



Zorginstituut Nederland

Verantwoording Verzekerdenraming 2025

Datum	30 september 2024
Status	Definitief

Colofon

Volgnummer	2024014293
Contactpersoon	T. Vrinzen, R. Letterie, E. Brouwer en N. de Groot risicoverevening@zinl.nl
Afdeling Team	Fondsen en Informatiemanagement Data & Zorgfinanciering, cluster Risicoverevening

Inhoud

Colofon 1

Definities 4

Samenvatting 9

1 Inleiding 7

1.1 Doel en opzet van de verzekerdenraming 8

1.2 Leeswijzer 9

2 Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en overige bijzonderheden in de verzekerdenraming 10

2.1 Beleidswijzigingen 10

2.2 Modelwijzigingen 11

2.3 Overige bijzonderheden **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

3 Macroverzekerdenraming 2025 18

4 Uitkomsten verzekerdenraming 2024 19

5 Onzekerheden en criteriumneutraliteit 46

Bijlage 1 Methodiek macroverzekerdenraming 51

Bijlage 2 Methodiek bijraming per type kenmerk 52

Bijlage 3 Correctiefactoren en trendfactoren 57

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 kenmerkindex.

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 2025 gemaakt. De uitkomsten zijn getoetst en zien er plausibel uit wanneer we een vergelijking maken met de verzekerdenraming 2024 en de verschillen duiden.

De incidentele effecten van COVID-19 zijn vrijwel volledig uit de brongegevens die gebruikt worden voor de VR2025. Om die reden hebben we (weer) de reguliere methodiek toegepast. Voor de VR2024 was er op een aantal punten wel afgeweken van de reguliere methodiek.

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 waarbij ook conversies zijn toegepast.

Vijf modelwijzigingen leiden tot verschillen in de VR2025 ten opzichte van de VR2024:

- Allereerst is het gehele kenmerk HKG_C vervallen in model 2025. Dit heeft ook tot een aanpassing bij HSM_C en het eigen risico model geleid. De aanpassing betekent dat de HKG_C indeling in modeljaar 2022 niet is meegenomen in de bepaling van HSM_C en de niet-forfaitaire groep.
- Ten tweede is het PPA-kenmerk gewijzigd. Het kenmerk is uitgebreid met extramurale Wlz-zorg en voor de intramurale Wlz-zorg is onderscheid gemaakt tussen wel of geen behandeling. Ook is het peilmoment van Wlz-zorg (waarop bepaald wordt of een verzekerde in de klasse blijvend of instromend wordt ingedeeld) aangepast. Het meenemen van extramurale zorg in het kenmerk PPA leidt ook tot een modelwijziging bij SES. Waar voorheen alleen verzekerden in een Wlz-instelling werden ingedeeld in de klasse SES zeer laag, geldt dat nu voor alle verzekerden met Wlz-zorg. Verzekerden in de PPA-classes met Wlz-zorg 'blijvend' worden ingedeeld in de afslagklassen van de kenmerken MHK_C en MVV_C. Door de modelwijziging bij PPA worden er meer verzekerden in de PPA-classes met Wlz-zorg 'blijvend' ingedeeld, wat resulteert in een stijging van verzekerden in de afslagklassen van MHK_C en MVV_C.
- Ten derde is er groot onderhoud geweest aan het kenmerk MHK_C. Zwangerschapskosten en verloskundekosten (inclusief MSZ) zijn uitgesloten van indeling en de percentielgrenzen zijn herijkt. De kosten MSZ verloskundelopen vanaf modeljaar 2025 mee bij de indeling in IBZ_C. Daarbij wordt bij IBZ_C een leeftijdsrestrictie toegepast.
- Ten vierde is het kenmerk SEI gewijzigd. Er is een klasse bijgekomen voor ingezetenen en de volgorde van de klassen is gewijzigd. De definitie van niet-ingezetenen is niet gewijzigd.
- Als laatste is door het Zorginstituut regulier onderhoud aan de EHK-classes uitgevoerd. Dit leidt tot een andere clustering van middelen en tot een wijziging van de middelen die leiden tot een EHK.

Het totaal aantal verzekerden in 2025 is geraamd op 17.861.000. In 2024 was dat 17.810.000. 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 2025 voor de risicoverevening uit te voeren.¹ 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 2025 worden gebruikt voor:

- 1 de vaststelling van de normbedragen 2025; voor deze vaststelling gebruiken de onderzoekers de geraamde (landelijke) aantallen verzekerden op L5G-niveau.
- 2 de bijdragebepaling van de toekenning van de vereveningsbijdrage 2025; voor

¹ Zie opdrachtbrief VWS, 5 juli 2024 met kenmerk 3867635-1068117-Z.

de bepaling van deze bijdrage 2025 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 2025. De implicaties daarvan voor de verzekerdenraming 2025 worden beschreven en in een overzichtstabel samengevat. In hoofdstuk 3 beschrijven we de uitkomsten van de macroverzekerdenraming 2025. 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 2025 én leiden tot onzekerheden in die verzekerderaming 2025.² 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 2025 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 kwam 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 zijn gekomen. Dit had tot gevolg dat alle lopende GGZ dbc's op 31 december 2021 zijn afgesloten. Dit zorgde voor een schadelastdip in 2021. Het ZPM betekende 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 2022 en eerder. Dat betekent dat er één ZPM-jaar en de schadelastdip in 2021 in de brongegevens zit. Tegelijk moet een raming gemaakt worden voor een ex post situatie waarbij gegevens op basis van drie jaar ZPM (2022, 2023 en 2024) en, alleen voor MHK_G, meerdere jaren oude systematiek (2021 en eerder) leiden tot een kenmerkindeling. 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 2020 te bepalen welk deel van de minuten in 2020 ligt en welk deel in 2021. Voor de DBC-verblijfsdagen kappen we de einddatum af en voegen de resterende verblijfsdagen van de afgekapte verblijfsDBC's uit het voorgaande jaar toe. Door de invoering van het ZPM is het in de komende jaren niet meer mogelijk om het onderscheid te maken tussen basisGGZ en specialistische GGZ. In de DKG_G indeling wordt daarom elke verzekerde met een positieve GGZ-declaratie ingedeeld.

De kenmerkindeling voor MHK_G wordt eerst afgeleid op basis van gegevens over 2018 tot en met 2022 en daarna afgestemd met de prevalenties van ESHPM. ESHPM berekent de prevalenties MHK_G op kostenjaren 2017 tot en met 2021 uit de OT, waarbij een kostenjaar is geconverteerd voor de schadelastdip en drie kostenjaren

² Als er geen bijzonderheden zijn, wordt de reguliere ramingsmethodiek gebruikt. Deze staat beschreven in bijlage 2. Bijzonderheden die ook al in de VR2024 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.

zijn geconverteerd voor het ZPM. Deze prevalenties houden echter geen rekening met sterfte en daarom corrigeert ZIN voor de sterfte in 2022/2023. Een vergelijkbare methode is ook voor de VR2024 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. Begin 2023 gaat het om een instroom van 300 cliënten extra per maand. Er zijn bestuurlijke afspraken gemaakt om de instroom van mensen met een psychische stoornis in de Wlz te beperken.³ Uitgangspunt van de bestuurlijke afspraken was dat de instroom vanaf de tweede helft van 2023 structureel ging afnemen. De uiteindelijke doelstelling van de bestuurlijke afspraken is om de instroom terug te brengen naar 100 cliënten extra instroom per maand. De extra instroom lijkt in de tweede helft van 2023 inderdaad afgenomen te zijn naar een extra instroom van 150 cliënten per maand. Het is onzeker hoe de extra instroom in 2024 en 2025 verloopt. Om die reden zullen we geen Wlz-correctiefactoren toepassen voor de verzekerdenraming 2025.

2.2

Modelwijzigingen

2.2.1

HKG_C vervalt per model 2025

Vanwege de problematiek rondom de registratie van hulpmiddelen is voor modeljaar 2025 onderzoek gedaan naar de vormgeving van het kenmerk HKG_C (WOR 1205). Als gevolg hiervan is het gehele kenmerk komen te vervallen voor modeljaar 2025.

Dit leidt ook tot een aanpassing bij HSM_C. De aanpassing betekent dat de HKG_C indeling in modeljaar 2022 niet is meegenomen in de bepaling van HSM_C. Ook wordt HKG_C niet meegenomen in de bepaling van de niet-forfaitaire groep in het eigen-risico model.

2.2.2

Groot onderhoud AVI/SES/PPA leidt tot uitbreiding van PPA

Voor modeljaar 2025 is groot onderhoud aan de kenmerken AVI, SES en PPA uitgevoerd (WOR 1194). Als gevolg hiervan is het PPA kenmerk aangepast op een drietal onderdelen. Het kenmerk is uitgebreid met extramurale Wlz-zorg. Het gaat hierbij om volledig pakket thuis (VPT), modulair pakket thuis (MPT) en persoonsgebonden budget (PGB) prestaties. Daarnaast maakt de intramurale Wlz-zorg onderscheid tussen wel of geen behandeling. Tot slot is het peilmoment van Wlz-zorg (waarop bepaald wordt of een verzekerde in de klasse blijvend of instromend wordt ingedeeld) aangepast naar januari en december in jaar t.

De PPA-classes die betrekking hebben op Wlz-zorg zijn hierdoor uitgebreid naar 12 klassen. Onderscheid tussen de verschillende klassen voor Wlz-zorg gebeurt op basis van: Wlz-instelling met behandeling, Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, blijvend in een Wlz-instelling, instromend in een Wlz-instelling en leeftijd.

³ Kamerstuk 25424, nummer 664. D.d. 23 mei 2023.

- 2.2.3 *Modelwijziging PPA werkt ook door in SES, MHK_C en MVV_C*
 Het meenemen van extramurale zorg in het kenmerk PPA leidt ook tot een modelwijziging bij SES. Waar voorheen alleen verzekerden in een Wlz-instelling werden ingedeeld in de klasse SES zeer laag, geldt dat nu voor alle verzekerden met Wlz-zorg. Ook bij de kenmerken MHK_C en MVV_C worden vanaf modeljaar 2025 alle verzekerden met Wlz-zorg 'blijvend' ingedeeld in de afslagklasse.
- 2.2.4 *Uitsluiten zwangerschapskosten naar aanleiding van groot onderhoud MHK_C*
 Voor modeljaar 2025 is groot onderhoud uitgevoerd aan het kenmerk MHK_C (WOR 1197). Dit heeft ertoe geleid dat kosten voor zwangerschap en verloskunde (inclusief MSZ) worden uitgesloten van MHK_C vanaf modeljaar 2025. De kosten MSZ verloskunde lopen vanaf modeljaar 2025 mee bij de indeling in IBZ_C. Daarbij wordt bij IBZ_C op alle kosten een leeftijdsrestrictie toegepast. Alleen kosten van verzekerden tussen de 15 en 54 jaar leiden tot indeling.
- 2.2.5 *Uitbreiding kenmerk SEI*
 Er is voor modeljaar 2025 onderzoek gedaan naar de definitie van niet-ingezetenen (WOR 1190). Als gevolg daarvan is er een klasse bijgekomen voor ingezetenen en is de volgorde van de klassen gewijzigd. Hierbij wordt de oude definitie gehanteerd en niet de nieuwe definitie die is voorgesteld in WOR 1191. Ook worden er geen afslagpercentages meer gehanteerd, bij de kenmerken waar in modeljaar 2024 een afslagpercentage werd gehanteerd worden niet-ingezetenen in modeljaar 2025 ingedeeld in de afslagklasse.
- 2.2.6 *Regulier onderhoud EHK's*
 In modeljaar 2025 worden er 27 geneesmiddelen meegenomen in vier verschillende EHK-clusters. Grotendeels zijn dit middelen die ook in modeljaar 2024 al tot indeling in een EHK-klasse leidden. Twee geneesmiddelen (Binimetinib en Encorafenib) die vorig jaar tot indeling leidde in de reguliere FKG_C-klasse 'Kanker o.b.v. add-on' worden nu ingedeeld in de laagste EHK-klasse. Daarnaast worden er twee geneesmiddelen nieuw toegevoegd aan de EHK-3 en één nieuw geneesmiddel (met twee ATC-codes) toegevoegd aan EHK-1. Voor Nusinersen geldt tevens dat niet alle indicaties van dit middel risicodragend zijn in 2025. Dit betekent dat bij de indeling een selectie op indicatie gemaakt wordt: alleen de risicodragende indicaties leiden tot indeling in EHK-3.

Voor (ex-)sluismiddelen wordt vanaf model 2025 in zowel de reguliere FKG-klassen als de EHK's gekeken naar risicodragendheid in het vereveningsjaar in plaats van jaar t-2. Dit is overgenomen van het advies van SiRM in hun onderzoek naar versnelde opname van passende en innovatieve zorg.⁴

2.3 Overige bijzonderheden

- 2.3.1 *Reguliere trendfactoren en bijraming weer toegepast, verval van COVID-correcties*
 De incidentele effecten van COVID-19 zijn vrijwel volledig uit de brongegevens die gebruikt worden voor de VR2025. Om die reden worden er geen COVID-correctiefactoren meer toegepast en stappen we (weer) over op de reguliere methodiek zoals we deze voor de modeljaren voor de COVID-19-pandemie toepaste. Dit betekent ook dat we voor de kenmerken MHK_C, MHK_G en MVV_C geen sterftemiddeling meer toepassen (dit deden we wel voor de VR2022 t/m VR2024). De sterfte blijft langdurig hoog en de verwachting is dat sterfte de komende jaren van een zelfde orde van grootte blijft.⁵ Daarom wordt de sterftecorrectie in de

⁴ [Rapport - Onderzoek naar versnelde opname passende zorg in de risicoverevening | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

⁵ [3. Veronderstellingen | CBS](#)

VR2025 niet meer gemiddeld met de sterfte van 2019 naar 2020 zoals in de VR2024 maar gebaseerd op de sterfte tussen 2022 en 2023.

Tabel 1: Uitgangspunten voor de verzekerdenraming 2025 per kenmerk

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Raming	Indeling niet- ingezetenen	Bijzonderheden
L5G	- PER 2024 - Macroverzekerdenraming 2025 (ZIN)	Geen	Regulier	Regulier indelen	Geen.
FKG_C	- Farmacie 2023 - Add-on geneesmiddelen 2022	2022-2023(farmacie) 2021-2022, 2x (add-on)	Regulier	Indelen in afslagklasse	- Nieuwe EHK-indeling o.b.v. regulier onderhoud. - EHK-3 met 100 extra verzekerdjaren opplussen i.v.m. groei aantal gebruikers Tafamidis - Geen trend op andere EHK-klassen i.v.m. kleine aantallen per EHK-klasse.
FKG_G	- Farmacie 2023	2022-2023	Regulier	Indelen in afslagklasse	Geen.
DKG_C	- DBC somatisch 2022	2021-2022, 2x	Regulier	Indelen in afslagklasse	Geen.
DKG_G	- DBC-GGZ declaraties 2020 en 2021 - ZPM-GGZ declaraties 2022 - DBC-GGZ declaraties 2020 en 2021, representatief voor ZPM (Vektis)	Geen trend i.v.m. correctie voor aanpassingen ZPM	Regulier	Indelen in afslagklasse	- Aanpassingen i.v.m. invoering ZPM in 2022: Correctie gegevensjaren 2020 en 2021 naar ZPM-prestaties in 2022 en 2023 met gegevensbestanden van Vektis. - Geen correctie voor verruiming van Wlz per 2021.
MHK_C	- KPV-bestanden 2020 t/m 2022 - Verloskundekosten MSZ 2020, 2021 en 2022 (Vektis)	Geen	Regulier/ afstemming ESHPM	Regulier indelen	- Groot onderhoud MHK_C leidt tot aanpassingen: Zwangerschapskosten worden uitgesloten van indeling. Hieronder vallen: kraamzorgkosten, verloskundige kosten (zowel MSZ als extramuraal) en integrale geboortezorg.

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
	- Kraamzorg en verloskundige kosten 2020 (Vektis)				- MHK-C prevalenties ESHPM bevat kosten 2020 t/m 2022 zonder sterfte; ZIN corrigeert voor sterfte 2022/2023. - verzekerden in PPA-klassen Wlz-zorg 'blijvend' ingedeeld in afslagklasse
MHK_G	- KPV-bestanden 2018 t/m 2022	Geen	Regulier/ afstemming ESHPM	Regulier indelen	- Aanpassingen i.v.m. invoering ZPM in 2022: - eerst reguliere kenmerkindex afleiden op basis van 2018 t/m 2022 (1 jaar schadelastdip en 1 jaar ZPM). - correctie voor ZPM door afstemming op prevalenties van ESHPM, waarbij 1 kostenjaar is geconverteerd voor schadelastdip en 3 kostenjaren zijn geconverteerd voor het ZPM. - prevalenties ESHPM zijn zonder sterfte; ZIN corrigeert voor sterfte 2022/2023. - Geen correctie voor verruiming van Wlz per 2021.
AVI	- PKB 2023 - UWV data 2018-2023 - RBRV 2018-2022 (ZIN) - BD zelfst 2023 en Q1 2024 - DUO 2023 - BD adressen 2023	Geen	Regulier en correctie IVA	Regulier indelen	Correctie voor de klasse hoogopgeleiden 18 tot en met 34-jarigen als gevolg van mogelijke fout in het DUO-bestand van 2023.
SES	- PKB 2021-2023 - BD 2021-2023 - Wlz declaraties zorgkantoren 2022-2023 - extramurale Wlz-prestaties (PGB) 2022-2023 (Vektis) - DKG-G indeling (ZIN) 2022	Geen	Regulier	Niet indelen	- Geen correctie voor verruiming Wlz. De extra instroom in 2023 is afgevlakt, maar het is onzeker hoe dit ontwikkelt in 2024 en 2025. - Alle verzekerden in PPA-klassen Wlz-zorg in SES zeer laag.

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Raming	Indeling niet- ingezetenen	Bijzonderheden
PPA	- PKB 2022-2023 - BD 2022-2023 - Wlz declaraties zorgkantoren 2022-2023 - extramurale Wlz- prestaties (PGB) 2022- 2023 (Vektis)	Geen	Regulier	Niet indelen	- Groot onderhoud AVI/SES/PPA leidt tot aanpassingen: <ul style="list-style-type: none"> - Extramurale Wlz-zorg is toegevoegd aan het PPA-kenmerk. Het gaat hierbij om volledig pakket thuis (VPT), modulair pakket thuis (MPT) en persoonsgebonden budget (PGB) prestaties - Bij intramurale Wlz-zorg wordt onderscheid gemaakt tussen wel of geen behandeling. - Het peilmoment van Wlz-zorg om onderscheid te maken tussen blijvend en instromend is aangepast. We kijken nu naar januari en december in jaar t. - Geen correctie voor verruiming Wlz. De extra instroom in 2023 is afgevlakt, maar het is onzeker hoe dit ontwikkelt in 2024 en 2025.
REG_C en REG_G	- PER 2024 (postcode)	Geen	Regulier	Regulier indelen	- Nieuwe postcode naar regio-clustering van ESHPM voor zowel REG_C als REG_G
FDG_C	- Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023	2022-2023	Regulier	Indelen in afslagklasse	Geen.
MVV_C	- KPV-bestanden 2020 t/m 2022	Geen	Regulier/ afstemming ESHPM	Regulier indelen	- MVV_C prevalenties ESHPM bevat kosten 2020 t/m 2022, zonder sterfte; ZIN corrigeert voor sterfte 2022/2023. - Geen correctie voor verruiming Wlz per 2021. - Alle verzekerden in PPA-klassen Wlz-zorg 'blijvend' in afslagklasse
HSM_C	- Indeling FKG_C, DKG_C MHK_C, HKG_C, FDG_C, MVV_C modeljaar 2022 (ZIN)	Geen	Niet regulier. Bijramen 1 jaar extra sterfte	Indelen in afslagklasse	- Nieuw verzekerden indelen in afslagklasse. - Indeling in HKG_C modeljaar 2022 is niet meegenomen voor de indeling in HSM_C.
IBZ_C	- KPV-bestanden 2021 en 2022	Geen	Aangepaste bijramings-	Regulier indelen	- Vanwege groot onderhoud MHK_C aanpassing in IBZ_C doordat verloskundekosten MSZ 2021 en 2022 meelopen. Ook wordt er een

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
	- Verloskundekosten MSZ 2021 en 2022 (Vektis)		methodiek		leeftijdsrestrictie toegepast.
SEI	- PER 2024 - Macroverzekerdenraming 2025 (ZIN)	Geen	Afwijkende raming	Regulier indelen	- Onderzoek naar niet-ingezetenen leidt tot aanpassing bij SEI. Er is een klasse bijgekomen voor ingezetenen en de volgorde van de klassen is gewijzigd. Hierbij wordt de oude definitie gehanteerd en niet de nieuwe definitie die is voorgesteld in WOR 1191. - Raming SEI o.b.v. raming aantal niet-ingezetenen 2025 en aandelen seizoenarbeiders /overige niet-ingezetenen in 2023. - De normbedragen voor het kenmerk SEI worden voor model 2025 geactualiseerd. De raming van SEI is input voor de actualisatie van die normbedragen en de bepaling van correctie op het MPB.
MFK_C	- KPV-bestanden 2020 t/m 2022	Geen	Regulier	Indelen in afslagklasse	Geen
Eigen risico	- Indeling kenmerken FKG_C, DKG_C, MHK_C (0/1), FDG_C en MVV_C modeljaar 2025 (ZIN)	Geen	Indeling naar L5G, MHK_C 0/1, AVI en REG_E	Indelen o.b.v. MHK_C en MVV_C	HKG_C loopt niet mee bij bepaling niet-forfaitaire groep

N.B.: Voor de volgende kenmerken worden uitvoeringsbestanden van de betreffende gegevensjaren (modeljaar 2025) gebruikt: FKG_C, FKG_G, DKG_C, DKG_G, 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: In modeljaar 2025 worden geen afslagpercentages meer gehanteerd. Bij de kenmerken waar in modeljaar 2024 sprake was van afslagpercentages worden de niet-ingezetenen in de afslagklasse ingedeeld.

3 Macroverzekerdenraming 2025

Het totaal aantal verzekerden in 2025 is geraamd op 17.861.000 (zie Tabel 1). De methodiek is gelijk aan de MVR2023. De MVR2024 was afwijkend omdat er gecorrigeerd werd voor de geboortegolf in 2021 en het daaruitvolgende effect die de geboortegolf had op de CBS bevolkingsprognose. Deze correctie wordt in de MVR2025 niet meer toegepast.

Tabel 1 Macroverzekerdenaantallen 2025

Jaar	Aantal verzekerden	
	2024	2025
Aantal unieke verzekerden in PER [1]	17.639.966	17.736.682
Correcties voor vertraagde registratie		
<i>0-jarigen-correctie</i>	10.335	9.740
<i>Sterftecorrectie</i>	-9.129	-9.054
Correctie voor verwachte bevolkingsgroei [2]	168.828	123.632
Definitief geraamde aantal Zvw-verzekerden op peilmoment van 30 april [3]	17.810.000	17.861.000
<i>Waarvan:</i>		
<i>18-minners</i>		
<i>0-jarigen</i>	165.000	164.000
<i>1-17 jaar</i>	3.094.000	3.071.000
<i>18-plussers</i>	14.551.000	14.626.000
<i>18-64 jaar</i>	10.845.000	10.850.000
<i>65+ jaar</i>	3.706.000	3.776.000
<i>Gedetineerden (18+)</i>	9.000	10.000

[1] Dubbele verzekerden krijgen naar rato een gewicht toegekend

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

[3] Afgerond op duizendtallen.

4 Uitkomsten verzekerdenraming 2025

De verzekerdenraming start voor elk van de kenmerken met de verzekerdenaantallen voor bijraming op basis van de meest recente gegevens, volgens de definities van model 2025. We vergelijken dit met de aantallen 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 VR2024 en VR2025.

Op basis van de geobserveerde ontwikkelingen in verzekerdenaantallen over tijd, worden de trendfactoren bepaald die in de VR2025 worden toegepast. Daarna worden de verschillende bijramingsstappen doorlopen, met als resultaat de verzekerdenaantallen per risicoklasse in de VR2025.

Dit hoofdstuk beschrijft per kenmerk de verschillende tussenstappen om tot de VR2025 te komen. Allereerst worden de verzekerdenaantallen voor bijraming besproken en (indien van toepassing) de bijzonderheden ten aanzien van de trendfactoren. Daarna worden de uitkomsten van de VR2025 vergeleken met resultaten van eerdere ramingen (VR2024) of met de VR2025 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 VR2024 veelal niet informatief en zal dus vooral naar de VR2025 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 verzekerdenaantallen voor bijraming.

4.1 L5G

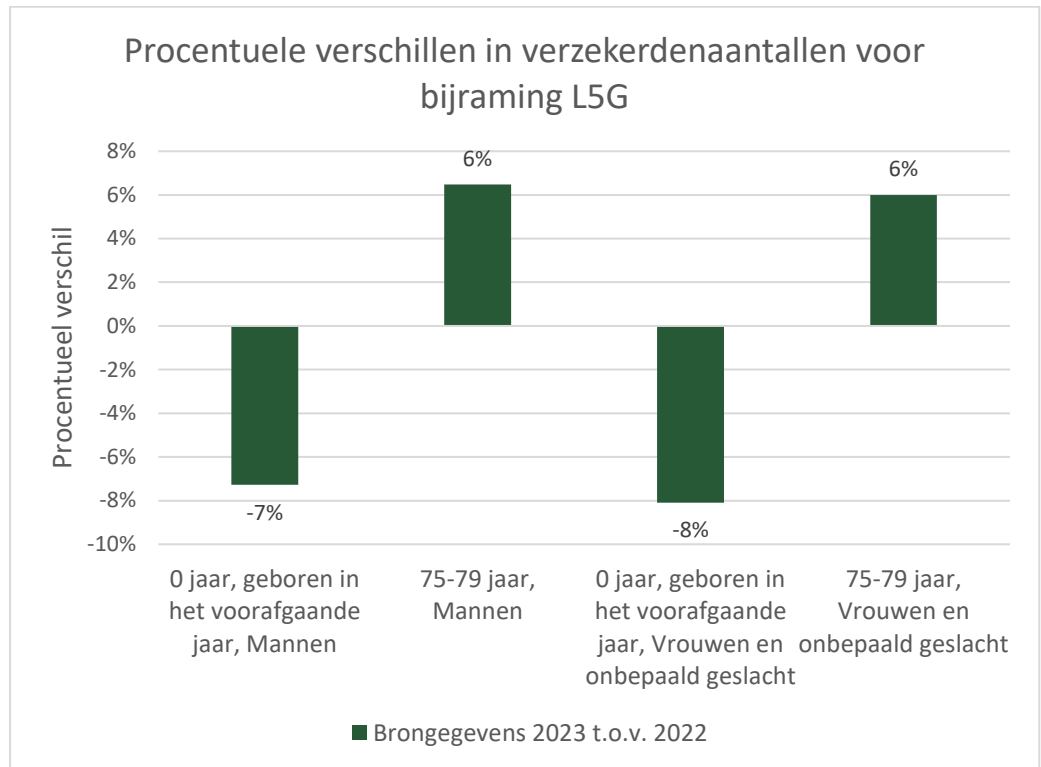
4.1.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

In totaal is de bevolking in 2023 gegroeid met 0,61%. We zien een daling in de klasse voor 0-jarigen geboren in jaar t-1 in vergelijking met de verzekerdenaantallen voor bijraming van de VR2024, zie Figuur 1. Dit komt doordat in de verzekerdenaantallen voor bijraming in de VR2024 de geboortegolf van 2021 zorgde voor een stijging van 0-jarigen geboren in jaar t-1. Deze stijging is nu weer teniet gedaan. Ook zien we in 2023 een groei in leeftijdsklasse 75- tot en met 79-jarigen. Dit is toe te schrijven aan dat de babyboomgeneratie die leeftijdsklasse heeft bereikt. Dit effect is zoals verwacht minder groot dan vorig jaar, en is ook te zien bij data van CBS⁶.

Figuur 1 Daling 0-jarigen geboren in jaar t-1 en stijging bij 75- tot en met 79-jarigen t.o.v. de VR2024 voor bijraming

⁶ [Bevolkingspiramide \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl)



4.1.2 *Uitkomsten na bijraming*

De uitkomsten na bijraming van de VR2025 verschillen beperkt van de uitkomsten van de VR2024. Bij de leeftijdsklasse 0-jarigen geboren in jaar t-1 zien we in de uitkomsten na bijraming geen verschil meer tussen de VR2025 en VR2024. Dit komt doordat er in de raming van de VR2024 gecorrigeerd is voor de geboortegolf in 2021, waardoor het verschil in de uitkomsten na raming wegvalt.

Bij de leeftijdsklasse 75- tot en met 79-jarigen is het daadwerkelijk verschil tussen VR2025 en VR2024 ook lager dan het verschil dat we zagen in de verzekerdenaantallen voor bijraming. Dit komt doordat in de uitkomsten na raming in zowel de VR2025 als de VR2024 een groter deel van de babyboomgeneratie is doorgestroomd naar de leeftijdsklasse 75- tot en met 79-jarigen, waardoor het verschil na bijraming kleiner wordt.

4.2 **FKG_C**

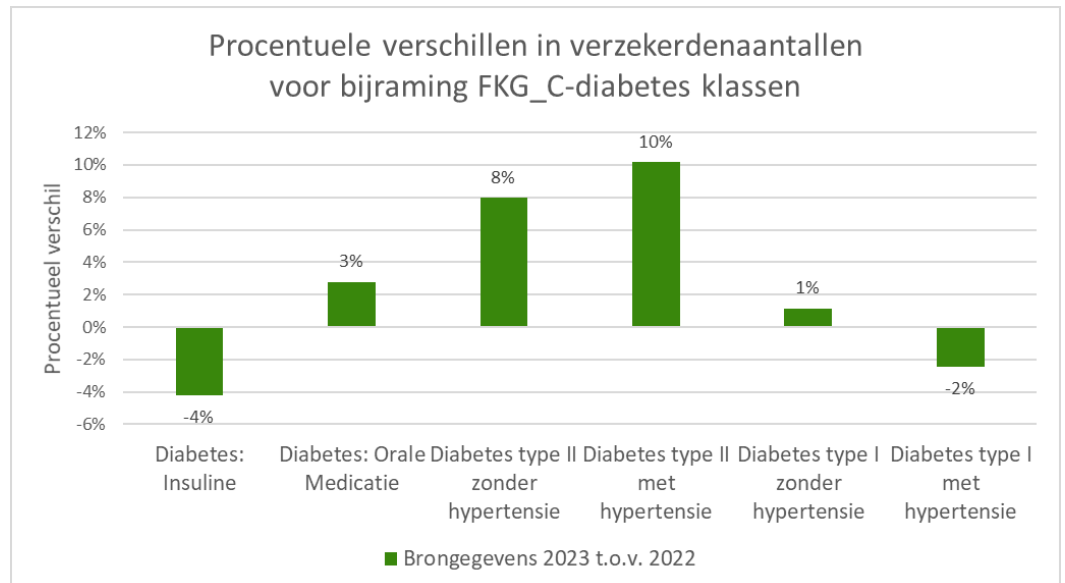
4.2.1 *Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming*

De prevalenties van de FKG_C-klassen op basis van gegevens 2023 (farmacie) en 2022 (add-on) laten een aantal opvallende ontwikkelingen te zien in de verzekerdenaantallen voor bijraming:

- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Nieraandoeningen o.b.v. add-on (FKG_C_30) laat een stijging zien van +51%. Deze stijging wordt veroorzaakt door overheveling van de Epoëtines naar het intramurale kader per 2022. Epoëtines werden vóór de overheveling voor een groep verzekerden binnen een DBC bekostigd. Door de overheveling is voor deze groep de bekostiging van Epoëtines binnen een DBC nu gewijzigd in een bekostiging via een add-on declaratie. De stijging in de klasse Nieraandoeningen o.b.v. add-on is naar verwachting dan ook eenmalig.

- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Diabetes: Insuline (FKG_C_2) daalt van 2022 naar 2023 (-5%), zie Figuur 2. De daling zien we in mindere mate ook terug in de reguliere diabetes type I klassen (in de klassen met en zonder hypertensie samen), en is voor zowel de Diabetes: Insuline klasse als de reguliere diabetes type I klassen minder fors dan de daling van 2021 naar 2022. 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).⁷ Dit wordt verklaard door een stijging in het aantal gebruikers voor het middel Semaglutide⁸. Het gaat absoluut om een stijging van circa 39.000 in de diabetes type II klassen en om een daling van circa 2.800 verzekerden in de diabetes type I klassen. Het gaat bij de klasse Diabetes: Insuline om relatief kleine aantallen verzekerdenjaren (circa 8.000) waardoor de procentuele mutatie snel groot is.
- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren (FKG_C_44) is van 2022 op 2023 licht toegenomen (+6%; 75 verzekerdenjaren). In de ontwikkeling van 2021 naar 2022 zagen we nog een forse stijging van 52%. Deze stijging werd veroorzaakt door de introductie van combinatietherapie voor Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor in 2022.
- De klasse EHK_3 (FKG_C_47) laat een stijging zien in 2022 van 56%. Deze stijging wordt grotendeels gedreven door een stijging in het gebruik van Tafamidis⁹.

Figuur 2 Daling in klasse Diabetes: Insuline en diabetes type 1-klassen, stijging in diabetes type 2-klassen



Doordat we voor (ex-)sluismiddelen vanaf model 2025 in zowel de reguliere FKG- klassen als de EHK's kijken naar risicodragendheid in het vereveningsjaar in plaats van jaar t-2 zijn er ten opzichte van model 2024 vijf ex-sluisgeneesmiddelen toegevoegd aan de klasse Kanker o.b.v. add-on.¹⁰ De toevoeging van deze ex-

⁷ 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.

⁸ Zie [Het aantal gebruikers van diabetesmiddelen, 2003 - 2023 | GIPdatabank.nl](#)

⁹ Zie [Aantal gebruikers 2019-2023 voor ATC-subgroep N07XX08 : Tafamidis | GIPdatabank.nl](#)

¹⁰ Het gaat om de middelen Larotrectinib (L01EX12), Entrectinib (L01EX14), Lenvatinib (L01EX08), Zanubrutinib (L01EL03) en Eptinezumab (N02CD05). Dit zijn breed-uitgesloten (ex-)sluismiddelen waarvoor één of meerdere indicaties variabel zijn geworden in 2023, 2024 of 2025.

sluisgeneesmiddelen aan de klasse Kanker o.b.v. add-on draagt bij aan een lichte stijging (+3%) in verzekerdenaantallen van model 2024 naar model 2025 (gegevens 2022).

4.2.2 *Bijzonderheden in de trendfactoren*

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

- De trend voor de klasse Nieraandoeningen o.b.v. add-on (FKG_C-30) is op 1 gezet. Vóór de overheveling naar het intramurale kader was het aantal verzekerdensjaren in deze klasse redelijk stabiel.
- Op de EHK-klassen wordt in principe geen trend toegepast. Voor EHK-3 passen we, net als voor de VR2024, wel een correctie toe op het geraamde aantal verzekerdensjaren. Het aantal gebruikers van het EHK-3-middel Tafamidis (N07XX08) is gestegen van 267 in 2022 naar 372 in 2023 als gevolg van een indicatie-uitbreiding.¹¹ Dit zit nog niet in de gebruikte gegevens over 2022. We hogen daarom het geraamde aantal verzekerdensjaren met 100 op.

De FKG_C-klassen o.b.v. add-on gebruiken gegevens van 2022. In de VR2025 wordt een reguliere trend toegepast (twee keer de trend van 2021 op 2022), met uitzondering van de klasse Nieraandoeningen o.b.v. add-on. In de VR2024 werd voor deze add-on klassen nog een COVID-correctiefactor toegepast vanwege geconstateerde COVID-19-effecten in 2020. Voor deze COVID-correctiefactoren werd de ontwikkeling van 2018 naar 2019 twee keer toegepast, zie onderstaande tabel.

Tabel 2 *Vergelijking COVID-correctiefactor VR2024 met trend VR2025.*

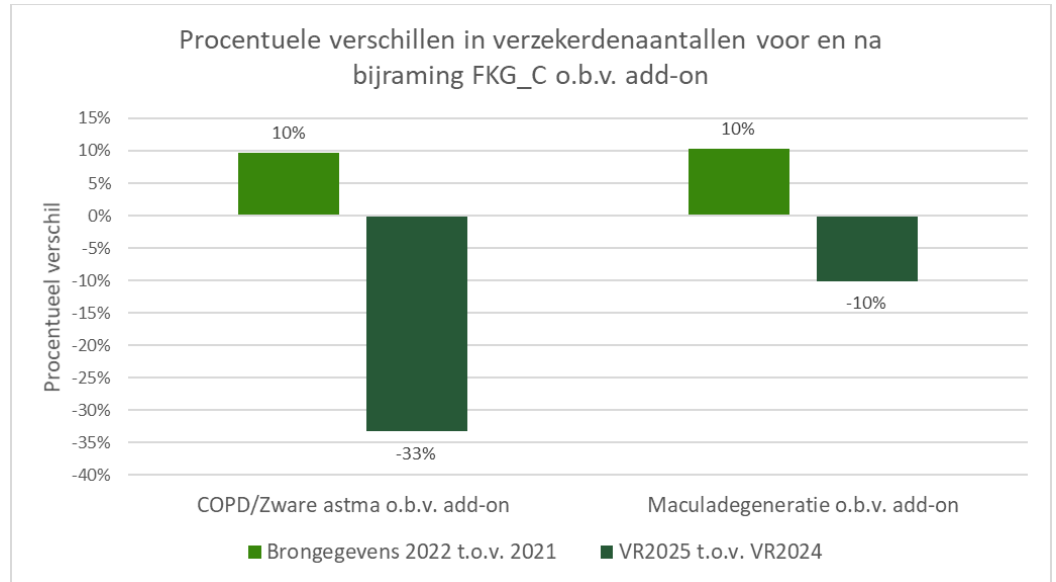
FKG_C-klasse	Trend VR2025	COVID-correctiefactor VR2024
22 Groeistoornissen o.b.v. add-on	0,968	1,000
29 Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	1,204	1,234
32 Immunoglobuline o.b.v. add-on	1,162	1,156
35 COPD/Zware astma o.b.v. add-on	1,199	1,972
38 Kanker o.b.v. add-on	1,035	1,129
40 Maculadegeneratie o.b.v. add-on	1,138	1,393

4.2.3 *Uitkomsten na bijraming*

De mutaties tussen de VR2025 en VR2024 komen voor vrijwel alle klassen overeen met de mutaties die we zien in de aantallen voor bijraming. De mutaties zijn daarmee goed verklaarbaar door verschillen in de brongegevens. Hierop zijn enkele uitzonderingen. Bij de FKG_C-klassen COPD/Zware astma o.b.v. add-on (FKG_C_35) en Maculadegeneratie o.b.v. add-on (FKG_C_40) zien we een verschil tussen de uitkomsten van de VR2025 en VR2024 na bijraming dat niet wordt verklaard door het gebruik van recentere brongegevens, zie Figuur 3. We zien voor beide FKG_C-klassen een forse daling in de verzekerdenaantallen na bijraming in de VR2025, terwijl we een stijging zagen in de ontwikkeling van brongegevens van 2021 naar 2022. Dit komt doordat de toegepaste trend in de VR2025 lager is dan de toegepaste COVID-correctiefactor in de VR2024, zie Tabel 2.

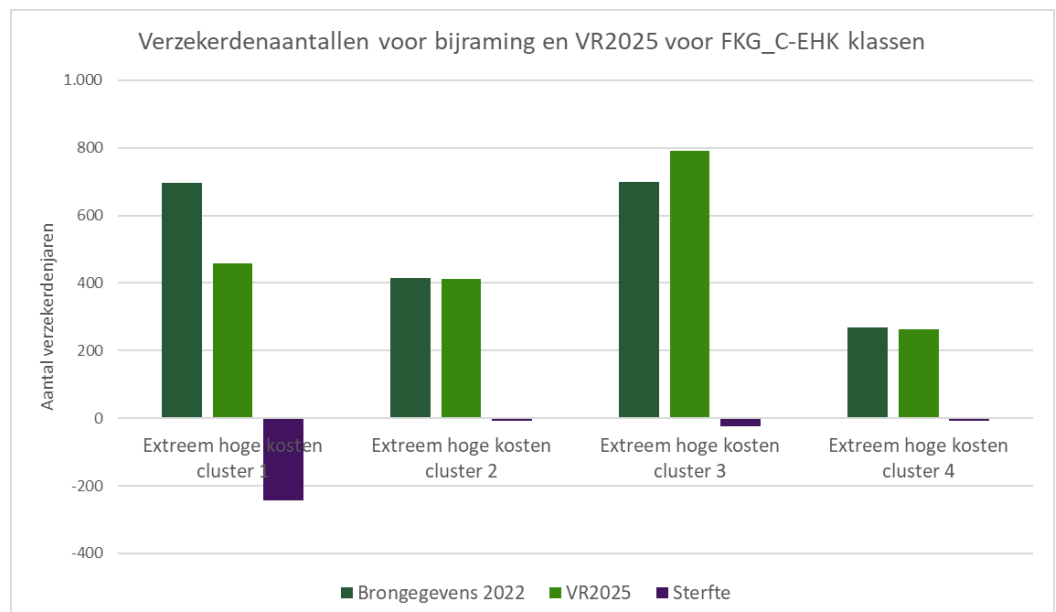
¹¹ GVS-advies weesgeneesmiddel tafamidis (Vyndaqel®) bij de behandeling van transthyretine-amyloidose met cardiomyopathie (ATTR-CM) | Advies | Zorginstituut Nederland

Figuur 3 Daling in COPD/zware astma o.b.v. add-on en Maculadegeneratie o.b.v. add-on door verschillen in toegepaste trend in VR2025 en toegepaste COVID-correctiefactor in VR2024



De samenstelling van de EHK-klassen zijn gewijzigd in modeljaar 2025. Om die reden worden de verzekerdenaantallen na bijraming vergeleken met de aantallen voor bijraming, zie Figuur 4. De verzekerdenaantallen van EHK-1 zijn gedaald na bijraming. Dit komt door een relatief hoge sterfte binnen deze klasse. Bij EHK-3 zien we een stijging in de verzekerdenaantallen na bijraming overeenkomend met de extra 100 verzekerdensjaren die zijn meegenomen om te corrigeren voor de stijging in gebruikersaantallen van Tafamidis in 2023.

Figuur 4 Daling in EHK-1 in VR2025 na bijraming als gevolg van hoge sterfte en stijging in EHK-3 door correctie voor indicatie-uitbreiding Tafamidis



4.3 FKG_G

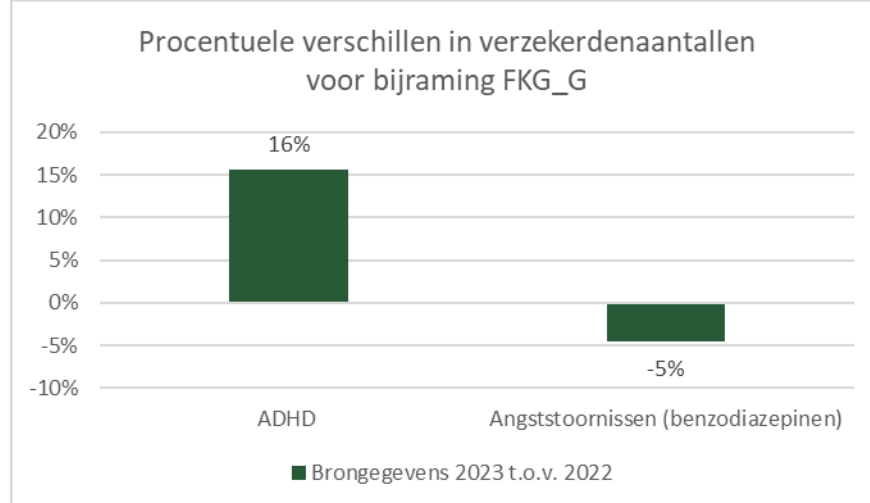
4.3.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

De ontwikkeling van 2022 naar 2023 in de verzekerdenaantallen voor bijraming in de FKG_G-klassen is in lijn met de mutaties van 2021 naar 2022. De aantallen stijgen het sterkst bij de FKG_G-klasse ADHD van 2022 op 2023, zie Figuur 5. 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.

De verzekerdenaantallen voor bijraming in de FKG_G-klasse Angststoornissen daalt met 5% van 2022 op 2023, ten opzichte van een daling van 2% van 2021 op 2022. Deze daling lijkt te komen door een daling in gebruik van alle middelen binnen de klasse, maar met name bij het middel Alprazolam.¹²

Figuur 5 Stijging van verzekerdenaantallen ADHD in VR2025 voor bijraming door stijging in gebruik van Methylfenidaat en Lisdexamfetamine en daling in Angststoornissen (benzodiazepinen) door daling in gebruik van Alprazolam



4.3.2

Uitkomsten na bijraming

De mutaties tussen de VR2025 en VR2024 zijn vergelijkbaar met de mutaties die we zien in de verzekerdenaantallen voor bijraming. De mutaties zijn daarmee goed verklaarbaar door verschillen in de brongegevens.

4.4 DKG_C

4.4.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

De ontwikkeling in verzekerdenaantallen voor bijraming van 2021 naar 2022 laat voor de meeste DKG_C-klassen een stabiele stijging zien. Uitzondering hierop zijn de klassen DKG_C-20 en DKG_C-26 waar we een daling in de ontwikkeling van de aantallen van 2021 naar 2022 zien. Deze daling zagen we ook in de ontwikkeling van de aantallen van 2020 naar 2021. Ook stijgen de aantallen van 2021 naar 2022 in de klassen DKG_C-10, DKG_C-14, DKG_C-22 en DKG_C-25, tegenover een daling in de aantallen van 2020 naar 2021. Het aantal verzekerden in deze klassen is echter klein, waardoor vaker minder stabiele patronen ontstaan.

In de klassen DKG_C-18, DKG_C-21, DKG_C-22 en DKG_C-24 daalt de sterfte van

¹² Zie [Aantal gebruikers 2019-2023 voor ATC-subgroep N05BA12 : Alprazolam | GIPdatabank.nl](#)

2021 naar 2022 met minstens 1%-punt ten opzichte van de sterfte van 2020 naar 2021. De maximale daling is 2,4%-punt. Het gaat hierbij om klassen waar de sterfte al relatief hoog is en de verzekerdenaantallen klein zijn.

4.4.2 *Bijzonderheden in de trendfactoren*

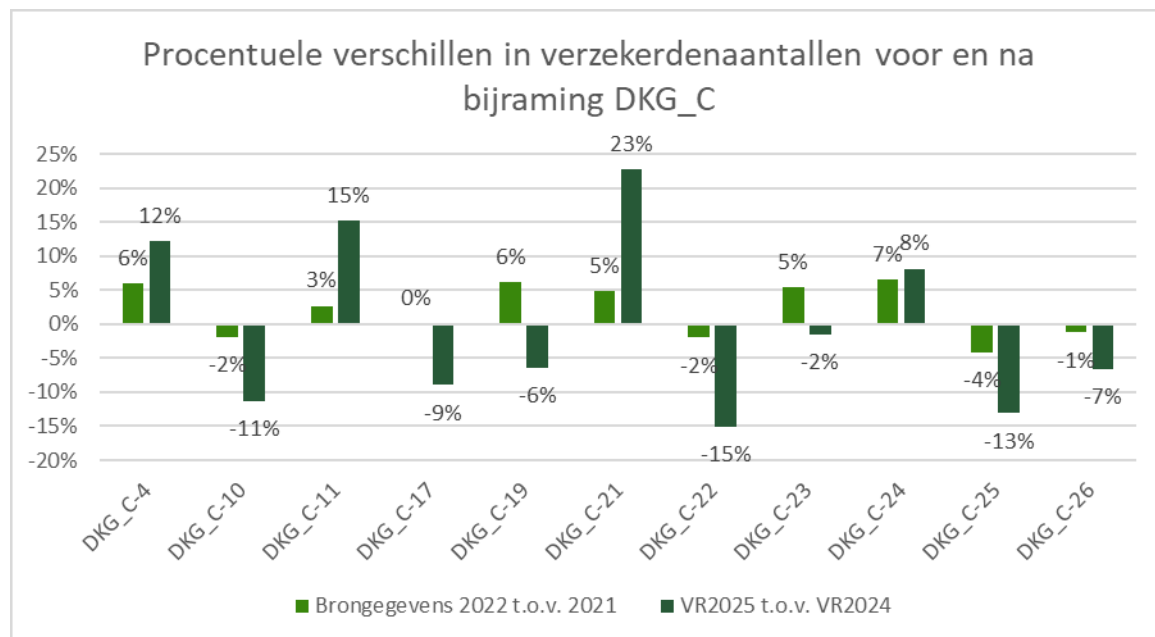
We passen voor DKG_C in principe de reguliere bijraming toe met gebruikelijke trendfactoren. Daarop geldt een uitzondering voor DKG_C-25. Alleen verzekerden met structurele hemofilie leiden tot indeling in deze klasse. We verwachten dat het aantal verzekerden met hemofilie stabiel blijft en de daling van 2021 op 2022 niet doorzet. In eerdere jaren waren het aantal verzekerdensjaren in deze klasse ook redelijk stabiel. Om deze redenen is de trend voor deze klasse op 1 gezet.

4.4.3 *Uitkomsten na bijraming*

We vergelijken de verzekerdenaantallen tussen de VR2025 en de VR2024. Voor de meeste klassen geldt dat de mutaties tussen de VR2025 en de VR2024 vergelijkbaar zijn met de mutaties die we zien in de verzekerdenaantallen voor bijraming. De mutaties zijn daarmee goed verklaarbaar door verschillen in de brongegevens.

Dit geldt echter niet voor alle klassen. Er zijn 11 DKG_C-klassen waarbij de mutatie tussen de VR2025 en VR2024 meer dan 5% afwijkt van de mutatie in de aantallen voor bijraming (zie Figuur 6). Het gaat hierbij met name om hoge klassen, met relatief kleine aantallen. Voor elk van deze klassen geldt dat de verschillen in mutaties tussen de aantallen voor bijraming en na bijraming veroorzaakt worden door verschillen in de toegepaste trend tussen de VR2024 en de VR2025. Zo zien we bijvoorbeeld bij DKG_C-19 tussen 2022 en 2021 een stijging van 6% in de aantallen voor bijraming, terwijl we tussen de VR2025 en VR2024 juist een daling zien van -6%. Dit komt doordat in de VR2024 een grotere positieve trend is toegepast dan in de VR2025.

Figuur 6 Er zijn 11 DKG_C-klassen waarbij de mutatie tussen de VR2025 en VR2024 meer dan 5% afwijkt van de mutatie in de aantallen voor bijraming



Een van de opvallende klassen is DKG_C-21 met een stijging van 23% tussen de

VR2025 en VR2024 terwijl de verzekerdenaantallen voor bijraming met slechts 5% stijgen. Dit komt doordat er vorig jaar een negatieve trend is toegepast.¹³

Dat de trendfactoren voor een aantal klassen verschillen tussen de VR2024 en VR2025 kan te maken hebben met het gebruik van relatief oude brongegevens in de VR2024. In de VR2024 konden de reguliere trendfactoren (normaliter gebaseerd op gegevens 2021/2020) namelijk niet worden toegepast omdat de gegevens 2020 beïnvloed waren door COVID-19. Daarom is destijds de trend gebaseerd op gegevens 2018/2019. In de VR2025 is de reguliere trend toegepast gebaseerd op gegevens 2021/2022.

4.5 DKG_G

4.5.1 *Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming*

De brongegevens 2022 bevat het eerste jaar declaraties onder het ZPM. De invoering van het ZPM leidt tot veel mutaties in onder andere type zorggebruik. We bespreken de ontwikkelingen met het grootste effect op de DKG_G indeling. In de brongegevens van 2022 zien we meer verzekerden met één zorgtraject en minder verzekerden met twee of meer zorgtrajecten ten opzichte van het aantal DBC's per verzekerde in voorgaande jaren. In de brongegevens zien we ook dat het aantal minuten per zorgtraject is toegenomen. Dit leidt tot mutaties in de zorggebruikcategoriën die hierop gebaseerd worden. We zien een afname van het totaal aantal verzekerden met herhaald ambulante zorg (8 en 9 samen) en een stijging van het aantal verzekerden in overig specialistische zorg t-1. Ook zien we een verschuiving naar zorggebruikcategoriën met meer dan 3.000 behandelminuten. Een tweede ontwikkeling die we zien in de brongegevens is een daling in het aantal verzekerden met langdurig verblijf in 2022 ten opzichte van 2021 en eerder. Dit leidt tot stijgingen in de zorggebruikcategoriën tot 252 verblijfsdagen in t-1 (1, 2 en 3). Dit is een gecombineerd effect van de wijzigingen in bekostigingssystematiek in het ZPM en de aanhoudende hoge doorstroom van verzekerden met een Wlz-GGZ indicatie naar de Wlz.

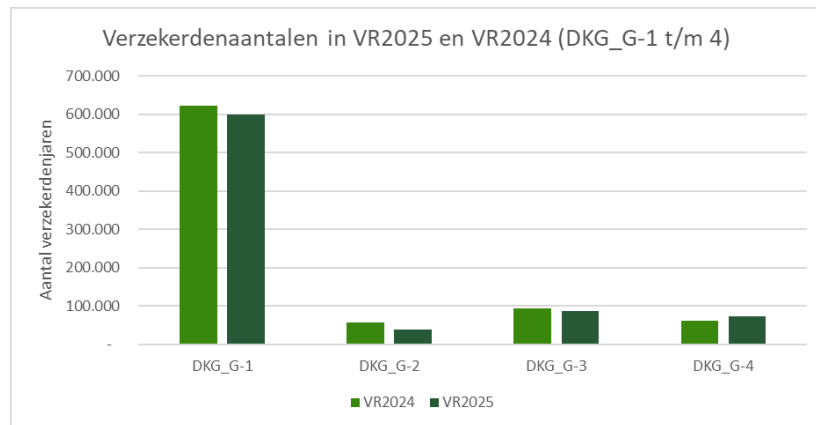
Daarnaast zien we dat de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornissen (002) zoals deze vóór de invoering van het ZPM gold, onder het ZPM is vervangen door de diagnose neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (001). De diagnose neurobiologische stoornissen is breder dan pervasieve stoornissen: het is een samenvoeging van de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornissen en de diagnose aandachtstekort- en gedragsstoornissen (003) zoals deze voor de invoering van het ZPM golden. Dit leidt tot mutaties in de diagnosecategoriën die hierop gebaseerd worden. We zien een forse toename in het aantal verzekerden met de diagnosecategorie pervasief.

De (combinatie van) bovengenoemde ontwikkelingen leiden tot verschuivingen in de DKG_G-indeling, zie Figuren 7, 8 en 9. We zien een daling in DKG_G-2, welke voornamelijk veroorzaakt wordt door de daling in herhaald ambulante zorggebruik. Stijgingen in DKG_G-4 en 5 komen hoofdzakelijk door een stijging van overige specialistische zorg t-1 en de stijging van verzekerden in diagnosecategorie pervasief. Dit laatste speelt ook voor de stijging in DKG_G-6, in combinatie met de groei in herhaald ambulante zorg met meer dan 3.000 behandelminuten. De stijging van het aantal verzekerden met intramuraal verblijf tot 252 dagen vertaalt zich in een

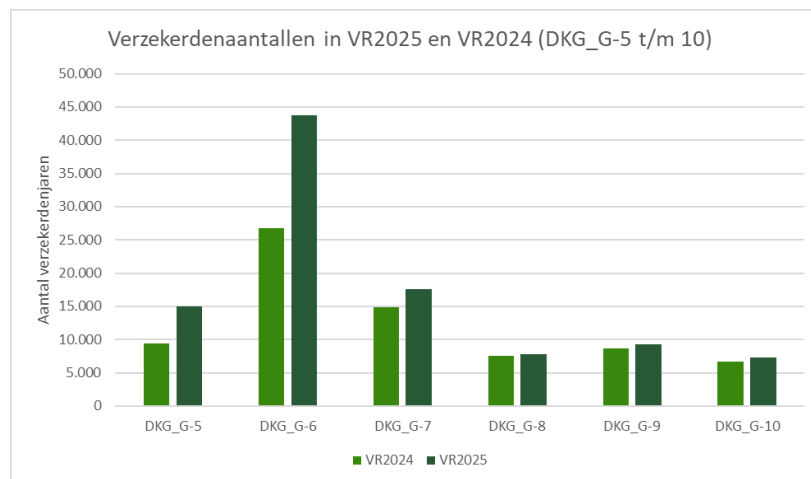
¹³ Destijds was in de brongegevens tussen 2021 en 2020 ook al een stijging te zien van het aantal verzekerden in DKG_C-21, maar omdat deze stijging kwam door de DX-groep "Aangeboren/trauma larynx/trachea afwijking" was de veronderstelling dat dit samenhang met de geboortegolf in 2021 en is toch de trend tussen 2018/2019 toegepast.

stijging in de DKG_G-klassen 8 tot en met 13. Ook zien we een daling in het aantal verzekerden in DKG_G-15. Dit is te verklaren doordat het criterium van 380 aaneengesloten verblijfsdagen in de praktijk minder snel wordt behaald dan verwacht ten tijde van het WOR 1090 onderzoek.¹⁴ Deze verzekerden stromen grotendeels door naar DKG_G-14. De daling van DKG_G-15 wordt verder versterkt door het effect van de verruiming Wlz per 2021. Dit speelt ook voor DKG_G-16.

Figuur 1 Daling in DKG_G-2 als gevolg van minder verzekerden met herhaald ambulante zorg



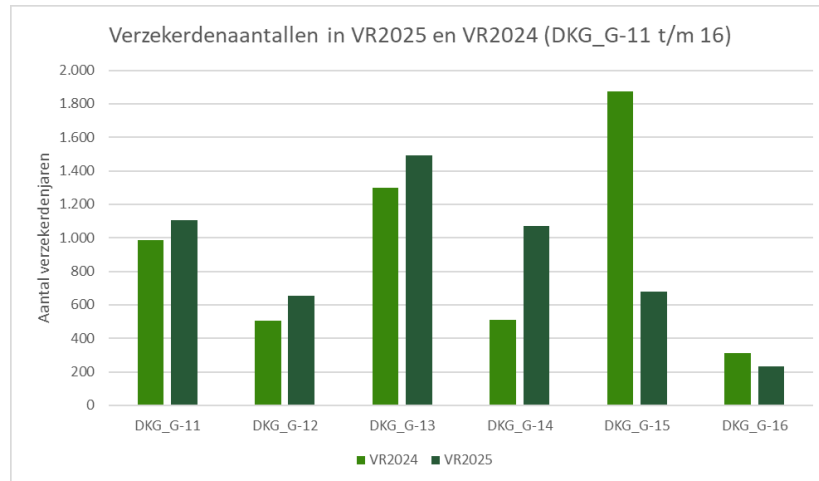
Figuur 8 Stijging in DKG_G-5 t/m 10 door een (combinatie van) een stijging van verzekerden in diagnose Pervasief, meer behandelminuten en verruiming Wlz



Figuur 9 Stijging in DKG_G-11 t/m 14 door meer behandelminuten en verruiming

¹⁴ Vóór invoering van het ZPM werden verzekerden in DKG-G-klasse 15 ingedeeld als zij meer dan 14 ZPP-verblijfsdagen in t-1 hadden. Naar aanleiding van het WOR 1090 onderzoek is dit na invoering van het ZPM vertaald naar 380 aaneengesloten verblijfsdagen in de ZPM-gegevensjaren. Hierbij is de veronderstelling gemaakt dat een verzekerde vóór invoering van het ZPM alleen ZPP-verblijf kon krijgen na 365 aangesloten dagen in DBC-verblijf. In de praktijk is dat niet zo. Verzekerden kunnen bijvoorbeeld een korte periode (zoals een weekend) naar huis gaan.

Wiz



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*

We vergelijken de verzekerdenaantallen tussen de VR2025 en de VR2024. Aandachtspunt hierbij is het verschil in toegepaste conversie tussen beide modellen: voor model 2025 wordt er geconverteerd naar een ex post situatie met 3 ZPM-jaren, terwijl voor model 2024 wordt geconverteerd naar een ex post situatie met 2 ZPM-jaren en 1 schadelastdip jaar. Dit heeft beperkte impact op de verzekerdenaantallen.

De bijraming zelf heeft zeer beperkte invloed aangezien zowel in de VR2025 als in de VR2024 geen trend is toegepast en de uitval door sterfte in de positieve klassen beperkt is. De mutaties tussen de VR2025 en VR2024 zijn daarmee terug te leiden naar mutaties in de brongegevens.

4.6 **FDG_C**

4.6.1 *Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming*

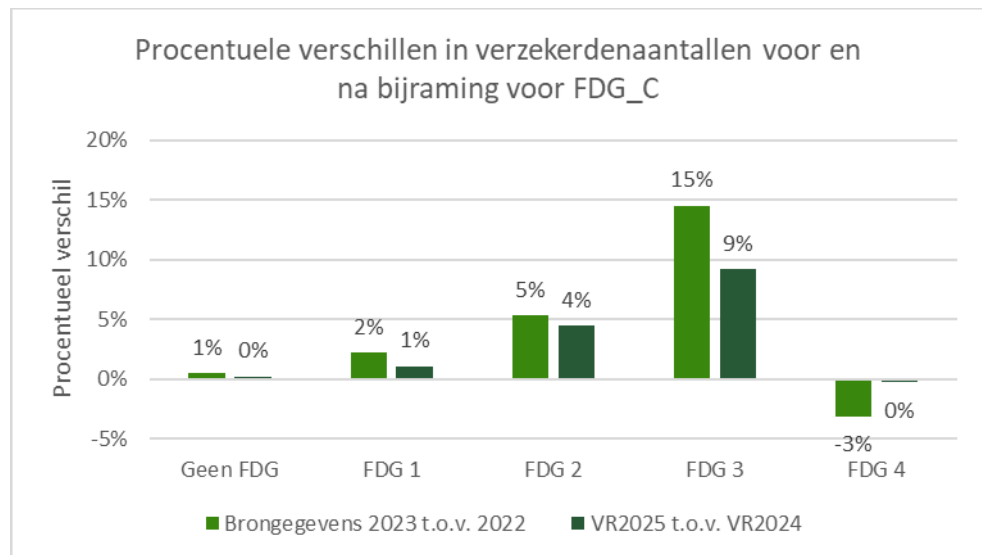
De ontwikkeling van 2022 naar 2023 in de verzekerdenaantallen voor bijraming in de FDG_C-klassen is in lijn met de mutaties van 2021 naar 2022. Alleen in FDG_C_3 stijgen de aantallen van 2022 naar 2023 minder sterk dan we zagen van 2021 naar 2022.. De stijgende trend in FDG_C-3, die al meerdere jaren te zien is, neemt nu dus iets af. De stijging in FDG_C-3 wordt veroorzaakt door een groei in de ZN-code Interstitiële longaandoeningen incl. sarcoïdose. Ook in de klasse FDG_C-2 is een stijging (+5%) te zien. Deze stijging is in lijn met voorgaande jaren en wordt veroorzaakt door de ZN-codes artrose en COPD.

4.6.2 *Uitkomsten na bijraming*

We vergelijken de verzekerdenaantallen tussen de VR2025 en de VR2024. De mutaties zijn goed verklaarbaar door de ontwikkelingen in de verzekerdenaantallen voor bijraming, zie Figuur 10. De grootste mutatie zit bij FDG_C-3 met een mutatie van 9%. De mutatie in de verzekerdenaantallen voor bijraming is echter nog groter, namelijk 15%. Doordat de toegepaste positieve trend in de VR2024 nog wat sterker was dan de trend in de VR2025 is de mutatie na bijraming kleiner dan de mutatie

voor bijraming.

Figuur 10 De mutatie tussen de VR2025 en VR2024 is kleiner na bijraming omdat de toegepaste positieve trend in de VR2024 groter was dan de toegepaste trend in de VR2025



4.7 HSM_C

4.7.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

Voor de VR2025 wordt zowel ex ante als ex post de indeling van HSM_C op basis van modeljaar 2022 (gegevensjaar 2021 voor de onderliggende morbiditeitskenmerken) gebruikt. Voor de VR2024 was dat HSM_C op basis van modeljaar 2021 en gegevensjaar 2020. Het aandeel ongezonde verzekerden voor bijraming is in de VR2025 (48,5%) lager dan het aandeel ongezonde verzekerden in de VR2024 (48,8%) voor bijraming. Hierin speelt mee dat voor model 2025 de kenmerkindeling van HKG_C niet meeloopt voor indeling in HSM_C. Hierdoor worden er minder verzekerden als ongezond geduid en juist meer als gezond ten opzichte van de VR2024.¹⁵

4.7.2

Bijzonderheden in de bijraming

Op de verzekerdenaantallen voor bijraming wordt een extra jaar sterfte toegepast op de verzekerden in de positieve HSM-klasse. Dit wordt gebaseerd op de gerealiseerde sterfte tussen 2022 en 2023.

4.7.3

Uitkomsten na bijraming

Na de bijraming is het aandeel ongezonde verzekerden in de VR2025 (45,0%) vrijwel gelijk aan het aandeel ongezonde verzekerden in de VR2024 (45,1%). Het verschil tussen de VR2025 en VR2024 is kleiner dan het verschil dat we zagen voor bijraming. Dit komt doordat de sterfte van ongezonde verzekerden tussen 2022/2023 iets lager ligt dan de sterfte van ongezonde verzekerden tussen 2021/2022.

¹⁵ Uit extra analyse blijkt dat er 45.000 verzekerden zijn die – indien HKG_C wel zou meelopen voor de bepaling van HSM_C – ingedeeld zouden zijn in HSM 1.

4.8 MHK_C

4.8.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

Het kenmerk MHK_C is in model 2025 op een aantal onderdelen gewijzigd. Alle zwangerschapskosten en verloskundekosten (inclusief MSZ) worden uitgesloten. Ook zijn de percentielgrenzen herijkt. Dit leidt tot verschuivingen in de MHK_C-indeling (zie WOR 1197). De modelwijziging bij PPA leidt er daarnaast toe dat er meer verzekerden ingedeeld worden in de klassen voor Wlz-zorg 'blijvend'. Als gevolg daarvan zien we een verschuiving van verzekerden in positieve MHK_C-klassen in model 2024 naar de afslagklasse in model 2025.

Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2020 tot en met 2022 weer voor de VR2025. De drempelbedragen voor 2022 stegen minder hard dan de drempelbedragen voor 2021. Dit past in het landelijke beeld dat zorguitgaven in 2022 minder hard stijgen dan in 2021.¹⁶

Tabel 3 Drempelbedragen per schadejaar voor MHK_C

Jaar	top 30%	top 15%	top 10%	top 7%	top 4%	top 2%	top 1%	top 0,5%
2020	1.042	2.644	4.094	5.820	10.055	17.074	27.895	42.207
2021	1.155	2.903	4.503	6.427	11.014	18.432	29.677	44.527
2022	1.240	3.108	4.818	6.870	11.515	19.065	30.368	44.631

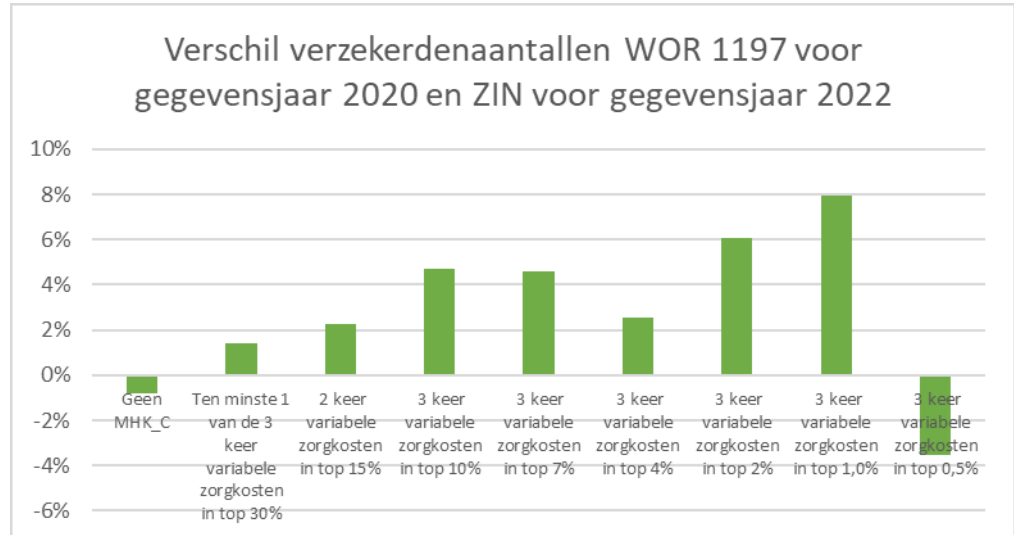
We vergelijken de verzekerdenaantallen voor bijraming in de VR2025 met de aantallen in het MHK Groot Onderhoud (WOR 1197). De verschillen zijn beperkt. De verschillen in Figuur 11 laten de ontwikkelingen zien over 2 gegevensjaren (van 2020 in WOR 1197 naar 2022 in de VR2025). In het geval dat de ontwikkelingen verdeeld worden over 2 jaren is het maximale verschil op jaarbasis 3,9%. Daarnaast zitten er wat verschillen in de gegevens die gebruikt zijn in het WOR-onderzoek en de afleiding van het kenmerk.¹⁷

Figuur 11 De verschillen met de verzekerdenaantallen voor bijraming uit het WOR-

¹⁶ [Zorguitgaven stegen in 2022 met 1,2 procent | CBS](#)

¹⁷ Zo ontbraken de IGZ-kosten van een groot concern in twee gegevensjaren in het WOR-onderzoek en zijn de variabele kosten in het WOR-onderzoek gebaseerd op kosten uit de OT terwijl wij daarvoor de kosten uit het KPV gebruiken. Daarnaast is in het onderzoek een correctie op de MHK-afslagklasse toegepast voor het indelen van verzekerden uit de PPA-klassen voor 'Wlz blijvend' omdat de benodigde brongegevens ontbraken, terwijl wij dit rechtstreeks kunnen toepassen en daarbij ook rekening houden met de modelwijziging bij PPA.

onderzoek (gegevens 2020) zijn beperkt



4.8.2

Bijzonderheden in de bijraming

Voor de VR2025 wordt afgestemd op de prevalenties van ESHPM, gebaseerd op de kostenjaren 2020 tot en met 2022. Omdat de prevalenties van ESHPM nog geen uitval bevatten, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op uitgevoerd op basis van de sterfte van 2022/2023.

Tabel 4 geeft de correctiefactoren van de afstemming op de MHK_C-prevalenties van ESHPM voor de VR2025. Door deze afstemming wordt de raming van positieve MHK_C-classes bij jongere leeftijdscategorieën naar beneden bijgesteld en bij oudere leeftijdscategorieën naar boven bijgesteld. Over alle leeftijdscategorieën en risicoklassen heen zijn de grootste bijstellingen bij MHK_C-2 en MHK_C-7 (beiden - 17,5%). De correctiefactoren in de VR2025 zijn gemiddeld iets kleiner dan de correctiefactoren toegepast in de VR2024.

Tabel 4 Correctiefactoren o.b.v. prevalenties van ESHPM voor MHK_C

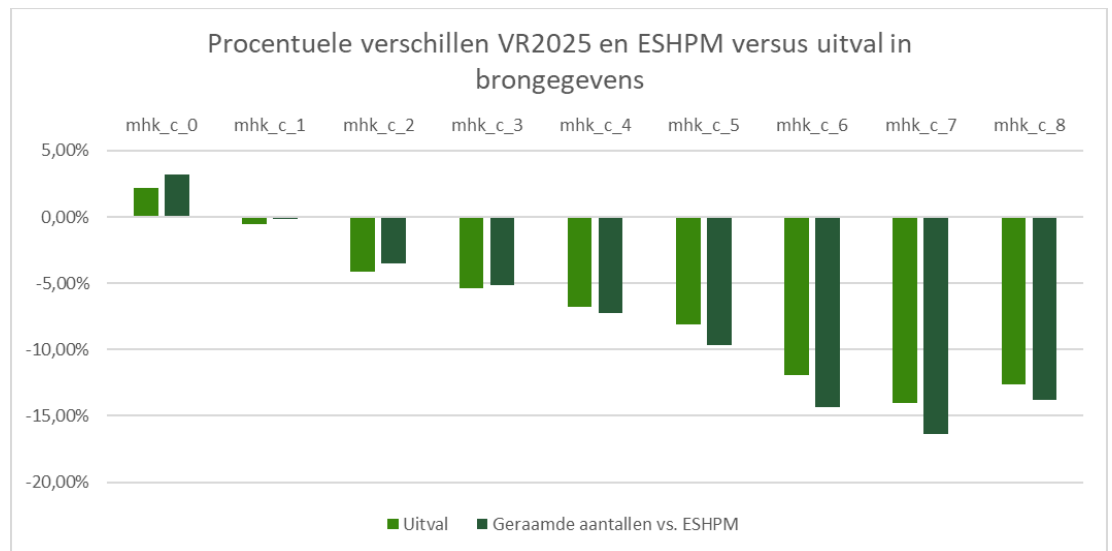
	Ten minste 1 van de 3 keer in top 30%	2 keer in top 15%	3 keer in top 10%	3 keer in top 7%	3 keer in top 4%	3 keer in top 2%	3 keer in top 1,0%	3 keer in top 0,5%
Man 0-17	0,945	0,825	0,992	1,009	1,008	0,935	0,889	0,961
Man 18-29	0,968	0,974	0,972	0,901	0,924	0,849	0,952	0,904
Man 30-44	1,026	1,013	1,018	1,015	0,998	0,979	0,933	0,903
Man 45-59	1,012	1,023	0,983	0,997	0,953	0,962	0,961	0,933
Man 60-74	1,029	1,048	1,024	1,028	1,000	1,029	1,020	1,036
Man 75+	1,003	1,036	1,049	1,043	1,047	1,083	1,036	1,140
Vrouw 0-17	0,949	0,854	1,015	1,026	1,013	0,940	0,892	0,958
Vrouw 18-29	0,996	0,989	0,999	0,974	0,926	0,956	0,825	0,860
Vrouw 30-44	0,999	0,997	0,999	1,000	1,000	0,973	0,917	0,900
Vrouw 45-59	0,998	0,990	0,979	0,974	0,955	0,935	0,901	0,915
Vrouw 60-74	1,024	1,032	1,024	1,015	1,001	1,005	0,964	1,029

Vrouw 75+	0,986	1,022	1,010	1,011	1,027	1,021	0,963	1,070
-----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

4.8.3 *Uitkomsten na bijraming*

Vanwege de modelwijziging bij MHK_C is ervoor gekozen om de geraamde aantallen voor MHK_C te vergelijken met de MHK_C-prevalenties van ESHPM, zie Figuur 12. Het verschil tussen deze prevalenties wordt afgezet tegen de uitval van verzekerden die wij in onze gegevens zien. Dit is een benadering van de sterftecorrectie die wordt toegepast in de VR2025. Er is duidelijk te zien dat sterftecorrectie zorgt voor de verschillen in de verzekerdenaantallen tussen de VR2025 en ESHPM.

Figuur 12 De sterftecorrectie zorgt voor de verschillen tussen de verzekerdenaantallen na bijraming in de VR2025 en de prevalenties van ESHPM



4.9 **MHK_G**

4.9.1 *Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming*

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. Gegevensjaar 2022 is het eerste kostenjaar onder het ZPM. Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2018 tot en met 2022 weer. De drempelbedragen van 2021 laten een forse daling zien, welke te verklaren is door de schadelastdip in 2021.

Tabel 5 Drempelbedragen per schadejaar voor MHK_G

Jaar	'lage' drempel	top 10‰	top 5‰	top 2,5‰	top 1‰
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	184	4.270	8.211	14.092	31.282
2022	125	6.466	11.497	20.558	42.653

De totale groep van verzekerden met GGZ-kosten in 2022 is fors gestegen (26%) ten opzichte van 2021. Dit is te verklaren door de overgang van schadelastjaren

naar boekjaren per 2022. Hierdoor zijn er veel extra "korte" afgekapte prestaties in het begin van 2022 bijgekomen, als overloop van de DBC's die eind 2021 nog niet afgerond waren. Dit heeft de volgende effecten op de kosten van verschillende groepen verzekerden:

- Aan de ene kant zijn er veel verzekerden bijgekomen met relatief korte prestaties en relatief weinig kosten.
- Aan de andere kant zijn er voor de verzekerden met hoge (DBC) GGZ-kosten de kosten in 2021 relatief laag (schadelastdip), en in 2022 juist extra hoog. De overloop uit 2021 loopt namelijk mee in de totale kosten van 2022.

Dit werkt door in de hoogte van de drempelbedragen. Het drempelbedrag voor de laagste drempel valt in 2022 lager uit in vergelijking met 2021 en 2020 doordat er een grotere groep is van verzekerden met relatief lage GGZ-kosten. De stijging van de drempelbedragen in de hogere klassen zien we in mindere mate terug: de drempelbedragen zijn fors gestegen ten opzichte van 2021, maar liggen dicht op de drempelbedragen in 2020. Dit komt doordat het totale aantal verzekerden binnen elke percentielgroep groter is in 2022 ten opzichte van 2021 en 2020. Als gevolg hiervan is er een groei te zien in de verzekerdenaantallen voor bijraming van alle positieve MHK_G klassen van 2021 op 2022. De stijging is het grootst voor de twee hoogste MHK_G-klassen.

4.9.2

Bijzonderheden in de bijraming

In tegenstelling tot MHK_C en MVV_C is bij MHK_G afgestemd op de prevalenties gebaseerd op kosten 2021 en eerder. Hiervoor is gekozen omdat de kosten van 2019 tot en met 2021 van ESHPM geconverteerd zijn naar het ZPM en de prevalenties dan drie kostenjaren met ZPM bevatten, zoals ex post wordt ingedeeld.¹⁸ Omdat de prevalenties van ESHPM nog geen uitval bevatten, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op uitgevoerd op basis van de sterfte van 2022/2023.

Tabel 6 geeft de correctiefactoren van de afstemming op de MHK_G prevalenties van ESHPM voor de VR2025 weer. De klasse 2 van de 5x in top 1‰ en de klasse 5x top 2,5‰ worden het meest gecorrigeerd met de correctiefactoren: de oorspronkelijke aantallen uit de VR2025 worden voor de hoogste leeftijdsklasse voor vrouwen (respectievelijk 1,366 en 1,422) en voor mannen (respectievelijk 1,728 en 2,252) fors naar boven bijgesteld. Mogelijke verklaringen tussen het verschil in prevalenties tussen ZIN en ESHPM zijn een verschil in gegevensjaren waarop de prevalenties gebaseerd zijn (kosten 2021 en eerder vs. kosten 2022 en eerder), het jaar van de schadelastdip (2018 vs. 2021) en het eerste ZPM-jaar (2019 vs. 2022).

Tabel 6 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‰
Man 0-17							
Man 18-29	1,098	1,060	1,083	0,962	1,235	1,297	1,045
Man 30-44	0,982	1,027	1,048	1,049	1,073	1,114	0,977
Man 45-59	0,971	0,968	0,988	0,967	1,035	0,969	0,911
Man 60-74	0,984	0,954	0,956	1,005	1,146	1,201	1,151
Man 75+	1,240	1,203	1,115	1,168	1,728	1,169	2,252

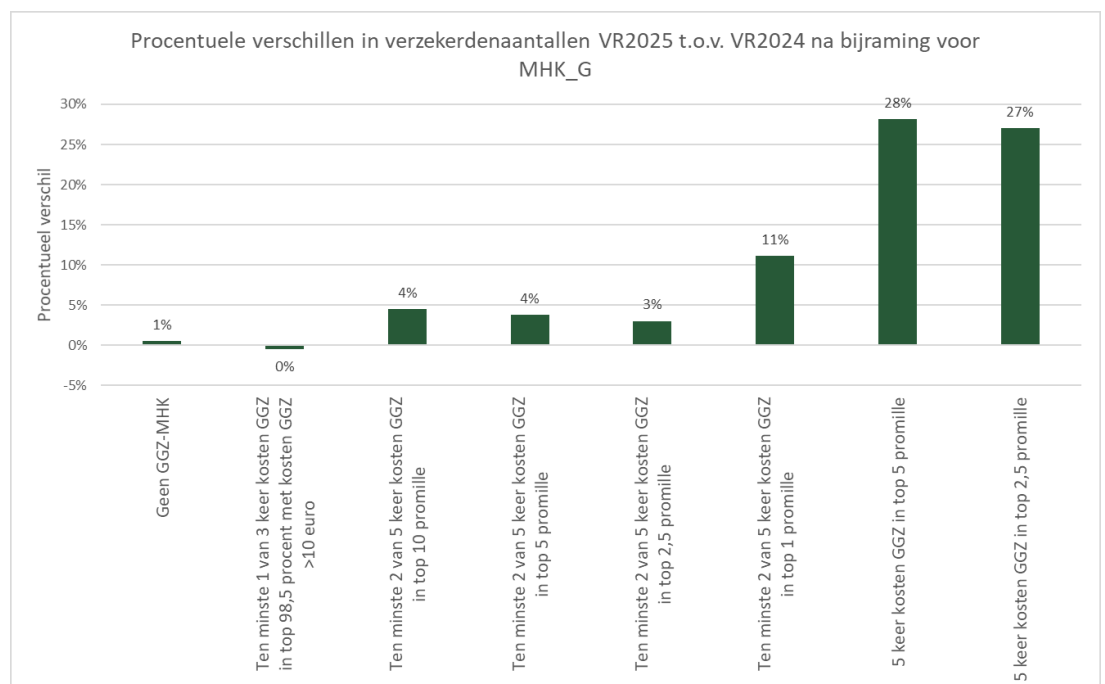
¹⁸ In de prevalenties van ESHPM is ook rekening gehouden met een jaar schadelastdip in 2021 (in kosten 2018) en de wijzigingen in de declaratiestructuur (afgezien van overgang van schadejaar naar boekjaar) door de invoering van het ZPM (in kosten 2019-2021).

Vrouw 0-17							
Vrouw 18-29	1,030	0,974	0,969	0,893	1,029	1,265	1,002
Vrouw 30-44	0,954	0,987	0,993	0,974	1,028	0,969	0,839
Vrouw 45-59	0,951	0,959	0,950	0,972	1,086	0,990	0,921
Vrouw 60-74	0,966	0,967	0,952	0,998	1,209	0,953	0,996
Vrouw 75+	1,157	1,094	1,041	1,223	1,366	0,867	1,422

4.9.3 Uitkomsten na bijraming

Figuur 13 laat een forse stijging in verzekerdenaantallen na bijraming zien in de VR2025 ten opzichte van de VR2024 in de drie hoogste MHK_G-classes. Dit komt voornamelijk doordat er meer verzekerden worden ingedeeld in de topklassen als de langdurige GGZ in de laatste drie gegevensjaren wordt meegenomen bij de indeling ten opzichte van twee gegevensjaren (VR2024). In absolute zin gaat het om een toename van circa 700 en 300 verzekerdenjaren in respectievelijk de een-na-hoogste en hoogste MHK_G-klasse.

Figuur 13 Verschuiving in hoogste MHK_G-classes door meenemen langdurige GGZ in verband met ZPM



4.10 MVV_C

4.10.1 Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

De modelwijziging bij PPA leidt ertoe dat er meer verzekerden ingedeeld worden in de klassen voor Wlz-zorg 'blijvend'. Als gevolg daarvan zien we een verschuiving van verzekerden in positieve MVV_C-classes in model 2024 naar de afslagklasse in model 2025.¹⁹ Deze verschuiving is het grootst bij MVV_C-5 en MVV_C-6. Na de

¹⁹ Het gaat hierbij om circa 55.000 verzekerden die verschuiven van de positieve MVV_C-classes in model 2024 naar de afslagklasse in model 2025 op basis van gegevens 2022.

modelwijziging van PPA is de samenloop tussen PPA-Wlz en MVV sterker geworden: verzekerden met extramurale Wlz lijken vaker V&V-zorg te gebruiken dan verzekerden met intramurale Wlz.

Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2020 tot en met 2022 weer voor de VR2025. De drempelbedragen voor MVV_C dalen voor alle klassen. Dit is in lijn met de ontwikkelingen in eerdere jaren. De daling van de drempelbedragen in 2020 en 2021 werd ook versterkt door teruglopende V&V-kosten in verband met uitgevallen zorg door de COVID-19 pandemie.

Tabel 7 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-
2020	882	1.460	2.356	4.118	7.845	15.232	29.894	45.393	17.480
2021	873	1.441	2.305	3.945	7.369	14.306	28.754	43.390	17.012
2022	848	1.373	2.171	3.639	6.752	13.181	27.117	41.138	16.028

In bijna alle positieve MVV_C-klassen zijn de verschuivingen in de verzekerdenaantallen voor bijraming van 2021 naar 2022 klein. Bij MVV_C-9 (18-minners met V&V-kosten in het voorgaande jaar in top 0,25%) zwakt de daling in het aantal verzekerden van 2021 naar 2022 af (-4%) ten opzichte van de ontwikkeling van 2020 naar 2021 (-8%). De daling in verzekerdenaantallen in MVV_C_9 is ontstaan na overheveling van MSVT (Medisch Specialistische Verpleging Thuis) van de Wlz naar de Zvw in 2018. Hierdoor was er in 2018 een piek in verzekerdenaantallen in MVV_C_9 die sinds 2019 afneemt. Het gaat hierbij om kleine absolute aantallen.

4.10.2 Bijzonderheden in de bijraming

Voor de VR2025 wordt afgestemd op de prevalenties van ESHPM, gebaseerd op de kostenjaren 2020 tot en met 2022. Omdat de prevalenties van ESHPM nog geen uitval bevatten heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op uitgevoerd op basis van de sterfte van 2022/2023.

Tabel 8 geeft de correctiefactoren van de afstemming op de MVV_C-prevalenties van ESHPM weer voor de VR2025. 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 2,2% bij de vrouwen en 0,8% bij de mannen in het aantal 18-minners impliceert dat bij de prevalenties van ESHPM een iets sterkere daling in deze klasse optreedt dan bij de verzekerdenaantallen voor bijraming van ZIN.

Tabel 8 Correctiefactoren o.b.v. prevalenties van ESHPM voor MVV_C

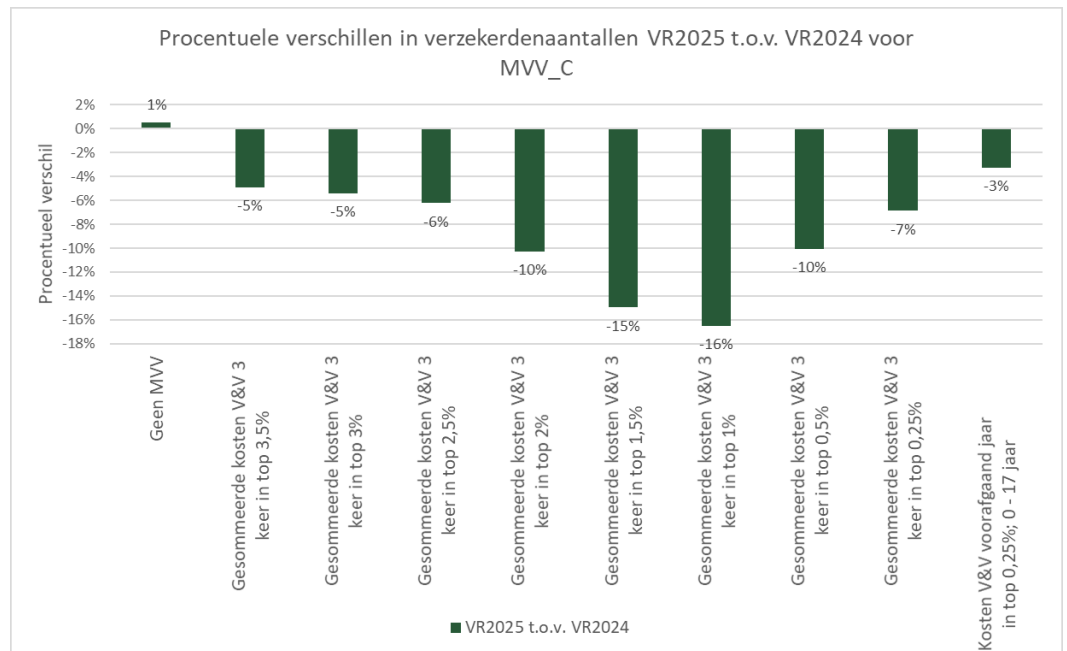
	Som V&V-kosten in t-3, t-2 en t-1 in top								18 min in top 0,25% (t-1)
	3,5%	3%	2,5%	2%	1,5%	1%	0,5%	0,25%	
Man 0 t/m 17	0,901	0,825	0,963	0,882	0,911	0,917	0,990	0,933	0,992
Man 18 t/m 29	0,963	0,976	0,953	0,983	0,983	1,051	1,037	1,082	
Man 30 t/m 44	0,957	0,975	0,969	0,966	1,019	1,013	1,042	1,041	
Man 45 t/m 59	0,939	0,942	0,966	0,946	0,989	0,999	1,016	1,016	

Man 60 t/m 74	0,985	0,991	1,002	1,000	1,022	1,035	1,046	1,061	0,978
Man 75 +	1,028	1,046	1,050	1,058	1,060	1,082	1,099	1,137	
Vrouw 0 t/m 17	0,888	0,851	0,924	0,885	0,928	0,933	0,972	0,951	
Vrouw 18 t/m 29	0,969	0,975	0,913	0,999	0,955	1,038	1,021	1,078	
Vrouw 30 t/m 44	0,977	0,971	0,980	0,949	0,982	1,018	1,023	1,010	
Vrouw 45 t/m 59	0,932	0,957	0,976	0,967	0,956	0,982	1,008	1,020	
Vrouw 60 t/m 74	0,988	0,997	0,998	1,004	1,017	1,043	1,039	1,067	
Vrouw 75+	1,032	1,046	1,045	1,060	1,071	1,101	1,130	1,159	

4.10.3 Uitkomsten na bijraming

Figuur 14 laat een forse daling in verzekerdenaantallen na bijraming zien in de VR2025 ten opzichte van de VR2024 in vrijwel alle positieve MVV_C-classes. Het verschil in verzekerdenaantallen tussen de VR2025 en de VR2024 wordt voornamelijk veroorzaakt door een daling in de prevalenties van ESHPM, welke toe te schrijven is aan de impact van de modelwijziging van PPA op de MVV_C-indeling. Dit zagen we ook in de verzekerdenaantallen voor bijraming tussen de VR2025 en de VR2024.

Figuur 14 Dalingen in alle positieve MVV_C-classes door meer verzekerden in PPA-classes 'Wlz-blijvend' in VR2025 t.o.v. VR2024



4.11 IBZ_C

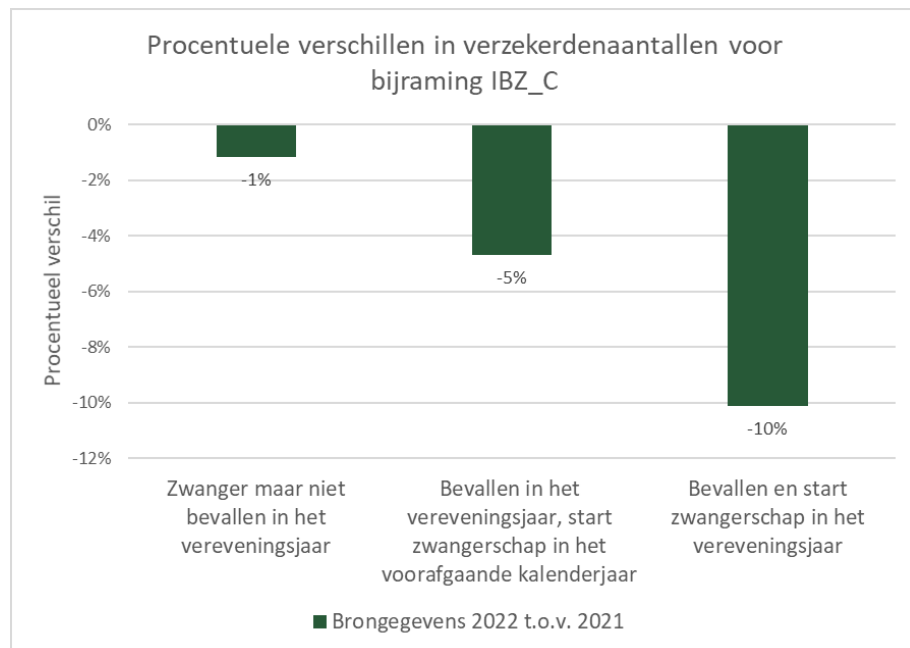
4.11.1 Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

De vormgeving van IBZ_C is in modeljaar 2025 gewijzigd naar aanleiding van groot onderhoud van MHK_C (WOR 1197). Kosten MSZ verloskundekosten worden meegenomen bij de overige verloskundekosten. Daarnaast is er een leeftijdsrestrictie toegepast: alleen verzekerden van 15 tot en met 54 jaar kunnen tot indeling leiden. De toevoeging van de MSZ verloskundekosten resulteert in een verschuiving van een niet eerder ingedeelde groep verzekerden (IBZ_C-0) naar de klasse: zwanger maar niet bevallen in het vereveningsjaar (IBZ_C-1). Ook zien we een verschuiving van de klasse: bevallen en start zwangerschap in vereveningsjaar (IBZ_C-3) naar de klasse: bevallen in vereveningsjaar en start zwangerschap in het daaraan

voorafgaande kalenderjaar (IBZ_C-2).²⁰

Figuur 15 laat zien dat de ontwikkeling van 2021 naar 2022 leidt tot een forse daling in de verzekerdenaantallen voor bijraming in de klassen IBZ_C-2 en IBZ_C-3. Dit komt doordat het effect van de geboortegolf in 2021 weer teniet wordt gedaan. Deze daling komt ook terug in de cijfers van het CBS. In die cijfers is een daling van 6,7% in het aantal levende geboren kinderen terug te zien.²¹

Figuur 15 Dalingen in IBZ_C-2 en IBZ_C-3 als gevolg van de geboortegolf van 2021



4.11.2 Bijzonderheden in de bijraming

Voor 2023 is het aantal geboortes vergelijkbaar met 2022 volgens cijfers van het CBS.²² Voor de jaren erna is er geen reden om aan te nemen dat dit sterk gaat veranderen. Daarom is er in de bijraming voor gekozen om geen trend toe te passen.

4.11.3 Uitkomsten na bijraming

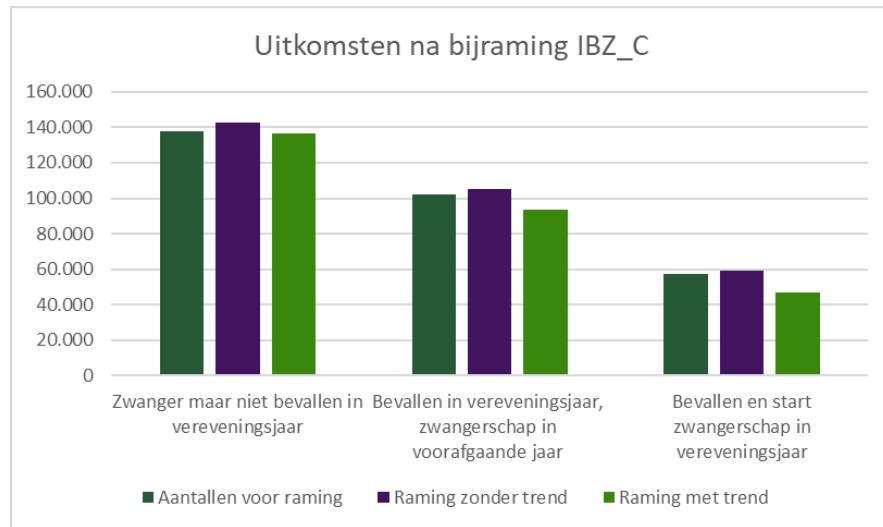
Figuur 16 laat zien wat het effect is van het wel of niet toepassen van een trend voor IBZ_C. Bij de raming zonder trend (VR2025) is te zien dat de aantallen licht stijgen ten opzichte van de aantallen voor raming. Deze stijging ligt rond de 3% en komt door de geraamde bevolkingsgroei van vrouwen tussen de 15 en 40 jaar van 2022 naar 2025.

Figuur 16 Het niet toepassen van een trend bij IBZ_C leidt tot een lichte stijging in de verzekerdenaantallen na bijraming in de VR2025

²⁰ Op basis van brongegevens 2022 gaat het om circa 14.000 verzekerdenjaren voor bijraming dat verschuift van IBZ_C-0 naar IBZ_C-1, en circa 5.000 verzekerdenjaren dat verschuift van IBZ_C-3 naar IBZ_C-2.

²¹ StatLine - Geboorte; kerncijfers (cbs.nl)

²² [Bevolking in 2023 minder sterk gegroeid dan een jaar eerder | CBS](#)



4.12 AVI

4.12.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

De verzekerdenaantallen voor bijraming in de IVA-klassen nemen toe van 2022 naar 2023. Dit is een trend die al jaren zichtbaar is en onder meer samenhangt met de ingroei in de IVA-regeling die sinds 2006 is gestart. De groei van 2022 naar 2023 is vergelijkbaar met de ontwikkeling van 2021 naar 2022.

Verder is er een grote verschuiving bij hoogopgeleiden bij de leeftijdsklasse van 18 tot en met 34 jaar. Het aantal verzekerdenjaren daalt met 12% (rond de 74.000 verzekerdenjaren). De referentiegroep van deze leeftijdsgroep stijgt met 5% (rond de 90.000 verzekerdenjaren). Dit wijkt af van de verzekerdenaantallen voor de jaren 2020 tot en met 2022. Daar zien we namelijk dat de verzekerdenaantallen voor deze klassen stabiel blijven. De mutaties zijn terug te leiden naar het DUO-bestand dat we ontvangen hebben over 2023. Uit navraag bij DUO blijkt dat er een vertraagd COVID-19-effect is in de brongegevens met betrekking tot het aantal inschrijvingen en diploma's in 2023. Studievertraging, minder studenten, samenloop van (veel) meer dubbele inschrijvingen en vertraging in de afgifte van de diploma's verklaren de afwijking in 2023 ten opzichte van de andere jaren. Hierdoor staan er in 2023 minder verzekerden geregistreerd als hoogopgeleiden. DUO geeft aan dat dit een eenmalig effect is, en het aantal inschrijvingen en diploma's in 2024 weer terug gaat naar het niveau van 2022 en eerder.

Daarnaast zien we ook een opvallende wijziging in de klasse voor studenten bij de leeftijdsklasse 0- tot en met 17-jarigen. De verzekerdenaantallen voor bijraming voor de jaren 2020 tot en met 2022 schommelen rond de 25.500 verzekerdenjaren. Voor 2023 is er echter een stijging naar rond de 29.000 verzekerdenjaren. Ook deze ontwikkeling is te herleiden naar het DUO-bestand van 2023.

4.12.2

Bijzonderheden in de bijraming

We hebben een correctie uitgevoerd zodat de aantallen in de klassen hoogopgeleiden en referentiegroep voor de leeftijdsklasse 18- tot en met 34-jarigen in lijn zijn met de ontwikkeling van eerdere jaren en zoals we weer zien in de gegevens van 2024. De toegepaste correctie houdt in dat voor AVI in het somatisch model en het GGZ-model 74.000 verzekerdenjaren van de referentiegroep naar de hoogopgeleiden worden overgeheveld voor de leeftijdsklasse 18- tot en met 34-

jarigen. Voor het eigen-risico model wordt eenzelfde soort correctie toegepast, alleen wordt eerst gekeken hoeveel van de verzekerden in de hoogopleidengroep daadwerkelijk in het eigen risico model belandt.²³ Dit komt neer op 87,4%. Daarom wordt er in het eigen-risico model 64.500 verzekerdenjaren van de referentiegroep naar de hoogopgeleiden groep voor 18- tot en met 34-jarigen verschoven.

We corrigeren niet voor de klasse 'student 0- tot en met 17-jarigen'. De eenmalige afwijking voor deze klasse is dermate klein dat ervoor is gekozen om hiervoor niet te corrigeren in de VR2025. Daarnaast is het voor deze leeftijdsgroep lastig te achterhalen in welke andere klassen deze verzekerden eigenlijk zouden moeten zitten. Hierbij moet namelijk rekening worden gehouden met de trechtering van AVI voor de volwassen die op hetzelfde adres wonen. 0- tot en met 17-jarigen krijgen namelijk de AVI-groep van een volwassenen die op hetzelfde adres woont.

Conform de VR2024 passen we de IVA-correctiefactoren twee keer toe. Op basis van UWV-gegevens komen we op de correctiefactoren in onderstaande tabel.

Tabel 9 Toegepaste IVA-correctiefactoren voor AVI

Leeftijdsklasse	0-17	18-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70+
IVA-correctiefactor	1,058	1,070	1,039	1,057	1,067	1,067	1,000

4.12.3 *Uitkomsten na bijraming*

Voor AVI vergelijken we de uitkomsten van de VR2025 met de VR2024. Voor de meeste klassen geldt dat de mutaties tussen de VR2025 en de VR2024 vergelijkbaar zijn met de mutaties die we zien in de verzekerdenaantallen voor bijraming. De mutaties zijn daarmee goed verklaarbaar door verschillen in de brongegevens.

Dit geldt niet voor de IVA-klassen en voor de hoogopgeleiden en referentiegroep van de leeftijdsklasse 18- tot en met 34-jaar. Dit komt door de toegepaste IVA-correctiefactoren en de correctie van het eenmalige afwijking in het DUO-bestand van 2023.

4.13 SES

4.13.1 *Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming*

De ontwikkeling van 2022 naar 2023 in de verzekerdenaantallen voor bijraming in SES-klassen zeer laag, laag, midden en hoog is in lijn met mutaties van 2021 naar 2022. De drempelbedragen nemen toe voor elk van de klassen en het effect van vergrijzing blijft zichtbaar in een relatief sterke stijging van het aantal verzekerdenjaren in de inkomensklassen voor 70-plussers.

Tabel 10: Drempelbedragen voor indeling SES-inkomencategorieën per leeftijdsklasse

Leeftijdscategorie	20%	40%	70%
0-17 jaar	31.622	55.423	86.076
18-69 jaar	30.650	51.964	84.256
70 jaar of ouder	22.829	31.379	48.849

²³Omdat de bepaling van de niet-forfaitaire groep in model 2025 is veranderd ten opzichte van model 2024 kunnen we de correctie voor het eigen risico model niet baseren op een vergelijking tussen de VR2024 en VR2025.

De aantallen in de klassen met Wlz-zorg veranderen van 2022 naar 2023 minder sterk dan we zagen van 2021 naar 2022. Waar het aantal 18- tot 69-jarigen met Wlz-zorg 4% steeg van 2021 naar 2022, is een stijging van 3% te zien van 2022 naar 2023 (zie Figuur 17). Het aantal 70-plussers met Wlz-zorg nam van 2021 naar 2022 toe met 5%, maar stijgt van 2022 naar 2023 nog maar met 3%. Deze afnemende stijging in verzekerdenjaren is het gevolg van de Wlz-verruiming in 2021. Tot slot is er een lichte stijging in het aantal 0- tot en met 17-jarigen met Wlz-zorg.

Ten opzichte van de VR2024 laat de VR2025 een stijging zien bij de SES zeer laag klassen voor Wlz voor alle leeftijdsklassen, zie Figuur 17. Dit hangt samen met de modelwijziging bij PPA waarbij ook nu ook verzekerden met extramurale Wlz-zorg tot indeling leiden.

Figuur 17 Door de modelwijziging bij PPA worden er meer verzekerden in SES zeer laag klassen voor Wlz ingedeeld in de VR2025



4.13.2 *Uitkomsten na bijraming*

Ten opzichte van de verzekerdenaantallen voor bijraming is in de VR2025 een

stijging van het aantal verzekerdenjaren te zien in alle klassen (m.u.v. de leeftijdsklassen van 0 tot en met 17 jaar). Dat hangt samen met de bevolkingsontwikkeling. Die stijging is het sterkst bij de klassen voor 70-plussers.

4.14 PPA

4.14.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

We vergelijken de verzekerdenaantallen voor de VR2025 met de aantallen in het Groot Onderhoud AVI/SES/PPA (WOR 1194). De verschillen zijn beperkt.

De overstap van gegevens 2022 naar gegevens 2023 zorgt voor een toename van het aantal verzekerdenjaren in de PPA-klassen Wlz-blijvend, zie Figuur 18. Het aantal verzekerdenjaren in de Wlz-instromend klassen neemt, voor vrijwel alle leeftijdsklassen, juist af (Figuur 19). Dit effect is het grootst voor de leeftijdsklasse van 18 tot en met 69 (+0% blijvend met behandeling, +6% zonder behandeling of extramurale Wlz; -8% instromend met behandeling, -8% instromend zonder behandeling of extramurale Wlz).²⁴ Deze verschuiving is echter fors minder dan die verschuiving die we zagen bij de overstap van 2021 naar 2022. De verhoogde doorstroom van Wlz-instromend naar blijvend is grotendeels het gevolg van de verruiming van de Wlz per 2021 en de aanhoudende hoge instroom in 2022. We zien dat de extra instroom in 2023, zoals verwacht, afneemt. Daarnaast is landelijk al jaren een fors stijgende trend zichtbaar in het gebruik van Wlz-zorg via een VPT of MPT. Deze stijging zien we in mindere mate ook terug bij Wlz-zorg binnen een instelling (m.u.v. de forse stijging in 2021).²⁵ Ook het gebruik van persoonsgebonden budgetten (PGB's) binnen de Wlz blijft toenemen.²⁶ Dit kan een aanvullende reden zijn waardoor verzekerden sneller in een Wlz-blijvend klasse worden ingedeeld.

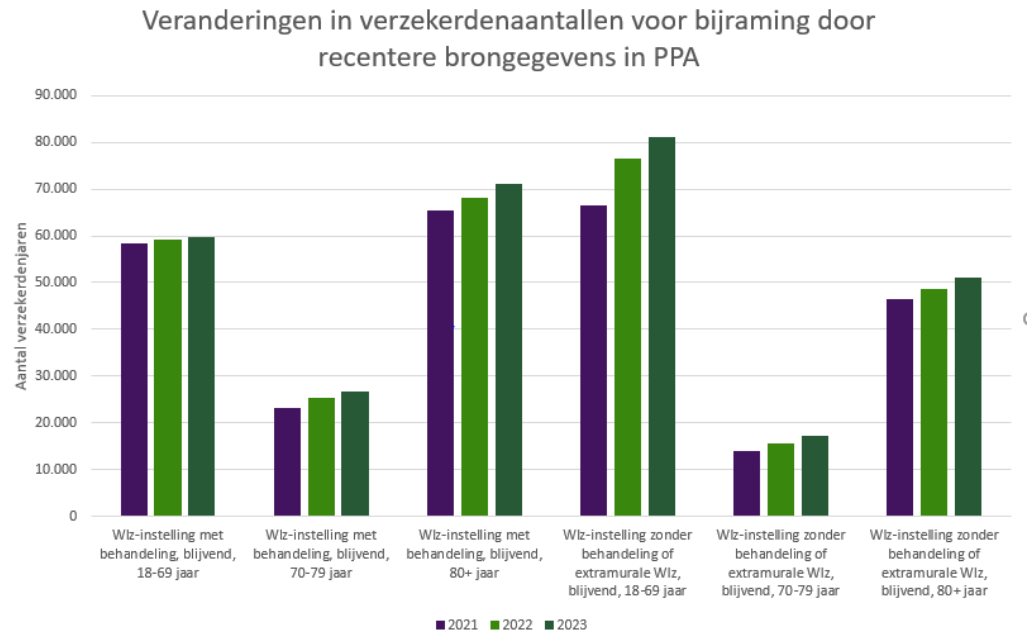
Figuur 18 Stijging in alle Wlz-blijvend klassen door gebruik van recentere

²⁴ In de brongegevens zien we terug dat de grootste stijging inderdaad zit bij Wlz-codes die betrekking hebben op GGZ-wonen met intensieve begeleiding, zonder behandeling.

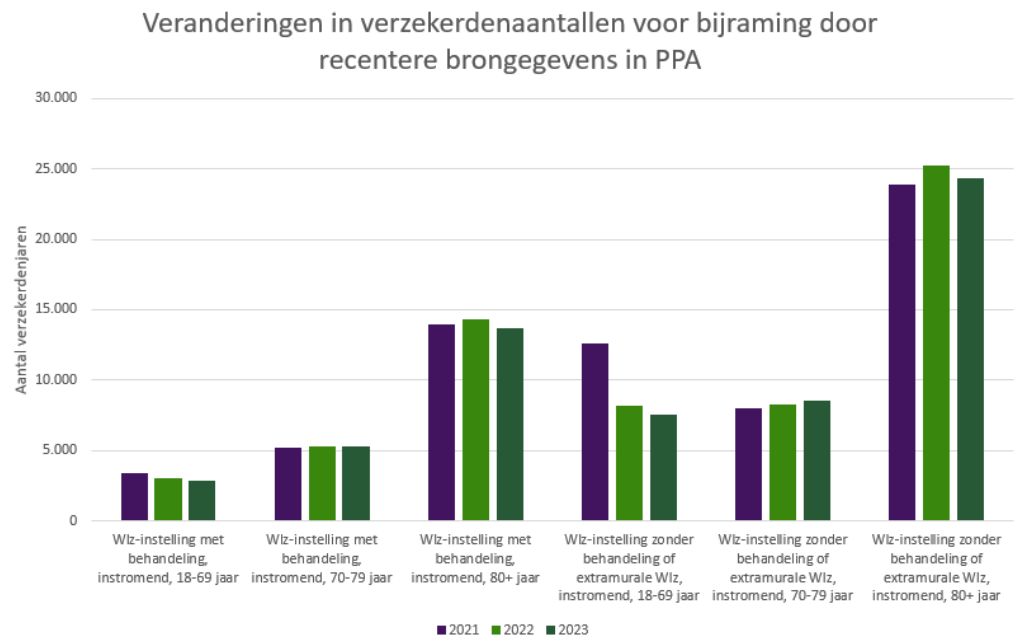
²⁵ Zie [Gebruik Wlz-zorg in natura | Gebruik | Monitor Langdurige Zorg](#)

²⁶ Zie [StatLine - Personen met toegekend persoonsgebonden budget \(pgb\): ultimo kwartaal \(cbs.nl\)](#)

brongegevens



Figuur 19 Daling in vrijwel alle Wlz-instromend klassen door gebruik van recentere brongegevens



4.14.2 Uitkomsten na bijraming

De aantallen in de VR2025 stijgen voor vrijwel alle leeftijdsklassen ten opzichte van de verzekerdenaantallen voor bijraming, met uitzondering van de leeftijdsklassen van 0 tot en met 17 jaar. Dat hangt samen met de bevolkingsontwikkeling. De stijging is het sterkst bij de klassen voor 80-plussers.

4.15 REG_C en REG_G

De referentiebestanden voor de kenmerken REG_C en REG_G zijn voor model 2025

gewijzigd ten opzichte van model 2024 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 VR2024 minimaal.

4.16 SEI

Het totale aantal niet-ingezetenen in het somatisch model wordt in de VR2025 geraamd op 244.833. Dat is wat lager dan met de VR2024, toen het geraamde aantal niet-ingezetenen op 246.172 uit kwam. Voor het GGZ model worden er 241.944 niet-ingezetenen geraamd, ook dit is wat lager dan het aantal in de VR2024 (243.867). Ten opzicht van modeljaar 2024, komen alle ingezetenen nu in een aparte klasse in het kenmerk SEI. Dit komt in totaal uit op 17.616.167 verzekerdenjaren.

Om tot de raming voor SEI te komen, wordt het landelijk aandeel seizoenarbeiders in 2023 toegepast op dit geraamde aantal niet-ingezetenen. Op die manier wordt 39,6% van de niet-ingezetenen aangemerkt als seizoenarbeider. Dit is lager dan het aandeel dat in de VR2024 werd gebruikt (42,7%). Doordat het totale aantal niet-ingezetenen omlaag is gegaan én het percentage seizoenarbeiders ook omlaag gaat, zijn er voor de VR2025 minder seizoenarbeiders dan voor de VR2024 (96.874 om 105.209). Het aantal overige niet-ingezetenen neemt logischerwijs toe (respectievelijk 147.959 en 140.963). Het aandeel seizoenarbeiders verschilt per verzekeraar omdat in de raming rekening wordt gehouden met de grote variatie in het aandeel seizoenarbeiders over verzekeraars.

4.17 MFK_C

4.17.1

Ontwikkelingen in meest recente verzekerdenaantallen voor bijraming

In de drempelbedragen van MFK is een stijging (8,4%) van 2021 naar 2022 te zien. Deze stijging is groter dan de stijging van 2020 naar 2021. Dit kan worden verklaard door een landelijke stijging in farmaciekosten²⁷ en de opname van Elexacftor/Tezacftor/Ivacftor voor cystische fibrose in het basispakket per 2022²⁸.

Tabel 11 Drempelbedragen per schadejaar voor MFK_C

Jaar	top 25%
2020	164
2021	167
2022	181

Het aandeel ongezonde verzekerden voor bijraming is in de VR2025 (31,94%) licht gestegen ten opzichte van het aandeel ongezonde verzekerden in de VR2024 (31,91%) voor bijraming.

4.17.2

Uitkomsten na bijraming

Na de bijraming is het aandeel ongezonde verzekerden in de VR2025 (31,1%) ook toegenomen ten opzichte van het aandeel ongezonde verzekerden in de VR2024 (30,9%). Het verschil tussen de VR2025 en VR2024 is groter dan het verschil dat we zagen voor bijraming. Dit komt doordat de sterfte van ongezonde verzekerden

²⁷ Zie [Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet | Zorgcijfersdatabank.nl](#)

²⁸ Zie [Ontwikkelingen in het gebruik van CFTR-regulatoren in de afgelopen vijf jaar \(2017-2022\) | GIPdatabank.nl](#)

tussen 2022/2023 iets lager ligt dan de sterfte van ongezonde verzekerden tussen 2021/2022.

4.18 ER-model

Het ER-model is voor model 2025 gebaseerd op de kenmerken FKG_C, DKG_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 VR2025 voor ieder kenmerk de kenmerkindeling met gegevens 2022 gebruikt.

De bepaling van niet-forfaitaire groep is gewijzigd ten opzichte van de VR2024. Voor de VR2024 loopt indeling HKG_C mee voor indeling in de niet-forfaitaire groep, voor de VR2025 geldt dit niet. Daarnaast hebben de modelwijzigingen voor MHK_C en PPA impact op de samenstelling van de niet-forfaitaire groep. De modelwijziging bij PPA leidt ertoe dat er meer verzekerden ingedeeld worden in de klassen voor Wlz-zorg 'blijvend'. Als gevolg daarvan zien we een verschuiving van verzekerden naar de afslagklasse van zowel MVV_C als MHK_C ten opzichte van model 2024.

Voor het eigen risico model vergelijken we het totaal aantal verzekerden in L5G_E tussen de VR2024 en VR2025. In de VR2025 zitten er 9.294.344 verzekerden in de niet-forfaitaire groep. Dit is een stijging van 1,5% ten opzichte van de VR2024. De stijging van het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder (L5G_G) tussen de VR2024 en VR2025 bedraagt 0,5%. Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep is tussen de VR2024 en de VR2025 dus gestegen met 1%-punt. In de VR2024 zagen we nog een tegengestelde beweging, toen daalde het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep met 0,2%-punt. Dit komt grotendeels doordat er vanwege de modelwijziging bij PPA meer verzekerden in de afslagklasse voor MHK_C en MVV_C terecht komen. Daarnaast speelt mee dat de VR2024 indeling in HKG_C meeloopt voor indeling in de niet-forfaitaire groep en voor VR2025 dit niet geldt.

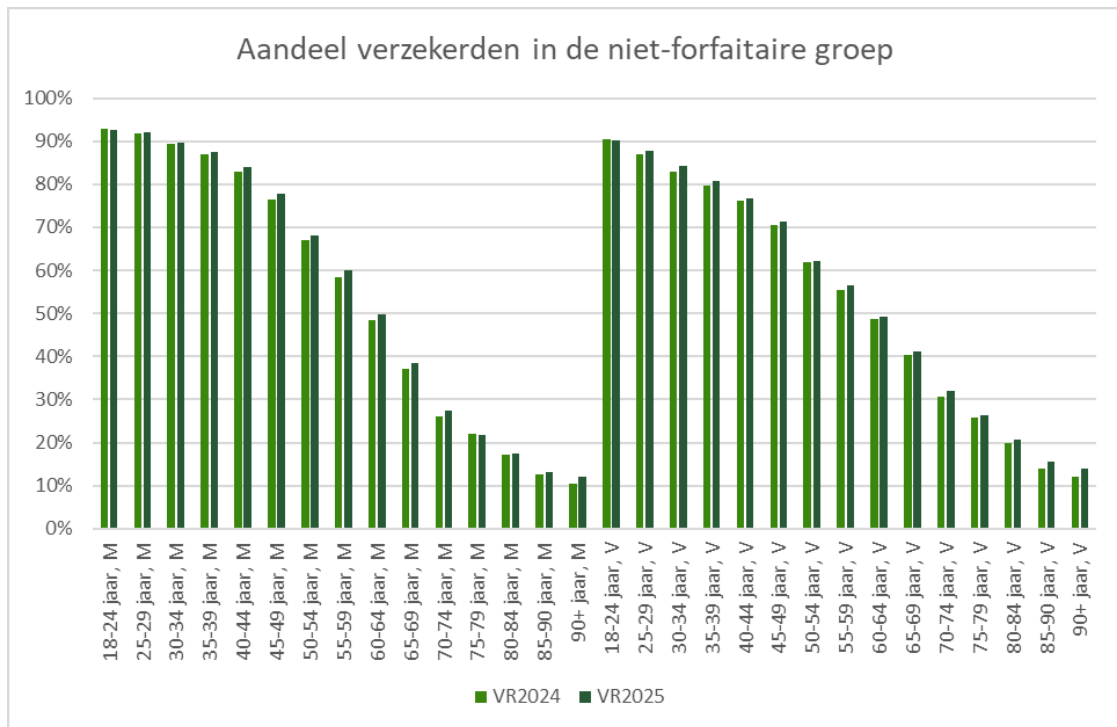
Tabel 22 Aandeel niet-forfaitaire groep gestegen ten opzichte van VR2024

	VR2025	VR2024	VR2023
Niet-forfaitaire groep	9.294.344	9.153.204	9.098.203
Totaal 18-plussers	14.626.000	14.551.000	14.418.000
Aandeel niet-forfaitaire groep	63,55%	62,90%	63,10%

Op L5G-niveau zijn de mutaties van de niet-forfaitaire groep voor de meeste klassen vergelijkbaar met de mutaties voor de totale populatie. Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep stijgt voor vrijwel alle leeftijdsklassen (zie Figuur 20). De stijging is het grootst bij de leeftijdsklasse 90+ jaar en de leeftijdsklasse 75-85 jarigen (vrouwen). Deze stijging is versterkt door de modelwijziging van PPA en doordat HKG_C niet meeloopt in de bepaling van de niet-forfaitaire groep in VR2025 (in tegenstelling tot de VR2024).

Figuur 20 Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep stijgt bij vrijwel alle

leeftijdsklassen



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 2025. 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 2025. De grootste onzekerheden in de VR2025 zijn vanwege de invoering van het Zorgprestatiemodel. Voor het eerst gebruiken we gegevens met ZPM-systematiek (2022). We zien grote wijzigingen in zorggebruik- en diagnosecategoriën van verzekerden ten opzichte van de DBC-systematiek. Dit leidt tot grote verschuivingen in de verzekerdenaantallen van DKG_G en MHK_G. Daarnaast moesten voor de verzekerdenaantallen aannames gemaakt worden om de ex ante situatie vergelijkbaar te maken aan de ex post situatie. Dit geeft onzekerheid in DKG_G en MHK_G.

Per kenmerk kan er sprake zijn van verschillende onzekerheden. In het algemeen zien we een aantal 'reguliere' onzekerheden die voor kunnen komen. 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. Nieuwe brongegevens
- e. Foute of kwalitatief beperkte bronbestanden
- f. Stelsel- of bekostigingswijzigingen

In dit advies gaan we uit van de reguliere ex post situatie zonder aanvullende ex post maatregelen. Aanvullende ex post maatregelen of eventuele effecten op het level playing field kunnen 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 als de onzekerheid voor het hele kenmerk geldt.

Op basis van analyses van de onzekerheden adviseert het Zorginstituut om voor de volgende kenmerken klassieke criteriumneutraliteit toe te passen op het gehele

kenmerk: MHK_C, MVV_C, DKG_G en MHK_G. Bij het kenmerk PPA adviseren we om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen voor de klassen Wlz-instromend en Wlz-blijvend met eenpersoonshuishouden en meerpersoonshuishouden als alternatieve afslagklassen, op basis van aandeel premie-equivalenten. Bij de kenmerken FKG_C en AVI adviseren we klassieke criteriumneutraliteit op een aantal klassen toe te passen. Bij de volgende kenmerken adviseren wij geen criteriumneutraliteit toe te passen: FKG_G, FDG_C, DKG_C, IBZ_C, SES, HSM_C, REG_C, REG_G, SEI en L5G. Bij deze kenmerken hebben we geen onzekerheden geconstateerd die groter zijn dan gebruikelijk.

Tabel 13 geeft een overzicht van de adviezen over de inzet van criteriumneutraliteit voor de risicoverevening 2025 en de verschillen met het advies voor de risicoverevening 2024. We lichten het advies daarna per kenmerk toe.

Tabel 13 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"> 7 FKG-klassen o.b.v. add-on (FKG-22, 29, 30, 32, 35, 38 en 40) 4 EHK-klassen (FKG-45 t/m 48) 	Partiële klassieke criteriumneutraliteit <ul style="list-style-type: none"> 7 FKG-klassen o.b.v. add-on (FKG-22, 29, 30, 32, 35, 38 en 40) 4 EHK-klassen (FKG-45 t/m 48) 1 reguliere FKG-klasse (44)
FKG_G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
DKG_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
DKG_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
FDG_C	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
HSM_C	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
MHK_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
MHK_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MVV_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
IBZ_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
AVI	Partiële klassieke criteriumneutraliteit met alternatieve afslagklasse	Geen criteriumneutraliteit
SES	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
PPA	Integrale klassieke criteriumneutraliteit met alternatieve afslagklasse	Geen criteriumneutraliteit
REG_C/G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
SEI	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit

5.1 L5G

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk L5G. Er zijn geen bijzonderheden in de gebruikte gegevens en geen grote onzekerheden ten aanzien van de verwachting voor 2025.

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: In tegenstelling tot vorig jaar zien we geen grote onzekerheden meer in de trend van 2021 op 2022 door COVID-19. Wel wordt er voor de zeven klassen op basis van add-on gebruikgemaakt van oudere brongegevens (2022). De raming moet daardoor twee jaar overbruggen, waardoor de verzekerdenaantallen onzekerder zijn. Er zijn veel ontwikkelingen in geneesmiddelen binnen de add-on klassen, bijvoorbeeld

vanwege de introductie van nieuwe middelen, wat de onzekerheid in verzekerdenaantallen vergroot.

- Alle EHK-klassen: De samenstelling van de EHK-klassen is gewijzigd naar aanleiding van het regulier onderhoud. Daarom zijn de verzekerdenaantallen onzekerder. Bovendien gaat het om kleine verzekerdenaantallen en hoge normbedragen. Ook zijn de vier EHK-klassen gebaseerd op oudere brongegevens (2022). Dit is jaarlijks het geval.

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 geen criteriumneutraliteit toe te passen. Er is geen sprake meer van een COVID-19 effect op de indeling. Vorig jaar was dit wel het geval bij de trend van 2020 op 2021. We zien geen grote onzekerheden in de trend van 2021 op 2022. Wel wordt er gebruikgemaakt van oudere brongegevens (2022). Deze onzekerheid lijkt niet meer dan gebruikelijk. Verzekeraars hebben daarbij echter aangegeven dat de omvang van het risico naar hun mening groter is, waardoor de afweging gemaakt kan worden om wel criteriumneutraliteit toe te passen.

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:

- Voor het eerst gebruiken we gegevens met ZPM-systematiek (2022). We zien grote wijzigingen in zorggebruik- en diagnosecategoriën ten opzichte van de DBC-systematiek. Dit leidt tot grote verschuivingen in de verzekerdenaantallen van DKG_G.
- De brongegevens over 2021 kennen een schadelastdip door de "harde knip" eind december 2021.
- Er moet een conversie worden toegepast op de gegevensjaren 2020 en 2021, van oude bekostiging naar ZPM (gegevens 2020) en van schadelastdip naar ZPM (gegevens 2021).

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 (2022 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 zijn geen specifieke bijzonderheden.

5.7 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.

5.8 MHK_C

We adviseren om voor MHK_C integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen.

Het kenmerk is ten opzichte van vereveningsjaar 2024 aangepast: alle zwangerschapskosten en verloskundekosten (inclusief MSZ) zijn uitgesloten van indeling. Ook zijn de percentielgrenzen herijkt. Daarnaast heeft de modelwijziging van PPA invloed op de indeling van MHK_C. Verzekerden die in PPA worden ingedeeld in klassen voor Wlz-zorg 'blijvend' worden bij MHK ingedeeld bij de afslagklasse. Bovendien wordt voor de ex ante toekenning een andere gegevensbron gebruikt dan voor de ex post vaststelling (Vektis-gegevens ipv Kosten per verzekerde-bestanden). Hierdoor is er meer onzekerheid over de verzekerdenaantallen.

5.9 **MHK_G**

We adviseren om voor MHK_G integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen. De invoering van het ZPM zorgt namelijk voor grote onzekerheid, zie DKG_G. In de ex post situatie wordt MHK_G ingedeeld op basis van 1 jaar oude bekostiging, 1 jaar met schadelastdip en 3 ZPM-jaren. In de ex ante situatie beschikken we over 3 jaar oude bekostiging, 1 jaar met schadelastdip en 1 ZPM-jaar. In de verzekeringenraming is hiervoor gecorrigeerd door de prevalenties af te stemmen op de aantallen uit de OT, waarbij 1 kostenjaar is geconverteerd voor de schadelastdip en 3 kostenjaren zijn geconverteerd voor het ZPM. 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.

5.10 **MVV_C**

We adviseren om voor MVV_C integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen. Er is enige mate van onzekerheid vanwege de invloed van de modelwijziging van PPA op de indeling van MVV_C. Verzekerden die in PPA worden ingedeeld in klassen voor Wlz-zorg 'blijvend' worden bij MVV ingedeeld bij de afslagklasse. Na de modelwijziging van PPA is de samenloop tussen PPA-Wlz en MVV sterker geworden. Ook zorgt het gebruik van oudere brongegevens en de hoge sterfte voor onzekerheden. Bovendien wordt er (voor de bepaling van verzekerden in PPA Wlz-blijvend) voor de ex ante toekenning een andere gegevensbron gebruikt dan voor de ex post vaststelling (Vektis-gegevens ipv een nog nader te specificeren gegevensstroom). Vanwege de combinatie van deze onzekerheden is het advies om criteriumneutraliteit toe te passen.

5.11 **IBZ_C**

We adviseren om voor IBZ_C geen criteriumneutraliteit toe te passen. Het kenmerk is ten opzichte van vereveningsjaar 2024 uitgebreid met kosten voor MSZ verloskonde, maar de impact van deze aanpassing is beperkt. Bovendien is het aantal geboorten over de jaren heen stabiel (m.u.v. de geboortegolf in 2021) en is er geen aanleiding dat dit in ex post situatie anders gaat zijn. Er bestaat daardoor beperkte onzekerheid in de verzekerdenaantallen en is het advies om geen criteriumneutraliteit toe te passen.

5.12 **AVI**

We adviseren om voor AVI partiële klassieke criteriumneutraliteit toe te passen op de AVI-klassen studenten, zelfstandigen en hoogopgeleiden van 18- tot en met 34-jarigen waarbij de referentiegroep de afslagklasse is voor dezelfde leeftijdsklasse. Er is onzekerheid op deze AVI-klassen vanwege een vertraagd COVID-19-effect in de brongegevens van DUO met betrekking tot het aantal inschrijvingen en diploma's in 2023. DUO geeft aan dat dit een eenmalig effect is. We hebben een correctie

uitgevoerd zodat de aantallen in deze klassen in lijn zijn met de ontwikkeling van eerdere jaren en zoals we weer zien in de gegevens van 2024. Vanwege de grotere onzekerheid binnen deze specifieke klassen is het advies om criteriumneutraliteit toe te passen.

5.13**SES**

We adviseren geen criteriumneutraliteit toe te passen voor SES. De modelwijziging bij PPA zorgt ervoor dat er meer verzekerden worden ingedeeld SES zeer laag ten opzichte van vereveningsjaar 2024. Waar voorheen alleen verzekerden in een Wlz-instelling werden ingedeeld in de klasse SES zeer laag, geldt dat nu voor alle verzekerden met Wlz-zorg. De impact en onzekerheid vanwege de modelwijziging van PPA op het totale aantal verzekerden met Wlz-zorg is beperkt. Dit geldt ook voor de onzekerheid vanwege de verruiming van Wlz per 1 januari 2021. Bovendien zit het effect van de verruiming al grotendeels in de gebruikte gegevens.

5.14**PPA**

We adviseren voor PPA om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen op de klassen met betrekking tot Wlz-instromend en Wlz-blijvend, waarbij eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens de twee afslagklassen zijn voor elk dezelfde leeftijdsklasse. De verhouding waarin het normbedrag van de twee afslagklassen wordt bepaald, gebeurt op basis van het aandeel premie-equivalenten per afslagklasse ten opzichte van het totaal aantal premie-equivalenten in de twee afslagklassen in de leeftijdscategorie. Het kenmerk is ten opzichte van vereveningsjaar 2024 op een drietal onderdelen gewijzigd. Het kenmerk is uitgebreid met extramurale Wlz-zorg, bij de intramurale Wlz-zorg is onderscheid tussen wel of geen behandeling toegevoegd, en het peilmoment van Wlz-zorg (waarop bepaald wordt of een verzekerde in de klasse blijvend of instromend wordt ingedeeld) is aangepast. Bovendien wordt voor de ex ante toekenning een andere gegevensbron gebruikt dan voor de ex post vaststelling (Vektis-gegevens ipv een nog nader te specificeren gegevensstroom). Hierdoor is er meer onzekerheid over de verzekerdenaantallen.

Daarnaast is er onzekerheid over 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 2023 zit al in de cijfers, maar ook voor 2024 en 2025 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 onzeker zijn.

5.15**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.

5.16**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).²⁹ 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.³⁰

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.³¹ 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. 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.

²⁹ De hoogste leeftijdsklasse is 99 jaar en ouder.

³⁰ 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.

³¹ Dit gebeurt apart voor jongens en meisjes

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.³² 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;

³² 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 T-3 op T-2 na aankoppeling van het PKB T-2 weer gecorrigeerd, zodat in de raming geen sterfte/emigratie wordt meegenomen (net als in de ex-post situatie). Vervolgens wordt de bevolkingsgroei van T-1 naar T ook toegepast op de positieve IBZ_klasse, zodat ook migranten in T in de positieve IBZ-klasse kunnen vallen. Bij beide aanpassingen wordt de relatieve prevalentie van IBZ gelijk gehouden aan de relatieve prevalentie van T-3. Als laatste wordt ook de leeftijdsrestrictie toegepast. Verzekerden die na raming onder de 15 jaar of boven de 54 jaar uitkomen tellen niet mee voor de geraamde aantallen.

Bijraming HSM

Het kenmerk HSM wordt via een alternatieve methodiek geraamd. Dit is nodig omdat bij het opstellen van de verzekerdenraming de indeling in de morbiditeitskenmerken van model T-3 al zijn vastgesteld, in tegenstelling tot andere kenmerken. De HSM-indeling o.b.v. model T-3 wordt allereerst gekoppeld met PER T-1 bestand. Voor de sterfte van T-1 naar T wordt een sterftefactor berekend. Hiervoor wordt de indeling van HSM o.b.v. model T-3 gekoppeld aan het PKB T-2 per L15G. Deze sterftefactor wordt toegepast op de HSM-indeling na koppeling met het PER T-1. Daarnaast worden nieuw verzekerden (pasgeborenen en immigranten) in T-3 t/m T-1 ingedeeld in de HSM-afslagklasse. De resterende bevolkingsgroei tussen T-1 en T wordt toegevoegd door voor iedere verzekerde het gewicht van de afslagklasse te vermenigvuldigen met de bevolkingsgroei op L1G niveau uit de macroverzekerdenraming. Verzekerden die in T-1 in het buitenland wonen worden ingedeeld in de HSM-afslagklasse.

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 T 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 T-2. Hiervoor gebruiken we het PKB T-2 en PKB T-3. Dit geeft het landelijk aandeel seizoenarbeiders in T-2. Dit aandeel passen we toe op het landelijk geraamde aantal niet-ingezetenen in T. 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 T-2 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

IVA-correctiefactoren in AVI

Voor het kenmerk AVI worden correctiefactoren toegepast op de IVA-klassen. Dit is nodig vanwege de invoering van de WIA (WGA en IVA) die tot op heden het structurele niveau nog niet heeft bereikt. Voor de leeftijdscategorieën 18-34, 35-44, 45-54 en 55-64 jarigen wordt op basis van UWV-gegevens een correctiefactor berekend. Deze correctiefactor wordt berekend door het aantal IVA-uitkeringen op 30 juni T-2 te delen door het aantal IVA-uitkeringen op 30 juni T-3. Deze IVA-correctiefactor wordt twee keer toegepast om de jaren T-1 en T te overbruggen. Voor de 18-minners met (een ouder met) een IVA-uitkering wordt de gemiddelde IVA-correctie van de leeftijdscategorieën 18 t/m 64 toegepast. Voor verzekerden van 65-69 jaar met een IVA-uitkering wordt de IVA-correctie van de leeftijdscategorie 55-64 jaar toegepast.

Onderstaand tabel laat de IVA-correctiefactoren zien zoals deze zijn toegepast in de verzekeringenraming 2025.

AVI-klassen	IVA-correctiefactor
IVA, 0 t/m 17 jaar	1,058
IVA, 18 t/m 34 jaar	1,070
IVA, 35 t/m 44 jaar	1,039
IVA, 45 t/m 54 jaar	1,057
IVA, 55 t/m 64 jaar	1,067
IVA, 65 t/m 69 jaar	1,067

Trendtabellen FKG_C, FKG_G, DKG_C en FDG_C

De volgende tabellen bevatten de trendfactoren die zijn toegepast in de Verzekeringenraming 2025. 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 Zorgprestatie-model. Daarnaast is een aantal trendfactoren op 1 of een andere waarde gezet in verband met onzekerheden zoals kleine aantallen of (-klasse-specifieke) 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	Schil diabetes orale medicatie	Schil CVRM "licht"	Schil CVRM "zwaar"
0 t/m 17	1,000	1,001	0,896	1,302	0,980	0,982
18 t/m 29	1,000	1,001	1,217	1,091	1,016	0,996
30 t/m 44	0,999	1,004	0,878	1,084	0,999	0,981
45 t/m 59	0,998	1,000	1,012	1,007	1,005	0,981
60 t/m 74	1,002	1,019	0,943	0,980	0,999	0,971
75 e.o.	1,005	0,999	0,959	1,023	0,996	0,981

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Schil COPD/astma	Schil diabetes Insuline	Schil diabetes orale medicatie	Schil CVRM "licht"	Schil CVRM "zwaar"
0 t/m 17	1,000	0,979	1,219	1,438	1,033	0,982
18 t/m 29	0,999	0,979	0,875	1,186	1,024	1,091
30 t/m 44	0,998	0,985	0,969	1,160	1,010	1,019
45 t/m 59	0,999	0,999	0,896	1,050	0,995	0,968
60 t/m 74	1,004	1,025	0,955	0,988	0,986	0,977
75 e.o.	1,011	0,997	0,882	1,016	0,993	0,980

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Schildklier aandoeningen	Glaucoom	Depressie	Psychose en verslaving	Epilepsie	Chronische antistolling
0 t/m 17	0,986	0,967	0,991	1,034	0,999	1,018
18 t/m 29	0,983	1,030	1,005	0,983	1,001	0,996
30 t/m 44	1,015	0,983	1,014	0,977	1,012	1,010
45 t/m 59	1,011	1,001	1,012	1,009	0,988	1,021
60 t/m 74	1,004	0,989	1,021	1,039	1,001	1,015
75 e.o.	1,004	1,005	1,025	1,042	1,016	1,030

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Schildklier aandoeningen	Glaucoom	Depressie	Psychose en verslaving	Epilepsie	Chronische antistolling
0 t/m 17	1,009	1,045	1,007	1,069	1,014	0,953
18 t/m 29	0,973	0,998	1,060	1,020	1,041	0,993
30 t/m 44	1,004	0,986	1,022	0,994	1,000	0,985
45 t/m 59	1,007	0,992	1,013	0,995	0,991	1,026
60 t/m 74	1,002	0,982	1,021	1,015	0,994	1,019
75 e.o.	1,010	1,003	1,009	1,007	0,993	1,034

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Transplantaties	Parkinson	Hartaandoeninge n: overig	Chronische pijn exclusief opioïden	Neuropatische pijn	Diabetes type II zonder hypertensie
0 t/m 17	1,034	1,105	1,241	1,055	1,244	1,136
18 t/m 29	1,015	1,105	1,126	1,003	1,059	1,136
30 t/m 44	1,008	1,105	1,014	0,973	0,993	1,052
45 t/m 59	1,030	1,004	1,029	0,988	1,037	1,051
60 t/m 74	1,034	1,008	0,993	0,986	1,043	1,062
75 e.o.	1,060	1,017	0,983	0,993	1,057	1,087

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Transplantaties	Parkinson	Hartaandoeninge n: overig	Chronische pijn exclusief opioïden	Neuropatische pijn	Diabetes type II zonder hypertensie
0 t/m 17	1,010	1,022	1,100	1,039	1,044	1,465
18 t/m 29	1,049	1,022	1,066	0,992	1,107	1,162
30 t/m 44	1,038	1,022	1,008	1,005	1,039	1,130
45 t/m 59	1,058	1,010	1,011	1,004	1,046	1,094
60 t/m 74	1,048	0,991	0,981	0,992	1,048	1,083
75 e.o.	1,118	0,992	0,966	0,984	1,030	1,038

Mannen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Diabetes type II met hypertensie	Diabetes type I zonder hypertensie	Diabetes type I met hypertensie	Cystic fibrosis/ pancreas-enzymen	Groeistoornissen o.b.v. add-on	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: overig
0 t/m 17	1,683	0,985	1,004	0,965	1,025	0,995
18 t/m 29	1,683	1,018	1,004	0,880	0,856	0,911
30 t/m 44	1,133	1,010	0,978	0,972	1,291	0,923
45 t/m 59	1,101	1,001	0,966	1,024	0,723	1,004
60 t/m 74	1,090	1,014	0,963	1,025	0,952	1,006
75 e.o.	1,100	0,991	0,961	1,073	0,952	0,991

Vrouwen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Diabetes type II met hypertensie	Diabetes type I zonder hypertensie	Diabetes type I met hypertensie	Cystic fibrosis/ pancreas-enzymen	Groeistoornissen o.b.v. add-on	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: overig
0 t/m 17	1,407	,990	1,012	1,019	0,937	1,161
18 t/m 29	1,407	1,016	1,012	1,170	0,855	0,893
30 t/m 44	1,138	1,015	0,943	0,988	0,756	0,981
45 t/m 59	1,084	0,998	0,959	1,101	1,051	1,029
60 t/m 74	1,066	1,003	0,956	1,046	0,796	0,995
75 e.o.	1,064	0,991	0,957	1,039	0,796	0,902

Mannen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	HIV/AIDS	Psoriasis	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	Reuma	Auto-immuun-ziekten o.b.v. add-on
0 t/m 17	0,978	0,929	1,156	1,003	1,130	1,183
18 t/m 29	0,978	0,898	0,948	0,999	1,100	1,207
30 t/m 44	0,999	0,978	0,968	0,989	1,023	1,169
45 t/m 59	1,027	0,971	0,974	1,001	0,989	1,168
60 t/m 74	1,005	1,038	0,944	0,975	1,009	1,245
75 e.o.	1,005	1,077	0,954	0,983	1,017	1,273

Vrouwen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	HIV/AIDS	Psoriasis	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	Reuma	Auto-immuun-ziekten o.b.v. add-on
0 t/m 17	1,013	1,004	0,973	0,994	1,003	1,220
18 t/m 29	1,013	0,901	0,894	0,967	1,028	1,192
30 t/m 44	1,042	0,941	0,934	0,976	0,981	1,191
45 t/m 59	1,057	1,012	0,945	0,981	0,973	1,230
60 t/m 74	1,083	1,061	0,966	0,994	0,989	1,202
75 e.o.	1,083	1,129	0,943	0,984	0,996	1,211

Mannen	30	31	32	33	34	35
Leeftijd	Nier-aandoeningen ¹	Acromegalie	Immuno-globuline	Astma	COPD/Zware astma	COPD/Zware astma o.b.v. add-

			o.b.v. add-on ⁵			on ⁶
0 t/m 17	1,000	0,988	1,326	0,997	0,933	1,075
18 t/m 29	1,000	0,988	0,800	0,967	0,963	1,075
30 t/m 44	1,000	0,988	0,866	0,972	0,994	1,139
45 t/m 59	1,000	1,022	1,320	0,979	0,988	1,106
60 t/m 74	1,000	0,996	1,146	0,991	0,965	1,304
75 e.o.	1,000	1,122	0,963	0,986	0,945	1,479

Vrouwen	30	31	32	33	34	35
Leeftijd	Nier-aandoeningen ¹	Acromegalie	Immuno-globuline o.b.v. add-o	Astma	COPD/Zware astma	COPD/Zware astma o.b.v. add-on ⁶
0 t/m 17	1,000	0,968	1,244	1,008	1,060	0,988
18 t/m 29	1,000	0,968	0,948	0,971	1,031	0,988
30 t/m 44	1,000	0,968	1,182	0,963	0,967	1,096
45 t/m 59	1,000	1,051	1,360	0,970	0,964	1,254
60 t/m 74	1,000	1,005	1,140	0,994	0,986	1,146
75 e.o.	1,000	1,033	1,208	0,998	0,977	1,314

¹ Bij FKG 30 is de trend op 1 gezet vanwege de verwachte stabiele ontwikkeling.

Mannen	36	37	38	39	40	41
Leeftijd	Hormoon-gevoelige tumoren	Kanker	Kanker o.b.v. add-on	Pulmonale arteriële hypertensie	Macula-degeneratie o.b.v. add-on	Hypercholesterolemie
0 t/m 17	0,803	1,184	1,154	,923	1,272	1,137
18 t/m 29	1,890	0,972	1,032	,923	1,272	1,137
30 t/m 44	1,890	0,980	1,016	1,061	1,272	1,108
45 t/m 59	0,998	1,030	0,967	1,042	1,184	1,136
60 t/m 74	0,955	0,997	1,054	,972	1,135	1,171
75 e.o.	0,951	1,007	1,029	1,056	1,113	1,257

Vrouwen	36	37	38	39	40	41
Leeftijd	Hormoon-gevoelige tumoren	Kanker	Kanker o.b.v. add-on	Pulmonale arteriële hypertensie	Macula-degeneratie o.b.v. add-on	Hypercholesterolemie
0 t/m 17	,696	1,114	0,994	1,020	1,058	1,100
18 t/m 29	1,044	1,005	0,898	1,020	1,058	1,100
30 t/m 44	1,005	1,016	1,032	,928	1,178	1,101
45 t/m 59	,981	1,042	0,992	1,034	1,194	1,158
60 t/m 74	,969	1,037	1,053	1,076	1,176	1,184
75 e.o.	,993	1,061	1,067	,992	1,133	1,314

Mannen	42	43	44	45	46	47	48
Leeftijd	Hart-aandoening: anti-aritmica	Verslaving exclusief nicotine	Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	Extreem hoge kosten cluster 1 ²	Extreem hoge kosten cluster 2 ³	Extreem hoge kosten cluster 3 ⁴	Extreem hoge kosten cluster 4 ⁵
0 t/m 17	1,118	1,017	1,023	1,000	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,225	1,017	,951	1,000	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	0,993	0,975	1,086	1,000	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	0,992	0,998	1,284	1,000	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	0,987	10,028	1,284	1,000	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	0,980	1,115	1,284	1,000	1,000	1,000	1,000

Vrouwen	42	43	44	45	46	47	48
Leeftijd	Hart-aandoening: anti-aritmica	Verslaving exclusief nicotine	Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	Extreem hoge kosten cluster 1 ²	Extreem hoge kosten cluster 2 ³	Extreem hoge kosten cluster 3 ⁴	Extreem hoge kosten cluster 4 ⁵
0 t/m 17	1,034	1,036	1,021	1,000	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,034	1,036	0,983	1,000	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	1,064	1,041	1,159	1,000	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	1,015	0,956	1,139	1,000	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	0,993	1,039	1,139	1,000	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	0,991	0,987	1,139	1,000	1,000	1,000	1,000

² Bij FKG 45 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

³ Bij FKG 46 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

⁴ Bij FKG 47 is de trend op 1 gezet vanwege de eenmalige ophoging van 100 verzekerdjaren toegepast op deze klasse vanwege de indicatie-uitbreiding van een EHK-3-middel.

⁵ 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	Verslaving (exclusief nicotine)	Angststoornissen (benzodiazepinen)	Chronische stemmingsstoornissen
0 t/m 17	1,000	1,013	1,014	0,930	1,041
18 t/m 29	0,999	1,078	1,014	0,930	1,005
30 t/m 44	0,999	1,124	0,975	0,919	1,012
45 t/m 59	0,999	1,125	0,998	0,962	1,014
60 t/m 74	0,999	1,164	1,028	0,975	1,023
75 e.o.	0,999	1,077	1,115	0,965	1,028

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FKG psychische aandoeningen	ADHD	Verslaving (exclusief nicotine)	Angststoornissen (benzodiazepinen)	Chronische stemmingsstoornissen
0 t/m 17	1,000	1,119	1,036	0,906	1,061
18 t/m 29	0,997	1,188	1,036	0,906	1,058
30 t/m 44	0,997	1,214	1,041	0,942	1,024
45 t/m 59	0,999	1,175	0,956	0,942	1,015
60 t/m 74	0,998	1,229	1,039	0,950	1,024
75 e.o.	1,000	1,107	0,987	0,951	1,011

Mannen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Bipolaire stoornissen regulier	Bipolaire stoornissen complex	Psychose	Chronische stemmingsstoornissen complex	Psychose depot
0 t/m 17	1,061	0,908	1,013	0,891	0,955
18 t/m 29	1,061	0,908	0,977	0,891	0,955
30 t/m 44	0,948	0,976	0,961	0,891	0,997
45 t/m 59	0,979	0,995	1,009	0,960	1,009
60 t/m 74	0,953	1,044	1,034	0,974	1,054
75 e.o.	1,029	1,022	1,076	1,068	0,957

Vrouwen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Bipolaire stoornissen regulier	Bipolaire stoornissen complex	Psychose	Chronische stemmingsstoornissen complex	Psychose depot
0 t/m 17	0,985	1,049	0,899	0,891	1,080
18 t/m 29	0,985	1,049	1,010	0,891	1,080
30 t/m 44	0,908	0,996	0,985	0,891	0,978
45 t/m 59	0,966	0,995	0,993	0,958	0,995
60 t/m 74	0,971	1,014	1,014	1,037	1,000
75 e.o.	1,023	0,944	1,035	1,000	0,957

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	0,999	1,033	1,020	1,055	1,028	0,977
18 t/m 29	1,000	0,955	1,006	1,040	1,075	0,999
30 t/m 44	1,000	0,966	0,978	1,044	1,055	1,002
45 t/m 59	0,997	0,996	1,015	1,029	1,048	1,017
60 t/m 74	0,995	1,002	1,020	1,013	1,035	1,005
75 e.o.	0,989	1,008	1,014	1,004	1,036	1,018

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen DKG	DKG 1	DKG 2	DKG 3	DKG 4	DKG 5
0 t/m 17	0,999	1,036	1,049	1,041	1,022	0,999
18 t/m 29	1,000	0,948	1,023	0,994	1,019	0,951
30 t/m 44	1,000	0,985	0,996	1,028	1,054	0,966
45 t/m 59	0,998	0,988	1,020	1,023	1,028	0,993
60 t/m 74	0,995	0,990	1,027	1,026	1,064	1,003
75 e.o.	0,990	1,005	1,027	1,007	1,041	1,018

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	DKG 6	DKG 7	DKG 8	DKG 9	DKG 10	DKG 11
0 t/m 17	1,021	1,017	1,040	0,963	0,924	0,906
18 t/m 29	1,074	1,000	0,990	0,942	0,924	1,055
30 t/m 44	1,087	1,016	0,995	1,008	1,011	1,048
45 t/m 59	1,063	1,016	1,017	1,020	0,985	1,022
60 t/m 74	1,053	0,989	1,055	1,020	0,953	0,996
75 e.o.	1,084	1,000	1,107	1,040	0,948	0,991

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	DKG 6	DKG 7	DKG 8	DKG 9	DKG 10	DKG 11
0 t/m 17	1,022	0,984	1,033	0,930	0,875	0,896
18 t/m 29	1,025	1,017	0,987	0,982	0,875	0,975
30 t/m 44	1,008	1,025	1,002	0,997	1,018	1,017
45 t/m 59	1,019	1,043	1,069	0,997	0,971	1,023
60 t/m 74	1,027	1,025	1,025	1,029	0,961	0,997
75 e.o.	1,061	1,025	1,103	1,052	0,956	0,980

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	DKG 12	DKG 13	DKG 14	DKG 15	DKG 16	DKG 17
0 t/m 17	1,076	0,863	0,995	1,035	1,015	0,998
18 t/m 29	1,076	1,147	1,230	0,957	1,015	0,961
30 t/m 44	1,076	1,175	0,937	0,956	1,015	0,952
45 t/m 59	1,076	1,094	0,966	1,005	1,050	0,981
60 t/m 74	0,984	1,048	0,966	1,014	1,002	0,996
75 e.o.	1,006	1,034	1,018	1,014	1,047	0,964

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	DKG 12	DKG 13	DKG 14	DKG 15	DKG 16	DKG 17
0 t/m 17	0,932	0,933	0,968	1,027	1,097	0,930
18 t/m 29	0,932	1,163	1,178	0,949	1,097	0,938

30 t/m 44	0,932	1,211	0,983	1,054	1,097	1,013
45 t/m 59	0,996	1,147	0,909	1,057	0,978	1,019
60 t/m 74	0,978	1,060	1,005	1,026	1,067	1,000
75 e.o.	1,037	1,024	0,947	1,026	1,098	1,002

Mannen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	DKG 18	DKG 19	DKG 20	DKG 21	DKG 22	DKG 23
0 t/m 17	0,974	0,913	0,811	1,022	0,929	1,031
18 t/m 29	0,974	0,913	0,811	1,209	0,929	1,010
30 t/m 44	0,974	0,913	0,811	0,925	0,929	1,034
45 t/m 59	0,974	1,051	0,996	1,028	0,918	1,012
60 t/m 74	1,023	1,014	0,953	0,993	0,926	1,015
75 e.o.	1,043	1,086	0,943	0,885	0,958	1,050

Vrouwen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	DKG 18	DKG 19	DKG 20	DKG 21	DKG 22	DKG 23
0 t/m 17	1,025	1,223	0,893	1,018	1,057	1,007
18 t/m 29	1,025	1,223	0,893	1,114	1,057	1,120
30 t/m 44	1,025	1,223	0,893	1,187	1,057	0,985
45 t/m 59	1,025	1,083	0,953	1,066	0,868	1,015
60 t/m 74	1,137	1,000	0,882	1,000	0,992	1,043
75 e.o.	1,115	0,987	0,977	1,084	0,849	1,066

Mannen	24	25	26
Leeftijd	DKG 24	DKG 25¹	DKG 26
0 t/m 17	1,118	1,000	0,939
18 t/m 29	1,118	1,000	0,939
30 t/m 44	1,001	1,000	1,033
45 t/m 59	0,998	1,000	1,002
60 t/m 74	1,046	1,000	0,965
75 e.o.	1,019	1,000	0,932

Vrouwen	24	25	26
Leeftijd	DKG 24	DKG 25¹	DKG 26
0 t/m 17	1,203	1,000	0,947
18 t/m 29	1,203	1,000	0,947
30 t/m 44	0,916	1,000	1,018
45 t/m 59	0,960	1,000	0,956
60 t/m 74	1,048	1,000	0,989
75 e.o.	1,001	1,000	0,937

¹ Bij DKG 25 is de trend op 1 gezet vanwege de verwachte stabiele ontwikkeling.

FDG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FDG	FDG 1	FDG 2	FDG 3	FDG 4
0 t/m 17	1,000	1,002	0,915	1,069	0,790
18 t/m 29	1,000	1,064	1,028	1,069	0,943
30 t/m 44	1,000	1,074	1,029	1,069	0,943
45 t/m 59	1,000	1,012	1,039	1,065	1,053
60 t/m 74	0,999	1,048	1,036	1,127	1,053
75 e.o.	0,998	1,052	1,029	1,202	1,053

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FDG	FDG 1	FDG 2	FDG 3	FDG 4
0 t/m 17	0,999	1,018	0,939	0,976	0,861
18 t/m 29	1,000	1,049	1,013	0,976	1,004
30 t/m 44	0,999	1,115	1,051	0,976	0,920
45 t/m 59	0,999	1,042	1,058	1,105	1,206
60 t/m 74	0,997	1,031	1,059	1,182	1,206
75 e.o.	0,998	1,032	1,025	1,194	1,206