Verantwoording Verzekerdenraming 2022

Datum 4 oktober 2021
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2021025441
Contactpersoon	M. Brigmann en N. de Groot risicoverevening@zinl.nl
Afdeling	Fondsen
Team	Risicoverevening, Beheerskosten & Subsidies

Inhoud

Colofon—1

1 Inleiding—4

2 Wijzigingen modeljaar 2022—7

3 Algemene methodiek bijraming—9
3.1 Algemene methodiek kenmerken na indelen gegevens verzekerden 2020—10
3.2 Algemene methodiek kenmerken na indelen gegevens verzekerden 2019—11

4 Raming aantal verzekerden in 2022—13
4.1 Bronbestand verzekerdenraming 2022—13
4.2 Macroverzekerdenaantallen 2022 per leeftijd en geslacht (L1G)—13
4.3 Leeftijd en Geslacht (L5G)—14

5 Farmacie kostengroepen (FKG)—16

6 Diagnose kostengroepen (DKG)—21
6.1 DKG in somatisch model—21
6.2 DKG in GGZ-model—22

7 Meerjarig hoge kosten (MHK)—25
7.1 MHK in somatisch model—25
7.2 MHK in GGZ-model—27

8 Hulpmiddelen kostengroepen (HKG)—30

9 Aard van inkomen (AvI)—32

10 Sociaal economische status (SES) en Personen per adres (PPA)—35
10.1 Sociaal economische status (SES)—35
10.2 Personen per adres (PPA)—37

11 Regio—39

12 Meerjarige kosten Verpleging en Verzorging (MVV)—40

13 Fysiotherapie diagnosegroepen (FDG)—43

14 Historische somatische morbiditeit (HSM)—45

15 Meerjarige farmaciekosten (MFK)—47

16 Eigenrisicomodel—49

17 Onderzoek naar potentiële correcties voor effecten COVID-19—50
17.1 Deelonderzoek 1: Onderzoek naar effecten COVID-19 vanwege vraaguitval/inhaalzorg, COVID-zorg en arbeidsmarkteffecten—50
17.2 Deelonderzoek 2: Onderzoek naar sterfte- en migratie-effecten—57

18 Onzekerheden in de verzekerdenraming 2022—61

18.1 Algemeen beeld Verzekerdenraming 2022—61
18.2 Kenmerken met een hogere mate van onzekerheid—61

Bijlage 1 Trendtabellen FKG-C, FKG-G, DKG-G en HKG—68

1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Zorginstituut Nederland (ZIN) gevraagd om de verzekerdenraming 2022 voor de risicoverevening uit te voeren (zie opdrachtbrief VWS, 2 juli 2021 met kenmerk 3233335-1013163).

Het doel van de verzekerdenraming 2022 is om voor elke klasse van een vereveningskenmerk zo goed mogelijk het aantal verzekerdenjaren te schatten van de definitieve vaststelling voor het vereveningsjaar 2022 in (kalenderjaar) 2026. Het aantal verzekerdenjaren is het aantal verzekerden gewogen met de inschrijfduur. In het vervolg zal voor de leesbaarheid over aantallen verzekerden worden gesproken waar het feitelijk om verzekerdenjaren gaat.

ZIN heeft het aantal verzekerden voor elke onderscheiden klasse van een vereveningskenmerk voor het vereveningsjaar 2022 geraamd. Deze raming is voor twee producten gemaakt:

1 de vaststelling van de normbedragen 2022; voor deze vaststelling gebruiken de onderzoekers de geraamde (landelijke) aantallen verzekerden per (vijfjaars) leeftijds- en geslachtsklasse.
2 de ex-ante-bijdragebepaling 2022; voor de bepaling van de ex-ante-bijdrage 2022 gebruikt ZIN de geraamde aantallen per verzekeraar.

Belangrijkste punten
Door de COVID-19 pandemie treden in 2020 t/m 2022 verschillende effecten op die de aantallen verzekerden in de ex post situatie van het vereveningsjaar 2022 kunnen beïnvloeden, zoals (extra) sterfte, arbeidsmarkteffecten en vraaguitval en uitgestelde inhaalzorg. In drie onderzoeken is de impact van COVID-19 onderzocht.

Het eerste onderzoek betreft de impact van COVID-19 vanwege zorguitval, inhaalzorg en COVID-zorg op de gegevens 2020 en vereveningskenmerken in model 2022. Dit onderzoek is in opdracht van ZIN uitgevoerd door PwC. PwC heeft een uitgebreid bronnenonderzoek gedaan om inzicht te krijgen in de verwachte effecten van COVID-19 op de gegevens en vereveningskenmerken in 2020 en later. Vervolgens zijn analyses gedaan voor de kenmerken waar een impact van COVID-19 verwacht werd, waarbij werd onderzocht in hoeverre de trend tussen 2019/2020 afwijkt van eerdere jaren. Voor de kenmerken met een afwijkende trend zijn steeds drie scenario's doorgerekend om inzicht te krijgen in de verwachte verzekerdenaantallen van vereveningsjaar 2022. PwC adviseert om voor de kenmerken DKG-C, FKG-C, HKG en FDG een correctie uit te voeren in de verzekerdenraming 2022. ZIN neemt dit advies over.

In het tweede onderzoek is onderzocht in hoeverre correcties voor over- of ondersterfte in de macroverzekerdenraming 2022 noodzakelijk zijn. De conclusie van het onderzoek is dat de reguliere CBS-prognoses waar de macroverzekerdenraming 2022 op gebaseerd is al voldoende rekening houden met de impact van COVID-19 en dat er geen betere prognoses beschikbaar zijn.

In het derde onderzoek is onderzocht of er voor de vereveningskenmerken gecorrigeerd moet worden voor over- en ondersterfte. Voor verschillende kenmerken is de uitval tussen 2020/2021 vergeleken met de eerdere jaren. Bij MHK-C en MVV-C was er voor een aantal klassen een hogere sterfte te zien tussen 2020/2021 ten opzichte van eerdere jaren. Hier is rekening mee gehouden in de afstemming op de OT-prevalenties.

Daarnaast zijn er bij enkele kenmerken modelwijzigingen doorgevoerd. Bij FKG-C en FKG-G is er groot onderhoud uitgevoerd, waarbij klassen zijn toegevoegd en middelen zijn toegevoegd, verdwenen of verschoven. Ook zijn enkele DDD-grenzen en restricties aangepast. Bij de somatische DKG's zijn de DX-groepen opnieuw geclusterd, wat leidt tot verschuivingen tussen klassen. Bij regio GGZ heeft het groot onderhoud geleid tot een nieuw uitvoeringsbestand en bij FDG zijn er behandelingen uit de FDG-klassen verwijderd of toegevoegd.

Het onderzoek naar gezonde verzekerden heeft geleid tot twee nieuwe kenmerken. Het kenmerk Historische Somatische Morbiditeit (HSM) is gebaseerd op de indeling van verzekerden in model 2019. Verzekerden die in model 2019 in de zes afslagklassen van de kenmerken FKG-C, DKG-C (PDK en SDK), HKG, FDG, MVV en MHK zijn ingedeeld worden ingedeeld in de afslagklasse (geen morbiditeit). Dit geldt ook voor nieuw verzekerden en voor niet ingezetenen. Als een verzekerde in minimaal één van de zes afslagklassen was ingedeeld dan komt de verzekerde in HSM-1 (wel morbiditeit). Voor dit kenmerk is een alternatieve bijraming opgesteld.

Het tweede nieuwe kenmerk is het kenmerk Meerjarige Farmaciekosten (MFK). Dit kenmerk is gebaseerd op farmaciekosten t-1, t-2 en t-3. Als een verzekerde in minimaal één van de drie jaren farmaciekosten heeft in de top 25%, valt de verzekerde in de klasse MFK-1 (wel farmaciekosten). De overige verzekerden en niet ingezetenen vallen in de klasse MFK-0 (geen farmaciekosten). Dit kenmerk heeft een reguliere bijraming zonder trend.

Vanwege de invoering van het Zorgprestatiemodel per 1 januari 2022 worden alle GGZ dbc's op 31 december 2021 afgesloten. Dit zorgt voor een schadelastdip in 2021. Voor de kenmerken DKG-G en MHK-G heeft dit invloed op de verzekerdenaantallen. Om hiermee rekening te houden is voor DKG-G de vertaaltabel uit het conversieonderzoek (WOR 1037) toegepast. Voor MHK-G heeft ESHPM prevalenties berekend op een jaar met gesimuleerde schadelastdip.

De verruiming van de Wlz in 2021 voor verzekerden met een psychische stoornis heeft bij een paar kenmerken (mogelijke) effecten op de raming van de aantallen verzekerden. Bij SES en PPA is hiervoor een correctie toegevoegd, voor de overige kenmerken is de verwachte impact te klein en te onzeker om hiervoor te corrigeren.

Vanaf het vereveningsjaar 2022 worden de niet-ingezetenen opgesplitst in seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen. Het totaal aantal niet-ingezetenen is op de reguliere wijze geraamd. Vervolgens is het aantal niet-ingezetenen opgesplitst door de verhouding seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen volgens de rekenregel uit het WOR-onderzoek seizoenarbeiders (WOR 1047) voor model 2022 toe te passen op de geraamde niet-ingezetenen. Hierbij is de verhouding seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen over 2019 gebruikt omdat gegevens over 2021 en 2022 nog niet beschikbaar zijn en het aandeel seizoenarbeiders in 2020 door COVID-19 is beïnvloed.

Vanwege het onderzoek naar seizoenarbeiders is het Zorginstituut gevraagd om de afslagpercentages voor buitenlanders dit jaar niet te actualiseren maar gelijk te houden aan de percentages van vorig jaar (zie WOR 1048).

Vanaf de verzekerdenraming 2021 worden de jaarlijkse trends begrensd op (plus of min) 5% omdat sterke afwijkende trends vaak omgeven zijn door grote onzekerheid. Echter, als er specifieke en duidelijk aanwijsbare redenen zijn voor een uitzonderlijke trend, dan kan van deze grensregel worden afgeweken.

Plausibiliteitstoets
Voor alle vereveningskenmerken en -klassen is een plausibiliteitstoets opgesteld. Hierin zijn voor elk kenmerk de aantallen verzekerden per klasse en per verzekeraar uit de verzekerdenraming 2022 vergeleken met de aantallen in de herziene verzekerdenraming 2021, of in geval van een nieuw kenmerk/klasse met de aantallen uit het onderzoek. Deze plausibiliteitstoets is op 12 augustus 2021 besproken in een speciale vergadering van de Werkgroep Uitvoering Risicoverevening (WUR). Aan deze vergadering hebben vertegenwoordigers van ZIN, VWS, ZN en onderzoekers van de Overall Toets deelgenomen.

Leeswijzer
De opbouw van deze verantwoordingsrapportage over de verzekerdenraming 2022 is als volgt. In hoofdstuk 2 zijn de vereveningskenmerken 2022 per deelmodel opgesomd, waarbij de veranderingen ten opzichte van 2021 kort zijn benoemd. ZIN baseert zich hierbij op de notitie 'Uitvoeringsaspecten 2022' die op 10 juni 2021 met VWS en ZN is besproken. In dit hoofdstuk worden alle vereveningskenmerken benoemd die in de verschillende modellen voorkomen. In hoofdstuk 3 wordt de algemene methodiek van de bijraming besproken. In hoofdstuk 4 komt de raming van het totaal aantal verzekerden in 2022 aan de orde: de macroverzekerdenraming.
De daaropvolgende hoofdstukken geven telkens een afzonderlijke beschrijving van de raming van ieder vereveningskenmerk en de daarbij onderscheiden klassen. Indien er wordt afgeweken van de standaard methodiek van de bijraming wordt dit toegelicht. Ook wordt aangegeven of en hoe de COVID-correcties zijn toegepast. Het eigenrisicomodel komt in hoofdstuk 16 aan de orde. In hoofdstuk 17 staat een beschrijving van de COVID-onderzoeken. Tot slot wordt in hoofdstuk 18 aangegeven bij welke kenmerken er sprake was van een hogere mate van onzekerheid in de raming.

2 Wijzigingen modeljaar 2022

De verzekerdenraming voor 2022 heeft betrekking op drie deelmodellen, te weten:
1 model voor de normering van de kosten voor de somatische zorg inclusief V&V-kosten (somatisch model);
2 model voor de normering van de eigen betalingen in het kader van het verplicht eigen risico (ER-model);
3 model voor de normering van de kosten GGZ (GGZ-model).

ZIN heeft de verzekerdenaantallen voor iedere klasse van elk vereveningskenmerk geraamd. Deze aantallen zijn consistent binnen elk model en tussen alle modellen. Hieronder staat voor elk model een overzicht van de vereveningskenmerken waarbij ZIN zich baseert op de (verwachte) Regeling risicoverevening 2022. Veranderingen ten opzichte van de raming 2021 zijn apart vermeld.[1]

Somatisch model
- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (**L5G**);
  Verandering: -;
- Farmacie kostengroepen voor het somatische model (**FKG-C**);
  Veranderingen: groot onderhoud; twee nieuwe risicoklassen en opsplitsing van 2 risicoklassen. Drempelwaarden aangepast bij enkele klassen en ook zijn er werkzame stoffen verwijderd, overgeheveld of toegevoegd aan FKG-klassen. Er zijn diverse restricties op samenloop gewijzigd, verwijderd dan wel toegevoegd. Regulier onderhoud op alle klassen. Verzekerden woonachtig in buitenland 75% van normbedrag afslagklasse;
- Diagnose kostengroepen voor het somatische model (**DKG-C**);
  Veranderingen: Regulier onderhoud en nieuwe clustering naar DX-groepen; verzekerden woonachtig in buitenland 75% van normbedrag afslagklasse;
- Meerjarig hoge kosten voor het somatische model (**MHK-C**);
  Verandering: **-**;
- Hulpmiddelen kostengroepen (**HKG**);
  Veranderingen: Regulier onderhoud; verzekerden woonachtig in buitenland 75% van normbedrag afslagklasse;
- Aard van het inkomen (**AvI**);
  *Veranderingen***:** -;
- Sociaal Economische Status (**SES**);
  Veranderingen: regulier onderhoud; verruiming van Wlz met verzekerden met psychische stoornis (zie ook PPA), leidt tot toename bij SES zeer laag;
- Personen per adres (**PPA**);
  Veranderingen: regulier onderhoud; verruiming van Wlz met verzekerden met psychische stoornis, leidt tot toename blijvend en instromend in Wlz;
- Regio-indeling voor somatisch model (**Regio-C**);
  Verandering: -;
- Meerjarige hoge kosten Verpleging en Verzorging (**MVV**);
  *Verandering***:** -;
- Fysiotherapie diagnosegroepen (**FDG**);
  *Veranderingen***:** groot onderhoud; Het kenmerk is uitgebreid met een aantal aandoeningen en er worden nu ook aandoeningen met een gelimiteerde behandelduur meegenomen; verzekerden woonachtig in buitenland 90% van normbedrag afslagklasse;

[1] Vanaf het vereveningsjaar 2022 worden de niet-ingezetenen opgesplitst in seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen. De methodiek staat kort in de inleiding beschreven.

- Historische somatische morbiditeit (**HSM);**
  Veranderingen: Nieuw kenmerk gebaseerd op afslagklassen FKG-C, DKG-C (PDK en SDK), HKG, FDG, MVV en MHK-C van vereveningsjaar 2019; verzekerden woonachtig in buitenland indelen in afslagklasse;
- Meerjarige farmaciekosten (**MFK**);
  Veranderingen: Nieuw kenmerk gebaseerd op farmaciekosten t-1, t-2 en t-3; verzekerden woonachtig in buitenland indelen in afslagklasse;

ER-model

- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (**L5G**), vanaf leeftijdsklasse 18-24 jaar en hoogste leeftijdsklasse is 90+;
  Verandering: -;
- Farmacie kostengroepen voor het somatische model (**FKG-C**), voor selectie verzekerden ER-model;
  Verandering: zie somatisch model;
- Diagnose kostengroepen voor het somatische model (**DKG-C**), voor selectie verzekerden ER-model;
  Verandering: zie somatisch model;
- Meerjarig hoge kosten voor het somatische model (**MHK-C**), voor selectie verzekerden ER-model;
  Verandering: -;
- Hulpmiddelen kostengroepen (**HKG**), voor selectie verzekerden ER-model;
  Verandering: -;
- Fysiotherapie diagnosegroepen (**FDG**), voor selectie verzekerden ER-model;
  Verandering: zie somatisch model;
- Meerjarige hoge kosten Verpleging en Verzorging (**MVV**), voor selectie verzekerden ER-model:
  Verandering: -;
- Aard van het inkomen (**AvI**);
  Verandering: -;
- Regio-indeling voor eigenrisicomodel (**Regio-E**);
  Verandering: -.

GGZ-model

- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (**L5G**), leeftijd vanaf 18 jaar en hoogste leeftijdsklasse is 90+;
  Verandering: -;
- Farmacie kostengroepen voor het GGZ-model (**FKG-G**);
  Verandering: groot onderhoud; verlaging enkele drempelwaarden en toevoegen/verwijderen van middelen; verzekerden woonachtig in buitenland 65% van normbedrag afslagklasse;
- Diagnose kostengroepen voor het GGZ-model (**DKG-G**);
  Veranderingen: regulier onderhoud; vanwege invoering ZPM verschuiving verzekerden van hogere DKG-G-klassen naar lagere klassen; verzekerden woonachtig in buitenland 40% van normbedrag afslagklasse;
- Meerjarig hoge kosten voor GGZ-model (**MHK-G**);
  Verandering: vanwege invoering ZPM gewijzigde prevalenties;
- Aard van het inkomen (**AvI**);
  Verandering: -;
- Sociaal Economische Status (**SES**);
  Verandering: zie somatisch model;
- Personen per adres (**PPA**);
  Verandering: zie somatisch model;
- Regio-indeling voor GGZ-model (**Regio-G**);
  Verandering: -.

3 Algemene methodiek bijraming

Het doel van de verzekerdenraming is om een raming te maken van het aantal verzekerdenjaren per risicoklasse voor een bepaald vereveningsjaar, in dit geval 2022.

Ten tijde van de uitvoering van de verzekerdenraming zijn definitieve gegevens voor het vereveningsjaar 2022 nog niet beschikbaar. Daarom wordt ieder kenmerk ingedeeld volgens het meest recent beschikbare gegevensjaar. Daarna wordt volgens een algemene methodiek de indeling van verzekerdenjaren bijgeraamd naar de indeling van verzekerdenjaren voor 2022. Hieronder wordt deze algemene methodiek beschreven. Eventuele correcties m.b.t. COVID-19 of andere gebeurtenissen worden bij de kenmerken zelf beschreven.

ZIN deelt de verzekerden eerst in naar de risicoklassen van de vereveningskenmerken in model 2022 op basis van declaratie- of kostengegevens uit het meest recente gegevensjaar, en maakt daarbij –indien van toepassing- gebruik van een uitvoeringsbestand. Per kenmerk wordt dit verder beschreven in de volgende paragrafen. Het meest recente gegevensjaar voor de verzekerdenraming 2022 is 2020, oftewel gegevens op verzekerdenniveau zoals declaraties, kosten of andere gegevens met betrekking tot het jaar 2020. Voor enkele kenmerken zijn er nog geen gegevens beschikbaar over 2020, in dat geval wordt 2019 gebruikt. In de hierop volgende beschrijving wordt in eerste instantie uitgegaan van kenmerken waarvoor gegevens voor verzekerden 2020 beschikbaar zijn, met in paragraaf 3.2 een toevoeging voor kenmerken waarbij gebruik wordt gemaakt van gegevens over 2019.[2]

[2] Een aantal kenmerken is gebaseerd op gegevens over meerdere jaren, zoals bijvoorbeeld MHK. Voor deze kenmerken geldt de methodiek volgens het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn. Voor de kenmerken DKG somatisch, DKG GGZ, deels FKG en de meerjarige kenmerken MVV, MHK somatisch en MHK GGZ is het meest recente jaar waarvoor de gegevens beschikbaar zijn 2019. Voor de overige kenmerken is het meest recente jaar 2020.

Definities gebruikte persoonsgegevensbestanden:

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.

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.

0BSN: opgave van zorgverzekeraars over verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer met per verzekerde de verzekerde periode en persoonskenmerken. De aanleverdatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 juni t+1, de gegevens hebben betrekking op het hele gegevensjaar.

PKB: een door het Zorginstituut gekoppeld bestand. Het Zorginstituut koppelt per gepseudonimiseerd burgerservicenummer het PER-bestand, VPPER-bestand en 0BSN-bestand die door zorgverzekeraars worden aangeleverd. Het PKB-bestand voor gegevensjaar t is een koppeling van de PER, VPPER en 0BSN-bestanden over jaar t, aangeleverd op 1 juni van jaar t (PER) of t+1 (VPPER, 0BSN).

3.1 Algemene methodiek kenmerken na indelen gegevens verzekerden 2020

Stap 1. Koppeling PER 2021
Na oplevering van de indeling per kenmerk voor verzekerden 2020, wordt deze gekoppeld aan het PER van 2021, met leeftijd op 30 juni 2021. Door de koppeling valt een deel van de verzekerdenjaren 2020 uit, het gaat hier om verzekerden die niet in het PER 2021 terug te vinden zijn vanwege sterfte of emigratie. Er wordt aangenomen dat deze uitval door sterfte/emigratie representatief is voor de sterfte/emigratie in de ex-post situatie die na koppeling van de indeling op basis van gegevens 2021 en het PKB 2022 (tijdens het uitvoeren van de eerste en tweede voorlopige vaststelling (VV1 en VV2) 2022, en van de definitieve vaststelling (DV) 2022) zal optreden. In deze stap wordt dus niet gecorrigeerd voor de uitval na koppeling van de PER 2021.

Stap 2. Toepassen trend 2020-2021
Vervolgens wordt bij de morbiditeitskenmerken rekening gehouden met trends in gezondheid/zorggebruik volgens het model 2022 door de verwachte ontwikkeling tussen 2020 en 2021 te ramen op basis van gegevens over 2019 en 2020. Voor iedere klasse wordt een trendfactor berekend door het aantal verzekerden in de klasse in 2020 per 15-jaars leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) (vóór koppeling met PER 2021) te delen door het aantal verzekerden in de klasse in 2019 per L15G (vóór koppeling met PKB 2020). De trendfactor geeft aan hoe het aantal verzekerden in een klasse zich tussen de twee meest recente gegevensjaren heeft ontwikkeld. Er wordt aangenomen dat deze factor representatief is voor de ontwikkeling in de klasse per L15G tussen 2020 en 2021. Voor iedere verzekerde wordt het gewicht per klasse vermenigvuldigd met de desbetreffende trendfactor. Indien er in de risicoklasse minder dan of rond de 1000 verzekerden worden ingedeeld wordt de trend gelijk gesteld aan 1, tenzij er redenen zijn om de trend toch toe te passen.

Tot slot, vanaf de verzekerdenraming 2022 worden de trendfactoren begrensd

omdat er een grotere onzekerheid is bij berekende trendfactoren die uitzonderlijk hoog of uitzonderlijk laag zijn. Eenjarige trendfactoren per L15G-klasse worden standaard op 5% begrensd, tenzij er specifieke redenen zijn om hiervan af te wijken. Bij deze grensregel wordt een trendfactor vastgesteld op 1,05 als de oorspronkelijk berekende trendfactor boven de 1,05 uitkomt, en vastgesteld op 1/1,05 (≈0,95) als de oorspronkelijk berekende trendfactor onder de 1/1,05 uitkomt.

Stap 3. Bijraming nieuw verzekerden 2021
In het PER 2021 zitten ook verzekerden voor wie geen indeling op basis van gegevens 2020 bekend is, de zogenaamd nieuw verzekerden (geboorten en immigratie). 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 2020 en 2021.

Stap 4. Correctie bevolkingsgroei 2021-2022
Na bovenstaande stappen is de indeling van verzekerden per kenmerk op basis van gegevens 2020, doorvertaald naar de indeling van verzekerden op het niveau van 2021. De laatste stap is het corrigeren voor demografische ontwikkelingen tussen 2021 en 2022. Dit wordt gedaan op basis van de macroverzekerdenraming 2022 van ZIN (zie paragraaf 4 voor een toelichting).
In stap 4 worden voor iedere verzekerde de gewichten van de afslagklassen vermenigvuldigd met de bevolkingsgroei op L1G niveau, om zo te corrigeren voor veranderingen in de bevolkingsomvang. Hierbij wordt dus aangenomen dat de bevolkingsgroei terecht komt in de afslagklassen, aangezien verzekerden die niet in 2021 in het PER zaten ook geen kosten gemaakt kunnen hebben in 2021.

Stap 5. Aggregatie
De gewichten op verzekerdenniveau worden per risicoklasse geaggregeerd op verzekeraars- en L5G-niveau om de uiteindelijke eindproducten te verkrijgen.

3.2 Algemene methodiek kenmerken na indelen gegevens verzekerden 2019

Indien er geen kenmerkgegevens beschikbaar zijn over 2020, wordt gebruik gemaakt van gegevens over 2019. Dit betekent dat er ook een extra jaar moet worden bijgeraamd, de gegevens over 2019 moeten immers ook bijgeraamd worden naar 2020. Om deze reden moeten er extra stappen uitgevoerd worden. De eerste drie stappen zijn gelijk aan stap 1 t/m 3 bij gegevens over 2020, maar dan toegepast op een eerder jaar.

Stap 1. Koppeling PKB 2020
De indeling per kenmerk voor verzekerden 2019 wordt gekoppeld aan het PKB van 2020, met leeftijd op 30 juni 2020. Er wordt hierbij (net als bij gegevensjaar 2020) niet gecorrigeerd voor sterfte/emigratie.

Stap 2. Toepassen trend 2019-2020
Er wordt een trendfactor toegepast per L15G klasse. De trend is gebaseerd op de ontwikkeling in de indeling per klasse tussen 2018 en 2019. Indien er in de risicoklasse minder dan of rond de 1000 verzekerden worden ingedeeld wordt de trend gelijk gesteld aan 1, tenzij er redenen zijn om de trend toch toe te passen. Vanaf de verzekerdenraming 2022 worden de trendfactoren begrensd in verband het de grotere onzekerheid omtrent uitzonderlijk hoge of lage trendfactoren. De eenjarige trendfactoren per L15G-klasse worden standaard begrensd op 5%, tenzij er specifieke redenen zijn om hiervan af te wijken.

Stap 3. Bijraming nieuw verzekerden 2020
Nieuw verzekerden in 2020 worden ingedeeld volgens de relatieve prevalentie van oud verzekerden in 2020 op L15G-niveau, d.w.z. na het toepassen van de trend van oud-verzekerden. Dit levert de indeling voor alle verzekerden in 2020 op.

Stap 4. Koppeling PER 2021
De indeling voor verzekerden 2020 na stap 3 wordt gekoppeld aan het PER 2021. Hierbij valt een deel van de verzekerden weer uit door sterfte/emigratie.

Stap 5. Toepassen sterftecorrectie
In tegenstelling tot de uitval bij stap 1 moet de uitval na koppeling met het PER 2021 wel gecorrigeerd worden. Zonder correctie zouden in de bijraming twee keer verzekerden uitvallen door sterfte (of emigratie), en dat is niet de bedoeling. De correctie wordt gedaan door de gewichten per klasse van oud-verzekerden in 2021 (verzekerden die overleven tussen 2020 en 2021) op te hogen met een sterftecorrectiefactor op L15G niveau. De sterftecorrectiefactor is de verhouding tussen de relatieve prevalentie van oud-verzekerden 2020 en de voorlopige relatieve prevalentie van oud-verzekerden in 2021. Des te meer verzekerden met een positief gewicht in een klasse uitvallen na koppeling aan het PER 2021, des te hoger de correctiefactor voor de verzekerden die overleven in de klasse.

Stap 6. Toepassen trend 2020-2021
Er wordt (voor de tweede keer) een trendfactor toegepast per L15G klasse. De trend is gebaseerd op de ontwikkeling in de indeling per klasse tussen 2018 en 2019. Indien er in de risicoklasse minder dan of rond de 1000 verzekerden worden ingedeeld wordt de trend gelijk gesteld aan 1, tenzij er redenen zijn om de trend toch toe te passen. Tot slot worden de eenjarige trendfactoren per L15G-klasse standaard begrensd op 5%, tenzij er specifieke redenen zijn om hiervan af te wijken.

Stap 7. Bijraming nieuw verzekerden 2021
Nieuw verzekerden in 2021 krijgen een gewicht dat gelijk is aan de relatieve prevalentie van oud-verzekerden in 2021 na het toepassen van de tweede trend. Dit levert de indeling voor alle verzekerden in 2021 op.

Stap 8. Correctie bevolkingsgroei 2021-2022
De gewichten in de afslagklassen worden vermenigvuldigd met bevolkingsgroeifactoren op L1G-niveau uit de macroverzekerdenraming 2022. Het resultaat is de raming van de indeling van verzekerdenjaren voor het vereveningsjaar 2022.

Stap 9. Aggregatie
De gewichten op verzekerdenniveau worden per risicoklasse geaggregeerd op verzekeraars- en L5G-niveau om de uiteindelijke eindproducten te verkrijgen.

4 Raming aantal verzekerden in 2022

Het PER 2021 vormt de basis voor de raming van de aantallen verzekerden 2022. Aan dit bestand worden gegevens van andere vereveningskenmerken gekoppeld via het gepseudonimiseerde burgerservice-nummer (BSN). Vervolgens vindt op basis van de macroverzekerdenraming een ophoging plaats naar het aantal verzekerden op macroniveau in 2022.
De indeling van verzekerden in vijfjaars leeftijds- en geslachtsklassen (L5G) uit de raming vormt weer de basisindeling voor de schatting van de normbedragen (onderzoek). Deze stappen worden in deze paragraaf toegelicht.

4.1 Bronbestand verzekerdenraming 2022

De peildatum van het PER-bestand 2021 is 1 mei 2021. In beginsel telt elke verzekerde in het PER voor één verzekerdenjaar mee. Als een verzekerde in de PER's van meerdere verzekeraars voorkomt, dan is er naar rato een gewicht aan toegekend. Vervolgens hebben alle verzekerden in het PER 2021 een gewicht per 'leeftijd en geslacht'-klasse meegekregen om op de verwachte populatie van Zvw-verzekerden 2022 uit te komen. In de risicoverevening worden verzekerden met een "onbepaald" geslacht in dezelfde klassen ingedeeld als verzekerden met het vrouwelijk geslacht.

4.2 Macroverzekerdenaantallen 2022 per leeftijd en geslacht (L1G)

Totaal aantal verzekerden uitgangssituatie
De macroverzekerdenraming betreft het aantal Zvw-verzekerdenjaren op het niveau van 1-jaars leeftijd- en geslachtsklassen, met als hoogste leeftijdsklasse 99 jaar of ouder (L1G-niveau). De macroverzekerdenraming gaat uit van een leeftijd op het peilmoment van het PER, oftewel op 30 april 2021. Vanaf vereveningsjaar 2018 zijn de 0-jarigen gesplitst in twee categorieën: geboren in t en geboren in t-1. VWS heeft de raming van het totaal aantal verzekerden in 2022 vastgesteld op 17.507.000 (voor het vereveningsjaar 2021 was dit 17.489.000, in 2022 een toename van 18.000 verzekerden (+0,1%)).

Deze macroraming 2022 is tot stand gekomen door eerst het aantal verzekerden met bekende leeftijd (op 30 april) en geslacht in het PER 2021 van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen. Dit geeft een aantal van 17.417.482 verzekerden. Door naar rato gewichten toe te kennen voor de dubbel ingeschreven verzekerden blijven er 17.416.840 unieke verzekerden over.

Trends bevolkingsontwikkeling
De bevolkingsontwikkeling ten opzichte van de uitgangssituatie op 1 mei 2021 naar 1 juli 2022 is geraamd met de CBS-prognose van de Nederlandse bevolking naar L1G-niveau op 1 januari 2021, 2022 en 2023. Dit geeft een stijging van het verwachte aantal Zvw-verzekerden van 90.261. Op L1G-niveau lopen de verwachtingen van het CBS uiteen: er zijn L1G-klassen met een verwachte toename maar ook L1G-klassen met een verwachte afname.

Vertraagde registratie
Vervolgens wordt er een correctie uitgevoerd voor vertraagde registratie. Door vertraagde aan- en afmelding en verwerking in de verzekerdenadministraties van verzekeraars is er in het PER 2021 met peilmoment 1 mei 2021 een onderregistratie van 0-jarigen (geboorte) en een overregistratie van vooral ouderen (sterfte). Hier

wordt voor gecorrigeerd na het toepassen van de CBS-prognoses. De 0-jarigen-correctie voor zowel jongens als meisjes is gebaseerd op CBS-aantallen van 0-jarigen en 1-4-jarigen. De fractie van de aantallen verzekerde 1- tot en met 4-jarige jongens respectievelijk meisjes van het PER ten opzichte van de CBS-aantallen is gelijk verondersteld voor 0-jarige jongens respectievelijk 0-jarige meisjes. Dit resulteert in een correctie voor 0-jarigen van 3.316 verzekerden (2,1% van aantal in PER 2021). Vervolgens is verondersteld dat de vertraging in afmelding door sterfte gelijk is aan de vertraging in aanmelding door geboorte. Dit resulteert in een sterftecorrectie van (-)2.918 verzekerden. Er is geen aanvullende correctie in verband met COVID-19 gedaan.

Definitief geraamde aantal verzekerden
Het definitief geraamde aantal Zvw-verzekerden voor 2022 (afgerond op 1.000-tallen) is 17.507.000, waarvan 3.238.000 18-minners en 14.269.000 18-plussers. De raming van het aantal gedetineerden (18+) is voor het vereveningsjaar 2022 uitgekomen op 9.000 (1000 verzekerden meer dan in de verzekerdenraming 2021).

Toepassing macroraming in de verzekerdenraming 2022
In de macroverzekerdenraming 2022 is de leeftijd van verzekerden in het PER 2021 gebaseerd op het peilmoment 30 april 2021, terwijl in de verzekerdenraming 2022 gerekend wordt met de leeftijd op 30 juni 2021. Om die reden moet er in de verzekerdenraming voor twee extra maanden in leeftijdsverschil gecorrigeerd worden. Deze correctiefactor wordt berekend in de macroverzekerdenraming door per L1G-klasse het aantal geraamde verzekerden in de macroverzekerdenraming 2022 (gebaseerd op PER met leeftijd 30 april) te delen door het aantal verzekerden in het PER 2021 waarbij de leeftijd op 30 juni berekend is. Hierna wordt de groep van 0-jarigen verder gesplitst naar verzekerden geboren in t-1 (2021) en verzekerden geboren in t (2022), dit o.b.v. CBS-gegevens omtrent levendgeborenen (per regio per maand) in 2019 en 2020.

4.3 Leeftijd en Geslacht (L5G)

Voor de verzekerdenraming 2022 is de leeftijd van verzekerden bepaald op 30 juni 2021. Om de leeftijd te berekenen is de geboortemaand en het geboortejaar uit het PER gebruikt. Omdat de peildatum de laatste dag van de maand is, heeft het voor de berekening van de leeftijd geen gevolgen dat de geboortedag ontbreekt. Hierop worden de verzekerden ingedeeld naar 5-jaars Leeftijds- en Geslachtsklassen (L5G). De leeftijdsknippen in het vereveningsjaar 2022 zijn hetzelfde als die in 2021. De verzekerden in het PER 2021 zijn voor de raming 2022 vermenigvuldigd met de L1G-specifieke correctiefactor volgens de macroverzekerdenraming 2022. Per verzekeraar wordt dus op L1G-niveau uitgegaan van exact dezelfde ontwikkeling van het aantal verzekerden van PER 2021 naar 2022. Er is dus bijvoorbeeld geen rekening gehouden met verzekeraar-specifieke ontwikkelingen in het verzekerdenaantal in het verleden. Ook zaken als de premiestelling 2022, marketingbudgetten en serviceniveau blijven logischerwijs buiten beeld. Bij de Lenteherberekening 2022 vindt een correctie plaats volgens de verzekerdenstand bij de premieprolongatie van maart 2022.

De klassen naar leeftijd en geslacht in de verzekerdenraming 2022 zijn weergegeven in Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Klassenindeling 2022 leeftijd en geslacht (L5G)

Klasse	Geslacht	Leeftijd	Klasse	Geslacht	Leeftijd
L5G 1	Man	0 (geb. t)	L5G 22	Vrouw	0 (geb. t)
L5G 2	Man	0 (geb. t-1)	L5G 23	Vrouw	0 (geb. t-1)

L5G 3	Man	1-4	L5G 24	Vrouw	1-4
L5G 4	Man	5-9	L5G 25	Vrouw	5-9
L5G 5	Man	10-14	L5G 26	Vrouw	10-14
L5G 6	Man	15-17	L5G 27	Vrouw	15-17
L5G 7	Man	18-24	L5G 28	Vrouw	18-24
L5G 8	Man	25-29	L5G 29	Vrouw	25-29
L5G 9	Man	30-34	L5G 30	Vrouw	30-34
L5G 10	Man	35-39	L5G 31	Vrouw	35-39
L5G 11	Man	40-44	L5G 32	Vrouw	40-44
L5G 12	Man	45-49	L5G 33	Vrouw	45-49
L5G 13	Man	50-54	L5G 34	Vrouw	50-54
L5G 14	Man	55-59	L5G 35	Vrouw	55-59
L5G 15	Man	60-64	L5G 36	Vrouw	60-64
L5G 16	Man	65-69	L5G 37	Vrouw	65-69
L5G 17	Man	70-74	L5G 38	Vrouw	70-74
L5G 18	Man	75-79	L5G 39	Vrouw	75-79
L5G 19	Man	80-84	L5G 40	Vrouw	80-84
L5G 20	Man	85-89	L5G 41	Vrouw	85-89
L5G 21	Man	90+	L5G 42	Vrouw	90+

De leeftijdsklassen naar L5G zijn voor de verschillende modellen (somatisch, eigen risico en GGZ) gelijk. Voor het ER-model zijn alleen verzekerden in de leeftijdsklassen van 18 jaar of ouder in combinatie met FKG 0, DKG 0, HKG 0, FDG 0, MVV 0 en MHK 0/1 voor het somatische model van belang. Het GGZ-model geldt alleen voor 18-plussers.

Verzekerden met 'onbepaald' geslacht
Zoals eerder gesteld kunnen in het PER 2021 verzekerden naast man en vrouw ook geregistreerd staan met het geslacht "onbepaald". Deze verzekerden worden ingedeeld in dezelfde klassen als verzekerden met het vrouwelijk geslacht.

5 Farmacie kostengroepen (FKG)

De Farmacie kostengroepen (FKG's) spelen in drie modellen voor de risicoverevening een rol, namelijk in het somatische model, het GGZ-model en het eigenrisicomodel, maar de FKG's voor het eigenrisicomodel zijn identiek aan de FKG's in het somatische model.

De FKG's in het somatische model 2022 zijn gewijzigd ten opzichte van modeljaar 2021, als gevolg van het groot onderhoud. Er zijn nieuwe risicoklassen toegevoegd ('Maculadegeneratie o.b.v. add-on' en 'Hypercholesterolemie') en er zijn risicoklassen gesplitst ('Hartaandoeningen' in 'Hartaandoeningen: overig' en 'Hartaandoeningen: anti-aritmica'; 'Psychose en verslaving' in 'Psychose' en 'Verslaving (exclusief nicotine)'). Voor een beschrijving van de overige wijzigingen, zoals (leeftijdsafhankelijke) wijzigingen in drempelwaarden, en wijzigingen in de restricties op samenloop, wordt verwezen naar de toelichting in het ATC-referentiebestand.

De klassenindeling van de somatische FKG's telt voor modeljaar 2022 in totaal 42 positieve klassen, en is opgenomen in Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Klassenindeling 2022 FKG in somatisch model

FKG-C klasse	Omschrijving
FKG-C 0	Geen FKG
FKG-C 1	Schildklieraandoeningen
FKG-C 2	Glaucoom
FKG-C 3	Depressie
FKG-C 4	Psychose
FKG-C 5	Epilepsie
FKG-C 6	Chronische antistolling
FKG-C 7	Transplantaties
FKG-C 8	Parkinson
FKG-C 9	Hartaandoeningen: overig
FKG-C 10	Chronische pijn exclusief opioïden
FKG-C 11	Neuropathische pijn
FKG-C 12	Diabetes type II zonder hypertensie
FKG-C 13	Diabetes type II met hypertensie
FKG-C 14	Diabetes type I zonder hypertensie
FKG-C 15	Diabetes type I met hypertensie
FKG-C 16	Cystic fibrosis/pancreasenzymen
FKG-C 17	Groeistoornissen o.b.v. add-on
FKG-C 18	Aandoeningen hersenen / ruggenmerg: overig
FKG-C 19	Aandoeningen hersenen / ruggenmerg: multipele sclerose
FKG-C 20	HIV/AIDS
FKG-C 21	Psoriasis
FKG-C 22	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa
FKG-C 23	Reuma
FKG-C 24	Auto-immuunziekten o.b.v. add-on
FKG-C 25	Nieraandoeningen
FKG-C 26	Acromegalie
FKG-C 27	Immunoglobuline o.b.v. add-on
FKG-C 28	Astma
FKG-C 29	COPD/Zware astma

FKG-C 30	COPD/Zware astma o.b.v. add-on
FKG-C 31	Hormoongevoelige tumoren
FKG-C 32	Kanker
FKG-C 33	Kanker o.b.v. add-on
FKG-C 34	Pulmonale arteriële hypertensie
FKG-C 35	Maculadegeneratie o.b.v. add-on
FKG-C 36	Hypercholesterolemie
FKG-C 37	Hartaandoeningen: anti-aritmica
FKG-C 38	Verslaving exclusief nicotine
FKG-C 39	Extreem Hoge Kosten cluster 1
FKG-C 40	Extreem Hoge Kosten cluster 2
FKG-C 41	Extreem Hoge Kosten cluster 3
FKG-C 42	Extreem Hoge Kosten cluster 4

In 2022 zijn de volgende FKG's op basis van add-on declaraties (duur- en weesgeneesmiddelen) vastgesteld: Auto-immuunziekten, Groeistoornissen, Kanker, COPD/zware astma, Immunoglobulinen, Maculadegeneratie en alle EHK-clusters. FKG-C-39 (EHK-cluster 1) en FKG-C-40 (EHK-cluster 2) worden deels gebaseerd op add-on en deels op farmaciedeclaraties, de andere twee EHK-clusters (FKG-C-41 en FKG-C-42) worden alleen op add-on declaraties gebaseerd.

De indeling van de FKG's in het GGZ-model 2022 is gelijk aan die van 2021 (zie Tabel 5.2) en telt 9 positieve risicoklassen. Als gevolg van het groot onderhoud hebben de belangrijkste wijzigingen betrekking op het verlagen van de DDD-drempelwaarde voor enkele risicoklassen.

Tabel 5.2 Klassenindeling 2022 FKG in GGZ-model

FKG-G klasse	Omschrijving
FKG-G 0	Geen FKG psychische aandoeningen
FKG-G 1	ADHD
FKG-G 2	Verslaving
FKG-G 3	Angststoornissen
FKG-G 4	Chronische stemmingsstoornissen
FKG-G 5	Bipolaire stoornissen regulier
FKG-G 6	Bipolaire stoornissen complex
FKG-G 7	Psychose
FKG-G 8	Chronische stemmingsstoornissen complex
FKG-G 9	Psychose depot

Brongegevens (beide modellen)
De verzekerdenraming 2022 van de FKG's maakt een onderscheid tussen FKG's op basis van farmaciedeclaraties (hieronder reguliere FKG's genoemd) en FKG's voor add-on geneesmiddelen (hieronder add-on FKG's genoemd). Specifiek voor de indeling in de EHK-clusters geldt dat zowel de add-on én de farmaciedeclaraties uit hetzelfde declaratiejaar worden gebruikt; het declaratiejaar van de add-on declaraties (i.c. 2019 voor model 2022) is hierbij leidend.
De raming van de reguliere FKG's is gebaseerd op farmaciebestanden die verzekeraars hebben aangeleverd over het schadejaar 2020. ZIN heeft deze bestanden rond 1 juni 2021 via de ZorgTTP ontvangen. Voor de bepaling van de trendtabel op basis van declaraties 2019-2020 zijn ook gegevens over 2019 nodig. De declaratiebestanden 2019 zijn vorig jaar reeds aan ZIN aangeleverd.

Voor de FKG's op basis van add-on beschikt ZIN over het add-on declaratiebestand 2019 dat zorgverzekeraars rond 1 juni 2021 via de ZorgTTP hebben aangeleverd.

Voor de trendtabel wordt het add-on declaratiebestand over 2018 gebruikt, dat vorig jaar aan ZIN is aangeleverd.

Voor alle EHK-clusters beschikt ZIN over het add-on declaratiebestand 2019 dat zorgverzekeraars rond 1 juni 2021 via de ZorgTTP hebben aangeleverd én het farmacie declaratiebestand 2019 dat zorgverzekeraars rond 1 juni 2020 via de ZorgTTP hebben aangeleverd. Voor de trendtabel wordt het add-on én farmacie declaratiebestand over 2018 gebruikt; deze declaratiebestanden zijn in 2020 resp. 2019 aan ZIN aangeleverd.

Verder is voor de indeling van de FKG's – op basis van het ATC-referentiebestand en de G-Standaard van Z-Index - een zogenoemd DDD-uitvoeringsbestand nodig, die per ZI-artikelnummer de relatie legt tussen de FKG-risicoklasse, de ATC-code en de standaarddagdosering (DDD) naar toedieningsweg per ZI-artikelnummer.

Indeling van verzekerden naar FKG's (beide modellen)
De FKG's zijn als volgt bepaald. Voor de meeste FKG's heeft ZIN per verzekerde de som van het aantal standaarddagdoseringen (i.c. aantal DDD's) van de relevante declaraties per FKG bepaald. Een verzekerde komt pas in een FKG terecht indien het aantal DDD's boven de 180 uitkomt.
Voor de FKG's 'Glaucoom', 'Psychose', 'Diabetes type I', 'Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa', 'HIV / AIDS', 'Transplantaties', 'Cystic fibrosis / pancreasenzymen', 'Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: Multiple Sclerose', 'Hormoongevoelige tumoren', 'Pulmonale arteriële hypertensie', 'Groeistoornissen o.b.v. add-on', 'Acromegalie', 'Chronische antistolling' 'Neuropathische pijn', 'Hartaandoeningen: anti_aritmica', 'Hypercholesterolemie', 'COPD/zware astma' én de indicator 'hypertensie' is een drempelwaarde van meer dan 90 DDD's van toepassing.
Voor de FKG's 'Astma', 'Depressie', 'Epilepsie', 'Schildklieraandoeningen' en 'Reuma' wordt voor verzekerden jonger dan 18 jaar een drempelwaarde van meer dan 90 DDD's gehanteerd; voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een drempelwaarde van meer dan 180 DDD's om tot een (tijdelijke) score in de betreffende risicoklasse te komen.

Voor de FKG's 'Kanker' en 'Kanker o.b.v. add-on', 'Immunoglobuline o.b.v. add-on' en 'Maculadegeneratie o.b.v. add-on' wordt een drempelwaarde van tenminste drie declaraties toegepast om tot een FKG-score te komen. Voor alle vier de EHK-clusters wordt een drempelwaarde van tenminste een declaratie gehanteerd.

In het GGZ-model wordt voor FKG 'Psychose depot' en de indicator 'Bipolaire stoornissen complex' een drempelwaarde van tenminste drie declaraties toegepast om tot een FKG-score te komen.

Voor alle andere hierboven niet vermeldde FKG's geldt een drempelwaarde van meer dan 180 DDD's.

Voor sommige FKG's geldt een restrictie op samenloop. Een verzekerde wordt dan alleen bij een FKG ingedeeld als hij/zij niet bij een andere FKG is ingedeeld. In deze gevallen is de FKG niet uitsluitend af te leiden uit de optelling van de DDD's of aantal declaraties, maar wordt ook gekeken naar de samenloop tussen FKG's (bijv. geen samenloop tussen FKG 'COPD/Zware Astma' en FKG 'Astma'). De restricties op samenloop staan beschreven in de toelichting van het ATC referentiebestand.

Voor de indeling in FKG 'Kanker o.b.v. add-on' worden declaraties voor de werkzame stof bevacizumab met indicatiecodes voor oogaandoeningen uitgesloten bij de berekeningen. Ook worden bij deze FKG-risicoklasse, per indicatiecode, declaraties uitgesloten van geneesmiddelen die in de sluis zitten of met ingang van 2018 uit de sluis het pakket zijn ingestroomd.

Declaraties voor de werkzame stof bevacizumab met indicatiecodes voor oogaandoeningen, die worden uitgesloten voor de FKG 'Kanker o.b.v. add-on', worden toegekend aan de FKG 'Maculadegeneratie o.b.v. add-on'.

Bijraming FKG
Een deel van de klassen van FKG-C is gebaseerd op gegevens 2020. Voor deze klassen wordt de standaard methodiek bijraming beschreven in 3.1 toegepast. Voor de FKG's gebaseerd op add-on declaraties én de vier EHK-clusters (in het somatische model) wordt de standaard methodiek bijraming zoals beschreven in 3.2 toegepast, aangezien deze klassen gebaseerd zijn op gegevens 2019.

Bij het kenmerk FKG wordt op twee punten afgeweken van de standaard methodiek. Ten eerste, omdat een verzekerde in meerdere FKG's kan terechtkomen, heeft ZIN de trend ook voor verzekerden in FKG-C-0 bepaald, zodat het aantal verzekerden in de afslagklasse afzonderlijk geraamd kan worden. Ten tweede heeft ZIN voor een aantal klassen een aangepaste trend toegepast. Voor de EHK-clusters is geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen en de instabiele patronen in deze klassen. Bij de FKG add-on's en FKG-astma is geen trend toegepast in verband met toepassing van COVID-correcties. Voor FKG-C-16 is de trend niet begrensd in verband met een hogere trend over een langere periode. Voor FKG-C-20, FKG-C-29 en FKG-C-38 wordt geen trend toegepast in verband met instabiele patronen. Voor FKG-C-36 is de trend begrensd op 1,125 in verband met een sterke maar afnemende groei.
De indeling klassen van FKG-G is gebaseerd op gegevens 2020, en hierop wordt de standaard bijraming zoals beschreven in paragraaf 3.1 toegepast. Omdat ook bij de FKG in het GGZ-model een verzekerde in meerdere FKG's kan terechtkomen, heeft ZIN ook de trend ook voor verzekerden in de afslagklasse (FKG-G 0) bepaald zodat het aantal verzekerden in deze klasse afzonderlijk geraamd kan worden. Voor twee klassen is bij FKG-G afgeweken van de reguliere methodiek: de trend van FKG-G-1 is niet begrensd vanwege een hogere groei over meerdere jaren en er is geen trend toegepast voor FKG-G-2 vanwege instabiele patronen.

In Bijlage 1 staan de gehanteerde trendfactoren van FKG en andere kenmerken.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden die in het buitenland wonen, worden niet regulier ingedeeld voor het kenmerk FKG. Zij worden wel als aparte groep onderscheiden, omdat ze wel meetellen bij de toedeling van de vereveningsbijdrage. De bijdrage via FKG voor een verzekerde die in het buitenland woont, wordt gelijkgesteld aan een percentage van het normbedrag voor een in Nederland woonachtige verzekerde die in FKG-klasse 0 (afslagklasse) valt. Voor het vereveningsjaar 2022 is dit voor de somatische FKG bepaald op 75% en voor de psychische FKG op 65%.

Correctie voor COVID-19
Er is een correctie voor COVID-19 toegepast bij FKG-C, namelijk voor de FKG-klassen o.b.v. add-on's en FKG astma. Uit onderzoek van PwC naar de effecten van

COVID-19 blijkt dat de aantallen verzekerden in de FKG add-on's in 2020 gemiddeld 12% lager zijn dan op basis van de trend tussen 2017 en 2019 wordt verwacht. De oorzaak is de uitval van geleverde zorg in 2020. Voor de reguliere FKG's is geen effect van COVID-19 geconstateerd, afgezien van een stijging van de trend van ongeveer 7% bij de klasse FKG astma. Bij de EHK-clusters is een daling van het aantal verzekerden te zien maar is onzeker of dit veroorzaakt wordt door COVID-19 of door toeval. Voor FKG-G is geen effect van COVID-19 geconstateerd.

Voor 2021 (ex-post gegevensjaar) wordt verwacht dat de aantallen FKG add-on's zich gedeeltelijk herstellen (voor de helft) tot het niveau van 2019. Voor FKG astma wordt verwacht dat het aantal verzekerden in 2021 gelijk is aan het niveau in 2020, met daarbij opgeteld de groei volgens één COVID-jaar. Om deze verwachting te verwerken in de verzekerdenraming is de bijraming op twee manieren aangepast:

1. Er is geen trend toegepast voor de FKG add-on's en FKG astma. De bijraming geeft daarmee de aantallen verzekerden in FKG add-on's o.b.v. het niveau van 2019 en FKG astma o.b.v. 2020, alleen gecorrigeerd voor nieuwe verzekerden, een jaar sterfte (alleen FKG add-on's) en de macroverzekerdenraming.
2. Aan het einde van de bijraming worden voor alle FKG-klassen add-on's en FKG astma COVID-correctiefactoren toegepast die door PwC zijn berekend (zie onderstaande tabel). De correctiefactoren zijn bepaald door voor iedere klasse het verwachte aantal verzekerden in 2021 te delen door het geobserveerde aantal verzekerden in 2019 (FKG add-on's) of 2020 (FKG astma).

Tabel 5.3 COVID-correctiefactoren voor somatische FKG's

FKG-C	Correctiefactor
17 Groeistoornissen o.b.v. add-on	0,97
24 Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	0,99
27 Immunoglobuline o.b.v. add-on	0,95
28 Astma	1,08
30 COPD/Zware astma o.b.v. add-on	1,36
33 Kanker o.b.v. add-on	0,98
35 Maculadegeneratie o.b.v. add-on	1,11

Uit analyse van ZIN blijkt dat extra sterfte door COVID-19 in 2020 niet tot significant lagere aantallen verzekerden in de positieve klassen van FKG-C of FKG-G heeft geleid. Daarom wordt in de raming van FKG-C en FKG-G hierop niet bijgestuurd.

6 Diagnose kostengroepen (DKG)

6.1 DKG in somatisch model

De DKG's in het somatische model 2022 is een meervoudig DKG-kenmerk met 26 (positieve) klassen (zie WOR 988). Hierbij worden verzekerden eerst o.b.v. hun DBC-declaraties voor Medisch Specialistische Zorg ingedeeld naar DX-groepen, waarna elke DX-groep van deze verzekerde in principe in een positieve DKG-klasse wordt ingedeeld. Hierdoor kunnen verzekerden in meerdere (positieve) DKG-klassen terecht komen, maar ook binnen één positieve klasse met een hogere score o.b.v. het aantal *aparte* DX-groepen waarin hij/zij is ingedeeld.

Brongegevens
De raming van de somatische DKG's voor 2022 is gebaseerd op de DBC-declaratiegegevens van 2019 en de daarbij behorende specialismecodes, diagnosecodes en DBC-zorgproductcodes. ZIN heeft het DBC-bestand van de zorgverzekeraars omstreeks 1 juni 2021 via ZorgTTP ontvangen. Voor het onderscheid van verzekerden met structurele hemofilie zijn geen aanvullende DBC-gegevens uit het voorgaande jaar meer nodig (zie hieronder).

Indeling van verzekerden naar DKG's
Het referentiebestand voor vereveningsjaar 2022 voor de indeling van verzekerden naar de somatische DKG's is opgesteld door ZIN, als bijlage opgenomen in de beleidsregels en vervolgens vastgesteld door VWS.
Eén tabel geeft aan welke combinaties van specialisme- en diagnosecodes worden ingedeeld naar DX-groepen. Bij enkele DX-groepen geldt voor de indeling een minimum leeftijd. De DBC's met een licht ambulant zorgproduct, de zogenaamde consult-DBC's, zijn echter uitgesloten van de indeling naar DX-groepen.
Daarnaast worden DBC's met specifieke nevenverrichtingen ingedeeld in DX-groepen. Deze nevenverrichtingen zijn geselecteerd op basis van hun zorgproductcodes.

Vervolgens wordt de groep verzekerden met hemofilie gesplitst in een incidentele groep als zij in 2019 slechts één DBC met diagnose hemofilie hebben, en in een structurele groep als zij in 2019 meerdere DBC's met diagnose hemofilie hebben. Daarnaast is er een onderscheid gemaakt tussen verzekerden met alleen nierdialyse (in t-1), verzekerden met nierdialyse én niertransplantatie (in t-1), en (als laatste) verzekerden met alleen niertransplantatie (in t-1). Voor de selectie van verzekerden met niertransplantatie geldt de samenloopregel waarbij zowel de specialisme- en diagnosecodes in DX-groep 1750 als zorgproductcodes in deze DX-groep *samen* moeten gelden.

Na de indeling naar DX-groepen volgt de indeling van (verzekerden in) DX-groepen naar DKG-klassen. Deze indeling is gebaseerd op de indeling/clustering van DX-groepen naar DKG-klassen volgens pre-OT voor het vereveningsjaar 2022.
Bij deze indeling is er géén samenloop of uitsluitregel, dus alle afzonderlijke DX-groepen leiden elk tot een score van 1 in een positieve DKG-klasse. Het kan uiteindelijk voorkomen dat verzekerden in meerdere positieve DKG-klassen zijn ingedeeld, en/of dat verzekerden in een positieve DKG-klasse een score van 1, 2, 3, enz. krijgen. In de bijdragebepaling wordt voor verzekerden met een hogere score in een bepaalde DKG-klasse het normbedrag van deze DKG-klasse vermenigvuldigd met zijn/haar score in deze DKG-klasse.

Bijraming DKG
Voor de bijraming van de somatische DKG's wordt de standaard methodiek beschreven in paragraaf 3.2 (gegevens 2019) toegepast. In tegenstelling tot voorgaande jaren wordt voor het vereveningsjaar 2022 bij alle DKG-klassen géén trend toegepast, aan het einde van de bijraming wel correctiefactoren voor COVID-effecten (zie hieronder).

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden die in het buitenland wonen zijn niet regulier ingedeeld naar DKG's. Deze verzekerden zijn echter wel als aparte groep onderscheiden omdat ze wel meetellen bij de toedeling van de vereveningsbijdrage. Bij DKG in het somatische model is de vereveningsbijdrage voor een verzekerde die in het buitenland woont gelijk gesteld aan 75% van het normbedrag van de DKG-klasse 'geen DKG'.

Correctie voor COVID-19
Bij de DKG's in het somatische model wordt dit jaar ook een correctie voor de verwachte ontwikkelingen na de COVID-19 toegepast. Uit onderzoek van PwC naar de effecten van COVID-19 blijkt dat de aantallen verzekerden in de positieve DKG's o.b.v. DBC-declaraties in 2020 flink zullen terugvallen, vooral door de uitval van geleverde zorg in 2020. Voor 2021 (ex post-gegevensjaar) wordt verwacht dat de aantallen positieve DKG's zich gedeeltelijk herstellen (ongeveer voor de helft) tot het niveau van 2019. In dat kader wordt bij alle (positieve) DKG-klassen de oorspronkelijke raming o.b.v. DBC-declaraties in 2019, dus nog vóór de uitbraak van de COVID-19 pandemie, gecorrigeerd voor de verwachte ontwikkeling na de COVID−19 effecten in 2020. Hiertoe worden aan het einde van de bijraming van alle (positieve) DKG-klassen COVID-correctiefactoren toegepast die door PwC zijn berekend (zie onderstaande tabel).

Tabel 6.1 COVID-correctiefactoren voor somatische DKG's

DKG	Correctiefactor	DKG	Correctiefactor	DKG	Correctiefactor
1	0,91	10	0,93	19	0,93
2	0,88	11	0,94	20	1,05
3	0,89	12	0,97	21	0,98
4	0,93	13	0,96	22	0,99
5	0,88	14	0,91	23	0,95
6	0,88	15	0,96	24	1,12
7	0,91	16	0,96	25	0,97
8	0,90	17	1,01	26	0,89
9	0,92	18	0,99		

Uit analyse van ZIN blijkt dat extra sterfte door COVID-19 niet tot significant lagere aantallen verzekerden in de positieve DKG-klassen in 2020 heeft geleid. Daarom wordt in de raming van de aantallen somatische DKG's hierop niet bijgestuurd.

6.2 DKG in GGZ-model

Het kenmerk DKG in het GGZ-model 2022 kent naast de afslagklasse 18 positieve klassen, namelijk:
- één (positieve) DKG-G-klasse o.b.v. Basis-GGZ-declaraties;
- 14 (positieve) DKG-G klassen o.b.v. DBC-GGZ-declaraties;
- 3 (positieve) DKG-G klassen o.b.v. ZZP-GGZ-declaraties.

Brongegevens
Voor de verzekerdenraming van de DKG's psychische aandoeningen in 2022 zijn primair DBC-GGZ-declaraties en ZZP-GGZ-declaraties voor 2019 gebruikt. ZIN heeft deze bestanden van de zorgverzekeraars omstreeks 1 juni 2021 via ZorgTTP ontvangen. Daarnaast zijn reeds aanwezige DBC-GGZ-declaraties voor 2018 en 2017 gebruikt aangezien het kenmerk DKG-G deels is gebaseerd op t-1, t-2 en t-3. Ook is een vertaaltabel toegepast uit het WOR-onderzoek 1037 die op 4 mei 2021 aan ZIN is aangeleverd.

Indeling van verzekerden naar DKG-G's
Het referentiebestand voor vereveningsjaar 2022 voor de indeling van verzekerden naar psychische DKG's is opgesteld door ZIN, als bijlage opgenomen in de beleidsregels en vervolgens vastgesteld door VWS. Het is een enkelvoudig kenmerk; de hoogste klasse telt. De indeling van de vier hoogste klassen, klassen 15 tot en met 18, is gebaseerd op verblijf volgens een DBC (15) of een ZZP (16 t/m 18). De indeling van klasse 2 tot en met 14 is gebaseerd op informatie over diagnosecodes, zorgtypen en zorggebruik uit DBC's. De laagste positieve klasse is gebaseerd op declaraties voor Basis-GGZ.

Conversieonderzoek DKG-G
Per 1 januari 2022 wordt het zorgprestatiemodel ingevoerd als nieuwe declaratiesystematiek van de GGZ. Dit leidt tot een "harde knip" van GGZ behandel- en DBC-trajecten die allemaal op 31 december 2021 worden afgesloten. Hierdoor wordt een schadelastdip in 2021 verwacht en zal een verschuiving van verzekerden in de klassen plaatsvinden. De schadelastdip wordt voor de ambulante DBC's verwerkt door de vertaaltabel uit het conversieonderzoek DKG GGZ (WOR 1037) toe te passen en de ex-ante declaratiegegevens (2019) representatief te maken voor de ex-post situatie (2021). Voor iedere combinatie van openingsmaand en declaratiecode leidt dit tot een nieuwe declaratiecode met de gesimuleerde schadelastdip. Voor de verblijfs-DBC's wordt de einddatum afgekapt op 31 december 2019. Vervolgens wordt de kenmerkindeling volgens de reguliere methodiek uitgevoerd op de geconverteerde gegevens.

Bijraming DKG-G
Voor de bijraming van het kenmerk DKG-G wordt de standaard methodiek zoals beschreven in paragraaf 3.2 toegepast. De jaarlijkse trend is in tegenstelling tot vorig jaar op de reguliere methode uitgevoerd, gebaseerd op gegevens van de jaren 2018/2019 met afkapregel van 5% per jaar. De trend wordt berekend op de kenmerkindeling zonder toepassing van de correctie voor de schadelastdip in 2021. Voor DKG-G 10 t/m 18 wordt geen trend toegepast gezien de kleine aantallen verzekerden en de grote fluctuaties hierin.

Geen correctie voor verruiming van Wlz bij DKG-G
Door de verruiming van de Wlz vanaf 2021 kunnen verschillende verzekerden met een psychische stoornis (o.b.v. zorginhoudelijke criteria) vanuit Zvw naar Wlz overgeheveld worden (dit naast directe instroom in Wlz). In totaal gaat het waarschijnlijk om ongeveer 300 verzekerden met zeer hoge GGZ-kosten (gemiddeld €100.000). Gezien de onzekerheid over de impact van de verruiming Wlz op de DBC-GGZ gegevens in 2021 en de kleine aantallen verzekerden in de desbetreffende DKG-G risicoklassen, is besloten hiervoor net als voorafgaand jaar geen correctie toe te passen.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden die in het buitenland wonen en 18 jaar of ouder zijn, worden niet

regulier ingedeeld in één van de psychische DKG-klassen. Bij de DKG psychische aandoeningen is de bijdrage voor een verzekerde die in het buitenland woont, bepaald op 40% van het normbedrag van de afslagklasse.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij DKG-G.

7 Meerjarig hoge kosten (MHK)

Het vereveningsmodel 2022 kent twee kenmerken Meerjarig Hoge Kosten (MHK), te weten de MHK in het somatische model en de MHK in het GGZ-model.

7.1 MHK in somatisch model

Vanaf het vereveningsjaar 2020 worden verzekerden woonachtig in het buitenland (weer) ingedeeld in alle reguliere MHK-klassen. Daarnaast worden ook de GRZ-kosten in de drie voorgaande schade jaren meegenomen in de totale kosten die relevant zijn voor de indeling naar MHK-klassen.

Op basis van kostengegevens op verzekerdenniveau over de jaren t-3, t-2 en t-1 krijgen verzekeraars een compensatie in geval een verzekerde in deze jaren bepaalde schadedrempels heeft overschreden. Voor het vereveningsmodel 2022 zijn er acht (positieve) MHK-klassen en een afslagklasse (MHK-C-0):

- MHK-klasse 1: verzekerden met in ten minste 1 van de 3 voorgaande jaren in top 30%;
- MHK-klasse 2 (`nee-ja-ja'): verzekerden die in t-3 geen hoge kosten hebben, maar zowel in t-2 als in t-1 tot de verzekerden in de top 10% van hoogste kosten behoren;
- MHK-klassen 3 t/m 8: verzekerden die in alle drie voorgaande jaren telkens in de top x% van hoogste kosten vallen.

Tabel 7.1 geeft een overzicht van MHK-klassen somatisch model 2022.

Tabel 7.1 Klassenindeling 2022 van de MHK in het somatisch model

MHK-C klasse	Omschrijving
MHK-C 0	afslagklasse (in 3 voorgaande jaren niet in top 30%)
MHK-C 1	in ten minste 1 van 3 voorgaande jaren kosten in top 30%
MHK-C 2	in 2 voorgaande jaren kosten in top 10% (`nee-ja-ja')
MHK-C 3	in 3 voorgaande jaren kosten in top 15%
MHK-C 4	in 3 voorgaande jaren kosten in top 10%
MHK-C 5	in 3 voorgaande jaren kosten in top 7%
MHK-C 6	in 3 voorgaande jaren kosten in top 4%
MHK-C 7	in 3 voorgaande jaren kosten in top 1,5%
MHK-C 8	in 3 voorgaande jaren kosten in top 0,5%

Brongegevens

ZIN baseert de raming van de somatische MHK op de drie meest recente jaren waarvoor kostengegevens per verzekerde beschikbaar zijn. Voor de verzekerdenraming 2022 zijn dit 2017 (t-5), 2018 (t-4) en 2019 (t-3). ZIN heeft voor deze jaren de `kosten per verzekerde' (KPV-)bestanden ontvangen van de zorgverzekeraars (via ZorgTTP).

Uit de KPV-bestanden voor elk jaar zijn met de deelbedragen variabele zorgkosten de grenzen van de top 30%, 15%, 10%, 7%, 4%, 1,5% en 0,5% bepaald. Bij het KPV-bestand voor 2017 zijn de deelbedragen variabele kosten (excl. geriatrische revalidatiezorg) en kosten geriatrische revalidatiezorg per verzekerde bij elkaar opgeteld. Bij de percentielgrensberekening tellen alle verzekerden in een jaar met gewicht 1 mee, ongeacht de inschrijfduur. Tabel 7.2 geeft de drempelbedragen van de jaren 2017 tot en met 2019.

Tabel 7.2 Drempelbedragen per schadejaar MHK somatisch model

Jaar	top 30%	top 15%	top 10%	top 7%	top 4%	top 1,5%	top 0,5%
2017	1.101	2.792	4.371	6.207	10.211	20.574	40.021
2018	1.129	2.862	4.476	6.352	10.384	20.958	40.897
2019	1.191	3.008	4.682	6.610	10.700	21.881	43.245

In de drempelbedragen voor 2019 zijn de declaraties tot maximaal mei 2021 verwerkt. In de uiteindelijke bedragen zullen ook de kosten over 2019 worden meegenomen die in de rest van 2021 worden gedeclareerd (voorlopig versus definitief KPV-bestand 2019). Verder zullen deze kosten door plafond- en lumpsumafspraken ook nog veranderen; in dit voorlopige bestand zijn de effecten van deze afspraken nog niet verwerkt.

Bijraming kenmerk MHK somatisch

De bijraming van de MHK-klassen is vergelijkbaar met de reguliere bijraming (paragraaf 3.2), maar met drie uitzonderingen. Nieuw verzekerden in 2020 en in 2021 worden met een bepaalde kansverdeling alleen ingedeeld in de MHK-klassen 0 of 1. Daarnaast wordt bij MHK geen trendtabel toegepast. Tot slot vindt er een afstemming plaats op de geactualiseerde prevalenties van ESHPM voor 2019 om zo te corrigeren voor beleids- en definitiewijzigingen. De raming van de MHK gaat uit van relatief `oude' kostengegevens. Als door beleids- en definitiewijzigingen grote verschillen ontstaan in Zvw-kostenpatronen tussen t-5 en t-1, dan kan er ook een verschil ontstaan tussen de raming en de uiteindelijke verzekerdenbepaling. Om de effecten van tussentijdse beleidswijzigingen te ondervangen zijn de geraamde aantallen verzekerden voor de somatische MHK afgestemd op de geactualiseerde prevalenties van het onderzoeksbureau ESHPM. Deze prevalenties van ESHPM zijn gebaseerd op (representatief gemaakte) kostengegevens voor 2017 tot en met 2019, en gaan dus uit van dezelfde kostenjaren als de raming (een jaar versnelling t.o.v. eerdere jaren). Op deze kosten zijn correcties toegepast om ze representatief te maken voor de situatie in de jaren t-3, t-2 en t-1. Dergelijke correcties spelen met name bij pakketwijzigingen en kostenoverhevelingen tussen deelbedragen.
ZIN heeft van ESHPM de prevalentie per MHK-klasse en per L15G-klasse ontvangen. Omdat ESHPM niet beschikt over de verzekerden in 2020, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op deze prevalenties uitgevoerd op basis van de gemiddelde sterfte 2018/2019 en 2019/2020. Vervolgens zijn de correctiefactoren berekend door de *relatieve* prevalentie[3] van ESHPM te delen door de relatieve prevalentie (eveneens op L15G-niveau) die aanvankelijk uit de verzekerdenraming komt. Tabel 7.3 geeft een overzicht van deze correctiefactoren. De uiteindelijke raming van het aantal verzekerden per MHK-klasse is dan het aanvankelijke aantal verzekerden per MHK-klasse en leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) vermenigvuldigd met de desbetreffend correctiefactor. De correctiefactoren variëren tussen 0,836 en 1,137.

[3] D.w.z. per L15G-klasse het aantal verzekerden in een MHK-klasse na sterftecorrectie ten opzichte van het totaal aantal verzekerden (in dezelfde L15G-klasse).

Tabel 7.3 Correctiefactoren van somatische MHK-klassen voor afstemming op relatieve prevalentie ESHPM

Mannen	Min 1x in top 30%	2x in top 10%	3 x in top 15%	3x in top 10%	3x in top 7%	3x in top 4%	3x in top 1,5%	3x in top 0,5%
0 t/m 17	0,941	0,952	0,966	0,942	0,965	0,942	0,881	0,843
18 t/m 29	0,963	1,025	0,996	0,957	0,939	0,936	0,858	0,863
30 t/m 44	1,021	1,056	1,047	1,037	1,048	1,004	0,936	0,898
45 t/m 59	1,014	1,024	1,013	0,977	0,984	0,938	0,944	0,927
60 t/m 74	1,016	1,023	1,013	1,003	0,979	0,996	1,001	1,006
75 e.o.	1,046	1,066	1,054	1,064	1,066	1,074	1,082	1,113

Vrouwen	Min 1x in top 30%	2x in top 10%	3 x in top 15%	3x in top 10%	3x in top 7%	3x in top 4%	3x in top 1,5%	3x in top 0,5%
0 t/m 17	0,945	0,968	1,001	0,986	0,998	0,931	0,906	0,836
18 t/m 29	1,039	1,137	1,070	1,025	0,978	0,966	0,870	0,877
30 t/m 44	1,004	0,953	0,975	0,958	0,968	0,970	0,926	0,902
45 t/m 59	0,998	0,991	0,977	0,974	0,949	0,947	0,928	0,938
60 t/m 74	1,012	1,010	0,988	0,982	0,958	0,973	0,966	0,974
75 e.o.	1,031	1,019	1,022	1,014	1,003	1,013	0,983	1,000

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden woonachtig in het buitenland worden ingedeeld in de reguliere MHK-klassen van het somatisch model.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij MHK. ZIN heeft wel vastgesteld dat de verhoogde sterfte in 2020 en deels 2021 door COVID een licht negatieve impact heeft op de aantallen verzekerden in positieve MHK-klassen (zie paragraaf 17.2). Via de afstemming op de geactualiseerde MHK-prevalenties van ESHPM wordt de raming voor deze verhoogde sterfte gecorrigeerd. Immers, de geactualiseerde prevalenties van ESHPM worden gecorrigeerd voor de gemiddelde sterfte van 2019/2020 (verhoogd door COVID) en van 2018/2019 (laag door ontbrekende griepepidemie).

7.2 MHK in GGZ-model

Voor het vereveningsjaar 2022 is de MHK-G niet gewijzigd. Op basis van GGZ-kosten op verzekerdenniveau over de jaren t-5, t-4, t-3, t-2 en t-1 krijgen verzekeraars via de MHK in het GGZ-model mogelijk een compensatie als een verzekerde in deze jaren GGZ-kosten heeft gemaakt. Voor het vereveningsmodel 2022 zijn er zeven (positieve) klassen en één afslagklasse, waarbij voor de leeftijdsklasse 18 tot en met 23 jaar (leeftijd in t) een uitzondering geldt vanwege ontbrekende Zvw-kostengegevens GGZ per 2018 voor 18-minners.

Tabel 7.4 geeft de klassenindeling van de MHK in het GGZ-model weer voor model 2022.

Tabel 7.4 Klassenindeling 2022 van de MHK in het GGZ-model

MHK-klasse	Omschrijving
MHK-G 0	Geen GGZ-MHK
MHK-G 1	minimaal 1 keer GGZ-kosten afgelopen 3 jaar (lage drempel)
MHK-G 2	minimaal 2 keer in 5 jaar top 10‰ (18 t/m 23 in t min. 1 keer)
MHK-G 3	minimaal 2 keer in 5 jaar top 5‰ (18 t/m 23 in t min. 1 keer)
MHK-G 4	minimaal 2 keer in 5 jaar top 2,5‰ (18 t/m 23 in t min. 1 keer)
MHK-G 5	minimaal 2 keer in 5 jaar top 1‰ (18 t/m 23 in t min. 1 keer)
MHK-G 6	5 keer in afgelopen 5 jaar in top 5‰
MHK-G 7	5 keer in afgelopen 5 jaar in top 2,5‰

De raming van MHK-G is gebaseerd op GGZ-kosten (exclusief de kosten voor langdurige GGZ) per verzekerde in 2015 tot en met 2019. ZIN heeft de 'kosten per verzekerde' (KPV)-bestanden ontvangen van de zorgverzekeraars (via ZorgTTP). Voor elk jaar zijn eerst de drempelbedragen van de top 10‰, 5‰, 2,5‰ en 1‰ vastgesteld. Daarnaast is voor elk gegevensjaar het drempelbedrag t.b.v. de klasse 'minimaal 1 keer GGZ-kosten afgelopen 3 jaar', de zogenaamde 'lage' drempel, bepaald. Bij de bepaling van alle drempelbedragen zijn alle verzekerden, dus inclusief woonachtig in het buitenland, vanaf 18 jaar (in het desbetreffende jaar) met gewicht 1 meegeteld, ongeacht hun inschrijfduur. Tabel 7.5 geeft de drempelbedragen voor 2015 tot en met 2019.
Indien meerdere verzekerden kosten hebben die gelijk zijn aan het drempelbedrag van de laagste klasse ('lage' drempel in tabel 7.5), dan wordt het gewicht van deze verzekerden naar rato verdeeld over de klassen MHK-G 0 en MHK-G 1.

Tabel 7.5 Drempelbedragen per schadejaar voor de MHK in het GGZ-model

Jaar	'lage' drempel	top 10‰	top 5‰	top 2,5‰	top 1‰
2015	135	4.442	7.949	16.142	35.839
2016	159	4.527	8.043	16.056	35.467
2017	165	4.684	8.365	16.303	35.759
2018	173	5.038	8.786	16.899	36.759
2019	184	5.521	9.404	17.418	37.822

Vanaf 2016 vallen de GGZ-kosten voor verzekerden tot 18 jaar niet meer onder de Zvw. Hierdoor kan bijvoorbeeld een 18-jarige in 2022 in principe niet in de twee hoogste MHK-GGZ-klassen terechtkomen. Om aan te sluiten op het onderzoek zijn voor alle 18-minners de GGZ-kosten uit 2015 tot en met 2019 op 0 euro gezet.

Conversieonderzoek MHK-G
Per 1 januari 2022 wordt het zorgprestatiemodel ingevoerd als nieuwe declaratiesystematiek van de GGZ. Dit leidt tot een "harde knip" van GGZ behandel- en DBC-trajecten die allemaal op 31 december 2021 worden afgesloten. Hierdoor wordt een schadelastdip in 2021 verwacht en zal een verschuiving van verzekerden in de klassen plaatsvinden. Het is onduidelijk welke impact deze overheveling heeft op de indeling naar MHK-G-klassen.

In de verzekerdenraming 2022 is rekening gehouden met de schadelastdip in 2021 via afstemming op de geactualiseerde prevalenties van ESHPM. ESHPM heeft een MHK-indeling berekend gebaseerd op kosten 2019 en eerder, en daarbij voor het gegevensjaar 2018 de kosten inclusief schadelastdip uit de OT2021 gebruikt. Dit betekent dat de geactualiseerde prevalenties van ESHPM – net als in de ex-post situatie – een jaar GGZ-kosten met schadelastdip bevatten.

Bijraming MHK-G
De bijraming van MHK-G is vergelijkbaar met de bijraming van de somatische MHK, zij het dat de nieuw verzekerden in 2020 en 2021 worden ingedeeld in de afslagklasse (MHK-G-0). Er is afgestemd op de geactualiseerde MHK-G prevalenties van ESHPM. Hierbij is rekening gehouden met een jaar schadelastdip door de invoering van het zorgprestatiemodel. In tegenstelling tot eerdere jaren zijn de MHK-G prevalenties van ESHPM nu gebaseerd op (representatief gemaakte) kosten uit dezelfde gegevensjaren als de raming (een jaar versnelling t.o.v. eerdere jaren). Omdat ESHPM niet beschikt over de verzekerden in 2020, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op uitgevoerd op basis van de gemiddelde sterfte 2018/2019 (met relatief lage sterfte) en 2019/2020 (met relatief hoge sterfte door COVID). Tabel 7.6 geeft een overzicht van de correctiefactoren voor de MHK in het GGZ-model. De correctiefactoren variëren tussen 0,574 en 1,317.

Tabel 7.6 Correctiefactoren van MHK-klassen in GGZ-model voor afstemming op relatieve prevalentie ESHPM

Mannen	Min. 1x kosten in 3 jaar	Min. 2x in 5 jaar top 10‰	Min. 2x in 5 jaar top 5‰	Min. 2x in 5 jaar top 2,5‰	Min. 2x in 5 jaar top 1‰	5x in afgelopen 5 jaar in top 5‰	5x in afgelopen 5 jaar in top 2,5‰
18 t/m 29	1,194	1,132	1,140	1,021	1,219	1,094	0,895
30 t/m 44	1,061	1,047	1,062	1,077	1,014	0,795	0,685
45 t/m 59	0,986	0,958	0,988	0,986	0,980	0,680	0,718
60 t/m 74	0,964	0,921	0,933	1,026	0,957	0,719	0,658
75 e.o.	1,317	1,157	1,294	1,115	1,107	0,777	0,657

Vrouwen	Min. 1x kosten in 3 jaar	Min. 2x in 5 jaar top 10‰	Min. 2x in 5 jaar top 5‰	Min. 2x in 5 jaar top 2,5‰	Min. 2x in 5 jaar top 1‰	5x in afgelopen 5 jaar in top 5‰	5x in afgelopen 5 jaar in top 2,5‰
18 t/m 29	1,161	1,102	1,102	1,040	1,128	1,018	0,940
30 t/m 44	1,004	0,971	1,021	0,992	0,964	0,821	0,764
45 t/m 59	0,967	0,939	0,984	0,981	0,969	0,711	0,687
60 t/m 74	0,954	0,922	0,961	0,980	0,943	0,663	0,625
75 e.o.	1,182	1,054	1,094	1,111	1,035	0,574	0,580

Geen correctie voor verruiming van Wlz bij MHK-G
Door de verruiming van Wlz vanaf 2021 worden verzekerden met een psychische stoornis (o.b.v. zorginhoudelijke criteria, zie ook par. 6.2) vanuit Zvw naar Wlz overgeheveld (dit naast directe instroom in Wlz). Het is nog onduidelijk welke impact deze overheveling heeft op de ex-post indeling naar MHK-G-klassen (o.b.v. GGZ-kosten 2021 en eerder). Gezien de onzekerheid over deze impact en de waarschijnlijk kleine aantallen per MHK-klasse die hier gemoeid zijn is besloten hiervoor geen correctie toe te passen.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden woonachtig in het buitenland worden ingedeeld in de reguliere MHK-klassen van het GGZ-model.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij MHK-G.

8 Hulpmiddelen kostengroepen (HKG)

Het kenmerk HKG is niet gewijzigd ten opzichte van modeljaar 2021. In Tabel 8.1 is de klassenindeling voor 2022 weergegeven.

Tabel 8.1 Klassenindeling 2022 van de HKG

HKG-klasse	Omschrijving (type hulpmiddel)
HKG 0	Geen HKG
HKG 1	CPAP apparatuur
HKG 2	Therapeutische elastische kousen
HKG 3	Voorzieningen voor stomapatiënten
HKG 4	Vernevelaar met toebehoren
HKG 5	Middelen voor urine-opvang
HKG 6	Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)
HKG 7	Zuurstofapparaten met toebehoren
HKG 8	Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)
HKG 9	Slijmuitzuigapparatuur
HKG 10	Draagbare infuuspompen
HKG 11	Compressiemiddelen
HKG 12	Orthesen
HKG 13	Beenprothesen
HKG 14	Insulinepompen

Brongegevens
ZIN heeft omstreeks 1 juni 2021 van de verzekeraars (via ZorgTTP) bestanden gekregen betreffende hulpmiddelendeclaraties 2020.

Indeling van verzekerden
In de verzekerdenraming 2022 zijn de declaraties via GPH-codes met behulp van het referentiebestand ingedeeld naar de 14 HKG-risicoklassen. De HKG's vormen een meervoudig kenmerk, dus elke verzekerde kan in één of meerdere (positieve) HKG-klassen vallen. Verder is voor elke verzekerde één declaratie in t-1 voldoende om in t in een positieve HKG te vallen. Voorwaarde is wel dat voor alle HKG's het totale schadebedrag groter dan 0 moet zijn. Bij de klasse 'Voedingshulpmiddelen (excl. Zuigelingen)' (HKG-8) geldt de uitsluiting van zuigelingen. Voor de raming gaat het hierbij om verzekerden die in het gegevensjaar 2020 nul jaar waren, dat wil zeggen verzekerden geboren na 30 juni 2019.

Bijraming HKG
Voor het kenmerk HKG is de standaard methodiek zoals in paragraaf 3.1 toegepast. Omdat bij de HKG een verzekerde in meerdere positieve HKG-klassen terecht kan komen, heeft ZIN ook de trend ook voor verzekerden in de afslagklasse (HKG 0) bepaald zodat het aantal verzekerden in deze klasse afzonderlijk geraamd kan worden. Voor een aantal klassen is afgeweken van de standaardmethodiek van de trends: er is geen trend toegepast voor de risicoklassen HKG-2, HKG-4 en HKG-12 in verband met COVID-correcties. Voor HKG-8 is de trend berekend exclusief een concern vanwege een foutieve aanlevering over 2019. Bij HKG-1 is de trend niet gemaximeerd vanwege een vergelijkbare hoge trend in meerdere jaren, voor HKG-9 is geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen en voor HKG-10 is geen trend toegepast vanwege de hoge sterfte in deze risicoklasse.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Door het ontbreken van declaratiegegevens zijn verzekerden die in het buitenland wonen niet ingedeeld bij het kenmerk HKG. Zij zijn echter wel als aparte groep onderscheiden omdat ze wel meetellen bij de toedeling van de vereveningsbijdrage. Bij de HKG's is de bijdrage voor een verzekerde die in het buitenland woont gelijk gesteld aan 75% van het normbedrag van de HKG-klasse 0 (afslagklasse).

Correctie voor COVID-19
Er is een correctie voor COVID-19 toegepast bij HKG, namelijk voor de HKG-2 'Therapeutische elastische kousen', HKG-4 'Vernevelaar met toebehoren' en HKG-12 'Orthesen'. Uit onderzoek van PwC naar de effecten van COVID-19 was voor deze klassen een duidelijke trendbreuk te zien tussen 2020 en 2017 t/m 2019, waarbij de verzekerdenaantallen in 2020 gemiddeld 7% lager waren. De oorzaak is de uitval van geleverde zorg in 2020 en de daling in het aantal luchtweginfecties vanwege social distancing. Voor de overige HKG's is geen effect van COVID-19 geconstateerd.

Voor 2021 (ex-post gegevensjaar) wordt verwacht dat de aantallen verzekerden in HKG-2, 4 en 12 zich herstellen tot het niveau van 2019. Om deze verwachting te verwerken in de verzekerdenraming is de bijraming op twee manieren aangepast:

1. Er is geen trend toegepast voor HKG-2, HKG-4 en HKG-12. De bijraming geeft daarmee de aantallen verzekerden in HKG-2, 4 en 12 o.b.v. het niveau 2020, alleen gecorrigeerd voor nieuwe verzekerden en de macroverzekerdenraming.
2. Aan het einde van de bijraming worden voorde HKG-klassen 2, 4 en 12 COVID-correctiefactoren toegepast die door PwC zijn berekend (zie onderstaande tabel). De correctiefactoren zijn bepaald door voor iedere klasse het verwachte aantal verzekerden in 2021 te delen door het geobserveerde aantal verzekerden in 2020.

Tabel 8.2 COVID-correctiefactoren voor HKG

HKG klasse	Correctiefactor
2 Therapeutische elastische kousen	1,04
4 Vernevelaar met toebehoren	1,04
12 Orthesen	1,16

Uit analyse van ZIN blijkt dat extra sterfte door COVID-19 niet tot significant lagere aantallen verzekerden in de positieve HKG-klassen heeft geleid. Daarom wordt in de raming van HKG hierop niet bijgestuurd.

9 Aard van inkomen (AvI)

Het vereveningskenmerk 'Aard van inkomen' (AvI) komt in alle onderscheiden modellen voor en is telkens op dezelfde wijze gedefinieerd.

Vanaf het vereveningsjaar 2020 worden verzekerden in de leeftijd 0 tot en met 17 jaar ook ingedeeld voor AvI. Zij krijgen de AvI-indeling van de volwassene (18+) op hetzelfde adres met het laagste AvI, dit conform de reguliere AvI-trechtering. Alleen volwassenen die minimaal 15 jaar met de 18-minner schelen en jonger zijn dan 65 jaar worden meegenomen bij het bepalen van de AvI-indeling. Indien er geen volwassene op het adres is die aan deze voorwaarden voldoet, wordt de 18-minner ingedeeld in de referentieklasse.

Vanaf het vereveningsjaar 2020 worden verzekerden tussen 65 t/m 69 jaar ook ingedeeld in de afzonderlijke AvI-klassen. Zij krijgen de meest recente AvI-indeling die bij ZIN bekend is. Als er geen AvI-indeling bekend is, dan worden zij ingedeeld in de referentieklasse.
Door de nieuwe categorie 65-69 jarigen schuift de oudste leeftijdscategorie op van 65 jaar of ouder naar 70 jaar of ouder.

Voor het vereveningsjaar 2022 zijn er geen modelwijzigingen in AvI doorgevoerd.

Brongegevens
UWV
De inkomstenverhouding/inkomenscode (looncode) of de aard arbeidsverhouding zijn afkomstig uit de aangifte loonheffingen van UWV (peildatum juni 2020).

Belastingdienst
Het aantal verzekerden in de categorie 'zelfstandigen' is bepaald op basis van gegevens van de Belastingdienst (BDZ-bestanden) uit 2020 en de eerste maanden van 2021.

De adressen van verzekerden worden bepaald op basis van gegevens van de Belastingdienst uit 2020.

DUO
DUO heeft een bestand ter beschikking gesteld met daarin alle verzekerden die in 2020 als HBO- of WO-student zijn ingeschreven. De peildatum van het DUO-bestand is 1 juni (2020). Voor de indeling van studenten is niet het DUO-bestand van 1 juni 2021 gebruikt, dit vanwege de aansluiting met de UWV-gegevens. Hetzelfde geldt voor de klasse 'hoogopgeleiden'.

Voor de indeling van 65-69 jarigen worden de AvI-klassen voor 2015-2019 gebruikt, die door ZIN voor eerdere risicovereveningsproducten zijn vastgesteld.

Bij de definitieve vaststelling zal de bepaling van het aantal verzekerden per AvI-klasse plaatsvinden op de peildatum van 30 juni van dat jaar (studenten en hoogopgeleiden per 1 juni). Hierdoor is het niet nodig om bij een vaststelling te kijken naar wisselingen binnen een jaar, maar kan worden volstaan met de waarde op een specifiek peilmoment.

Indeling verzekerden naar AvI-klassen
Aan de hand van de coderingen in de bronbestanden zijn verzekerden ingedeeld

naar verschillende categorieën van arbeidsverhoudingen, inkomensbronnen en opleidingsniveau. Verzekerden kunnen echter in meerdere categorieën terechtkomen. In de risicoverevening wordt een trechtering toegepast, zodat voor elke verzekerde de eerst voorkomende positie prevaleert (zie hiervoor Tabel 9.1). In de uiteindelijke AvI-indeling zijn verzekerden in de hoofdklassen `loontrekkers en werklozen´ en `overig´ (beide zonder hoogopgeleid) samengevoegd tot de referentieklasse.

Tabel 9.1 AvI-trechtering

Positie na trechtering	AvI-hoofdklassen
1	IVA
2	(Overig) Arbeidsongeschikt
3	Bijstand
4	Student (18-34 jaar)
5*	Loontrekkers en werklozen, m.u.v. hoogopgeleid, 18-44 jaar
6	Zelfstandigen
7	Hoogopgeleid (18-44 jaar)
8*	Overig, m.u.v. hoogopgeleid, 18-44 jaar

* Samengevoegd tot referentieklasse

De bovenstaande indeling is eerst toegepast op verzekerden tussen de 18 en 64 jaar. Hierbij is elke hoofdklasse verder uitgesplitst naar vier leeftijdscategorieën, namelijk 18-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar en 55-64 jaar. Voor verzekerden van 0-17 jaar wordt de AvI-indeling van de verzekerde in het huishouden (18-65 jaar, minimaal 15 jaar leeftijdsverschil) met de laagste indeling volgens de trechtering uit tabel 9.1 genomen. Voor verzekerden tussen 65 t/m 69 jaar wordt de meest recente bekende AvI-indeling genomen. 70-plussers zijn apart gezet, net als de verzekerden met onbekende leeftijd (dit laatste kwam niet voor bij de raming). Tabel 9.2 geeft de indeling naar de uiteindelijke AvI-klassen.

Tabel 9.2 Klassenindeling 2022 van Aard van Inkomen

AvI-hoofdklasse	AvI-leeftijdscategorie						
	0-17	18-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70 plus
70-plus							AvI 1
IVA	AvI 2	AvI 3	AvI 4	AvI 5	AvI 6	AvI 7	
(Overig)arbeidsongeschikt	AvI 8	AvI 9	AvI 10	AvI 11	AvI 12	AvI 13	
Bijstand	AvI 14	AvI 15	AvI 16	AvI 17	AvI 18	AvI 19	
Student	AvI 20	AvI 21					
Zelfstandigen	AvI 26	AvI 27	AvI 28	AvI 29	AvI 30	AvI 31	
Hoogopgeleid	AvI 32	AvI 33	AvI 34				
Referentie	AvI 38	AvI 39	AvI 40	AvI 41	AvI 42	AvI 43	
Leeftijd onbekend							

Verzekerden woonachtig in het buitenland
Ook verzekerden woonachtig in het buitenland zijn bij AvI ingedeeld volgens bovenstaande systematiek. Van hen is de aard van het inkomen bekend (veelal als zelfstandige of in loondienst). Verzekerden jonger dan 18 jaar woonachtig in het buitenland worden ingedeeld in de referentieklasse aangezien hun adres (en dus huishouden) onbekend is.

Bijraming AvI
Bij AvI is er als volgt afgeweken van de reguliere bijraming beschreven in paragraaf 3.1. De indeling van verzekerden naar AvI-klassen in 2020 is gekoppeld aan het PKB van 2020. De resultaten zijn vervolgens gekoppeld aan de gegevens van het PER 2021 (stap 1 reguliere bijraming). Vervolgens heeft per L1G klasse de macrocorrectie naar 2022 plaatsgevonden (conform de macroverzekerdenraming

van 2022). Verder is er een correctie/herverdeling op de aantallen uitgevoerd zodat de relatieve prevalenties van alle AvI-klassen overeenkomen met die van 2020. Hiermee is ook de consistentie met de indeling naar leeftijdscategorieën geborgd.

Daarnaast is er nog een extra correctie toegepast om rekening te houden met verzekerden op de leeftijdsgrenzen. Na koppeling aan het PER 2021, verschuiven verzekerden over de leeftijdsgrenzen doordat hun leeftijd met een jaar "opschuift". In deze correctie wordt rekening gehouden de verschillen in (methode van) indeling op de leeftijdsgrenzen van 18 en 65 jaar en met de indeling van deze verzekerden in het voorgaande jaar. Deze correctie is toegepast op alle leeftijdsgrenzen maar ter illustratie voor de leeftijdsgrens 17-18 jaar hier toegelicht.
De AvI-indeling van verzekerden van 18 jaar in 2021 (en 17 jaar in 2020) is geraamd op basis van de relatieve prevalentie van verzekerden van 18 jaar in 2020 (en 17 jaar in 2019), voor zover hun AvI-indeling als 17-jarige in 2020 overeenkomt met de AvI-indeling van de 17-jarigen in 2019. Er is dus aangenomen dat de overgang van de AvI-indeling 0-17 jaar naar de AvI-indeling 18-69 jaar tussen 2019 en 2020, representatief is voor de overgang van de AvI-indeling 0-17 jaar naar de AvI-indeling 18-69 jaar tussen 2020 en 2021. Verzekerden van 69 jaar in 2020 (en 70 in 2021) zijn ingedeeld in de leeftijdscategorie 70-plus.

Net als bij voorgaande ramingen is er ook een extra correctie toegepast om te corrigeren voor het toenemende aantal IVA-uitkeringen, aangezien de WIA (WGA en IVA) in januari 2006 is ingevoerd en het structurele niveau nog niet heeft bereikt. Voor de leeftijdscategorieën 18-34, 35-44, 45-54 en 55-64 jaar is op basis van UWV-gegevens een correctiefactor berekend. De correctiefactor is berekend door het aantal IVA-uitkeringen op 30 juni 2020 te delen door het aantal IVA-uitkeringen op 30 juni 2019. Deze IVA-correctiefactor wordt dan twee keer toegepast om de twee bijramingsjaren (2021 en 2022) te overbruggen. Voor de 18-minners met (een ouder met) een IVA-uitkering is de gemiddelde IVA-correctie van de leeftijdscategorieën 18 t/m 64 toegepast. Voor verzekerden van 65-69 jaar met een IVA-uitkering is de gemiddelde IVA-correctie van de leeftijdscategorie 55-64 jaar toegepast.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij AvI.

10 Sociaal economische status (SES) en Personen per adres (PPA)

10.1 Sociaal economische status (SES)

Het vereveningskenmerk Sociaal economische status (SES) komt voor in het somatische model en in het GGZ-model. Er zijn in model 2022 geen wijzigingen ten opzichte van model 2021.

Voor het model voor 2022 is er regulier onderhoud op de indeling naar een Wlz-instelling uitgevoerd. Daarnaast zijn er aanvullende correcties toegepast in verband met de verruiming van de Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis in 2021.

Brongegevens
Voor de raming van SES zijn gegevens gebruikt uit het PKB 2020 (leeftijdscategorie en in sommige gevallen adressleutel), Wlz-declaraties 2019 en 2020 van zorgkantoren en de inkomensbestanden van de Belastingdienst. Voor de verzekerdenraming 2022 zijn de inkomensgegevens gebaseerd op het inkomensbestand van de Belastingdienst van 2018. In de gevallen waarvoor in 2018 geen inkomensgegevens beschikbaar zijn bij de Belastingdienst, zijn de inkomensgegevens uit 2019 genomen (systematiek vanaf vereveningsjaar 2019). Als woonadres van een verzekerde is de versleutelde adresidentificatie uit het inkomensbestand van de Belastingdienst over 2020 genomen. Als het adres van een persoon in het bestand van de Belastingdienst 2020 ontbreekt maar wel in het PKB 2020 voorkomt, dan is de adressleutel uit het PKB gebruikt. Als de verzekerde ook geen adres in het PKB 2020 heeft, dan wordt uitgeweken naar het adres van het PKB 2020.

SES-indeling
In eerste instantie zijn drie groepen verzekerden afgezonderd bij de SES-indeling. Ten eerste, verzekerden die in een Wlz-instelling verblijven, vormen een aparte groep.[4] De tweede groep zijn verzekerden ingedeeld in DKG-G 15 t/m 18. Ten derde zijn ook verzekerden woonachtig in het buitenland (en zonder adressleutel) apart geplaatst.
Voor de overige verzekerden is het kenmerk SES gebaseerd op het totale inkomen van alle personen op een adres. Ook de niet-Zvw-verzekerden, bijvoorbeeld actieve militairen, zijn meegenomen in de bepaling van het totale inkomen per adres. Een uitzondering vormen de inkomens van verzekerden die in een Wlz-instelling verblijven en verzekerden ingedeeld in DKG-G klasse 15 t/m 18, hun inkomens worden op 0 gezet. De inkomens van de overige verzekerden komen uit het bestand van de Belastingdienst 2018 en bij het ontbreken daarvan uit 2019. Inkomens die ook dan nog ontbreken zijn op 0 gezet. Voor personen die niet het gehele jaar verzekerd zijn geweest volgens het PKB van dat inkomensjaar is het inkomen gecorrigeerd naar een jaarinkomen (jaarinkomen nieuw = jaarinkomen oud gedeeld door fractie Zvw-verzekerd). De niet-Zvw-verzekerden tellen zonder meer mee voor één in deze berekening. Bij het bepalen van het adresinkomen (de som van de jaarinkomens van de personen op het adres) worden Zvw-verzekerden niet ingewogen naar hun inschrijfduur. Bij het bepalen van de percentielgrenzen van de inkomens (per leeftijdscategorie) worden Zvw-verzekerden wel ingewogen naar hun inschrijfduur in 2020.

[4] Vanaf model 2020 worden hierbij ook lage ZZP's meegenomen.

Indeling naar inkomenscategorieën
Verzekerden die niet in een Wlz-instelling wonen en niet in DKG-G klasse 15 t/m 18 vallen, zijn op basis van het totale (jaar-)inkomen per adres ingedeeld naar drie leeftijdscategorieën en naar vier inkomenscategorieën. De inkomenscategorieën zijn gecreëerd op basis van de decielen van de landelijke inkomensverdeling per leeftijdscategorie. Tabel 10.1 geeft per leeftijdscategorie de drempelbedragen voor de indeling naar de desbetreffende inkomenscategorieën.

Tabel 10.1 Drempelbedragen voor indeling SES-inkomenscategorieën per leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	20%	40%	70%
0-17 jaar	27.811	48.809	76.370
18-69 jaar	27.406	46.353	75.193
70 jaar of ouder	21.129	28.708	44.989

De bovenstaande werkwijze levert de volgende klassen op (zie Tabel 10.2), waarbij voor verblijvend in een Wlz-instelling geen onderscheid is gemaakt naar 'instromer' en 'blijver' (dit gebeurt wel bij PPA, zie paragraaf 10.2).

Tabel 10.2 Klassenindeling 2022 van Sociaal economische status

Sociaal economische status	Leeftijdscategorie		
Verzekerde in het buitenland of ongeldig adres/leeftijd			
SES 0 (verblijvend in Wlz-instelling of DKG-G 15 t/m 18)	0-17	18-69	70+
SES 1 (onderste 20% van inkomens)	0-17	18-69	70+
SES 2 (volgende 20%)	0-17	18-69	70+
SES 3 (volgende 30%)	0-17	18-69	70+
SES 4 (hoogste 30% van inkomens)	0-17	18-69	70+

Bijraming SES
Voor de verzekerdenraming 2022 zijn verzekerden in 2020 bij hun indeling in SES-klassen eerst gekoppeld aan het PKB van 2020. Hierna volgt een koppeling aan het PER 2021 en een ophoging (per L1G klasse) naar 2022 (conform de macroverzekerdenraming van 2022). Tot slot is er een correctie/herverdeling op de aantallen uitgevoerd zodat de relatieve prevalenties van alle SES-klassen overeenkomen met die van 2020. Hiermee is ook de consistentie met de indeling naar leeftijd- en inkomenscategorieën geborgd.

Correctie voor verruiming van Wlz bij SES
Door de verruiming van Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis (zie ook par. 6.2) neemt ook het aantal verzekerden in SES zeer laag toe. Aan het einde van de bijraming van SES wordt het aantal verzekerden (vanaf 18 jaar) in een Wlz-instelling per leeftijdscategorie opgehoogd en het aantal verzekerden in de inkomenscategorieën per leeftijdscategorie (naar rato) verlaagd. Het verwachte aantal verzekerden vanwege de verruiming van de WLZ is 20.000, dit is gebaseerd op de realisatie van de extra instroom Wlz in de eerste helft van 2021 van CIZ en een extrapolatie naar de rest van 2021 en 2022. Tabel 10.3 geeft de Wlz-correcties per SES-klasse voor de aantallen en de verzekerdenjaren weer.

Tabel 10.3 Correcties aantallen voor het kenmerk SES

SES-klasse	Percentielen	Aantallen	Verzekerdenjaren
SES 1 zeer laag 0-17	Wlz-instelling	0	0
SES 2 zeer laag 18-69	Wlz-instelling	16.599	14.313
SES 3 zeer laag 70+	Wlz-instelling	3.401	3.342
SES 4 zeer laag 0-17	0-20	0	0

SES 5 zeer laag 18-69	0-20	-8.349	-7.199
SES 6 zeer laag 70+	0-20	-1.351	-1.328
SES 7 laag 0-17	20-40	0	0
SES 8 laag 18-69	20-40	-2.676	-2.307
SES 9 laag 70+	20-40	-652	-641
SES 10 midden 0-17	40-70	0	0
SES 11 midden 18-69	40-70	-1.784	-1.538
SES 12 midden 70+	40-70	-1.025	-1.007
SES 13 hoog 0-17	70-100	0	0
SES 14 hoog 18-69	70-100	-3.791	-3.268
SES 15 hoog 70+	70-100	-373	-366

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij SES.

10.2 Personen per adres (PPA)

Het vereveningskenmerk 'aantal personen per adres' (PPA) is voor het vereveningsmodel 2022 van toepassing voor het somatische model en het GGZ-model. Er zijn geen modelwijzigingen ten opzichte van 2021.

Voor het model voor 2022 is er regulier onderhoud op de indeling naar een Wlz-instelling uitgevoerd. Daarnaast zijn er aanvullende correcties toegepast in verband met de verruiming van de Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis in 2021.

Brongegevens
Voor de raming van PPA zijn gegevens gebruikt uit het PKB 2020 (leeftijdscategorie en in sommige gevallen adressleutel), Wlz-declaraties 2019 en 2020 van zorgkantoren en de adressen van de Belastingdienst 2019 en 2020.

Indeling PPA
Tabel 10.4 geeft een overzicht van de PPA-klassen. Voor de PPA-indeling zijn eerst drie groepen verzekerden afgezonderd, verzekerden die in het buitenland wonen, verzekerden jonger dan 18 jaar en verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling (blijvend: declaratie in december t-1, instromend: declaratie in december t maar niet in december t-1). De overige verzekerden worden ingedeeld op basis van het aantal personen op één adres. Voor hen is het van belang dat in de ex-post-situatie wordt uitgegaan van het adres op 31-12-t-1 en 31-12-t van de Belastingdienst. Als de adresgegevens op 31-12-t-1 van de Belastingdienst ontbreken, dan wordt het adres uit PKB t-1 en vervolgens het adres uit PKB t-1 gebruikt. Als er voor t-1 helemaal geen adresgegevens zijn, dan wordt uitgeweken naar de adresgegevens in t met dezelfde volgorde in databronnen als in t-1. Voor de raming is t gelijk aan 2020 en t-1 aan 2019. Op basis van deze adresgegevens worden eerst de klasse 'Eenpersoonshuishouden´ gevuld en vervolgens vormt de rest de klasse 'Overige huishoudens´.

Tabel 10.4 Klassenindeling 2022 naar Personen per adres

PPA-klasse	Leeftijd	Peilmoment
PPA 1 Kinderen	Lft 0-17	
PPA 2 Wlz-instelling, blijvend	Lft 18-69, 70-79, 80+	Declaratie december t-1
PPA 3 Wlz-instelling, instromend	Lft 18-69, 70-79, 80+	Declaratie december t
PPA 4 Eenpersoonshuishouden	Lft 18-69, 70-79, 80+	Adres 31-12-t-1
PPA 5 Overige huishoudens	Lft 18-69, 70-79, 80+	

Bijraming PPA
De ramingsmethodiek van de aantallen verzekerden per PPA-klasse komt overeen met de ramingsmethodiek bij SES.

Correctie verruiming Wlz bij PPA
Door de verruiming van de Wlz in 2021 kunnen verzekerden met een psychische stoornis (o.b.v. zorginhoudelijke criteria) direct instromen in de Wlz (zie ook par. 6.2). Dit heeft gevolgen voor het aantal verzekerden in PPA-klassen Wlz-instelling "blijvend" en "instromend". In de bijraming van PPA is het aantal verzekerden "blijvend" en "instromend" in een Wlz-instelling verhoogd en het totaal aantal verzekerden in de overige categorieën in de desbetreffende leeftijdscategorieën (naar rato) verlaagd. In totaal worden door de verruiming van de Wlz 20.000 extra verzekerden verwacht, waarvan 18.000 in PPA-klasse 2 "blijvend" en 2.000 in PPA-klasse 3 "instromend". Tabel 10.5 geeft de Wlz-correcties per PPA-klasse voor de aantallen en verzekerdenjaren weer.

Tabel 10.5 Correcties aantallen voor het kenmerk PPA

PPA-klasse	Aantallen	Verzekerdenjaren
PPA 1 0-17	0	0
PPA 2 Wlz-instelling, blijvend, 18-69	14.939	12.881
PPA 3 Wlz-instelling, blijvend, 70-79	672	703
PPA 4 Wlz-instelling, blijvend, 80+	2.388	2.305
PPA 5 Wlz-instelling, instromend 18-69	1.660	1.431
PPA 6 Wlz-instelling, instromend 70-79	79	78
PPA 7 Wlz-instelling, instromend 80+	261	256
PPA 8 Eenpersoonshuishouden, 18-69	-3.818	-3.292
PPA 9 Eenpersoonshuishouden, 70-79	-173	-180
PPA 10 Eenpersoonshuishouden, 80+	-609	-589
PPA 11 Overig, 18-69	-12.781	-11.021
PPA 12 Overig, 70-79	-579	-602
PPA 13 Overig, 80+	-2.040	-1.972

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij PPA.

11 Regio

Voor 2022 is voor het kenmerk Regio een nieuwe postcode-indeling bepaald voor het somatische model en het GGZ-model. Voor het somatisch model en het ER-model is de postcode-indeling gelijk; hiervoor is dus dezelfde verzekerdenraming gebruikt (Regio-C). In het somatisch model gaat het om alle verzekerden en in het eigenrisicomodel om een selectie van verzekerden van 18 jaar of ouder (de 'gezonden'). Voor het GGZ-model (Regio-G) geldt een andere postcode-indeling en heeft er in 2022 groot onderhoud plaatsgevonden (zie WOR 1034).

Indeling verzekerden
De ramingsmethodiek van de verzekerdenaantallen naar regioclusters is voor alle modellen hetzelfde. De regio-indeling is via de 4-cijferige postcode gekoppeld aan het PER van 2021, zodat aan iedere verzekerde met een 'geldige' 4-cijferige Nederlandse postcode een klasse van Regio-C en Regio-G is toegekend. De 4-cijferige postcodes voor postbussen zijn ingedeeld bij dezelfde regio als de gemeente waar deze postbussen zijn gevestigd. Verzekerden met een niet-koppelbare postcode worden ingedeeld in de klasse 'onbekend'. Regio-C en Regio-G zijn beide ingedeeld in tien (vrijwel) even grote klassen.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden woonachtig in het buitenland wordt niet ingedeeld in een regio-klasse maar apart gehouden in een aparte klasse; zij hebben immers geen woonadres/ postcode in Nederland.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij regio.

12 Meerjarige kosten Verpleging en Verzorging (MVV)

Het kenmerk Meerjarige kosten Verpleging & Verzorging (MVV) is gebaseerd op de som van de V&V-kosten van verzekerden over t-3, t-2 en t-1. Ten opzichte van het model 2021 is MVV in 2022 niet gewijzigd.

Indeling van verzekerden naar MVV-klassen
Verzekeraars krijgen per verzekerde een vereveningsbijdrage op basis van de som van de V&V-kosten over alle drie jaren, mits deze totale kosten bepaalde kostendrempels hebben overschreden. Daarnaast worden verzekeraars apart gecompenseerd voor verzekerden onder 18 jaar (in t) als zij V&V-kosten in t-1 hebben die in de top 0,25% van V&V-kosten (over alle verzekerden in t-1) vallen. Er is één uitzondering voor deze indeling: verzekerden (18-plus) in een Wlz-instelling die ingedeeld zijn in de PPA-klassen "Wlz-instelling, blijvend" of "Wlz-instelling, instromend" worden altijd ingedeeld in de MVV-afslagklasse, ongeacht de hoogte van hun totale V&V-kosten over t-3 t/m t-1.

Tabel 12.1 geeft een overzicht van de MVV-klassen in het somatisch model 2021, waarbij voor elke verzekerde, m.u.v. verzekerden in een Wlz-instelling, de hoogste klasse telt.

Tabel 12.1 Klassenindeling 2022 van de MVV in het somatisch model

MVV klasse	Omschrijving
MVV 0	Afslagklasse
MVV 1	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 3,5%
MVV 2	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 3%
MVV 3	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 2,5%
MVV 4	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 2%
MVV 5	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 1,5%
MVV 6	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 1%
MVV 7	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 0,5%
MVV 8	Som V&V-kosten in 3 voorgaande jaren in top 0,25%
MVV 9	18-minner met V&V-kosten in voorgaand jaar in top 0,25%

ZIN baseert de raming van de MVV op de drie meest recente jaren waarvoor V&V-kosten per verzekerde beschikbaar zijn. Voor de verzekerdenraming 2022 zijn dit 2017 (t-5), 2018 (t-4) en 2019 (t-3). ZIN heeft voor deze jaren `kosten per verzekerde' (KPV-)bestanden ontvangen van de zorgverzekeraars (via ZorgTTP) waarin de V&V-kosten apart zijn opgenomen. Net als bij de somatische MHK zijn de kostendeclaraties in het KPV-bestand 2019 tot uiterlijk mei 2021 verwerkt. In de uiteindelijke bedragen (bij de verzekerdenbepaling) zullen ook de kosten over 2019 worden meegenomen die in de rest van 2021 worden gedeclareerd (voorlopig versus definitief KPV-bestand 2019). Verder zullen deze kosten door eventuele plafond- en lumpsumafspraken ook nog veranderen; in dit voorlopige bestand zijn de effecten van deze afspraken nog niet verwerkt.

Uit de KPV-bestanden zijn de deelbedragen 'kosten verpleging en verzorging' over alle drie jaren bij elkaar opgeteld. Vervolgens zijn voor de opgetelde V&V-kosten de grenzen van de top 3,5%, 3%, 2,5%, 2%, 1,5%, 1%, 0,5% en 0,25% bepaald. Daarnaast is ook voor de V&V-kosten voor alleen 2019 de grens van de top 0,25%

bepaald. Bij deze grensbepalingen tellen alle verzekerden met gewicht 1 mee, dus ongeacht de inschrijfduur. Tabel 12.2 geeft de drempelbedragen op basis van de V&V-kosten voor 2017, 2018 en 2019.

Tabel 12.2 Drempelbedragen V&V-kosten voor MVV in somatisch model

Som V&V-kosten in t-3, t-2 en t-1 in top	Drempelbedrag
3,5%	819
3,0%	1.375
2,5%	2.263
2,0%	4.092
1,5%	8.000
1,0%	15.539
0,5%	30.221
0,25%	46.106
18 min in top 0,25% (t-1)	18.251

Vervolgens zijn verzekerden (in 2019) op basis van hun opgetelde V&V-kosten (voorlopig) ingedeeld in de bovenstaande MVV-klassen. Hierna zijn verzekerden die in het PKB zitten en die (voor VR 2022) in de PPA-klassen "Wlz-instelling, blijvend" of "Wlz-instelling, instromend" zijn ingedeeld, alsnog ingedeeld in de MVV-afslagklasse.

Bijraming MVV

De bijraming van de MVV-klassen is vergelijkbaar met de reguliere bijraming (paragraaf 3.2), maar met vier uitzonderingen. Allereerst, nieuw verzekerden in 2021 worden ingedeeld volgens de relatieve prevalentie (op L15G niveau) van nieuw-verzekerden in 2019 met een kostenhistorie van hooguit één jaar, nieuw verzekerden in 2020 volgens de relatieve prevalentie (op L15G niveau) van nieuw-verzekerden in 2018 met een kostenhistorie van hooguit twee jaar. Daarnaast wordt bij de MVV, met als bij de MHK, geen trendtabel toegepast. In de bijraming van MVV wordt wel een extra voorziening getroffen m.b.t. de hoogste MVV-klasse "18-minners in top 0,25% (t-1)". Verzekerden die in deze hoogste MVV-klasse zijn ingedeeld maar in 2021 (als tweede bijramingsjaar) 18 jaar worden (in 2020 waren zij dus 18-minner), worden ingedeeld volgens de relatieve prevalentie van 18-34-jarige jongens of meisjes (uit 2020). De weging van de overblijvende verzekerden in de hoogste klasse wordt naar rato opgehoogd. Hiermee wordt voorkomen dat in de raming er 18-jarigen zijn die in de hoogste MVV-klasse vallen.
Tot slot is ook bij MVV -net als bij de MHK in het somatische model en in het GGZ-model- een herschaling naar de geactualiseerde MVV-prevalentie van ESHPM toegepast. Deze prevalentie gaat uit van V&V-kosten voor t-5, t-4 en t-3 (2017 t/m 2019), dus dezelfde kostenjaren in de raming (een jaar versnelling t.o.v. eerdere jaren). Bij de MVV-prevalentie van ESHPM zijn de V&V-kosten wel representatief gemaakt voor de ex-post situatie 2019, 2020 en 2021, zodat de impact van beleidswijzigingen tussen t-4 en t-1 op de V&V-kosten worden meegenomen. Omdat ESHPM niet over de verzekerden in 2020 beschikt, heeft ZIN hier nog een sterftecorrectie op deze prevalenties uitgevoerd op basis van de gemiddelde sterfte 2018/2019 en 2019/2020.
Via correctiefactoren (net zoals bij de MHK's) sluit ZIN de relatieve prevalentie op L15G-niveau van de raming naar MVV-klassen aan op de relatieve prevalentie van ESHPM. Tabel 12.3. geeft een overzicht van de correctiefactoren voor de MVV. De correctiefactoren variëren tussen 0,875 en 1,095.

Tabel 12.3 Correctiefactoren van MVV voor afstemming op relatieve prevalentie ESHPM

	Som V&V-kosten in t-3, t-2 en t-1 in top								18 min in top
Mannen	**3,5%**	**3%**	**2,5%**	**2%**	**1,5%**	**1%**	**0,5%**	**0,25%**	**0,25% (t-1)**
0 t/m 17	0,875	0,924	0,914	0,934	0,941	0,917	0,935	0,952	0,984
18 t/m 29	1,017	1,028	0,978	1,022	1,026	1,075	1,042	1,048	
30 t/m 44	1,020	1,013	1,003	0,981	1,081	1,006	1,069	1,078	
45 t/m 59	0,971	0,978	0,954	0,985	0,958	1,006	1,012	1,009	
60 t/m 74	0,971	0,978	0,987	0,966	0,985	1,001	1,003	1,018	
75 e.o.	1,045	1,056	1,041	1,044	1,041	1,055	1,046	1,084	

	Som V&V-kosten in t-3, t-2 en t-1 in top								18 min in top
Vrouwen	**3,5%**	**3%**	**2,5%**	**2%**	**1,5%**	**1%**	**0,5%**	**0,25%**	**0,25% (t-1)**
0 t/m 17	0,892	0,909	0,919	0,895	0,903	0,931	0,982	0,950	0,972
18 t/m 29	0,965	0,987	1,039	0,976	1,016	1,046	1,024	1,026	
30 t/m 44	0,993	0,971	0,989	0,985	1,007	0,991	1,088	1,024	
45 t/m 59	0,955	0,958	0,949	0,972	0,974	0,988	1,001	1,006	
60 t/m 74	0,984	0,986	0,982	0,982	1,000	0,997	1,010	1,010	
75 e.o.	1,050	1,041	1,041	1,052	1,052	1,068	1,093	1,095	

Correctie verruiming Wlz
Er is geen correctie voor de verruiming Wlz toegepast omdat er te veel onzekerheid was over de impact van de verruiming Wlz op het kenmerk MVV vanwege het ontbreken van gegevens.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn er ook V&V-kosten beschikbaar. Daarom lopen deze verzekerden gewoon mee en worden zij ingedeeld in één van de MVV-klassen.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij MVV. ZIN heeft wel vastgesteld dat, net als bij de somatische MHK's, de verhoogde sterfte in 2020 en deels 2021 door COVID een licht negatieve impact heeft op de aantallen verzekerden in positieve MVV-klassen (zie paragraaf 17.2). De raming wordt hiervoor gecorrigeerd door bij de afstemming op de geactualiseerde MVV-prevalenties van ESHPM een gemiddelde sterfte van 2019/2020 (verhoogd door COVID) en van 2018/2019 (laag door ontbrekende griepepidemie) toe te passen.

13 Fysiotherapie diagnosegroepen (FDG)

Het kenmerk Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG) in het somatische model is gebaseerd op declaraties voor fysio- en oefentherapie uit t-1. Er heeft voor model 2022 groot onderhoud plaatsgevonden. Ten opzichte van 2021 is FDG in 2022 uitgebreid met een aantal aandoeningen en worden nu ook aandoeningen met een gelimiteerde behandelduur meegenomen. Het aantal klassen is gelijk gebleven: het kenmerk kent naast de afslagklasse vier positieve FDG-klassen.

Bestand paramedische hulp
ZIN heeft over 2020 declaratiegegevens fysio- en oefentherapie bij de zorgverzekeraars opgevraagd; deze bestanden zijn rond 1 juni 2021 (via ZorgTTP) door de zorgverzekeraars aangeleverd. Voor de indeling van verzekerden naar FDG-klassen wordt het bestand met declaraties uit 2020 gebruikt.

Indeling FDG
De (positieve) FDG-klassen zijn gebaseerd op de clustering van diagnoses op basis van de meerkosten. De gebruikte diagnosecodes komen uit het Diagnose Classificatiesysteem Paramedische Hulp (DCSPH-code). De DCSPH-code bestaat uit vier cijfers. Van deze code is alleen de pathologie (laatste twee cijfers, ook wel ZN-code genoemd) van belang. Voor de indeling zijn zowel ZN-codes met een ongelimiteerde behandelduur als codes met een gelimiteerde behandelduur meegeteld. Verder wordt rekening gehouden met enkele leeftijdsrestricties. Het is een enkelvoudig kenmerk; de hoogste klasse telt.

Bijraming FDG
Voor het kenmerk FDG wordt de standaard methodiek zoals in paragraaf 3.1 toegepast.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden woonachtig in het buitenland komen in een aparte klasse terecht met als normbedrag 90% van het normbedrag van de afslagklasse.

Correctie voor COVID-19
Er is voor alle risicoklassen van FDG een correctie voor COVID-19 toegepast. Uit onderzoek van PwC naar de effecten van COVID-19 blijkt dat de aantallen verzekerden in de FDG-klassen in 2020 gemiddeld 10% lager zijn dan op basis van de trend tussen 2017 en 2019 wordt verwacht. De oorzaak is de uitval van geleverde zorg in 2020.

Voor 2021 (ex-post gegevensjaar) wordt verwacht dat de aantallen FDG zich herstellen tot het niveau van 2019. Om deze verwachting te verwerken in de verzekerdenraming is de bijraming op twee manieren aangepast:

1. Er is geen trend toegepast voor de FDG-klassen. De bijraming geeft daarmee de aantallen verzekerden in FDG o.b.v. het niveau van 2020, alleen gecorrigeerd voor nieuwe verzekerden en de macroverzekerdenraming.
2. Aan het einde van de bijraming worden voor alle FDG-klassen COVID-correctiefactoren toegepast die door PwC zijn berekend (zie onderstaande tabel). De correctiefactoren zijn bepaald door voor iedere klasse het verwachte aantal verzekerden in 2021 te delen door het geobserveerde aantal verzekerden in 2020.

Tabel 13.1 COVID-correctiefactoren voor FDG

FDG klasse	Correctiefactor
1	1,10
2	1,05
3	1,20
4	1,07

Uit analyse van ZIN blijkt dat extra sterfte door COVID-19 niet tot significant lagere aantallen verzekerden in de positieve FDG-klassen in 2020 heeft geleid. Daarom wordt in de raming van FDG hierop niet bijgestuurd.

14 Historische somatische morbiditeit (HSM)

Volgend op het onderzoek naar de restrisico's van gezonde verzekerden (WOR 1022), wordt in het vereveningsjaar 2022 het nieuwe kenmerk Historische somatische morbiditeit (HSM) in het somatische model van de risicoverevening opgenomen. Het kenmerk is gebaseerd op de indeling van verzekerden in de kenmerken FKG, (primaire en secundaire) DKG, MHK, HKG, FDG en MVV in modeljaar 2019. Deze indelingen zijn op hun beurt gebaseerd op declaratie- en kostengegevens van 2018 en eerder. Bij het HSM-kenmerk wordt dus uitsluitend gekeken naar de morbiditeits- en kostenkenmerken in het somatische model, de GGZ-kenmerken tellen niet mee.

Indeling van verzekerden naar HSM-klassen
Het kenmerk bestaat uit twee klassen, waarvan één positieve klasse voor verzekerden met morbiditeit en de afslagklasse voor verzekerden zonder morbiditeit. Verzekerden vallen in de HSM–afslagklasse als zij zes keer in de afslagklassen van t-3 (2019) van de bovengenoemde morbiditeitskenmerken vallen. Alle nieuwe verzekerden die na 2018 er bij komen worden per definitie ingedeeld in de HSM-afslagklasse. De niet-ingezetenen in 2022 worden ook ingedeeld in de HSM-afslagklassen. De verzekerden die in t-3 (2019) in minimaal één positieve klasse van de bovengenoemde morbiditeits- of kostenkenmerken vallen hebben wel morbiditeit en worden ingedeeld in de positieve HSM-klasse.

Brongegevens
ZIN baseert de indeling van verzekerden in 2019 naar HSM-klassen direct op de indelingen van deze verzekerden naar de bovengenoemde morbiditeits- en kostenkenmerken voor de 1e Voorlopige Vaststelling 2019.

Bijraming HSM
Bij de opstelling van de verzekerdenraming 2022 zijn de indelingen van elke verzekerde naar het morbiditeitskenmerk in 2019 al grotendeels vastgesteld. Het bestand met de indeling van verzekerden in t-3 (2019) naar de HSM-klassen kan dus direct gekoppeld worden aan het meest recente PER-bestand, namelijk het PER-bestand uit 2021. Dan is nog niet nog niet bekend welke verzekerden in 2022 aanwezig zullen zijn, en dus ook niet hoe de groot aantallen verzekerden in de HSM-klassen zijn. De aantallen verzekerden voor dit laatste jaar (2022) moet dus apart bijgeraamd worden.
Na koppeling met het PER 2021 ontbreekt bijvoorbeeld nog de sterfte tussen 2021 en 2022 die in de ex-post situatie wél meegenomen wordt. Hierop worden de (overgebleven) verzekerden in de positieve HSM-klasse in 2021 gecorrigeerd voor een extra jaar sterfte o.b.v. de sterfte tussen 2019 en 2020 van dezelfde groep verzekerden.[5] De sterfte tussen 2019 en 2020 wordt berekend door de indeling van HSM o.b.v. de VV1 2019 te koppelen aan het PKB van 2020, zodat hieruit de sterfte van verzekerden in HSM-1 in verzekerdenjaren op L15G-niveau berekend kan worden. Dit leidt tot een sterftefactor per L15G-klasse. Deze sterftefactor is toegepast op de verzekerdenjaren van HSM-1 na koppeling met PER 2021.
Daarnaast worden nieuw verzekerden (pasgeborenen en immigranten) die in 2019

[5] De ophoogfactoren uit de macroverzekerdenraming voor de *netto*-bevolkingsgroei tussen t-1 en t zijn niet representatief voor de ontwikkeling van deze groep tussen t-1 en t. Immers, de sterfte van verzekerden met morbiditeit van t-1 naar t is (waarschijnlijk) hoger dan de landelijke sterfte over alle verzekerden in t-1 en t waar de macroverzekerdenraming van uit gaat. Daarnaast kunnen immigranten en baby's ingestroomd/geboren in de tweede helft van t-1 en in t niet in de positieve HSM-klasse vallen.

t/m 2021 er bij zijn gekomen ingedeeld in de HSM-afslagklasse. De resterende bevolkingsgroei tussen 2021 en 2022 wordt toegevoegd door voor iedere verzekerde de gewichten van de afslagklassen te vermenigvuldigen met de bevolkingsgroei op L1G niveau uit de macroverzekerdenraming.

Verzekerden woonachtig in buitenland
In de bijraming worden de verzekerden die in t-1 (2021) in het buitenland wonen, op het eind ingedeeld in de HSM-afslagklasse.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij HSM.

15 Meerjarige farmaciekosten (MFK)

Vanaf 2022 wordt ook het nieuwe kenmerk Meerjarige farmaciekosten (MFK) in het somatische model opgenomen, dit volgend op het onderzoek naar de restrisico's van Gezonde Verzekerden (WOR 1022). Kenmerkend voor deze indeling is dat verzekerden in alle drie voorafgaande jaren wel of niet farmactiekosten hebben die buiten de top 25% vallen.

Indeling van verzekerden naar MFK-klassen
Het kenmerk bestaat uit twee klassen, verzekerden worden ingedeeld in:

- de afslagklasse (MFK 0) als zij in de 3 voorgaande jaren farmaciekosten buiten de top 25% hebben;
- één positieve klasse (MFK 1) als zij in tenminste 1 van de 3 voorgaande jaren farmaciekosten in de top 25% hebben.

Brongegevens
In de verzekerdenraming wordt de indeling van verzekerden naar MFK-klassen gebaseerd op farmaciekosten uit t-3, t-4 en t-5, dus voor de verzekerdenraming 2022 op de farmaciekosten uit 2019, 2018 en 2017. Voor de verzekerdenraming 2022 worden farmaciekosten uit onderzoeksgegevens van Vektis gebruikt. Voor 2017 en 2018 zijn de BASIC-bestanden gebruikt die Vektis respectievelijk eind 2019 en eind 2020 aan ZIN zijn aangeleverd, voor 2019 heeft ESHPM het door hen bewerkte BASIC-bestand aan ZIN geleverd. Voor de Voorlopige en Definitieve vaststelling 2022 zullen de farmaciekosten uit 2021, 2020 en 2019 direct bij de zorgverzekeraars uitgevraagd worden.

Voor elk van deze jaren zijn de grenzen van de top 25% bepaald. Hierbij tellen alle verzekerden in een jaar met gewicht 1 mee, ongeacht de inschrijfduur. Tabel 15.1 geeft de drempelbedragen van de jaren 2017 tot en met 2019.

Tabel 15.1 Drempelbedragen per jaar MFK somatisch model

Jaar	top 25%
2017	160,09
2018	163,25
2019	166,99

Bijraming MFK
In de bijraming moet voor drie jaren (t-2, t-1 en t) worden bijgeraamd. De bijraming van het MFK-kenmerk volgt de reguliere bijraming voor (enkelvoudige) morbiditeitskenmerken, op drie uitzonderingen na.
Ten eerste, in verband met de indeling op basis van een vast percentiel wordt in de bijraming van dit kenmerk géén trend opgenomen, net als bij de MHK's en bij de MVV.
Ten tweede, nieuw verzekerden (pasgeborenen en immigranten) worden ingedeeld volgens dezelfde procedure als bij MVV. Oftewel nieuw verzekerden in 2021 worden ingedeeld volgens de relatieve prevalentie (op L15G niveau) van nieuw verzekerden in 2019 met een kostenhistorie van hooguit één jaar, nieuw verzekerden in 2020 volgens de relatieve prevalentie (op L15G niveau) van nieuw-verzekerden in 2018 met een kostenhistorie van hooguit twee jaar.
Ten derde, verzekerden die in het buitenland wonen worden in eerste instantie gewoon ingedeeld in MFK-0 of MFK-1. Aan het einde van de bijraming worden de verzekerden die in t-1 in het buitenland wonen ingedeeld in de MFK-afslagklasse.

Verzekerden woonachtig in buitenland
Verzekerden woonachtig in het buitenland komen in de afslagklasse terecht, dit ongeacht of zij in voorgaande jaren farmaciekosten hebben die al dan niet in de top 25% vallen.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast bij MFK.

16 Eigenrisicomodel

In het vereveningsjaar 2022 vallen verzekerden met een positieve DKG, of positieve FKG, of positieve HKG, of positieve MHK (vanaf klasse 2), of positieve FDG of positieve MVV buiten het eigenrisicomodel en worden geschaard onder het forfaitaire bedrag (apart normbedrag gelijk aan geschatte eigen betaling van deze groep). Deze groep wordt beschouwd als een homogene groep. De verzekerden die niet zijn ingedeeld in een positieve FKG, én niet in een positieve DKG én niet in een MHK-klasse 2 en hoger, én niet in een positieve HKG, én niet in een positieve FDG én niet in een positieve MVV worden ingedeeld in het eigenrisicomodel op basis van de kenmerken leeftijd en geslacht, regio (somatisch), aard van het inkomen en de MHK-klasse 0 of 1.

Methodiek raming ER-model
In de voorgaande vereveningsjaren ging de indeling van het eigenrisicomodel uit van de ramingen van de bovengenoemde morbiditeitskenmerken. De gehanteerde ramingsmethodiek leidde wel tot een systematische onderschatting van het aantal verzekerden in het eigenrisicomodel. Vanaf de Verzekerdenraming 2018 werd dit aantal verzekerden daarom (op L5G-niveau) gecorrigeerd voor de verschillen tussen de raming en realisatie (1e voorlopige vaststelling, VB1) van het vereveningsjaar t-2 (en/of eerdere vereveningsjaren).
Om de inhoudelijke problemen samen met de afhankelijkheid van de VB1 (later in het proces) te vermijden is de raming van het eigenrisicomodel aangepast. Vanaf vereveningsjaar 2022 worden verzekerden eerst ingedeeld in de forfaitaire groep of in de niet-forfaitaire groep van het eigenrisicomodel, dit op basis van hun indeling naar de morbiditeitskenmerken met declaratie- of kostengegevens in 2019 maar wel volgens het modeljaar 2022. Voor het eigenrisicomodel wordt dus óók voor de (somatische) FKG's, HKG's en FDG's de indeling op basis van gegevens 2019 gebruikt. Vervolgens worden de aantallen verzekerden in wel/niet forfaitaire groep als "pseudo-kenmerk" op reguliere wijze bijgeraamd naar 2022. Verzekerden woonachtig in het buitenland worden hierbij gewoon meegenomen in de bijraming, en dus niet apart gezet. Er wordt geen trend toegepast. Vervolgens telt elke verzekerde (vanaf 18 jaar) met het uiteindelijke geraamde gewicht van niet-forfaitaire groep mee in het eigenrisicomodel voor 2022. Op basis van dit gewicht worden zij ook ingedeeld naar de L5G-, MHK-, AvI- en REG-klassen in het eigenrisicomodel.

Verzekerden in buitenland
Verzekerden woonachtig in het buitenland zijn gewoon ingedeeld in de MHK en MVV en lopen daarom mee in het eigenrisicomodel, alleen o.b.v. hun indeling naar de kenmerken MHK en MVV in 2019.

Correctie voor COVID-19
Er is geen correctie voor COVID-19 toegepast.

17 Onderzoek naar potentiële correcties voor effecten COVID-19

17.1 Deelonderzoek 1: Onderzoek naar effecten COVID-19 vanwege vraaguitval/inhaalzorg, COVID-zorg en arbeidsmarkteffecten[6]

De COVID-19-crisis zorgt voor onzekerheden in de zorgverlening en in de arbeidsmarkt, wat de complexiteit van de verzekerdenraming vergroot. Denk hierbij aan vraaguitval/inhaalzorg, COVID-19-zorg, arbeidsmarkteffecten en sterfte en migratie.

In opdracht van ZIN heeft PwC een onderzoek uitgevoerd naar de COVID-19 effecten op de risicovereveningskenmerken. Op basis van het onderzoek heeft PwC aan ZIN een advies uitgebracht over hoe om te gaan met COVID-19 in de verzekerdenraming 2022. ZIN heeft dit advies integraal overgenomen.[7]

Het doel van dit onderzoek was tweeledig:

1. Zowel kwalitatief als kwantitatief inzicht verkrijgen in de impact van COVID-19 op de gegevens 2020 en daarmee op de vereveningskenmerken in de risicovereveningsmodellen voor 2022;
2. Een inschatting maken van de impact van COVID-19 op de verzekerdenaantallen van de vereveningskenmerken in het vereveningsjaar 2022 op basis van drie scenario's.

Daartoe zijn de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat is de impact van COVID-19 op de gegevens in 2020?
2. Hoe werkt deze impact van COVID-19 door op de (geraamde) verzekerdenaantallen voor de vereveningskenmerken in het risicovereveningsmodel voor 2022?
3. Wat is de verwachte impact van COVID-19 op (ex-post) gegevens in 2021/2022 en de verzekerdenaantallen van de vereveningskenmerken die op deze gegevens zijn gebaseerd? In hoeverre zijn de kenmerkindelingen gebaseerd op de (ex-ante) gegevens uit 2019 en 2020 representatief voor de kenmerkindelingen gebaseerd op (ex-post) gegevensjaren 2021/2022?

Methodiek en resultaten bronnenonderzoek

Methodiek

Het onderzoek startte met een bronnenonderzoek. Het doel van het bronnenonderzoek was drieledig:

1. Inzicht krijgen in de verwachte effecten van vraaguitval/inhaalzorg, COVID-19-zorg (inclusief herstel- en nazorg) en arbeidsmarkteffecten in 2020 en waar mogelijk 2021, op zowel totaalniveau als opgesplitst per risicovereveningskenmerk;
2. Inzicht krijgen in prognoses voor het resterende deel van 2021 en 2022;
3. Bepalen van de bruikbaarheid van de informatie voor (een correctie op) de verzekerdenraming 2022.

[6] Deze paragraaf is gebaseerd op de management samenvatting van het onderzoek uitgevoerd door PwC. Het volledige onderzoeksrapport kan op aanvraag bij ZIN toegestuurd worden.

[7] Tegelijkertijd heeft ZIN een onderzoek uitgevoerd naar sterfte- en migratie-effecten vanwege COVID-19. Dit staat beschreven in 17.2

Om deze doelen te bereiken heeft PwC een brede inventarisatie uitgevoerd bestaande uit twee onderdelen: deskresearch naar de beschikbare bronnen over de impact van COVID-19 en een marktinventarisatie bij acht partijen. Deze inventarisatie heeft geleid tot circa 65 bronnen. Om de bevindingen uit het bronnenonderzoek te vertalen naar bevindingen op het niveau van vereveningskenmerken, is onderzocht welke reguliere risicovereveningsgegevens beschikbaar zijn. Daarnaast is onderzocht of het mogelijk van toegevoegde waarde is om deze gegevens aan te vullen met externe bronnen. Het bronnenonderzoek is besproken in een bijeenkomst met zorgverzekeraars en het ministerie van VWS.

Resultaten

Aan de hand van de resultaten is een prioritering gemaakt op basis van de verwachte impact van COVID-19 op de verzekerdenaantallen in 2021/2022, t.o.v. de andere vereveningskenmerken. Hierbij varieert de verwachte impact op een schaal van ++ (groot), +, +/-, - tot -- (klein).
De onderstaande tabel geeft een totaaloverzicht van de verwachte impact van COVID-19, de beschikbare bronnen, en de prioritering van de vereveningskenmerken.

Prioritering	Vereverings-kenmerk	Verwachte impact 2020*	Verwachte impact 2021*	Gegevens ZIN	Mogelijke gegevens o.b.v. bronnenonderzoek
1	DKG-C	**++**	**++**	MSZ-bestand	Onderhandenwerk via DHD
N.v.t.	AvI	**+**	**+**	DUO	
				UWV	Raming arbeidsmarkt CPB
				Adres belastingdienst	
2	FKG-C	**+**	**+**	Add-on declaraties	
				Farmaciedeclaraties	Extramurale medicatieverstrekkingen SFK
3	FKG-G	**+**	**+**	Farmaciedeclaraties	
4	FDG	**+**	Onbekend	Fysio-, oefen en huidtherapie declaraties	
N.v.t.	DKG-G	**+/-**	**+/-**	GGZ-declaraties	Registraties 6 grote GGZ-aanbieders
N.v.t.	HKG	Onbekend	Onbekend	Hulpmiddelen declaraties	
N.v.t.	SES	-	-	VPPKB, Wlz-declaraties	
				Inkomsten en adres Belastingdienst,	
5	PPA	--	--	VPPKB, Wlz-declaraties	Wlz-indicatieaanvragen, bezetting VV-aanbieders
				Adres belastingdienst	
6	MHK-C,	Onbekend	Onbekend	BASIC-bestand	
7	MVV	Onbekend	Onbekend	BASIC-bestand	
N.v.t.	MHK-G	Onbekend	Onbekend	BASIC-bestand	
N.v.t.	Regio-C en Regio-G	Onbekend	Onbekend	PKB 2021	
n.v.t.	L5G	Buiten scope			

(M.u.v. december) nagenoeg volledig voor 2020
Niet volledig voor 2020
Niet beschikbaar voor 2020

Conclusie – antwoord op onderzoeksvraag 1

Aan de hand van de geïnventariseerde bronnen is per type effect het volgende algemene beeld ontstaan:

- *Vraaguitval/inhaalzorg*: De reguliere zorg is (flink) afgeschaald tijdens de gehele COVID-19-periode, met een kleine opleving in de zomer van 2020. Hierdoor is een groot stuwmeer aan niet-geleverde zorg ontstaan. Niet al deze uitgestelde zorg wordt ingehaald (een deel van de vraag vervalt), een gedeelte van de zorg wordt later (mogelijk verzwaard) alsnog ingehaald. Over het algemeen is de acute zorg (zorg die binnen 6 weken geleverd moet worden)

wel gecontinueerd.
- *COVID-19-zorg inclusief herstel- en nazorg*: De reguliere zorg heeft plaatsgemaakt voor COVID-19 gerelateerde zorg, met name tijdens de eerste, tweede en derde COVID-19 golf. Door de grote hoeveelheid ziekenhuisopnames (verpleeg- en IC-dagen) in dit kader zijn de kosten van deze zorg hoog.
- *Arbeidsmarkteffecten*: COVID-19 maatregelen hebben grote economische gevolgen, die ook de arbeidsmarkt hebben geraakt. Ondanks de steunmaatregelen van de overheid is het aantal werklozen gestegen.

De impact van bovenstaande effecten op de vereveningskenmerken is verschillend per vereveningskenmerk. Voor DKG-C wordt, t.o.v. de andere vereveningskenmerken, de grootste impact van COVID-19 verwacht.

Externe bronnen onvoldoende bruikbaar voor onderzoek VR

Uit het bronnenonderzoek bleek dat er veel verschillende rapportages over de impact van COVID-19 beschikbaar zijn. Echter, deze externe bronnen waren slechts gedeeltelijk gerelateerd aan de risicoverevening. Hiermee, in combinatie met de onvolledigheid en onzekerheid omtrent de beschikbare gegevens, is de toegevoegde waarde voor de verzekerdenraming relatief beperkt. Daarom is ervoor gekozen om de kwantitatieve analyses ter bepaling van de impact op de verzekerdenraming 2022 uit te voeren op de gegevens die reeds beschikbaar waren bij ZIN.

Impact gegevens 2020 op vereveningskenmerken risicovereveningsmodellen 2022

Methodiek

Om de verzekerdenaantallen 2020 vast te stellen is een algemene methodiek gebruikt bestaande uit drie onderdelen: syntax, uitvoeringsbestand en koppeling met PKB. Voor de syntax is uitgegaan van de syntax voor de verzekerdenraming 2021. Voor het uitvoeringsbestand inclusief de datajaren heeft PwC rekening gehouden met de beschikbaarheid. Indien het uitvoeringsbestand en de datajaren voor het risicovereveningsmodel 2022 beschikbaar waren, zijn deze gebruikt. Indien dit niet het geval was, zijn het uitvoeringsbestand en de datajaren voor het risicovereveningsmodel 2021 gebruikt. Het PKB2020 kwam pas gedurende het onderzoek beschikbaar. Daarom is bij het onderzoek zoveel mogelijk uitgegaan van de leeftijd zoals aanwezig in de declaratiebestanden. Waar dit niet mogelijk was, werd consistent gekoppeld met het PKB van een jaar eerder om de leeftijd te achterhalen. Voor het afrekenjaar is consistent uitgegaan van 2021.

Voor de vereveningskenmerken waarvoor op basis van de analyses grote effecten zichtbaar zijn, heeft PwC aanvullende analyses uitgevoerd. In deze analyses heeft het onderzoeksbureau zowel op het totaalniveau van het risicovereveningskenmerk als voor iedere risicoklasse het aantal nieuwe verzekerden, het aantal blijvende verzekerden en het aantal uitvallers bepaald. Hierbij is vastgesteld of een verzekerde die in het huidige jaar in een positieve risicoklasse is ingedeeld in het voorgaande jaar in dezelfde positieve risicoklasse was ingedeeld. Voor ziekenhuiszorg heeft het onderzoeksbureau daarnaast voor iedere risicoklasse het aantal patiënten dat met hoofddiagnose COVID-19 in het ziekenhuis heeft gelegen in 2020 vastgesteld.

Voor de kenmerken DKG-C, FKG-C, HKG en AvI zijn op een later moment extra analyses uitgevoerd waarbij PwC gebruik maakte van het PKB2020 (toen wel beschikbaar). Om de impact van COVID-19 te bepalen, zijn eerst de

verzekerdenaantallen voor DKG-C, FKG-C, HKG en AvI vastgesteld op gegevens van 2020. Hiervoor is de volgende methodiek gebruikt:

- Er werd uitgegaan van de syntax van ZIN voor de verzekerdenraming 2021 of indien beschikbaar 2022.
- De uitvoeringsbestanden voor de datajaren voor het risicovereveningsmodel 2022 zijn gebruikt.

Voor de kenmerken waarvoor op basis van de analyses effecten van COVID-19 zichtbaar zijn, heeft PwC – na bespreking met ZIN, zorgverzekeraars en VWS - scenario's vastgesteld om de sensitiviteit van de verzekerdenaantallen te onderzoeken. Voor ieder vereveningskenmerk werden uit de onderstaande vijf mogelijke scenario's de drie meest realistische scenario's voor het desbetreffende risicovereveningskenmerk geselecteerd. De invulling van de scenario's is afhankelijk van of van 2019 op 2020 een stijging of daling in de verzekerdenaantallen heeft plaatsgevonden. Ook de keuze voor de drie scenario's is per kenmerk besproken met ZIN, zorgverzekeraars en VWS.

Scenario	**Impact COVID19**	**Situatie 1: omschrijving bij stijging verzekerdenaantallen**	**Situatie 2: omschrijving bij daling verzekerdenaantallen**
1	Extra groot	De aantallen in 2021 zijn gelijk aan het niveau in 2020, daarbij opgeteld groeien de aantallen volgens *anderhalf COVID-jaar* (trend 2019 op 2020).	*Dit kwam niet voor en is daardoor niet uitgewerkt.*
2	Groot	De aantallen in 2021 zijn gelijk aan het niveau in 2020, daarbij opgeteld groeien de aantallen volgens *één COVID-jaar* (trend 2019 op 2020).	De aantallen in 2021 zijn gelijk aan het niveau in 2020.
3	Middelgroot	De aantallen in 2021 zijn gelijk aan het niveau in 2020, daarbij opgeteld groeien de aantallen volgens het *gemiddelde van één COVID-jaar en één regulier jaar* (helft trend 2019 op 2020 en helft trend 2018 op 2019).	De aantallen in 2021 herstellen voor de helft tot het niveau van 2019.
4	Middel	De aantallen in 2021 zijn gelijk aan het niveau in 2020, daarbij opgeteld groeien de aantallen volgens *één regulier jaar* (trend 2018 op 2019).	De aantallen in 2021 herstellen naar het niveau van 2019.
5	Middelklein	De aantallen in 2021 zijn gelijk aan het niveau in 2020, daarbij opgeteld wordt de *helft van de gemiste stijging* ingehaald en groeien de aantallen volgens *één regulier jaar.*	De aantallen herstellen in 2021 naar het niveau van 2019, daarbij opgeteld groeien de aantallen voor de helft van *één regulier jaar.*
6	Klein	De aantallen in 2021 zijn gelijk aan het niveau in 2020, daarbij opgeteld wordt de *volledige gemiste stijging ingehaald* en groeien de aantallen volgens *één regulier jaar.*	De aantallen herstellen in 2021 naar het niveau van 2019, daarbij opgeteld groeien de aantallen voor *één regulier* jaar.

Resultaten

De kwantitatieve analyses zijn uitgevoerd voor AvI, HKG, DKG-C, FKC-C, FKG-G, FDG, MHK-C, MVV en PPA. Als gevolg van onvolledige gegevens zijn geen kwantitatieve analyses uitgevoerd voor DKG-G, SES, MHK-G, Regio-C en Regio-G.

Onderstaande tabel toont de resultaten van de kwantitatieve analyses en de scenario-selectie voor de vereveningskenmerken waarbij grote effecten van COVID-19 zichtbaar waren.

Vereveningskenmerk	**Gewogen gemiddelde**	**Scenario's**

kenmerk	**wijziging verzekerdenaantallen van de positieve klassen; trend 2019 op 2020 t.o.v. 2017 t/m 2019**	
DKG-C	78%	Voor DKG-C zijn de verzekerdenaantallen in *2021* vastgesteld op basis van de scenario's: **groot, middelgroot en middel**. De trend van 2019 op 2020 in het aantal verzekerden dat wordt ingedeeld in een positieve DKG-klasse is gemiddeld 22% lager dan de trend in 2017 t/m 2019.
AvI	99%	Voor AvI zijn **geen** scenario's doorgerekend, omdat: De wijziging van de trend 2019 op 2020, ten opzichte van 2017 t/m 2019 leek, afgezien van de verzekerden met een TOZO-regeling (Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers, zie ook hoofdstuk 9), mee te vallen. Er waren op het moment van dit onderzoek onduidelijkheden over de indeling van verzekerden met een TOZO-regeling: zelfstandigen met een TOZO-regeling kunnen niet geïsoleerd worden geïdentificeerd vanuit de bijstandsgerechtigden. Er worden ook andere verzekerden geïdentificeerd op basis van de code die het UWV voor de TOZO-regeling gebruikt. Vanwege bovenstaande punten was het de vraag of het berekenen van correctiefactoren leidt tot een getrouwer beeld van de verwachte verzekerdenaantallen dan geen correctie toepassen (nadat de verzekerden met een TOZO-regeling op een adequate wijze zijn ingedeeld).
FKG-C (regulier)	101%	Voor FKG-C astma zijn de verzekerdenaantallen in *2021* vastgesteld op basis van de scenario's: **extra groot, groot en middelgroot**. Voor *FKG-C astma* was een duidelijke trendbreuk te zien, die te relateren is aan COVID-19: een stijging in verzekerdenaantallen van 7% (ofwel gewogen gemiddelde wijziging verzekerdenaantallen van 107%). Omdat het hier COVID-zorg betreft, is de verwachting dat de hogere verzekerdenaantallen ook in 2021 (deels) aanhouden. Voor de overige FKG-C regulier risicoklassen was geen trendbreuk als gevolg van COVID-19 geconstateerd (ofwel gewogen gemiddelde wijziging verzekerdenaantallen van 101%).
FKG-C (add-on's)	88%	Voor FKG-C add-on's zijn de verzekerdenaantallen in *2021* vastgesteld op basis van de scenario's: **groot, middelgroot en middel**. De trend van 2019 op 2020 in het aantal verzekerden dat wordt ingedeeld in een positieve FKG add-on's klasse was gemiddeld 12% lager dan de trend in 2017 t/m 2019.
FKG-C (EHK's)	91%	Voor de EHK-klassen zijn **geen** scenario's doorgerekend, omdat de verzekerdenaantallen in reguliere jaren al sterk fluctueren. De effecten in 2020 die werden waargenomen, waren niet met zekerheid direct toe te schrijven aan COVID-19.
FKG-G	101%	Voor FKG-G zijn geen scenario's doorgerekend omdat de effecten van COVID-19 op de verzekerdenaantallen in 2020 beperkt waren.
FDG	90%	Voor FDG zijn de verzekerdenaantallen in 2021 vastgesteld op basis van de volgende scenario's: **groot, midden en klein** (invulling afhankelijk van patronen in verzekerdenaantallen in 2017 t/m 2020)
DKG-G	*Gegevens waren zeer onvolledig. Daarnaast brengt de invoering van het zorgprestatiemodel veel onzekerheid met zich mee. Onvoldoende informatie om betrouwbare analyses uit te voeren.*	
HKG	98%	Voor de klassen 'therapeutische elastische kousen', 'vernevelaar met toebehoren' en 'orthesen' zijn de verzekerdenaantallen in *2021* vastgesteld op basis van de scenario's: **groot, middel en klein**. *Voor deze klassen was* een duidelijke trendbreuk te zien, die te relateren is aan COVID-19: een gewogen gemiddelde daling van 7%. Voor de overige HKG risicoklassen is geen trendbreuk als gevolg van COVID-19 geconstateerd.
SES	*Beperkte informatie beschikbaar, daarom niet mogelijk om analyses uit te voeren.*	
PPA-Wlz	Wlz-instelling, blijvend: 101% Wlz-instelling, instromend: 93%	Voor PPA-Wlz zijn de verzekerdenaantallen in 2022 vastgesteld op basis van de volgende scenario's: **Groot –** Gemiste instroom in 2020 vindt geheel in 2022 plaats **Midden –** Gemiste instroom in 2020 vindt voor de helft in 2021 en voor de helft in 2022 plaats **Klein -** Gemiste instroom vindt geheel in 2021 plaats
MHK-C,	100%	Voor MHK-C zijn geen scenario's doorgerekend omdat de effecten van COVID-19 op de verzekerdenaantallen in 2020 beperkt zijn.
MVV	100%	Voor MVV zijn geen scenario's doorgerekend. Omdat de percentielen voor MVV worden vastgesteld op de cumulatieve kosten over 3 voorgaande jaren zijn de verzekerdenjaren voor de verschillende datajaren vergelijkbaar.
MHK-G	*Gegevens waren zeer onvolledig. Daarnaast brengt de invoering van het zorgprestatiemodel veel onzekerheid met zich mee. Onvoldoende informatie om betrouwbare analyses uit te voeren.*	

Regio-C en Regio-G	*Geen informatie beschikbaar. Daarom was het niet mogelijk om analyses uit te voeren.*
L5G	*Buiten scope van dit onderzoek*

[1]Een uitzondering hierop is AvI. Voor AvI zijn alle risicoklassen meegenomen in het gewogen gemiddelde.

Indien de gewogen gemiddelde hoogte van de trend rond de 100% ligt, treden er geen grote wijzigingen op door COVID-19 in de verzekerdenaantallen. Dit betekent dat de trend tussen 2020 en 2019 vergelijkbaar was met de trend in voorgaande jaren. Als de trend onder de 100% ligt, is er sprake van een daling van de trend.

Conclusie – antwoord op onderzoeksvraag 2

Voor DKG-C, FDG en PPA-Wlz waren duidelijke effecten zichtbaar in de verzekerdenaantallen van 2020. Uit de kwantitatieve analyses bleek dat de trend in verzekerdenaantallen van 2019 op 2020 is gedaald ten opzichte van de trend in voorgaande jaren. Dit bevestigt het beeld uit het bronnenonderzoek, namelijk dat voor ziekenhuiszorg en fysiotherapie veel zorg is stilgelegd in 2020. Voor PPA-Wlz bevestigt dit het beeld dat de bezettingsgraad in verpleeg- en verzorgingsinstellingen is gedaald ten opzichte van de periode voorafgaand aan COVID-19, echter spelen hier mogelijk ook andere affecten als gevolg van systeemveranderingen.

Bij HKG en FKG-C waren voor enkele risicoklassen duidelijke effecten zichtbaar in de verzekerdenaantallen van 2020. Voor HKG betreft het de klassen 'therapeutische elastische kousen', 'vernevelaar met toebehoren' en 'orthesen' en voor FKG-C de add-on klassen en FKG astma. Voor HKG heeft het bronnenonderzoek te weinig bronnen opgeleverd om dit beeld te bevestigen, bij FKG-C bevestigt de daling van de add-on klassen het beeld dat ziekenhuiszorg is stilgelegd. Bij de FKG-klasse Astma is een stijging van de trend te zien, vermoedelijk door het gebruik van astmamedicatie na een COVID-besmetting.
Voor FKG-G en MHK-C zijn de effecten van COVID-19 in 2020 beperkt. Voor MHK-C zijn de zorgkosten weliswaar gedaald, maar is de verdeling van de zorgkosten over de verzekerden min of meer gelijk gebleven. Hierdoor is de impact van COVID-19 op MHK-C beperkt. Voor MVV was geen effect zichtbaar in de verzekerdenaantallen, echter zijn de verzekerdenaantallen opgelegd door gebruik van percentielgrenzen. Daarom zijn aanvullend de verzekerdenaantallen op zorgverzekeraars vastgesteld, ook hier zijn geen andere effecten zichtbaar in 2020 t.o.v. voorgaande jaren. Op basis van voorgenoemde was de conclusie van PwC dat het niet nodig is om in de verzekerdenraming 2022 op de risicoklassen van deze vereveningskenmerken een correctie met de effecten van COVID-19 uit te voeren.

Als gevolg van onvolledige/ontbrekende gegevens zijn geen kwantitatieve analyses uitgevoerd voor DKG-G, SES, MHK-G, Regio-C en Regio-G. Er waren ofwel geen gegevens over 2020 beschikbaar, of de gegevens waren van onvoldoende kwaliteit om analyses uit te kunnen voeren. Voor DKG-G lijken de effecten beperkt, COVID-19 leidde met name tot een daling in de verblijfsdagen in de specialistische GGZ. Het aantal geopende zorgtrajecten was in de eerste weken van 2021 vergelijkbaar met voorgaande jaren. Voor de overige vereveningskenmerken (SES, MHK-G, Regio-C en Regio-G) was het zowel op basis van het bronnenonderzoek als door het gebrek aan gegevens niet vast te stellen wat het effect van COVID-19 op deze vereveningskenmerken is.

Implicaties voor de verzekerdenraming

Voor DKG-C, FKC-C, FDG, HKG en PPA-Wlz waren in 2020 effecten zichtbaar van

COVID-19. Voor deze vereveningskenmerken zijn drie scenario's vastgesteld die leiden tot correctiefactoren. Voor de overige vereveningskenmerken waren de effecten van COVID-19 beperkt, of waren onvoldoende gegevens beschikbaar. Voor deze vereveningskenmerken zijn dan ook geen correctiefactoren berekend.

Inschatting van impact COVID-19 op verzekerdenaantallen 2021/2022 ten behoeve van de verzekerdenraming 2022

Methodiek

Op basis van drie scenario's per vereveningskenmerk zijn de verwachte verzekerdenaantallen 2021/2022 per risicoklasse vastgesteld. Voor FKG-C, DKG-C, FDG en HKG zijn hiervoor de standaard scenario's gebruikt. Voor PPA-Wlz werden aparte scenario's opgesteld, omdat er voor deze risicoklassen een samenhang is tussen het aantal blijvers en instromers. Voor PPA-Wlz waren de scenario's als volgt:

Scenario's voor PPA-Wlz	
Scenario	**Omschrijving**
1	**Gemiste instroom vindt geheel in 2022 plaats** Aantal blijvers daalt met de hele gemiste instroom in 2020, gemiste instroom in 2020 vindt geheel in 2022 plaats
2	**Gemiste instroom vindt voor de helft in 2021 en voor de helft in 2022 plaats** Aantal blijvers daalt met de helft van de gemiste instroom in 2020, gemiste instroom in 2020 vindt voor de helft in 2022 plaats
3	**Gemiste instroom vindt geheel in 2021 plaats** Aantal blijvers blijft gelijk aan 2020, instroom herstelt naar niveau van 2019

Resultaten

Na doorrekening van de scenario's zijn de geraamde verzekerdenaantallen in 2021/2022 per scenario uitgedrukt in de verzekerdenaantallen van 2019 of 2020, afhankelijk van het basisjaar van de verzekerdenraming.[8] Dit leidt tot correctiefactoren die in de raming toegepast kunnen worden om de verzekerdenaantallen uit het basisjaar te vertalen naar de scenario's. Het gewogen gemiddelde van deze factoren voor de 3 verschillende scenario's was als volgt:

- Voor **DKG-C** (impact COVID-19: groot tot middel, factor van 2019): 0,81 voor scenario 2, 0,90 voor scenario 3 en 1,00 voor scenario 4;[9]
- Voor **FKG-C astma** (impact COVID-19: extra groot tot middelgroot, factor van 2020): 1,12 voor scenario 1, 1,08 voor scenario 2 en 1,04 voor scenario 3;
- Voor **FKG-C add-on's** (impact COVID-19: groot tot middel, factor van 2019): 0,99 voor scenario 2, 1,03 voor scenario 3 en 1,07 voor scenario 4;
- Voor **HKG** therapeutische elastische kousen, vernevelaar met toebehoren en orthesen (impact COVID-19: groot tot klein, factor van 2020): 1,00 voor scenario 2, 1,06 voor scenario 4 en 1,08 voor scenario 6;
- Voor **FDG** (impact COVID-19: groot tot klein, factor van 2020): 1 voor scenario 1, 1,08 voor scenario 2 en 1,15 voor scenario 3;
- Voor Wlz-risicoklassen van **PPA** (impact COVID-19: groot tot klein, factor van 2020):
  - Blijvers: 0,991 voor scenario 1, 0,996 voor scenario 2 en 1 voor scenario 3
  - Instromers: 1,088 voor scenario 1, 1,066 voor scenario 2 en 1,044 voor

[8] Bijvoorbeeld: een factor van 1,1 betekent dat de geraamde verzekerdenaantallen in het scenario, 10% hoger zijn dan de aantallen in het basisjaar 2019 of 2020

[9] Het basisjaar van DKG-C is 2019. Een correctiefactor van 0,81 betekent dat uit de scenario-analyse volgt dat de aantallen in 2021 naar verwachting 81% bedragen van de aantallen in 2019.

scenario 3

Conclusie – antwoord op onderzoeksvraag 3

Op basis van de inzichten uit het bronnenonderzoek en de resultaten van de analyses heeft PwC geadviseerd om te corrigeren voor DKG-C, FKG-C regulier astma, FKG-C add-on's en drie risicoklassen van HKG:

- Voor **DKG-C** en **FKG-C add-on's** adviseerde PwC om uit te gaan van het **middelgrote** scenario: voor DKG-C een gewogen gemiddelde correctiefactor van 0,90 en voor FKG-C 1,03;
- Voor **FKG-C astma** adviseerde PwC om uit te gaan van het **grote** scenario: een gewogen gemiddelde correctiefactor van 1,16;
- Voor **HKG therapeutische elastische kousen, vernevelaar met toebehoren en orthesen** adviseerde PwC om uit te gaan van het **middelste** scenario: een gewogen gemiddelde correctiefactor van 1,06.
- Voor **FDG** adviseerde PwC om uit te gaan van het **middelste** scenario (gewogen gemiddelde correctiefactor van 1,08)

Voor **AvI** adviseerde PwC om **geen** correctie voor COVID-19 uit te voeren, omdat:

- Er op moment van het onderzoek onduidelijkheden waren over de indeling van verzekerden met een TOZO-regeling: zelfstandigen met een TOZO-regeling konden niet geïsoleerd worden geïdentificeerd vanuit de bijstandsgerechtigden. Er werden ook andere verzekerden geïdentificeerd op basis van de code die het UWV voor de TOZO-regeling gebruikt.
- De wijziging van de trend 2019 op 2020, ten opzichte van 2017 t/m 2019 leek, afgezien van de verzekerden met een TOZO-regeling, mee te vallen.

Voor **PPA-Wlz** adviseerde PwC om geen correctie voor COVID-19 uit te voeren, omdat de effecten voor PPA-Wlz als gevolg van systeemveranderingen niet direct toe te wijzen waren aan COVID-19.

ZIN heeft het advies van PwC integraal overgenomen en de correctiefactoren toegepast voor de kenmerken FKG-C, FDG, HKG en DKG-C. Bij de desbetreffende kenmerken staat beschreven hoe de correctiefactoren uit het onderzoek zijn toegepast.

17.2 Deelonderzoek 2: Onderzoek naar sterfte- en migratie-effecten

ZIN heeft het tweede deelonderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek ging over sterfte- en migratie-effecten vanwege COVID-19 en had twee hoofdonderzoeksvragen:

- Is het nodig om de macroverzekerdenraming (kenmerk L5G) te corrigeren voor COVID-19 vanwege sterfte en/of migratie?
- Is het nodig om bij de overige vereveningskenmerken een correctie uit te voeren voor sterfte vanwege COVID-19?

Onderzoek naar sterfte/migratie voor de macroverzekerdenraming 2022

Ieder kalenderjaar raamt ZIN de verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk voor het erop volgende vereveningsjaar. Hiervoor wordt de Macroverzekerdenraming (MVR) opgesteld (zie ook paragraaf 4.2). De MVR maakt gebruik van CBS-prognoses die zijn opgesteld in december 2020. Door de COVID-19-pandemie kennen de prognoses grotere onzekerheden. Het Zorginstituut is daarom nagegaan of er andere prognoses beschikbaar en bruikbaar zijn, hoe betrouwbaar de CBS-prognoses zijn en of er correcties nodig zijn bij de vertaalslag

van de prognoses naar de MVR.

ZIN heeft eerst een bronnenonderzoek uitgevoerd om een overzicht te krijgen van beschikbare bevolkingsprognoses. Daaruit bleek dat er verschillende partijen zijn die publiceren over de gevolgen van de COVID-19-crisis op de bevolking. In alle gevallen maken zij voor bevolkingsprognoses gebruik van de gegevens van het CBS.

Het Zorginstituut heeft zich voor de macroverzekerdenraming daarom ook gebaseerd op de prognoses van het CBS. Vervolgens heeft het Zorginstituut door middel van literatuuronderzoek en data-analyse onderzocht hoe betrouwbaar de CBS-prognose was. Daaruit bleek dat in de meest recente prognoses van het CBS (december 2020) rekening is gehouden met de COVID-19-crisis, zowel wat betreft sterfte als migratie. Hierbij maakten zij de veronderstelling dat de bevolking minder hard zal groeien dan in eerdere prognoses is voorspeld en dat door de COVID-19-crisis de komende jaren meer mensen overlijden, minder kinderen worden geboren en minder mensen migreren. Bij de prognoses voor 2021 en 2022 veronderstelt het CBS dat in de loop van 2021, als ook in 2022, de COVID-gerelateerde sterfte af zal nemen door de stijging in vaccinatiegraad en door de overheid genomen maatregelen zoals sneltesten. Ten tijde van de verzekerdenraming 2022 was er geen informatie beschikbaar waaruit bleek dat deze veronderstellingen onjuist waren.
Uit de data-analyse van ZIN bleek dat de CBS-ramingen vooralsnog goed aansloten op de realisaties. Om die reden heeft het Zorginstituut besloten geen correctie op de prognoses toe te passen en de CBS-bevolkingsprognoses van december 2020 te gebruiken.

In de MVR worden de prognoses van het CBS gekoppeld aan het persoonskenmerken(PER)-bestand van 2021. De peildatum van het PER-bestand is echter 1 mei 2021, terwijl de peildatum van de CBS-prognoses 1 januari betreft. In het noodgedwongen korte tijdbestek kon het CBS géén extra prognoses maken met 1 mei als peildatum. Het bleek echter ook onmogelijk om het PER-bestand te corrigeren voor een juiste opstelling van de MVR 2022. Immers, de oversterfte in de eerste maanden van 2021 leek beperkt, en het was daarom onzeker of, en in welke mate, het PER2021-bestand zou moeten worden bijgesteld. Om die reden is besloten om het PER-bestand zonder correcties op te nemen in de MVR 2022.

Onderzoek naar uitval/sterfte per kenmerk

Naast het onderzoek naar de Macroverzekerdenraming heeft ZIN ook de uitval per risicoklasse onderzocht van kenmerken die mogelijkerwijs door sterfte worden beïnvloed. Het doel van het onderzoek was om te inventariseren of er sprake is van extra COVID-sterfte in bepaalde risicoklassen en of hiervoor een sterftecorrectie moest worden toegepast. In het onderzoek werd gesproken over sterfte, hierbij gaat het om de uitval van verzekerden in jaar t ten opzichte van jaar t-1.

Normaal gesproken wordt bij de raming ervan uitgegaan dat de uitval in de ex-ante situatie representatief is voor de uitval in de ex-post situatie. Voor de VR2022 betekent dat voor de meeste morbiditeitskenmerken de uitval tussen 2020 en 2021 representatief moet zijn aan de uitval tussen 2021 en 2022. In het deelonderzoek is gekeken of er risicoklassen waren waarbij deze aanname minder valide leek vanwege oversterfte door COVID-19.

Beschikbare data
Ten tijde van het onderzoek waren er nog geen gegevens beschikbaar over sterfte/uitval in heel 2021 of 2022. Ook was het PER2021 op dat moment nog niet

beschikbaar. Het meest recente bestand bij ZIN was verzekerdenbestand van Vektis van februari 2021 dat gebruikt is bij de lenteherberekening 2021.

Methodiek
Uiteraard kon ZIN niet toetsen in hoeverre de uitval ex-ante afwijkt van de uitval ex-post, aangezien de gegevens hiervoor ontbraken. Het was wel mogelijk om te kijken in hoeverre de uitval in het eerste COVID-jaar (februari 2020-februari 2021) per risicoklasse afweek van de uitval in eerdere jaren. Indien de uitval in het COVID-jaar afwijkt van eerdere jaren, is het waarschijnlijker dat de uitval ex-ante afwijkt van de uitval ex-post en kan een correctie meerwaarde hebben.[10] Indien de uitval in het eerste COVID-jaar vergelijkbaar is met de uitval in eerdere jaren, is een correctie niet nodig.

Voor de vergelijking tussen het eerste COVID-jaar en eerdere jaren is gebruik gemaakt van de indeling van verzekerden in risicoklassen uit deelonderzoek 1. Er is gekeken naar de kenmerken FKG-C, FKG-G, FDG, DKG-C, MVV-C, MHK-C en PPA, omdat daar een potentieel COVID-19-effect werd verwacht. Voor HKG-C en MHK-G was het door ontbrekende gegevens niet mogelijk analyses uit te voeren. In de analyses zijn de niet-ingezetenen niet meegenomen, omdat er bij deze groep veel uitval is door met name emigratie en dit de resultaten vertroebelt

Voor iedere risicoklasse van bovenstaande kenmerken heeft ZIN de verzekerden in het gegevensjaar gekoppeld aan het verzekerdenbestand van Vektis uit februari t+1. Dit is gedaan voor de gegevensjaren 2017 t/m 2020. Als voorbeeld: voor FKG-C heeft ZIN de verzekerden per FKG-klasse op basis van de gegevens 2020, gekoppeld aan de verzekerden in het Vektis-bestand van februari 2021. Hetzelfde heeft ZIN gedaan voor de FKG-indeling op basis van de gegevens 2017 t/m 2019, dus ieder gegevensjaar gekoppeld aan het Vektis-bestand van het daaropvolgende jaar. Een deel van de verzekerden uit de kenmerkindeling, is niet terug te vinden in het Vektis-bestand van het daaropvolgende jaar en betreft dus uitval.

Vervolgens is de uitval in verzekerden in 2021, als percentage van het totaal aantal verzekerden dat was ingedeeld in de risicoklasse, vergeleken met de uitvalspercentages van 2018 t/m 2020. Bij de kenmerken met een verhoogd uitvalspercentage in 2021 zijn meerdere aanvullende analyses uitgevoerd, zoals het koppelen van de uitval aan sterfte vanwege COVID-19 via ICD-gegevens en het vergelijken van de uitval na koppeling met PKB 2020 (wel COVID-effect) met de uitval na koppeling met PKB 2019 (geen COVID-effect).

Resultaten

Farmaceutische kostengroepen (FKG)
Het gemiddelde verschil in uitval tussen het eerste COVID-jaar en eerdere jaren over alle risicoklassen van FKG-C is 0,1% (minimum -/-2,8%, maximum 1,7%). Er zijn zes FKG-C-klassen met enige afwijkende verhoogde sterfte: Chronische antistolling (FKG-C 6), Ziekte van Parkinson (FKG-C 8), Hartaandoeningen (FKG-C 16), Cystic fibrose (FKG-C 25), Nieraandoeningen (FKG-C 27) en EHK 1 (FKG-C 35). Bij alle FKG-G risicoklassen gemiddeld is het verschil in uitval 0,04%, oftewel beperkt. Het grootste verschil komt voor bij Verslaving (FKG-G 2), namelijk 0,3%. Vanwege de beperkte verschillen in uitval tussen het eerste COVID-jaar en eerdere jaren zijn voor FKG-C en FKG-G geen aanvullende analyses uitgevoerd.

[10] Hierbij was de verwachting dat de uitval tussen 2021 en 2022 niet hoger zou zijn dan de uitval in het eerste COVID-jaar

Fysiotherapie diagnosegroepen (FDG)
De gemiddelde uitval van het kenmerk is 0,3% hoger in 2021 t.o.v. eerdere jaren. Bij de risicoklassen FDG-2 en 4 is het grootste verschil geconstateerd van 0,5%. Vanwege de beperkte verschillen in uitval tussen het eerste COVID-jaar en eerdere jaren zijn geen aanvullende analyses uitgevoerd.

Diagnose kostenkostengroepen somatisch (DKG-C)
Het gemiddelde verschil in sterfte van het kenmerk tussen 2021 en eerder is 0,02% (minimum -5,9%, maximum +5%). De grootste verschillen met een afwijkende verhoogde uitval ten opzichte van eerdere jaren komen voor bij DKG-C 13, 14, 19, 21, 23 en 25. Voor enkele DKG-klassen is de beperkt verhoogde uitval in de aanvullende analyses niet duidelijk terug te zien. Hierbij is het ook onduidelijk in hoeverre de hogere uitval wordt verklaard door sterfte of door samenstellingseffecten vanwege vraaguitval, aangezien de verzekerdenaantallen in 2020 sterk verschillen van eerdere jaren (zie ook paragraaf 17.1).[11]

Meerjarig hoge kosten somatisch (MHK-C)
Het gemiddelde verschil in sterfte van het kenmerk tussen 2021 en eerdere jaren is 0,8% (minimum -/-0,2%, maximum 2,3%). Er is een licht verhoogde procentuele uitval in het eerste COVID-jaar waarneembaar. Dit wordt bevestigd door de aanvullende analyses en kan deels ook verklaard worden door COVID-19 in de MSZ.

Meerjarig kosten verpleging en verzorging (MVV)
Het gemiddelde verschil in sterfte van het kenmerk tussen het eerste COVID-jaar en eerdere jaren is 0,3% (minimum -/-0,1 procent, maximum 0,9%). Er is een licht verhoogde procentuele uitval waarneembaar in met name de hogere klassen. De uitval kan deels verklaard worden door COVID-19 in de MSZ.

Personen per adres (PPA)
PPA laat geen afwijking zien in het gemiddelde verschil in sterfte (-/-0,02%) in het eerste COVID-jaar.

Conclusie
Omdat er bij MHK-C en MVV licht verhoogde uitval waarneembaar was in het eerste COVID-jaar in meerdere analyses, heeft ZIN voor die kenmerken een sterftecorrectie uitgevoerd. Bij de overige kenmerken was onvoldoende aanleiding om een sterftecorrectie uit te voeren.

[11] Ter toelichting: de verzekerdenaantallen in 2020 zijn sterk gedaald door zorguitval. De resterende verzekerden in de positieve DKG-klassen, zijn wellicht de relatief ongezonde verzekerden waarvoor ziekenhuiszorg niet uitgesteld kon worden. Het is daarom waarschijnlijk dat het uitvalspercentage onder de verzekerden in 2020 hoger ligt dan in eerdere jaren omdat het een gemiddeld ongezondere groep betreft.

18 Onzekerheden in de verzekerdenraming 2022

18.1 Algemeen beeld Verzekerdenraming 2022

Kwaliteit van de dit jaar aangeleverde gegevensbestanden
Voor de uitvoering van de risicoverevening is het van wezenlijk belang dat de aangeleverde bronbestanden uniform en volledig zijn gevuld. Voor de raming 2022 heeft het Zorginstituut (vooralsnog) kunnen constateren dat de door de zorgverzekeraars aangeleverde bestanden geen (systematische) onjuistheden bevatten. Een aandachtspunt is een substantiële stijging van het aantal niet-ingezetenen bij een concern door een wijziging in de gehanteerde definitie van niet-ingezetenen in het PKB 2020 en het PER 2021. De NZa onderzoekt momenteel of deze aanlevering juist is.

Op basis van de huidige analyses beoordeelt ZIN de kwaliteit van de aangeleverde gegevensbestanden op ten minste hetzelfde niveau als vorig jaar.

Onzekerheden vanwege COVID-19
Zoals in paragraaf 17 is geschetst leidt de COVID-19 pandemie tot extra onzekerheden in 2020 t/m 2022. Er is in 2020 en begin 2021 extra zorg verleend vanwege COVID-19, terwijl de reguliere zorg (deels) is komen te vervallen c.q. uitgesteld. Daarnaast heeft COVID-19 effecten op de arbeidsmarkt als gevolg van de intelligente lockdowns. Ook is er in 2020/2021 sprake van extra sterfte als gevolg van COVID-19. Op basis van scenario-analyses zijn de gevoeligheden in kaart gebracht en zijn er correcties voor de impact van COVID-19 in de verzekerdenraming 202 toegepast. Desalniettemin is er voor de meeste vereveningskenmerken in verschillende mate meer onzekerheid dan gebruikelijk.

18.2 Kenmerken met een hogere mate van onzekerheid

In de verzekerdenraming 2022 worden de aantallen per risicoklasse geraamd op basis van brongegevens van 2020 en ouder. Ex-post worden de aantallen per risicoklasse bepaald op basis van brongegevens van 2021 of 2022.[12] Uiteraard is er altijd enige mate van onzekerheid over het verschil tussen de aantallen ex-ante en ex-post. Maar in sommige situaties, met name bij de hieronder genoemde kenmerken, is sprake van een grotere mate van onzekerheid.
Naast de bovenstaande (reguliere) onzekerheden zijn er ook nog extra onzekerheden als gevolg van COVID-19 die per kenmerk kunnen verschillen.

Hieronder wordt per kenmerk een onderscheid gemaakt naar "reguliere" onzekerheden, zoals onzekerheden omtrent de brongegevens, modelwijzigingen of systeemwijzigingen, en naar onzekerheden als gevolg van COVID-19.

FKG-somatisch
Regulier
Bij FKG-C is er onzekerheid bij de zes FKG-klassen o.b.v. add-on's[13], de vier EHK-klassen en drie reguliere klassen. De onzekerheid in de FKG-klassen o.b.v. add-on's en de vier EHK's komt voort uit het gebruik van oudere brongegevens bij de

[12] Voor sommige kenmerken worden ex-post ook oudere brongegevens gebruikt, met name bij de meerjarige kenmerken.
[13] De zes FKG-klassen gebaseerd o.b.v. add-on's zijn: FKG-17 (Groeistoornissen o.b.v. add-on) FKG-24 (Auto-immuunziekten o.b.v. add-on), FKG-27 (Immunoglobuline o.b.v. add-on), FKG-30 (COPD/Zware Astma o.b.v. add-on), FKG-33 (Kanker o.b.v. add-on) en FKG-35 (Maculadegeneratie o.b.v. add-on).

verzekerdenraming 2022. Hierdoor moet de raming twee jaar (van 2019 naar 2021) overbruggen.
Voor model 2022 heeft er groot onderhoud plaatsgevonden. Dit betekent dat gegevens op basis van de nieuwe indeling niet over een langere periode beschikbaar zijn. Dit betekent met name voor de nieuwe klassen 35 (Maculadegeneratie) en 36 (Hypercholesterolemie) meer onzekerheid. Voor reguliere FKG-klassen 16 (Cystic Fibrosis) en 38 (Verslaving) is er onzekerheid over de trend vanwege instabiele patronen (16 en 38) in de afgelopen jaren en toekomstige nieuwe middelen (16).[14]

Daarnaast zorgt het kleine aantal verzekerden in combinatie met de zeer hoge normbedragen voor extra onzekerheid bij de EHK-klassen.

COVID-19
Als gevolg van COVID-19 is sprake van onzekerheid bij de klassen op basis van add-on's, de EHK-klassen en de reguliere FKG-klassen Astma en COPD/Zware Astma.

Uit het bronnenonderzoek van PwC (zie hoofdstuk 17) bleek dat de ziekenhuiszorg deels is stopgezet in 2020. Uit een kwantitatieve analyse op basis van Vektis-gegevens blijkt dat hierdoor sprake is van een daling van het aantal verzekerden in de klassen op basis van add-on's. Ook bij EHK-klassen is sprake van een daling. Daarvan kon echter niet met zekerheid worden vastgesteld dat dit door COVID-19 wordt veroorzaakt. Bij de FKG-klasse Astma is sprake van een stijging van de trend waarbij de stijging van de verzekerdenaantallen tussen 2019 en 2020 hoger is dan in eerdere jaren, waarschijnlijk door farmaciegebruik na een COVID-19-besmetting. Bij de FKG-klasse COPD/Zware Astma was geen afwijkende trend te zien in 2020. Door de restricties op de samenhang met de FKG-klasse Astma is onzeker hoe de verzekerdenaantallen in deze klasse zich in 2021 gaan ontwikkelen.

Over 2021 zijn geen gegevens beschikbaar. Hierdoor is er onzekerheid over de impact van COVID-19 op de verzekerdenaantallen. Dit geldt met name bij de bovengenoemde klassen. Gezien de vraaguitval in de ziekenhuiszorg in 2020 en het aantal COVID-besmettingen in 2020/eerste helft van 2021 is een effect van COVID-19 op deze klassen niet uit te sluiten, maar de grootte en richting is lastig te duiden.

FKG-GGZ
Regulier
Bij FKG-G zijn de onzekerheden beduidend kleiner dan bij FKG-C. Alleen bij FKG-G-2 (Verslaving) is er enige onzekerheid vanwege een instabiel patroon vergelijkbaar aan de klasse FKG-C-38 (Verslaving). Alle FKG's zijn gebaseerd op extramuraal verstrekte farmacie. Daarvan zijn gegevens over 2020 beschikbaar. De trendtabel hoeft dan ook maar één keer toegepast te worden. Het groot onderhoud leidt niet tot extra onzekerheid bij dit kenmerk.

COVID-19
Als gevolg van COVID-19 worden geen extra onzekerheden verwacht bij dit kenmerk. Uit de kwantitatieve analyses bleek geen effect van COVID-19 op de verzekerdenaantallen bij de FKG-G in 2020. Hoewel over 2021 nog niet veel bekend is, is er geen aanleiding om een impact van COVID-19 op de verzekerdenaantallen 2021 te verwachten.

DKG-somatisch
Regulier

[14] Bij de reguliere FKG-klasse 20 (HIV-AIDS) is in de raming net als bij FKG-38 geen trend toegepast vanwege instabiele patronen. De onzekerheid bij FKG-20 is echter kleiner dan bij FKG-38 omdat de jaarlijkse mutaties beperkt zijn.

Bij DKG-C is sprake van het gebruik van relatief oude brongegevens (2019). Afgezien daarvan is er geen extra reguliere onzekerheid bij dit kenmerk.

COVID-19
Als gevolg van COVID-19 zijn er onzekerheden rondom de indeling van verzekerden in DKG-C. Dit betreft zowel onzekerheid als gevolg van vraaguitval en inhaalzorg. Uit het bronnenonderzoek (zie hoofdstuk 17) volgt dat het aantal behandelingen en verwijzingen in 2020 sterk is gedaald vanwege zorguitval. Uit de analyses op basis van de eerste maanden van 2020 blijkt dat dit voor de meeste DKG-C klassen leidt tot een daling van het aantal verzekerden ten opzichte van eerdere jaren.

Uit het bronnenonderzoek blijkt dat in de eerste maanden van 2021 minder behandelingen en verwijzingen plaatsvonden. Het is echter onzeker in hoeverre dit in de loop van 2021 (deels) wordt gecompenseerd door inhaalzorg. Dit maakt dat er voor DKG-C veel onzekerheid bestaat over de verzekerdenaantallen.

DKG-GGZ
Regulier
De grootste onzekerheid bij DKG-G komt voort uit de invoering van het Zorgprestatiemodel (ZPM) per 1 januari 2022. Vanwege de invoering van het ZPM worden de GGZ-dbc's op 31 december 2021 afgesloten. Dit leidt tot een schadelastdip in 2021. Doordat verzekerden minder behandelminuten en verblijfsdagen toegerekend krijgen in 2021, vindt er een verschuiving plaats van hogere klassen naar lagere klassen.

In het conversieonderzoek GGZ (WOR 1034) is een vertaaltabel gemaakt, waarmee GGZ-declaraties vertaald kunnen worden naar een jaar met deze schadelastdip. Deze vertaaltabel is toegepast in de verzekerdenraming 2022. Desondanks is er sprake van onzekerheid over de verzekerdenaantallen omdat er in het onderzoek gewerkt is met relatief oude gegevens en er veel aannames gemaakt moesten worden.

Ook is er bij DKG-GGZ extra onzekerheid vanwege het gebruik van oudere brongegevens, bij de verzekerdenraming 2022 is gebruik gemaakt van GGZ-declaraties over 2019 en eerdere jaren.

Daarnaast is bij de DKG-G de laatste jaren sprake van instabiele patronen in de indeling van verzekerden. De GGZ is de afgelopen jaren (en nog steeds) sterk in beweging. Dit leidt tot onzekerheid over de juistheid van de raming 2022.

Tot slot is sprake van extra onzekerheid als gevolg van de van de verruiming van de Wlz per 1 januari 2021. Dit speelt met name in de hogere DKG-G-klassen.

COVID-19
Er is enige onzekerheid over de indeling in de DKG-G klassen vanwege COVID-19. Uit het bronnenonderzoek bleek dat het aantal verwijzingen voor Basis-GGZ en het aantal behandeltrajecten in de specialistische GGZ in de eerste lockdown in 2020 is gedaald, maar in de zomer van 2020 weer op hetzelfde niveau lag als voor COVID-19. Begin 2021 waren de verblijfsdagen lager dan in 2019, maar er kan niet worden vastgesteld of dit door COVID-19 komt of een andere oorzaak heeft. Daarnaast is het aandeel patiënten dat per week (GGZ-) zorg ontvangt hoger sinds COVID-19. Dit duidt mogelijk op een nieuwe manier van werken door COVID-19.

Het is niet duidelijk hoe COVID-19 doorwerkt in de indeling van verzekerden in de DKG-G klassen. Ten tijde van de verzekerdenraming 2022 waren er geen

declaratiegegevens over 2020 beschikbaar om dit door te rekenen. De verwachting is dat de effecten van COVID-19 in de GGZ kleiner zijn dan in de somatische zorg, maar de richting en grootte van de effecten is niet te geven.

MHK-somatisch

Regulier

Bij MHK-C stemt ZIN de raming per MHK-klasse af op prevalenties van ESHPM op basis van representatief gemaakte kostengegevens van 2019 en eerder. Op deze manier kan rekening worden gehouden met definitie- en beleidswijzigingen. De raming sluit daarmee naar verwachting beter aan op de ex-post situatie. Ten opzichte van eerdere jaren worden de prevalenties gebaseerd op één jaar recentere kostengegevens. Dit verkleint de onzekerheid bij MHK-C.

COVID-19

Door vraaguitval, inhaalzorg en extra zorg vanwege COVID-19 wijzigen naar verwachting de kostenpatronen in 2020 én 2021 ten opzichte van de kostenjaren 2017 t/m 2019 die gebruikt zijn bij de VR2022. In kwantitatieve analyses is de MHK-indeling voor de gegevensjaren 2020 en eerder vergeleken met de MHK-indeling voor oudere jaren. Uit deze analyses bleek dat de impact van het gewijzigd kostenpatroon in 2020 beperkt was. Omdat we geen gebruik konden maken van gegevens over 2021 is wel sprake van enige onzekerheid. Het is daarmee niet mogelijk gebleken om gebruik te maken van gegevens, waarin voor twee jaar sprake is van gewijzigde kostenpatronen.

In 2020 is sprake van licht verhoogde sterfte voor alle positieve MHK-klassen als gevolg van COVID-19. Dit kon slechts deels gecorrigeerd worden in de verzekerdenraming, omdat de exacte effecten niet op voorhand zijn vast te stellen Met name in de hogere MHK-klassen kan sterfte de ex-post aantallen beïnvloeden. Hierdoor is er extra onzekerheid bij het kenmerk MHK-C.

MHK-G

Regulier

Net als bij MHK-C stemt ZIN de raming per MHK-klasse af op geactualiseerde prevalenties van ESHPM, waarbij dit jaar een versnelling van de kostengegevens is gerealiseerd ten opzichte van eerdere jaren. Dit verkleint de onzekerheid bij MHK-GGZ.

Bij MHK-G is er wel sprake van extra onzekerheid vanwege de invoering van het Zorgprestatiemodel (ZPM). De invoering van het ZPM leidt tot een schadelastdip in 2021. Dat kan invloed hebben op het aantal verzekerden per MHK-G klasse. In de OT 2021 is de schadelastdip gesimuleerd. De kosten uit de OT 2021 vormen de basis voor de prevalenties van ESHPM. Daarmee hebben we rekening gehouden met de schadelastdip. Ook de verruiming Wlz per 1 januari geeft onzekerheid bij MHK-G. Ten tijde van de VR2022 was de verwachting dat door de verruiming van de Wlz ongeveer 300 personen in 2021 de Zvw verruilen voor de Wlz. 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.

COVID-19

Als gevolg van COVID-19 wijzigen naar verwachting de kostenpatronen in 2019, 2020 én 2021. Hierdoor is sprake van onzekerheid over de indeling in de MHK klassen in 2022 (op basis van kostenpatronen 2017 t/m 2021).[15] Omdat er geen

[15] Vanwege de lange doorlooptijden in de GGZ wordt een deel van de kosten van GGZ-behandelingen die (niet) plaatsvinden in 2020 geschreven op DBC's geopend in 2019. Daarom heeft COVID-19 ook (enige) impact op de kosten 2019.

kostengegevens GGZ over 2020 beschikbaar waren konden geen kwantitatieve analyses uitgevoerd worden. Het is daarmee niet goed te duiden in welke mate de kostenpercentielen wijzigen door COVID-19.

HKG-somatisch

Regulier

Bij HKG zijn er grotere onzekerheden dan normaal vanwege een foutieve aanlevering in 2019 bij HKG-8 (Voedingshulpmiddelen excl. zuigelingen) die niet meer hersteld kon worden.

COVID-19

Uit kwantitatieve analyses bleek dat bij drie van de tien klassen in 2020 sprake is van een daling van de trend waarbij tussen 2019 en 2020 een daling van de verzekerdenaantallen te zien is terwijl de verzekerdenaantallen in eerdere jaren stegen. De daling van de trend kan verklaard worden door zorguitval vanwege COVID-19, namelijk HKG-2 (Therapeutische elastische kousen), HKG-4 (Vernevelaar met toebehoren) en HKG-12 (Orthesen). Voor deze klassen is een COVID-19 correctie toegepast. Desondanks is er bij deze klassen meer onzekerheid dan gebruikelijk.

AvI

Regulier

Bij AvI zijn er geen grotere onzekerheden dan normaal. Net als in eerdere jaren is er voor de risicoklassen IVA/Arbeidsongeschikten rekening gehouden met de ingroei in de IVA en uitstroom uit de WAO (overige arbeidsongeschikten).

COVID-19

Als gevolg van de intelligente lockdown zijn er onzekerheden over de economische gevolgen. Uit het bronnenonderzoek blijkt dat COVID-19 een effect heeft gehad op de arbeidsmarkt. Het CPB raamt dat de werkloosheid oploopt in zowel 2021 als 2022. Een deel van deze werkloosheid zal leiden tot een toename van het aantal bijstandsuitkeringen. Zowel het aantal zelfstandigen als het aantal studenten is in 2020 gestegen, maar het is onduidelijk in hoeverre dit komt door COVID-19.

In de kwantitatieve analyses op basis van gegevens 2020 was sprake van een dataprobleem waardoor er onzekerheid is over de uitkomsten. Er moest een correctie uitgevoerd worden voor TOZO-ontvangers die onterecht werden geclassificeerd als bijstandsontvangers. Doordat de groep TOZO niet afzonderlijk zichtbaar is, is het de vraag of alleen TOZO-ontvangers zijn uitgesloten. Met de correctie waren geen opvallende mutaties te zien.
Om deze reden is besloten om voor AvI geen COVID-correctie toe te passen. Desalniettemin is er sprake van extra onzekerheden over de indeling in de AvI-klassen uitgezonderd de IVA en overige arbeidsongeschiktheid.

SES

Regulier

Vanwege de verruiming Wlz per 1 januari 2021 is er extra onzekerheid over het aantal verzekerden dat in 2021 en 2022 zal instromen in een Wlz-instelling. Hier is op basis van de huidige inzichten voor gecorrigeerd voor de klassen SES zeer laag. Het gaat hierbij om een substantiële groep verzekerden van ongeveer 20.000[16].

COVID-19

Voor de SES-klassen gebaseerd op Wlz-declaraties is er meer onzekerheid vanwege

[16] In tegenstelling tot MVV is hier geen informatie over de kosten nodig.

COVID-19. Uit het bronnenonderzoek blijkt dat de bezetting van verpleeg- en verzorginstellingen gedaald is ten opzichte van de periode voorafgaand aan COVID-19 in 2020 en 2021. Tegelijkertijd is het aantal Wlz-indicaties in 2020 en 2021 licht gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit patroon zette begin 2021 door. Het is niet duidelijk in hoeverre dit veroorzaakt wordt door COVID-19 of door systeemwijzigingen, zoals de verruiming Wlz.

Uit kwantitatieve analyses op basis van gegevens 2020 bleek dat het aantal instromende personen in een Wlz-instelling in 2020 is gedaald. Omdat niet kon worden vastgesteld dat dit door COVID-19 kwam en het onduidelijk is hoe de instroom in Wlz-instellingen zich gaat ontwikkelingen in 2021 en 2022 is hier geen correctie voor toegepast. Dit leidt tot extra onzekerheden bij het kenmerk SES.

PPA

Regulier

Evenals bij SES is er vanwege de verruiming van de Wlz per 1 januari 2021 extra onzekerheid over het aantal verzekerden dat in 2021 en 2022 zal instromen in een Wlz-instelling.

Hier is op basis van de huidige inzichten voor gecorrigeerd voor de klassen PPA instromend en blijvend in een Wlz-instelling. Naar verwachting gaat het om een groep van zo'n 20.000 verzekerden, waarvan 18.000 blijvend en 2.000 instromend.

COVID-19

De onzekerheid in de Wlz-aantallen bij PPA is gelijk aan de onzekerheden bij SES. Er is sprake van een lagere instroom van verzekerden in een Wlz-instelling in 2022, waarbij de oorzaak onduidelijk is. In hoeverre dit gaat leiden tot minder/extra instroom in de Wlz in 2021 en 2022 is niet op voorhand te duiden.

MVV-somatisch

Regulier

De indeling van verzekerden naar MVV-klassen wordt afgestemd op de geactualiseerde prevalenties van ESHPM om rekening te kunnen houden met beleidswijzigingen (zie ook MHK).

Bij het kenmerk MVV is altijd enige onzekerheid over de aantallen verzekerden in de positieve MVV-klassen vanwege sterfte. Vooral oudere verzekerden worden ingedeeld in de positieve MVV-klassen. Daarnaast leidt de verruiming van de Wlz per 1 januari 2021 tot extra onzekerheid bij dit kenmerk. Verzekerden in een Wlz-instelling worden ingedeeld in de afslagklasse van MVV. Er kon geen correctie voor de verruiming van de Wlz bij MVV worden toegepast. Er is geen informatie beschikbaar over de V&V kosten van de 20.000 verzekerden die naar verwachting extra instromen in de Wlz. Dit geeft enige onzekerheid over de ex-post verzekerdenaantallen.

COVID-19

De invloed van veranderingen in de V&V-kosten vanwege zorguitval op het aantal verzekerden in een MVV-klasse is nihil, aangezien de risicoklassen van MVV worden gebaseerd op een vast percentage verzekerden. Sterfte heeft echter wel invloed op de ex-post verzekerdenaantallen. In 2020 is er licht verhoogde sterfte in een aantal MVV-klassen te zien, die niet volledig gecorrigeerd kon worden. Dit geeft enige onzekerheid in de verzekerdenaantallen.

FDG-somatisch

Regulier

Bij FDG heeft er groot onderhoud plaatsgevonden, waarbij aandoeningen zijn toegevoegd aan de bestaande klassen in het kenmerk. Daarbij zijn ook aandoeningen met een gelimiteerde behandelduur opgenomen. Het aantal klassen is ongewijzigd. Door deze aanpassingen is er enige mate van onzekerheid over de ex post aantallen.

COVID-19
Uit het bronnenonderzoek blijkt dat de paramedische zorg in de eerste lockdown bijna volledig is stilgevallen. Eind 2020 herstelde dat weer naar het niveau voor COVID-19. Over 2021 zijn nog geen gegevens beschikbaar. In de VR2022 is een COVID-correctie uitgevoerd, maar vanwege het gebrek aan informatie over 2021 blijven de ex-post verzekerdenaantallen onzeker.

HSM-somatisch
Regulier
Het kenmerk Historische Somatische Morbiditeit (HSM) is in 2022 toegevoegd aan het model. Het kenmerk is gebaseerd op de indeling in zes afslagklassen in het vereveningsjaar 2019, namelijk FKG, DKG, FDG, HKG, MVV en MHK. Deze indeling – gebaseerd op gegevensjaren 2018 en eerder – was ten tijde van de verzekerdenraming 2022 al beschikbaar. Het enige dat ontbreekt zijn de verzekerden die tussen mei 2021 en december 2022 geboren worden/immigreren danwel overlijden/emigreren. Dit maakt dat de onzekerheid voor het kenmerk HSM ondanks dat het een nieuw kenmerk betreft relatief beperkt is.

COVID-19
Zorguitval/inhaalzorg vanwege COVID-19 heeft geen invloed op het kenmerk HSM aangezien het kenmerk is gebaseerd op gegevensjaren 2018 en eerder. Sterfte- of migratie-effecten vanwege COVID-19 kunnen wel invloed hebben op de ex-post indeling van HSM. Dit leidt tot enige onzekerheid over de ex-post aantallen.

MFK-somatisch
Regulier
Het kenmerk Meerjarige Farmacie Kosten (MFK) is in 2022 toegevoegd aan het model. Het kenmerk is gebaseerd op de farmaciekosten van t-1, t-2, t-3, oftewel 2019 t/m 2021. Bij de verzekerdenraming konden onderzoeksgegevens van Vektis gebruikt worden over 2017 t/m 2019. In de ex-post situatie worden de farmaciekosten door de verzekeraars aangeleverd. Het gebruik van een andere databron in de ex-ante situatie leidt tot enige onzekerheid in de ex-post verzekerdenaantallen.

COVID-19
Uit het bronnenonderzoek bleek dat COVID-19 weinig invloed heeft gehad op de reguliere farmacieverstrekkingen, de onzekerheid vanwege COVID-19 is beperkt.

Bijlage 1 Trendtabellen FKG-C, FKG-G, DKG-G en HKG

De volgende tabellen bevatten de oorspronkelijk berekende trendfactoren. DKG-C, FDG worden niet getoond omdat de trend voor het gehele kenmerk op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie. Bij alle risicoklassen is de uiteindelijke trend begrensd tussen 0,95 en 1,05 per jaar, tenzij er een goede reden is om hiervan af te wijken. Dan wordt dit in een voetnoot vermeld. Daarnaast is ook een aantal trendfactoren alsnog gelijkgesteld aan 1 in verband met kleine aantallen. Daar waar af is geweken van de berekende trend zijn de trendfactoren rood gekleurd.

FKG somatisch model

Mannen	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Leeftijd	**Geen FKG**	**Schildklier aandoeningen**	**Glaucoom**	**Depressie**	**Psychose en verslaving**	**Epilepsie**
0 t/m 17	1,001	0,975	0,962	0,983	1,000	1,025
18 t/m 29	0,999	1,019	0,974	1,020	1,031	1,030
30 t/m 44	1,000	1,002	0,985	1,000	0,995	0,994
45 t/m 59	0,998	0,999	0,966	0,984	1,023	1,000
60 t/m 74	0,999	1,009	0,980	1,008	1,050	1,013
75 e.o.	0,996	0,999	0,990	0,993	1,044	1,023

Vrouwen	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Leeftijd	**Geen FKG**	**Schildklier aandoeningen**	**Glaucoom**	**Depressie**	**Psychose en verslaving**	**Epilepsie**
0 t/m 17	1,001	0,976	0,989	1,006	1,050	1,014
18 t/m 29	0,998	0,988	0,984	1,031	1,030	1,039
30 t/m 44	0,998	1,004	1,012	0,999	0,985	1,004
45 t/m 59	0,998	1,006	0,961	0,991	1,017	0,989
60 t/m 74	0,999	1,006	0,966	1,008	1,033	1,007
75 e.o.	0,997	1,004	0,992	0,981	1,044	1,013

Mannen	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
Leeftijd	**Chronische antistolling**	**Transplantaties**	**Parkinson**	**Hartaandoeningen: overig**	**Chronische pijn excl. opioïden**	**Neuropatische pijn**
0 t/m 17	0,994	0,987	0,985	0,986	0,952	1,002
18 t/m 29	1,050	0,970	0,985	1,017	1,004	0,989
30 t/m 44	1,022	1,015	0,985	1,019	0,962	1,027
45 t/m 59	1,048	1,012	0,990	1,019	0,974	1,029
60 t/m 74	1,029	1,019	1,018	0,985	0,967	1,050
75 e.o.	1,050	1,050	0,994	0,975	0,973	1,040

Vrouwen	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
Leeftijd	**Chronische antistolling**	**Transplantaties**	**Parkinson**	**Hartaandoeningen: overig**	**Chronische pijn excl. opioïden**	**Neuropatische pijn**
0 t/m 17	0,952	1,050	0,983	1,050	0,954	1,050
18 t/m 29	1,024	1,045	0,983	1,050	1,001	1,019
30 t/m 44	1,044	0,966	0,983	1,001	0,973	1,029
45 t/m 59	1,050	1,005	0,974	0,993	0,972	1,045
60 t/m 74	1,034	1,030	1,004	0,973	0,962	1,044
75 e.o.	1,050	1,050	0,999	0,964	0,971	1,050

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	**Diabetes type II zonder hypertensie**	**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[1]**
0 t/m 17	1,050	1,050	1,021	0,952	1,022	1,000
18 t/m 29	1,050	1,050	1,027	0,952	0,991	1,000
30 t/m 44	1,007	0,986	1,015	0,952	1,094	1,000
45 t/m 59	1,035	1,008	1,017	0,962	1,039	1,000
60 t/m 74	1,025	0,992	1,021	0,960	1,056	1,000
75 e.o.	1,004	1,003	0,992	0,989	1,087	1,000

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	**Diabetes type II zonder hypertensie**	**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[1]**
0 t/m 17	1,050	1,050	0,992	0,978	1,000	1,000
18 t/m 29	1,050	1,050	1,044	0,978	1,015	1,000
30 t/m 44	1,032	0,987	1,013	0,963	1,018	1,000
45 t/m 59	1,045	1,003	1,005	0,952	1,091	1,000
60 t/m 74	1,027	0,989	1,009	0,952	1,060	1,000
75 e.o.	1,017	0,993	0,967	0,971	1,082	1,000

[1] Bij FKG 17 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.

Mannen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	**Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: overig**	**Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: Multiple Sclerose**	**HIV/AIDS[2]**	**Psoriasis**	**Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa**	**Reuma**
0 t/m 17	0,999	0,973	1,000	0,965	0,952	1,050
18 t/m 29	1,009	0,973	1,000	1,020	0,999	1,021
30 t/m 44	0,958	0,990	1,000	0,980	0,993	0,952
45 t/m 59	0,979	1,009	1,000	0,992	0,976	1,018
60 t/m 74	0,993	1,050	1,000	1,000	0,990	1,048
75 e.o.	1,016	1,050	1,000	1,050	0,979	1,031

Vrouwen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	**Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: overig**	**Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: Multiple sclerose**	**HIV/AIDS[2]**	**Psoriasis**	**Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa**	**Reuma**
0 t/m 17	0,974	0,976	1,000	1,050	0,966	1,050
18 t/m 29	0,978	0,976	1,000	0,970	0,979	1,040
30 t/m 44	1,025	1,008	1,000	0,952	0,976	0,999
45 t/m 59	0,986	1,033	1,000	0,984	0,988	1,031
60 t/m 74	1,025	1,050	1,000	0,983	0,998	1,005
75 e.o.	1,050	1,050	1,000	0,992	1,000	1,020

[2] Bij FKG 20 is de trend op 1 is gezet vanwege fluctuaties in de trend

Mannen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	**Auto-immuunziekten o.b.v. add-on[3]**	**Nieraandoeningen**	**Acromegalie**	**Immunoglobuline o.b.v. add-on[4]**	**Astma[5]**	**COPD/ Zware astma[6]**

0 t/m 17	1,000	1,027	1,004	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,000	1,027	1,004	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	1,000	1,027	1,004	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	1,000	1,050	1,050	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	1,000	0,974	0,998	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	1,000	0,996	1,050	1,000	1,000	1,000

Vrouwen	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**
Leeftijd	**Auto-immuun-ziekten o.b.v. add-on[3]**	**Nier-aandoeningen**	**Acromegalie**	**Immuno-globuline o.b.v. add-on[4]**	**Astma[5]**	**COPD/ Zware astma[6]**
0 t/m 17	1,000	0,952	1,010	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,000	0,952	1,010	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	1,000	0,952	1,010	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	1,000	1,006	1,021	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	1,000	0,952	1,039	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	1,000	0,952	1,050	1,000	1,000	1,000

[3] Bij FKG 24 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.
[4] Bij FKG 27 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.
[5] Bij FKG 28 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.
[6] Bij FKG 29 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.

Mannen	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**
Leeftijd	**COPD/Zware astma o.b.v. add-on[7]**	**Hormoon-gevoelige tumoren**	**Kanker**	**Kanker o.b.v. add-on[8]**	**Pulmonale arteriële hypertensie**
0 t/m 17	1,000	0,952	1,000	1,000	1,030
18 t/m 29	1,000	1,048	1,040	1,000	1,030
30 t/m 44	1,000	1,048	1,025	1,000	0,952
45 t/m 59	1,000	1,043	0,996	1,000	1,050
60 t/m 74	1,000	0,984	1,050	1,000	0,997
75 e.o.	1,000	0,957	1,037	1,000	1,038

Vrouwen	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**
Leeftijd	**COPD/Zware astma o.b.v. oadd-on[7]**	**Hormoon-gevoelige tumoren**	**Kanker**	**Kanker o.b.v. add-on[8]**	**Pulmonale arteriële hypertensie**
0 t/m 17	1,000	1,050	1,050	1,000	1,006
18 t/m 29	1,000	1,024	0,952	1,000	1,006
30 t/m 44	1,000	0,989	1,050	1,000	1,044
45 t/m 59	1,000	0,987	1,050	1,000	1,031
60 t/m 74	1,000	0,952	1,020	1,000	1,005
75 e.o.	1,000	0,987	0,992	1,000	0,996

[7] Bij FKG 30 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.
[8] Bij FKG 33 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.

Mannen	**35**	**36**	**37**	**38**
Leeftijd	**Maculadegeneratie o.b.v. add-on[9]**	**Hypercholesterolemie[10]**	**Hartaandoeningen: anti-aritmica**	**Verslaving exclusief nicotine[11]**
0 t/m 17	1,000	1,125	1,050	1,000
18 t/m 29	1,000	1,125	1,050	1,000
30 t/m 44	1,000	1,125	1,026	1,000

45 t/m 59	1,000	1,125	0,952	1,000
60 t/m 74	1,000	1,125	0,952	1,000
75 e.o.	1,000	1,125	0,980	1,000

Vrouwen	**35**	**36**	**37**	**38**
Leeftijd	**Maculadegeneratie o.b.v. add-on[9]**	**Hypercholesterolemie[10]**	**Hartaandoeningen: anti-aritmica**	**Verslaving exclusief nicotine[11]**
0 t/m 17	1,000	1,125	1,050	1,000
18 t/m 29	1,000	1,125	1,050	1,000
30 t/m 44	1,000	1,125	1,036	1,000
45 t/m 59	1,000	1,125	1,015	1,000
60 t/m 74	1,000	1,125	0,952	1,000
75 e.o.	1,000	1,125	0,991	1,000

[9] Bij FKG 35 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.
[10] Bij FKG 36 is de trend op 1,125 gezet vanwege sterke, maar afnemende groei in de afgelopen jaren.
[11] Bij FKG 38 is de trend op 1 gezet vanwege fluctuaties in de trend.

Mannen	**39**	**40**	**41**	**42**
Leeftijd	**Extreem Hoge Kosten cluster 1[12]**	**Extreem Hoge kosten cluster 2[13]**	**Extreem Hoge Kosten cluster 3[14]**	**Extreem Hoge Kosten cluster 4[15]**
0 t/m 17	1,000	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,000	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	1,000	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	1,000	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	1,000	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	1,000	1,000	1,000	1,000

Vrouwen	**39**	**40**	**41**	**42**
Leeftijd	**Extreem Hoge Kosten cluster 1[12]**	**Extreem Hoge kosten cluster 2[13]**	**Extreem Hoge Kosten cluster 3[14]**	**Extreem Hoge Kosten cluster 4[15]**
0 t/m 17	1,000	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,000	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	1,000	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	1,000	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	1,000	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	1,000	1,000	1,000	1,000

[12] Bij FKG 39 is de trend op 1 is gezet vanwege de kleine aantallen.
[13] Bij FKG 40 is de trend op 1 is gezet vanwege de kleine aantallen.
[14] Bij FKG 41 is de trend op 1 is gezet vanwege de kleine aantallen.
[15] Bij FKG 42 is de trend op 1 is gezet vanwege de kleine aantallen.

FKG GGZ-model

Mannen	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Leeftijd	**Geen FKG psychische aandoeningen**	**ADHD[1]**	**Verslaving[2]**	**Angst-stoornissen**	**Chronische stemmings-stoornissen**
0 t/m 17	1,002	0,912	1,000	1,050	1,009
18 t/m 29	0,999	1,031	1,000	1,026	1,021
30 t/m 44	1,000	1,077	1,000	0,996	0,999

45 t/m 59	1,000	1,087	1,000	1,002	0,984
60 t/m 74	0,999	1,105	1,000	0,997	1,010
75 e.o.	1,000	1,036	1,000	1,036	0,998

Vrouwen	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Leeftijd	**Geen FKG psychische aandoeningen**	**ADHD[1]**	**Verslaving[2]**	**Angst-stoornissen**	**Chronische stemmings-stoornissen**
0 t/m 17	1,001	0,927	1,000	1,050	1,013
18 t/m 29	0,999	1,090	1,000	1,050	1,031
30 t/m 44	1,000	1,106	1,000	1,021	0,998
45 t/m 59	1,000	1,083	1,000	0,991	0,993
60 t/m 74	0,999	1,090	1,000	1,013	1,010
75 e.o.	1,001	0,963	1,000	1,014	0,987

[1] Bij FKG 1 is de trend niet begrensd vanwege een autonome groei

[2] Bij FKG 2 is de trend op 1 is gezet vanwege fluctuaties in de trend.

Mannen	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Leeftijd	**Bipolaire stoornissen regulier**	**Bipolaire stoornissen complex**	**Psychose**	**Chronische stem-mingsstoornissen complex**	**Psychose depot**
0 t/m 17	1,050	1,050	0,952	0,952	1,050
18 t/m 29	1,050	1,050	1,027	0,952	1,050
30 t/m 44	0,982	0,952	0,978	0,952	1,034
45 t/m 59	0,962	0,972	1,031	0,952	1,040
60 t/m 74	0,993	1,030	1,050	0,952	0,995
75 e.o.	1,037	0,996	1,050	0,970	1,047

Vrouwen	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Leeftijd	**Bipolaire stoornissen regulier**	**Bipolaire stoornissen complex**	**Psychose**	**Chronische stem-mingsstoornissen complex**	**Psychose depot**
0 t/m 17	1,050	1,050	1,005	0,952	0,984
18 t/m 29	1,050	1,050	1,021	0,952	0,984
30 t/m 44	0,980	0,986	0,990	0,952	1,046
45 t/m 59	0,967	0,974	0,999	0,952	1,013
60 t/m 74	1,005	1,011	1,043	1,036	0,995
75 e.o.	0,991	1,050	1,027	0,953	0,968

DKG GGZ-model, gemiddelde jaartrend op basis van 2018/2019

Mannen	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Leeftijd	**Geen DKG GGZ**					
0 t/m 17	1,000	0,952	0,952	0,989	1,050	1,050
18 t/m 29	0,999	1,050	0,952	0,983	0,988	1,050
30 t/m 44	1,000	1,040	0,952	0,971	0,988	1,007
45 t/m 59	1,001	0,999	0,972	0,956	0,952	0,975
60 t/m 74	1,000	1,021	1,050	0,965	0,952	0,963
75 e.o.	1,001	1,037	1,027	0,952	0,952	0,952

Vrouwen	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Leeftijd	**Geen DKG GGZ**					
0 t/m 17	1,000	0,965	0,982	0,952	0,952	1,050

18 t/m 29	0,997	1,032	0,982	1,012	0,980	1,050
30 t/m 44	0,999	1,012	0,962	1,002	0,983	1,033
45 t/m 59	1,001	1,012	0,970	0,971	0,993	0,985
60 t/m 74	1,000	1,047	1,002	0,974	0,970	0,987
75 e.o.	1,002	0,974	0,986	0,952	0,952	0,959

Mannen	**6**	**7**	**8**	**9**	**10[1]**	**11[1]**
Leeftijd						
0 t/m 17	1,050	1,050	1,031	1,019	1,000	1,000
18 t/m 29	1,050	1,050	1,031	1,019	1,000	1,000
30 t/m 44	1,050	1,048	1,043	1,050	1,000	1,000
45 t/m 59	1,046	1,042	1,021	0,952	1,000	1,000
60 t/m 74	1,050	1,050	1,015	1,050	1,000	1,000
75 e.o.	0,957	0,952	0,952	1,050	1,000	1,000

Vrouwen	**6**	**7**	**8**	**9**	**10[1]**	**11[1]**
Leeftijd						
0 t/m 17	1,050	1,050	1,050	1,034	1,000	1,000
18 t/m 29	1,050	1,050	1,050	1,034	1,000	1,000
30 t/m 44	1,050	1,050	1,041	1,031	1,000	1,000
45 t/m 59	1,050	1,049	0,994	0,979	1,000	1,000
60 t/m 74	1,050	1,050	0,952	1,050	1,000	1,000
75 e.o.	1,050	1,015	0,952	1,050	1,000	1,000

[1] Bij DKG-G 10 tot en met 18 is de trend gelijk gesteld aan 1 vanwege fluctuaties en kleine aantallen.

Mannen	**12[1]**	**13[1]**	**14[1]**	**15[1]**	**16[1]**	**17[1]**	**18[1]**
Leeftijd							
0 t/m 17	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Vrouwen	**12[1]**	**13[1]**	**14[1]**	**15[1]**	**16[1]**	**17[1]**	**18[1]**
Leeftijd							
0 t/m 17	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
18 t/m 29	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
30 t/m 44	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
45 t/m 59	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
60 t/m 74	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
75 e.o.	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

[1] Bij DKG-G 10 tot en met 18 is de trend gelijk gesteld aan 1 vanwege fluctuaties en kleine aantallen.

HKG (hulpmiddelen kostengroepen)

Mannen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen HKG	CPAP-apparatuur[1]	Therapeutische elastische kousen[2]	Voorzieningen voor stoma-patiënten	Vernevelaar met toebehoren[3]
0 t/m 17	1,000	1,024	1,000	1,002	1,000
18 t/m 29	1,000	1,167	1,000	0,952	1,000
30 t/m 44	1,000	1,087	1,000	0,955	1,000
45 t/m 59	0,999	1,074	1,000	0,952	1,000
60 t/m 74	0,999	1,072	1,000	0,955	1,000
75 e.o.	1,000	1,108	1,000	0,982	1,000

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen HKG	CPAP-apparatuur[1]	Therapeutische elastische kousen[2]	Voorzieningen voor stoma-patiënten	Vernevelaar met toebehoren[3]
0 t/m 17	1,000	1,143	1,000	0,952	1,000
18 t/m 29	1,000	1,143	1,000	0,952	1,000
30 t/m 44	1,001	1,115	1,000	0,963	1,000
45 t/m 59	1,001	1,090	1,000	0,952	1,000
60 t/m 74	1,002	1,094	1,000	0,956	1,000
75 e.o.	1,008	1,152	1,000	0,972	1,000

[1] Bij HKG 1 is de trend niet begrensd.
[2] Bij HKG 2 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.
[3] Bij HKG 4 is de trend op 1 is gezet vanwege de COVID-correctie.

Mannen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Middelen voor urine-opvang	Injectiespuiten en toebehoren (excl. diabetes)	Zuurstof-apparaten met toebehoren	Voedingshulp-middelen (excl. zuigelingen)[4]	Slijmuitzuig-apparatuur[5]
0 t/m 17	0,978	0,957	1,033	0,952	1,000
18 t/m 29	0,977	1,050	0,989	1,036	1,000
30 t/m 44	0,979	1,019	0,952	0,957	1,000
45 t/m 59	1,000	1,050	1,050	0,962	1,000
60 t/m 74	0,997	1,031	1,019	0,952	1,000
75 e.o.	1,015	1,050	1,050	0,997	1,000

Vrouwen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Middelen voor urine-opvang	Injectiespuiten en toebehoren (excl. diabetes)	Zuurstof-apparaten met toebehoren	Voedingshulp-middelen (excl. zuigelingen)[4]	Slijmuitzuig-apparatuur[5]
0 t/m 17	0,998	1,017	0,961	0,952	1,000
18 t/m 29	0,978	1,050	1,006	1,050	1,000
30 t/m 44	0,961	1,050	1,027	1,036	1,000
45 t/m 59	0,989	1,050	0,955	1,003	1,000
60 t/m 74	0,997	1,050	1,032	0,958	1,000
75 e.o.	1,021	1,032	1,050	0,952	1,000

[4] Bij HKG 8 is de trend uitgerekend zonder een concern i.v.m. eerdere foute aanlevering 2019.
[5] Bij HKG 9 is de trend gelijk gesteld aan 1 vanwege kleine aantallen.

Mannen	10	11	12	13	14
Leeftijd	**Draagbare infuuspompen**[6]	**Compressie-hulpmiddelen**	**Orthesen**[7]	**Been-prothesen**	**Insuline-pompen**
0 t/m 17	1,000	0,952	1,000	1,024	1,007
18 t/m 29	1,000	0,952	1,000	1,034	1,024
30 t/m 44	1,000	0,952	1,000	0,969	0,990
45 t/m 59	1,000	0,952	1,000	0,967	0,985
60 t/m 74	1,000	0,983	1,000	0,957	0,975
75 e.o.	1,000	0,993	1,000	0,973	0,961

Vrouwen	10	11	12	13	14
Leeftijd	**Draagbare infuuspompen**[6]	**Compressie-hulpmiddelen**	**Orthesen**[7]	**Been-prothesen**	**Insuline-pompen**
0 t/m 17	1,000	0,952	1,000	0,970	0,973
18 t/m 29	1,000	0,952	1,000	1,050	1,020
30 t/m 44	1,000	0,952	1,000	1,035	0,996
45 t/m 59	1,000	1,006	1,000	0,982	1,008
60 t/m 74	1,000	0,963	1,000	0,956	1,022
75 e.o.	1,000	0,968	1,000	0,959	0,956

[6] Bij HKG 10 is de trend op 1 gezet vanwege fluctuaties

[7] Bij HKG 12 is de trend op 1 gezet vanwege de COVID-correctie.