



Zorginstituut Nederland

## Verantwoording Verzekerdenraming 2024

Datum	19 september 2023
Status	Definitief

## Colofon

Volgnummer	2023019795
Contactpersoon	S. Muilwijk risicoverevening@zinl.nl
Afdeling Team	Fondsen en Informatiemanagement Risicoverevening, Beheerskosten & Subsidies



## Inhoud

### Colofon 1

### Definities 5

### Samenvatting 8

#### 1 Inleiding 10

- 1.1 Doel en opzet van de verzekerdenraming 10
- 1.2 Leeswijzer 11

#### 2 Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en overige bijzonderheden in de verzekerdenraming 12

- 2.1 Beleidswijzigingen 12
- 2.2 Modelwijzigingen 13
- 2.3 Overige bijzonderheden 15

#### 3 Macroverzekerdenraming 2024 23

#### 4 Uitkomsten verzekerdenraming 2024 24

- 4.1 L5G 24
- 4.2 FKG\_C 25
- 4.3 FKG\_G 28
- 4.4 DKG\_C 28
- 4.5 DKG\_G 30
- 4.6 FDG\_C 32
- 4.7 HKG\_C 33
- 4.8 HSM\_C 36
- 4.9 MHK\_C 37
- 4.10 MHK\_G 39
- 4.11 MVV\_C 41
- 4.12 IBZ\_C 42
- 4.13 AVI 43
- 4.14 SES 45
- 4.15 PPA 47
- 4.16 REG\_C en REG\_G 48
- 4.17 SEI 48
- 4.18 MFK\_C 49
- 4.19 ER-model 49

#### 5 Onzekerheden en criteriumneutraliteit 51

- 5.1 L5G 52
- 5.2 FKG\_C 52
- 5.3 FKG\_G 53
- 5.4 DKG\_C 53
- 5.5 DKG\_G 53
- 5.6 FDG\_C 53
- 5.7 HKG\_C 53
- 5.8 HSM\_C 54
- 5.9 MHK\_C 54
- 5.10 MHK\_G 54
- 5.11 MVV\_C 54

5.12 IBZ\_C 54  
5.13 AVI 54  
5.14 SES 55  
5.15 PPA 55  
5.16 REG\_C en REG\_G 55  
5.17 SEI 55

**Bijlage 1 Methodiek macroverzekerdenraming 56**

**Bijlage 2 Methodiek bijraming per type kenmerk 58**

**Bijlage 3 Correctiefactoren en trendfactoren 62**

## Definities

**AVI:** Aard van het inkomen in het somatische model en het GGZ-model

**BASIC:** databestand van Vektis met zorgkosten en kenmerken van Zvw-verzekerden

**Belastingdienstbestand:** het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand met inkomensgegevens en gepseudonimiseerde adresgegevens per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor een peiljaar.

**DKG\_C:** diagnosekostengroepen in het somatisch model

**DKG\_G:** diagnosekostengroepen in het GGZ-model

**DV:** definitieve vaststelling

**ESHPM:** het onderzoeksbureau dat de onderzoeken naar de pre-OT, gegevensfase, Overall Toets en schatting van de normbedragen voor het komende vereveningsjaar uitvoert.

**EHK:** extreem hoge kostencluster

**FDG\_C:** fysiotherapiediagnosegroepen in het somatisch model

**FKG\_C:** farmaceutische kostengroepen in het somatisch model

**FKG\_G:** farmaceutische kostengroepen in het GGZ-model

**HKG\_C:** hulpmiddelenkostengroepen in het somatisch model

**HSM\_C:** historische somatische morbiditeit in het somatisch model

**IBZ\_C:** indicatie voor bevallingen en zwangerschappen in het somatisch model

**L1G:** leeftijd en geslacht (1-jaarsklassen)

**L5G:** leeftijd en geslacht (5-jaarsklassen)

**MFK\_C:** meerjarige farmaciekosten in het somatisch model

**MHK\_C:** meerjarig hoge kosten in het somatisch model

**MHK\_G:** meerjarig hoge kosten in het GGZ-model

**MVR:** macroverzekerdenraming

**MVV\_C:** meerjarig hoge kosten van verpleging en verzorging in het somatisch model

**OT:** Overall Toets, het onderzoek waarbij modellen voor het vereveningsjaar t-1 en t worden geschat op nieuwe gegevensjaren(ten opzichte van de pre-OT), de

regiocriteria worden geactualiseerd en het uitgangsmodel voor het jaar t wordt beoordeeld.

**PER:** opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken zoals geslacht en gepseudonimiseerd adres. De peildatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 mei van jaar t, de aanleverdatum is 1 juni van jaar t.

**PKB:** een door het Zorginstituut gekoppeld bestand, aangepast voor de verzekerdenraming. Het Zorginstituut koppelt per gepseudonimiseerd burgerservicenummer het PER-bestand en VPPER-bestand die door zorgverzekeraars worden aangeleverd. Het PKB-bestand voor gegevensjaar t is een koppeling van de PER- en VPPER-bestanden over jaar t, aangeleverd op 1 juni van jaar t (PER) of t+1 (VPPER). Het gepseudonimiseerde adres in het PKB-bestand wordt in eerste instantie gebaseerd op het (gepseudonimiseerde) adres uit het PER-bestand, en als dat niet beschikbaar is dan op het (gepseudonimiseerde) adres uit het VPPER-bestand. Voor de verzekerdenraming worden in het PKB-bestand de verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer met per verzekerde de verzekerde periode en de persoonskenmerken (zogenaamde OBSN's) niet meegenomen.

**PPA:** personen per adres in het somatisch model en het GGZ-model

**pre-OT:** Pre Overall Toets, het onderzoek waarin de gezamenlijke invloed van de modelwijzigingen voor het jaar t worden getoetst op basis van het OT-bestand van het voorgaande jaar en de gewijzigde kenmerkinding.

**REG\_C:** regio in het somatisch model

**REG\_G:** GGZ-regio in het GGZ-model

**SEI:** seizoenarbeiders, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen waarbij seizoenarbeiders worden onderscheiden van overige niet-ingezetenen

**SES:** sociaaleconomische status in het somatische model en het GGZ-model

**UWV-bestand:** het bij het Zorginstituut meest recente beschikbare bestand van UWV met de inkomstenbron per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor een peiljaar.

**VPPER:** opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode (begin- en einddatum inschrijving en fractie verzekeringsperiode), en de persoonskenmerken zoals geslacht en gepseudonimiseerd adres. De aanleverdatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 juni t+1, de gegevens hebben betrekking op het hele gegevensjaar.

**VR:** verzekerdenraming

**VR\_HER:** verzekerdenaantallen ten behoeve van de lenteherberekening

**VB1:** eerste voorlopige verzekerdenbepaling

**VB2:** tweede voorlopige verzekerdenbepaling

**VV1:** eerste voorlopige vaststelling

**VV2:** tweede voorlopige vaststelling

**XA:** toekenning van de vereveningsbijdrage (ex ante)



## Samenvatting

Het Zorginstituut heeft de Verzekerdenraming 2024 gemaakt. De uitkomsten zijn getoetst en zien er plausibel uit wanneer we een vergelijking maken met de verzekerdenraming 2023 en de verschillen duiden.

Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en een aantal overige bijzonderheden maken dat in de VR2024 op een aantal punten is afgeweken van de reguliere methodiek, deels waren deze aanpassingen ook in de VR2023 al nodig.

Door de invoering van het Zorgprestatiemodel is de raming van DKG\_G en MHK\_G aangepast. Op de brongegevens van DKG\_G zijn conversies toegepast en er is voor MHK\_G afgestemd op de prevalenties van ESHPM.

Vanwege de verruiming van de Wlz per 1 januari 2021 voor cliënten met een psychische stoornis zijn, net als in de VR2023, correctiefactoren toegepast op de kenmerkdeling van PPA en SES. De instroom in de Wlz blijft naar verwachting hoger dan voor de verruiming in zowel 2023 als 2024.

Drie modelwijzigingen leiden tot verschillen in de VR2024 ten opzichte van de VR2023. Allereerst is er groot onderhoud aan het kenmerk HKG\_C geweest. Er zijn klassen verwijderd, nieuwe klassen toegevoegd en klassen samengevoegd. Ten tweede is het IBZ\_C-kenmerk gewijzigd. De kenmerkdeling wordt nu gebaseerd op verloskundekosten, kraamzorgkosten en kosten integrale geboortezorg in T en T-1. Naast de modelwijziging is er ook een correctie toegepast bij IBZ\_C. In de gegevens die beschikbaar zijn voor de VR2024 geeft de geboortegolf van 2021 namelijk een vertekend beeld. Bovendien nemen we aan dat het aantal geboorten stabiel blijft. Dit om aan te sluiten bij de keuzes/aannames die gemaakt zijn in de Macroverzekerdenraming 2024 en het kenmerk L5G. Ten derde is door het Zorginstituut regulier onderhoud aan de EHK-klassen uitgevoerd. Dit leidt tot een andere clustering van middelen en tot een wijziging van de middelen die leiden tot een EHK.

Naast modelwijzigingen en beleidswijzigingen heeft een aantal overige bijzonderheden gevolgen voor de raming:

- Er zijn registratieproblemen in de hulpmiddelengegevens. Een deel van de verzekeraars heeft de hulpmiddelengegevens 2022 niet met goedkeurende accountantsverklaring kunnen aanleveren, maar met oordeelsonthoudingen of afkeurende verklaring. Voor de verzekerdenraming 2024 vallen we daarom terug op gegevens 2021. Deze gegevens bevatten dezelfde registratieproblemen, maar zijn (nog) wel voorzien van goedkeurende accountantsverklaringen.
- Vanwege de COVID-19-pandemie passen we de trendfactoren voor een aantal kenmerken aan. Voor alle DKG\_C-klassen, de FKG\_C-klassen o.b.v. add-on en drie HKG\_C-klassen baseren we de trend op de ontwikkeling van 2018 naar 2019. Voor de HKG\_C-klasse Zuurstofapparaten met toebehoren zetten we de trend op 1 vanwege een sterk stijgende prevalentie als gevolg van thuisbehandeling van COVID-19. Voor MVV\_C, MHK\_C en MHK\_G passen we de sterftecorrectie aan en gebruiken we daarvoor de gemiddelde sterfte 2019/2020 en 2021/2022 (twee jaren met verhoogde sterfte).
- Voor de MVR en L5G wijken we af van de CBS-prognoses ten aanzien van het aantal geboorten. Het CBS verwacht een jaarlijks stijgend aantal geboorten (circa +3%). Dit sluit niet aan bij de recente ontwikkelingen die wij zien. We

gaan daarom uit van een stabiel aantal geboorten.

- In de MVR is de verhouding tussen 0-jarigen in T en T-1 iets anders bepaald, omdat de geboortegolf in 2021 de geobserveerde verhouding heeft beïnvloed. We baseren de verhouding daarom op oudere gegevens.
- We corrigeren de geraamde verzekerdenaantallen in IBZ\_C-2 (bevallen in T, zwanger in T-1) voor de geboortegolf van 2021. Daarnaast passen we de verzekerdenaantallen in IBZ\_C-1 (geen bevalling in T, zwanger in T) en IBZ\_C-3 (bevallen in T, zwanger in T) aan om aan te sluiten bij L5G, waar het aantal 0-jarigen stabiel blijft omdat we afwijken van de CBS-prognoses.
- We passen de IVA-correctiefactoren in AVI twee keer toe zoals in de VR2022, maar anders dan in de VR2023. De afvlakking van de groei in IVA zet namelijk niet door in de nieuwe gegevens.

Het totaal aantal verzekerden in 2024 is geraamd op 17.810.000. In 2023 was dat 17.691.000. De ontwikkelingen in de verzekerdenaantallen per kenmerk zien er plausibel uit.

# 1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, ZIN) gevraagd om de verzekerdenraming 2024 voor de risicoverevening uit te voeren.<sup>1</sup> Dit rapport beschrijft de wijze waarop ZIN de verzekerdenraming heeft uitgevoerd en de uitkomsten van de raming.

## 1.1 Doel en opzet van de verzekerdenraming

Voorafgaand aan een vereveningsjaar zijn de gegevens die nodig zijn om het aantal verzekerden en hun risicoprofiel (i.e. de indeling in de vereveningscriteria) definitief te bepalen, nog niet beschikbaar. Het doel van de verzekerdenraming is om voor elke risicoklasse van een vereveningskenmerk het aantal verzekerdenjaren in de definitieve vaststelling voor het betreffende vereveningsjaar zo goed mogelijk te schatten.

De vereveningsbijdrage bestaat uit zes onderdelen:

- deelbedrag variabele zorgkosten op basis van een model voor de somatische zorgkosten inclusief V&V-kosten (somatisch model);
- deelbedrag vaste zorgkosten op basis van een normbedrag voor vaste zorgkosten per verzekerde;
- deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op basis van een model voor de GGZ-kosten (GGZ-model);
- opbrengst van het verplicht eigen risico op basis van een model voor de eigen betalingen in het kader van het verplicht eigen risico (ER-model);
- nominale rekenpremie op basis van een vast bedrag per verzekerdenjaar;
- uitvoeringskosten op basis van een vast bedrag per verzekerde onder de 18 jaar.

De verzekerdenraming maakt een inschatting van het totaal aantal verzekerden in het vereveningsjaar via de macroverzekerdenraming én een inschatting van de verzekerdenjaren per risicoklasse in de diverse modellen. De macroverzekerdenraming raamt per leeftijd- en geslachtsklasse het aantal verzekerden (in verzekerdenjaren) op 1 juli in het vereveningsjaar (T). Daarvoor wordt uitgegaan van het PER-bestand van het jaar T-1 en CBS-prognoses van de bevolkingsontwikkeling van jaar T-1 naar jaar T.

De raming van het aantal verzekerdenjaren gaat uit van verzekerdenaantallen per risicoklasse op basis van de meest recente declaratie- of kostengegevens die beschikbaar zijn. Dat zijn gegevens over T-2 of T-3 (en eerder). Op deze verzekerdenaantallen worden trendfactoren toegepast om rekening te houden met landelijke ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik. Bovendien wordt rekening gehouden met veranderingen in de verzekerdenpopulatie door nieuw verzekerden te verdelen over risicoklassen en sterftecorrecties toe te passen. Beleidswijzigingen of overige bijzonderheden kunnen leiden tot extra correcties in de verzekerdenraming. De verzekerdenaantallen per risicoklasse worden zodanig geschaald dat er aansluiting is bij de uitkomsten van de macroverzekerdenraming.

De uitkomsten van de verzekerdenraming 2024 worden gebruikt voor:

- 1 de vaststelling van de normbedragen 2024; voor deze vaststelling gebruiken de onderzoekers de geraamde (landelijke) aantallen verzekerden op L5G-niveau.
- 2 de bijdragebepaling van de toekenning van de vereveningsbijdrage 2024; voor

<sup>1</sup> Zie opdrachtbrief VWS van 4 juli 2023 met kenmerk 3627743-1050430.

de bepaling van deze bijdrage 2024 gebruikt ZIN de geraamde aantallen per verzekeraar.

## 1.2

### **Leeswijzer**

De opbouw van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 beschrijft de beleids- en modelwijzigingen en overige bijzonderheden die van invloed zijn op de verzekerdenaantallen en risicoprofielen in 2024. De implicaties daarvan voor de verzekerdenraming 2024 worden beschreven en in een overzichtstabel samengevat. In hoofdstuk 3 beschrijven we de uitkomsten van de macroverzekerdenraming 2024. Hoofdstuk 4 laat de belangrijkste ontwikkelingen in de kenmerkindelingen door gebruik van de meest recente brongegevens zien. Ook beschrijft het hoofdstuk welke trendfactoren in de verzekerdenraming worden toegepast. Daarnaast licht hoofdstuk 4 de resultaten van de verzekerdenraming toe. Tot slot beschrijft hoofdstuk 5 bij welke kenmerken er sprake is van een hogere mate van onzekerheid in de raming en het advies voor toepassing van criteriumneutraliteit.

## 2 Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en overige bijzonderheden in de verzekerdenraming

Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en overige bijzonderheden hebben implicaties voor de verzekerdenraming 2024 én leiden tot onzekerheden in die verzekerderaming 2024.<sup>2</sup> Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende wijzigingen en bijzonderheden met de gevolgen voor de verzekerdenraming en de manier waarop daar mee omgegaan wordt. Een totaaloverzicht van de uitvoeringsaspecten van de verzekerdenraming 2024 per kenmerk is aan het einde van dit hoofdstuk te vinden in Tabel 1. De onzekerheden worden in hoofdstuk 5 besproken.

### 2.1 Beleidswijzigingen

#### 2.1.1 *Invoering van het Zorgprestatie­model*

Per 1 januari 2022 is het Zorgprestatie­model (ZPM) de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ. Het ZPM komt in de plaats van bekostiging via een combinatie van basis-ggz gekoppeld aan patiëntprofielen, gespecialiseerde GGZ gekoppeld aan diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en langdurige zorg gekoppeld aan zorgzwaartepakketten (zpz's).

De invoering van het ZPM betekent dat er nieuwe prestaties met elk een eigen tarief komen. Dit heeft tot gevolg dat alle lopende GGZ dbc's op 31 december 2021 zijn afgesloten. Dit zorgt voor een schadelastdip in 2021. Het ZPM betekent daarnaast een overstap van een systematiek met schadelastjaren naar een systematiek met boekjaren.

De kenmerkindelingen voor DKG\_G en MHK\_G gebruiken GGZ-en kostengegevens over 2021 en eerder. Dat betekent dat de schadelastdip in 2021 in de brongegevens zit. Tegelijk moet een raming gemaakt worden voor een ex post situatie waarbij gegevens op basis van twee jaar ZPM (2022 en 2023) en één of meerdere jaren oude systematiek (2021 en eerder) leiden tot een kenmerkindeling. De schadelastdip wordt voor de ambulante DBC's verwerkt door - net als bij de vorige verzekerdenraming - de vertaaltabel uit het conversieonderzoek DKG\_G (WOR 1037) toe te passen en de ex-ante declaratiegegevens (2019) representatief te maken voor de ex-post situatie (2021). Voor iedere combinatie van openingsmaand en declaratiecode leidt dit tot een nieuwe declaratiecode met de gesimuleerde schadelastdip. Declaratiegegevens 2020 en 2021 (op basis van schadelastjaren) worden met behulp van Vektis-gegevens omgezet naar gegevens op basis van boekjaren (ZPM-situatie). In dat laatste geval moet alleen de zorg die daadwerkelijk in een jaar wordt geleverd toegeschreven worden aan dat jaar. Vektis heeft hiervoor een conversie op de gegevens van 2020 en 2021 uitgevoerd, bijvoorbeeld door van de declaraties die geopend zijn in 2019 te bepalen welk deel van de minuten in 2019 ligt en welk deel in 2020. Voor de DBC-verblijfsdagen kappen we de einddatum af en voegen de resterende verblijfsdagen van de afgekapte verblijfs-DBC's uit het voorgaande jaar toe.

De kenmerkindeling voor MHK\_G worden eerst afgeleid op basis van gegevens over 2017 tot en met 2021 (waarvan één jaar een schadelastdip heeft) en daarna

<sup>2</sup> Als er geen bijzonderheden zijn, wordt de reguliere ramingsmethodiek gebruikt. Deze staat beschreven in bijlage 2. Bijzonderheden die ook al in de VR2023 aan de orde waren (bijvoorbeeld IVA-correctie bij AVI, aparte ramingsmethodiek voor SEI, afstemming op prevalenties ESHPM voor MHK\_C, MHK\_G en MVV\_C) worden in dit hoofdstuk niet uitgebreid toegelicht.

afgestemd met de prevalenties van ESHPM. ESHPM berekent de prevalenties MHK\_G op kostenjaren 2016 tot en met 2020 uit de OT, waarbij een kostenjaar is geconverteerd voor de schadelastdip en twee kostenjaren zijn geconverteerd voor het ZPM. Deze prevalenties houden echter geen rekening met sterfte en daarom corrigeert ZIN voor de gemiddelde sterfte tussen 2019/2020 en 2021/2022. Een vergelijkbare methode is ook voor de VR2023 toegepast.

### 2.1.2

#### *Verruiming van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis*

Per 1 januari 2021 is de Wlz opengesteld voor verzekerden met een psychische stoornis die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben. Het openstellen van de Wlz voor deze nieuwe clientenpopulatie heeft geleid tot extra instroom in de Wlz vanaf 2021. De verwachting was dat de instroom in de Wlz eenmalig hoger zou zijn in 2021 ("stuwmeer" van verzekerden met een psychische indicatie) en dat daarna de instroom weer zou afnemen. Na 2021 is de instroom in de Wlz echter (onverwacht) hoog gebleven, zowel in 2022 als in de eerste helft van 2023. Eind 2022 gaat het om een instroom van 300 cliënten extra per maand. Er zijn nu bestuurlijke afspraken gemaakt om de instroom van mensen met een psychische stoornis in de Wlz te beperken.<sup>3</sup> Uitgangspunt van de bestuurlijke afspraken is dat de instroom vanaf de tweede helft van 2023 structureel gaat afnemen. Voor de korte termijn wordt het effect geschat op een reductie van ten minste 60 cliënten minder extra instroom per maand. De uiteindelijke doelstelling is om de instroom terug te brengen naar 100 cliënten extra instroom per maand. In het eerste kwartaal van 2024 is er een bestuurlijk overleg om de voortgang te bekijken. De bestuurlijke afspraken gelden ten minste voor de periode 2023 tot en met 2025.

In de bestuurlijke afspraken zijn geen exacte momenten genoemd voor het behalen van beide doelstellingen. Gezien de looptijd van de afspraken en de evaluatie in het eerste kwartaal 2024, gaan we voor de VR uit van reductie naar 240 cliënten extra instroom per maand eind maart 2024 en reductie naar 100 cliënten extra instroom per eind 2025. We laten de instroom geleidelijk (lineair) maandelijks aflopen naar deze niveaus. Dat betekent dat de extra instroom in 2023 neerkomt op 3.540 cliënten en in 2024 op 2.610 cliënten. We verwerken dit met behulp van correctiefactoren, zie Bijlage 3 voor een toelichting op de bepaling van de Wlz-correctiefactoren.

## 2.2

### **Modelwijzigingen**

#### 2.2.1

##### *Groot onderhoud HKG\_C*

Voor modeljaar 2024 is groot onderhoud aan het kenmerk HKG\_C uitgevoerd (WOR 1146). Als gevolg van het groot onderhoud komen vier klassen te vervallen: 'Vernevelaar met toebehoren', 'Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)', 'Slijmuitzuigapparatuur' en 'Beenprothesen'. De risicoklassen 'Voorzieningen voor stomapatiënten' en 'Middelen voor urine-opvang' worden samengevoegd tot de klasse 'Incontinentie- en stomamateriaal'. Tot slot worden twee nieuwe risicoklassen geïntroduceerd: 'Orthopedisch schoeisel' en 'Glucosemonitor'. Het kenmerk heeft in modeljaar 2024 in totaal 11 positieve risicoklassen. De meervoudigheid van het kenmerk verandert niet met dit onderhoud.

Naast de wijzigingen in risicoklassen zijn er in het groot onderhoud wijzigingen gedaan in de GPH-codes die tot indeling in bepaalde risicoklassen leiden. Voorafgaand aan het groot onderhoud leidden sommige 'hoofdcategorie' 'GPH-codes niet tot indeling, terwijl de verbijzonderingen onder die hoofdcategorie wel tot

<sup>3</sup> Kamerstuk 25424, nummer 664. D.d. 23 mei 2023.

indeling leiden. Dit is aangepast, omdat de registratie niet uniform is en het gebruik van die hoofdcategorieën dus verschilde tussen verzekeraars.

Het groot onderhoud leidt tot herziene klassen bij de HKG\_C kenmerkindeling. Omdat de vormgeving van het kenmerk niet wijzigt, kan de raming in principe op dezelfde wijze plaatsvinden.

### 2.2.2

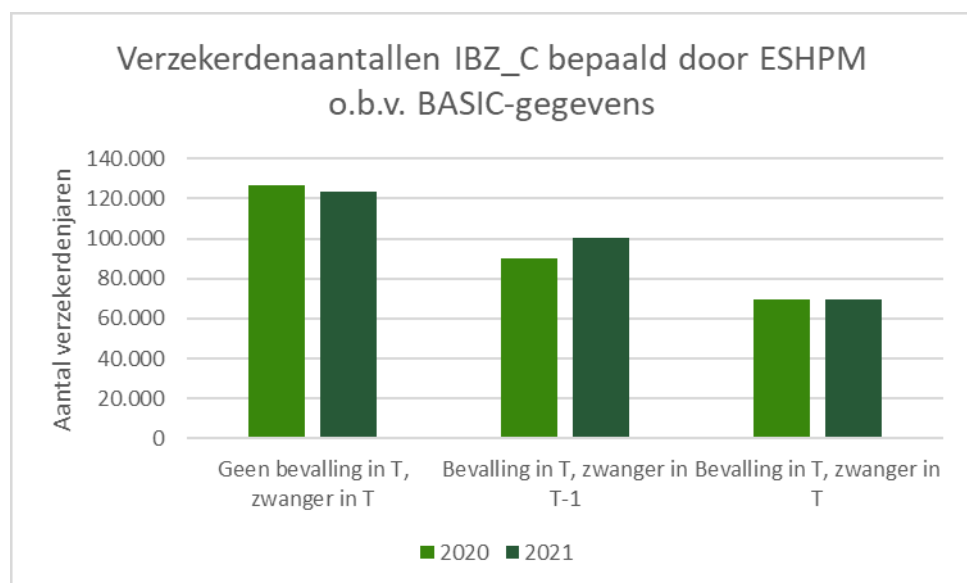
#### Verfijning IBZ\_C

Het kenmerk IBZ\_C is in modeljaar 2024 verfijnd (WOR 1161). In plaats van alleen een klasse voor bevalling in het jaar T, bevat IBZ\_C nu drie positieve risicoklassen waarbij ook zwangerschappen verevend worden. Zwangerschappen worden geïdentificeerd op basis van kosten voor verloskundige zorg boven een drempelbedrag van € 100. Bevallingen worden geïdentificeerd op basis van kraamzorgkosten boven een drempelbedrag van € 150. In het kenmerk IBZ\_C wordt vervolgens onderscheid gemaakt tussen:

- 1 verzekerden zonder bevalling in jaar T en zonder zwangerschap in jaar T;
- 2 verzekerden die zwanger zijn in jaar T, maar niet bevallen in jaar T;
- 3 verzekerden die zwanger zijn in jaar T-1, bevallen in jaar T en niet zijn bevallen in jaar T-1;
- 4 verzekerden die bevallen in jaar T en niet zwanger zijn in jaar T-1 én verzekerden die bevallen in jaar T, zwanger zijn in jaar T-1 en bevallen zijn in jaar T-1.

De vormgeving van het IBZ\_C-kenmerk wijzigt als gevolg van de verfijning. In plaats van uitsluitend gebruik te maken van kraamzorgkosten in het jaar T, dienen nu ook kraamzorgkosten in het jaar T-1 en verloskundekosten in T en T-1 te worden gebruikt om de kenmerkindeling te maken. Het kenmerk blijft – net als in modeljaar 2023 – uitgaan van verzekerden in het jaar T. Dat betekent dat we in principe dezelfde ramingsmethodiek gebruiken als in de VR2023.

Figuur 1 De geboortegolf van 2021 is met name te zien in een stijgende prevalentie in IBZ\_C-2



De figuur toont de prevalenties die ESHPM heeft bepaald op basis van BASIC-gegevens, met gegevensjaren 2019/2020 en 2020/2021. We gebruiken de prevalenties van ESHPM omdat we zelf geen tijdreeks hebben in de Vektis-gegevens en de kenmerkindeling dus niet voor meerdere jaren kunnen bekijken.

Op de ramingsmethodiek uit de VR2023 hanteren we één uitzondering in verband met de geboortegolf in 2021. De geboortegolf in 2021 zorgt voor een groter aantal verzekerdenjaren in IBZ\_C-2. Figuur 1 laat zien dat de prevalentie in die klasse in 2021 11% hoger ligt dan in 2020, dat is een verschil van 10.764 verzekerdenjaren. Dit sluit aan bij de stijging in het aantal levendgeborenen die het NJi rapporteert in 2021 (+10.760).<sup>4</sup>

We corrigeren voor deze geboortegolf door van de prevalenties na bijraming 10.750 verzekerdenjaren van de prevalentie in IBZ\_C-2 af te halen door middel van een schalingsfactor.<sup>5</sup>

Voor de VR2024 moet gebruikgemaakt worden van afwijkende brongegevens. Voor de ex-post situatie zal de uitvraag van kraamzorgkosten en verloskundekosten via de KPV-bestanden lopen. Voor de VR2024 zijn gegevens van Vektis nodig, omdat uitvraag via de KPV-bestanden niet meer mogelijk was. Van Vektis gebruiken we BASIC-gegevens voor verloskundekosten 2020 en 2021 en QK-gegevens voor kosten integrale geboortezorg 2020 en 2021. Naar verwachting zijn Vektis-gegevens vergelijkbaar met de uitvraag via KPV en er hoeven daarom geen extra aanpassingen te worden gedaan vanwege het gebruik van Vektis-gegevens. Net als in modeljaar 2023, delen we in modeljaar 2024 de niet-ingezetenen regulier in IBZ\_C in.

### 2.2.3 *Regulier onderhoud EHK's*

In modeljaar 2024 worden er 21 geneesmiddelen meegenomen in vier verschillende EHK-clusters. Grotendeels zijn dit middelen die ook in modeljaar 2023 al tot indeling in een EHK-klasse leidden. Eén geneesmiddel dat vorig jaar tot indeling in de laagste EHK-klasse leidde, wordt nu ingedeeld bij de reguliere FKG\_C-klasse 'Kanker o.b.v. add-on'. Daarnaast wordt één geneesmiddel nieuw toegevoegd aan het hoogste EHK-cluster. Tot slot wordt één positieve reguliere FKG\_C-klasse toegevoegd: 'Cystic Fibrosis: CFTR-modulatoren'. Deze klasse bevat onder andere geneesmiddelen die in modeljaar 2023 in de laagste EHK-klasse vielen én een middel dat in 2022 op de markt is gekomen.

## 2.3 **Overige bijzonderheden**

### 2.3.1 *COVID-19-pandemie*

De COVID-19 pandemie heeft geleid tot COVID-19-zorg, extra sterfte, uitstel van reguliere zorg (vraaguitval), inhaalzorg, arbeidsmarkteffecten en long-covid-zorg. Het Zorginstituut heeft al een aantal jaar onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de COVID-19 voor de kenmerkdelingen. In het voorgaande COVID-19 onderzoek (zie Verantwoording Verzekerdenraming 2023) waren effecten van COVID-19 op de kenmerkdelingen gevonden bij de volgende kenmerken: DKG\_C, FKG\_C, FDG\_C, HKG\_C en PPA. Bij PPA bleek geen COVID-correctie nodig, bij de overige kenmerken zijn wel COVID-correctiefactoren toegepast. Daarnaast werd er een verhoogde uitval vanwege COVID-19 bij MVV\_C en MHK\_C gevonden.

Alhoewel de COVID-19-pandemie is beëindigd, zijn sommige gegevens die worden gebruikt in de verzekeringenraming 2024 nog altijd beïnvloed door voorgenoemde effecten. Voor de verzekeringenraming 2024 heeft het Zorginstituut daarom opnieuw een COVID-19-onderzoek uitgevoerd gebaseerd op gegevens over 2021 en 2022. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er niet langer COVID-effecten zijn op

<sup>4</sup> [Cijfers over geboorte | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#) geraadpleegd op 27 juli 2023.

<sup>5</sup> Daarnaast wordt na de reguliere bijraming een correctie op alle klassen toegepast vanwege de aanpassing van 0- en 1-jarigen in de MVR, zie paragraaf 2.3.3.



de kenmerkindeling van DKG\_C, FKG\_C, FDG\_C en PPA. Wel is het nog nodig om voor DKG\_C en FKG\_C met aangepaste trendfactoren te werken. Volgens de reguliere werkwijze zou in de VR2024 uitgegaan worden van de trend van T-4 naar T-3 (2020 naar 2021) voor DKG\_C en de FKG\_C-klassen o.b.v. add-on. Die trends zijn beïnvloed door COVID-19. Om die reden gebruiken we de trend van 2018 naar 2019, vóór de COVID-19-pandemie. Er zijn geen COVID-correctiefactoren nodig voor FDG\_C. In de VR2024 gebruiken we de trend van T-3 naar T-2 (2021 naar 2022). Deze bevat geen COVID-effecten meer. Bij PPA zijn net als in de VR2023 ook geen COVID-correctiefactoren nodig. Er is in het COVID-onderzoek niet opnieuw gekeken naar HKG\_C, omdat we daar gebruikmaken van dezelfde gegevens als in de VR2023 (zie paragraaf 2.3.2). Tot slot laat het COVID-onderzoek zien dat nog steeds sprake is van iets verhoogde uitval door COVID bij de kenmerken MHK\_C en MVV\_C. We passen daarom voor deze kenmerken een iets gewijzigde sterftecorrectie toe, op basis van de gemiddelde sterfte van 2019/2020 en 2021/2022.

### 2.3.2 *Datakwaliteit van de hulpmiddelengegevens*

Diverse verzekeraars hebben de hulpmiddelengegevens 2022 zonder goedkeurende accountantsverklaring aangeleverd. Dit is het gevolg van inkoopafspraken die het gebruik van specifieke GPH-codes voorschrijven voor patiëntenprofielen. Daardoor is niet langer sprake van declaraties per hulpmiddel, maar worden patiëntprofielen opgegeven in de hulpmiddelenbestanden. Dat sluit niet aan bij de verantwoordingseisen in het Handboek informatie zorgverzekeringswet 2023.

Gegevens zonder zo'n goedkeurende accountantsverklaring kan het Zorginstituut niet gebruiken. Dat betekent dat de hulpmiddelengegevens 2022 niet bruikbaar zijn, waardoor we moeten terugvallen op de hulpmiddelengegevens 2021. Deze gegevens bevatten dezelfde problemen, maar zijn (nog) wel voorzien van goedkeurende accountantsverklaringen.

We maken de HKG\_C-kenmerkindeling volgens de definitie uit het groot onderhoud gebaseerd op gegevens 2021. Daarop passen we de reguliere bijraming toe, met één uitzondering: omdat we minder recente gegevens gebruiken, is een extra sterftecorrectie nodig en passen we in feite de methodiek van kenmerken gebaseerd op gegevens T-2 in de raming toe. We gaan voor de meeste risicoklassen uit van reguliere trendfactoren gebaseerd op 2020-2021. We passen deze trends twee keer toe.

In de hulpmiddelengegevens 2021 waren in de verzekerdenraming 2023 bijzonderheden geconstateerd die resulteerden in aanpassingen in de reguliere trendfactoren. Het gaat om drie aanpassingen:

- COVID-correctiefactoren bij HKG\_C-2 Therapeutische elastische kousen, HKG\_C-4 Vernevelaar met toebehoren, HKG\_C-7 Zuurstofapparaten met toebehoren en HKG\_C-12 Orthesen;
- Een trend exclusief de data van één concern bij HKG\_C-3 Voorzieningen voor stomapatiënten, in verband met een afwijking in de hulpmiddelengegevens 2021;
- Een trend exclusief de data van één concern bij HKG\_C-6 Injectiespuiten met toebehoren, in verband met een afwijking in de hulpmiddelengegevens 2021.

Met het groot onderhoud komen de klassen Vernevelaar met toebehoren en Injectiespuiten met toebehoren te vervallen. Hier zijn dus geen uitzonderingen meer voor nodig. De geconstateerde afwijking in de hulpmiddelengegevens rondom stomapatiënten bij één concern is met een heraanlevering hersteld. Ook hier is dus geen uitzondering meer voor nodig. De COVID-correctiefactoren bij de klassen Therapeutische elastische kousen, Zuurstofapparaten met toebehoren en Orthesen

gebruiken we opnieuw in de VR2024.

- 2.3.3 *Afwijking van de CBS bevolkingsprognoses voor de MVR en L5G*  
 Bij het kenmerk leeftijd en geslacht (L5G) wordt gebruik gemaakt van CBS bevolkingsprognoses. Uit vergelijkingen tussen raming en realisatie bleek dat de CBS-prognose van het aantal geboorten in 2022 en 2023, zoals gebruikt in de VR2023, substantieel te hoog was. In de meest recente bevolkingsprognose voorspelt het CBS tussen 2023 en 2025 opnieuw een forse groei van het aantal 0-jarigen. Dit strookt niet met het aantal 0-jarigen dat reeds te zien is in het PER2023. Voor het jaar 2021 vertoonde het aantal geboorten een licht dalende trend. In 2021 was er sprake van een geboortegolf en in 2022 en begin 2023 ligt het aantal geboorten iets lager dan in 2020.
- Gegeven de meest recente ontwikkelingen is de CBS-prognose van het aantal 0-jarigen in 2024 en 2025 niet overgenomen en is aangenomen dat het aantal geboorten herstelt naar het niveau van voor de geboortegolf in 2020. Deze aanname is ook doorgetrokken naar de 1-jarigen. Daarnaast is een aanpassing gedaan van de toedeling van de 0-jarigen naar T-1 en T. Vanwege de geboortegolf in 2021 is dit uitgevoerd op de jaren 2019/2020 in plaats van 2021/2022.
- 2.3.4 *Clustering van DX-groepen naar DKG\_C-klassen*  
 De clustering van DX-groepen naar DKG\_C-klassen wijzigt in model 2024. De vormgeving van het kenmerk wijzigt niet, waardoor de gevolgen voor de verzekerdenraming beperkt zijn. We maken de kenmerkindeling voor zowel T-3 als T-4 op basis van de herziene clustering en passen vervolgens de reguliere ramingsmethodiek toe.
- 2.3.5 *Bijzonderheden in FKG\_C*  
 Vanwege de overheveling van de Epoëtines per 2022 naar het intramurale kader zitten er geen declaraties van deze middelen (meer) in de farmaciedata van 2022. Maar ook in de add-on declaraties van 2021 zitten deze (nog) niet, omdat de overheveling pas in 2022 heeft plaatsgevonden. Om die reden wordt in de VR2024 uitgegaan van farmaciedata 2021 voor de klasse Nierdoeningen o.b.v. add-on (FKG\_C-30).

**Tabel 1: Uitgangspunten voor de verzekerdenraming 2024 per kenmerk**

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Correctie COVID-19	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
<b>L5G</b>	- PER 2023 - Macroverzekerdenraming 2024 (ZIN)	Geen	Geen (loopt via MVR)	Reguliere bijraming T-1	Indelen	De verhouding 0-jarigen in T en 0-jarigen in T-1 o.b.v. CBS-cijfers 2021/2022 in de MVR wijkt af als gevolg van de geboortegolf. We gaan in de MVR uit van de verhouding op basis van 2019/2020. Voor 0-jarigen en 1-jarigen in 2024 is afgeweken van de CBS bevolkingsprognoses vanwege de (destijds niet bekende) realisaties in 2022 en 2023.
<b>FKG_C</b>	- Farmacie 2022 - Add-on geneesmiddelen 2021 - Farmacie 2021 t.b.v. Nieraandoeningen o.b.v. add-on	2021-2022(farmacie) 2018-2019 2x (add-on) Aangepaste trend vanwege COVID-19 bij klassen o.b.v. add-on Trend EHK-3 Geen trend 'Diabetes: insuline'	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-2 en T-3	75%	- Nieuwe reguliere FKG_C-klasse CFTR-modulatoren volgend uit regulier onderhoud aan de EHK's. - Nieuwe EHK-indeling o.b.v. regulier onderhoud. - Correctie van +250 op het aantal verzekerdjaren in EHK-3 vanwege een indicatie-uitbreiding. Geen trend in EHK-1 - Impact COVID-19 op trend bij add-on klassen.
<b>FKG_G</b>	- Farmacie 2022	2021-2022	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-2	65%	Geen.
<b>DKG_C</b>	- DBC somatisch 2021	2018-2019, 2x Aangepaste trend vanwege COVID-19	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-3	75%	- Nieuwe clustering van DX-groepen naar DKG_C- klassen. - Impact COVID-19 op de trend.
<b>DKG_G</b>	- DBC-GGZ declaraties 2019 t/m 2021 - Conversietabel KPMG	Geen trend i.v.m. correctie voor aanpassingen ZPM	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-3	40%	- Aanpassingen i.v.m. invoering ZPM in 2022: - correctie declaraties 2019 voor schadelastdip in 2021 met conversietabel KPMG.

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Correctie COVID-19	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
	- DBC-GGZ declaraties 2020 en 2021, representatief voor ZPM (Vektis)					- correctie gegevensjaren 2020 en 2021 naar ZPM-prestaties in 2022 en 2023 met gegevensbestanden van Vektis. - Geen correctie voor verruiming van Wlz per 2021.
<b>MHK_C</b>	- KPV-bestanden 2019 t/m 2021 - PPA-indeling (ZIN) 2023	Geen	Indeling: geen Sterfte: wel	Reguliere bijraming T-3 en afstemming ESHPM	Indelen	- MHK-C prevalenties ESHPM bevat kosten 2019 t/m 2021 zonder sterfte; ZIN corrigeert voor sterfte d.m.v. middelen 2019/2020 en 2021/2022. - Impact COVID-19 op sterfte.
<b>MHK_G</b>	- KPV-bestanden 2017 t/m 2021	Geen	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-3 en afstemming ESHPM	Indelen	- Aanpassingen i.v.m. invoering ZPM in 2022: - eerst reguliere kenmerkdeling afleiden op basis van 2017 t/m 2021 (1 jaar schadelastdip). - correctie voor ZPM door afstemming op prevalenties van ESHPM (kostenjaren 2016 tot en met 2020), waarbij 1 kostenjaar is geconverteerd voor schadelastdip en 2 kostenjaren zijn geconverteerd voor het ZPM. - prevalenties ESHPM zijn zonder sterfte; ZIN corrigeert voor sterfte d.m.v. middelen 2019/2020 en 2021/2022. - Geen correctie voor verruiming van Wlz per 2021.
<b>AVI</b>	- PKB 2022 - UWV data 2017-2022 - RBRV 2017-2021 (ZIN) - BD zelfst 2022 en 2023 - DUO 2022 - BD adressen 2022	Geen	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-2 en correctie IVA	Indelen	- De Belastingdienst heeft het zelfstandigenbestand met een verkeerde peildatum gemaakt en kan dit niet herstellen. Het verschil in peildatum is beperkt (4 juli 2023 in plaats van 30 juni 2023), dus we baseren de kenmerkdeling op het bestand met afwijkende peildatum.

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Correctie COVID-19	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
<b>SES</b>	- PKB 2020-2022 - BD 2020-2022 - Wlz declaraties zorgkantoren 2021-2022 - DKG-G indeling (ZIN) 2021	Geen	Indeling (Wlz): geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-2	Niet indelen	- Correctie voor hoge instroom in 2022 als gevolg van verruiming Wlz per 1 jan 2021. De correctie hoogt het aantal verzekerdenjaren in de klassen Wlz-instelling op om aan te sluiten bij PPA.
<b>PPA</b>	- PKB 2021-2022 - BD 2021-2022 - Wlz declaraties zorgkantoren 2021-2022	Geen	Indeling (Wlz): geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-2	Niet indelen	- Correctie voor effect van meerjarige hogere instroom agv verruiming Wlz en gemaakte bestuurlijke afspraken om instroom te verlagen op de klassen Wlz-instromend en Wlz-blijvend.
<b>REG_C en REG_G</b>	- PER 2023 (postcode)	Geen	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-1	Niet indelen	Geen.
<b>HKG_C</b>	- Hulpmiddelengegevens 2021	2020-2021 2x toepassen, m.u.v. klassen met (vermoedelijke) COVID-effecten: - Zuurstofapparaten met toebehoren trend op 1 - Therapeutische elastische kousen, Orthopedisch schoeisel en Orthesen trend van 2018-2019 2x	Indeling: mogelijk Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-3	75%	- Groot onderhoud HKG_C leidt tot aanpassingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HKG_C-4 (Vernevelaar), HKG_C-6 (Injectiespuiten), HKG_C-9 (Slijmuitzuigapparatuur) en HKG_C-13 (Prothesen) komen te vervallen.</li> <li>• HKG_C-3 (Stomamateriaal) en HKG_C-5 (Middelen voor urine-opvang) worden samengevoegd tot HKG_C-5 (Incontinentie- en stomamateriaal).</li> <li>• HKG_C-8 (Glucosemonitor) en HKG_C-4 (Orthopedisch schoeisel) worden nieuw toegevoegd.</li> </ul> - Hulpmiddelengegevens 2022 zijn in veel gevallen aangeleverd zonder goedkeurende accountantsverklaring. Deze gegevens kunnen we niet gebruiken. We vallen terug op gegevens 2021. - We hebben de impact van COVID-19 niet opnieuw

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Correctie COVID-19	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
		toepassen				onderzocht.
<b>FDG_C</b>	- Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022	2021-2022	Indeling: geen Sterfte: geen	Reguliere bijraming T-2	90%	- Geen impact COVID-19 op kenmerkindeling of trend.
<b>MVV_C</b>	- KPV-bestanden 2019 t/m 2021 - Indeling PPA/Wlz 2022 (ZIN)	Geen	Indeling: geen Sterfte: wel	Reguliere bijraming T-3 en afstemming ESHPM	Indelen	- MVV_C prevalenties ESHPM bevat kosten 2019 t/m 2021, zonder sterfte; ZIN doet hierop een sterftecorrectie d.m.v. middelen 2019/2020 en 2021/2022. - Geen correctie voor verruiming Wlz per 2021. - Impact COVID-19 op sterfte.
<b>HSM_C</b>	- Indeling FKG_C, DKG_C, MHK_C, HKG_C, FDG_C, MVV_C modeljaar 2021 (ZIN)	Geen	Indeling: geen Sterfte: geen	Niet regulier. Bijramen 1 jaar extra sterfte	Indelen in afslagklasse	- Nieuw verzekerden indelen in afslagklasse.
<b>IBZ_C</b>	- Kraamzorgkosten, verloskundekosten en kosten integrale geboortezorg 2020 en 2021 (Vektis)	Geen	Indeling: geen Sterfte: geen	Niet regulier	Indelen	- Verfijning IBZ_C naar een kenmerk o.b.v. kraamzorgkosten en verloskundekosten in T en T-1 om resp. bevallingen in T en T-1, zwangerschappen in T en zwangerschappen in T-1 te identificeren. - Correctie voor geboortegolf in IBZ_C-2 - Verzekerdenaantallen in positieve klassen stabiel gehouden t.o.v. pre-COVID-19 om consistent te houden met L5G.
<b>SEI</b>	- PER 2023 - Macroverzekerdenraming 2024 (ZIN) - PKB 2022 en 2021	Geen	Indeling: geen Sterfte: geen	Niet regulier	Indelen	- Raming SEI o.b.v. raming aantal niet-ingezetenen 2024 en aandelen seizoenarbeiders /overige niet-ingezetenen in 2022.
<b>MFK_C</b>	- KPV-bestanden 2019 tot	Geen	Indeling: geen	Reguliere	Indelen in	- Reguliere raming MFK_C tbv toepassing constrained

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Correctie COVID-19	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
	en met 2021		Sterfte: geen	bijraming T-3	afslagklasse	regression door ESHPM, MFK_C geen onderdeel van model 2024
<b>Eigen risico</b>	- Indeling kenmerken FKG_C, DKG_C, MHK_C (0/1), HKG_C, FDG_C en MVV_C modeljaar 2024 (ZIN)	Geen	Geen	Indeling naar L5G, MHK_C 0/1, AVI en REG_E	Indelen (o.b.v. MHK_C en MVV_C)	Geen

*N.B.: Voor de volgende kenmerken worden uitvoeringsbestanden van de betreffende gegevensjaren (modeljaar 2024) gebruikt: FKG\_C, FKG\_G, DKG\_C, DKG\_G, HKG\_C, FDG\_C, AVI, SES, PPA, REG\_C, REG\_G. Voor alle gebruikte uitvoeringsbestanden vindt regulier onderhoud plaats.*

*N.B.2: Een geactualiseerd referentiebestand met de regio-indeling op postcodeniveau wordt jaarlijks aangeleverd door de onderzoekers van ESHPM.*

*N.B.3: De afslagpercentages wijzigen niet ten opzichte van de verzekeringenraming 2023.*

### 3 Macroverzekerdenraming 2024

Het totaal aantal verzekerden in 2024 is geraamd op 17.810.000 (zie Tabel 1). De methodiek is gelijk aan de MVR2023, met uitzondering van twee aanpassingen:

- een aanpassing in de verhouding 0-jarigen in T en 0-jarigen in T-1 (zie Bijlage 1). Die verhouding is in de MVR2024 gebaseerd op oudere gegevens, om het effect van de geboortegolf in 2021 er uit te halen.
- een aanpassing van de prognose voor 0- en 1-jarigen. Er is afgeweken van de CBS bevolkingsprognose vanwege de meest recente geboortecijfers. Hierbij is aangenomen dat het aantal geboorten gelijk is aan de geboorten in 2020. Dit sluit beter aan bij de aantallen geboorten die wij zien in de meest recente PER- en VPPER-bestanden. Daarin is namelijk te zien dat het aantal geboorten na de geboortegolf in 2021 teruggaat naar het niveau van vóór de geboortegolf. Er is (nog) geen groei in het aantal geboorten te zien, zoals het CBS wel prognosticeert.

Tabel 1 Macroverzekerdenaantallen 2024

Jaar	Aantal verzekerden	
	2023	2024
Aantal unieke verzekerden in PER [1]	17.531.157	17.639.966
Correcties voor vertraagde registratie		
<i>0-jarigen-correctie</i>	13.214	10.335
<i>Sterftecorrectie</i>	-10.562	-9.129
Correctie voor verwachte bevolkingsgroei [2]	156.896	168.828
<b>Definitief geraamde aantal Zvw-verzekerden op peilmoment van 30 april [3]</b>	<b>17.691.000</b>	<b>17.810.000</b>
<i>Waarvan:</i>		
<i>18-minners</i>		
<i>0-jarigen</i>	179.000	165.000
<i>1-17 jaar</i>	3.094.000	3.094.000
<i>18-plussers</i>	14.418.000	14.551.000
<i>18-64 jaar</i>	10.784.000	10.845.000
<i>65+ jaar</i>	3.564.000	3.706.000
<i>Gedetineerden (18+)</i>	9.000	9.000

[1] Dubbele verzekerden krijgen naar rato een gewicht toegekend

[2] A.d.h.v. CBS-prognoses.

[3] Afgerond op duizendtallen.



## 4 Uitkomsten verzekerdenraming 2024

De verzekerdenraming start voor elk van de kenmerken met de kenmerkindelingen op basis van de meest recente gegevens, volgens de definities van model 2024. We vergelijken dit met indelingen op basis van eerdere gegevensjaren volgens dezelfde modelspecificatie. Hiermee brengen we in beeld wat de overstap naar recentere gegevens voor effect heeft op de verzekerdenaantallen per risicoklasse. De overstap naar recentere gegevens is één van de voornaamste redenen voor verschuivingen in verzekerdenaantallen per risicoklasse tussen de VR2023 en VR2024.

Op basis van de geobserveerde ontwikkelingen in verzekerdenaantallen over tijd, worden de trendfactoren bepaald die in de VR2024 worden toegepast. Daarna worden de verschillende bijramingsstappen doorlopen, met als resultaat de verzekerdenaantallen per risicoklasse in de VR2024.

Dit hoofdstuk beschrijft per kenmerk de verschillende tussenstappen om tot de VR2024 te komen. Allereerst worden de kenmerkindelingen besproken en (indien van toepassing) de bijzonderheden ten aanzien van de trendfactoren. Daarna worden de uitkomsten van de VR2024 vergeleken met resultaten van eerdere ramingen (VR\_HER2023 of VR2023) of met de VR2024 zonder trends. Dit om het effect van de bijramingsstappen ook in beeld te krijgen. Welke vergelijking in deze laatste stap wordt gemaakt, verschilt per kenmerk. Voor kenmerken met modelwijzigingen zijn vergelijkingen met de VR2023 veelal niet informatief en zal dus vooral naar de VR2024 zonder trends worden gekeken. Met zo'n vergelijking wordt inzichtelijk wat het effect is van de toepassing van trendfactoren en sterftecorrectie. Het effect van overstap op recentere brongegevens wordt hierin niet zichtbaar, maar is te zien in de kenmerkindelingen (voor bijraming).

### 4.1 L5G

#### 4.1.1 *Ontwikkelingen in de kenmerkindeling*

De overstap van gegevens 2021 naar gegevens 2022 zorgt voor opvallende verschuivingen bij de 0-jarigen. Dit is het gevolg van de geboortegolf die er in 2021 is geweest. Het aantal 0-jarigen in t was op basis van gegevens 2021 relatief hoog als gevolg van die geboortegolf. Nu verschuift deze groep naar 0-jarigen in t-1. Dat betekent dat een stijging zichtbaar is in het aantal 0-jarigen in t-1 (+7% bij zowel meisjes als jongens) terwijl er een daling is van het aantal 0-jarigen in t (-6% bij zowel meisjes als jongens).

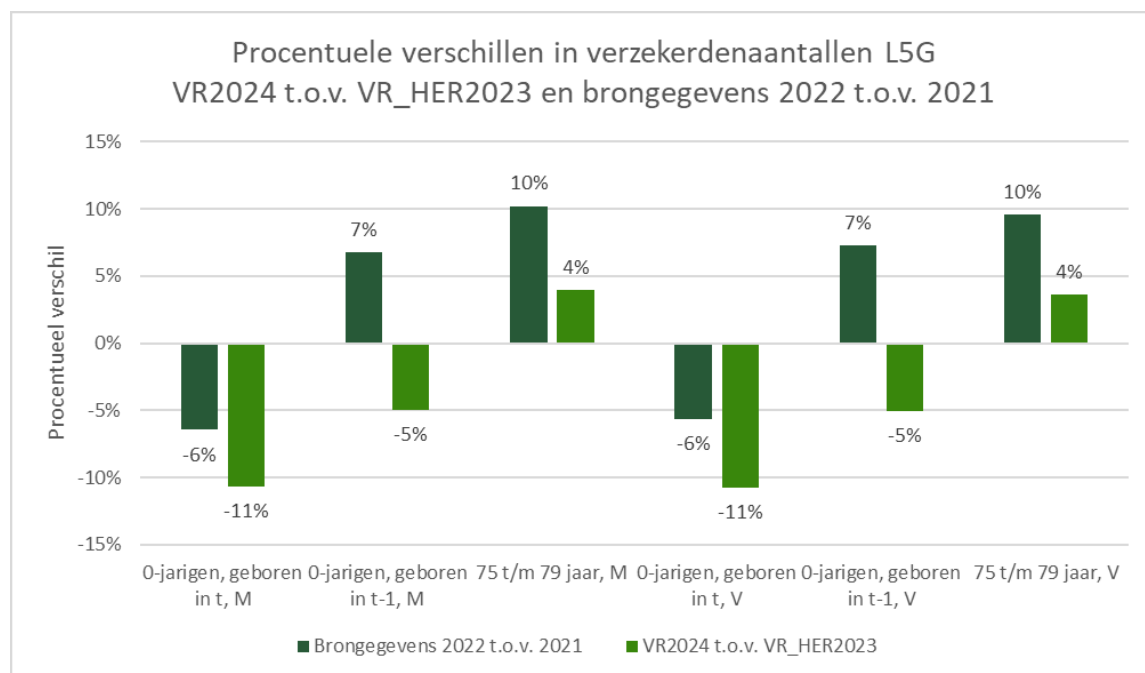
Daarnaast valt de ontwikkeling bij de leeftijdsgroep 75 tot en met 79 jaar op, zoals ook op basis van eerdere gegevensjaren. De oorzaak hiervan is dat de babyboomgeneratie doorschuift van de leeftijdsklasse 70 tot en met 74 jaar naar de leeftijdsklasse 75 tot en met 79 jaar. Dit zorgt voor relatief grote verschuivingen in deze leeftijdsklassen. In 2022 is het grootste gedeelte van de babyboomers doorgeschoven naar de volgende leeftijdsklasse.

#### 4.1.2 *Uitkomsten na bijraming*

De uitkomsten van de verzekerdenraming 2024 verschillen aanzienlijk van de uitkomsten van de VR\_HER2023. Allereerst schuiven pasgeborenen door van geboren in t naar geboren in t-1. Dat is het effect van de overstap naar recentere gegevens, weergegeven in Figuur 2: de geboortegolf van 2021 wordt in de brongegevens van 2022 zichtbaar in 0-jarigen t-1, terwijl het aantal 0-jarigen in t

weer aanzienlijk daalt naar het niveau van voor de geboortegolf. Het daadwerkelijke verschil tussen de VR2024 en VR2023 is echter negatiever of zelfs tegengesteld aan het verschil door recentere brongegevens. Dit komt door afwijkende CBS-prognoses voor het aantal geboorten in VR2024 ten opzichte van VR2023. Waar in VR2023 nog werd uitgegaan van een groei in het aantal geboorten van ruim 4% per jaar, is het uitgangspunt van VR2024 een stabiel aantal geboorten vanaf 2022. Zowel het aantal 0-jarigen in t als het aantal 0-jarigen in t-1 ligt als gevolg daarvan aanzienlijk lager in de VR2024 dan in de VR\_HER2023.

Figuur 2 Opvallende verschuivingen bij 0-jarigen en de doorgeschoven babyboomers



Ook bij de leeftijdsklasse 75- tot en met 79-jarigen wijkt het daadwerkelijk verschil tussen VR\_HER2023 en VR2024 af van het verschil dat we zagen door het gebruik van recentere brongegevens. Dit komt doordat zowel in VR\_HER2023 als in VR2024 de babyboomgeneratie is doorgestroomd naar de leeftijdsklasse 75- tot en met 70-jarigen. Dat effect zit nog wel in de vergelijking van gegevens 2021 en 2022, maar valt niet op in de uitkomsten na raming.

## 4.2 FKG\_C

### 4.2.1

#### Ontwikkelingen in de kenmerkinding

De prevalenties van de FKG\_C-classes op basis van gegevens 2022 en 2021 laten een aantal opvallende ontwikkelingen zien:

- In de nieuwe klasse Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren (FKG\_C-44) zien we een stijging van 52% van 2021 naar 2022. Dit is volledig toe te schrijven aan de introductie van de combinatietherapie van Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor (R07AX32) met Ivacaftor (R07AX02) in 2022.
- Het aantal verzekerdjaren in de klasse Diabetes: insuline (FKG\_C-2) daalt fors van 2021 naar 2022 (-11%). De daling zien we in mindere mate ook terug in de reguliere diabetes type I klassen. De daling in de Diabetes: Insuline wordt versterkt door de vrij forse stijging in de reguliere diabetes type II klassen

(FKG\_C\_17 en FKG\_C\_18).<sup>6</sup> Het toegenomen gebruik van diabetes type II medicatie wordt met name veroorzaakt doordat de SGLT-2-remmers sinds eind 2021 in de NHG-richtlijn zijn opgenomen.<sup>7</sup> De stijging wordt versterkt door indicatie-uitbreidingen voor de SGLT2-remmers en de GLP-1-receptoragonisten.<sup>8</sup> In absolute aantallen gaat het om een toename van circa 33.000 en een afname van circa 3.500 verzekerdenjaren voor respectievelijk de diabetes type II en de diabetes type I klassen. Daarnaast gaat het bij de Diabetes: Insuline om relatief kleine aantallen verzekerdenjaren (circa 9.000) waardoor de procentuele mutatie snel groot is.

#### 4.2.2

##### *Bijzonderheden in de trendfactoren en de bijraming*

We passen voor FKG\_C in principe de reguliere bijraming toe met gebruikelijke trendfactoren. Daarop gelden de volgende uitzonderingen:

- Vanwege de afwijkende ontwikkeling in de klasse Diabetes: Insuline (FKG\_C-2) wordt de trend voor deze klasse op 1 gezet.
- De trend voor de klasse Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren (FKG\_C-44) wordt op 1 gezet omdat de geobserveerde stijging van 2021 naar 2022 het gevolg is van een eenmalige indicatie-uitbreiding.
- De trend voor de klasse Nieraandoeningen o.b.v. add-on (FKG\_C-30) is op 1 gezet. Vóór de overheveling naar het intramuraal kader was het aantal verzekerdenjaren in deze klasse redelijk stabiel.
- Op de EHK-klassen wordt in principe geen trend toegepast. In de VR2023 werd een uitzondering gemaakt voor EHK-1. Die klasse bevatte toen de CFTR-modulatoren waarvan bekend was dat er veel ontwikkelingen gaande zijn met stijgende prevalenties als gevolg. Deze middelen worden nu opgenomen in een aparte reguliere FKG\_C-klasse, waardoor EHK-1 opnieuw een klein aantal verzekerden betreft. Voor de VR2024 is een trend op EHK-1 daarom niet nodig. Voor EHK-3 passen we wel een correctie toe op het geraamde aantal verzekerdenjaren. Het aantal gebruikers van het EHK-3-middel Tafamidis (N07XX08) is gestegen van 42 in 2021 naar 291 in 2022 als gevolg van een indicatie-uitbreiding.<sup>9</sup> Dit zit nog niet in de gebruikte gegevens over 2021. We hogen daarom het geraamde aantal verzekerdenjaren met 250 op.
- De FKG\_C-klassen o.b.v. add-on gebruiken gegevens van 2021. In 2020 was er in deze klassen een COVID-19-effect geconstateerd, waardoor de trend van 2020 op 2021 niet bruikbaar is. Daarom gebruiken we de ontwikkeling van 2018 naar 2019 en passen we een COVID-correctiefactor gebaseerd op deze ontwikkeling twee keer toe. Dit is conform de toepassing van COVID-correctiefactoren in deze klassen in de VR2023. Tabel 2 geeft een overzicht van de toegepaste COVID-correctiefactoren.

Tabel 2 COVID-correctiefactoren FKG\_C

FKG_C-klasse	Correctiefactor VR2024	Correctiefactor VR2023
22 Groeistoornissen o.b.v. add-on	1,000	1,014
29 Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	1,234	1,234

<sup>6</sup> Er zit namelijk een restrictie op indeling in de Diabetes: Insuline klasse: wanneer een verzekerde in een van de reguliere diabetesklassen valt wordt deze niet ingedeeld in de Diabetes: Insuline-klasse.

<sup>7</sup> Zie [Diabetes mellitus type 2 | NHG-Richtlijnen](#) en [Grote toename voorschrijven SGLT2-remmers door huisartsen — PW | Pharmaceutisch Weekblad](#)

<sup>8</sup> Zie [GVS-advies SGLT-2-remmers uitbreiding bijlage 2-voorwaarden | Advies | Zorginstituut Nederland](#), [GVS-advies SGLT-2-remmers extra uitbreiding bijlage 2-voorwaarden | Advies | Zorginstituut Nederland](#) en [GVS-advies uitbreiding bijlage 2-voorwaarden GLP-1 receptoragonisten | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>9</sup> [GVS-advies weesgeneesmiddel tafamidis \(Vyndaqel®\) bij de behandeling van transthyretine-amyloïdose met cardiomyopathie \(ATTR-CM\) | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

32 Immunoglobuline o.b.v. add-on	1,156	1,133
35 COPD/Zware astma o.b.v. add-on	1,972	1,972
38 Kanker o.b.v. add-on	1,129	1,132
40 Maculadegeneratie o.b.v. add-on	1,393	1,393

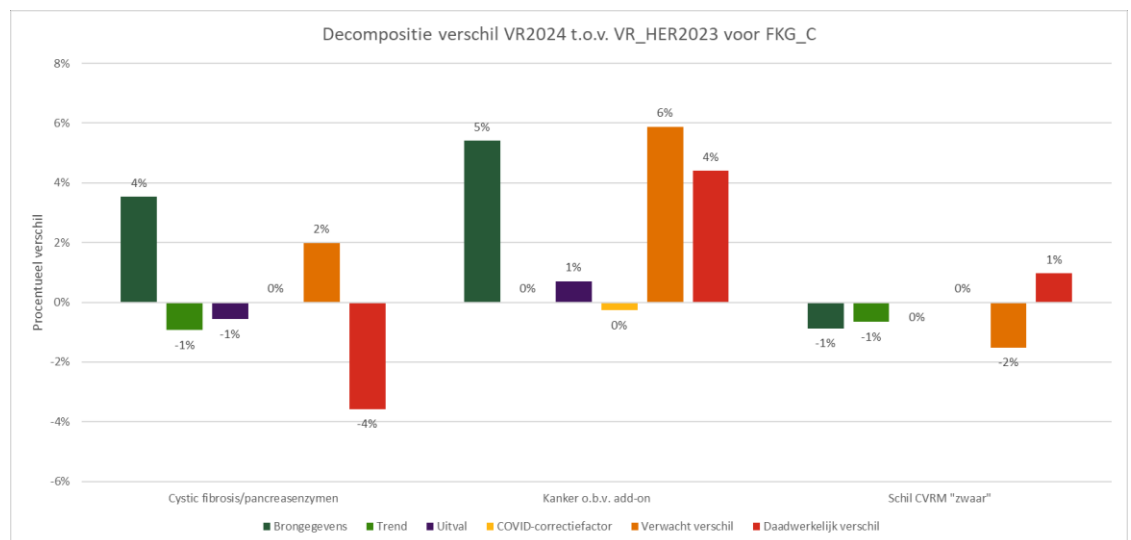
## 4.2.3

*Uitkomsten na bijraming*

We vergelijken de verzekerdenaantallen in de VR2024 met de VR\_HER2023. De verschillen tussen de VR2024 en de VR\_HER2023 splitsen we uit in verwachte verschillen door recentere brongegevens, door toegepaste trends, door COVID-correctiefactoren en door sterftecorrecties. Voor een aantal FKG\_C-classes blijft een deel van het verschil tussen de VR2024 en de VR\_HER2023 dan nog onverklaard. Onderstaande grafiek laat de FKG\_C-classes zien waarbij er een discrepantie is tussen het verwachte verschil en het daadwerkelijke verschil.

Voor de klasse Cystic fibrosis/pancreasenzymen (FKG\_C-21) komt het onverklaarde verschil tussen de VR2024 en de VR\_HER2023 deels door een aanpassing in het kenmerk: er is een restrictie toegevoegd tussen deze klasse en de nieuwe klasse Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren (FKG\_C-44).<sup>10</sup> Het verschil in de klasse CVRM: Medicatie Zwaar (FKG\_C-5) en de klasse Kanker o.b.v. add-on (FKG\_C-38) komt door een onvolkomenheid in de kenmerkaflading voor de VR2023 die voor de VR2024 is hersteld.<sup>11</sup>

*Figuur 3 Drie FKG\_C-classes hebben een relatief groot verschil dat niet te verklaren is door brongegevens, trends en correctiefactoren en uitval*



<sup>10</sup> Zie [Verantwoording regulier onderhoud extreem hoge kostenclusters \(EHK\) 2024 | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>11</sup> Voor de VR2023 is op twee manieren afgeweken van het referentiebestand. Verzekerden die (ex-)sluismiddelen gebruiken die onder de vaste kosten vallen zijn onterecht wel ingedeeld in de klasse Kanker o.b.v. add-on. Dit was ook het geval in de VR2022 en TB1 2022. Daarnaast zijn er in de VR2023 te weinig verzekerden ingedeeld in de klasse CVRM: Medicatie Zwaar als gevolg van het onterecht toepassen van twee restricties met de reguliere diabetes klassen. De impact hiervan is gering. Er zijn in de VR2023 circa 600 (1%) verzekerden te veel en circa 19.000 (3%) verzekerden te weinig ingedeeld in respectievelijk de klassen Kanker o.b.v. add-on en CVRM: Medicatie Zwaar. Dit is hersteld in de VR2024, de TB12023 en de VV12022.

### 4.3 FKG\_G

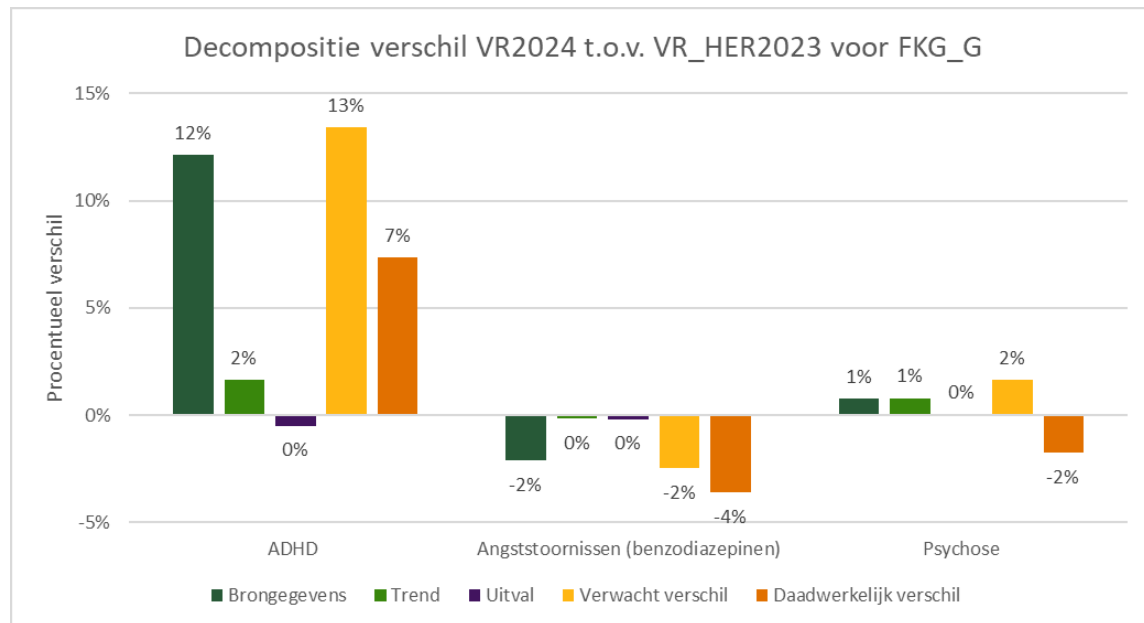
#### 4.3.1 Ontwikkelingen in de kenmerkindeling

Het aantal verzekerdenjaren in de FKG\_G-klasse ADHD stijgt met 13% van 2021 op 2022. Dit is conform de verwachting en de trends die we zagen in eerdere jaren. We zien een autonome stijging in het aantal gebruikers over alle middelen, maar met name bij de middelen Methylfenidaat en Lisdexamfetamine.

#### 4.3.2 Uitkomsten na bijraming

Figuur 4 geeft een decompositie van de verschillen tussen VR2024 en VR\_HER2023. De verschillen zijn grotendeels te verklaren door recentere brongegevens, verschil in toegepaste trends en sterftecorrecties. Echter blijft een deel van de mutaties in de FKG\_G-klassen ADHD (FKG\_G\_1), Angststoornissen (benzodiazepinen) (FKG\_G\_3) en Psychose (FKG\_G\_7) onverklaard. Dit komt door een onvolkomenheid in de kenmerkaflading voor de VR2023 die voor de VR2024 is hersteld.<sup>12</sup> Dit heeft met name effect op de klassen met relatief veel jongeren.

Figuur 4 Relatief grote onverklaarde verschillen bij FKG\_G-1, FKG\_G-3 en FKG\_G-7



### 4.4 DKG\_C

#### 4.4.1 Ontwikkelingen in de kenmerkindeling

De zorguitval door COVID-19 heeft in 2020 voor een (eenmalige) trendbreuk gezorgd in veel DKG\_C-klassen (ofwel door een afname van het aantal verzekerdenjaren in een positieve klasse ofwel door een minder grote stijging). In 2021 zie je dat dit effect herstelt en is er een (forse) groei in vrijwel alle klassen te zien. Dat duidt op inhaalzorg in 2021, waardoor de indeling terugkeert tot het

<sup>12</sup> De indeling op basis van farmaciegegevens T wordt gekoppeld met verzekerdenaantallen in T+1 om verzekerden die in T+1 achttien zijn geworden (peildatum 30 juni) én voldoen aan de drempelwaarden (aantal DDD) mee te nemen. In de VR2023 en TB12022 werden naast deze groep ook verzekerden meegenomen die in T+1 achttien werden maar niet voldeden aan de drempelwaarden voor indeling. Er zijn in de VR2023 circa 4.100 (5%), 600 (1%) en 1.800 (3%) verzekerden te veel ingedeeld in respectievelijk de klassen ADHD, Angststoornissen (benzodiazepinen) en Psychose. Dit is hersteld in de VR2024, de TB12023 en de VV12022.

niveau vóór COVID-19. Wel is er een trendbreuk te zien voor DKG\_C-21: na een dalende trend van 2017 tot en met 2020 stijgt het aantal verzekerdjaren in deze klasse in 2021 met 7%. Op DX-niveau lijkt dit vooral te komen door "Aangeboren/trauma larynx/trachea afwijking". Dit lijkt samen te hangen met de geboortegolf. In 2021 neemt het aandeel 0- en 1-jarigen in deze DX-groep namelijk toe van 26,5% naar 27,1%. Ook het aantal verzekerdjaren in DKG\_C-17 stijgt fors in 2021. Dit wordt veroorzaakt door een toename van het aantal verzekerden in de DX-groep van shuntchirurgie en lijkt incidenteel.

Qua uitval springen twee klassen eruit: DKG\_C-10 en DKG\_C-19 met een daling in sterfte van 2021/2022 ten opzichte van 2020/2021 van respectievelijk 1,1%-punt en 1,5%-punt. Bij DKG\_C-19 is al een aantal jaar een dalende trend te zien in de uitval van jaar op jaar. Bij DKG\_C-10 was een zelfde soort afname ook te zien van 2017/2018 naar 2018/2019. Dat kan het gevolg zijn van de griepedimie van 2018 waarbij sprake was van oversterfte. Oversterfte in het ene jaar wordt dan gevolgd door verminderde sterfte in het daaropvolgende jaar, omdat de sterfte in feite 'naar voren' schuift. Dit zou ook na COVID-19 kunnen optreden.

#### 4.4.2 *Bijzonderheden in de trendfactoren*

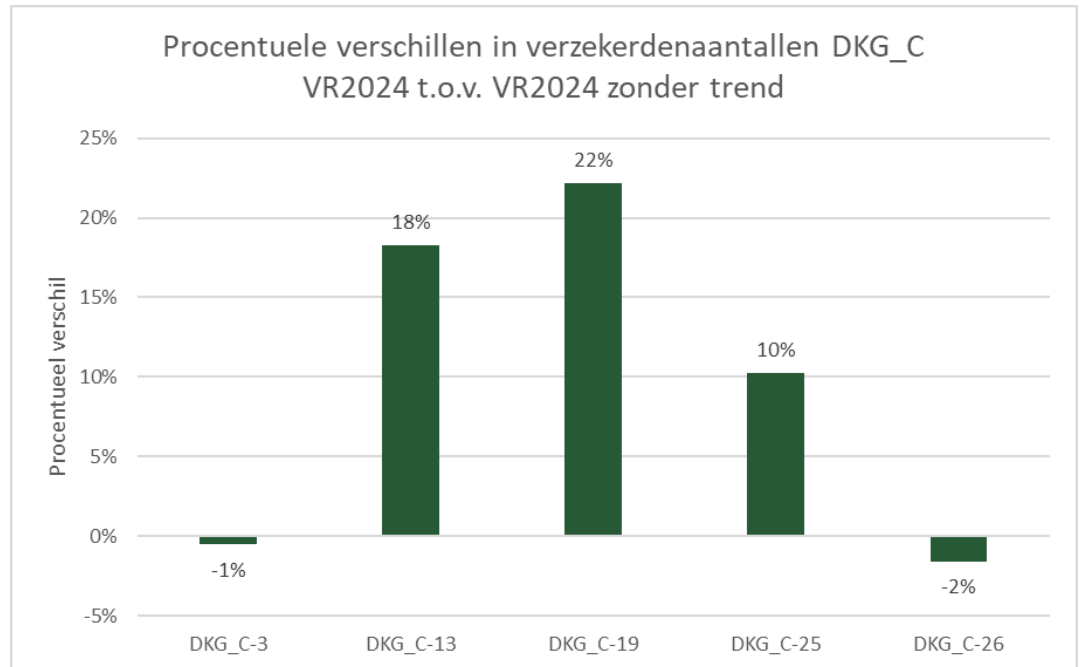
De brongegevens voor DKG\_C zijn voor gegevensjaar 2020 beïnvloed door COVID-19. Ook de reguliere trend (2020-2021) is dus beïnvloed door COVID-19. Daarom baseren we de trend op de ontwikkeling van 2018 naar 2019. Deze trend passen we zoals gebruikelijk twee keer toe op de indeling van gegevensjaar 2021.

Bij de klasse DKG\_C-25 is afgeweken van de trend van 2018 op 2019. Voor deze klasse schiet de trend van 2018 op 2019 ver boven de ontwikkeling van andere gegevensjaren uit. Daarom is er voor gekozen om de trend voor deze klasse te begrenzen op 5%.

#### 4.4.3 *Uitkomsten na bijraming*

Vanwege de modelwijzigingen bij DKG\_C worden de uitkomsten van de VR2024 vergeleken met de uitkomsten van de VR2024 zonder trends.

*Figuur 5 Relatief grote effecten van toepassen trends bij een aantal DKG\_C-*

*klassen*

Bij de meeste klassen komt de trend van 2018 op 2019 duidelijk terug in het verschil van de VR2024 met trend ten opzichte van de VR2024 zonder trend. Twee klassen wijken hierin af. Dat zijn DKG\_C-3 en DKG\_C-26. DKG\_C-3 bestaat uit een verzameling van 30 DX-groepen met als drie grootste groepen "Epilepsie, convulsies" "Nierziekten, nefritis, nefrotisch syndroom en nefrose" en "Enteritis regionalis, idiopatische proctocolitis". DKG\_C-26 bestaat alleen uit DX-groep "Nierdialyse zonder niertransplantatie". Het aantal verzekerdensjaren bij deze twee klassen neemt toe van 2018 op 2019. Daar staat tegenover dat het toepassen van de trend een negatief effect heeft op de geraamde aantallen. Dit komt door de decompositie van deze klassen over verschillende L15G-groepen en de verschillende trends over deze L15G-groepen.

Bij de klassen DKG\_C-13 en DKG\_C-19 is er een grote ontwikkeling van 2018 op 2019 maar dit past in het beeld dat over meerdere jaren is te zien.

## 4.5 DKG\_G

### 4.5.1 *Ontwikkelingen in de kenmerkindeling*

De brongegevens 2021 zijn beïnvloed door de schadelastdip als gevolg van de invoering van het ZPM. Hoewel het aantal verzekerden met een declaratie in 2021 vrijwel gelijk blijft ten opzichte van 2020, is er een sterke daling te zien van de kosten, het aantal verblijfsdagen en het aantal behandelminuten binnen een DBC. Dit komt overeen met de verwachting. Daarnaast is er een grote stijging van het aantal DBC's met diagnose "onbekend" te zien. Dit komt doordat de diagnose op het moment van de overgang naar het ZPM nog niet bekend was. De invloed van de verruiming Wlz is ook zichtbaar in de brongegevens 2021: hoewel het aantal verblijfsdagen in een ZZP niet beïnvloed wordt door de schadelastdip neemt dit toch af ten opzichte van 2020. Dit komt doordat verzekerden uit Zvw-verblijf in 2021 eerder doorstromen naar de Wlz dan in 2020.

Voor de kenmerkindeling converteren we de brongegevens naar de ex-post situatie.

Er zijn correcties uitgevoerd om de brongegevens 2019, 2020 en 2021 (met schadelastdip) om te zetten naar de ex-post situatie 2021 (met schadelastdip), 2022 (ZPM) en 2023 (ZPM). De conversies van de drie bronbestanden zijn afzonderlijk van elkaar beoordeeld op plausibiliteit en laten geen onverklaarbare mutaties tussen DKG\_G-klassen zien. De conversie van de brongegevens 2021 naar 2023 heeft – zoals verwacht - verreweg de grootste invloed. Door het toevoegen van declaraties aan 2021 (overloop uit 2020) verschuift een deel van de verzekerden naar een hogere klasse. In het algemeen zien we dat door de conversies meer verzekerden worden ingedeeld en dat door de conversie de verzekerdenaantallen vergelijkbaar worden met de verzekerdenaantallen op basis van oudere brongegevens zoals in de VR2023 (zie Figuur 6 en Figuur 7). De grootste mutaties van de conversie vinden plaats bij DKG\_G-1 en DKG\_G-6.

Naast de impact van de conversie op de verzekerdenaantallen spelen ook andere factoren in de brongegevens een rol bij de verschuivingen in de kenmerkindex. Bij de vergelijking van model 2024, gegevens 2020 en model 2024, gegevens 2021 vallen een aantal klassen op. Het aantal verzekerdenjaren in DKG\_G-3 en DKG\_G-5 daalt beide met 7% terwijl het aantal verzekerdenjaren in DKG\_G-2 met 4% stijgt. Dit komt waarschijnlijk door de toename van de diagnose "onbekend" in 2021, waardoor nieuwe verzekerden met een ambulante DBC niet in DKG\_G-3 of DKG\_G-5, maar in DKG\_G-1 of DKG\_G-2 terecht komen. De verzekerdenaantallen in DKG\_G-9 en DKG\_G-11 stijgen met respectievelijk 10% en 9%. Het gaat om relatief kleine klassen die ook in andere jaren instabiel waren. Tot slot daalt het aantal verzekerden in DKG\_G-14 en DKG\_G-16 fors, met respectievelijk 7% en 27%. Dit zijn klassen gebaseerd op langdurig verblijf. Door de verruiming Wlz per 2021 halen minder verzekerden de drempel van het aantal verblijfsdagen in 2021 doordat zij gedurende 2021 doorstromen naar de Wlz.

#### 4.5.2 *Bijzonderheden in de trendfactoren*

Er is geen trendfactor toegepast bij DKG\_G vanwege de onzekerheden omtrent het ZPM.

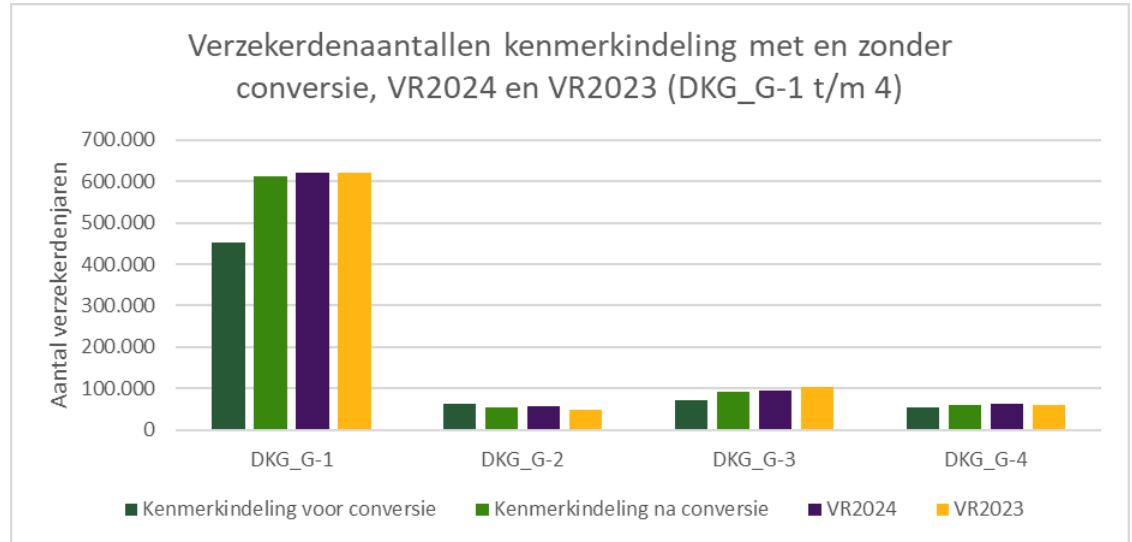
#### 4.5.3 *Uitkomsten na bijraming*

Voor de plausibiliteitstoets vergelijken we de VR2024 met de VR2023. Aandachtspunt hierbij is het verschil in toegepaste conversie tussen beide modellen: voor model 2024 wordt er geconverteerd naar 2 ZPM-jaren en 1 schadelastdip jaar, terwijl voor model 2023 wordt geconverteerd naar 1 ZPM-jaar, 1 schadelastdip jaar en 1 jaar oude bekostiging. Dit heeft beperkte impact op de verzekerdenaantallen. Uitzondering hierop zijn DKG\_G-1 en DKG\_G-2, waar de conversie van een extra ZPM-jaar zorgt voor een verschuiving van bijna 5000 verzekerden van DKG\_G-1 naar DKG\_G-2. Dit komt doordat verzekerden door de conversie terecht komen in de klasse "herhaald ambulant", waar DKG\_G-2 volledig uit bestaat. Dit verklaart het grootste deel van de stijging van 13% bij DKG\_G-2, in combinatie met verschillen in de brongegevens.

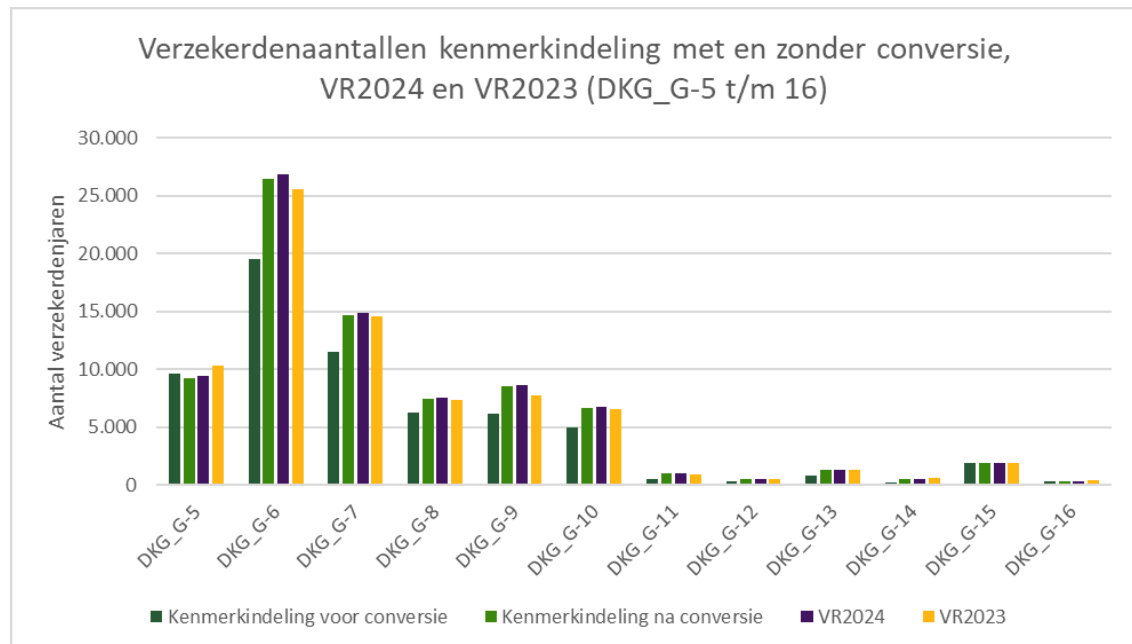
De bijraming zelf heeft zeer beperkte invloed aangezien zowel in de VR2023 als in de VR2024 geen trend is toegepast en de uitval door sterfte in de positieve klassen beperkt is. De mutaties tussen de VR2024 en VR2023 zijn daarmee terug te leiden naar mutaties in de brongegevens en plausibel.



Figuur 6 Impact van conversie met name bij DKG\_G-1 en DKG\_G-2



Figuur 7 Verschillen tussen VR2024 en VR2023 bij hogere DKG\_G-klassen zijn het gevolg van overstap op recentere brongegevens



## 4.6 FDG\_C

### 4.6.1 Ontwikkelingen in de kenmerkindeling

In het onderzoek naar COVID-effecten op basis van gegevens 2021 concludeerden we dat de zorguitval in 2020 in FDG\_C in 2021 weer hersteld was. De verwachting was daarmee dat de aantallen verzekerdensjaren per FDG\_C-klasse in 2021 in 2022 weer zouden groeien met de ontwikkeling die we voor de COVID-19-pandemie, van 2018 naar 2019, zagen. De gegevens 2022 laten dit inderdaad zien. De procentuele veranderingen in de FDG\_C-klassen zijn veelal vergelijkbaar met die van 2018 naar 2019. Een uitzondering is FDG\_C-4: het aantal verzekerdensjaren nam vóór de COVID-19-pandemie met 3% toe, maar van 2021 naar 2022 zien we een afname

van 4%. De trendbreuk in 2020 lijkt daarmee dus door te zetten. Dit is voornamelijk te zien bij de ZN-code Aangeboren afwijkingen tractus respiratorius. De dalende trend is sinds 2020 stabiel, en is geen effect van COVID-19. Tevens gaat het hierbij om kleine aantallen (560 verzekerdjaren in 2022).

De forse stijging van het aantal verzekerdjaren in FDG\_C-2 is met name te zien bij de ZN-codes artrose en COPD. Dat is de afgelopen jaren steeds het geval (m.u.v. 2020 op 2019 als gevolg van COVID-19). De sterke groei in het aantal verzekerdjaren in FDG\_C-3 (Interstitiële longaandoeningen incl. sarcoïdose) is te verklaren door een groeiende bewustwording onder behandelaren over het effect van fysiotherapie bij mensen met een gestoorde longfunctie.

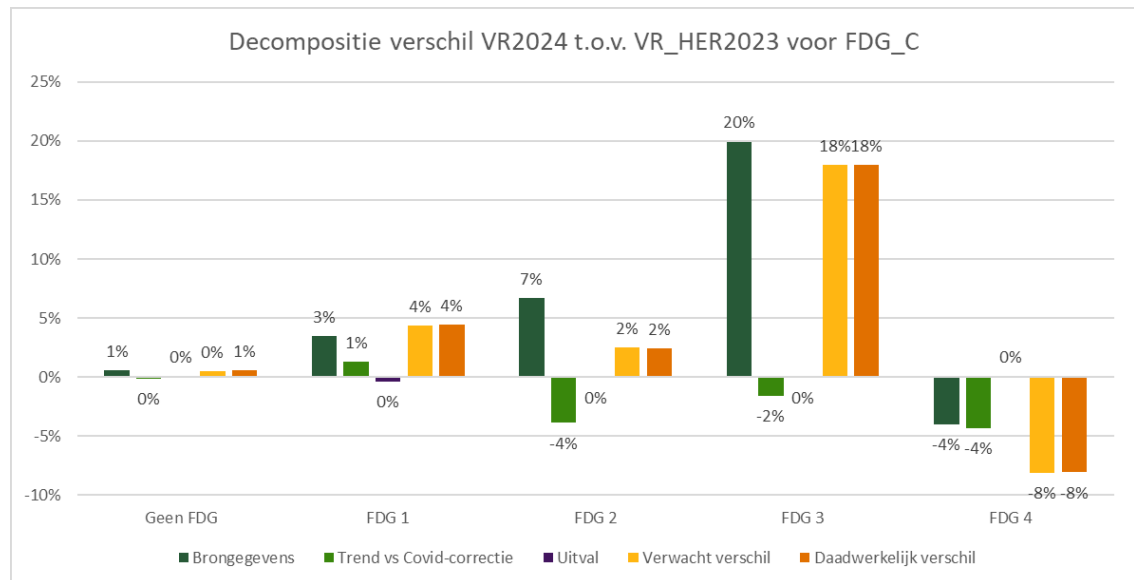
#### 4.6.2 *Bijzonderheden in de trendfactoren*

Er zijn geen COVID-correctiefactoren meer nodig. Bovendien zijn er geen redenen om aan te nemen dat de ontwikkeling van 2021 naar 2022 zich niet door zal zetten. Dit resulteert in reguliere trendfactoren, gebaseerd op de vergelijking van gegevens 2021 en 2022.

#### 4.6.3 *Uitkomsten na bijraming*

De decompositie van verschillen tussen de VR2024 en VR\_HER2023 (Figuur 8) laat zien dat voor elk van de FDG\_C-klassen het onverklaard verschil miniem is. De mutaties zijn grotendeels te verklaren door wijzigingen in brongegevens. Voor FDG\_C-2 en FDG\_C-4 is er daarnaast een klein verschil doordat de trend in de VR2024 lager is dan de COVID-correctie in de VR\_HER2023.

*Figuur 8 Verschillen in FDG\_C komen door de brongegevens of gebruikte trendfactoren*



## 4.7 **HKG\_C**

### 4.7.1 *Ontwikkelingen in de kenmerkindex*

De VR2024 gebruikt – vanwege de problematiek in de hulpmiddelengegevens – dezelfde gegevens als de VR2023, alleen is de modelspecificatie gewijzigd. De prevalenties per HKG\_C-klasse laten een aantal opvallende ontwikkelingen zien.

#### COVID-effecten

In de klasse Zuurstofapparaten met toebehoren is sprake van een COVID-effect in 2020 en 2021. Het gebruik van zuurstofapparaten ligt in deze jaren fors hoger (+20% van 2020 naar 2021) vanwege thuisbehandeling van COVID-19.

Ook in de klassen Therapeutische elastische kousen en Orthesen zijn in de gegevens 2021 COVID-19-effecten te zien: de uitval in 2020 herstelt zich grotendeels in 2021. De nieuwe klasse Orthopedisch schoeisel lijkt in 2020 ook beïnvloed te zijn door de COVID-19-pandemie, net als de klasse Orthesen. De prevalentie daalt van 2019 naar 2020 met 9% en stijgt van 2020 naar 2021 relatief sterk (+7%). Het beeld lijkt sterk op het beeld bij de Orthesen.

#### Problematiek in de hulpmiddelengegevens

De registratieproblemen in de hulpmiddelengegevens spelen in een groot aantal HKG\_C-klassen. Het doel van de VR is niet om te corrigeren voor deze registratieproblemen, maar om een zo goed mogelijke inschatting te maken van verzekerdenaantallen in de ex-post situatie. De registratieproblemen zorgen daarbij voor meer onzekerheid over die ex-post situatie. Het is niet mogelijk om correcties voor de registratieproblemen op de brongegevens te doen.

Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Insulinepompen stijgt in 2021 sterker dan daarvoor (+6% van 2020 naar 2021). Deze relatief sterke stijging ten opzichte van eerdere jaren is bij een groot deel van de verzekeraars te zien. We hebben hier geen inhoudelijke verklaring voor kunnen vinden, want de verruiming van de diabeteshulpmiddelenwet lijkt dit niet te kunnen verklaren. De problematiek in de hulpmiddelengegevens speelt in deze klasse wel een rol, omdat dit een klasse is waar veel gebruik wordt gemaakt van patiëntprofielen.

De nieuwe klasse Glucosemonitor laat een zeer sterke stijging in prevalentie zien. Het aantal verzekerdenjaren in deze klasse stijgt al een aantal gegevensjaren op rij fors (+116% van 2020 op 2021), naar zo'n 65.000 verzekerdenjaren in 2021. De procentuele stijging vlakt wel af. Ten dele is een groei in het aantal verzekerdenjaren in deze klasse verwacht omdat glucosesensoren ruimer worden ingezet en het gebruik dus toeneemt.

De ontwikkeling verschilt echter zeer sterk tussen verzekeraars. Dit hangt naar verwachting samen met het gebruik van patiëntprofielen en de daarmee gepaard gaande registratieproblemen. Binnen deze klasse zijn dan ook opvallende declaratiepatronen op GPH-code-niveau te zien, waarbij het per verzekeraar sterk verschilt hoe vaak een GPH-code naar verhouding wordt gebruikt.

Twee grote concerns hadden in 2020 nog nauwelijks verzekerdenjaren in de klasse Glucosemonitor en laten van 2020 naar 2021 zeer forse stijgingen in aantallen verzekerdenjaren zien. Bij een ander concern is juist een forse daling in het aantal verzekerdenjaren te zien van 2020 naar 2021. Wanneer we uitsluitend kijken naar de verzekeraars die niet opvallen in termen van het gebruik van GPH-codes binnen deze klasse, zien we dat elk van deze verzekeraars een circa 40% stijging van het aantal verzekerdenjaren in de klasse Glucosemonitor heeft van 2020 naar 2021.

#### Overige bijzonderheden

Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Voedingshulpmiddelen stijgt in 2021 iets sterker dan daarvoor. Hier is geen inhoudelijke verklaring voor gevonden. Het gaat om een landelijke ontwikkeling.

Het aantal verzekerdenjaren in de klasse CPAP-apparatuur stijgt al jaren met 5% tot 10%. Die stijging vlakt steeds iets verder af.

## 4.7.2

*Bijzonderheden in de trendfactoren*

- De trendfactor voor de klasse Zuurstofapparaten werd in de VR2023 op 1 gezet. We trekken deze veronderstelling door naar VR2024 en gebruiken ook daar een trendfactor gelijk aan 1.
- In de klassen Therapeutische elastische kousen en Orthesen werd voor de VR2023 uitgegaan van de trend van 2018 naar 2019 (vóór COVID). Ook deze veronderstelling trekken we door naar de VR2024. We passen de trend van 2018 naar 2019 twee keer toe omdat we gegevens 2021 gebruiken in plaats van gegevens 2022.
- Het beeld bij de klasse Orthopedisch schoeisel lijkt sterk op het beeld bij Therapeutische elastische kousen en Orthesen. We bepalen daarom op dezelfde wijze de trendfactor voor de VR2024: de geobserveerde ontwikkeling van 2018 naar 2019 wordt twee keer toegepast. Tabel 3 geeft een overzicht van de toegepaste COVID-correctiefactoren.
- Vanwege de grote invloed van registratieproblemen in de HKG\_C-klasse Glucosemonitor en de sterke afvlakking van de trend die al een aantal jaar op rij te zien is in deze klasse, gaat de VR2024 uit van een afgekapte trend van 5% die twee keer wordt toegepast. Wanneer we de afvlakking van de trend doortrekken, lijkt dat een redelijke inschatting. Echter zijn de data sterk beïnvloed door registratie-issues en is er dus veel onzekerheid over de feitelijke ontwikkeling.

Tabel 3 COVID-correctiefactoren HKG\_C

HKG_C-klasse	Correctiefactor VR2024
2 Zuurstofapparaten met toebehoren	1,000
3 Therapeutische elastische kousen	1,022
4 Orthopedisch schoeisel	1,050
11 Orthesen	1,073

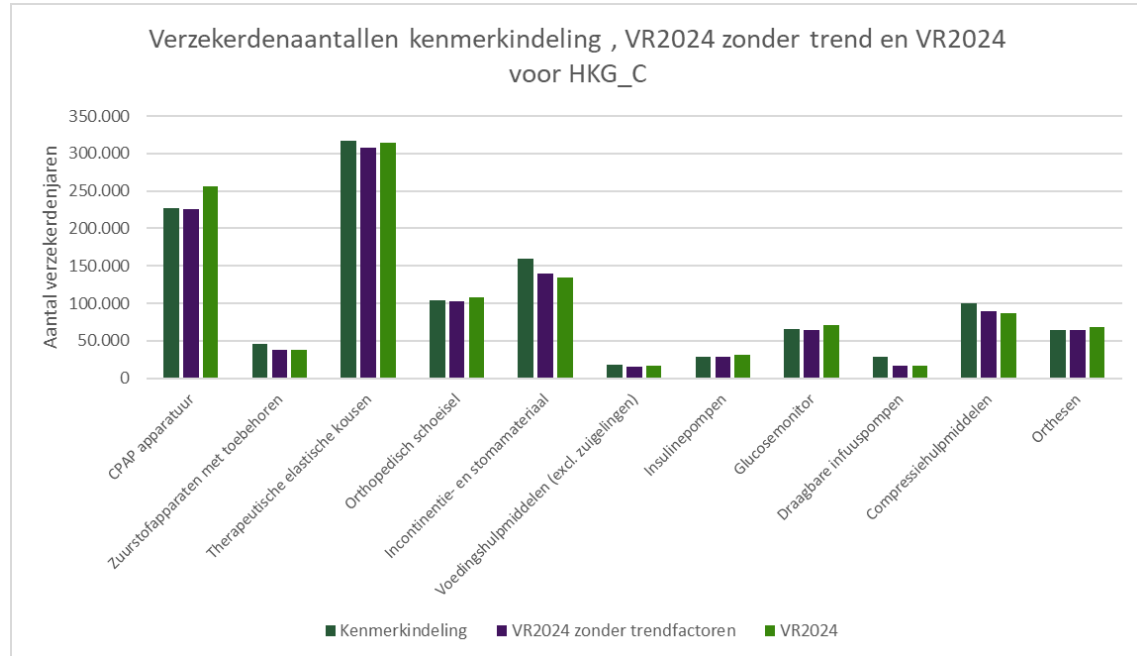
## 4.7.3

*Uitkomsten na bijraming*

Voor HKG\_C vergelijken we de uitkomsten van de VR2024 met de uitkomsten van de VR2024 zonder trends. De modelwijzigingen maken namelijk dat een vergelijking met VR2023 niet informatief is. De basis voor de VR2024 is de kenmerkindex met hulpmiddelengegevens 2021. In Figuur 9 wordt dit allereerst vergeleken met de uitkomsten van de VR2024 zonder trends. Afwijkingen ontstaan door uitval van verzekerden. De uitval die we zien is plausibel en redelijk stabiel over tijd. Uitval treedt met name op bij de klassen Draagbare infuuspompen, Zuurstofapparaten met toebehoren, Incontinentie- en stomamateriaal, Voedingshulpmiddelen en Compressiehulpmiddelen.

De trendfactor voor Zuurstofapparaten is vanwege de COVID-19-effecten in deze klasse op 1 gezet. Als gevolg daarvan heeft het toepassen van de trendfactoren geen effect op de verzekerdenaantallen in deze klasse in de VR2024. Voor de klassen Incontinentie- en stomamateriaal en Compressiehulpmiddelen leidt het toepassen van trendfactoren tot een lichte daling in verzekerdenaantallen, ondanks een beperkte groei in de geobserveerde verzekerdenaantallen van 2020 naar 2021 waar de trendfactoren op zijn gebaseerd. Dit heeft te maken met de verdeling van de verzekerden over L15G-groepen en de verschillende trendfactoren naar L15G-groepen.

Figuur 9 Decompositie van uitkomsten VR2024 voor HKG\_C-klassen



De klasse Gucosemonitor laat een relatief beperkte groei zien door toepassing van de trendfactoren als gevolg van het afkappen van de trend op 5%. In de andere HKG-klassen leidt de toepassing van de trendfactoren tot een stijging in het aantal verzekerdensjaren ten opzichte van de VR zonder trends. Dit sluit aan bij de geobserveerde ontwikkeling van 2020 naar 2021 (of 2018 naar 2019 voor de klassen Therapeutische elastische kousen, Orthopedisch schoeisel en Orthesen).

## 4.8 HSM\_C

### 4.8.1 Ontwikkelingen in de kenmerkindeling

Voor de VR2024 wordt zowel ex ante als ex post de indeling van HSM\_C op basis van modeljaar 2021 (gegevensjaar 2020 voor de onderliggende morbiditeitskenmerken) gebruikt. Voor de VR2023 was dat HSM\_C op basis van modeljaar 2020 en gegevensjaar 2019. Het aantal ongezonde verzekerden ligt in de kenmerkindeling voor de VR2024 0,3% hoger dan in de kenmerkindeling voor de VR2023. Het aantal gezonde verzekerden ligt voor de VR2024 juist 0,7% hoger.<sup>13</sup>

### 4.8.2 Bijzonderheden in de bijraming

Op de kenmerkindeling wordt een extra jaar sterfte toegepast op de verzekerden in de positieve HSM-klasse. Dit wordt gebaseerd op de gerealiseerde sterfte tussen 2021 en 2022.

### 4.8.3 Uitkomsten na bijraming

Na de bijraming is het aantal ongezonde verzekerden in de VR2024 vrijwel gelijk (0,04%) aan het aantal ongezonde verzekerden in de VR2023. Het aantal gezonde verzekerden in de VR2024 ligt 1,2% hoger dan in de VR2023. De versterkte groei (1,2% t.o.v. de 0,7%) in het aantal gezonde verzekerden hangt samen met de

<sup>13</sup> De procentuele stijging van de verzekerden in de niet-forfaitaire groep is +0,2%, oftewel minder groot tussen modeljaar 2021 (TB2 2021) en modeljaar 2020 (VV2 2020). Dit komt doordat er een daling is van het aantal verzekerden in MHK-E-1 tussen modeljaar 2021 en 2020. Deze daling werkt wel door in een stijging bij HSM-C-0 maar niet bij het aantal verzekerden in de niet-forfaitaire groep.

nieuwe verzekerden (d.w.z. pasgeborenen en immigranten) die in bijraming in de HSM afslagklasse worden ingedeeld.

## 4.9 MHK\_C

### 4.9.1 Ontwikkelingen in de kenmerkindeling

De drempelbedragen in 2021 zijn relatief fors gestegen ten opzichte van die in 2020 (zie Tabel 4).<sup>14</sup> Deze stijging heeft meerdere COVID-19-gerelateerde oorzaken, zo is er sprake van herstel in 2021 na zorguitval in 2020, zijn er meer COVID-19-kosten gemaakt in 2021 (ten opzichte van 2020) en is er een wijziging in de bekostiging van de indirecte COVID-19 meerkosten van 2020 op 2021 geweest. In 2021 is de facultatieve prestatie voor verpleeg- en ligdagen toegerekend aan de toeslagen terwijl in 2020 de vergelijkbare kostenpost onder de indirecte meerkosten, en dus niet in het KPV, was opgenomen. In de drempelbedragen in 2020 ten opzichte van 2019 was een daling te zien. Dit is een trendbreuk ten opzichte van een eerdere jaren door zorguitval door COVID-19.

Tabel 4 Drempelbedragen per schadejaar voor MHK\_C

Jaar	top 30%	top 15%	top 10%	top 7%	top 4%	top 1,5%	top 0,5%
2019	1.183	2.988	4.648	6.554	10.610	21.684	42.675
2020	1.106	2.850	4.448	6.278	10.272	21.170	42.265
2021	1.235	3.153	4.927	6.954	11.252	22.809	45.041

De ontwikkeling in de kenmerkindeling in MHK\_C-8 door de overstap op recentere brongegevens (2021 en eerder vs. 2020 en eerder) wijkt af van voorgaande jaren. In eerdere jaren zagen we een stijgende trend van rond de 7%. In 2021 blijft het aantal verzekerdenjaren in deze klasse juist stabiel. Het is niet duidelijk wat hier precies de oorzaak van is.

### 4.9.2 Bijzonderheden in de bijraming

Voor de VR2024 wordt afgestemd op de prevalenties van ESHPM, gebaseerd op de kostenjaren 2019 tot en met 2021. Omdat de prevalenties van ESHPM nog geen uitval bevatten, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op uitgevoerd. De uitval in MHK\_C is van 2021 naar 2022 nog altijd iets hoger dan voor de COVID-19-pandemie. Het CBS schrijft dit deels toe aan COVID-19, maar tegelijk is er ook een blijvend hogere sterfte verwacht. Omdat een deel van de hogere sterfte toe te schrijven is aan de COVID-19-pandemie, middelen we de verhoogde sterfte van 2021 naar 2022 met iets verhoogde sterfte door COVID-19 van 2019 naar 2020. De sterftecorrectie doen we dus op basis van de gemiddelde sterfte 2019/2020 en 2021/2022.

Tabel 5 geeft de correctiefactoren van de afstemming op de MHK\_C-prevalenties van ESHPM voor de VR2024. Door deze afstemming wordt de raming van positieve MHK\_C-klassen bij jongere leeftijdscategorieën naar beneden bijgesteld en bij oudere leeftijdscategorieën naar boven bijgesteld. Over alle leeftijdscategorieën zijn de grootste bijstellingen bij MHK\_C-8 (-4,7%) en MHK\_C-7 (-3,2%).

<sup>14</sup> De drempelbedragen voor 2021 zijn gebaseerd op het voorlopige KPV-bestand 2021, prijsarrangementen van dure geneesmiddelen en plafond- en lumpsumbedragen zijn hierin nog niet verwerkt. Dat geldt ook voor MVV\_C en MFK\_C.

Tabel 5 Correctiefactoren o.b.v. prevalenties van ESHPM voor MHK\_C

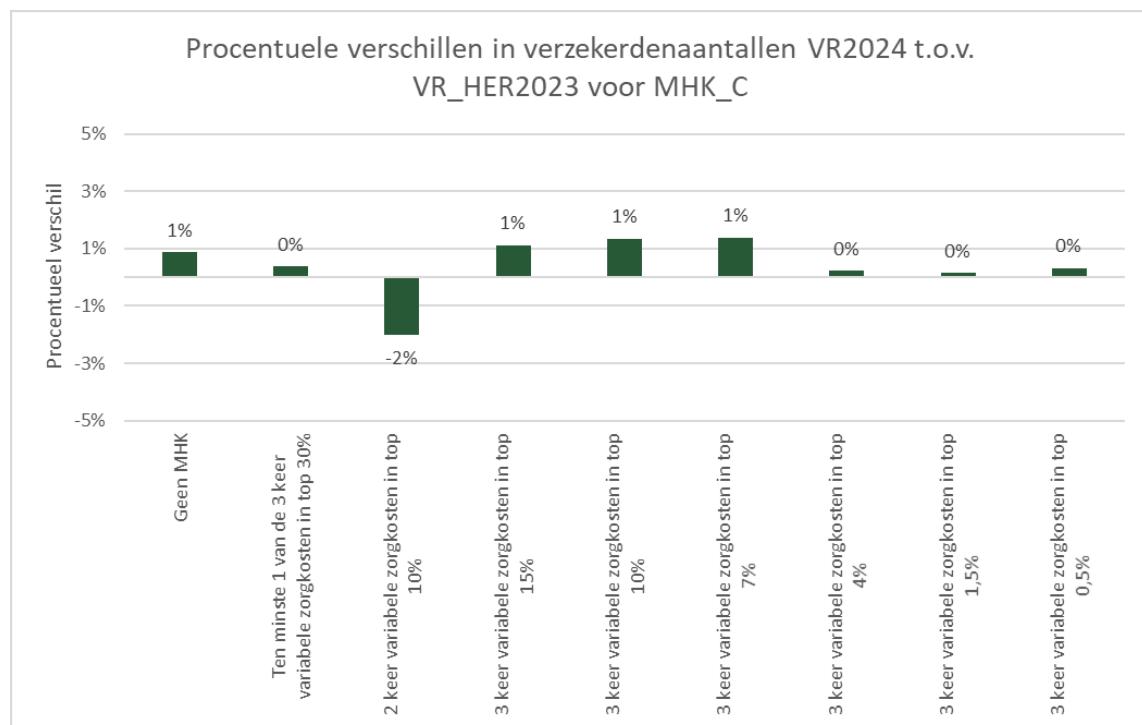
	Tenminste 1 van 3 keer in top 30%	2 keer in top 10%	3 keer in top 15%	3 keer in top 10%	3 keer in top 7%	3 keer in top 4%	3 keer in top 1,5%	3 keer in top 0,5%
Man 0-17	0,936	0,696	1,002	0,990	1,005	0,980	0,930	0,930
Man 18-29	0,976	0,935	0,984	0,936	0,938	0,881	0,834	0,825
Man 30-44	1,034	1,007	1,036	1,017	1,022	0,975	0,920	0,930
Man 45-59	1,011	1,010	1,019	0,979	0,988	0,952	0,941	0,895
Man 60-74	1,032	1,032	1,045	1,018	1,020	1,005	1,033	1,003
Man 75+	1,018	1,063	1,050	1,055	1,052	1,093	1,094	1,072
Vrouw 0-17	0,940	0,704	1,039	1,015	1,013	0,989	0,891	0,902
Vrouw 18-29	1,044	1,074	1,055	1,034	0,980	0,951	0,941	0,853
Vrouw 30-44	1,010	0,913	0,972	0,973	0,970	0,995	0,920	0,937
Vrouw 45-59	0,994	0,981	0,982	0,967	0,960	0,948	0,884	0,890
Vrouw 60-74	1,026	1,032	1,018	1,016	1,005	1,007	0,978	0,946
Vrouw 75+	1,005	1,044	1,029	1,026	1,017	1,041	0,998	0,999

## 4.9.3

*Uitkomsten na bijraming*

De verschillen in aantallen tussen de VR2024 en de VR\_HER2023 zijn zeer beperkt, en variëren tussen de -2% bij MHK\_C-2 (2 keer in top 10%) en 1,4% bij MHK\_C-5 (3 keer in top 7%). De kenmerkdeling van ESHPM en aangevuld met de gemiddelde sterfte van ZIN zijn dus vrij stabiel gebleven. Het stabiele aantal verzekerden op basis van gegevens 2021 en eerder (ten opzichte van 2020 en eerder) sluit aan bij het beeld in de prevalenties van ESHPM voor MHK\_C.

Figuur 10 Beperkte verschuivingen in verzekerdenaantallen voor MHK\_C



## 4.10 MHK\_G

### 4.10.1 Ontwikkelingen in de kenmerkindex

Voor de gegevensjaren 2020 en 2021 worden de kosten voor langdurige GGZ meegenomen in de MHK\_G-indeling in verband met de invoering van het ZPM. Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2017 tot en met 2021 weer. Er is een forse stijging van de kosten in 2020 te zien. Deze stijging komt waarschijnlijk door het toevoegen van de langdurige GGZ per 2020 en de daardoor stijgende gemiddelde kosten. De drempelbedragen van 2021 laten juist een forse daling zien, welke te verklaren is door de schadelastdip in 2021.

Tabel 6 Drempelbedragen per schadejaar voor MHK\_G

Jaar	'lage' drempel	top 10‰	top 5‰	top 2,5‰	top 1‰
2017	165	4.684	8.365	16.303	35.759
2018	173	5.038	8.786	16.899	36.759
2019	183	5.607	9.430	17.470	37.745
2020	197	6.580	10.601	19.916	43.811
2021	182	4.217	8.134	13.592	30.556

In de hogere MHK\_G klassen zie je een forse daling in de prevalenties ten opzichte van 2020. De verzekeren in deze klassen schuiven door naar de lagere MHK\_G klassen. Dit is allereerst te verklaren door de schadelastdip in 2021. De verruiming van de Wlz per 2021 heeft impact gehad op de kosten van verzekeren, specifiek de kosten van verzekeren in langdurig verblijf, maar het is niet zeker hoe groot deze daling is geweest en op welke klasse dit impact heeft gehad.

### 4.10.2 Bijzonderheden in de bijraming

In tegenstelling tot MHK\_C en MVV\_C is bij MHK\_G afgestemd op de prevalenties gebaseerd op kosten 2020 en eerder. Hiervoor is gekozen omdat de kosten 2019 en 2020 van ESHPM geconverteerd zijn naar het ZPM en de prevalenties dan twee kostenjaren met ZPM bevatten, zoals ex-post wordt ingedeeld.<sup>15</sup> Omdat de prevalenties van ESHPM nog geen uitval bevatten, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op uitgevoerd op basis van de gemiddelde sterfte 2019/2020 en 2021/2022 (beide jaren met relatief hoge sterfte).

Tabel 7 geeft de correctiefactoren van de afstemming op de MHK\_G prevalenties van ESHPM voor de VR2024. De klassen 5x top 2,5‰ worden het meest gecorrigeerd met de correctiefactoren: de oorspronkelijke aantallen uit de VR2024 worden voor de hoogste leeftijdsklasse voor vrouwen fors naar beneden (0,611) en voor mannen fors naar boven (2,611) bijgesteld. Mogelijke verklaringen tussen het verschil in prevalenties tussen ZIN en ESHPM zijn een verschil in gegevensjaren waarop de prevalenties gebaseerd zijn (kosten 2020 en eerder vs. kosten 2021 en eerder) en jaar van de schadelastdip (2018 vs. 2021).

Tabel 7 Correctiefactoren o.b.v. prevalenties van ESHPM voor MHK\_G

Ten minste 1 van 3 keer in top 98,5%	Ten minste 2 van 5 keer top 10‰	Ten minste 2 van 5 keer in top 5‰	Ten minste 2 van 5 keer in top 2,5‰	Ten minste 2 van 5 keer in top 1‰	5 keer in top 5‰	5 keer in top 2,5‰
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	------------------	--------------------

<sup>15</sup> In de prevalenties van ESHPM is ook rekening gehouden met een jaar schadelastdip in 2021 (in kosten 2018) en de wijzigingen in de declaratiestructuur (afgezien van overgang van schadejaar naar boekjaar) door de invoering van het ZPM (in kosten 2019/2020).

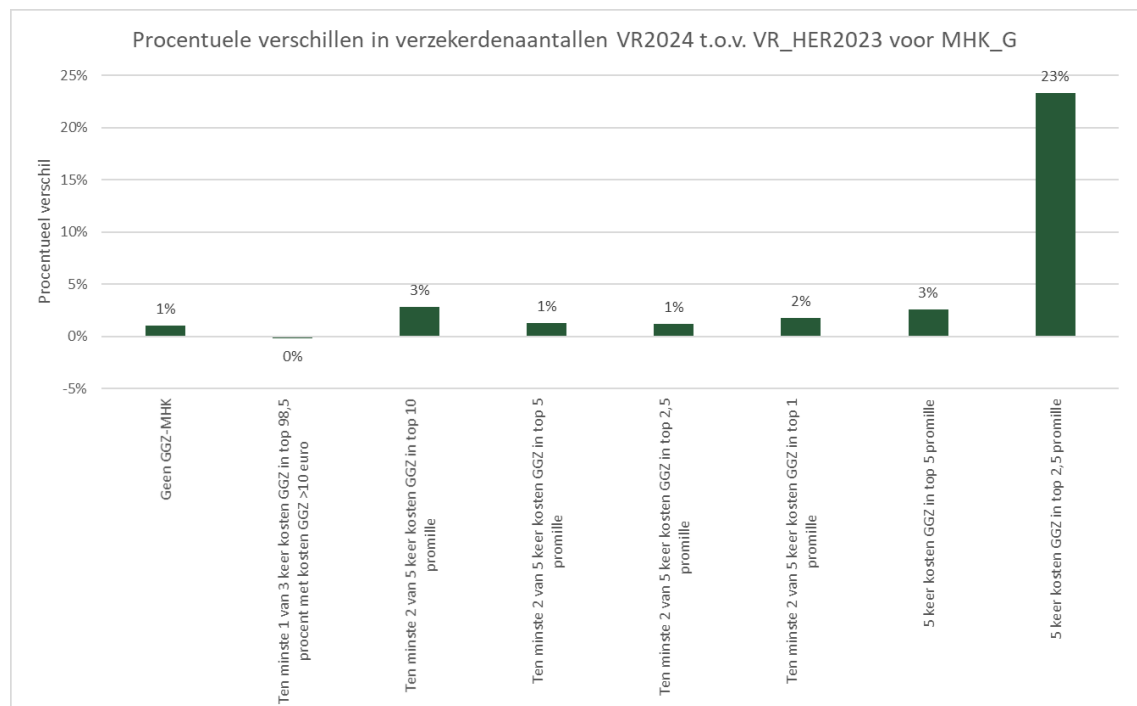


Man 0-17							
Man 18-29	1,136	1,047	1,081	0,988	1,168	1,084	1,055
Man 30-44	1,019	1,008	1,010	1,026	0,958	1,014	0,845
Man 45-59	0,990	0,981	0,969	0,966	0,917	0,837	0,785
Man 60-74	0,995	0,933	0,938	1,016	0,999	0,828	0,902
Man 75+	1,306	1,140	1,067	1,075	1,093	0,869	2,611
Vrouw 0-17							
Vrouw 18-29	1,073	0,966	0,976	0,913	1,004	1,227	1,016
Vrouw 30-44	0,993	0,955	0,967	0,949	0,924	0,906	0,816
Vrouw 45-59	0,978	0,935	0,983	0,960	0,916	0,930	0,883
Vrouw 60-74	0,977	0,968	0,921	0,962	1,051	0,812	0,862
Vrouw 75+	1,207	1,070	1,065	1,151	1,059	0,709	0,611

#### 4.10.3 Uitkomsten na bijraming

Figuur 11 laat een forse stijging in de VR2024 ten opzichte van de VR\_HER2023 zien in de hoogste MHK\_G-klasse. Dit komt voornamelijk doordat er meer verzekerden worden ingedeeld in de topklasse als de langdurige GGZ in de laatste twee gegevensjaren wordt meegenomen bij de indeling ten opzichte van alleen het laatste gegevensjaar.<sup>16</sup> In absolute zin gaat het om een toename van circa 200 verzekerden. Dit zijn voornamelijk verzekerden die in de VR\_HER2023 in de klasse 'ten minste 2 van 5 keer kosten GGZ in top 1‰' zaten en, door het toevoegen van een extra jaar langdurige GGZ, zijn doorgestroomd naar de hoogste klasse.

*Figuur 11 Verschuiving in hoogste MHK\_G-klasse door meenemen langdurige GGZ in verband met ZPM*



<sup>16</sup> In WBR 1273 Eerste tussenrapport gegevensfase OT2024 is een vergelijking gemaakt tussen model 2024 gegevens 2020 en model 2024 gegevens 2019, waardoor het effect van de conversie voor het ZPM hier nog niet zichtbaar was.

## 4.11 MVV\_C

### 4.11.1 Ontwikkelingen in de kenmerkindeling

De drempelbedragen voor MVV\_C zijn gedaald voor alle klassen (zie Tabel 8). Deze daling heeft meerdere oorzaken. Zo is de afvlakking van stijgende V&V-kosten een trend die we al meerdere jaren zien. De daling in 2021 wordt versterkt door de teruglopende V&V-kosten in 2020 en 2021 in verband met de uitgevallen zorg door de COVID-19 pandemie.

Tabel 8 Drempelbedragen per schadejaar voor MVV\_C

Jaar	Top 3,50%	Top 3,00%	Top 2,50%	Top 2%	Top 1,50%	Top 1,00%	Top 0,50%	Top 0,25%	Top 0,25% 18-
2017	582	1.024	1.802	3.432	7.100	14.297	28.632	44.007	18.265
2018	726	1.242	2.099	3.863	7.702	15.112	29.632	45.381	18.628
2019	817	1.373	2.259	4.082	7.985	15.519	30.180	46.034	18.197
2020	879	1.457	2.351	4.115	7.843	15.230	29.894	45.392	17.479
2021	874	1.442	2.306	3.946	7.376	14.315	28.770	43.417	17.050

De daling van de drempelbedragen heeft geen gevolgen voor het totaal aantal verzekerdenjaren in de positieve MVV\_C-klassen, omdat de klassen vaste percentielen op het totale aantal verzekerden betreffen. Alleen verschuivingen in de uitval en het aantal verzekerden blijvend in een Wlz-instelling (vallen in MVV-afslagklasse) kan dit aantal veranderen. In bijna alle positieve MVV\_C-klassen zijn de verschuivingen in het aantal verzekerdenjaren van 2020 naar 2021 klein, behalve bij MVV\_C-9. Bij MVV\_C-9 (18-minners met V&V-kosten in voorgaand jaar in top 0,25%) neemt het aantal verzekerden in 2021 met ruim 8% af, in lijn met de ontwikkeling van 2019 naar 2020 (-7%). Het gaat hierbij om kleine absolute aantallen. Door COVID-19 en de ingestelde lockdowns kregen zorgbehoevende gezinnen minder ondersteuning van zorg- of hulpverleners, en is vaak ook de dagbesteding weggevallen. Hierdoor vielen de V&V kosten voor deze groep in 2020 lager uit. Mogelijk loopt dit door in 2021. Daarnaast weegt de aanhoudende daling in twee opeenvolgende jaren uiteindelijk op tegen de stijging in 2018 door de overheveling van MSVT (Medisch Specialistische Verpleging Thuis) van de Wlz naar de Zvw.

### 4.11.2 Bijzonderheden in de bijraming

Voor de VR2024 wordt afgestemd op de prevalenties van ESHPM, gebaseerd op de kostenjaren 2019 tot en met 2021. Omdat de prevalenties van ESHPM nog geen uitval bevatten, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op uitgevoerd op basis van de gemiddelde sterfte 2019/2020 en 2021/2022 (net als bij MHK\_C).

Tabel 9 geeft de correctiefactoren van de afstemming op de MVV\_C-prevalenties van ESHPM voor de VR2024. Vooral de raming van de hogere MVV\_C-klassen bij 75-plussers wordt naar boven bijgesteld, en deze bijstelling heeft ook de grootste impact op de raming voor het totaal van alle verzekerden. De negatieve bijstelling van vooral lagere MVV\_C-klassen bij "jongere" verzekerden heeft weinig impact in verband met kleine absolute aantallen. De negatieve bijstelling van 2% in het aantal 18-minners impliceert dat bij de prevalenties van ESHPM een iets sterkere daling in deze klasse optreedt dan bij de kenmerkindeling van ZIN.

Tabel 9 Correctiefactoren o.b.v. prevalenties van ESHPM voor MVV\_C

Som V&V-kosten in t-3, t-2 en t-1 in top

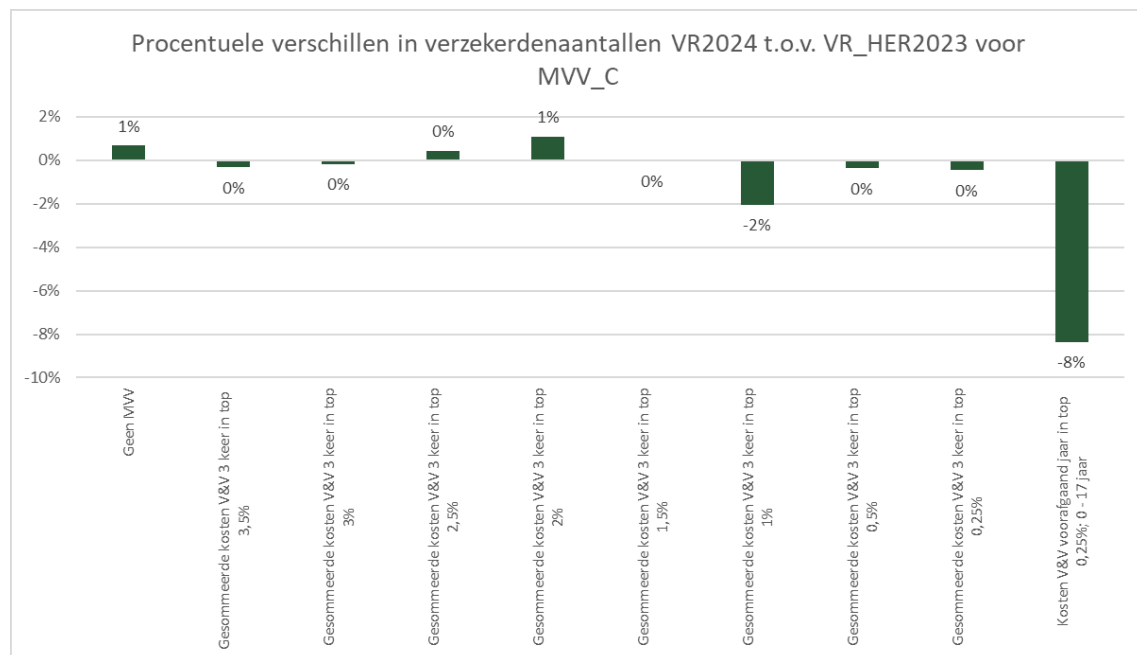
18 min in

	3,5%	3%	2,5%	2%	1,5%	1%	0,5%	0,25%	top 0,25% (t-1)
Man 0 t/m 17	0,874	0,875	0,914	0,925	0,919	0,944	0,979	0,960	0,981
Man 18 t/m 29	0,934	0,959	1,025	0,961	0,990	1,066	0,958	1,020	
Man 30 t/m 44	0,993	0,991	0,975	1,007	0,981	1,069	1,043	1,007	
Man 45 t/m 59	0,944	0,967	0,962	0,968	0,988	0,997	0,999	0,978	
Man 60 t/m 74	0,995	0,991	0,992	0,989	1,005	1,035	1,030	1,018	
Man 75 +	1,036	1,034	1,038	1,030	1,045	1,074	1,061	1,059	
Vrouw 0 t/m 17	0,886	0,863	0,920	0,935	0,889	0,943	0,963	0,973	0,980
Vrouw 18 t/m 29	0,968	1,018	0,941	0,940	1,059	0,976	0,967	1,022	
Vrouw 30 t/m 44	0,955	0,974	0,992	0,966	0,998	1,024	1,048	1,002	
Vrouw 45 t/m 59	0,945	0,965	0,975	0,960	0,978	0,990	0,993	0,983	
Vrouw 60 t/m 74	0,978	1,005	0,989	0,993	1,012	1,029	1,014	1,026	
Vrouw 75+	1,040	1,031	1,037	1,047	1,061	1,091	1,073	1,074	

#### 4.11.3 Uitkomsten na bijraming

Figuur 12 geeft de uiteindelijke veranderingen van de geraamde aantallen in de VR2024 ten opzichte van de VR\_HER2023. Ook hier zien we een daling van 8% bij MVV\_C-9. Dit komt overeen met het beeld dat we zagen op basis van de ZIN prevalenties.

Figuur 12 Groot verschil tussen VR2024 en VR2023 bij MVV\_C-9



## 4.12 IBZ\_C

### 4.12.1 Ontwikkelingen in de kenmerkinding

Voor de VR2024 gebruiken we gegevens van Vektis die we niet voor meerdere jaren op rij beschikbaar hebben. We kunnen daardoor uitsluitend de kenmerkinding op basis van gegevens 2021 en 2020 beoordelen. ESHPM heeft wel een kenmerkinding op basis van twee gegevensjaren gemaakt (2021/2020 en 2020/2019). Wanneer we deze met elkaar vergelijken, is het effect van de

geboortegolf te zien in een toename in het aantal bevallingen in 2021 (IBZ\_C-2).

#### 4.12.2 *Bijzonderheden in de bijraming*

We passen een correctie toe voor de geboortegolf van 2021: ten opzichte van de kenmerkindeling op basis van gegevens 2021 wordt het aantal verzekerdjaren in IBZ\_C-2 met 10.750 verminderd. Dit doen we uitsluitend bij IBZ\_C-2, omdat alleen daar het effect van de geboortegolf duidelijk te zien is (zie paragraaf 2.2.2).

We passen geen trend toe bij IBZ\_C vanwege onzekerheid over de trend. Vanwege de modelwijziging beschikken we niet over de kenmerkindeling voor meerdere jaren. Het CBS voorspelt een stijging van 3 a 4% van het aantal levendgeborenen in zowel 2023 als 2024. Dit is echter gebaseerd op langere termijn aannames en wordt niet ondersteund door de meest recente inzichten (zie ook paragraaf 2.3.3). Daarom wordt bij IBZ\_C – net als bij de vergelijkbare leeftijdsgroep bij L5G – geen trend toegepast en wordt het daarmee gebaseerd op de meest recente gegevens vóór de geboortegolf.

Daarnaast passen we op alle positieve IBZ\_C-klassen correcties toe om aan te sluiten bij de MVR2024. In de MVR hebben we de prognoses van CBS ten aanzien van het aantal geboorten in 2023 en 2024 niet overgenomen en zijn in plaats daarvan uitgegaan van een stabiel aantal geboorten. Om IBZ\_C consistent daarmee te maken, moet ook het aantal bevallingen stabiel blijven. Een reguliere raming zou in plaats daarvan de groei van het aantal vrouwen in de leeftijd 15 tot en met 59 jaar vertalen in een groeiend aantal verzekerdjaren in de positieve IBZ-klassen. De correctiefactoren herstellen dit en brengen de verzekerdenaantallen terug naar het niveau van de kenmerkindeling. Dit gebeurt voor alle positieve klassen. De bevolkingsgroei komt dan terecht in de afslagklasse.

#### 4.12.3 *Uitkomsten na bijraming*

De correcties maken dat de kenmerkindeling en de uitkomst van de VR2024 sterk op elkaar lijken. Onderstaande tabel zet de verschillen naast elkaar.

*Tabel 3 De VR2024 corrigeert voor de geboortegolf in 2021*

	VR2024	Kenmerkindeling	Vershil
Geen IBZ	17.525.549	17.157.558	367.991
Geen bevalling in T, zwanger in T	124.503	124.503	0
Bevalling in T, zwanger in T-1	90.348	101.098	-10.750
Bevalling in T, zwanger in T	69.600	69.600	0

Met deze correcties ligt het aantal bevallingen in T (IBZ\_C-2 en IBZ\_C-3 tezamen) in de VR2024 aanzienlijk lager dan in de VR\_HER2023 (159.948 in plaats van 171.839). Dat komt omdat in de VR\_HER2023 bevolkingsgroei wel vertaalde in een toenemend aantal geboorten, aangezien toen ook nog de prognose van een stijgend aantal 0-jarigen werd gebruikt in de MVR.

## 4.13 AVI

### 4.13.1 *Ontwikkelingen in de kenmerkindeling*

Het aantal verzekerdjaren in de IVA-klassen neemt toe van 2021 naar 2022. Dit is een trend die al jaren zichtbaar is en onder meer samenhangt met ingroei in de IVA-regeling die sinds 2006 is gestart. De stijging van 2021 naar 2022 is wel kleiner dan de stijging van 2020 naar 2021. In de VR2023 constateerden we ook een

afvlakking van de stijgende trend in het aantal verzekerden met een IVA-uitkering. Opvallend is echter dat het CBS voor 2022 een tegengestelde ontwikkeling laat zien: de stijging van het aantal personen met een IVA-uitkering was van 2020 naar 2021 circa 9.000, maar van 2021 naar 2022 is dat 11.000.<sup>17</sup>

Verder vallen de bijstandsgerechtigden klassen op. De klassen van 0 tot en met 54 jaar dalen allen met meer dan 5% met als uitschieter 18 tot en met 34 jaar (-11%). Dit komt overeen met de daling van bijstandsuitkeringen tot de AOW-leeftijd in de CBS-cijfers.

Het aantal 18- tot en met 34-jarige studenten groeide van 2020 naar 2021 sterk met 6%, maar deze groei is van 2021 naar 2022 niet meer te zien (+1%). Het aantal studenten blijft in 2022 dus op het hoge niveau van 2021. Dat is te verklaren omdat de meeste studenten meerdere jaren blijven studeren, waardoor een stijging langer doorwerkt. De verandering in de kenmerkindeling sluiten aan bij CBS-cijfers.

Het aantal zelfstandigen groeit ook van 2021 naar 2022 flink. Dit is ook een trend die al meerdere jaren zichtbaar is. De zelfstandigen zijn vooral afkomstig uit de groep hoogopgeleiden en de referentiegroep. Een uitzondering op de sterke groei is (net als eerdere jaren) de leeftijdsklasse 45 tot en met 54 jaar (-1%). Wel is het zo dat de ontwikkeling voor al deze klassen past bij het beeld van voorgaande jaren. Ook past de ontwikkeling in onze data bij de CBS-cijfers.

De daling van hoogopgeleiden, 0 t/m 17 jaar lijkt vooral veroorzaakt te worden door de stijging van het aantal zelfstandigen in deze leeftijdscategorie. Een kleiner deel van de hoogopgeleiden gaat naar de referentiegroep in 2022.

#### 4.13.2 *Bijzonderheden in de bijraming*

In de VR2024 passen we de IVA-correctiefactoren weer twee keer toe, net als in de VR2022. In de VR2023 waren we daarvan afgeweken omdat de groei in het aantal verzekerdenjaren in de IVA-klassen leek af te vlakken, maar de cijfers van het CBS geven geen aanleiding om dat opnieuw te doen. Op basis van UWV-gegevens komen we dan op de correctiefactoren in onderstaande tabel.

Leeftijdsklasse	0-17	18-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70+
IVA-correctiefactor	1,059	1,014	1,051	1,072	1,101	1,101	1,000

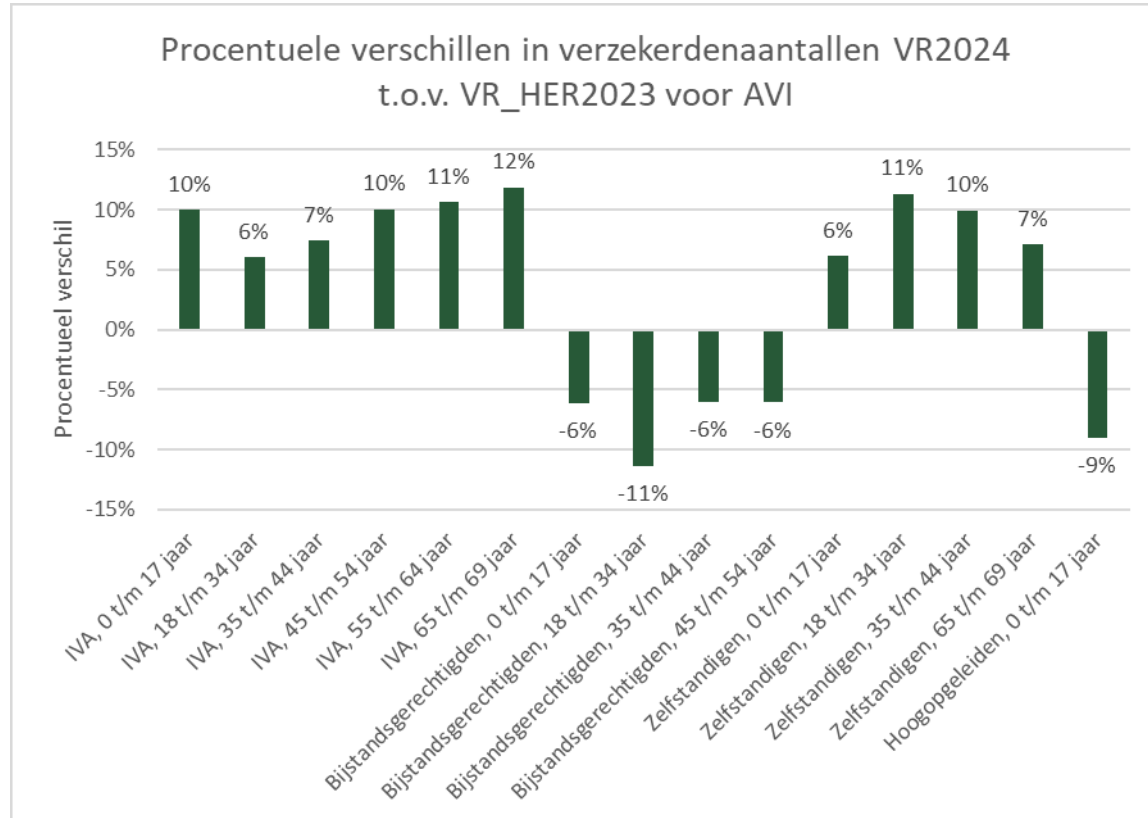
#### 4.13.3 *Uitkomsten na bijraming*

Voor AVI vergelijken we de uitkomsten van de VR2024 met de VR\_HER2023. De grote verschillen in het aantal verzekerdenjaren in de IVA-klassen komt met name door de aanpassing van de IVA-correctiefactor. De stijging vlakkt niet zo af als verwacht in de VR2023, waardoor in de VR2024 een vrij forse stijging is te zien. De ontwikkelingen in de andere AVI-klassen zijn sterk vergelijkbaar met de ontwikkelingen die we zagen bij de overstap van gegevens over 2021 naar gegevens over 2022.

*Figuur 13 Verschuivingen in AVI-klassen als gevolg van recentere gegevens en*

<sup>17</sup> StatLine - Personen met een uitkering; kenmerken uitkeringsontvangers (cbs.nl)

## IVA-correctiefactoren



## 4.14 SES

## 4.14.1 Ontwikkelingen in de kenmerkendeling

De ontwikkeling van 2021 naar 2022 in het aantal verzekerdensjaren in de SES-classes zeer laag, laag, midden en hoog is in lijn met mutaties van 2020 naar 2021. De drempelbedragen nemen toe voor elk van de classes en het effect van vergrijzing blijft zichtbaar in een relatief sterke stijging van het aantal verzekerdensjaren in de inkomensclasses voor 70-plussers.

Tabel 11 Drempelbedragen voor indeling SES-inkomenscategorieën per leeftijdsklasse

Leeftijdscategorie	20%	40%	70%
0-17 jaar	30.363	53.240	82.799
18-69 jaar	29.411	50.061	81.240
70 jaar of ouder	22.565	30.830	48.240

De aantallen in een Wlz-instelling veranderen van 2021 naar 2022 relatief sterk en deels anders dan we zagen van 2020 naar 2021. Waar het aantal 18- tot 69-jarigen in een Wlz-instelling nog met meer dan 10% steeg van 2020 naar 2021, is een stijging van 2% te zien van 2021 naar 2022. Het aantal 70-plussers in een Wlz-instelling nam van 2020 naar 2021 nog af met 3%, maar stijgt van 2021 naar 2022 met 2%. De verandering van 2020 naar 2021 was een gecombineerd effect van COVID-19 (met name voor 70-plussers) en de Wlz-verruiming (met name voor 18- tot en met 69-jarigen). Van 2021 naar 2022 heeft alleen de Wlz-verruiming nog

invloed en is als gevolg daarvan een stijging van het aantal verzekerdjaren in deze klasse te zien. Tot slot daalt het aantal 0- tot en met 17-jarigen in een Wlz-instelling. Dit is een trend die al een aantal jaar op rij te zien is en doorzet in 2022.

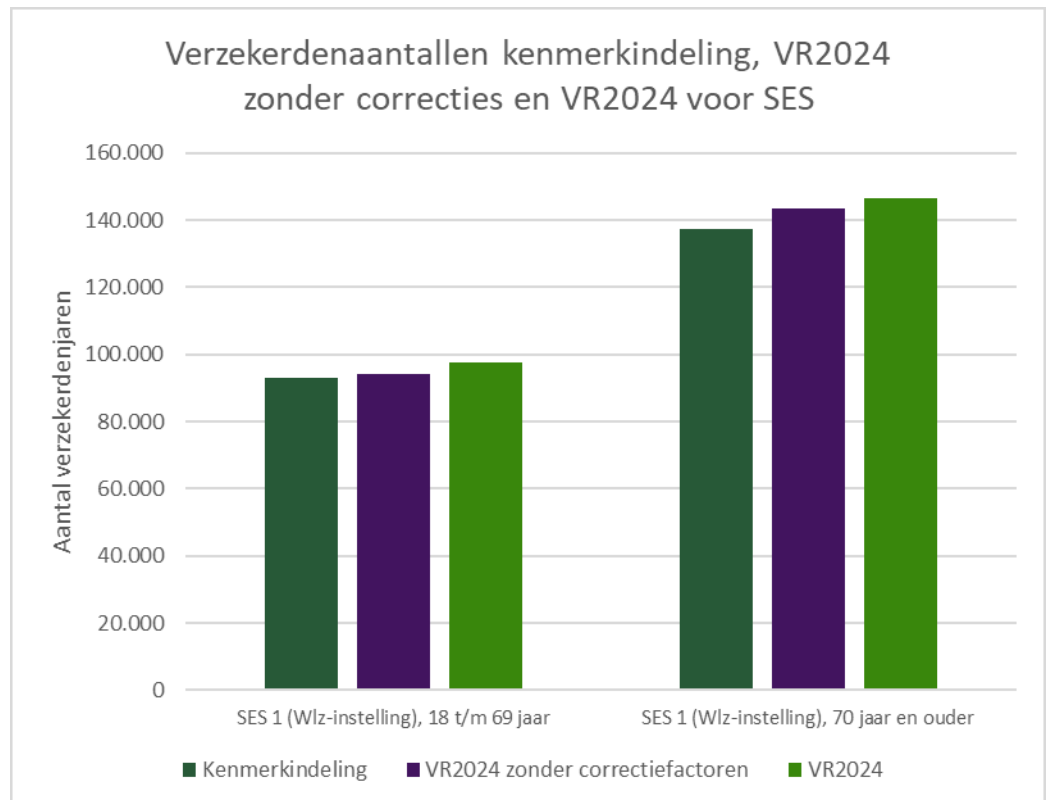
#### 4.14.2 *Bijzonderheden in de bijraming*

We passen correctiefactoren toe vanwege de verruiming van de Wlz (zie paragraaf 2.1.2).

#### 4.14.3 *Uitkomsten na bijraming*

Ten opzichte van de kenmerkinding is in de VR 2024 zonder correctiefactoren een stijging van het aantal verzekerdjaren te zien in alle klassen. Dat hangt samen met de bevolkingsontwikkeling. Die stijging is dan ook het sterkst bij de klassen voor 70-plussers. Het toepassen van de correctiefactoren leidt met name tot verschuivingen in de Wlz-klassen (zie Figuur 14).

Figuur 14 Wlz-correctiefactoren zorgen voor verschuivingen in SES



Ten opzichte van de VR\_HER2023 laat de VR2024 een daling (-9%) van het aantal verzekerdjaren in SES-Wlz 0- tot en met 17-jarigen zien. Dat sluit aan bij de jaarlijkse afname van het aantal jongeren in een Wlz-instelling. Het aantal verzekerdjaren in een Wlz-instelling in de leeftijdsgroep 18 tot en met 69 jaar ligt in de VR2024 ook lager dan in de VR\_HER2023. Dat heeft vooral te maken met een relatief sterke correctie die is toegepast in VR2023. Die correctie blijkt nu hoger te zijn geweest dan de gerealiseerde extra instroom. Daarom zijn de correctiefactoren voor de VR2024 bijgesteld, resulterend in een kleiner aantal verzekerdjaren in VR2024 in de Wlz-klasse voor 18- tot en met 69-jarigen. Het aantal verzekerdjaren in Wlz-instelling, 70-plus ligt in de VR2024 wel hoger dan in de VR\_HER2023. Dit hangt met name samen met bevolkingsontwikkeling die we ook zien in de brongegevens.

## 4.15 PPA

### 4.15.1 *Ontwikkelingen in de kenmerkindeling*

De overstap van gegevens 2021 naar gegevens 2022 zorgt voor een sterke toename van het aantal verzekerdenjaren in de PPA-klassen Wlz-blijvend. Het aantal verzekerdenjaren in de Wlz-instromend klassen neemt juist fors af. Dat geldt het meest voor de leeftijdsklasse 18-69 jaar (+14% blijvend, -51% instromend), in iets mindere mate voor de leeftijdsgroep 70-79 jaar (+12% blijvend, -9% instromend). De Wlz-instromend 80+ klasse kent juist een kleine stijging in het aantal verzekerdenjaren (+1%). Die laatste ontwikkeling past bij de meerjarige trend en hangt samen met een groei van het aantal ouderen en dus ook het aantal ouderen in een Wlz-instelling. De forse afname van de instroom hangt samen met de verruiming van de Wlz. In 2021 was de instroom veel groter dan in 2020 als gevolg van de verruiming van de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis. De instroom blijft in 2022 hoger, maar de extra instroom is wel beperkter dan in 2021. Dat vertaalt zich in een daling in het aantal verzekerdenjaren instromend in de Wlz. De sterke toename in de Wlz-blijvend klasse wordt veroorzaakt doordat de extra instroom uit 2021 nu ook doorstroomt naar de Wlz-blijvend klasse. De groei in Wlz-blijvend is daardoor groter dan in de jaren daarvoor.

### 4.15.2 *Bijzonderheden na bijraming*

We passen correctiefactoren toe vanwege de verruiming van de Wlz (zie paragraaf 2.1.2).

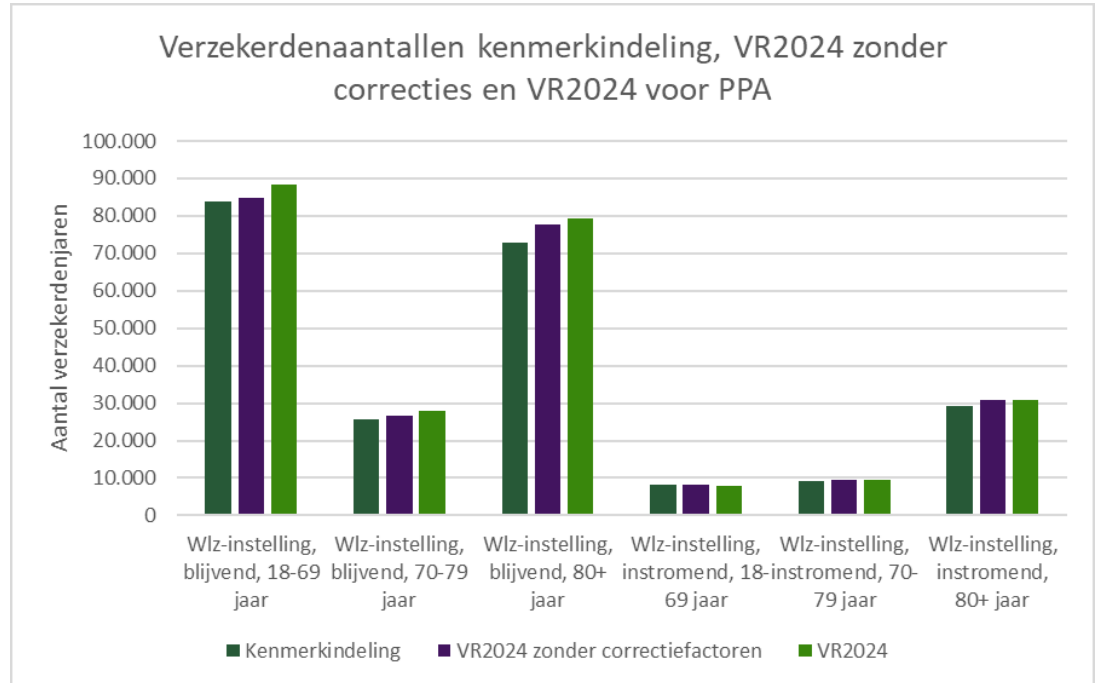
### 4.15.3 *Uitkomsten na bijraming*

Wanneer we de kenmerkindeling vergelijken met de uitkomsten van de VR2024 zonder correcties voor de verruiming van de Wlz, zien we een hoger aantal verzekerdenjaren in elk van de PPA-klassen in de VR zonder correcties. Dit is het gevolg van de bevolkingsontwikkeling waar we in de VR rekening mee houden. De stijging zit dan ook met name bij de 80-plussers (+6%) en (in iets mindere mate) de 70-79 jarigen (+4%). De toepassing van correctiefactoren voor de Wlz-verruiming zorgt voor een verdere stijging van het aantal verzekerdenjaren in de PPA-klasse Wlz-instelling, blijvend en juist een afname in de PPA-klasse Wlz-instelling, instromend. Dit weerspiegelt de aannames die we voor de VR2024 hebben gemaakt: de extra instroom in de Wlz als gevolg van de verruiming van de Wlz neemt langzaam af, maar de hogere instroom van de afgelopen jaren stroomt nog door naar de Wlz-blijvend.

*Figuur 15 Wlz-correctiefactoren om extra (verwachte) instroom in 2023 en 2024*



*mee te nemen*



In vergelijking met de VR\_HER2023 laat de VR2024 een kleiner aantal verzekerdenjaren zien in de Wlz-instelling blijvend 18-69 jaar (-2%) en Wlz-instromend 18-69 jaar (-4%). In de andere Wlz-classes ligt het aantal verzekerdenjaren in de VR2024 juist hoger dan in de VR\_HER2023 (+1% tot +6%). Dit is onder meer het resultaat van een andere methodiek voor de bepaling van correctiefactoren, waarvoor de inmiddels bij het Zorginstituut beschikbare gegevens over Wlz-instroom in 2021 en 2022 samen met aanvullende beleidsinformatie zijn gebruikt. Bovendien geldt met name voor de klasse Wlz-instromend dat in de VR2024 uitgegaan wordt van een dalende trend in de extra instroom in de Wlz als gevolg van ingezette beleidsmaatregelen.

#### 4.16 REG\_C en REG\_G

Voor het vereveningsjaar 2024 is het referentiebestand voor het kenmerk REG\_C niet gewijzigd ten opzichte van vereveningsjaar 2023. Aangezien ieder van de tien klassen nagenoeg hetzelfde aantal verzekerden telt, zijn de verschillen ten opzichte van de VR\_HER2023 minimaal.

Het referentiebestand voor het kenmerk REG\_G voor model 2024 is gewijzigd ten opzichte van model 2023 met een nieuwe postcode naar regio indeling. Aangezien ieder van de tien klassen nagenoeg hetzelfde aantal verzekerden telt, zijn de verschillen ten opzichte van de VR\_HER2023 minimaal.

#### 4.17 SEI

Het totale aantal niet-ingezetenen in het somatisch model wordt in de VR2024 geraamd op 246.172. Dat is in lijn met de VR2023, toen het geraamde aantal niet-ingezetenen op 246.190 uit kwam. Voor het GGZ model worden er 243.867 niet-ingezetenen geraamd, ook dit is vergelijkbaar met het aantal in de VR2023 (243.979).

Om tot de raming voor SEI te komen, wordt het landelijk aandeel seizoenarbeiders in 2022 toegepast op dit geraamde aantal niet-ingezetenen. Op die manier wordt 42,7% van de niet-ingezetenen aangemerkt als seizoenarbeider. Dit is iets hoger dan het aandeel dat in de V2023 werd gebruikt (41,2%). De aantallen seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen zijn vergelijkbaar voor VR2024 en VR2023. Het aandeel seizoenarbeiders verschilt per verzekeraar omdat in de raming rekening wordt gehouden met de grote variatie in het aandeel seizoenarbeiders over verzekeraars.

#### 4.18 MFK\_C

Hoewel het kenmerk MFK\_C in het vereveningsjaar 2024 geen regulier vereveningskenmerk meer is, is er toch een raming voor het vereveningsjaar 2024 gemaakt. Dit is gebeurd ten behoeve van de schatting van de normbedragen, waarbij een restrictie op basis van MFK\_C wordt toegepast (zie WOR1158 en WOR1176 voor informatie over toepassing van de restrictie). De definitie van MFK is ongewijzigd ten opzichte van model 2023 en de verzekerdenraming is op dezelfde wijze uitgevoerd als voor model 2023.

##### 4.18.1 *Ontwikkelingen in de kenmerkindeling*

In de drempelbedragen van MFK is een stijging (5%) van 2020 naar 2021 te zien. Deze stijging zien we terug in de jaarstaten en KPV-bestanden van 2020 (definitief) en 2021 (voorlopig).

Tabel 12 *Drempelbedragen per schadejaar voor MFK\_C*

Jaar	top 25%
2019	166
2020	164
2021	173

Van 2020 op 2021 is er een kleine toename van het aantal verzekerdjaren in de positieve MFK\_C-1-klasse (+0,3%). Dat is in lijn met de ontwikkeling van 2019 op 2020.

##### 4.18.2 *Uitkomsten na bijraming*

Ook in de VR2024 neemt het aantal verzekerden in de positieve MFK\_C-klasse toe met 0,2% (ten opzichte van VR2023).

#### 4.19 ER-model

Het ER-model is gebaseerd op de kenmerken FKG\_C, DKG\_C, HKC\_C, FDG\_C, MVV\_C en MHK\_C. Verzekerden worden in de niet-forfaitaire groep ingedeeld als zij in geen enkele positieve klasse (uitgezonderd MHK\_C-1) van deze kenmerken vallen. Hiervoor wordt in de VR2024 voor ieder kenmerk de kenmerkindeling met gegevens 2021 gebruikt.

Voor het eigen risico model vergelijken we het totaal aantal verzekerden in L5G\_E tussen de VR2023 en VR2024. In de VR2024 zitten er 9.153.204 verzekerden in de niet-forfaitaire groep. Dit is een stijging van 0,60% ten opzichte van de VR2023. De stijging van het totaal 18-plussers (L5G\_G) tussen de VR2023 en VR2024 bedraagt 0,92%. Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep is tussen de VR2023 en de VR2024 dus licht gedaald (-0,2%-punt). In de VR2023 zagen we nog een tegengestelde beweging, toen steeg het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep met 0,3%-punt. Dit zou kunnen komen door een klein COVID-effect in de

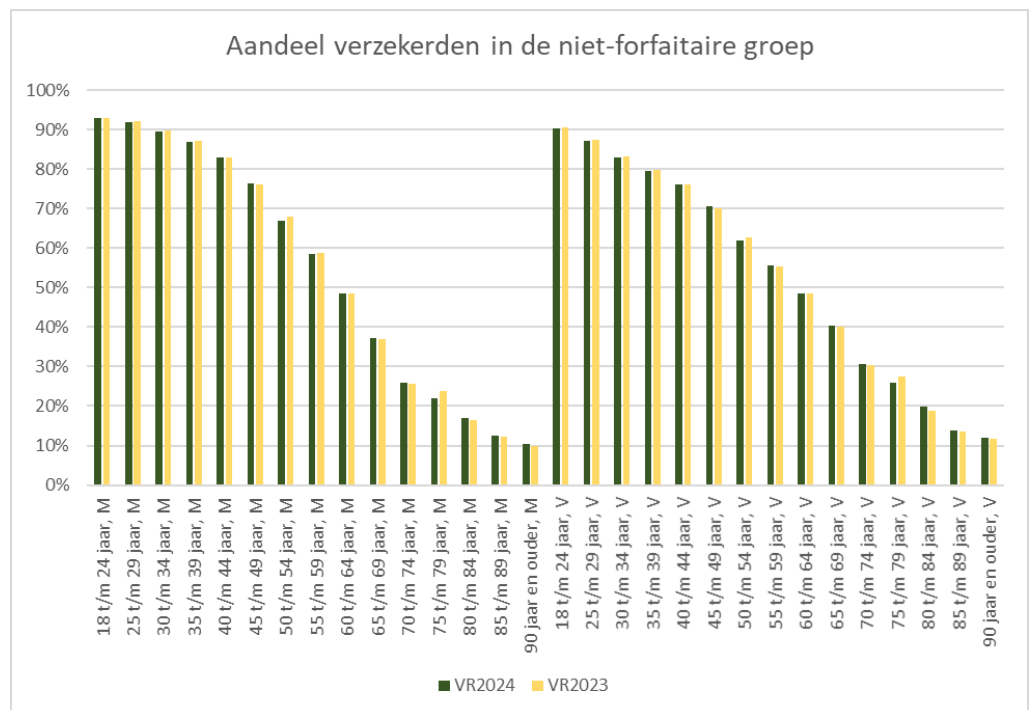
gegevens van 2020 die zijn gebruikt bij de VR2023.

Tabel 43 Aandeel niet-forfaitaire groep weer naar het niveau van voor COVID-19

	VR2024	VR2023	VR2022, model2023
Niet-forfaitaire groep	9.153.204	9.098.203	8.956.829
Totaal 18-plussers	14.551.000	14.418.000	14.269.000
Aandeel niet-forfaitaire groep	62,90%	63,10%	62,77%

Op L5G-niveau zijn de mutaties van de niet-forfaitaire groep voor de meeste klassen vergelijkbaar met de mutaties voor de totale populatie. De uitzondering hierop vormen de leeftijdsklassen 75-79 jaar. Bij beide leeftijdsklassen daalt het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep zowel bij de mannen als bij vrouwen (zie Figuur 16). Dit heeft te maken met het feit dat de babyboomers een relatief grote groep zijn in deze leeftijdsklasse én jaarlijks ouder en dus iets ongezonder worden. Daardoor wordt de hele leeftijdsklasse van jaar op jaar iets ongezonder en zit dus een kleiner aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep.

Figuur 16 Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep daalt bij 75-79-jarigen



## 5 Onzekerheden en criteriumneutraliteit

Het Zorginstituut adviseert het ministerie van VWS over het toepassen van criteriumneutraliteit als onderdeel van de ex-post-maatregelen voor het risicovereveningsmodel 2024. Het doel van criteriumneutraliteit is ongewenste effecten van hogere of lagere (ex-post) landelijke verzekerdenaantallen dan ex ante verwacht per vereveningskenmerk te corrigeren.

Het uitgangspunt voor dit advies vormt de onzekerheid die voortkomt uit de verzekerdenraming 2024. De grootste onzekerheden in de VR2024 zijn vanwege de invoering van het Zorgprestatiemodel en de problematiek in de hulpmiddelengegevens. Daarnaast zorgen resterende effecten van COVID-19 voor iets grotere onzekerheid. Als gevolg van COVID-19 zijn de trendfactoren voor enkele kenmerken namelijk moeilijker te bepalen. Het ZPM zorgt voor grote wijzigingen in de declaratiestructuur, waardoor zowel voor de vervolgcosten als de verzekerdenaantallen meerdere aannames gemaakt moesten worden om de ex-ante situatie vergelijkbaar te maken aan de ex-post situatie. Dit geeft grote onzekerheid in DKG\_G en MHK\_G. De problematiek in de hulpmiddelengegevens leidt tot extra onzekerheden in HKG\_C én de afbakening van de forfaitaire groep. Dit leidt tot onzekerheid over de representativiteit van de ex-ante gegevens.

Daarnaast zijn er de 'reguliere' onzekerheden die jaarlijks bestaan. Dat zijn:

- a. Gebruik van minder recente brongegevens
- b. Trendbreuken in onderliggende data (waaronder wijzigingen in het declaratiesysteem)
- c. Trendbreuken door aanpassingen in het model
- d. Gebruik conversietabellen
- e. Nieuwe brongegevens
- f. Foute of kwalitatief beperkte bronbestanden
- g. Stelselwijzigingen

In dit advies houden we geen rekening met eventuele effecten op het level playing field en gaan we uit van de reguliere ex-post-situatie zonder aanvullende ex-post-maatregelen. Deze kunnen natuurlijk wel de definitieve keuze voor het toepassen en de wijze van criteriumneutraliteit beïnvloeden.

We kennen twee vormen van criteriumneutraliteit:

- **Klassieke criteriumneutraliteit.** Hierbij wordt het normbedrag van de afslagklasse ex post dusdanig vastgesteld dat de som van de bijdragen van de afslagklasse en alle positieve risicoklassen gelijk is aan 0. De normbedragen van de positieve risicoklassen wijzigen niet. Deze variant adviseren we als er onzekerheid is over de totale bijdrage van de risicoklassen in een kenmerk. Dit is de meest toegepaste vorm van criteriumneutraliteit.
- **Klasseneutraliteit.** Hierbij wordt het normbedrag per risicoklasse (inclusief de afslagklasse) dusdanig vastgesteld dat de bijdrage per risicoklasse ex post gelijk is aan de bijdrage ex ante. Deze variant adviseren we als verwacht wordt dat de totale bijdrage per risicoklasse passend is.

Beide vormen van criteriumneutraliteit kunnen partieel worden toegepast voor enkele klassen binnen een kenmerk of integraal voor een kenmerk. We adviseren partiële klassieke criteriumneutraliteit of klasseneutraliteit indien de onzekerheid geldt voor specifieke klassen binnen een kenmerk, en integrale klassieke criteriumneutraliteit of klasseneutraliteit als de onzekerheid voor het hele kenmerk

geldt.

Op basis van analyses van de onzekerheden adviseert het Zorginstituut om voor de volgende kenmerken op alle klassen klassieke criteriumneutraliteit toe te passen: DKG\_C, HKG\_C, IBZ\_C, DKG\_G en MHK\_G. Bij het kenmerk FKG\_C adviseren we klassieke criteriumneutraliteit op een aantal klassen toe te passen. Bij de volgende kenmerken adviseren wij geen criteriumneutraliteit toe te passen: FKG\_G, MHK\_C, MVV\_C, AVI, SES, PPA, HSM\_C, REG\_C, REG\_G, SEI en L5G. Bij deze kenmerken hebben we geen onzekerheden geconstateerd die groter zijn dan gebruikelijk. Omdat MFK\_C geen vereveningskenmerk in vereveningsmodel 2024 is, is dit kenmerk geen onderdeel van dit advies criteriumneutraliteit.

Tabel 14 geeft een overzicht van de adviezen over de inzet van criteriumneutraliteit voor de risicoverevening 2024 en de verschillen met het advies voor de risicoverevening 2023. We lichten het advies daarna per kenmerk toe.

Tabel 14 Advies criteriumneutraliteit (in oranje de afwijkingen t.o.v. vorig jaar)

KENMERK	ADVIES	ADVIES VORIG JAAR
L5G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
FKG_C	Partiële klassieke criteriumneutraliteit <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 FKG-klassen o.b.v. add-on (FKG-22, 29, 30, 32, 35, 38 en 40)</li> <li>• 4 EHK-klassen (FKG-45 t/m 48)</li> <li>• 1 reguliere FKG-klasse (44)</li> </ul>	Partiële klassieke criteriumneutraliteit
FKG_G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
DKG_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
DKG_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
FDG_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
HKG_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
HSM_C	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
MHK_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MHK_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MVV_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
IBZ_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
AVI	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
SES	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
PPA	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
REG_C/G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
SEI	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit

## 5.1 L5G

Het kenmerk L5G wordt voor de VR2024 op de reguliere wijze bepaald. Er zijn geen grote bijzonderheden in de gebruikte gegevens en geen grote onzekerheden ten aanzien van de verwachting voor 2024. Daarom adviseren we voor dit kenmerk geen criteriumneutraliteit toe te passen.

## 5.2 FKG\_C

We adviseren partiële klassieke criteriumneutraliteit toe te passen op een aantal groepen van risicoklassen:

- Alle FKG\_C-klassen o.b.v. add-on: de zeven klassen op basis van add-on zijn gebaseerd op oudere gegevens (2021). De raming moet daardoor twee jaar overbruggen, waardoor de verzekerdenaantallen onzekerder zijn. Dit is jaarlijks het geval. Bovendien is er bij deze klassen als gevolg van COVID-19 extra

- onzekerheid over de trend, gebaseerd op de ontwikkeling van 2020 naar 2021.
- Alle EHK-klassen: de vier EHK-klassen zijn gebaseerd op oudere gegevens (2021). Daarom zijn de verzekerdenaantallen onzekerder. Bovendien gaat het om kleine verzekerdenaantallen en hoge normbedragen. Dit is jaarlijks het geval.
- FKG\_C-44 Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren: het gaat hier om een nieuwe klasse voor CFTR-middelen met een relatief hoog normbedrag. Die middelen zijn sterk in ontwikkeling, waardoor er meer onzekerheid is over de verzekerdenaantallen.

### 5.3 FKG\_G

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen op het FKG\_G-kenmerk. Er zijn geen specifieke bijzonderheden.

### 5.4 DKG\_C

We adviseren voor DKG\_C integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen. Er wordt gebruikgemaakt van oudere brongegevens (2021), waardoor de verzekerdenaantallen onzekerder zijn. Bovendien zijn er in een eerder gegevensjaar (2020) COVID-19-effecten gevonden. Die maken het bepalen van de trendfactoren moeilijker, met name bij de lagere klassen. De trendfactoren zijn daarom omgeven met meer onzekerheid en dit werkt door in de geraamde aantallen.

### 5.5 DKG\_G

We adviseren integrale klassieke criteriumneutraliteit voor DKG\_G toe te passen. De invoering van het Zorgprestatie-model zorgt namelijk voor grote onzekerheid:

- De brongegevens over 2021 kennen een schadelastdip door de "harde knip" eind december 2021.
- Er moet een conversie worden toegepast op elk van de drie gegevensjaren, van oude bekostiging naar schadelastdip (gegevens 2019), van oude bekostiging naar ZPM (gegevens 2020) en van schadelastdip naar ZPM (gegevens 2021)
- De brongegevens bevatten relatief veel diagnoses "onbekend", vermoedelijk vanwege de schadelastdip. Hierdoor zijn verzekerden mogelijk te laag ingedeeld, maar de impact op de ex-post verzekerdenaantallen is onzeker.

Naast het Zorgprestatie-model zorgt de verruiming van de Wlz per 1 januari 2021 voor enige onzekerheid. De verruiming resulteert in verschuivingen tussen de hoogste DKG\_G-klassen. In welke mate deze verschuivingen ook ex-post optreden, is onzeker.

Tot slot zorgen het gebruik van oudere brongegevens (2021 en eerder) en de jaarlijkse instabiele patronen in de DKG\_G-indeling voor extra onzekerheden.

### 5.6 FDG\_C

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen voor FDG\_C. Er is geen extra onzekerheid meer vanwege COVID-19. Zowel de kenmerkinding als de indeling gebruikt voor de trend laten geen COVID-19-effecten meer zien. Ook zijn er geen andere onzekerheden geconstateerd.

### 5.7 HKG\_C

We adviseren integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen voor HKG\_C. De voornaamste bron van onzekerheid is de problemen in de hulpmiddelegegevens. Deze problemen in de gegevens leiden er toe dat de gegevens over 2022 voor een groot aantal verzekeraars geen goedkeurende verklaringen meer hebben. Hierdoor moet teruggevallen worden op oudere gegevens (2021). De problemen in de

hulpmiddelengegevens spelen echter ook in de gegevens van 2021 en eerder. Het is nog onduidelijk in hoeverre dit hersteld kan worden voor de ex post situatie. Er is daarom veel onzekerheid over de ex-post verzekerdenaantallen. Daarnaast is er bij een aantal klassen nog extra onzekerheid over de trend als gevolg van COVID-19.

#### **5.8 HSM\_C**

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen voor HSM\_C. Het kenmerk wordt vastgesteld op basis van gegevens die nu al bekend zijn. Hierdoor is de onzekerheid beperkt tot onzekerheid als gevolg van sterfte.

#### **5.9 MHK\_C**

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen voor MHK\_C. Het effect van COVID-19 op de indeling lijkt beperkt. Vorig jaar was hier nog meer onzekerheid over. COVID-19 leidt wel tot iets verhoogde uitval. Deze onzekerheid lijkt niet meer dan gebruikelijk.

#### **5.10 MHK\_G**

We adviseren om voor MHK\_G integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen. De invoering van het ZPM zorgt namelijk voor grote onzekerheid. In de ex-post situatie wordt MHK\_G ingedeeld op basis van 2 "reguliere" oude GGZ-kostenjaren, 1 oud GGZ-jaar met schadelastdip en 2 "nieuwe" ZPM-jaren. In de verzekerdenraming is hiervoor gecorrigeerd door de prevalenties af te stemmen op de aantallen uit de OT, waarbij 1 kostenjaar is geconverteerd voor de schadelastdip en 2 kostenjaren zijn geconverteerd voor het ZPM. Er kon geen rekening gehouden worden met de transitie van schadelastjaar naar boekjaar vanaf 2022 en er is gebruik gemaakt van relatief oude brongegevens over 2020 en eerder. Dit leidt tot onzekerheid in de raming.

Ook de verruiming Wlz per 1 januari 2021 geeft onzekerheid. Het gaat hierbij om verzekerden met relatief hoge GGZ-kosten. Het is niet op voorhand duidelijk wat de impact hiervan is op de ex-post indeling van MHK\_G. Dit leidt tot extra onzekerheid.

#### **5.11 MVV\_C**

Voor MVV\_C adviseren we om geen criteriumneutraliteit toe te passen. Het effect van COVID-19 op de indeling lijkt beperkt. Vorig jaar was hier nog meer onzekerheid over. COVID-19 leidt wel tot iets verhoogde uitval. Deze onzekerheid lijkt niet meer dan gebruikelijk.

#### **5.12 IBZ\_C**

We adviseren om voor IBZ\_C integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen. Het kenmerk is gewijzigd ten opzichte van vereveningsjaar 2023 en uitgebreid met zwangerschappen. Daarom is er meer onzekerheid over de verzekerdenaantallen.

Bovendien wordt voor de ex ante toekenning een andere gegevensbron gebruikt dan voor de ex post vaststelling (Vektis-gegevens ipv Kosten per verzekerdebestanden). Ook wordt gebruikgemaakt van oudere brongegevens (2021 en 2020), waardoor de verzekerdenaantallen onzekerder zijn.

Tot slot is een correctie nodig voor de geboortegolf in 2021. Die zit wel in de brongegevens maar wordt ex post niet verwacht. Er is ook daarom meer onzekerheid over de verzekerdenaantallen.

#### **5.13 AVI**

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen voor AVI. Er is iets meer

onzekerheid dan normaal in de arbeidsmarktprognoses van bijv. UWV en CBS vanwege de krappe arbeidsmarkt en de oorlog in Oekraïne. De onzekerheid speelt daarom voornamelijk in de inschatting van werkenden en werkloosheidsuitkeringen. Omdat beiden in de referentiegroep worden ingedeeld, heeft dit beperkte invloed op AVI.

**5.14**

**SES**

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen voor SES. De onzekerheid vanwege de verruiming van Wlz per 1 januari 2021 is klein op het totale aantal verzekerden in een Wlz-instelling. Bovendien zit het effect van de verruiming al grotendeels in de gebruikte gegevens.

**5.15**

**PPA**

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen voor PPA. Er is onzekerheid over met name de verzekerdenaantallen in de Wlz-instromend klassen als gevolg van de verruiming van de Wlz per 1 januari 2021. De extra instroom als gevolg hiervan in 2021 en 2022 zit al in de cijfers, maar ook voor 2023 en 2024 worden nog effecten verwacht. De omvang van die effecten is moeilijk in te schatten omdat de invloed van maatregelen om de instroom te beperken, nog zichtbaar moet worden. Maar gegeven dat er vanuit de data al duidelijk is welke extra instroom in het verleden is gerealiseerd, is de onzekerheid beperkter dan vorig jaar. Daarom komen we nu tot een ander advies dan voor vereveningsjaar 2023.

**5.16**

**REG\_C en REG\_G**

We adviseren bij de kenmerken REG\_C en REG\_G geen criteriumneutraliteit toe te passen. Er zijn geen specifieke bijzonderheden geconstateerd.

**5.17**

**SEI**

We adviseren bij het kenmerk SEI geen criteriumneutraliteit toe te passen. Er zijn geen specifieke bijzonderheden geconstateerd.



## Bijlage 1 Methodiek macroverzekerdenraming

De macroverzekerdenraming (MVR) raamt het aantal verzekerdenjaren in het vereveningsjaar (T), op het niveau van 1-jaars leeftijd- en geslachtsklassen (L1G-niveau).<sup>18</sup> Op basis van dit geraamde aantal verzekerdenjaren wordt per kenmerk een ophoging van het aantal verzekerdenjaren toegepast in de verzekeringenraming. De macroverzekeringenraming kent drie stappen:

### *Bepalen van het aantal unieke verzekerden*

Het PER T-1 vormt de basis voor de MVR. De peildatum van dit bestand is 1 mei T-1. De macroverzekeringenraming gaat uit van de leeftijd van verzekerden op het peilmoment van het PER-bestand, dus 30 april T-1. Allereerst wordt het unieke aantal verzekerden met bekende leeftijd en geslacht in het PER T-1 bepaald.<sup>19</sup>

### *Corrigeren voor vertraagde registratie*

Vervolgens wordt er een correctie gedaan voor vertraagde registratie. Door vertraagde aan- en afmelding en verwerking in de verzekerdenadministraties van verzekeraars is er in het PER-bestand een onderregistratie van 0-jarigen (geboorte) en een overregistratie van vooral ouderen (sterfte). Hier wordt voor gecorrigeerd door middel van een vergelijking met CBS-aantallen. Eerst wordt de verhouding tussen de aantallen van het CBS en het PER van het aantal 1-4 jarigen bepaald.<sup>20</sup> Onder de aanname dat de verhouding tussen het CBS en het PER van het aantal 0-jarigen vergelijkbaar is aan de verhouding van de 1-4 jarigen, wordt vervolgens op basis het aantal 0-jarigen uit het PER geschaald naar het aantal 0-jarigen van het CBS keer de verhouding 1-4 jarigen tussen PER en CBS. Naast de correctie voor 0-jarigen wordt er tevens een sterftecorrectie uitgevoerd waarbij wordt verondersteld dat de vertraging in afmelding door sterfte gelijk is aan de vertraging in aanmelding door geboorte.

### *Bevolkingsontwikkeling T-1 naar T*

Aan de hand van de CBS-prognose van de Nederlandse bevolking naar L1G-niveau op 1 januari T-1, T en T+1 wordt geraamd van de uitgangssituatie op 1 mei T-1 naar de situatie op 1 juli T.<sup>21</sup> Dit levert het geraamde aantal verzekerden voor het jaar T op.

### *Toepassing macroraming in de verzekeringenraming*

Waar de MVR uitgaat van leeftijd op peilmoment 30 april T-1, gaat de verzekeringenraming uit van de leeftijd op 30 juni T-1. Daarom wordt voor twee extra maanden in leeftijdsverschil gecorrigeerd. Deze correctiefactor wordt berekend in de macroverzekeringenraming door per L1G-klasse het aantal geraamde verzekerden in de MVR te delen door het aantal verzekerden in PER T-1 waarbij de leeftijd op 30 juni is berekend. Daarna wordt de groep van 0-jarigen verder gesplitst naar verzekerden geboren in T-1 en verzekerden geboren in T, dit o.b.v. CBS-gegevens omtrent levendgeborenen (per regio per maand) in T-3 en T-2. In de MVR 2024

<sup>18</sup> De hoogste leeftijdsklasse is 99 jaar en ouder.

<sup>19</sup> In beginsel telt elke verzekerde in het PER voor één verzekerdenjaar mee. Als een verzekerde in de PER's van meerdere verzekeraars voorkomt, dan wordt er naar rato een gewicht aan toegekend. Verzekerden met een onbepaald geslacht worden in dezelfde klassen ingedeeld als verzekerden met het vrouwelijke geslacht.

<sup>20</sup> Dit gebeurt apart voor jongens en meisjes

<sup>21</sup> Voor de 0- en 1-jarigen is afgeweken van de CBS bevolkingsprognoses in verband met de ontwikkelingen in de meest recente gegevens. Waar het CBS nog een stijging van het aantal geboorten verwacht, laat de data tussen eind 2022 en begin 2023 een daling van het aantal geboorten zien. Daarom is uitgegaan van het aantal geboorten voor de geboortegolf in 2021.

wordt de splitsing van 0-jarigen bij uitzondering gebaseerd op oudere gegevens, omdat de geboortegolf invloed heeft op de verhouding van 0-jarigen in T en T-1.

## Bijlage 2 Methodiek bijraming per type kenmerk

Voor de verzekerdenraming deelt het Zorginstituut verzekerden in naar de risicoklassen van alle vereveningskenmerken in het model. Dat gebeurt op basis van de meest recente declaratie- of kostengegevens. Voor veel kenmerken is het meest recente gegevensjaar T-2, voor enkele kenmerken is dat T-3. Enkele kenmerken gebruiken T-1 gegevens. De bijraming verschilt afhankelijk van de beschikbare gegevensjaren. De verschillende methodes zijn hieronder uitgewerkt.

### **Bijraming van kenmerk gebaseerd op T-1 gegevens**

Kenmerken waarvoor de verzekerdenraming uitgaat van T-1 gegevens worden volgens drie stappen bijgeraamd:

- 1 Kenmerkindeling koppelen aan PER T-1;
- 2 Corrigeren voor bevolkingsgroei van T-1 naar T;
- 3 Aggregeren

#### Stap 1. Kenmerkindeling koppelen aan PER T-1

De kenmerkindeling voor verzekerden in T-1 wordt – indien nog niet toegepast - gekoppeld aan het PER T-1.

#### Stap 2. Corrigeren voor bevolkingsgroei van T-1 naar T

Veranderingen in bevolkingsomvang tussen T-1 en T worden gecorrigeerd op basis van de macroverzekerdenaantallen van de macroverzekerdenraming T. Voor iedere verzekerde worden de gewichten van alle klassen vermenigvuldigd met de geraamde bevolkingsgroei op L1G-niveau. Er wordt dus aangenomen dat de verdeling over de klassen van het kenmerk van de bevolkingsgroei naar leeftijd gelijk is aan de verdeling van de verzekerden in T-1 naar leeftijd.

#### Stap 3. Aggregeren

De gewichten op verzekerdeniveau worden per risicoklasse geaggregeerd op verzekeraars- en L5G-niveau om de uiteindelijke eindproducten van de verzekerdenraming te verkrijgen.

### **Bijraming van kenmerk gebaseerd op T-2 gegevens**

Kenmerken waarvoor de verzekerdenraming uitgaat van T-2 gegevens worden volgens vijf stappen bijgeraamd:

- 1 Kenmerkindeling koppelen aan PER T-1;
- 2 Toepassen trend van T-2 naar T-1;
- 3 Bijramen nieuw verzekerden T-1;
- 4 Corrigeren voor bevolkingsgroei van T-1 naar T;
- 5 Aggregeren

#### Stap 1. Kenmerkindeling koppelen aan PER T-1

De kenmerkindeling voor verzekerden in T-2 wordt gekoppeld aan het PER T-1. Sommige verzekerden in T-2 worden in T-1 niet teruggevonden in het PER vanwege sterfte of emigratie. Deze verzekerdenjaren vallen uit in de koppeling. Voor deze uitval wordt niet gecorrigeerd. Er wordt namelijk aangenomen dat deze uitval representatief is voor de uitval in de ex-post situatie (met koppeling aan het PKB T).

#### Stap 2. Toepassen trend van T-2 naar T-1

Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik worden meegenomen in de bijraming door trendfactoren toe te passen op het resultaat uit stap 1. Deze trends moeten de

verwachte ontwikkeling tussen T-2 en T-1 zo goed mogelijk benaderen. Hiervoor wordt in principe de geobserveerde ontwikkeling van T-3 naar T-2 gebruikt. Dit wordt per risicoklasse en per 15-jaars leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) bepaald, door het aantal verzekerdenjaren T-3 (vóór koppeling PKB T-2) te delen door het aantal verzekerdenjaren T-2 (vóór koppeling PER T-1). Er wordt aangenomen dat de trendfactor van T-3 naar T-2 representatief is voor de ontwikkeling van T-2 naar T-1. Voor iedere verzekerde wordt het gewicht per klasse vermenigvuldigd met de desbetreffende trendfactor. Indien er in de gehele risicoklasse minder dan of rond de 1000 verzekerden worden ingedeeld wordt de trend gelijk gesteld aan 1, tenzij er (inhoudelijke) redenen zijn om de trend toch toe te passen.

Bij de meervoudige kenmerken wordt, omdat een verzekerde in meerdere klassen terecht kan komen, de trend ook voor verzekerden in de afslagklasse bepaald, zodat het aantal verzekerden afzonderlijk geraamd kan worden.

Met ingang van de verzekerdenraming 2024 worden de trendfactoren niet meer standaard begrensd op vijf procent.<sup>22</sup> Inhoudelijke redenen kunnen nog wel maken dat er een begrenzing wordt toegepast.

### Stap 3. Bijramen nieuw T-1

Het PER T-1 bevat verzekerden zonder kenmerkinding in T-2, vanwege geboorte en immigratie. Dit zijn de nieuw verzekerden. Deze nieuwe verzekerden krijgen per risicoklasse een gewicht dat gelijk is aan de relatieve prevalentie van oud-verzekerden in die klasse per L15G ná het toepassen van de trend; er wordt dus aangenomen dat nieuwe verzekerden dezelfde prevalentie hebben als verzekerden die "overleven" tussen T-2 en T-1. Het resultaat van deze stap is de verwachte kenmerkinding voor T-1.

### Stap 4. Corrigeren voor bevolkingsgroei van T-1 naar T

Veranderingen in bevolkingsomvang tussen T-1 en T worden gecorrigeerd na stap 3 op basis van de macroverzekerdenaantallen van de macroverzekerdenraming T. Voor iedere verzekerde worden de gewichten van de afslagklassen vermenigvuldigd met de bevolkingsgroei op L1G-niveau. Er wordt dus aangenomen dat de bevolkingsgroei terecht komt in de afslagklassen, aangezien verzekerden die niet in het PER T-1 voorkomen ook geen kosten gemaakt kunnen hebben in dat jaar.

### Stap 5. Aggregeren

De gewichten op verzekerdeniveau worden per risicoklasse geaggregeerd op verzekeraars- en L5G-niveau om de uiteindelijke eindproducten van de verzekerdenraming te verkrijgen.

## **Bijraming van kenmerk gebaseerd op T-3 gegevens**

Kenmerken waarvoor de verzekerdenraming uitgaat van T-3 gegevens worden volgens negen stappen bijgeraamd:

- 1 Kenmerkinding koppelen aan PKB T-2;
- 2 Toepassen trend van T-3 naar T-2;
- 3 Bijramen nieuw verzekerden T-2;
- 4 Koppelen aan PER T-1;
- 5 Toepassen sterftecorrectie;
- 6 Toepassen trend van T-2 naar T-1;
- 7 Bijramen nieuw verzekerden T-1;

<sup>22</sup> ZIN heeft ramingen en ex-post situaties van recente jaren vergeleken. Daaruit blijkt dat de begrenzing van de trendfactor voor meeste kenmerken geen impact heeft op de vereveningsbijdrage, terwijl de toepassing van begrenzingen voor EHK en FKG-addons achteraf niet correct zijn.

8 Corrigeren voor bevolkingsgroei van T-1 naar T;

9 Aggregeren

De eerste drie stappen zijn gelijk aan stap 1 t/m 3 bij het indelen van verzekerden op basis van gegevens van jaar T-2, maar dan toegepast op gegevens van een jaar eerder.

#### Stap 1. Kenmerkindeling koppelen aan PKB T-2

De kenmerkindeling op basis van gegevens T-3 wordt gekoppeld aan het PKB T-2. Sommige verzekerden in T-3 worden in T-2 niet teruggevonden in het PKB vanwege sterfte of emigratie. Deze verzekerdenjaren vallen uit in de koppeling. Voor deze uitval wordt niet gecorrigeerd. Er wordt namelijk aangenomen dat deze uitval representatief is voor de uitval in de ex-post situatie (met koppeling aan het PKB T).

#### Stap 2. Toepassen trend van T-3 naar T-2

Op basis van de kenmerkindeling T-4 en kenmerkindeling T-3 worden trendfactoren per L15G-klasse bepaald. Deze trendfactoren worden toegepast op het resultaat van stap 1. Bij de meervoudige kenmerken wordt, omdat een verzekerde in meerdere klassen terecht kan komen, de trend ook voor verzekerden in de afslagklasse bepaald, zodat het aantal verzekerden afzonderlijk geraamd kan worden.

#### Stap 3. Bijramen nieuw verzekerden T-2

Nieuw verzekerden in T-2 worden ingedeeld volgens de relatieve prevalentie van oud verzekerden in jaar T-2 op L15G-niveau na stap 2. Dit levert de verwachte kenmerkindeling voor alle verzekerden in T-2 op.

#### Stap 4. Koppelen aan PER T-1

Het resultaat van stap 3 wordt gekoppeld aan het PER T-1. Een deel van de verzekerden valt uit door sterfte of emigratie. Deze uitval wordt gecorrigeerd in stap 5.

#### Stap 5. Toepassen sterftecorrectie

Zonder correctie van de uitval in stap 4 zou er twee keer sprake zijn van uitval door sterfte of emigratie, in tegenstelling tot de ex post situatie. De correctie wordt gedaan door de gewichten per klasse van oud-verzekerden in jaar T-1 (i.e. verzekerden die overleven tussen T-2 en T-1) op te hogen met een sterftecorrectiefactor op L15G-niveau. Deze sterftecorrectiefactor is de verhouding tussen de relatieve prevalentie van oud-verzekerden in jaar T-2 en de voorlopige relatieve prevalentie van oud-verzekerden in jaar T-1. Des te meer verzekerden met een positief gewicht in een klasse uitvallen na koppeling aan het PER T-1, des te hoger de correctiefactor voor de verzekerden die overleven in de klasse.

#### Stap 6. Toepassen trend van T-2 naar T-1

De trendfactor berekend in stap 2 en gebaseerd op de ontwikkeling in de indeling per klasse tussen T-4 en T-3, wordt opnieuw toegepast per L15G-klasse als verwachting van de ontwikkeling tussen T-2 en T-1.

#### Stap 7. Bijramen nieuw verzekerden T-1

Nieuw verzekerden in T-1 krijgen een gewicht dat gelijk is aan de relatieve prevalentie van oud-verzekerden in jaar T-1, d.w.z. na het toepassen van van de tweede trend. Dit levert de verwachte kenmerkindeling voor alle verzekerden in T-1 op.

#### Stap 8. Corrigeren voor bevolkingsgroei van T-1 naar T

Veranderingen in bevolkingsomvang tussen T-1 en T worden gecorrigeerd na stap 3 op basis van de macroverzekerdenaantallen van de macroverzekerdenraming T.

Voor iedere verzekerde worden de gewichten van de afslagklassen vermenigvuldigd met de bevolkingsgroei op L1G-niveau. Er wordt dus aangenomen dat de bevolkingsgroei terecht komt in de afslagklassen, aangezien verzekerden die niet in het PER T-1 voorkomen ook geen kosten gemaakt kunnen hebben in dat jaar.

#### Stap 9. Aggregeren

De gewichten op verzekerdenniveau worden per risicoklasse geaggregeerd op verzekeraars- en L5G-niveau om de uiteindelijke eindproducten van de verzekerdenraming te verkrijgen.

#### **Bijraming IBZ**

Bij het kenmerk IBZ worden meerdere aanpassingen gedaan ten opzichte van de reguliere ramingsmethodiek. Dit is nodig omdat ex-post het gegevensjaar samenvalt met het vereveningsjaar, in tegenstelling tot de meeste andere vereveningskenmerken. Daarom wordt de uitval van 2021 op 2022 na aankoppeling van het PKB2022 weer gecorrigeerd, zodat in de raming geen sterfte/emigratie wordt meegenomen (net als in de ex-post situatie). Vervolgens wordt de bevolkingsgroei van 2023-2024 ook toegepast op de positieve IBZ\_klasse, zodat ook migranten in 2024 in de positieve IBZ-klasse kunnen vallen. Bij beide aanpassingen wordt de relatieve prevalentie van IBZ gelijk gehouden aan de relatieve prevalentie van 2021.

Tot slot is er nog een aanpassing gedaan in verband met de geboortegolf in 2021. Dit staat beschreven in paragraaf 2.2.2.

#### **Bijraming SEI**

Het kenmerk SEI wordt niet volgens de reguliere methodiek geraamd, maar via een eigen methode. Om tot een raming voor SEI te komen, moet het totaal geraamde aantal niet-ingezetenen in de verzekerdenraming 2024 worden verdeeld in seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen.

Allereerst bepalen we het aandeel seizoenarbeiders in de totale groep niet-ingezetenen op basis van historische gegevens in 2022. Hiervoor gebruiken we het PKB 2022 en PKB 2021. Dit geeft het landelijk aandeel seizoenarbeiders in 2022. Dit aandeel passen we toe op het landelijk geraamde aantal niet-ingezetenen in 2024. Dit levert een landelijk geraamd aantal seizoenarbeiders en een landelijk geraamd aantal overige niet-ingezetenen op.

Omdat het aandeel seizoenarbeiders sterk verschilt per verzekeraar, is voor de raming van SEI per verzekeraar het aandeel seizoenarbeiders in 2022 van die verzekeraar vermenigvuldigd met het geraamde aantal niet-ingezetenen. Dit wordt daarna herschaald om op het landelijk geraamde aantal seizoenarbeiders uit te komen. Tot slot is het aantal overige niet-ingezetenen per verzekeraar bepaald als het verschil tussen het geraamde aantal niet-ingezetenen en het geraamde aantal seizoenarbeiders van die verzekeraar.

## Bijlage 3 Correctiefactoren en trendfactoren

### Wlz-correctiefactoren in PPA en SES

De verzekerdenraming 2024 gebruikt voor de kenmerken SES en PPA Wlz-gegevens over 2021 en 2022.<sup>23</sup> In die jaren is de instroom al hoog geweest als gevolg van de verruiming van de Wlz én is een sterkere toename in de Wlz-blijvend klassen te zien. Dat is met name het geval in de leeftijdsklasse 18-69 jaar en in mindere mate in de leeftijdsklasse 70-79 jaar. Wanneer we de gerealiseerde instroomcijfers in 2019 afzetten tegen 2022, komen we op een extra instroom in 2022 van 3.355 cliënten.<sup>24</sup> Dat is dus iets lager dan de 300 extra cliënten per maand genoemd in de bestuurlijke afspraken.

#### *Wlz-correctiefactoren voor PPA*

In de ex-post situatie is het aantal verzekerdjaren in de Wlz-blijvend klassen gebaseerd op twee jaar recentere Wlz-gegevens. Dat betekent dat naar verwachting twee jaar extra (2022 en 2023) hogere instroom in de Wlz-blijvend klasse zal zitten. We hogen daarom via een correctiefactor de verzekerdnaantallen in de Wlz-blijvend klassen in het kenmerk PPA op met de extra instroom in 2022 (3.355 cliënten) en verwachte extra instroom in 2023 (3.540 cliënten). Dit doen we per leeftijdsklasse. De gerealiseerde verdeling van de extra instroom over leeftijdsklassen (18-69, 70-79 en 80+) in 2022 passen we ook toe op de verwachte extra instroom in 2023.

De Wlz-instromend klassen worden ex-post vastgesteld met gegevens per december 2023 en december 2024. Voor 2024 gaat het dan om een verwachte extra instroom van 2.610 cliënten. Ook deze cliënten verdelen we over de leeftijdsgroepen van de PPA-instromend klassen naar rato van de gerealiseerde extra instroom in 2022. We tellen deze correcties op bij de prevalenties van 2019, voor de verruiming van de Wlz.

De correcties in Wlz-blijvend en Wlz-instromend compenseren we in de PPA-klassen eenpersoonshuishoudens en overig naar leeftijdsklasse. Om te bepalen welk deel van de extra instroom uit eenpersoonshuishoudens komt en welk deel uit overig, bekijken we in welke PPA-klassen de Wlz-instromers in 2022 in het jaar daarvoor zaten. Dat doen we ook voor 2019 ten opzichte van 2018. Het verschil tussen beiden per leeftijdsklasse geeft de aandelen waarmee we de PPA-klassen voor eenpersoonshuishoudens en overige huishoudens corrigeren.

Tabel 15 geeft een overzicht van de correctiefactoren voor PPA. Bij Wlz-instromend is de prevalentie 2022 (A) het uitgangspunt, maar hierin is ook de extra Wlz-instroom voor 2022 (B) opgenomen. Het verschil (D) tussen de extra Wlz-instroom in 2024 (C) en de extra Wlz-instroom in 2022 (B) leiden samen met de oorspronkelijke prevalentie (A) tot de geraamde prevalentie voor Wlz-instromend in 2024. Ook bij Wlz-blijvend is de prevalentie 2022 (E) het uitgangspunt. In 2024 is de de extra Wlz-instroom in 2022 (F) en extra Wlz-instroom in 2023 (G) al weer doorgestroomd naar Wlz-blijvend. De oorspronkelijke prevalentie (E) en de eerdere instroom (F) en (G) leiden dan tot de geraamde prevalentie voor Wlz-blijvend in

<sup>23</sup> Daarnaast heeft de verruiming van de Wlz (in de ex-post situatie) ook een beperkte invloed op de kenmerken DKG\_G, MVV\_C en MHK\_G. In vorige verzekerdenramingen was echter al geconstateerd dat dit effect te klein was om te corrigeren.

<sup>24</sup> We gaan uit van 2019 als basis omdat er bij de oudere leeftijdsgroep een COVID-effect zichtbaar was in de instroom in 2020.

2024. Tot slot, voor elke leeftijdscategorie zijn de correctiefactoren voor Wlz-instromend en Wlz-blijvend opgeteld, en zijn deze totalen herverdeeld over eenpersoonshuishoudens en overige huishoudens.

Tabel 15 Wlz-correctiefactoren voor PPA

<b>Wlz-instromend</b>					
	Prevalentie 2022 (A)	Extra instroom 2022 (B)	Verwacht e extra instroom 2024 (C)	Correctiefa ctoren (D=C-B)	Geraamde prevalentie 2024 (=A+D)
18-69 jaar	8.077	1.791 (53%)	1.393	-398	7.680
70-79 jaar	9.267	629 (19%)	489	-140	9.127
80+ jaar	29.096	935 (28%)	727	-208	28.888
Totaal	43.085		2.610		45.695
<b>Wlz-blijvend</b>					
	Prevalentie 2022 (E)	Extra instroom 2022 (F)	Verwacht e extra instroom 2023 (G)	Correctiefa ctoren (H=F+G)	Geraamde prevalentie 2024 (E+H)
18-69 jaar	83.738	1.791 (53%)	1.890	3.681	87.419
70-79 jaar	25.747	629 (19%)	664	1.292	27.039
80+ jaar	72.995	935 (28%)	987	1.922	74.916
Totaal	182.480	3.355	3.540	6.895	189.375
<b>Eenpersoonshuishoudens</b>					
	Aandeel extra instroom 2022 met herkomst eenpersoonshuis houdens	Correctiefactor en			
18-69 jaar	54%	-1.770			
70-79 jaar	36%	-413			
80+ jaar	15%	-265			
<b>Overig</b>					
	Aandeel extra instroom 2022 met herkomst overig	Correctiefactor en			
18-69 jaar	46%	-1.514			
70-79 jaar	64%	-739			
80+ jaar	85%	-1.448			

#### Wlz-correctiefactoren voor SES

De hogere instroom in de Wlz in 2021 tot en met 2024 werkt ook door in het vereveningskenmerk SES. Op dit kenmerk passen we daarom ook correctiefactoren toe. Die correctie passen we alleen toe op de verzekerdenaantallen in een Wlz-instelling. Hierbij gaan we er vanuit dat het aantal verzekerden dat vanwege DKG\_G-klasse 14, 15 of 16 in de SES Wlz-classes wordt ingedeeld, niet wijzigt. De correctie voor SES Wlz-instelling is gelijk aan de som van de correcties voor PPA Wlz-instromend en PPA Wlz-blijvend (met leeftijdscategorieën 70-79 jaar en 80+ jaar bij elkaar opgeteld). Vanwege de verhoging van het aantal verzekerden in een



Wlz-instelling, verlagen we het aantal verzekerden in de SES-klassen 'zeer laag', 'laag', 'midden' en 'hoog'. In welke verhouding we de verzekerdenaantallen bij de verschillende inkomensklassen verlagen, bepalen we – net als bij PPA – op basis van de herkomst van verzekerden die in de Wlz zijn gekomen. Tabel 16 geeft een overzicht van de correctiefactoren.

Tabel 16 Wlz-correctiefactoren voor SES

	<b>Herkomst extra Wlz-instroom 2022</b>				
	<b>zeer laag</b>	<b>laag</b>	<b>midden</b>	<b>hoog</b>	
18-69 jaar	62%	7%	7%	25%	
70+ jaar	40%	24%	22%	13%	
<b>Correctiefactoren</b>					
	<b>zeer laag</b>	<b>laag</b>	<b>midden</b>	<b>hoog</b>	<b>Wlz</b>
18-69 jaar	-2.030	-224	-220	-809	3.283
70+ jaar	-1.156	-697	-643	-369	2.867
Totaal	-3.187	-921	-863	-1.179	6.150

**Trendtabellen FKG\_C, FKG\_G, DKG\_C, FDG\_C, en HKG\_C**

De volgende tabellen bevatten de trendfactoren die zijn toegepast in de Verzekerdenraming 2024. IBZ\_C wordt niet getoond omdat de trend voor het gehele kenmerk op 1 is gezet vanwege de geboortegolf in 2021. Ook DKG\_G wordt niet getoond omdat de trend voor het hele kenmerk op 1 is gezet vanwege de introductie van het Zorgprestatiemodel. Bij risicoklassen met een trendfactor van meer dan 1,05/0,95 is gekeken of er een reden is om de trend te begrenzen (de reden voor een begrenzing wordt dan in een voetnoot vermeld). Daarnaast is ook een aantal trendfactoren op 1 of een andere waarde gezet in verband met onzekerheden zoals kleine aantallen of (-klasse-specifieke) COVID-correcties (de reden hiervoor wordt in een voetnoot vermeld). Daar waar af is geweken van de *generiek berekende trend* zijn de trendfactoren rood gekleurd.

**FKG somatisch model**

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Schil COPD/astma	Schil diabetes Insuline <sup>1</sup>	Schil diabetes orale medicatie	Schil CVRM "licht"	Schil CVRM "zwaar"
0 t/m 17	0,999	1,019	1,000	1,372	1,000	0,981
18 t/m 29	1,000	1,019	1,000	1,207	0,985	0,990
30 t/m 44	1,001	0,992	1,000	1,067	0,992	0,944
45 t/m 59	1,000	0,999	1,000	1,017	0,992	0,971
60 t/m 74	1,007	1,037	1,000	0,982	0,992	0,968
75 e.o.	1,012	1,022	1,000	1,007	1,001	0,977

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Schil COPD/astma	Schil diabetes Insuline <sup>1</sup>	Schil diabetes orale medicatie	Schil CVRM "licht"	Schil CVRM "zwaar"
0 t/m 17	0,999	1,062	1,000	1,232	1,002	0,865
18 t/m 29	0,998	1,062	1,000	1,224	1,014	1,033
30 t/m 44	0,999	1,022	1,000	1,142	0,988	0,999
45 t/m 59	1,000	1,038	1,000	1,036	0,983	0,956
60 t/m 74	1,007	1,033	1,000	0,986	0,977	0,974
75 e.o.	1,018	1,023	1,000	1,001	0,993	0,979

<sup>1</sup> Bij FKG 2 is de trend op 1 gezet vanwege een instabiele ontwikkeling.

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Schildklier aandoeningen	Glaucoom	Depressie	Psychose en verslaving	Epilepsie	Chronische antistolling
0 t/m 17	1,000	0,993	1,019	0,950	1,009	0,965
18 t/m 29	0,993	0,992	1,018	0,968	1,015	0,968
30 t/m 44	0,987	0,981	0,992	0,970	1,005	0,990
45 t/m 59	1,003	0,980	1,002	1,009	0,982	1,013
60 t/m 74	1,015	0,986	1,018	1,047	0,994	1,012
75 e.o.	0,997	0,994	1,030	1,005	1,017	1,028

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Schildklier aandoeningen	Glaucoom	Depressie	Psychose en verslaving	Epilepsie	Chronische antistolling
0 t/m 17	0,977	0,949	1,076	1,079	1,024	0,963
18 t/m 29	0,969	1,039	1,043	1,035	1,021	0,980
30 t/m 44	0,991	0,989	1,008	0,982	1,008	1,012

<b>45 t/m 59</b>	1,008	0,982	1,003	0,996	0,984	1,031
<b>60 t/m 74</b>	1,006	0,975	1,020	1,026	1,010	1,009
<b>75 e.o.</b>	1,007	0,996	1,009	1,022	0,997	1,029

<b>Mannen</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Transplantaties</b>	<b>Parkinson</b>	<b>Hartaandoeninge n: overig</b>	<b>Chronische pijn exclusief opioïden</b>	<b>Neuropatische pijn</b>	<b>Diabetes type II zonder hypertensie</b>
<b>0 t/m 17</b>	1,041	1,070	1,371	0,996	0,968	1,145
<b>18 t/m 29</b>	1,060	1,070	1,024	0,902	1,027	1,145
<b>30 t/m 44</b>	1,009	1,070	1,073	0,941	1,015	1,046
<b>45 t/m 59</b>	1,029	0,997	1,063	0,985	1,029	1,052
<b>60 t/m 74</b>	1,022	1,014	1,007	0,994	1,042	1,068
<b>75 e.o.</b>	1,021	1,001	0,976	0,999	1,016	1,042

<b>Vrouwen</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Transplantaties</b>	<b>Parkinson</b>	<b>Hartaandoeninge n: overig</b>	<b>Chronische pijn exclusief opioïden</b>	<b>Neuropatische pijn</b>	<b>Diabetes type II zonder hypertensie</b>
<b>0 t/m 17</b>	1,101	0,882	1,225	0,996	1,085	1,453
<b>18 t/m 29</b>	1,045	0,882	1,103	0,994	1,016	1,436
<b>30 t/m 44</b>	1,018	0,882	1,042	0,996	1,016	1,286
<b>45 t/m 59</b>	1,023	0,979	1,011	1,003	1,026	1,134
<b>60 t/m 74</b>	1,037	1,001	0,989	0,998	1,047	1,067
<b>75 e.o.</b>	1,082	0,999	0,961	0,988	1,040	1,027

<b>Mannen</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Diabetes type II met hypertensie</b>	<b>Diabetes type I zonder hypertensie</b>	<b>Diabetes type I met hypertensie</b>	<b>Cystic fibrosis/ pancreas- enzymen</b>	<b>Groeistoornis-sen o.b.v. add-on<sup>2</sup></b>	<b>Aandoeningen hersenen/rug- genmerg: overig</b>
<b>0 t/m 17</b>	1,507	0,988	0,973	0,614	1,000	0,900
<b>18 t/m 29</b>	1,507	1,017	0,973	0,670	1,000	0,934
<b>30 t/m 44</b>	1,171	1,001	0,947	0,876	1,000	0,961
<b>45 t/m 59</b>	1,096	0,992	0,972	1,025	1,000	1,025
<b>60 t/m 74</b>	1,078	1,004	0,958	1,046	1,000	1,002
<b>75 e.o.</b>	1,083	0,982	0,965	1,047	1,000	0,958

<b>Vrouwen</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Diabetes type II met hypertensie</b>	<b>Diabetes type I zonder hypertensie</b>	<b>Diabetes type I met hypertensie</b>	<b>Cystic fibrosis/ pancreas- enzymen</b>	<b>Groeistoornis-sen o.b.v. add-on<sup>2</sup></b>	<b>Aandoeningen hersenen/rug- genmerg: overig</b>
<b>0 t/m 17</b>	1,595	0,996	0,931	0,659	1,000	0,985
<b>18 t/m 29</b>	1,595	1,006	0,931	0,641	1,000	0,978
<b>30 t/m 44</b>	1,204	1,003	0,961	0,999	1,000	0,973
<b>45 t/m 59</b>	1,112	1,007	0,955	1,036	1,000	1,000
<b>60 t/m 74</b>	1,054	0,998	0,952	1,039	1,000	1,003
<b>75 e.o.</b>	1,026	0,982	0,950	1,053	1,000	1,033

<sup>2</sup> Bij FKG 22 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.

<b>Mannen</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Aandoeningen hersenen/rug-</b>	<b>HIV/AIDS</b>	<b>Psoriasis</b>	<b>Ziekte van Crohn/Colitis</b>	<b>Reuma</b>	<b>Auto-immuun- ziekten o.b.v.</b>

	genmerg: multiple sclerose			Ulcerosa		add-on <sup>3</sup>
0 t/m 17	1,048	1,007	1,153	0,989	1,012	1,000
18 t/m 29	1,048	0,906	1,090	0,955	0,963	1,000
30 t/m 44	1,003	0,940	1,000	0,980	0,985	1,000
45 t/m 59	1,055	0,964	0,998	0,967	0,989	1,000
60 t/m 74	1,003	1,060	0,987	0,982	0,998	1,000
75 e.o.	1,003	1,123	0,992	0,993	1,025	1,000

Vrouwen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	HIV/AIDS	Psoriasis	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	Reuma	Auto-immuunziekten o.b.v. add-on <sup>3</sup>
0 t/m 17	1,098	0,928	0,996	0,914	1,034	1,000
18 t/m 29	1,098	0,940	1,076	0,973	0,911	1,000
30 t/m 44	1,004	0,949	1,045	0,975	0,933	1,000
45 t/m 59	1,062	1,011	1,017	0,969	0,975	1,000
60 t/m 74	0,957	1,037	0,999	0,987	0,983	1,000
75 e.o.	0,957	1,013	1,004	0,998	1,006	1,000

<sup>3</sup> Bij FKG 29 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

Mannen	30	31	32	33	34	35
Leeftijd	Nier-aandoeningen <sup>4</sup>	Acromegalie	Immunglobuline o.b.v. add-on <sup>5</sup>	Astma	COPD/Zware astma	COPD/Zware astma o.b.v. add-on <sup>6</sup>
0 t/m 17	1,000	0,972	1,000	1,049	1,051	1,000
18 t/m 29	1,000	0,972	1,000	0,991	0,988	1,000
30 t/m 44	1,000	0,972	1,000	0,972	0,963	1,000
45 t/m 59	1,000	0,992	1,000	0,987	0,968	1,000
60 t/m 74	1,000	0,989	1,000	0,990	0,965	1,000
75 e.o.	1,000	1,029	1,000	0,985	0,933	1,000

Vrouwen	30	31	32	33	34	35
Leeftijd	Nier-aandoeningen <sup>4</sup>	Acromegalie	Immunglobuline o.b.v. add-on <sup>5</sup>	Astma	COPD/Zware astma	COPD/Zware astma o.b.v. add-on <sup>6</sup>
0 t/m 17	1,000	1,048	1,000	1,063	0,897	1,000
18 t/m 29	1,000	1,048	1,000	0,982	1,007	1,000
30 t/m 44	1,000	1,048	1,000	0,978	1,034	1,000
45 t/m 59	1,000	1,001	1,000	0,990	0,965	1,000
60 t/m 74	1,000	1,000	1,000	0,994	0,994	1,000
75 e.o.	1,000	1,044	1,000	0,994	0,971	1,000

<sup>4</sup> Bij FKG 30 is de trend op 1 gezet vanwege de verwachte stabiele ontwikkeling.

<sup>5</sup> Bij FKG 32 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

<sup>6</sup> Bij FKG 35 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

Mannen	36	37	38	39	40	41
Leeftijd	Hormoongevoelige tumoren	Kanker	Kanker o.b.v. add-on <sup>7</sup>	Pulmonale arteriële hypertensie	Macula-degeneratie o.b.v. add-on <sup>8</sup>	Hypercholesterolemie <sup>8</sup>

<b>0 t/m 17</b>	1,082	1,071	1,000	1,136	1,000	1,109
<b>18 t/m 29</b>	0,965	0,994	1,000	1,136	1,000	1,109
<b>30 t/m 44</b>	0,965	1,009	1,000	1,018	1,000	1,086
<b>45 t/m 59</b>	0,977	1,047	1,000	1,060	1,000	1,137
<b>60 t/m 74</b>	0,965	0,999	1,000	1,078	1,000	1,179
<b>75 e.o.</b>	0,965	0,978	1,000	1,003	1,000	1,318

<b>Vrouwen</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Hormoon-gevoelige tumoren</b>	<b>Kanker</b>	<b>Kanker o.b.v. add-on<sup>7</sup></b>	<b>Pulmonale arteriële hypertensie</b>	<b>Macula-degeneratie o.b.v. add-on<sup>8</sup></b>	<b>Hypercholesterolemie<sup>8</sup></b>
<b>0 t/m 17</b>	0,893	0,911	1,000	1,023	1,000	1,207
<b>18 t/m 29</b>	0,947	0,984	1,000	1,023	1,000	1,207
<b>30 t/m 44</b>	0,998	1,026	1,000	1,045	1,000	1,105
<b>45 t/m 59</b>	1,000	1,030	1,000	1,042	1,000	1,154
<b>60 t/m 74</b>	0,971	1,053	1,000	1,021	1,000	1,207
<b>75 e.o.</b>	0,979	1,114	1,000	1,023	1,000	1,323

<sup>7</sup> Bij FKG 38 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

<sup>8</sup> Bij FKG 40 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

<b>Mannen</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>48</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Hart-aandoening: anti-aritmica</b>	<b>Verslaving exclusief nicotine</b>	<b>Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren<sup>9</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 1<sup>10</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 2<sup>11</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 3<sup>12</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 4<sup>13</sup></b>
<b>0 t/m 17</b>	1,182	0,914	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>18 t/m 29</b>	0,941	0,914	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>30 t/m 44</b>	0,970	0,980	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>45 t/m 59</b>	0,971	0,981	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>60 t/m 74</b>	0,972	1,052	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>75 e.o.</b>	0,982	1,039	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

<b>Vrouwen</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>48</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Hart-aandoening: anti-aritmica</b>	<b>Verslaving exclusief nicotine</b>	<b>Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren<sup>9</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 1<sup>10</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 2<sup>11</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 3<sup>12</sup></b>	<b>Extreem hoge kosten cluster 4<sup>13</sup></b>
<b>0 t/m 17</b>	1,135	1,167	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>18 t/m 29</b>	1,135	1,167	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>30 t/m 44</b>	1,066	0,968	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>45 t/m 59</b>	0,997	1,021	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>60 t/m 74</b>	0,953	1,056	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>75 e.o.</b>	0,986	1,057	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

<sup>9</sup> Bij FKG 44 is de trend op 1 gezet vanwege een instabiele ontwikkeling.

<sup>10</sup> Bij FKG 45 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

<sup>11</sup> Bij FKG 46 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

<sup>12</sup> Bij FKG 47 is de trend op 1 gezet vanwege de eenmalige ophoging van 250 verzekerden toegepast op deze klasse vanwege de indicatie-uitbreiding van een EHK-3-middel.

<sup>13</sup> Bij FKG 48 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

## FKG GGZ-model

Mannen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FKG psychische aandoeningen	ADHD <sup>1</sup>	Verslaving (exclusief nicotine)	Angststoornissen (benzodiazepinen)	Chronische stemmingsstoornissen
0 t/m 17	1,000	0,962	0,916	1,189	1,007
18 t/m 29	0,999	1,058	0,916	0,919	1,014
30 t/m 44	1,000	1,098	0,980	0,951	0,990
45 t/m 59	1,000	1,106	0,981	0,985	1,002
60 t/m 74	0,999	1,179	1,052	0,990	1,021
75 e.o.	0,999	1,079	1,039	0,973	1,028

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FKG psychische aandoeningen	ADHD <sup>1</sup>	Verslaving (exclusief nicotine)	Angststoornissen (benzodiazepinen)	Chronische stemmingsstoornissen
0 t/m 17	1,000	1,035	1,169	1,330	1,052
18 t/m 29	0,997	1,178	1,169	0,999	1,043
30 t/m 44	0,999	1,149	0,968	0,972	1,008
45 t/m 59	0,999	1,145	1,021	0,966	1,004
60 t/m 74	0,999	1,197	1,056	0,977	1,021
75 e.o.	1,000	1,342	1,057	0,964	1,007

Mannen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Bipolaire stoornissen regulier	Bipolaire stoornissen complex	Psychose	Chronische stemmingsstoornissen complex	Psychose depot
0 t/m 17	0,930	0,928	0,909	0,986	0,975
18 t/m 29	0,930	0,928	0,985	0,986	0,975
30 t/m 44	0,959	0,970	0,958	0,986	0,982
45 t/m 59	0,970	0,955	1,012	0,930	1,023
60 t/m 74	0,989	0,978	1,057	1,018	1,034
75 e.o.	1,024	1,058	1,020	1,000	0,995

Vrouwen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Bipolaire stoornissen regulier	Bipolaire stoornissen complex	Psychose	Chronische stemmingsstoornissen complex	Psychose depot
0 t/m 17	0,920	0,983	1,370	0,989	1,020
18 t/m 29	0,920	0,983	1,022	0,989	1,020
30 t/m 44	0,954	0,934	0,969	0,989	1,006
45 t/m 59	0,969	0,978	1,003	0,927	0,977
60 t/m 74	0,967	0,982	1,035	0,959	0,975
75 e.o.	0,998	1,049	1,018	1,013	1,029

## DKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen DKG	DKG 1	DKG 2	DKG 3	DKG 4	DKG 5
0 t/m 17	1,000	1,048	1,019	0,998	1,040	1,015
18 t/m 29	0,999	1,021	1,038	1,033	1,016	1,035
30 t/m 44	0,999	1,038	1,019	1,014	1,030	0,988
45 t/m 59	0,998	1,023	1,008	1,010	1,005	1,021
60 t/m 74	0,998	1,018	1,001	0,993	1,013	0,997
75 e.o.	0,997	1,013	1,003	0,975	1,012	1,002

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen DKG	DKG 1	DKG 2	DKG 3	DKG 4	DKG 5
0 t/m 17	1,000	1,020	1,016	1,031	1,013	1,083
18 t/m 29	1,000	0,979	1,047	1,027	1,001	1,025
30 t/m 44	0,999	1,011	1,016	1,016	1,026	1,039
45 t/m 59	0,999	1,012	1,013	1,004	1,000	1,007
60 t/m 74	0,997	1,007	1,007	0,998	1,000	1,000
75 e.o.	0,998	1,016	1,014	0,980	1,015	0,997

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	DKG 6	DKG 7	DKG 8	DKG 9	DKG 10	DKG 11
0 t/m 17	1,038	1,019	1,002	1,082	1,098	1,019
18 t/m 29	1,013	1,063	1,017	1,030	0,765	0,926
30 t/m 44	1,000	1,004	1,017	1,000	1,019	0,885
45 t/m 59	1,048	1,027	1,027	1,024	1,008	0,876
60 t/m 74	1,017	0,992	1,078	1,018	1,082	0,999
75 e.o.	1,047	0,974	1,058	1,040	0,932	1,002

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	DKG 6	DKG 7	DKG 8	DKG 9	DKG 10	DKG 11
0 t/m 17	1,038	0,996	1,020	1,276	1,123	0,929
18 t/m 29	1,014	1,059	1,033	1,012	0,895	0,842
30 t/m 44	1,064	1,051	0,996	1,034	0,922	0,676
45 t/m 59	1,033	1,037	1,104	1,043	1,046	0,683
60 t/m 74	1,021	1,024	1,088	1,043	1,049	0,928
75 e.o.	1,063	0,972	1,088	1,065	0,980	0,999

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	DKG 12	DKG 13	DKG 14	DKG 15	DKG 16	DKG 17
0 t/m 17	0,995	0,986	1,043	0,940	1,069	0,847
18 t/m 29	0,995	1,084	1,089	0,997	1,069	1,028
30 t/m 44	0,995	1,100	0,936	0,982	1,069	1,001
45 t/m 59	0,995	1,158	0,976	1,106	1,051	1,073
60 t/m 74	1,047	1,088	0,910	1,042	1,039	1,063
75 e.o.	1,197	1,067	0,980	1,042	1,042	1,001

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	DKG 12	DKG 13	DKG 14	DKG 15	DKG 16	DKG 17
0 t/m 17	1,020	0,927	1,092	1,009	0,926	0,942
18 t/m 29	1,020	1,187	0,907	1,006	0,926	1,161

<b>30 t/m 44</b>	1,020	1,168	0,971	1,023	0,926	1,099
<b>45 t/m 59</b>	0,941	1,141	0,907	0,989	1,033	1,028
<b>60 t/m 74</b>	1,005	1,087	0,985	1,318	1,080	1,091
<b>75 e.o.</b>	1,009	1,010	0,975	1,318	1,135	0,957

<b>Mannen</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>DKG 18</b>	<b>DKG 19</b>	<b>DKG 20</b>	<b>DKG 21</b>	<b>DKG 22</b>	<b>DKG 23</b>
<b>0 t/m 17</b>	0,993	1,109	1,053	0,979	0,982	0,990
<b>18 t/m 29</b>	0,993	1,109	1,053	0,911	0,982	1,061
<b>30 t/m 44</b>	0,993	1,109	1,053	0,856	0,982	1,032
<b>45 t/m 59</b>	0,993	0,989	0,885	0,885	1,045	1,093
<b>60 t/m 74</b>	1,038	1,090	0,941	0,920	1,013	1,099
<b>75 e.o.</b>	1,089	1,147	1,018	0,944	1,022	1,072

<b>Vrouwen</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>DKG 18</b>	<b>DKG 19</b>	<b>DKG 20</b>	<b>DKG 21</b>	<b>DKG 22</b>	<b>DKG 23</b>
<b>0 t/m 17</b>	0,948	1,442	0,882	1,003	0,911	0,978
<b>18 t/m 29</b>	0,948	1,442	0,882	1,167	0,911	1,142
<b>30 t/m 44</b>	0,948	1,442	0,882	1,167	0,911	1,082
<b>45 t/m 59</b>	0,948	1,042	0,905	0,960	0,996	1,104
<b>60 t/m 74</b>	0,936	1,105	0,989	0,853	1,016	1,086
<b>75 e.o.</b>	0,891	1,118	0,980	0,898	0,985	1,045

<b>Mannen</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>DKG 24</b>	<b>DKG 25<sup>1</sup></b>	<b>DKG 26</b>
<b>0 t/m 17</b>	0,999	1,050	1,020
<b>18 t/m 29</b>	0,999	1,050	1,020
<b>30 t/m 44</b>	0,816	1,050	0,934
<b>45 t/m 59</b>	1,057	1,050	1,007
<b>60 t/m 74</b>	1,002	1,050	1,037
<b>75 e.o.</b>	1,009	1,050	0,964

<b>Vrouwen</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>DKG 24</b>	<b>DKG 25<sup>1</sup></b>	<b>DKG 26</b>
<b>0 t/m 17</b>	1,032	1,050	1,153
<b>18 t/m 29</b>	1,032	1,050	1,153
<b>30 t/m 44</b>	1,043	1,050	1,089
<b>45 t/m 59</b>	1,099	1,050	0,977
<b>60 t/m 74</b>	1,014	1,050	0,979
<b>75 e.o.</b>	1,000	1,050	0,959

<sup>1</sup> Bij DKG 25 is de trend begrensd vanwege de instabiele ontwikkeling.



## FDG somatisch model

<b>Mannen</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Geen FDG</b>	<b>FDG 1</b>	<b>FDG 2</b>	<b>FDG 3</b>	<b>FDG 4</b>
<b>0 t/m 17</b>	0,998	1,031	0,971	1,112	0,942
<b>18 t/m 29</b>	1,000	1,089	1,013	1,112	0,954
<b>30 t/m 44</b>	1,000	1,057	1,035	1,112	0,954
<b>45 t/m 59</b>	1,000	0,971	1,056	1,260	0,976
<b>60 t/m 74</b>	0,998	1,032	1,048	1,200	0,976
<b>75 e.o.</b>	0,998	1,006	1,030	1,198	0,976

<b>Vrouwen</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Geen FDG</b>	<b>FDG 1</b>	<b>FDG 2</b>	<b>FDG 3</b>	<b>FDG 4</b>
<b>0 t/m 17</b>	0,999	1,032	0,957	1,055	0,918
<b>18 t/m 29</b>	1,000	1,079	1,026	1,055	0,866
<b>30 t/m 44</b>	0,999	1,068	1,048	1,055	1,025
<b>45 t/m 59</b>	0,999	1,042	1,072	1,151	1,020
<b>60 t/m 74</b>	0,997	1,039	1,073	1,184	1,020
<b>75 e.o.</b>	0,998	1,020	1,040	1,235	1,020

## HKG (hulpmiddelen kostengroepen)

Mannen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen HKG	CPAP apparatuur	Zuurstofapparaten met toebehoren <sup>1</sup>	Therapeutische elastische kousen <sup>2</sup>	Orthopedisch schoeisel <sup>3</sup>
0 t/m 17	1,000	1,050	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	0,999	1,010	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	0,998	1,055	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	0,996	1,053	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	0,993	1,057	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	0,994	1,096	1,000	1,000	1,000

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen HKG	CPAP apparatuur	Zuurstofapparaten met toebehoren <sup>1</sup>	Therapeutische elastische kousen <sup>2</sup>	Orthopedisch schoeisel <sup>3</sup>
0 t/m 17	1,000	1,074	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	0,999	1,074	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	0,998	1,089	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	0,996	1,065	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	0,995	1,071	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	0,999	1,103	1,000	1,000	1,000

<sup>1</sup> Bij HKG 2 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

<sup>2</sup> Bij HKG 3 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

<sup>3</sup> Bij HKG 4 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.

Mannen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Incontinentie- en stomamateriaal	Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	Insulinepompen	Glucosemonitor <sup>4</sup>	Draagbare infuuspompen
0 t/m 17	0,956	1,014	1,086	1,050	0,805
18 t/m 29	0,963	1,064	1,097	1,050	0,935
30 t/m 44	0,991	1,075	1,046	1,050	1,006
45 t/m 59	0,995	1,015	1,034	1,050	0,983
60 t/m 74	0,998	1,035	1,025	1,050	0,974
75 e.o.	0,980	1,024	1,069	1,050	0,943

Vrouwen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Incontinentie- en stomamateriaal	Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	Insulinepompen	Glucosemonitor <sup>4</sup>	Draagbare infuuspompen
0 t/m 17	0,962	1,046	1,090	1,050	0,793
18 t/m 29	1,016	1,107	1,075	1,050	0,992
30 t/m 44	0,986	1,156	1,050	1,050	0,898
45 t/m 59	0,984	1,065	1,034	1,050	1,041
60 t/m 74	0,996	1,093	1,038	1,050	1,063
75 e.o.	0,956	1,076	1,073	1,050	1,014

<sup>4</sup> Bij HKG 8 is de trend begrensd vanwege een afvlakkende ontwikkeling.

<b>Mannen</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Compressiehulp middelen</b>	<b>Orthesen<sup>5</sup></b>
<b>0 t/m 17</b>	0,798	1,000
<b>18 t/m 29</b>	0,923	1,000
<b>30 t/m 44</b>	1,023	1,000
<b>45 t/m 59</b>	1,003	1,000
<b>60 t/m 74</b>	0,981	1,000
<b>75 e.o.</b>	0,989	1,000

<b>Vrouwen</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Leeftijd</b>	<b>Compressiehulp middelen</b>	<b>Orthesen<sup>5</sup></b>
<b>0 t/m 17</b>	0,729	1,000
<b>18 t/m 29</b>	0,870	1,000
<b>30 t/m 44</b>	0,995	1,000
<b>45 t/m 59</b>	1,001	1,000
<b>60 t/m 74</b>	1,009	1,000
<b>75 e.o.</b>	0,969	1,000

<sup>5</sup> Bij HKG 11 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.