63
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	163.75

Tabel B.1.13. Gewichten voor het vereveningscriterium IBZ (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen IBZ	-79.51
Zwanger in het vereveningsjaar, maar niet bevallen in het vereveningsjaar	2529.06
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het daaraan voorafgaande kalenderjaar	5904.86
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het vereveningsjaar	7832.65

Bijlage B.2. Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten bij toepassing van hogekostencompensatie (behorende bij artikel 11, tweede lid, van de Regeling risicoverevening 2024)

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot het cluster 'variabele zorgkosten'. De in deze bijlage genoemde gewichten vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, tweede lid). De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie

Tabel B.2.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten	
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	12863.62
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3763.70
	1-4 jaar	2968.01
	5-9 jaar	2581.07
	10-14 jaar	2593.16
	15-17 jaar	2702.08
	18-24 jaar	2430.01
	25-29 jaar	2452.26
	30-34 jaar	2469.13
	35-39 jaar	2522.59
	40-44 jaar	2575.13
	45-49 jaar	2701.37
	50-54 jaar	2861.98
	55-59 jaar	3122.80
	60-64 jaar	3373.53
	65-69 jaar	3718.70
	70-74 jaar	4160.76
75-79 jaar	4501.15	
80-84 jaar	4820.88	
85-89 jaar	5497.48	
90+ jaar	6507.00	
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	11200.59
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3403.84
	1-4 jaar	2667.21
	5-9 jaar	2553.97
	10-14 jaar	2626.21
	15-17 jaar	2846.13
	18-24 jaar	2599.41
	25-29 jaar	2586.54
	30-34 jaar	2498.59
	35-39 jaar	2568.66
	40-44 jaar	2703.96
	45-49 jaar	2834.35
	50-54 jaar	2905.22
	55-59 jaar	2958.50
	60-64 jaar	3077.13
	65-69 jaar	3337.22
	70-74 jaar	3590.25
75-79 jaar	3882.38	
80-84 jaar	4300.42	
85-89 jaar	4859.37	
90+ jaar	5269.60	

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	-523.58
COPD/astma: Medicatie	378.56
Diabetes: Insuline	2686.76
Diabetes: Orale medicatie	695.10
CVRM: Medicatie Licht	165.98
CVRM: Medicatie Zwaar	499.38
Schildklierandoeningen	86.81
Glaucoom	277.28
Depressie	211.99
Psychose	420.27
Epilepsie	579.60
Chronische antistolling	1024.34
Transplantaties	4530.00
Parkinson	2726.07
Hartaandoeningen: overig	2152.15
Chronische pijn exclusief opioïden	1094.31
Neuropatische pijn	1868.25
Diabetes type II zonder hypertensie	874.76
Diabetes type II met hypertensie	1407.62
Diabetes type I zonder hypertensie	2891.88
Diabetes type I met hypertensie	3357.36
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	2326.52
Groeistoornissen o.b.v. add-on	3422.36
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	4904.02
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	1747.55
HIV/AIDS	295.64
Psoriasis	1241.57
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	798.94
Reuma	792.44
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3032.92
Nieraandoeningen o.b.v. add-on	9126.79
Acromegalie	12004.96
Immunoglobuline o.b.v. add-on	15033.62
Astma	651.39
COPD/Zware astma	1615.09
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	10489.25
Hormoongevoelige tumoren	1071.63
Kanker	829.25
Kanker o.b.v. add-on	9725.46
Pulmonale arteriële hypertensie	18836.62
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2678.73
Hypercholesterolemie	2534.99
Hartaandoeningen: anti-aritmica	1168.08
Verslaving exclusief nicotine	1571.82
Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	78047.39
Extreem hoge kosten cluster 1	115501.72
Extreem hoge kosten cluster 2	203450.01
Extreem hoge kosten cluster 3	322182.72
Extreem hoge kosten cluster 4	387893.62

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	-481.32
1	464.89
2	1177.41
3	1720.71
4	2429.95
5	2857.75
6	3860.59
7	4288.20
8	4435.90
9	5838.34
10	4908.10
11	6364.81
12	6680.51
13	10164.29
14	9230.46
15	11455.01
16	10212.17
17	14441.11
18	13744.95
19	17778.12
20	14372.07
21	14151.59
22	16910.19
23	24312.37
24	37132.55
25	24036.97
26	62133.19

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.4. Gewichten voor het vereveningscriterium HKG's (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen HKG	-47.34
CPAP apparatuur	601.94
Zuurstofapparaten met toebehoren	3841.36
Therapeutische elastische kousen	536.50
Orthopedisch schoeisel	513.83
Incontinentie- en stomamateriaal	0.00
Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	0.00
Insulinepompen	0.00
Glucosemonitor	0.00
Draagbare infuuspompen	0.00
Compressiehulpmiddelen	2072.91
Orthesen	1282.20

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.5. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten	
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0-17 jaar	195.40
	18-34 jaar	2120.32
	35-44 jaar	896.19
	45-54 jaar	805.59
	55-64 jaar	587.41
	65-69 jaar	468.32
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0-17 jaar	191.13
	18-34 jaar	541.66
	35-44 jaar	538.96
	45-54 jaar	478.83
	55-64 jaar	396.72
	65-69 jaar	535.77
Bijstandsgerechtigden	0-17 jaar	188.60
	18-34 jaar	279.87
	35-44 jaar	290.21
	45-54 jaar	264.45
	55-64 jaar	256.36
	65-69 jaar	384.08
Studenten	0-17 jaar	6.62
	18-34 jaar	-53.77
Zelfstandigen	0-17 jaar	-140.48
	18-34 jaar	-77.26
	35-44 jaar	-123.12
	45-54 jaar	-152.84
	55-64 jaar	-206.36
	65-69 jaar	-29.39
Hoogopgeleiden	0-17 jaar	-105.16
	18-34 jaar	-89.15
	35-44 jaar	-154.57
Referentiegroep	0-17 jaar	1.13
	18-34 jaar	8.68
	35-44 jaar	12.86
	45-54 jaar	-47.41
	55-64 jaar	-64.85
	65-69 jaar	-131.94

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.6. Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
1	97.09
2	58.42
3	28.03
4	12.17
5	-7.34
6	-11.69
7	-30.84
8	-35.01
9	-46.48
10	-60.16

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.7. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)*

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	70.95
	18-69 jaar	40.26
	70+ jaar	-6.68
2 (laag)	0-17 jaar	43.38
	18-69 jaar	24.97
	70+ jaar	12.91
3 (midden)	0-17 jaar	-37.35
	18-69 jaar	-1.47
	70+ jaar	33.26
4 (hoog)	0-17 jaar	-39.36
	18-69 jaar	-43.14
	70+ jaar	-36.09

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.8. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)*

		Variabele zorgkosten
Wlz-instelling, blijvend	0-17 jaar	0.00
	18-69 jaar	290.22
	70-79 jaar	-818.03
	80+ jaar	-1968.09
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	2756.82
	70-79 jaar	4940.78
	80+ jaar	1872.29
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	45.83
	70-79 jaar	223.24
	80+ jaar	469.14
Overig	18-69 jaar	-12.46
	70-79 jaar	-96.42
	80+ jaar	-172.01

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.9. Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	-637.94
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	156.52
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	2872.19
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2307.82
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3706.17
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5865.47
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	10577.68
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent	21223.92
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	49678.03

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.10. Gewichten voor het vereveningscriterium FDG (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	-39.01
1	634.92
2	1898.88
3	5912.14
4	6298.37

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.11. Gewichten voor het vereveningscriterium MVV (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	-222.09
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1498.11
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2282.78
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3599.03
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5904.06
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8556.49
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	12105.58
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	16541.09
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	27741.11
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 - 17 jaar	83702.06

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.12. Gewichten voor het vereveningscriterium HSM (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	-135.55
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	164.87

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.13. Gewichten voor het vereveningscriterium IBZ (in euro's per verzekerde)*

	Variabele zorgkosten
Geen IBZ	-79.69
Zwanger in het vereveningsjaar, maar niet bevallen in het vereveningsjaar	2533.77
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het daaraan voorafgaande kalenderjaar	5918.02
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het vereveningsjaar	7851.18

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Bijlage B.3. Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige GGZ (behorende bij artikel 5 van de Regeling risicoverevening 2024)

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar of ouder; de gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 5). De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.3.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18-24 jaar	394.30
	25-29 jaar	412.38
	30-34 jaar	384.91
	35-39 jaar	375.30
	40-44 jaar	359.45
	45-49 jaar	341.43
	50-54 jaar	333.11
	55-59 jaar	325.06
	60-64 jaar	325.06
	65-69 jaar	323.20
	70-74 jaar	328.98
	75-79 jaar	328.98
	80-84 jaar	316.64
	85-89 jaar	316.64
90+ jaar	316.64	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	551.05
	25-29 jaar	484.65
	30-34 jaar	419.11
	35-39 jaar	396.16
	40-44 jaar	369.81
	45-49 jaar	360.91
	50-54 jaar	337.94
	55-59 jaar	325.06
	60-64 jaar	325.06
	65-69 jaar	323.20
	70-74 jaar	328.98
	75-79 jaar	328.98
	80-84 jaar	316.64
	85-89 jaar	316.64
90+ jaar	316.64	

Tabel B.3.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-33.06
ADHD	109.88
Verslaving exclusief nicotine	-33.06
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1105.69
Chronische stemmingsstoornissen	262.40
Bipolaire stoornissen regulier	766.80
Bipolaire stoornissen complex	2699.13
Psychose	1957.51
Chronische stemmingsstoornissen complex	1716.22
Psychose depot	4292.82

Tabel B.3.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-200.94
1	1466.80
2	1081.49
3	3265.80
4	5256.18
5	6531.55
6	7463.31
7	11889.21
8	15131.33
9	16849.67
10	26194.28
11	33826.87
12	53309.56
13	47077.53
14	73000.97
15	34029.42
16	22169.14

Tabel B.3.4. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ	
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	292.59
	35-44 jaar	79.98
	45-54 jaar	-9.90
	55-64 jaar	-1.86
	65-69 jaar	0.00
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	423.35
	35-44 jaar	282.53
	45-54 jaar	150.47
	55-64 jaar	20.37
	65-69 jaar	0.00
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	545.04
	35-44 jaar	139.46
	45-54 jaar	-3.85
	55-64 jaar	-1.86
	65-69 jaar	0.00
Studenten	18-34 jaar	-47.08
Zelfstandigen	18-34 jaar	-61.28
	35-44 jaar	-36.24
	45-54 jaar	-9.90
	55-64 jaar	-1.86
	65-69 jaar	0.00
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-53.08
	35-44 jaar	-24.27
Referentiegroep	18-34 jaar	-10.29
	35-44 jaar	-17.43
	45-54 jaar	-9.90
	55-64 jaar	-1.86
	65-69 jaar	0.00

Tabel B.3.5. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	45.71
2	7.52
3	-2.94
4	-7.19
5	-7.19
6	-7.19
7	-7.19
8	-7.19
9	-7.19
10	-7.19

Tabel B.3.6. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	21.79
	70+ jaar	16.60
2 (laag)	18-69 jaar	-11.43
	70+ jaar	-4.92
3 (midden)	18-69 jaar	-11.43
	70+ jaar	-4.61
4 (hoog)	18-69 jaar	3.93
	70+ jaar	-6.41

Tabel B.3.7. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	-43.69
	70-79 jaar	-44.27
	80+ jaar	-31.93
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	699.64
	70-79 jaar	853.20
	80+ jaar	196.35
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	61.36
	70-79 jaar	41.34
	80+ jaar	-2.01
Overig	18-69 jaar	-10.46
	70-79 jaar	-19.77
	80+ jaar	-6.33

Tabel B.3.8. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-MHK (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	-60.12
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	-60.12
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille *	2095.49
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille *	4376.65
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille *	7831.03
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille *	17574.88
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	19105.40
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	33052.52

* Voor verzekerden jonger dan 24 jaar: ten minste 1 van de 5 voorafgaande jaren.

Bijlage B.4. Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige GGZ bij toepassing van hogekostencompensatie (behorende bij artikel 11, tweede lid, van de Regeling risico-verevening 2024)

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar of ouder; de gewichten vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, tweede lid). De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)*

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18-24 jaar	395.84
	25-29 jaar	411.47
	30-34 jaar	386.78
	35-39 jaar	376.94
	40-44 jaar	361.46
	45-49 jaar	341.69
	50-54 jaar	331.26
	55-59 jaar	322.97
	60-64 jaar	322.97
	65-69 jaar	321.17
	70-74 jaar	325.32
	75-79 jaar	325.32
	80-84 jaar	315.95
85-89 jaar	315.95	
90+ jaar	315.95	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	551.10
	25-29 jaar	486.08
	30-34 jaar	425.29
	35-39 jaar	401.13
	40-44 jaar	372.55
	45-49 jaar	363.44
	50-54 jaar	340.86
	55-59 jaar	322.97
	60-64 jaar	322.97
	65-69 jaar	321.17
	70-74 jaar	325.32
	75-79 jaar	325.32
	80-84 jaar	315.95
85-89 jaar	315.95	
90+ jaar	315.95	

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)*

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-33.09
ADHD	133.19
Verslaving exclusief nicotine	-33.09
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1032.57
Chronische stemmingsstoornissen	277.32
Bipolaire stoornissen regulier	786.87
Bipolaire stoornissen complex	2561.68
Psychose	1921.89
Chronische stemmingsstoornissen complex	1702.65
Psychose depot	4122.30

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)*

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-198.82
1	1515.32
2	1125.94
3	3359.65
4	5311.59
5	6716.72
6	7564.22
7	11741.40
8	14774.19
9	15916.91
10	23177.06
11	28837.46
12	41531.41
13	37921.28
14	55949.49
15	26966.43
16	21504.28

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.4. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)*

	Kosten van geneeskundige GGZ	
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	219.50
	35-44 jaar	99.28
	45-54 jaar	-10.09
	55-64 jaar	-1.80
	65-69 jaar	0.00
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	363.36
	35-44 jaar	287.78
	45-54 jaar	153.59
	55-64 jaar	19.77
	65-69 jaar	0.00
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	546.96
	35-44 jaar	148.00
	45-54 jaar	-4.20
	55-64 jaar	-1.80
	65-69 jaar	0.00
Studenten	18-34 jaar	-41.23
Zelfstandigen	18-34 jaar	-60.13
	35-44 jaar	-40.29
	45-54 jaar	-10.09
	55-64 jaar	-1.80
	65-69 jaar	0.00
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-51.92
	35-44 jaar	-24.34
Referentiegroep	18-34 jaar	-9.09
	35-44 jaar	-17.43
	45-54 jaar	-10.09
	55-64 jaar	-1.80
	65-69 jaar	0.00

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.5. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)*

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	39.19
2	9.64
3	-0.64
4	-6.89
5	-6.89
6	-6.89
7	-6.89
8	-6.89
9	-6.89
10	-6.89

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.6. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)*

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	23.87
	70+ jaar	15.23
2 (laag)	18-69 jaar	-10.23
	70+ jaar	-5.59
3 (midden)	18-69 jaar	-10.23
	70+ jaar	-3.40
4 (hoog)	18-69 jaar	0.48
	70+ jaar	-6.00

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.7. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)*

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	-45.63
	70-79 jaar	-41.13
	80+ jaar	-31.76
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	859.36
	70-79 jaar	865.31
	80+ jaar	208.86
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	67.04
	70-79 jaar	36.75
	80+ jaar	-2.13
Overig	18-69 jaar	-11.53
	70-79 jaar	-18.34
	80+ jaar	-7.14

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.8. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-MHK (in euro's per verzekerde)*

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	-60.61
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	-50.53
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille **	2232.36
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille **	4595.82
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille **	8137.72
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille **	15447.06
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	18225.51
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	28837.74

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

** Voor verzekerden jonger dan 24 jaar: ten minste 1 van de 5 voorafgaande jaren.

**Bijlage B.5. Normbedragen vereveningsmodel voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico
Alleen volwassenen zonder FKG/DKG/HKG/FDG/MVV en niet ingedeeld bij MHK-klasse “2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent” of hoger
(behorende bij artikel 8, tweede lid, van de Regeling risicoverevening 2024)**

De bijlage betreft de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico. De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor een zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico (artikel 8, tweede lid) en vormen de basis voor de herberekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage van een zorgverzekeraar (artikel 18, tweede lid).

Tabel B.5.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18-24 jaar	130.76
	25-29 jaar	129.48
	30-34 jaar	129.81
	35-39 jaar	131.11
	40-44 jaar	133.93
	45-49 jaar	138.27
	50-54 jaar	146.34
	55-59 jaar	159.84
	60-64 jaar	172.08
	65-69 jaar	185.90
	70-74 jaar	201.26
	75-79 jaar	213.85
	80-84 jaar	222.96
85-89 jaar	217.99	
90+ jaar	203.08	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	189.61
	25-29 jaar	184.91
	30-34 jaar	178.33
	35-39 jaar	172.28
	40-44 jaar	176.38
	45-49 jaar	182.03
	50-54 jaar	187.05
	55-59 jaar	188.33
	60-64 jaar	193.10
	65-69 jaar	201.35
	70-74 jaar	214.71
	75-79 jaar	222.50
	80-84 jaar	224.74
85-89 jaar	207.94	
90+ jaar	166.07	

Tabel B.5.2. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico	
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	74.31
	35-44 jaar	71.50
	45-54 jaar	57.48
	55-64 jaar	42.30
	65-69 jaar	23.20
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	52.95
	35-44 jaar	64.24
	45-54 jaar	56.26
	55-64 jaar	38.71
	65-69 jaar	25.24
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	46.38
	35-44 jaar	42.82
	45-54 jaar	34.77
	55-64 jaar	15.90
	65-69 jaar	-3.10
Studenten	18-34 jaar	-3.85
Zelfstandigen	18-34 jaar	-4.54
	35-44 jaar	-7.90
	45-54 jaar	-8.37
	55-64 jaar	-9.48
	65-69 jaar	-4.76
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-7.15
	35-44 jaar	-11.02
Referentiegroep	18-34 jaar	0.07
	35-44 jaar	-0.04
	45-54 jaar	-2.60
	55-64 jaar	-2.00
	65-69 jaar	-1.85

Tabel B.5.3. Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	4.37
2	3.19
3	0.45
4	0.33
5	-0.88
6	-1.04
7	-1.98
8	-1.60
9	-2.37
10	-0.53

Tabel B.5.4. Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	-26.09
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	68.14

Referenties

Deming, W.E. (1943), "Statistical Adjustment of Data". New York, Wiley.

Battaglia, M.P., D.C. Hoaglin en M.R. Franklin (2009), "Practical considerations in raking survey data". *Survey Practice*, vol. 2, Issue 4.

Izrael, D., D.C. Hoaglin en M.P. Battaglia (2000), "A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample". Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference, Cary, NC, SAS Institute Inc., pp. 1350-1355.

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

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

WOR 1054, ESHPM-projectteam risicoverevening (2021). *Onderzoek risicoverevening 2022: Berekening normbedragen; eindrapportage*. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1079, ESHPM-projectteam risicoverevening (2022). *Alternatieven voor herweging*. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

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

WOR 1164, ESHPM-projectteam risicoverevening (2023). *Onderzoek risicoverevening 2024: Pre-OT; eindrapportage*. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1169, E. Nijhof, I. Smits en M. Romp (2023). *Toedeling kosten Medisch-Specialistische Zorg 2021 t.b.v. Overall Toets 2024; eindrapportage*. Zeist, Vektis.

WOR 1172, SEO Economisch Onderzoek (2023). *Niet-ingezetenen in de risicoverevening; actualisatie normbedragen voor model 2024; definitief rapport*. Amsterdam.

WOR 1175, ESHPM-projectteam risicoverevening (2023). *Onderzoek risicoverevening 2024: Gegevensfase; eindrapportage*. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1176, ESHPM-projectteam risicoverevening (2022). *Onderzoek risicoverevening 2024: Overall Toets; eindrapportage*. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1185, SEO Economisch Onderzoek/ Ministerie van VWS (2023). *Berekening niet-ingezetenen 2024*. Den Haag.

ZIN (2023), Verantwoording regulier onderhoud extreem hoge kosten (EHK) clusters voor vereveningsjaar 2024. Diemen, Zorginstituut Nederland.