



Zorginstituut Nederland

Verantwoording verzekerdenraming 2027

Datum	3 september 2026
Status	Definitief

Colofon

Volgnummer 2026017910

Contact risicoverevening@zinl.nl

Afdeling Team Fondsen en Informatiemanagement
Data & Zorgfinanciering, cluster Risicoverevening

Inhoud

Definities	4
Samenvatting	6
1 Inleiding.....	7
1.1 Doel en opzet van de verzekerdraming	7
1.2 Leeswijzer.....	7
2 Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en overige bijzonderheden in de verzekerdraming	9
2.1 Beleidswijzigingen	9
2.2 Modelwijzigingen	9
3 Macroverzekerdraming 2027	12
4 Plausibiliteit uitkomsten verzekerdraming 2027	13
4.1 Persoonskenmerken.....	13
4.2 Morbiditeitskenmerken	19
4.3 Kostenkenmerken	34
4.4 Kenmerken met een alternatieve bijraming	44
5 Onzekerheden en criteriumneutraliteit.....	53
Bijlage 1 Methodiek macroverzekerdraming.....	58
Bijlage 2 Ramingsmethodiek per type kenmerk	59
Bijlage 3 Correctiefactoren en trendfactoren.....	70

Definities

AVI: aard van het inkomen in het somatische model, GGZ-model en eigenrisicomodel

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

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

DKG_C: diagnosekostengroepen in het somatisch model

DKG_G: diagnosekostengroepen in het GGZ-model

DV: definitieve vaststelling

Gupta: het onderzoeksbureau dat de uitvoerder is van de onderzoeken naar de pre-OT, gegevensfase, Overall Toets en schatting van de normbedragen voor het vereveningsjaar T

EHK: extreem hoge kostencluster

FDG_C: fysiotherapiediagnosegroepen in het somatisch model

FKG_C: farmaceutische kostengroepen in het somatisch model

FKG_G: farmaceutische kostengroepen in het GGZ-model

HHK_C: historische hulpmiddelenkosten in het somatisch model

HSM_C: historische somatische morbiditeit in het somatisch model

IBZ_C: indicatie voor bevallingen en zwangerschappen in het somatisch model

L1G: leeftijd en geslacht (1-jaarsklassen)

L5G: leeftijd en geslacht (5-jaarsklassen)

MFK_C: meerjarige farmaciekosten in het somatisch model

MHK_C: meerjarig hoge kosten in het somatisch model

MHK_G: meerjarig hoge kosten in het GGZ-model

MVR: macroverzekerdenraming

MVV_C: meerjarig hoge kosten van verpleging en verzorging in het somatisch model

OKH_C: ontbrekende kostenhistorie in het somatisch model

OT: Overall Toets, het onderzoek waarbij modellen voor het vereveningsjaar T-1 en T worden geschat op nieuwe gegevensjaren (ten opzichte van de pre-OT), de regiocriteria eventueel worden geactualiseerd en het uitgangsmodel voor het jaar T wordt beoordeeld

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

PKB: een door het Zorginstituut gekoppeld bestand, aangepast voor de verzekerdenraming. Het

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

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

pre-OT: pre Overall Toets, het onderzoek waarin de gezamenlijke invloed van de modelwijzigingen voor het vereveningsjaar T wordt getoetst op basis van het OT-bestand van het voorgaande jaar en de gewijzigde kenmerkindex

REG_C: regio in het somatisch model

REG_G: regio in het GGZ-model

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

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

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

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

VR: verzekerdenraming

VR_HER: verzekerdenaantallen ten behoeve van de lenterberekening

VB1: eerste voorlopige verzekerdenbepaling

VB2: tweede voorlopige verzekerdenbepaling

VV1: eerste voorlopige vaststelling

VV2: tweede voorlopige vaststelling

XA: toekenning van de vereveningsbijdrage (ex ante)

Samenvatting

Het Zorginstituut heeft de verzekerdenraming 2027 gemaakt. Het totaal aantal verzekerden in 2027 is geraamd op 17.949.000. In 2026 was dat 17.903.000.

Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en een aantal overige bijzonderheden maken dat in de VR2027 op een aantal punten is afgeweken van de reguliere methodiek, deels waren deze aanpassingen ook in de VR2026 al nodig. Door de invoering van het Zorgprestatiemodel is de raming van DKG_G en MHK_G aangepast. Voor DKG_G zijn geen trends toegepaste vanwege onbedoelde conversie-effecten in oudere jaren. Voor MHK_G is afgestemd op de OT-prevalenties waarbij conversies zijn toegepast. Net als in de VR2026 wordt voor IBZ_C en OKH_C een aangepaste ramingsmethodiek gebruikt.

Voor model 2027 zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd t.o.v. model 2026:

- Allereerst is er groot onderhoud geweest voor het kenmerk DKG_C. Per model 2027 zijn specialisme-diagnosecodes toegevoegd en verwijderd, is de uitsluitlijst voor consult-DBC's geactualiseerd en zijn Dx-groepen voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) verwijderd. De nieuwe clustering van Dx-groepen heeft geleid tot 32 positieve DKG_C-classes.
- Ten tweede is er ook groot onderhoud geweest aan de kenmerken FKG_C en FKG_G. Per model 2027 is voor FKG_C de indeling van add-on klassen uitgebreid met indicaties en is een extramurale FKG_C-klasse toegevoegd. De FKG_C-klasse voor Kanker o.b.v. add-on is opgesplitst naar 4 klassen voor een subgroep voor kanker. Daarnaast zijn drempelwaarden aangepast en zijn klysmatikelnummers met onjuiste DDD-waarden verwijderd. Bij het kenmerk FKG_G is één drempelwaarde aangepast.
- Ten derde heeft het vereenvoudigingsonderzoek geleid tot aanpassingen bij de kenmerken AVI en SES. Bij AVI wordt per model 2027 voor de indeling van 65-69-jarigen gekeken naar de indeling in model T-1 (i.p.v. de indeling op 64-jarige leeftijd) en wordt de indeling van zelfstandigen op het meest recente gegevensjaar gebaseerd (i.p.v. twee gegevensjaren). Daarnaast zijn de klassen voor studenten en hoogopgeleiden samengevoegd. Tot slot zijn voor de 0-17-jarigen twee rekenregels aangepast: 1) voor de AVI-indeling is de eis komen te vervallen dat volwassenen ten minste 15 jaar ouder moeten zijn dan de oudste minderjarige op hetzelfde adres; 2) het adres wordt bepaald op het persoonskenmerkenbestand (i.p.v. het inkomstenbestand van de Belastingdienst). Bij SES is per model 2027 de samenhang met DKG_G en Wlz-declaraties losgelaten.
- Ten vierde is per model 2027 de indeling in de forfaitaire groep uitgebreid met de kenmerken DKG_G, FKG_G en MHK_G (>1). Hierdoor worden minder verzekerden ingedeeld in de niet-forfaitaire groep ten opzichte van model 2026.
- Als laatste is door het Zorginstituut regulier onderhoud aan de EHK-classes binnen het kenmerk FKG_C uitgevoerd. Dit leidt tot een andere clustering van middelen en tot een wijziging van de middelen die leiden tot een EHK.

De ramingsuitkomsten voor de VR2027 zijn getoetst en plausibel bevonden. De plausibiliteitstoets per vereveningskenmerk bestaat uit twee delen. Als eerste zijn de uitkomsten van de kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens plausibel bevonden. Voor kenmerkklassen met een afwijkende ontwikkeling t.o.v. voorgaande jaren (>absoluut 5%-punt) of een aanhoudend grote ontwikkeling (>absoluut 10%-punt) is op basis van externe bronnen, zoals o.a. het CBS en Zorgcijfersdatabank, geverifieerd dat de ontwikkelingen in de kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens plausibel zijn. Daarnaast is voor kenmerk(klassen) met groot onderhoud de stabiliteit over oudere jaren getoetst. Hierbij zijn alleen bijzonderheden geconstateerd in de trends bij de FKG_C-add-on klassen vanwege vervallen indicaties. In het tweede deel van de plausibiliteitstoets is beoordeeld dat de ontwikkelingen van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten voor de VR2027 verklaarbaar zijn met de toegepaste ramingsmethodiek per vereveningskenmerk.

1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, ZIN) gevraagd om de verzekerdendaming 2027 voor de risicoverevening uit te voeren.¹ Dit rapport beschrijft de wijze waarop ZIN de verzekerdendaming heeft uitgevoerd en de uitkomsten van de raming.

1.1 Doel en opzet van de verzekerdendaming

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

De vereveningsbijdrage bestaat uit zes onderdelen:

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

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

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

De uitkomsten van de verzekerdendaming 2027 worden gebruikt voor:

- 1 de vaststelling van de normbedragen 2027; voor deze vaststelling gebruiken de onderzoekers de geraamde (landelijke) aantallen verzekerden op L5G-niveau.
- 2 de bijdragebepaling van de toekenning van de vereveningsbijdrage 2027; voor de bepaling van deze bijdrage 2027 gebruikt ZIN de geraamde aantallen per verzekeraar.

1.2 Leeswijzer

De opbouw van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 beschrijft de beleids- en modelwijzigingen en overige bijzonderheden die van invloed zijn op de verzekerdenaantallen en risicoprofielen in 2027. De implicaties daarvan voor de verzekerdendaming 2027 worden beschreven en in een overzichtstabel samengevat. In Hoofdstuk 3 beschrijven we de uitkomsten van de

¹ Zie opdrachtbrief VWS, 23 juni 2026 met kenmerk 4418667-1100137-Z.

macroverzekerdenraming 2027. Hoofdstuk 4 laat de belangrijkste ontwikkelingen in de kenmerkindelingen door gebruik van de meest recente brongegevens zien. Ook beschrijft het Hoofdstuk welke trendfactoren in de verzekerdenraming worden toegepast en licht het Hoofdstuk de resultaten van de verzekerdenraming toe. Tot slot beschrijft Hoofdstuk 5 bij welke kenmerken er sprake is van een hogere mate van onzekerheid in de raming en het advies voor de toepassing van criteriumneutraliteit.

2 Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en overige bijzonderheden in de verzekerdenraming

Beleidswijzigingen, modelwijzigingen en overige bijzonderheden hebben implicaties voor de verzekerdenraming 2027 én leiden tot onzekerheden in die verzekerdenraming 2027.² Dit Hoofdstuk beschrijft de verschillende wijzigingen en bijzonderheden met gevolgen voor de verzekerdenraming en de manier waarop daar mee omgegaan wordt. Een totaaloverzicht van de uitvoeringsaspecten van de verzekerdenraming 2027 per kenmerk is aan het einde van dit Hoofdstuk te vinden in Tabel 22. De onzekerheden worden in Hoofdstuk 5 besproken.

2.1 Beleidswijzigingen

2.1.1 *Invoering van het Zorgprestatiemodel*

Per 1 januari 2022 is het Zorgprestatiemodel (ZPM) de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ. Het ZPM kwam in de plaats van bekostiging via een combinatie van basis-GGZ gekoppeld aan patiëntprofielen, gespecialiseerde GGZ gekoppeld aan diagnose-behandelcombinaties (DBC's) en langdurige zorg gekoppeld aan zorgzwaartepakketten (zzp's). De invoering van het ZPM betekent dat er nieuwe prestaties met elk een eigen tarief zijn gekomen. Dit had tot gevolg dat alle lopende GGZ DBC's op 31 december 2021 zijn afgesloten. Dit zorgde voor een schadelastdip in 2021. Het ZPM betekende daarnaast een overstap van een systematiek met schadelastjaren naar een systematiek met boekjaren.

De kenmerken DKG_G en MHK_G maken gebruik van GGZ-gegevens en kosten. Ten tijde van de VR2027 zijn GGZ-kosten en gegevens beschikbaar van 2024 en eerder. Dit betekent dat er drie ZPM-jaren (2022, 2023 en 2024) en de schadelastdip in 2021 in de brongegevens zit. Voor DKG_G geldt dat zowel de ex ante raming als de ex post vaststelling volledig op ZPM-gegevens gebaseerd zijn. Voor MHK_G is de ex post vaststelling volledig gebaseerd op ZPM-gegevens, maar wordt in de ex ante raming nog gebruik gemaakt van twee jaar DBC-systematiek (waarvan 1 jaar inclusief schadelastdip). Er is daarom een conversie nodig voor de afleiding van MHK_G.

De kenmerkindeling voor MHK_G wordt eerst afgeleid op basis van gegevens over 2020 tot en met 2024 en daarna afgestemd op de prevalenties van Gupta. Gupta berekent de prevalenties MHK_G op kostengegevens 2020 tot en met 2024 uit de OT, waarbij twee kostengegevens zijn geconverteerd voor het ZPM. Deze prevalenties houden echter geen rekening met sterfte en daarom corrigeert ZIN voor de sterfte in 2024/2025. Een vergelijkbare methode is ook voor de VR2026 toegepast.

2.1.2 *Instroom Oekraïners in Zvw*

Op dit moment is er een aparte regeling voor de medische zorg van Oekraïners (RMO). De basis voor deze regeling vormt de Richtlijn Tijdelijke Bescherming die door de Europese Unie is opgezet. Hiermee is recht op opvang en medische zorg voor de Oekraïense vluchteling geregeld. Deze regeling loopt af in maart 2027. Dit betekent dat Oekraïners vanaf dat moment kunnen instromen in de Zvw. Er moet op Europees niveau nog worden besloten of deze regeling wordt verlengd. Daarom is besloten in de WBR van 2 juli om geen rekening te houden met de instroom van Oekraïners in de verzekerdenraming 2027 via de MVR.

2.2 Modelwijzigingen

2.2.1 *Wijzigingen bij DKG_C n.a.v. groot onderhoud*

Voor modeljaar 2027 is groot onderhoud aan het kenmerk DKG somatisch uitgevoerd (WOR 1298). Als gevolg van het groot onderhoud is het kenmerk vanaf modeljaar 2027 gewijzigd. De diagnose- en specialismecodes, en zorgproducten die tot indeling in een DKG leiden zijn geactualiseerd. Als gevolg hiervan zijn 7 diagnosecodes komen te vervallen en 21 diagnosecodes toegevoegd aan de

² Als er geen bijzonderheden zijn, wordt de reguliere ramingsmethodiek gebruikt. Deze staat beschreven in Bijlage 2. Bijzonderheden die ook al in de VR2026 aan de orde waren (IVA-correctie bij AVI, aparte ramingsmethodiek voor SEI en IBZ, PKB/PER-correctie bij OKH_C en afstemming op OT-prevalenties voor MHK_C en MHK_G) worden in dit Hoofdstuk niet uitgebreid toegelicht.

lijst met specialisme- en diagnosecodes. Daarnaast zijn er 2 consult-DBC's toegevoegd aan de lijst met uit te sluiten consult-DBC's. Ook zijn de GRZ-Dx-groepen komen te vervallen. Vervolgens is de DXG-indeling opnieuw geclusterd naar DKG_C-klassen. Dit heeft geleid tot 32 DKG_C-klassen (exclusief de afslagklasse).

2.2.2 Wijzigingen bij FKG_C en FKG_G n.a.v. groot onderhoud

Voor modeljaar 2027 is groot onderhoud aan het kenmerk FKG uitgevoerd (WOR 1284). Als gevolg van het groot onderhoud is het FKG-kenmerk voor zowel het somatisch als het GGZ-model vanaf modeljaar 2027 gewijzigd. Voor het somatisch model is de FKG-indeling voor add-on klassen uitgebreid op basis van indicaties. Daarnaast is de FKG-klasse 'Kanker o.b.v. add-on' (CAN) opgesplitst naar 'Longkanker o.b.v. add-on' (LON), 'Hematologische maligniteit o.b.v. add-on' (HEM), 'Carcinoom o.b.v. add-on' (CAR) en 'Overige kanker o.b.v. add-on' (CAN). Daarnaast is er een extramurale FKG-klasse toegevoegd voor 'Immunoglobuline' (IME) en worden ZI-artikelfnummers van Klysmas verwijderd vanwege onjuiste DDD-waarden. Tot slot zijn enkele drempelwaarden aangepast³. Bij FKG_G is voor één klasse de drempelwaarde verlaagd naar 90 DDD.

2.2.3 Vereenvoudiging AVI en SES n.a.v. vereenvoudigingsonderzoek

In het vereenvoudigingsonderzoek (WOR 1285 en WOR 1287) is onderzoek gedaan naar mogelijke vereenvoudigingen binnen het model. Als gevolg hiervan zijn de kenmerken AVI en SES per modeljaar 2027 aangepast. De volgende vereenvoudigingen zijn doorgevoerd:

Voor AVI:

Voor de AVI-indeling van 65-69-jarigen wordt uitgegaan van de situatie in het voorgaande modeljaar en niet meer de AVI-indeling op 64-jarige leeftijd. Daarnaast worden zelfstandigen o.b.v. één gegevensjaar (meest recent beschikbaar, maximaal t+1) afgeleid en de klassen voor studenten en hoogopgeleiden zijn samengevoegd tot één klasse. Tot slot vervallen twee uitzonderingen voor 0-17-jarigen. Hierdoor wordt voor 0-17-jarigen het adres alleen bepaald o.b.v. het PKB i.p.v. het PKB en Belastingdienstbestand. Ook komt voor de 0-17-jarigen de restrictie te vervallen dat er 15 jaar leeftijdsverschil moet zijn tussen de oudste minderjarige en volwassenen op hetzelfde adres voor de AVI-indeling van de 0-17-jarigen.

Voor SES:

Bij SES is per model 2027 de samenhang met DKG_G en Wlz-declaraties losgelaten. De klasse 'SES 1 (Wlz zorg of DKG_G 14, 15 of 16)' is daarmee voor alle leeftijdsgroepen komen te vervallen.

2.2.4 Aanpassing eigenrisicomodel (niet-forfaitaire groep)

Naar aanleiding van het onderzoek Nieuwe vormgeving verplicht eigen risico (WOR 1295) worden verzekerden met ggz-morbiditeit (verzekerden met FKG_G>0, DKG_G>0 en MHK_G>1) per model 2027 ingedeeld in de forfaitaire groep.

2.2.5 Wijzigingen bij EHK's n.a.v. regulier onderhoud

In modeljaar 2027 worden er 27 geneesmiddelen meegenomen in vier verschillende EHK-clusters. Grotendeels zijn dit middelen die ook in modeljaar 2026 al tot indeling in een EHK-klasse leidden. Er zijn drie geneesmiddelen toegevoegd aan de EHK's, waarvan twee geneesmiddelen zijn overgeheveld van de reguliere FKG-klassen naar een EHK. Daarnaast zijn er twee geneesmiddelen overgeheveld van een EHK naar de reguliere FKG-klassen, omdat ze niet meer aan de criteria voor een EHK voldoen.

2.2.6 Aanpassing drempel kostenkenmerken

Op basis van onderzoek door het Zorginstituut wordt per modeljaar 2027 de indeling van verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag bij HHK_C, MVV_C en MHK_G aangepast. Deze verzekerden worden niet langer naar rato verdeeld over de twee aangrenzende klassen, maar

³ Bij twee FKG's wordt de drempel verlaagd naar 120 DDD (sCL en DEP), bij drie FKG's wordt de drempel verlaagd naar 90 DDD (sCZ, HAA, en HAR), bij de FKG THY wordt de drempel verlaagd naar 60 DDD, bij de FKG AUT wordt de drempel verlaagd naar 30 DDD en bij de FKG COP wordt de drempel verhoogd naar 150 DDD.

ingedeeld in de hoogste aangrenzende klasse. Bij het kenmerk MHK_C⁴ werd deze methodiek al toegepast.

⁴ Deze methodiek werd ook al toegepast bij MFK_C.

3 Macroverzekerdenraming 2027

Het totaal aantal verzekerden in 2027 is geraamd op 17.949.000 (zie Tabel 1). De methodiek is gelijk aan de MVR 2026.

Tabel 1: Macroverzekerdenaantallen 2027

Jaar	Aantal verzekerden	
	2026	2027
Aantal unieke verzekerden in PER T-1 [1]	17.801.958	17.858.851
Correcties voor vertraagde registratie		
<i>0-jarigen-correctie</i>	10.004	9.392
<i>Sterftecorrectie</i>	-9.570	-8.796
Correctie voor verwachte bevolkingsgroei [2]	100.608	89.000
Definitief geraamde aantal Zvw-verzekerden op peilmoment van 1 juli [3]	17.903.000	17.949.000
Waarvan:		
18-minners		
<i>0-jarigen</i>	164.000	167.000
<i>1-17 jaar</i>	3.056.000	3.036.000
18-plussers		
<i>18-64 jaar</i>	10.833.000	10.811.000
<i>65+ jaar</i>	3.850.000	3.935.000
Gedetineerden (18+)	10.000	10.200

[1] Dubbele verzekerden krijgen naar rato een gewicht toegekend

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

[3] Afgerond op duizendtallen. In de MVR wordt het aantal Zvw-verzekerden geraamd, waarbij we aannemen dat het aantal geraamde verzekerden op 1 juli representatief is voor het aantal Zvw-verzekerdenjaren voor het hele jaar.

4 Plausibiliteit uitkomsten verzekerdenraming 2027

In dit Hoofdstuk wordt de plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming 2027 beschreven. Per kenmerk beschrijven we het volgende:

- *Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens:* Hier bespreken we opvallende ontwikkelingen die volgen uit de kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens die in de VR2027 worden gebruikt. Opvallende ontwikkelingen die worden besproken zijn ontwikkelingen die absoluut meer dan 5%-punt afwijken t.o.v. voorgaande jaren en aanhoudend grote ontwikkelingen van absoluut meer dan 10%-punt.
- *Bijzonderheden in verzekerdenraming:* Hierin wordt o.a. de keuze toegelicht voor een alternatieve raming, of een aanpassing in de toegepaste trendfactoren.
- *Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming:* Hier bespreken we de plausibiliteit van de ramingsuitkomsten. De plausibiliteitstoets voor de ramingsuitkomsten verschilt per type kenmerk, afhankelijk van de raming per type kenmerk.
 - Op elk kenmerk wordt de bevolkingsontwikkeling naar de MVR 2027 toegepast. Verschillen tussen de kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens en ramingsuitkomsten kunnen daarom (deels) worden verklaard door bevolkingsgroei. Voor alle somatische kenmerken is het aantal verzekerdenjaren per kenmerk gelijk aan het bevolkingsaantal (MVR 2027: 17.949.000 verzekerdenjaren), behalve voor FKG_C en DKG_C vanwege meervoudigheid. Voor alle kenmerken in het GGZ-model is het aantal verzekerdenjaren per kenmerk gelijk aan het bevolkingsaantal 18+ (MVR 2027: 14.746.000), behalve voor FKG_G vanwege meervoudigheid.
 - Daarnaast hebben verschillende typen kenmerk een kenmerkspecifieke bijraming, zie Tabel 2. De ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten wordt (deels) verklaard door kenmerkspecifieke bijraming. De plausibiliteitstoets verschilt dan ook per type kenmerk.

Tabel 2: De bijraming verschilt per type kenmerk.

Type kenmerk	Bijraming	Kenmerken
Persoonskenmerken	-	L5G, AVI ⁵ , SES, PPA en regio
Morbiditeitskenmerken	Zorginhoudelijke trend en populatieverloop	DKG_C, DKG_G, FKG_C, FKG_G, FDG_C
Kostenkenmerken (percentiel)	Modeldefinitie gecorrigeerd voor sterfte	MVV_C en HHK_C
Kostenkenmerken (OT-prevalenties)	Afstemming op OT-prevalenties, met sterftecorrectie	MHK_C en MHK_G
Kenmerken met alternatieve bijraming	Specifiek per kenmerk	IBZ_C, OKH_C, SEI, MFK_C, HSM_C en eigenrisicomodel

4.1 Persoonskenmerken

Persoonskenmerken zijn vereveningskenmerken waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van persoonsgegevens, zoals inkomen en adres. In de raming maken we gebruik van de meest recente persoonsgegevens (2025) en populatiegegevens (PER 2026). In de raming van persoonskenmerken wordt rekening gehouden met de bevolkingsontwikkeling naar het geraamde bevolkingsaantal (MVR 2027), per leeftijdsgroep. Bij AVI wordt aanvullend rekening gehouden met een trend in IVA-klassen door middel van een IVA-correctiefactor.

Plausibiliteitstoets persoonskenmerken

In de verzekerdenraming proberen we de ex post situatie zo goed mogelijk te ramen op basis van de meest recente beschikbare brongegevens. De basis van de raming is de **kenmerkindeling**. Hiermee bedoelen we de kenmerkindeling op basis van de meest recente brongegevens, voor

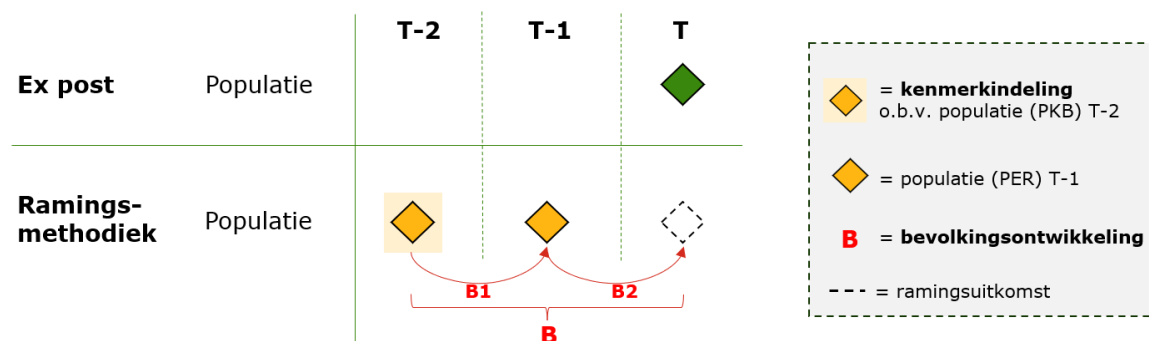
⁵ Bij AVI wordt regulier een IVA-correctiefactor toegepast op de IVA-klassen. Hierdoor zijn de uitkomsten van de VR2027 voor AVI te verklaren door bevolkingsgroei en de IVA-correctiefactor.

persoonskenmerken betreft dit het PKB T-2 bestand en de persoonsgegevens (zoals inkomensgegevens vanuit de Belastingdienst) van T-2. Bij persoonskenmerken wordt in de raming rekening gehouden met bevolkingsontwikkeling.

Zoals in Figuur 1 is gevisualiseerd, bestaat deze bevolkingsontwikkeling uit twee elementen:

- **B1:** PKB T-2 naar PER T-1, door de populatie T-2 (PKB T-2) te koppelen aan de populatie T-1 (PER T-1). PKB weerspiegelt de populatie van een geheel jaar, PER is een snapshot op peildatum 1 mei. Deze stap is van toepassing op AVI, SES en PPA, aangezien deze kenmerken naast PER T-1 aanvullende brongegevens nodig hebben die alleen voor T-2 beschikbaar zijn.
- **B2:** PER T-1 naar T met behulp van wegingsfactoren vanuit de macroverzekerdenraming (MVR) met behulp van ophogingsfactoren op basis van CBS-prognoses.

Voor L5G⁶, AVI, SES en PPA is de ontwikkeling tussen de kenmerkinding en de VR de som van B1 en B2. Voor Regio is de bevolkingsontwikkeling beperkt tot B2.



Figuur 1: Plausibiliteitstoets voor persoonskenmerken.

In de plausibiliteitstoets voor persoonskenmerken voeren we concreet de volgende toets uit: De ontwikkeling van verzekerdenaantallen van kenmerkinding naar VR2027 is verklaarbaar door de bevolkingsontwikkeling (per leeftijdsgroep).

4.1.1 L5G

4.1.1.1 Ontwikkelingen in kenmerkinding op basis van nieuwe brongegevens

De totale bevolkingsgroei is in 2025 iets afgenomen (+0,37%) ten opzichte van de totale bevolkingsgroei in 2024 (+0,49%). De stijging in het aantal 0-jarigen geboren in het vereveningsjaar is ook iets afgenomen in 2025 (+0,04%) t.o.v. 2024 (+0,39%). Deze ontwikkeling zien we ook terug in de CBS-cijfers over geboorte⁷.

Net als in de voorgaande jaren zien we in 2025 een effect van vergrijzing. In de klassen met personen van 75 jaar en ouder neemt het aantal verzekerdenjaren toe. Deze stijging is, voor zowel mannen als vrouwen, wel minder t.o.v. de vorige jaren. De grootste daling vindt plaats bij de klassen van 50-54-jarigen, zowel bij mannen als bij vrouwen (ongeveer -4%). Deze daling is vergelijkbaar met de vorige jaren en is te verklaren doordat mensen geboren in 1969 doorstromen naar de volgende leeftijdsklasse. Vanaf 1969 keerden de geboortecijfers terug naar grofweg het vooroorlogse niveau. Deze ontwikkelingen zijn in overeenstemming met de cijfers van het CBS⁸.

4.1.1.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Geen bijzonderheden. De uitkomsten van de VR2027 voor L5G volgen uit de MVR 2027.

4.1.1.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

Ten opzichte van de kenmerkinding op basis van gegevensjaar 2025 neemt het totale aantal

⁶ De ramingsuitkomsten voor L5G volgen uit de MVR 2027. In de plausibiliteitstoets voor de ramingsuitkomsten kijken we naar de ontwikkeling van kenmerkinding o.b.v. PKB 2025 naar VR2027.

⁷ Zie: [CBS-cijfers over geboorte](#)

⁸ Zie: [Bevolkingspiramide CBS](#)

geraamde verzekerdenjaren in de VR2027 toe met 0,69% tot een totaal van 17.949.000. De grootste stijging ten opzichte van de kenmerkindeling is zichtbaar in de leeftijdsgroep 80-84, bij zowel de mannen (+17%) als bij de vrouwen (+15%). Dit komt doordat een deel van de babyboomgeneratie (met geboortjaar 1946) doorstroomt vanuit de leeftijdsgroep 75- tot en met 79-jarigen. In de laatstgenoemde leeftijdsklasse is hierdoor juist een daling te zien ten opzichte van de kenmerkindeling. Over het algemeen is het effect van vergrijzing zichtbaar, met name bij mannen: het aantal verzekerdenjaren in de groepen 85- tot en met 90-jarigen (+8%) en 90+ (+11%) stijgt relatief veel bij mannen.

De daling bij de leeftijdsgroep 50- tot en met 54-jarigen die zichtbaar was in 2025 zet verder door in de VR2027. Ten opzichte van de kenmerkindeling daalt het aantal verzekerdenjaren in deze klasse met ongeveer 8%, zowel voor mannen als voor vrouwen. Dit kent een soortgelijke verklaring: mensen geboren in 1970 en 1971 stromen door naar de volgende leeftijdsklasse. Daarnaast stijgt, in overeenstemming met de MVR, het aantal 0-jarigen met ongeveer 1% tot een totaal van ongeveer 167.000.

4.1.2 AVI

4.1.2.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

De ontwikkelingen in de kenmerkindeling op basis van persoonsgegevens 2025 zijn voor de meeste klassen klein (<5%) en vergelijkbaar met de ontwikkelingen van voorgaande jaren. Hieronder noemen we de opvallende ontwikkelingen in de kenmerkindeling op basis van persoonsgegevens 2025:

- De verzekerdenaantallen in de IVA-klassen nemen toe van 2024 naar 2025. Dit is een trend die al jaren zichtbaar is en onder meer samenhangt met de ingroei in de IVA-regeling die sinds 2006 is gestart.
- Het aantal bijstandsgerechtigden neemt toe, voornamelijk in de leeftijd van 18 tot en met 34 jaar (+7%). Dit sluit aan bij CBS-cijfers waarin ook met name bij jongeren een groei van de bijstandspopulatie te zien is.
- Het aantal zelfstandigen neemt af, vooral in de leeftijd van 18 tot en met 34 jaar. Waar er in 2023 nog sprake was van een groei en in 2024 een lichte daling, is er nu een relatief grote daling ingezet (-10%). Dit komt overeen met CBS-cijfers waar te zien is dat het aantal ZZP'ers onder jongeren een hoogtepunt bereikt in 2023, licht afneemt in 2024 en nog meer afneemt in 2025.⁹
- Bij AVI-klassen voor 65+ jaar zien we een stijging vanwege vergrijzing.

4.1.2.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

In overeenstemming met de VR2026 passen we IVA-correctiefactoren toe. De IVA-correctiefactoren worden toegepast in de VR2027 om rekening te houden met ingroei in de IVA-regeling die sinds 2006 is gestart. Deze correctie is nodig, omdat het structurele niveau voor IVA-uitkeringen nog niet is bereikt. Op basis van UWV-gegevens komen we op de correctiefactoren in onderstaande tabel.

Tabel 3: Toegepaste IVA-correctiefactoren voor AVI.

Leeftijdsklasse	0-17	18-34	35-44	45-54	55-64	65-69 ¹⁰
IVA-correctiefactor	1,047	1,078	1,032	1,011	1,068	1,068

4.1.2.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten voor de IVA-klassen wordt verklaard door bevolkingsontwikkeling en de toegepaste IVA-correctiefactor. Bij de IVA-klassen vallen de volgende leeftijdsgroepen op in de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten:

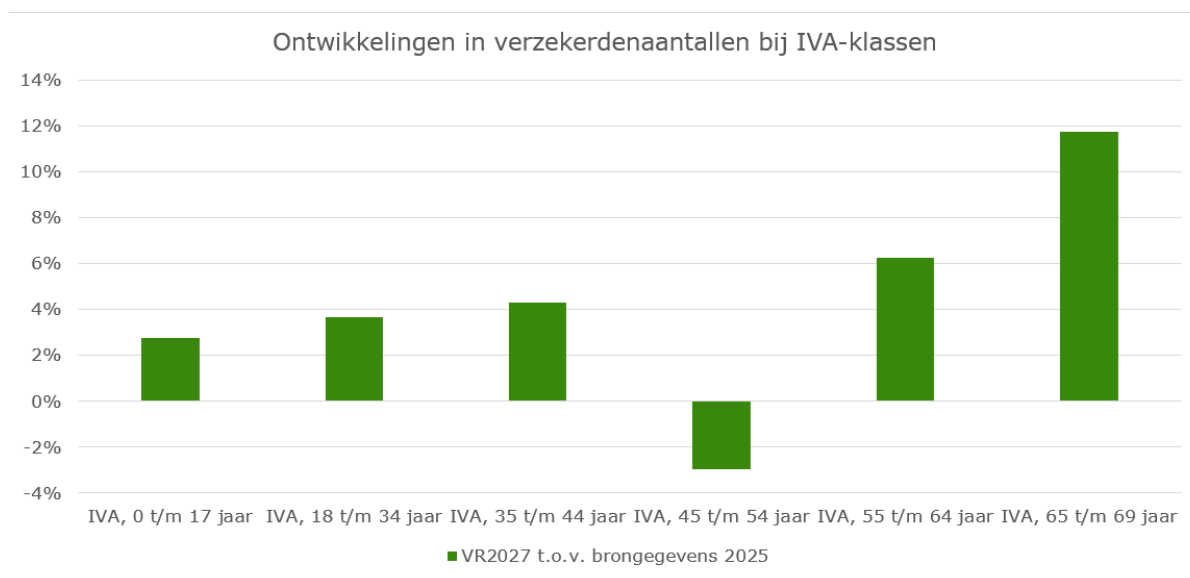
- 18 t/m 34 jaar: De leeftijdsgroep '18 t/m 34 jaar' heeft de hoogste IVA-correctiefactor

⁹ CBS – Aantal zz'p ers daalt het sterkst onder jongeren

¹⁰ De IVA-correctiefactor voor 65-69-jarigen is gelijk aan de IVA-correctiefactor voor 55-64-jarigen. Dit komt doordat deze indeling is gebaseerd op het voorgaande modeljaar en voor 65-69-jarigen in dat model de AVI-indeling op 64-jarige leeftijd geldt.

(zie Tabel 3), maar niet de grootste stijging in de IVA-klassen. Dit komt door een afnemende bevolkingsontwikkeling voor deze leeftijdsgroep.

- 45 t/m 54 jaar: Alleen bij de leeftijdsgroep '45 t/m 54 jaar' zien we een daling bij de IVA-klassen (zie Tabel 3). Deze leeftijdsgroep kent de grootste afname in bevolkingsontwikkeling, waardoor we een daling zien bij deze klasse ondanks de toegepaste IVA-correctiefactor (-3%: 800 verzekerdenjaren).
- 65 t/m 69 jaar: Bij de leeftijdsgroep '65 t/m 69 jaar' zien we de grootste stijging (+12%: 5.400 verzekerdenjaren). Dit kan worden verklaard door zowel een toenemende bevolkingsontwikkeling voor deze leeftijdsgroep als een hoge IVA-correctiefactor, zie Figuur 2. De leeftijdsgroep '55 t/m 64 jaar' heeft dezelfde IVA-correctiefactor als de leeftijdsgroep '65 t/m 69 jaar', maar een afnemende bevolkingsontwikkeling.



Figuur 2: Bij alle IVA-klassen zien we een stijging in verzekerdenaantallen in de VR2027 die verklaard kan worden door de combinatie van IVA-correctiefactor en bevolkingsontwikkeling. Alleen bij de leeftijdsgroep voor 45 t/m 54 jaar zien we bij de IVA-klassen een daling vanwege een afnemende bevolkingsontwikkeling voor deze leeftijdsgroep.

Bij de overige AVI-klassen kunnen we de ontwikkelingen tussen de kenmerkindeling en ramingsuitkomsten verklaren door bevolkingsontwikkeling. Over het algemeen zien we een groei in de AVI-klassen voor de leeftijdsgroepen '35 t/m 44 jaar', '65 t/m 69 jaar' en '70 jaar en ouder'. Daarentegen zien we juist een daling bij de leeftijdsgroepen '0 t/m 17 jaar' en '45 t/m 54 jaar'. Dit beeld is in overeenstemming met de bevolkingsontwikkeling van PKB 2025 naar MVR 2027.

4.1.3 SES

4.1.3.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

De ontwikkeling van 2024 naar 2025 in de kenmerkindeling van SES-klassen zeer laag, laag, midden en hoog is in lijn met de ontwikkeling van 2023 naar 2024. Tabel 4 toont de drempelbedragen voor SES-inkomenscategorieën. We zien een stijging in de drempelbedragen over alle percentielgrenzen en alle leeftijdsklassen. Ook blijft het effect van vergrijzing zichtbaar in een relatief sterkere stijging van het aantal verzekerdenjaren in de inkomensklassen voor 70-plussers.

Tabel 4: Drempelbedragen voor SES-inkomenscategorieën

Leeftijdscategorie	20%	40%	70%
0-17 jaar	38.323	65.262	100.212
18-69 jaar	36.559	61.191	98.574
70 jaar of ouder	26.234	36.719	59.221

4.1.3.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Geen bijzonderheden.

4.1.3.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten wordt verklaard door bevolkingsontwikkeling. Alleen bij de leeftijdsklassen van 0 tot en met 17 jaar is een daling te zien (zie Tabel 5). Dit is verklaarbaar door de bevolkingsontwikkeling. De stijging is het sterkst te zien bij de klassen voor 70-plussers. Het aantal verzekerdenjaren in deze klassen neemt toe met ongeveer 4% t.o.v. de kenmerkindeling.

Tabel 5: Ontwikkeling in geraamde verzekerdenaantallen SES

Leeftijdscategorie	Kenmerkindeling T-2	Ontwikkeling	Uitkomsten VR2027
0 t/m 17 jaar ¹	3.230.456	-1,0%	3.199.114
18 t/m 69 jaar ²	11.678.430	0,3%	11.713.258
70 jaar en ouder ³	2.704.333	4,3%	2.820.537

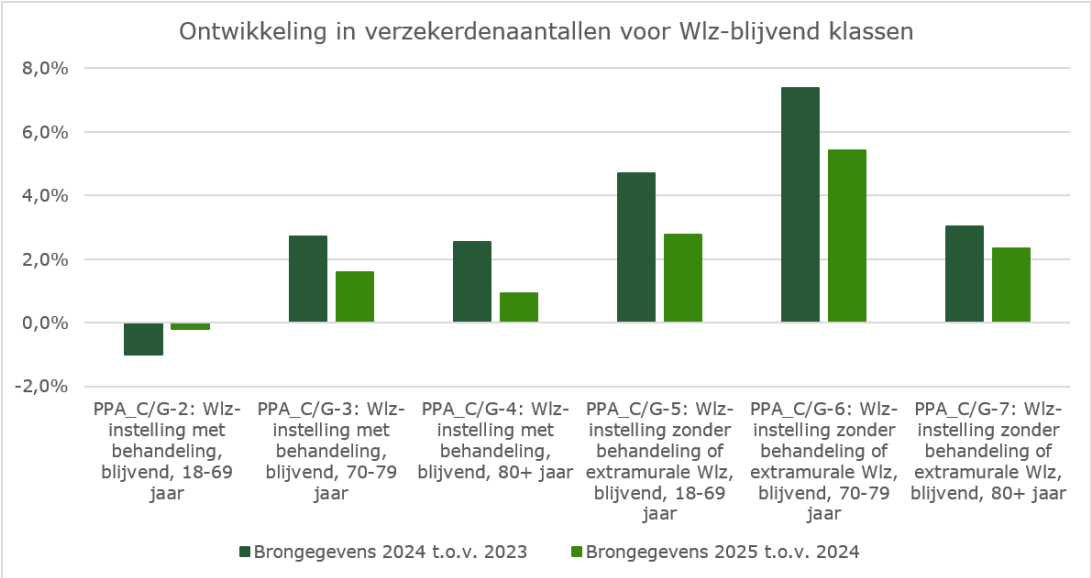
1: klassen 1, 4, 7 en 10. 2: klassen 2, 5, 8 en 11. 3: klassen 3, 6, 9 en 12.

4.1.4 PPA

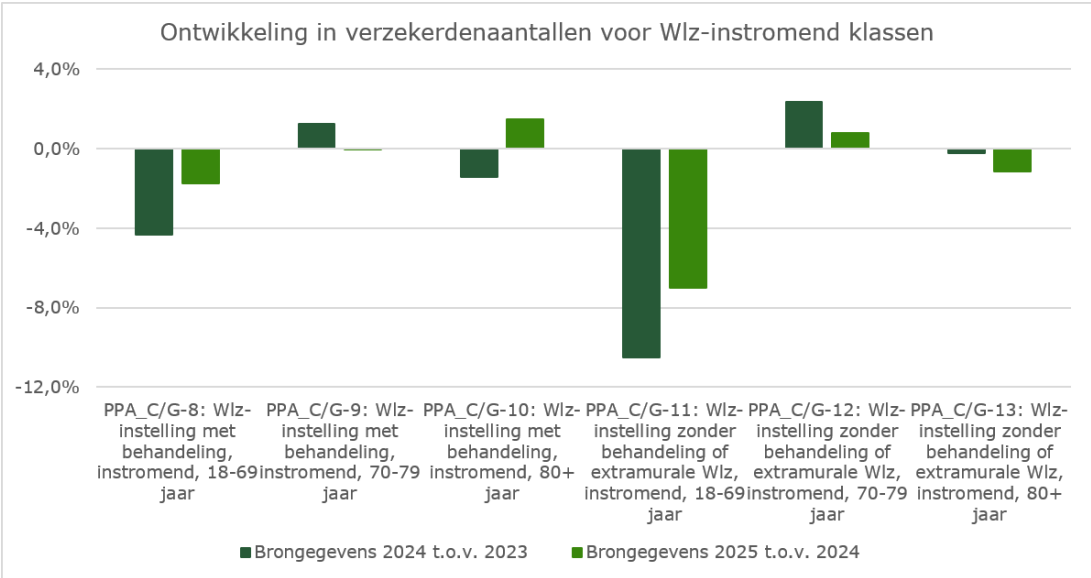
4.1.4.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

Bij alle klassen is de ontwikkeling van 2024 naar 2025 vergelijkbaar met de ontwikkeling in voorgaande jaren. De overstap van Wlz-gegevens 2024 naar gegevens 2025 zorgt voor een toename van het aantal verzekerdenjaren in de PPA-klassen Wlz-blijvend (m.u.v. de klasse voor Wlz-instelling met behandeling, 18-69 jaar), zie Figuur 3. De ontwikkelingen zijn kleiner dan de ontwikkelingen die we zagen bij de overstap van Wlz-gegevens 2023 naar 2024. De ontwikkeling binnen de Wlz-instromende klassen laat een grotere variatie zien dan bij de Wlz-blijvende klassen. De omvang van de ontwikkelingen is echter beperkt, behalve bij de klasse Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, instromend, 18-69 jaar (zie Figuur 4). Dit is net als vorig jaar de klasse met verhoudingsgewijs de grootste ontwikkeling (-7%).

De groei in doorstroom van Wlz-instromend naar blijvend was grotendeels het gevolg van de verruiming van de Wlz per 2021. De instroom daalt inmiddels weer in meerdere klassen, dat zagen we vorig jaar ook al. Daarnaast zou het afnemen van het aantal instromers te maken kunnen hebben met personeelstekorten in de Wlz. Als gevolg van de lagere aantallen instromers is ook de doorstroom van Wlz-instromend naar Wlz-blijvend aan het afnemen. We zien de groei van het aantal verzekerden met Wlz-blijvend dan ook in 2025 weer wat meer afnemen.



Figuur 3: Het gebruik van recentere brongegevens leidt tot een stijging in de verzekerdenaantallen in de meeste Wlz-blijvend klassen. De ontwikkelingen zijn kleiner dan vorig jaar.



Figuur 4: Het effect van het gebruik van recentere brongegevens op de Wlz-instromend klassen is minder eenduidig dan bij Wlz-blijvend. De ontwikkelingen zijn voor de meeste klassen kleiner dan vorig jaar.

4.1.4.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming
Geen bijzonderheden.

4.1.4.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming
De ontwikkeling tussen kenmerkinding en ramingsuitkomsten wordt verklaard door bevolkingsontwikkeling. Alleen in de leeftijdsklasse van 0 tot en met 17 jaar zien we een daling. Deze ontwikkelingen komen overeen met de bevolkingsontwikkeling volgens de MVR en is daarom voor elke klasse met dezelfde leeftijdscategorie gelijk (zie Tabel 6). De stijging is het sterkst bij de klassen voor 80-plussers.

Tabel 6: Geraamde bevolkingsontwikkeling van 2025 naar 2027.

Leeftijdscategorie	Bevolkingsontwikkeling
--------------------	------------------------

0-17 jaar ¹	-1,0%
18-69 jaar ²	0,3%
70-79 jaar ³	0,6%
80+ jaar ⁴	11,3%

1: Klasse 1. 2: Klassen 2, 5, 8, 11, 14 en 17. 3: Klassen 3, 6, 9, 12, 15 en 18. 4: Klassen 4, 7, 10, 13, 16 en 19.

4.1.5 Regio

De kenmerken REG_C en REG_G zijn voor model 2027 gewijzigd ten opzichte van model 2026 met een nieuwe postcode-naar-regiocluster indeling. Ieder van de tien klassen bestaat nagenoeg uit hetzelfde aantal verzekerden en 10% van het totaal. De uitkomsten zijn daarmee plausibel.

4.2 Morbiditeitskenmerken

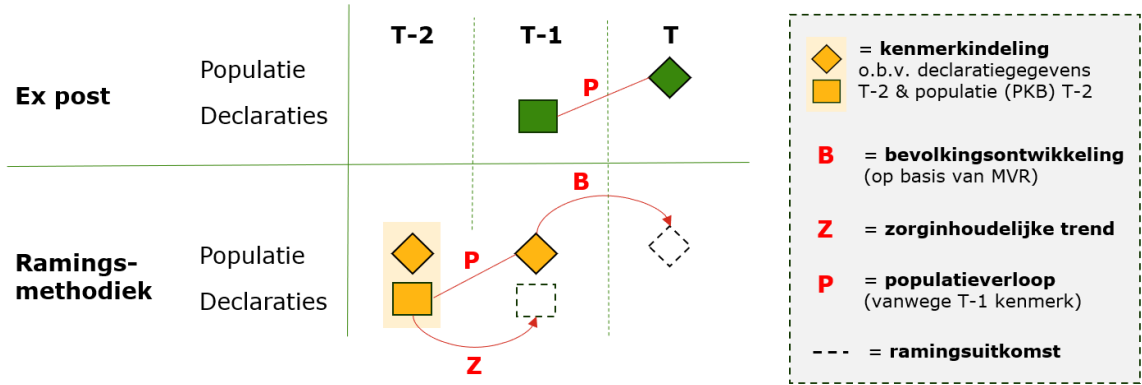
Morbiditeitskenmerken zijn vereveningskenmerken waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van zorgdeclaraties in T-1 (en eventueel eerder). In de raming maken we gebruik van de meest recente declaratiegegevens (2024 of 2025) en populatiegegevens (PKB 2025 en PER 2026). In de raming houden we rekening met populatieverloop vanwege “T-1 kenmerk”, bevolkingsontwikkeling naar MVR 2027 en een zorginhoudelijke trend. Bij kenmerken gebaseerd op gegevens T-2 (2025) wordt één jaar trend toegepast. Bij kenmerken gebaseerd op gegevens T-3 (2024) wordt twee jaar trend toegepast, zie ook Tabel 7.

Tabel 7: Het aantal jaar toegepaste trend bij morbiditeitskenmerken hangt af van het meest recente gegevensjaar dat beschikbaar is ten tijde van de VR2027.

Raming gebaseerd op	Toegepaste trend in VR2027	Kenmerken
Gegevens T-2	2025 t.o.v. 2024	FDG_C, FKG_G en FKG_C (extramurale klassen)
Gegevens T-3	2024 t.o.v. 2023, x2	FKG_C (intramurale klassen), DKG_C en DKG_G

Plausibiliteitstoets morbiditeitskenmerken

In de verzekerdenraming proberen we de ex post situatie zo goed mogelijk te ramen op basis van de beschikbare gegevens. Figuur 5 illustreert de stappen in de plausibiliteitstoets voor morbiditeitskenmerken, waarbij geldt dat we voor morbiditeitskenmerken naar historische declaratiegegevens kijken (T-1 kenmerk). Hierin nemen we de kenmerkindeling als basis en vergelijken we deze met de ramingsuitkomsten. Vervolgens toetsen we dat de ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten verklaard kan worden door drie ramingselementen: **B**) bevolkingsontwikkeling (op basis van de MVR), **Z**) een zorginhoudelijke trend en **P**) populatieverloop (vanwege T-1 kenmerk).



Figuur 5: Plausibiliteitstoets voor morbiditeitskenmerken.

Bij de kenmerkindeling gebruiken we de meest recent beschikbare declaratiegegevens (T-2 of T-3)

en de populatiegegevens (PKB T-2). In paragraaf 1 van een kenmerk verklaren we de ontwikkeling van verzekerdenaantallen in de kenmerkindeling door gebruik van de meest recent beschikbare brongegevens.

Zoals in Figuur 5 is gevisualiseerd, bestaat de raming van morbiditeitskenmerken uit de volgende ramingselementen:

- *Bevolkingsontwikkeling* van meest recent beschikbare populatie (PER T-1) naar de ex post populatie (T) vanuit de MVR op basis van CBS-prognoses.
- *Zorginhoudelijke trend*. Verwachte ontwikkeling in zorggebruik (declaratiegegevens) van T-2 naar T-1 gedreven door zorginhoudelijke ontwikkelingen (trend). Voor add-ons en dbc's is de meest recent beschikbare informatie T-3 en zal tweemaal de trend toegepast worden om het zorggebruik in T-1 te ramen.
- *Populatieverloop*. In- en uitstroom in populatie van T-2 naar T-1, wat representatief is voor het populatieverloop in de ex post situatie van T-1 naar T. Een eigenschap van morbiditeitskenmerken is dat in de modeldefinitie ze als T-1 kenmerken worden beschreven. Dus ook in de ex post situatie delen we populatie T in op basis van hun zorggebruik in T-1. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld verzekerden die T-1 ingedeeld zijn in een positieve klasse nog uitstromen door sterfte of emigratie.

Om de plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming voor morbiditeitskenmerken te toetsen, vergelijken we de uitkomsten van de verzekerdenraming met die van de kenmerkindeling. De raming is plausibel als de ontwikkeling tussen deze twee verzekerdenaantallen per klasse verklaarbaar is door een combinatie van de drie ramingselementen: populatieverloop, bevolkingsontwikkeling en zorginhoudelijke trend.

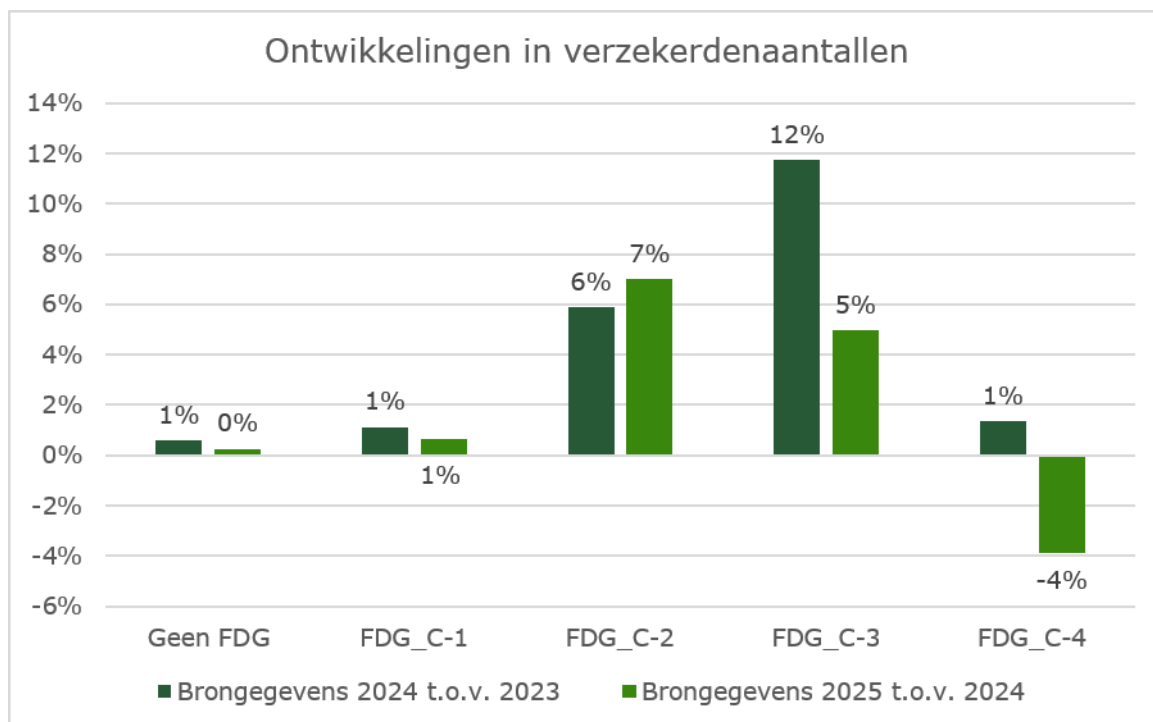
Voor een voorbeeld hoe deze plausibiliteitstoets wordt uitgevoerd, zie Hoofdstuk 4.2.1.3.

4.2.1 FDG_C

4.2.1.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

De ontwikkelingen in de kenmerkindeling op basis van fysiotherapiegegevens 2025 zijn voor de meeste klassen klein (<5%) en vergelijkbaar met de trend van vorig jaar, zie Figuur 6. Hieronder noemen we de opvallende ontwikkelingen in de kenmerkindeling op basis van fysiotherapiegegevens 2025:

- **FDG_C-2:** Er is gebleken dat aanspraakcodes waarbij een beperkt aantal behandelingen vergoed worden onder de basisverzekering soms door de zorgaanbieder op de aanvullende verzekering zijn gedeclareerd, terwijl dit eigenlijk de basisverzekering had moeten zijn. De controles op de betreffende aanspraakcodes zijn de afgelopen jaren door enkele verzekeraars aangescherpt. De behandelingen die dit betreft vallen met name in FDG_C-2. Mogelijk leiden de aangescherpte controles tot een toename in FDG_C-2. Bij FDG_C-2 zien we voor gegevensjaar 2025 nog geen effect. De ontwikkeling in FDG_C-2 van 2024 naar 2025 (+7%), is vergelijkbaar met voorafgaande jaren (+6%, +5%, +7%). We zien tot dusver geen redenen dat de aanvullende controles een significante impact gaan hebben op indeling in FDG_C-2 op basis van gegevensjaar 2026.
- **FDG_C-3:** Bij FDG_C-3 zien we een afnemende stijging in 2025 (+5%: +165 verzekerdenjaren) t.o.v. 2024 (+12%: +400 verzekerdenjaren). FDG_C-3 bestaat volledig uit interstiële longaandoeningen incl. sarcoïdose. In voorgaande jaren was de stijging groter. De groep is relatief klein: het absolute verschil is voor gegevensjaar 2025 te klein om te spreken van een trendbreuk.
- **FDG_C-4:** Bij FDG_C-4 zien we in 2025 een lichte daling (-4%: -22 verzekerdenjaren) ten opzichte van een stijging in 2024 (+1%: +8 verzekerdenjaren). De verzekerdenaantallen in FDG_C-4 zijn erg klein, waardoor kleine veranderingen in aantallen snel leiden tot grote procentuele ontwikkelingen.



Figuur 6: In 2025 is een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar als in 2024, behalve bij FDG_C-4.

4.2.1.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

We passen voor FDG_C in principe de reguliere ramingsmethodiek toe met gebruikelijke trendfactoren. In de VR2027 maken we hierop, net zoals in de VR2026, een uitzondering voor de klasse FDG_C-4. Vanwege de zeer kleine aantallen in combinatie met de instabiele trend wordt er in de VR2027 geen trend toegepast op deze klasse.

4.2.1.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De ontwikkelingen tussen de kenmerkindeling en ramingsuitkomsten zijn verklaarbaar door populatieverloop, de toegepaste trend en bevolkingsontwikkeling. Voor FDG_C-1 en FDG_C-2 nemen de verzekerdenaantallen toe in de raming (zie Tabel 8). Voor FDG_C-3 en FDG_C-4 is juist een daling zichtbaar t.o.v. de kenmerkindeling.

Tabel 8: Ontwikkeling in geraamde verzekerdenaantallen FDG_C

Klasse	Verzekerdenjaren kenmerkindeling (brongegevens 2025)	Ontwikkeling	Verzekerdenjaren in VR2027	Verklaring ontwikkeling
FDG_C-1	290.050	+ 2,4%	296.936	Populatieverloop (+1,4%), trend (+0,6%) en bevolkingsontwikkeling (+0,3%)
FDG_C-2	289.942	+ 1,7%	294.900	Populatieverloop (-3,8%), trend (+7%) en bevolkingsontwikkeling (-1,5%)
FDG_C-3	4.133	- 2,2%	4.041	Populatieverloop (-6,4%), trend (+5%) en bevolkingsontwikkeling (-0,8%)
FDG_C-4	530	- 1,8%	521	Populatieverloop (-2,2%) en bevolkingsontwikkeling (+0,4%)

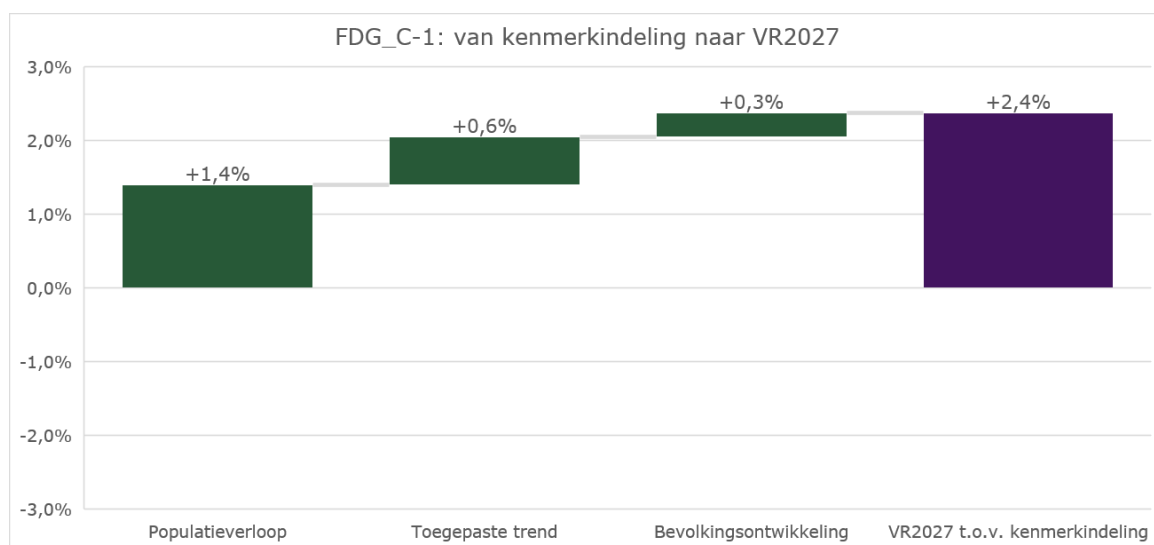
Voorbeeld plausibiliteitstoets bij FDG_C-1 en FDG_C-3

Voor alle vier de FDG_C-klassen is dezelfde plausibiliteitstoets uitgevoerd. Ter illustratie werken we voor twee FDG_C-klassen een plausibiliteitstoets uit: een FDG_C-klasse met een positieve (FDG_C-1) en een FDG_C-klasse met een negatieve (FDG_C-3) ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten. In de plausibiliteitstoets bij morbiditeitskenmerken wordt de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten verklaard door populatieverloop, zorginhoudelijke trend en bevolkingsontwikkeling.

FDG_C-1

- **Populatieverloop:** Voor FDG_C-1 zien we in het populatieverloop dat er meer verzekerden instromen dan uitstromen na de koppeling van de verzekerdenstand op 1 mei 2026 (PER T-1; zie Figuur 7). Dit duidt erop dat er meer verzekerden in FDG_C-1 zijn ingestroomd (door bijvoorbeeld geboorte of migratie), dan er zijn uitgestroomd (door bijvoorbeeld sterfte). Voor deze klasse is dat plausibel: aandoeningen als psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen, standsafwijkingen extremiteiten en luxatie (sub-) komen relatief vaak voor bij nieuwgeborenen. Dit is zichtbaar in de brondata: het aantal verzekerdenjaren van 0-jarigen bedraagt in deze groep ongeveer 21.500 ten opzichte van 20.900 voor het voorafgaande gegevensjaar 2024. In de afgelopen jaren is daarnaast een soortgelijk percentage aan groei zichtbaar.
- **Zorginhoudelijke trend:** Vervolgens wordt de zorginhoudelijke trend toegepast. Regulier wordt de trend van 2024 naar 2025 toegepast. De toegepaste trend bij FDG_C-1 is +0,6%, gelijk aan de ontwikkeling in brongegevens van 2024 naar 2025.
- **Bevolkingsontwikkeling:** De laatste stap van de verzekerdenraming is de inschatting van de bevolkingsontwikkeling¹¹. Voor FDG_C-1 is dit 0,3%, waardoor het totale verschil tussen de VR2027 en de kenmerkindeling gelijk is aan 2,4%.

Elk van de onderliggende wijzigingen is plausibel: de ontwikkeling tussen de VR2027 en de kenmerkindeling is dus goed verklaarbaar.



Figuur 7: Voor FDG_C-1 is het aantal verzekerdenjaren 2,4% hoger in de VR2027 t.o.v. de kenmerkindeling

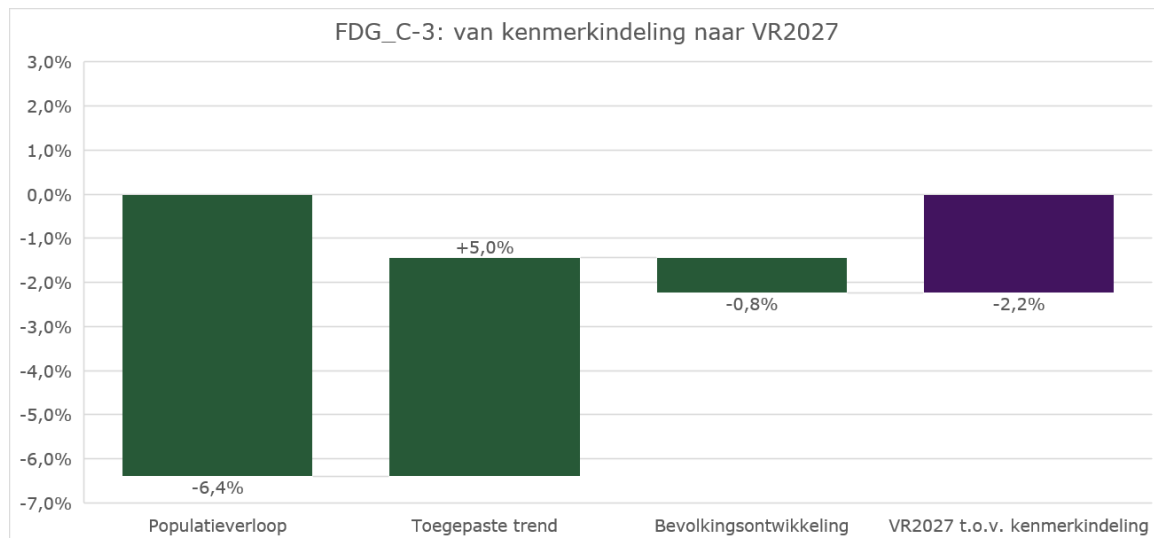
FDG_C-3:

- **Populatieverloop:** Bij FDG_C-3 zien we (in tegenstelling tot FDG_C-1) een uitstroom van -6,4%. Dit is vergelijkbaar aan de ontwikkeling in het voorafgaande jaar. Inhoudelijk is dit verloop verklaarbaar door sterfte: het gaat hier om interstitiële longaandoeningen inclusief sarcoïdose. De gemiddelde leeftijd in deze groep bedraagt ongeveer 65 jaar.
- **Zorginhoudelijke trend:** De toegepaste trend bij FDG_C-3 is 5%, gelijk aan de ontwikkeling in brongegevens van 2024 naar 2025.
- **Bevolkingsontwikkeling:** Het resterende deel van de ontwikkeling tussen de VR2027 en de

¹¹De bevolkingsontwikkeling kan per klasse verschillen, afhankelijk van de leeftijdsamenstelling binnen deze klasse en de indeling van nieuwe verzekerden.

kenmerkinding (-0,8%) wordt verklaard door bevolkingsontwikkeling: deze is ongeveer gelijk aan het de ontwikkeling in de VR2026.

Voor FDG_C-3 is de ontwikkeling tussen de VR2027 en de kenmerkinding dus ook plausibel.



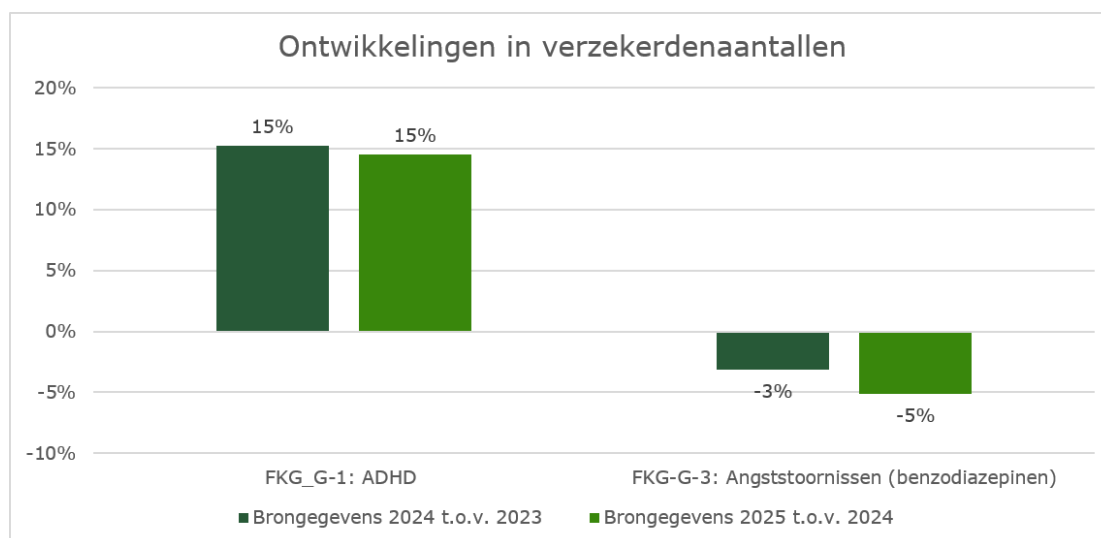
Figuur 8: Voor FDG_C-3 is het aantal verzekerden jaren 2,2% lager in de VR2027 t.o.v. de kenmerkinding

4.2.2 FKG_G

Per model 2027 is de drempelwaarde voor de FKG_G-klasse Chronische stemmingsstoornissen regulier (DEP) verlaagd.

4.2.2.1 Ontwikkelingen in kenmerkinding op basis van nieuwe brongegevens

De ontwikkeling in de kenmerkinding op basis van brongegevens 2024 naar 2025 is voor alle FKG_G-klassen in lijn met de ontwikkeling die we vorig jaar zagen. In overeenstemming met de trends die we zagen in eerdere jaren zien we op basis van brongegevens 2025 t.o.v. 2024 een aanhoudende stijging bij de FKG_G-klasse ADHD (FKG_G-1) en een daling bij FKG_G-klasse Angststoornissen (FKG_G-3), zie Figuur 9. De aanhoudende stijging in de FKG_G-klasse ADHD wordt veroorzaakt door een autonome stijging in het aantal gebruikers over alle middelen binnen deze klasse, maar voornamelijk door de middelen Methylfenidaat en Lisdexamfetamine.¹²



Figuur 9: Net als vorig jaar de grootste stijging van het aantal verzekerden jaren in klasse ADHD en

¹² Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=B_basis&geg=gebr&item=N06BA

grootste afname in klasse Angststoornissen.

4.2.2.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Geen bijzonderheden.

4.2.2.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De ontwikkeling in de aantallen tussen de kenmerkingindeling en ramingsuitkomsten zijn goed verklaarbaar door de bevolkingsontwikkeling, zorginhoudelijke trend en het populatieverloop. De ontwikkeling van populatieverloop is vergelijkbaar met de ontwikkelingen die we zagen in de VR2026.

4.2.3 FKG_C

Ten opzichte van vorig modeljaar is FKG_C voor model 2027 aangepast als gevolg van groot onderhoud FKG. De aanpassingen betreffen het uitbreiden van de indeling van de add-on klassen o.b.v. indicaties, de toevoeging van één nieuwe extramurale FKG_C-klasse en het wijzigen van drempelwaardes.

4.2.3.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

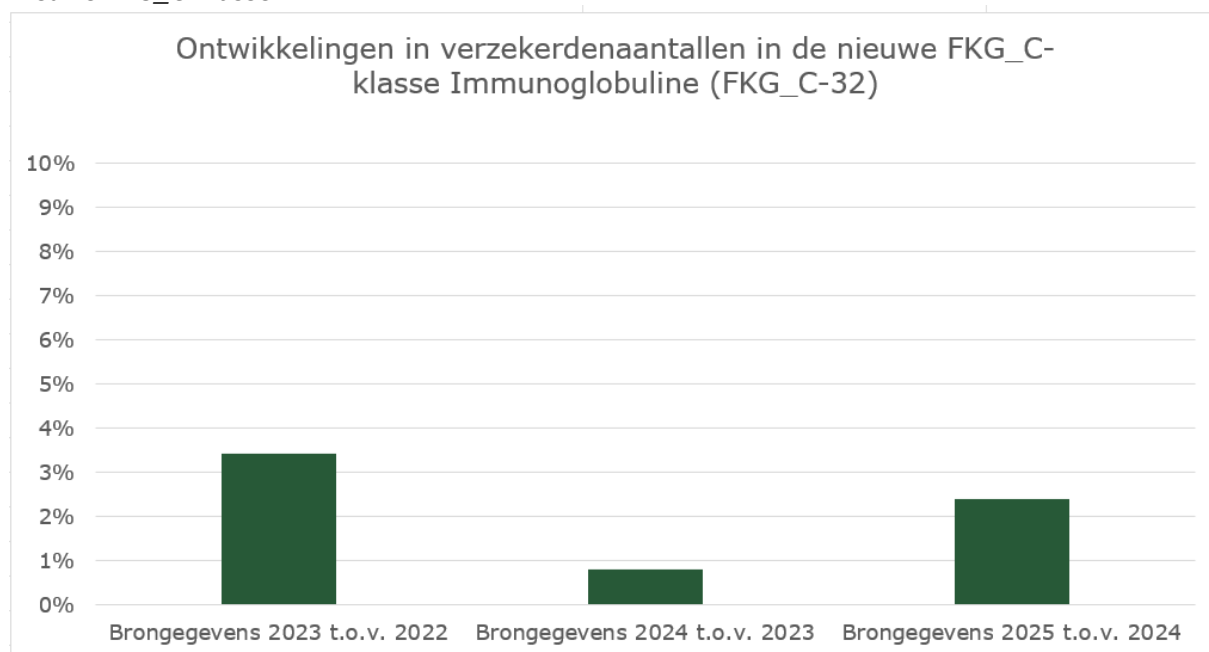
Het kenmerk FKG_C bestaat uit 3 type klassen:

- Farmacieklassen: De farmacieklassen zijn gebaseerd op extramurale middelen. Voor de farmacieklassen kijken we naar de ontwikkeling van 2024 op 2025.
- Add-on klassen: De add-on klassen zijn gebaseerd op intramurale middelen. Voor de add-on klassen kijken we naar de ontwikkeling van 2023 op 2024.
- EHK-klassen: EHK-klassen zijn hybride, ze kunnen dus zowel uit add-on als farmaciemiddelen bestaan. Voor deze klasse kijken we naar de ontwikkeling van 2023 op 2024.

Farmacieklassen

Bij de farmacieklassen lichten we eerst de ontwikkelingen in de nieuwe FKG_C-klasse Immunoglobuline (FKG_C-32) toe. Daarna bespreken we andere opvallende ontwikkelingen in de kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens.

Nieuwe FKG_C-klasse



Figuur 10: Stabiele ontwikkelingen in verzekerdenaantallen in de nieuw FKG_C-klasse Immunoglobuline (FKG_C-32).

Het aantal verzekerdendjaren in de nieuwe FKG_C-klasse Immunoglobuline (FKG_C-32) is van 2024 op 2025 licht toegenomen (+3,5%: 51 verzekerdendjaren), zie Figuur 10. Deze stijging is vergelijkbaar met de stijging in gebruikersaantallen in voorgaande jaren.¹³

Opvallende ontwikkelingen

De ontwikkelingen in de kenmerkendeling op basis van farmaciegegevens 2025 zijn voor de meeste klassen klein (<5%) en vergelijkbaar met de trend van vorig jaar. Hieronder noemen we de opvallende ontwikkelingen in de kenmerkendeling op basis van farmaciegegevens 2025:

- Het aantal verzekerdendjaren in de schilklasse Diabetes: Insuline (FKG_C_2) daalt van 2024 naar 2025 (-4%: -285 verzekerdendjaren), zie Figuur 11. De daling en afnemende stijging zien we in mindere mate ook terug in de reguliere diabetes type I klassen (in de klassen met en zonder hypertensie samen). De daling in Diabetes: Insuline (FKG_C_2) wordt versterkt door de vrij forse stijging in de reguliere diabetes type II klassen (FKG_C_17 en FKG_C_18).¹⁴ Dit wordt verklaard door een stijging in het aantal gebruikers voor de middelen Dapagliflozine¹⁵ en Empagliflozine¹⁶. Het gaat absoluut om een stijging van ongeveer 75.000 in de diabetes type II klassen en om een daling van ongeveer 3.150 verzekerdendjaren in de diabetes type I klassen. Vorig jaar zagen we nog een lichte stijging in de klasse Diabetes: Insuline (FKG_C-2) die werd verklaard door een aanhoudende stijging in het gebruikersaantal voor Semaglutide.¹⁷ De trend in 2025 voor de klasse Diabetes: Insuline (FKG_C-2) is weer in lijn met de trend die we zagen in oudere jaren. De ontwikkelingen in deze klassen zijn daarmee plausibel.
- Het aantal verzekerdendjaren in de klasse Hypercholesterolemie (FKG_C-45) is van 2024 op 2025 fors toegenomen (+24%: 9.012 verzekerdendjaren), zie Figuur 12. Deze stijging is vergelijkbaar met vorig jaar en wordt verklaard door een uitbreiding in bijlage 2-voorwaarden per 2024 voor de PCSK9-remmers Alirocumab en Evolocumab.¹⁸ De ontwikkelingen in deze klasse zijn daarmee plausibel.
- Het aantal verzekerdendjaren in de klasse Chronische Migraine (FKG_C-50) is van 2024 op 2025 toegenomen (+14%: 1.928 verzekerdendjaren), zie Figuur 12. Deze stijging is vergelijkbaar met vorig jaar en wordt verklaard door een uitbreiding in de vergoedingsvoorwaarden per 2025 voor CGRP-remmers¹⁹. De verwachting is dat de uitbreiding van de vergoedingsvoorwaarden de komende drie jaar voor een gelijkmatige stijging in gebruikersaantallen voor CGRP-remmers zal zorgen.²⁰ De ontwikkelingen in deze klasse zijn daarmee plausibel.

¹³ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=B_basis&qeg=gebr&item=J06BA

¹⁴ Er zit namelijk een restrictie op indeling in de Diabetes: Insuline klasse: wanneer een verzekerde in een van de reguliere diabetesklassen valt wordt deze niet ingedeeld in de Diabetes: Insuline-klasse.

¹⁵ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_farmacie&qeg=gebr&item=A10BK01

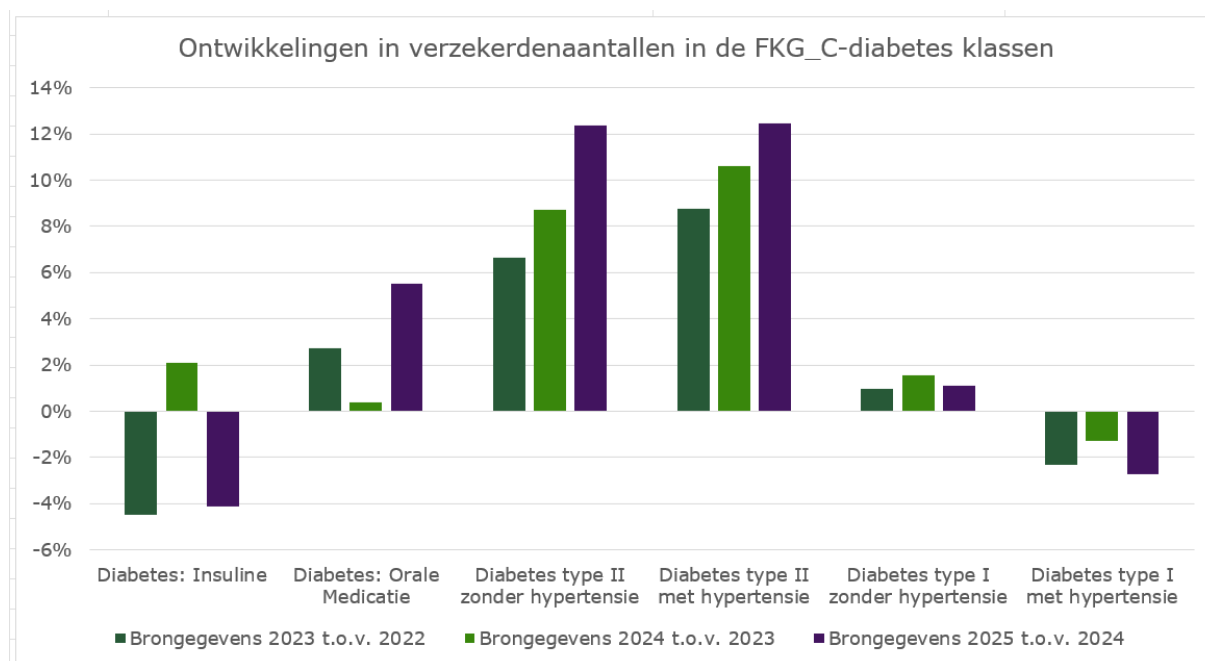
¹⁶ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_farmacie&qeg=gebr&item=A10BK03

¹⁷ Zie [Het aantal gebruikers van diabetesmiddelen, 2003 - 2023 | GIPdatabank.nl](#)

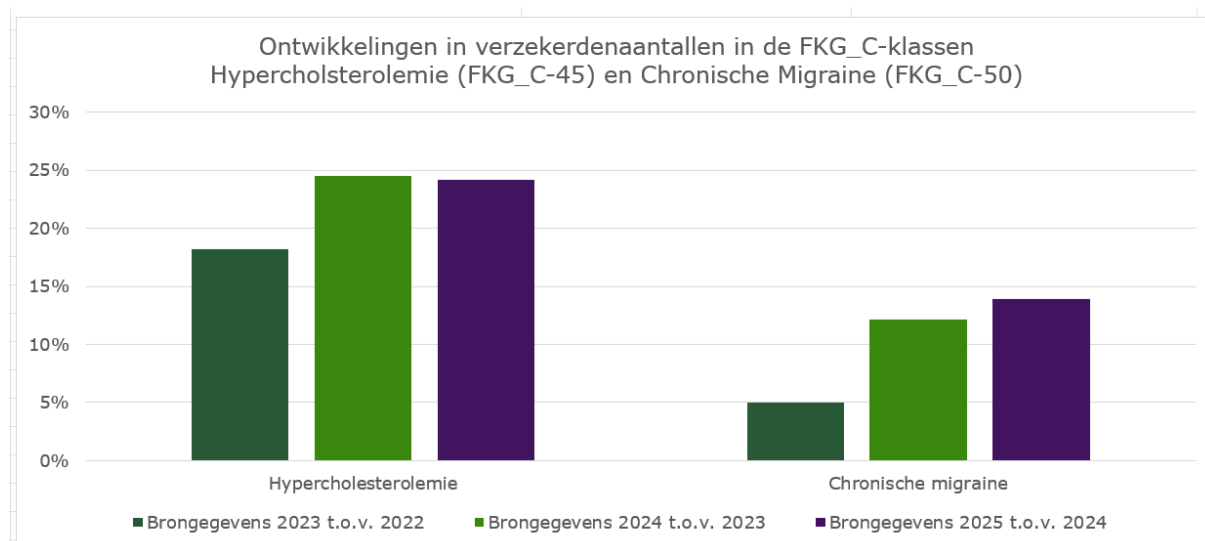
¹⁸ Zie [GVS-advies uitbreiding bijlage 2-voorwaarden voor evolocumab \(Repatha®\) en alirocumab \(Praluent®\) bij te hoog cholesterol | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁹ Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zenuwstelsel/vergoeding-cgrp-remmers-bij-migraine>

²⁰ Zie [Advies - uitbreiding vergoedingsvoorwaarden subcutane CGRP-remmers | Advies | Zorginstituut Nederland](#)



Figuur 11: Stijging in Diabetes-type II-klassen; daling in Diabetes: Insuline.



Figuur 12: Grote stijgingen in verzekerdenaantallen voor de FKG_C-klassen Hypercholesterolemie (FKG_C-45) en Chronische Migraine (FKG_C-50) vanwege pakketuitbreidingen.

Add-on klassen

Bij de add-on klassen is de indeling per model 2027 uitgebreid met indicaties. Dit betekent dat alleen de geselecteerde indicaties tot indeling leiden. Daarnaast is de FKG_C-klasse kanker o.b.v. add-on opgesplitst in 4 subgroepen voor kanker: Longkanker o.b.v. add-on (LON: FKG_C39), Hematologische maligniteit o.b.v. add-on (HEM: FKG_C-40), Carcinoom o.b.v. add-on (CAR: FKG_C-41) en Overige kanker o.b.v. add-on (CAN: FKG_C-42). Voor een aantal klassen zijn ook de drempelwaarden gewijzigd.

Hieronder noemen we de opvallende ontwikkelingen in de kenmerkindeling op basis van add-on gegevens 2024:

- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Groeistoornissen o.b.v. add-on (FKG_C-22) is van 2023 op 2024 fors toegenomen (+19%: +465 verzekerdenjaren), zie Figuur 13. Dit komt doordat we voor de FKG_C-indeling voor model 2027 uitgaan van indicaties die gelden in het gegevensjaar van vaststellen van de FKG_C-indeling (voor model 2027 is dat gegevensjaar 2025). Uit aanvullende analyses blijkt dat de toenemende stijging in 2024 waarschijnlijk wordt veroorzaakt doordat er in 2024 veel indicaties bij het middel

Somatropine zijn komen te vervallen. Er zijn relatief veel verzekerden die in 2023 een indicatie bij Somatropine gebruiken die in 2024 komt te vervallen. Deze vervallen indicaties vallen dus niet onder de modeldefinitie voor FKG_C model 2027, maar deze verzekerden stromen dan in 2024 in op een van de andere indicaties voor dit middel die wel onder de modeldefinitie vallen, waardoor de schijn van een stijging in verzekerden ontstaat. Dit beeld wordt bevestigd doordat we in model 2026 relatief stabiele aantallen zien in de FKG-klasse Groeistoornissen o.b.v. add-on. Daarnaast zien we ook geen forse stijging van 2023 op 2024 in gebruikersaantallen voor Somatropine.²¹

- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Hematologische maligniteit o.b.v. add-on (FKG_C-40) is van 2023 op 2024 toegenomen (+6%: 1.585 verzekerdenjaren), zie Figuur 14. Deze stijging wordt veroorzaakt door verscheidende middelen, waaronder Hydroxycarbamide²² en Cyclofosfamide²³. Bij de FKG_C-klasse HEM speelt dat er jaarlijks veel indicaties vervallen en nieuw bijkomen. De trend bij de FKG_C-klasse HEM is daardoor waarschijnlijk beïnvloed door een effect van vervallen indicaties.
- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Carcinoom o.b.v. add-on (FKG_C-41) is van 2023 op 2024 toegenomen (+6%: 2.509 verzekerdenjaren), zie Figuur 14. Deze stijging wordt veroorzaakt door een stijging in verschillende middelen, zoals Capectabine²⁴ en Paclitaxel.²⁵ Net als bij de FKG_C-klasse HEM, speelt dat bij de FKG_C-klasse CAR jaarlijks veel indicaties vervallen en nieuw bijkomen. De trend bij de FKG_C-klasse CAR is daardoor waarschijnlijk beïnvloed door een effect van vervallen indicaties.
- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Overige kanker o.b.v. add-on (FKG_C-42) is van 2023 op 2024 toegenomen (+13%: +815 verzekerdenjaren), zie Figuur 14. Deze stijging wordt veroorzaakt door een stijging in gebruikersaantallen voor Tegafur/Gimeracil/Oteracil.²⁶ Doordat de FKG_C-klasse Overige kanker o.b.v. add-on uit kleine aantallen bestaat (circa 7.300 verzekerdenjaren) vallen procentuele ontwikkelingen snel hoog uit.
- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Immunoglobuline o.b.v. add-on (FKG_C-33) is van 2023 op 2024 toegenomen (+11%: 463 verzekerdenjaren), zie Figuur 15. Dit wordt verklaard door een stijging in gebruikersaantallen voor het middel Immunoglobuline.²⁷ De forse stijging in 2023 (+33%: +1.050 verzekerdenjaren) wordt veroorzaakt door een indicatie-uitbreiding in 2023 voor het middel Immunoglobuline.
- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Auto-immuunziekten o.b.v. add-on (FKG_C-29) is van 2023 op 2024 toegenomen (+10%: +10.618 verzekerdenjaren), zie Figuur 15. Deze stijging wordt veroorzaakt door een blijvend grote stijging in gebruikersaantallen voor het middel Adalimumab.²⁸
- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse COPD/Zware astma o.b.v. add-on (FKG_C-35) is van 2023 op 2024 toegenomen (+9%: +459 verzekerdenjaren), zie Figuur 15. Deze stijging wordt veroorzaakt door een blijvend grote stijging in gebruikersaantallen voor het middel Dupilumab.²⁹
- Het aantal verzekerdenjaren in de klasse Maculadegeneratie o.b.v. add-on (FKG_C-44) is van 2023 op 2024 toegenomen (+9%: 5.926 verzekerdenjaren), zie Figuur 15. Deze stijging wordt veroorzaakt door een blijvend grote stijging in gebruikersaantallen voor de middelen Bevacuzimab³⁰ en Aflibercept.

²¹ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=H01A

²² Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=L01XX

²³ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=L01AA

²⁴ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=L01BC

²⁵ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=L01CD

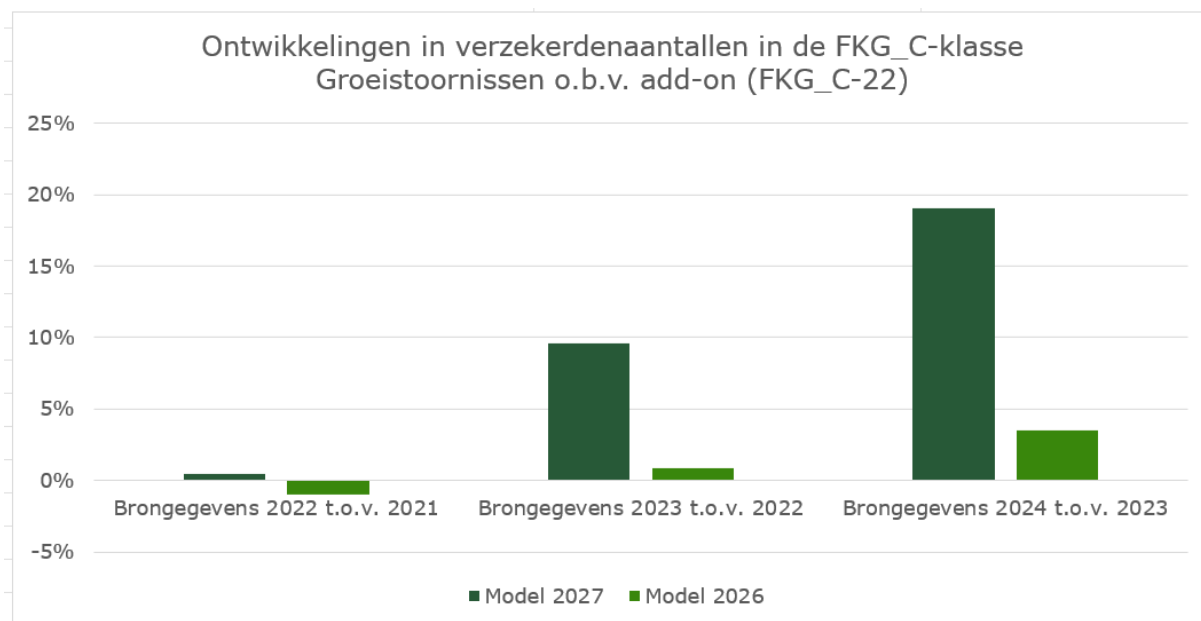
²⁶ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=L01BC

²⁷ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=J06

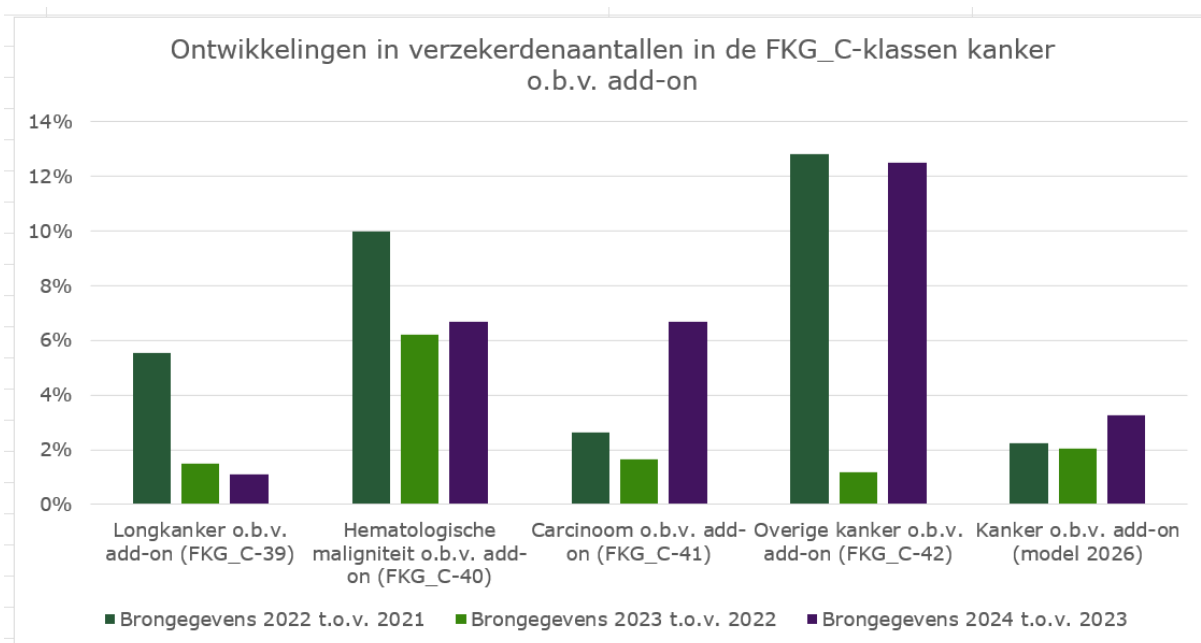
²⁸ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=L04AB

²⁹ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=D11AH

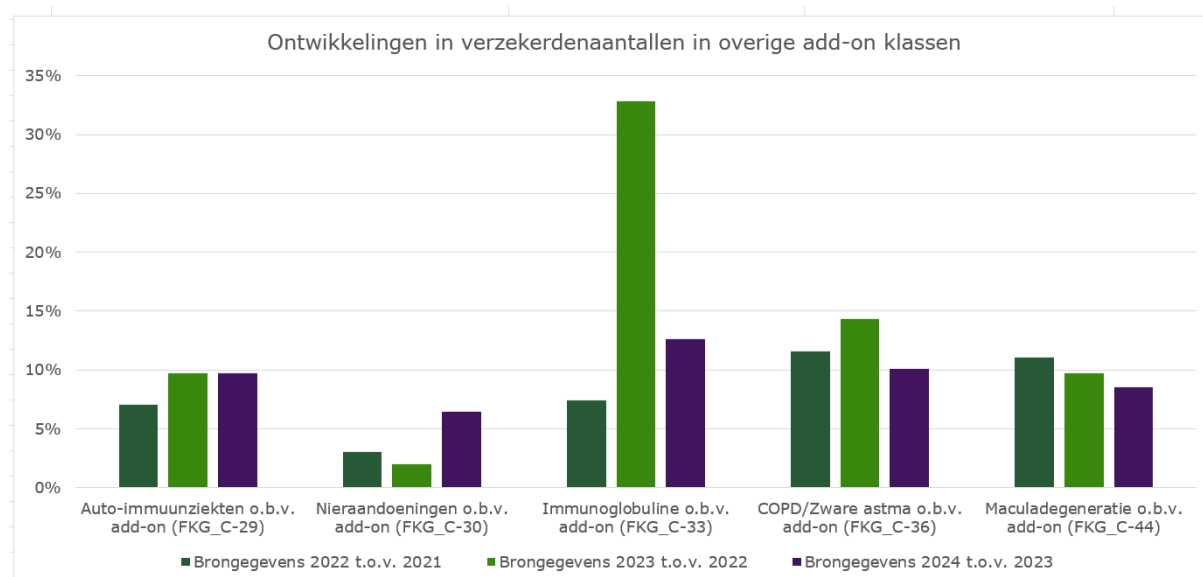
³⁰ Zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=R_addons&geg=gebr&item=L01FG



Figuur 13: Instabiele ontwikkelingen in model 2027 t.o.v. model 2026 voor de FKG_C-klasse Groeistoornissen o.b.v. add-on vanwege vervallen indicaties.



Figuur 14: Instabiele ontwikkelingen in de FKG_C-klassen voor kanker o.b.v. add-on (FKG_C-39 t/m 42) t.o.v. de ontwikkelingen in de FKG_C-klasse kanker o.b.v. add-on in model 2026 door indeling o.b.v. indicaties.



Figuur 15: Bij de overige add-on klassen zien we relatief stabiele ontwikkelingen die verklaarbaar zijn door ontwikkelingen in gebruikersaantallen voor middelen in de FKG_C-klassen. Alleen voor Immunoglobuline o.b.v. add-on (FKG_C-33) zien we in 2023 een afwijkende trend vanwege een indicatie-uitbreiding.

EHK-klassen

In de prevalenties van de EHK-klassen op basis van gegevens 2024 (add-on en farmacie) zien we een opvallende ontwikkeling in de verzekerdenaantallen voor bijraming voor de klassen EHK-1 (FKG_C-51) en EHK-2 (FKG_C-52). EHK-1 laat een stijging zien in 2024 van 14%. Deze stijging wordt grotendeels gedreven door een stijging in het gebruik van Tafamidis.³¹ Omdat het middel Tafamidis extramuraal is kunnen we al zien in de farmaciegegevens 2025 dat het aantal gebruikers voor Tafamidis in 2025 doorzet. EHK-2 laat een opvallende daling zien in 2024 van -10%. Deze daling wordt gedreven door een daling in het gebruikersaantal van Nusinersen. Nusinersen is een intramuraal middel, dus we kunnen nog niet toetsen of deze daling in 2025 doorzet. De daling in gebruikersaantallen voor Nusinersen is klein (van 239 gebruikers in 2023 naar 201 gebruikers in 2024).

4.2.3.2 Bijzonderheden in verzekerdendaming

We passen voor FKG_C in principe de reguliere bijraming toe met gebruikelijke trendfactoren, dit betekent:

- Voor farmacieklassen: eenmaal de ontwikkelingen van 2025 op 2024.
- Voor de add-on klassen: tweemaal de ontwikkelingen van 2024 op 2023.
- Voor de EHK-klassen: geen trend (vanwege kleine instabiele aantallen).

Voor model 2027 worden daarop de volgende uitzonderingen gemaakt:

- De trend voor de klasse Groeistoornissen o.b.v. add-on is op 3,5% gezet. De reguliere trend van 2023 op 2024 is waarschijnlijk beïnvloed door vervallen indicaties en we verwachten dat het toepassen van de reguliere trend zal leiden tot een overschatting van de ex post aantallen. Daarom stellen we voor om de trend van 2023 naar 2024 (+3,5%) uit model 2026 voor de FKG_C-klasse Groeistoornissen o.b.v. add-on (FKG_C-22) toe te passen. We verwachten dat de trend van model 2026, waarin geen selectie op basis van indicaties werd gemaakt, een betere representatie geeft van de toekomstige ontwikkeling binnen deze klasse.
- De trend voor de klassen Hematologische maligniteit o.b.v. add-on (FKG_C-40) en Carcinoom o.b.v. add-on (FKG_C-41) is op 3,3% gezet. De reguliere trend van 2023 op 2024 is waarschijnlijk beïnvloed door vervallen indicaties en we verwachten dat het toepassen van de reguliere trend zal leiden tot een overschatting van de ex post aantallen. Daarom stellen we voor om de trend van 2023 naar 2024 (+3,3%) uit model

³¹ Zie Aantal gebruikers 2020-2024 voor ATC-subgroep N07XX08 : Tafamidis | GIPdatabank.nl

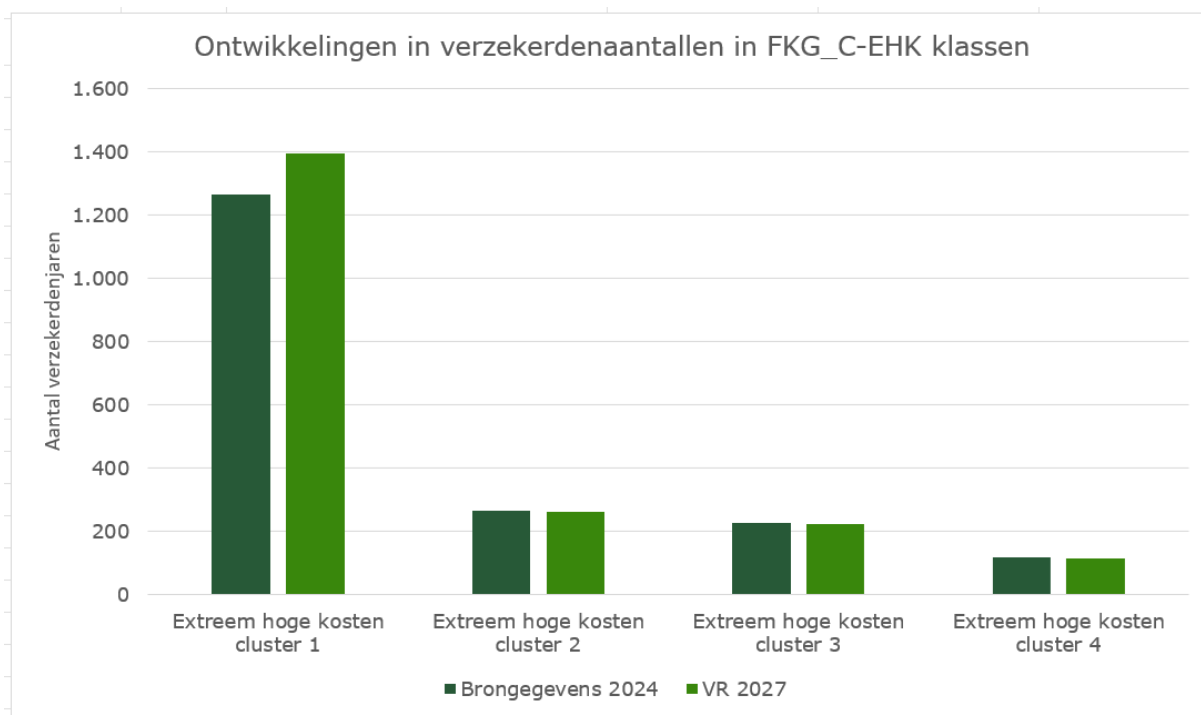
2026 voor de FKG_C-klasse Kanker o.b.v. add-on (FKG_C-38) toe te passen. We verwachten dat de trend van model 2026 een betere representatie geeft van de toekomstige ontwikkeling binnen deze klasse.

- Voor EHK-1 passen we, net als voor de VR2026, wel een correctie toe op het geraamde aantal verzekerdenjaren. Het aantal gebruikers van het EHK-1-middel Tafamidis (N07XX08) is gestegen van 546 in 2024 naar 703 in 2025 als gevolg van een indicatie-uitbreiding.³² Dit zit nog niet in de gebruikte gegevens over 2024. We hogen daarom het geraamde aantal verzekerdenjaren met 160 op.

4.2.3.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

Voor de farmacieklassen en add-on klassen wordt de ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten veroorzaakt door de ramingselementen bevolkingsontwikkeling, zorginhoudelijke trend en populatieverloop. Bij 6 van de 54 FKG_C-klassen zien we een grote uitval door sterfte (>10%). Dit geldt voor de 4 add-on klassen voor kanker (FKG_C-39 t/m 42), de FKG_C-klasse voor Nieraandoeningen o.b.v. add-on (FKG_C-30) en de schilklasse voor diabetes (FKG_C-2). De uitval door sterfte is vergelijkbaar met de uitval door sterfte die we zagen in de VR2026. De uitkomsten van de VR2027 zijn daarmee plausibel.

Voor de EHK-klassen houden we de verzekerdenaantallen in de raming in principe constant met de kenmerkindeling, vanwege de zeer kleine aantallen. Wel wordt er rekening gehouden met 1 jaar populatieverloop (voornamelijk uitval door sterfte) in de ex post situatie. Figuur 15 laat de ontwikkeling in verzekerdenaantallen zien in de EHK-klassen in de kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens en in de uitkomsten voor de VR2027. Alleen bij EHK-1 zien we een stijging in de verzekerdenaantallen in de VR2027, verklaarbaar door de extra 160 verzekerdenjaren die zijn meegenomen om te corrigeren voor de stijging in gebruikersaantallen van Tafamidis in 2025.



Figuur 16: Stijging in EHK-1 door correctie voor indicatie-uitbreiding Tafamidis.

4.2.4 DKG_C

Per model 2027 is het kenmerk DKG_C aangepast als gevolg van groot onderhoud. De diagnose- en specialismecodes, en zorgproducten die tot indeling in een DKG leiden zijn geactualiseerd. Ook

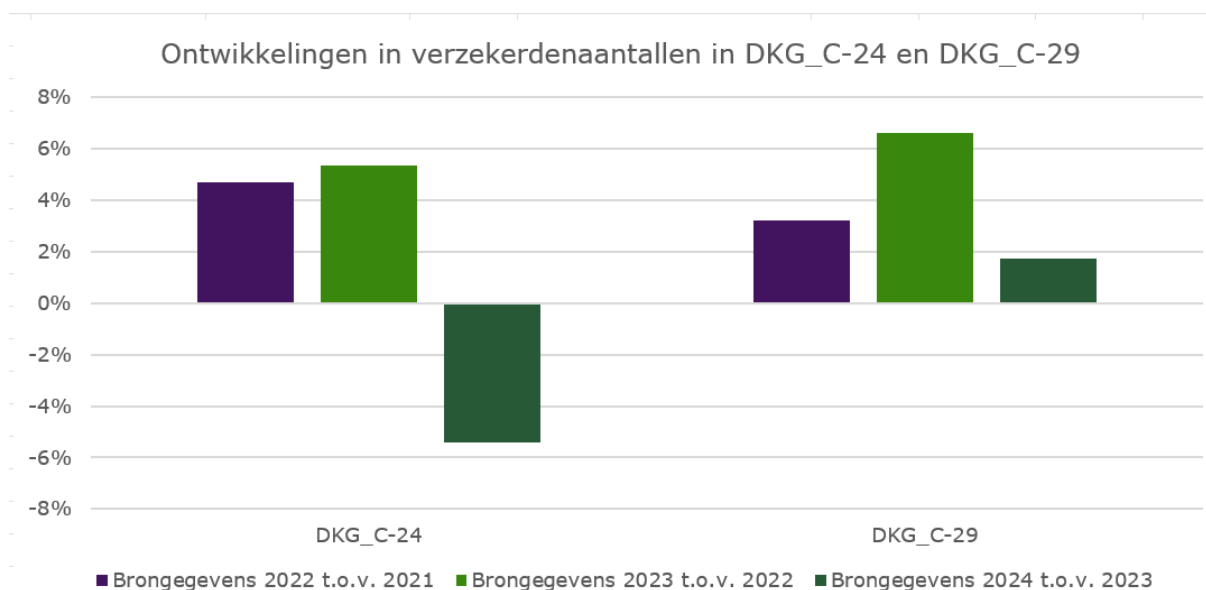
³² Zie GVS-advies weesgeneesmiddel tafamidis (Vyndaqel®) bij de behandeling van transthyretine-amyloidose met cardiomyopathie (ATTR-CM) | Advies | Zorginstituut Nederland

is er opnieuw geclusterd en zijn de GRZ DX-groepen komen te vervallen. Dit heeft geleid tot 32 DKG_C-klassen.

4.2.4.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

De ontwikkelingen in verzekerdenaantallen gebaseerd op gegevens 2024 t.o.v. 2023 zijn in lijn met de ontwikkelingen van 2023 t.o.v. 2022, behalve voor DKG_C-24 en DKG_C-29:

- DKG_C-24: Bij klasse DKG_C 24 zien we in 2024 een daling van -5% (-61 verzekerdenjaren) ten opzichte van een stijging van 5% (+ 58 verzekerdenjaren) in 2023. De verzekerdenaantallen in DKG_C-24 zijn erg klein, waardoor kleine veranderingen in aantallen snel leiden tot grote procentuele ontwikkelingen.
- DKG_C-29: Bij klasse DKG_C 29 zien we in 2024 een stijging van 2% (+53 verzekerdenjaren) ten opzichte van een stijging van 7% (+186 verzekerdenjaren) in 2023. Deze klasse gaat enkel om patiënten met Leukemie. De verzekerdenaantallen in DKG_C-29 zijn erg klein, waardoor kleine veranderingen in aantallen snel leiden tot grote procentuele ontwikkelingen.



4.2.4.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

We passen voor DKG_C in principe de reguliere ramingsmethodiek toe met gebruikelijke trendfactoren. In de VR2027 maken we hierop een uitzondering voor de klassen DKG_C 24 en DKG_C 29. Vanwege de zeer kleine aantallen in combinatie met de instabiele trend passen we voor de VR2027 geen trend toe op deze twee klassen.

4.2.4.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

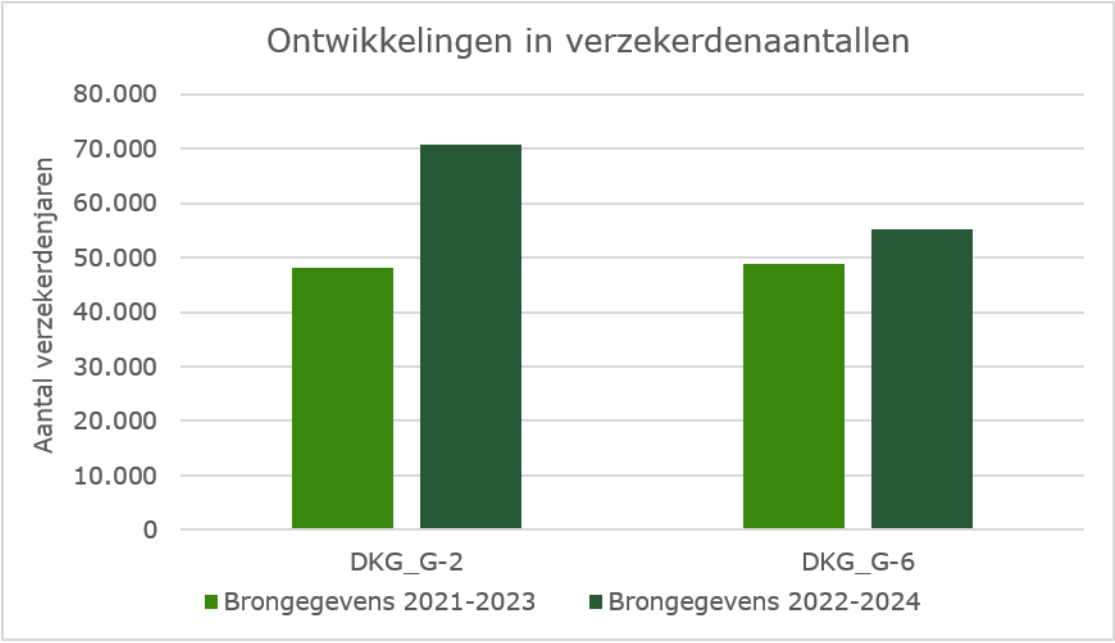
Bij DKG_C wordt de ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten veroorzaakt door de ramingselementen bevolkingsontwikkeling, zorginhoudelijke trend en populatieverloop. Bij het kenmerk DKG_C worden voornamelijk ongezonde verzekerden ingedeeld. De sterfte bij DKG_C is daarom ook hoog. Bij 18 van de 32 DKG_C-klassen zien we een grote uitval door sterfte (>10%). Bij 3 van de 32 DKG_C-klassen zien we een grote ingroei door geboorte. Bij DKG_C-15 zien we bijvoorbeeld bijna een verdubbeling in verzekerdenaantallen bij ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten. De klasse DKG_C-15 bestaat volledig uit een Dx-groep voor nieuwgeborenen. Nieuwgeborenen hebben op basis van de kenmerkindeling gemiddeld een weging van 0.5, maar in de VR2027 een weging van 1. De stijging in DKG_C-15 is dus volledig toe te schrijven ten gevolge van nieuwgeborenen.

4.2.5 DKG_G

4.2.5.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

De kenmerkindeling van DKG_G maakt voor modeljaar 2027 ex ante gebruik van gegevensjaar 2024, 2023 en 2022 (brongegevens 2024). Dit houdt in dat ex ante voor het eerst volledig gebruik

wordt gemaakt van ZPM-gegevens. Vorig jaar gebruikten we 2 ZPM-gegevensjaren (2023 en 2022) en één naar ZPM geconverteerd DBC-gegevensjaar (2021). Als gevolg van deze overgang bij gebruik van de recentere brongegevens, zijn bij twee kenmerkklassen grote wijzigingen zichtbaar. Het gaat hier om een sterke toename van het aantal verzekerdenjaren in DKG_G-2 van 47% en in DKG_G-6 van 13% (zie Figuur 17). Voor de overige kenmerkklassen zijn de ontwikkelingen relatief klein: het gaat hier om wijzigingen die absoluut kleiner zijn dan 100 verzekerdenjaren en/of relatief kleiner dan 6%. Alle ontwikkelingen zijn verklaarbaar door veranderingen in de brongegevens.



Figuur 17: Het aantal verzekerdenjaren neemt voor DKG_G-2 en DKG_G-6 sterk toe door gebruik van brongegevens 2022-2024

DKG_G-2

Ten opzichte van brongegevens 2023 stijgt het aantal verzekerdenjaren in DKG_G-2 met 22.630 (+47%). DKG_G-2 bestaat uit drie combinaties in diagnose- en zorggebruikcategoriegén. Met name de combinatie tussen korte dbc's (diagnosecategorie 9) en herhaald ambulant (zorggebruikcategorie 8 en 9) leidt tot de stijging in DKG_G-2 (zie Tabel 9). Hierbij neemt het aantal verzekerden toe met respectievelijk 541 en 23.279.

Tabel 9: Verschil in verzekerdenaantal in DKG_G-2 door update brongegevens van 2021-2023 naar 2022-2024

Diagnosecategorie	Zorggebruikcategorie		Totaal
	8:Herhaald ambulant met 1-3.000 behandelminuten	9:Herhaald ambulant met >3.000 behandelminuten	
3: Schizofrenie	0	-1.792 (-9%)	-1.792 (-9%)
9: Korte dbc's	541 (+147%)	23.729 (+82%)	24.270 (+83%)
Totaal	541 (+147%)	21.937 (+45%)	22.478 (46%)

Het aantal zorgtrajecten is, samen met de ambulante behandelduur, bepalend voor indeling in de zorggebruikcategoriegén 8 t/m 11. De vereiste behandelduur is gelijk in categoriegén 8 en 10 (≥ 3.000 minuten), en 9 en 11 (< 3.000 minuten). Categoriegén 8 en 9 vereisen hetzelfde minimum van drie zorgtrajecten; categoriegén 10 en 11 hebben geen minimumeis voor aantal zorgtrajecten. Een toename in het gemiddelde aantal zorgtrajecten per persoon betekent dus een verschuiving van zorggebruikcategorie 10 naar 8 en van 11 naar 9.

Het aantal verzekerden in zorggebruikcategorieg 8 en 9 is voor alle diagnosecategorieg sterk toegenomen door het gebruik van recentere brongegevens (+10%). Dit heeft voornamelijk een administratieve oorzaak, te wijten aan de overgang naar het ZPM. Voor herhaald ambulant zijn 3 zorgtrajecten in gegevensjaren T-1, T-2 en/of T-3 noodzakelijk.³³ In 2021 (en eerder) leiden behandelingen in de basis-ggz niet tot het equivalent van een zorgtrajectnummer: dit werd daarom niet meegeteld bij het aantal zorgtrajecten. Door de invoering van het ZPM zijn de bekostigingsschotten tussen basis-ggz en specialistische ggz weggefallen. Basis-ggz wordt in het ZPM via dezelfde prestaties gedeclareerd als de specialistische ggz en heeft wel een zorgtrajectcode: het wordt daarom meegeteld bij het aantal zorgtrajecten. Verzekerden in diagnosecategorieg 9 maken (in T-2) relatief vaak gebruik van de basis-ggz ten opzichte van andere diagnosegroepen.³⁴ Het gemiddeld aantal zorgtrajecten per verzekerde in diagnosecategorieg 9 stijgt hierdoor van 0,55 in gegevensjaar 2021 (brongegevens 2023) naar 1,13 in gegevensjaar 2022 (brongegevens 2024)³⁵. Het komt hierdoor vaker voor dat verzekerden in diagnosecategorieg 9 in totaal 3 of meer zorgtrajecten hebben.

De verschuiving in zorggebruikcategorieg resulteert voor diagnosecategorieg 3 en 9 in een verschuiving van DKG_G-1 naar DKG_G-2. In klasse 1 van DKG_G neemt het aantal verzekerden met diagnosecategorieg 9 en zorgcategorieg 10 of 11 af met 21.270. In DKG_G-1 daalt het totale aantal verzekerden met 1% (-4.704 verzekerdenjaren), doordat de afname in diagnosecategorieg 9 grotendeels teniet wordt gedaan door een toename bij diagnosecategorieg 7 (3 jaar achtereen een diagnose) en zorggebruikcategorieg 9. Deze laatste stijging komt voornamelijk door een toename in het totale aantal verzekerden in diagnosecategorieg 7, van 27%. Het gaat hier om verzekerden die 3 jaar op rij een diagnose hebben³⁶. Tussen 2021 en 2024 is de prevalentie van diagnoses die tot indeling in diagnosecategorieg 7 kunnen leiden sterk toegenomen. Hierbij vallen met name de diagnoses 'Depressieve stemmingsstoornissen' en 'Angststoornissen' op. Tussen 2021 en 2022 is het aantal verzekerden met een declaratie voor een van deze diagnoses toegenomen met ongeveer 26%. Dit heeft vermoedelijk met de overgang naar het Zorgprestatiemodel te maken³⁷. Deze diagnoses leiden in T-1 tot indeling in diagnosecategorieg 8. Als deze verzekerden ook in T-2 en T-3 een diagnose hebben binnen de ggz, worden zij in plaats van in diagnosecategorieg 8, in diagnosecategorieg 7 ingedeeld: de laagste diagnosecategorieg telt immers. Hierdoor is het plausibel dat het aantal verzekerden in diagnosecategorieg 7 stijgt wanneer gegevensjaar 2024 wordt gebruikt in plaats van 2021.

DKG_G-6

Ten opzichte van brongegevens 2023 stijgt het aantal verzekerdenjaren in DKG_G-6 met 6.204 (13%). Dit komt hoofdzakelijk door een toename van het aantal verzekerden in zorggebruikcategorieg 8 (herhaald ambulant, met 3.000 minuten of meer) van 6.230 verzekerden in alle relevante diagnosecategorieg binnen deze kenmerkklass (zie Tabel 10).

Tabel 10: Verschil in verzekerdenaantallen in DKG_G-6 door update brongegevens van 2021-2023 naar 2022-2024.

Diagnose-categorie	Zorggebruikcategorie				Totaal
	3: Intramuraal 1-28 verblijfsdagen in T-1	5: Intramuraal 1-252 verblijfsdagen in T-2 en/of T-3	6: Crisiszorg	8: Herhaald ambulant met >3000 behandelminuten	

³³ Hierbij wordt het aantal unieke zorgtrajecten per gegevensjaar bij elkaar opgeteld. Een zorgtrajectnummer dat in alle drie de gegevensjaren gebruikt wordt, wordt geteld als 3 zorgtrajecten (en niet als één). Dit is vergelijkbaar met de manier waarop zorgtrajecten werkten in de DBC-systematiek.

³⁴ Dit komt doordat bij alle declaraties voor basis-ggz de diagnosecode gelijk is aan '00000', hetgeen tot indeling in diagnosecategorieg 9 leidt.

³⁵ Als wij in gegevensjaar 2021 corrigeren voor basis-ggz-gebruik, stijgt het gemiddeld aantal zorgtrajecten per verzekerde naar 1,12. Deze correctie houdt in dat voor verzekerden die in 2021 van basis-ggz gebruik maakten ook een zorgtraject wordt gerekend.

³⁶ Een geregistreeerde diagnose voor schizofrenie; middel gerelateerde en verslavingsstoornissen; neurocognitieve stoornissen of een onbekende diagnose tellen hierbij niet mee.

³⁷ Tussen 2022 en 2024 is de prevalentie van Depressieve stemmings- en angststoornissen slechts beperkt toegenomen (+2,4%).

1: Verslaving	0	171 (+2%)	150 (+6%)	0	321 (+3%)
2: Eetstoornis	0	-26 (-5%)	0	0	-26 (-5%)
5: Persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	940 (+9%)	940 (+9%)
6: Pervasief	0	0	0	994 (+19%)	994 (+19%)
7: 3 jaar achtereen een diagnose	0	0	0	3.496 (+28%)	3.496 (+28%)
8: Lage kosten DBC's	-287 (-8%)	0	0	800 (+12%)	513 (+5%)
Totaal	-287 (-8%)	145 (+2%)	150 (+6%)	6.230 (+18%)	6.238 (+13%)

Met name diagnosecategorie 7 (3 jaar achtereen een diagnose) valt hierbij op, met een stijging van 3.496 verzekerden (+28%). Deze toename komt waarschijnlijk door de overgang naar het ZPM en de toename in prevalentie van de diagnoses Angst- en Depressieve stemmingsstoornissen (zie: DKG_G-2). De algemene toename voor zorggebruikscategorie 8 komt deels door een administratieve toename in het aantal zorgtrajecten door gebruik van gegevensjaar 2024 i.p.v. 2021 (zie: DKG_G-2) en deels door een algemene toename in het gebruik van ambulante zorg met 3.000 minuten of meer. Dit laatste impliceert dat zorgtrajecten in gegevensjaar 2024 vaker langer dan 3.000 minuten duren dan in gegevensjaar 2023, hetgeen zichtbaar is in de brondata: het gemiddeld aantal minuten per zorgtraject neemt in 2024 toe met 8,1%³⁸.

4.2.5.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Het gebruik van recentere brongegevens leidt voor een aantal DKG_G-klassen tot grote ontwikkelingen. Dit komt doordat voor het eerst ex ante volledig gebruik wordt gemaakt van ZPM-gegevens. De invoering van het Zorgprestatiemodel resulteert in dermate grote onzekerheid dat het onwaarschijnlijk is dat de trend van brongegevens 2023 op 2024 representatief is voor de ontwikkelingen in DKG_G in de ex post situatie (met name voor DKG_G-2 en DKG_G-6). Om deze reden wordt er voor model 2027, net als bij de VR2026, geen trendfactoren toegepast bij DKG_G.

4.2.5.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

Bij DKG_G wordt de ontwikkeling tussen kenmerkindex en ramingsuitkomsten veroorzaakt door de ramingselementen bevolkingsontwikkeling en populatieverloop. Er is voor DKG_G geen trend toegepast, dus de verschillen tussen kenmerkindex en ramingsuitkomsten ontstaan alleen door de ramingselementen populatieverloop en bevolkingsgroei. De verschillen zijn daarom ook klein: tussen de +0,4% en -3,3%. Het kenmerk DKG_G kent een beperkte uitval door sterfte. Deze ontwikkelingen zijn vergelijkbaar met de ontwikkelingen bij de VR2026.

4.3 Kostenkenmerken

Kostenkenmerken zijn vereveningskenmerken waarbij verzekerden volgens de modeldefinitie worden ingedeeld in landelijke percentielen op basis van hun (gesommeerde) kosten in T-1 en eerder. Voor de raming van kostenkenmerken gebruiken we de meest recente kostengegevens (KPV voorlopig 2024) en populatiegegevens (PER 2026). In de raming houden we rekening met populatieverloop, bevolkingsontwikkeling en eventueel beleidswijzigingen.

- Voor MVV_C en HHK_C borgen we in de ramingsmethodiek dat de raming aansluit bij de modeldefinitie, waarbij de top X% verzekerden wordt ingedeeld in positieve klassen. In deze methodiek zit sterfte en bevolkingsgroei verwerkt.
- Voor MHK_C en MHK_G wordt in de raming afgestemd op OT-prevalenties, waarmee wordt gecorrigeerd voor het effect van beleidswijzigingen. Vervolgens passen we hierop nog een sterftecorrectie toe. Daarnaast doen we een ophoging naar de MVR 2027.

³⁸ Mogelijk komt dit deels door de registratie van groepsconsulten: deze worden vanaf 2024 per 15 minuten gedeclareerd in plaats van per 30 minuten. Bij de telling van het aantal minuten per persoon wordt gekeken naar zowel de directe als de indirecte tijd, gecompenseerd voor groepsgrootte. Het gemiddeld aantal minuten per persoon per groepsconsult neemt door deze registratiewijziging toe met circa 5,4%.

Plausibiliteitstoets kostenkenmerken

Voor MVV_C en HHK_C (kostenkenmerken gebaseerd op modeldefinitie, gecorrigeerd voor sterfte) doen we de volgende toetsen:

- **Toets A:** Het percentage verzekerden dat is ingedeeld in de positieve MVV/HHK-klassen is gelijk voor de uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2³⁹. Dit vanwege het gebruik van de modeldefinitie van HHK_C en MVV_C in de raming.
- **Toets B:** Verschillen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 zijn verklaarbaar door bevolkingsgroei.
- **Toets C:** Het percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve MVV/HHK-klassen, gecorrigeerd voor sterfte, is stabiel.
- **Toets D:** Het verschil in uitkomst VR2027 en kenmerkindeling T-2 voor de klasse MVV_C-9 is verklaarbaar door de toegepaste trend.

Voor MHK_C en MHK_G (kostenkenmerken waarbij we in de raming afstemmen op OT-prevalenties) doen we de volgende toetsen:

- **Toets A:** De ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten is verklaarbaar door afstemming op OT-prevalenties en toegepaste sterftecorrecties.

4.3.1 MVV_C

4.3.1.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

De modeldefinitie voor de MVV_C-klassen 1 t/m 8 is dat de top X% verzekerden wordt ingedeeld in de MVV_C-klassen 1 t/m 8. Het aantal verzekerdenjaren in de MVV_C-klassen 1 t/m 8 groeit licht mee met bevolkingsgroei. Het aantal verzekerdenjaren in de MVV_C-klassen 1 t/m 8 op basis van kostengegevens 2024 is daarom licht gestegen ten opzichte van het aantal verzekerdenjaren in de MVV_C-klassen 1 t/m 8 op basis van kostengegevens 2023.

Uitzondering hierop is de klasse MVV_C-9, doordat de modeldefinitie van deze klasse afwijkt met een leeftijdsgroep binnen de top X%-groep. Bij MVV_C-9 (Aantal verzekerden *onder de 18* in de top 0,25%) zien we het aandeel verzekerden onder de 18 binnen de groep "totaal aantal verzekerden in de top 0,25" dalen (-1%). Deze dalende trend is in overeenstemming met eerdere jaren.

De kenmerkindeling in MVV_C gaat op basis van drempelbedragen voor de top X% verzekerden met kosten voor verpleging en verzorging. Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2022 tot en met 2024 weer voor de VR2027. Voor MVV_C-1 t/m 3 en MVV_C-8 zien we van 2024 op 2023 een lichte stijging in drempelbedragen. Voor MVV_C-4 t/m 7 zien we dat de drempelbedragen van 2024 op 2023 juist iets dalen.

Tabel 11: Drempelbedragen MVV_C.

Jaar	Top 3,5%	Top 3%	Top 2,5%	Top 2%	Top 1,5%	Top 1%	Top 0,5%	Top 0,25%	Top 0,25% 18-
2022	€850	€1.378	€2.180	€3.652	€6.771	€13.218	€27.177	€41.236	€16.147
2023	€905	€1.459	€2.266	€3.710	€6.712	€12.876	€26.579	€40.532	€16.826
2024	€929	€1.483	€2.289	€3.691	€6.547	€12.604	€26.408	€41.202	€17.261

4.3.1.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Per model 2027 is de ramingsmethodiek voor MVV_C aangepast, zie ook Bijlage 2. In de raming van model 2026 en eerder was het uitgangspunt om individuele verzekerden zo logisch mogelijk in te delen. Hiervoor waren meerdere complexe correcties nodig. Daarnaast borgde deze methodiek niet dat de landelijke aantallen aansluiten op de modeldefinitie voor de MVV_C-klassen 1 t/m 8. In de aangepaste ramingsmethodiek voor MVV_C-klassen 1 t/m 8 is het uitgangspunt de modeldefinitie van MVV_C-klassen 1 t/m 8, namelijk dat op basis van kostengegevens T-1 de top X% van de totale bevolking wordt ingedeeld in de MVV_C-klassen 1 t/m 8. Hierbij wordt

³⁹ Indeling in MVV/HHK op basis van kostengegevens T-3, na aankoppeling van PKB T-2.

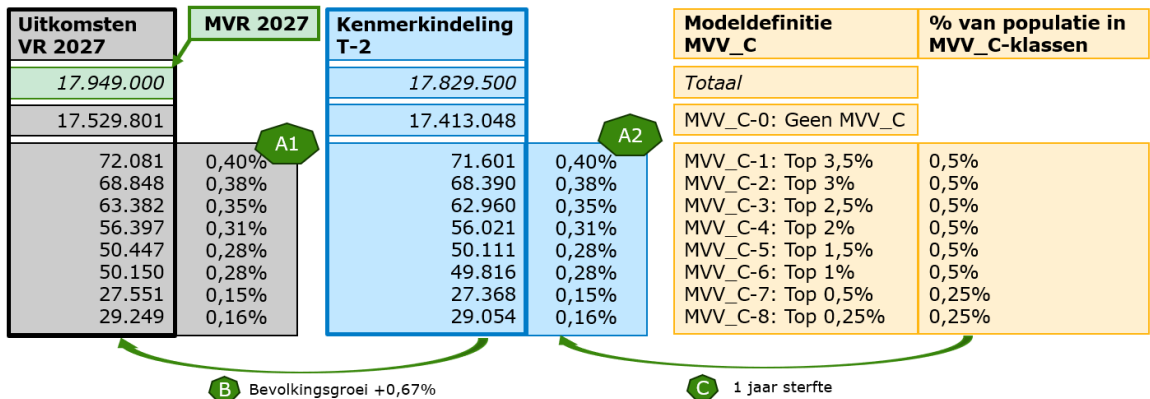
gecorrigeerd voor sterfte in de ex post situatie⁴⁰. De MVV_C-klasse 9 is hierin een uitzondering. Bij de klasse MVV_C-9 wordt een trend toegepast om rekening te houden met het aandeel verzekerden onder de 18 dat kosten heeft voor verpleging en verzorging in de top 0,25%. Omdat de ontwikkeling van kostengegevens 2024 naar kostengegevens 2026 in de raming voor MVV_C moet worden overbrugd, wordt tweemaal de trend van 2023 op 2024 gebruikt.⁴¹

4.3.1.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De uitkomsten VR2027 voor MVV_C zijn plausibel en verklaarbaar door het totale bevolkingsaantal (MVR 2027) en de modeldefinitie voor MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte. Om de plausibiliteit van de uitkomsten VR2027 te bepalen, zijn de volgende plausibiliteitstoetsen gedaan:

- **Toets A:** Het percentage verzekerden dat is ingedeeld in de MVV_C-klassen 1 t/m 8 is gelijk voor de uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2.
- **Toets B:** Verschillen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 zijn verklaarbaar door bevolkingsgroei (behalve voor MVV_C-9).
- **Toets C:** Het percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve MVV_C-klassen, gecorrigeerd voor sterfte, is stabiel.
- **Toets D:** Het verschil in uitkomst VR2027 en kenmerkindeling T-2 voor de klasse MVV_C-9 is verklaarbaar door de toegepaste trend.

Voor de uitkomsten van toets A, B en C, zie ook Figuur 18.



Figuur 18: De uitkomsten van de VR2027 voor MVV_C zijn verklaarbaar door bevolkingsaantal (MVR 2027) en de modeldefinitie voor MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte.

Toets A: Het percentage verzekerden dat is ingedeeld in de positieve MVV_C-klassen is gelijk voor de uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2.

In de raming van MVV_C is het uitgangspunt de modeldefinitie van MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte. Er wordt rekening gehouden met sterfte door aankoppeling van het PKB 2025 aan de kenmerkindeling in MVV_C op basis van kostengegevens 2024 (Kenmerkindeling T-2). Hierdoor zien we 1 jaar uitval door sterfte, representatief voor de ex post situatie. Vervolgens wordt het percentage van de (na sterfte overgebleven) verzekerden per positieve MVV_C-klassen berekend, daarmee is dit percentage dus gecorrigeerd voor sterfte. De modeldefinitie van MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte (A2), wordt toegepast op het bevolkingsaantal (MVR 2027) om het aantal verzekerden per positieve MVV_C-klasse te berekenen. Het percentage verzekerden dat is ingedeeld in de positieve MVV_C-klassen moet daarom gelijk zijn voor de uitkomsten VR2027 (A1) en kenmerkindeling T-2 (A2). Dit is het geval, zie Figuur 18.

Toets B: Verschillen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 zijn verklaarbaar door bevolkingsgroei.

In de raming voor MVV_C wordt de modeldefinitie gehanteerd, waarbij de top X% verzekerden wordt ingedeeld gecorrigeerd voor sterfte. Verschillen in verzekerdenaantallen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 worden daarom verklaard door de totale bevolkingsgroei van PKB

⁴⁰ De uitkomst van de VR2027 is de som van de gewichten van verzekerden per MVV_C-klasse. In de VR krijgen verzekerden in de positieve MVV_C-klassen een gewicht mee om uit te komen op de modeldefinitie van MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte.

⁴¹ Bij MVV_C-9 is de toegepaste trend gecorrigeerd voor sterfte door de trend van kostengegevens 2023 naar kostengegevens 2024 te nemen na aankoppeling van het PKB T+1.

2025 naar MVR 2027. Het procentuele verschil in verzekerdenaantallen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 is daarom voor alle MVV_C-klassen hetzelfde.⁴² Dit is het geval. Het verschil in verzekerdenaantallen tussen kenmerkindeling T-2 en uitkomst VR2027 is voor alle MVV_C-klassen +0,67% en wordt verklaard door bevolkingsgroei van PKB 2025 naar de MVR 2027, zie Figuur 18.

Toets C: Het percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve MVV_C-klassen, gecorrigeerd voor sterfte, is stabiel.

In de raming van MVV_C is het uitgangspunt de modeldefinitie van MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte. Hiervoor wordt de aanname gemaakt dat uitval na sterfte voor kostengegevens 2024 na aankoppeling met het PKB 2025 gelijk is aan de uitval na sterfte in de ex post situatie. Ex post is de uitval na sterfte gelijk aan de sterfte van kostengegevens 2026 na aankoppeling van verzekerden uit het PKB 2027. De aanname dat uitval na sterfte voor kostengegevens 2024 na aankoppeling met het PKB 2025 gelijk is aan uitval door sterfte in de ex post situatie wordt getoetst door te kijken of sterfte stabiel is over de jaren.

Tabel 12 laat het percentage verzekerden per positieve MVV_C-klasse zien na aankoppeling van het PKB voor de populatie van een jaar later ten opzichte van de kostengegevens 2024, 2023 en 2022 respectievelijk. Het percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve MVV_C-klassen na aankoppeling van het PKB (dus na sterftecorrectie) ligt logischerwijs lager dan de modeldefinitie van MVV_C, zie Figuur 18. Het percentage verzekerden per positieve MVV_C-klassen na aankoppeling van het PKB is stabiel over de jaren. Op basis hiervan verwachten we dat de uitval door sterfte voor kostengegevens 2024 na aankoppeling met het PKB 2025 representatief is voor de uitval door sterfte in de ex post situatie.

Tabel 12: Percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve MVV_C-klassen, na aankoppeling van het PKB.

Kostengegevens PKB	2024 2025	2023 2024	2022 2023
MVV_C_1	0,40%	0,40%	0,40%
MVV_C_2	0,38%	0,38%	0,38%
MVV_C_3	0,35%	0,35%	0,35%
MVV_C_4	0,31%	0,31%	0,31%
MVV_C_5	0,28%	0,28%	0,28%
MVV_C_6	0,28%	0,28%	0,27%
MVV_C_7	0,15%	0,15%	0,15%
MVV_C_8	0,16%	0,16%	0,15%

Toets D: Het verschil in uitkomst VR2027 en kenmerkindeling T-2 voor de klasse MVV_C-9 is verklaarbaar door de toegepaste trend.

Het verschil tussen de verzekerdenaantallen in de kenmerkindeling op basis brongegevens 2024 met uitkomsten van de VR2027 voor de klasse MVV_C-9 is goed verklaarbaar door de toegepaste trend (-2%).⁴¹

4.3.2 HHK_C

4.3.2.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

De modeldefinitie van HHK_C is dat de top X% verzekerden wordt ingedeeld in de positieve klassen. Het aantal verzekerdenjaren in de positieve klassen van HHK_C groeit licht mee met de bevolkingsgroei. Het aantal verzekerdenjaren per HHK_C-klasse op basis van kostengegevens 2024 is daarom licht gestegen ten opzichte van het aantal verzekerdenjaren per HHK_C-klasse op basis van kostengegevens 2023.

⁴² De bevolkingsgroei is voor alle MVV_C-klassen hetzelfde, ondanks dat de leeftijdsamenstelling en (daarmee de bevolkingsontwikkeling) per MVV_C-klasse kan verschillen. Dit komt doordat we in de raming van MVV_C herschalen naar de modeldefinitie van MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte.

De kenmerkindeling van HHK_C is op basis van drempelbedragen voor de top X% verzekerden met hulpmiddelenkosten. Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2022 tot en met 2024 weer voor de VR2027. De drempelbedragen stijgen geleidelijk over de jaren, wat inhoudt dat verzekerden met hulpmiddelenkosten gemiddeld hogere hulpmiddelenkosten hebben ten opzichte van eerdere jaren. We zien ook dat de gemiddelde kosten per gebruiker stijgen met gemiddeld ongeveer €40.

Tabel 13: Drempelbedragen HHK_C.

Jaar	top 9%	top 3%	top 1%	top 0,5%	top 0,2%	top 0,1%
2022	553	2.053	5.836	8.930	15.223	19.168
2023	597	2.134	6.105	9.262	15.779	20.835
2024	655	2.264	6.357	9.840	16.717	21.415

4.3.2.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

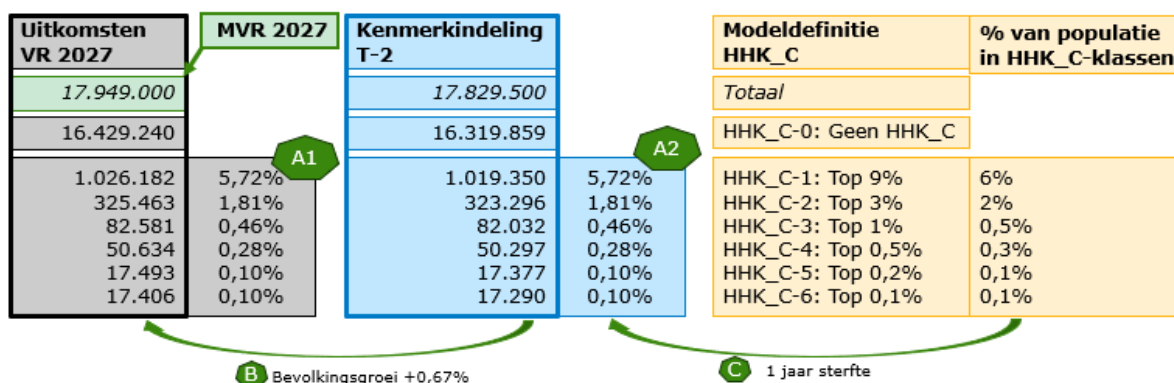
Per model 2027 is de ramingsmethodiek voor HHK_C aangepast, zie ook Bijlage 2. In de raming van model 2026 en eerder was het uitgangspunt om verzekerden zo logisch mogelijk in te delen. Hiervoor waren meerdere complexe correcties nodig. Daarnaast borgde deze methodiek niet dat de landelijke aantallen aansluiten op de modeldefinitie van HHK_C. In de aangepaste ramingsmethodiek voor HHK_C is het uitgangspunt de modeldefinitie van HHK_C, namelijk dat op basis van kostengegevens T-1 de top X% van de totale bevolking wordt ingedeeld in de positieve klassen. Hierbij wordt gecorrigeerd voor sterfte in de ex post situatie.⁴³

4.3.2.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De uitkomsten van de VR2027 voor HHK_C zijn plausibel en verklaarbaar door het totale bevolkingsaantal (MVR 2027) en de modeldefinitie voor HHK_C, gecorrigeerd voor sterfte. Om de plausibiliteit van de uitkomsten VR2027 te bepalen, zijn de volgende plausibiliteitstoetsen gedaan:

- **Toets A:** Het percentage verzekerden dat is ingedeeld in de positieve HHK_C-klassen is gelijk voor de uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2.
- **Toets B:** Verschillen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 zijn verklaarbaar door bevolkingsgroei.
- **Toets C:** Het percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve HHK_C-klassen, gecorrigeerd voor sterfte, is stabiel.

Zie ook Figuur 19.



Figuur 19: De uitkomsten van de VR2027 voor HHK_C zijn verklaarbaar door het bevolkingsaantal (MVR 2027) en de modeldefinitie voor HHK_C, gecorrigeerd voor sterfte.⁴⁴

Toets A: Het percentage verzekerden dat is ingedeeld in de positieve HHK_C-klassen is gelijk voor de uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2.

⁴³ In de VR krijgen verzekerden in de positieve HHK_C-klassen een gewicht mee om uit te komen op de modeldefinitie van HHK_C, gecorrigeerd voor sterfte. De uitkomst van de VR2027 is de som van de gewichten van verzekerden per HHK_C-klasse.

⁴⁴ De uitkomsten VR2027 in Figuur 19 zijn gelijk aan stap 5 in Figuur 31 uit Bijlage 2. De Kenmerkindeling T-2 in Figuur 19 is gelijk aan stap 1 in Figuur 31 uit Bijlage 2.

In de raming van HHK_C is het uitgangspunt de modeldefinitie van HHK_C, gecorrigeerd voor sterfte. Er wordt rekening gehouden met sterfte door aankoppeling van het PKB 2025 aan de kenmerkindeling in HHK_C op basis van kostengegevens 2024 (Kenmerkindeling T-2). Hierdoor zien we 1 jaar uitval door sterfte, representatief voor de ex post situatie. Vervolgens wordt het percentage van de (na sterfte overgebleven) verzekerden per positieve HHK_C-klassen berekend, daarmee is dit percentage dus gecorrigeerd voor sterfte. De modeldefinitie van HHK_C, gecorrigeerd voor sterfte (A2), wordt toegepast op het bevolkingsaantal (MVR 2027) om het aantal verzekerden per positieve HHK_C-klasse te berekenen.⁴³ Het percentage verzekerden dat is ingedeeld in de positieve HHK_C-klassen moet daarom gelijk zijn tussen de uitkomsten VR2027 (A1) en kenmerkindeling T-2 (A2). Dit is het geval, zie Figuur 19.

Toets B: Verschillen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 zijn verklaarbaar door bevolkingsgroei.

In de raming voor HHK_C wordt de modeldefinitie gehanteerd, waarbij de top X% verzekerden wordt ingedeeld gecorrigeerd voor sterfte. Verschillen in verzekerdenaantallen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 worden daarom verklaard door de totale bevolkingsgroei van PKB 2025 naar MVR 2027. Het procentuele verschil in verzekerdenaantallen tussen uitkomsten VR2027 en kenmerkindeling T-2 is daarom voor alle HHK_C-klassen hetzelfde.⁴⁵ Dit is het geval. Het verschil in verzekerdenaantallen tussen kenmerkindeling T-2 en uitkomst VR2027 is voor alle HHK_C-klassen +0,67% en wordt verklaard door bevolkingsgroei van PKB 2025 naar de MVR 2027, zie Figuur 19.

Toets C: Het percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve HHK_C-klassen, gecorrigeerd voor sterfte, is stabiel.

In de raming van HHK_C is het uitgangspunt de modeldefinitie van HHK_C, gecorrigeerd voor sterfte. Hiervoor wordt de aanname gemaakt dat uitval na sterfte voor kostengegevens 2024 na aankoppeling met het PKB 2025 gelijk is aan de uitval na sterfte in de ex post situatie. Ex post is de uitval na sterfte gelijk aan de sterfte van kostengegevens 2026 na aankoppeling van verzekerden uit het PKB 2027. De aanname dat uitval na sterfte voor kostengegevens 2024 na aankoppeling met het PKB 2025 gelijk is aan uitval door sterfte in de ex post situatie wordt getoetst door te kijken of sterfte stabiel is over de jaren.

Tabel 14 laat het percentage verzekerden per positieve HHK_C-klasse zien na aankoppeling van het PKB voor de populatie van een jaar later ten opzichte van de kostengegevens 2024, 2023 en 2022 respectievelijk. Het percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve HHK_C-klassen na aankoppeling van het PKB (dus na sterftecorrectie) ligt logischerwijs lager dan de modeldefinitie van HHK_C, zie Figuur 19. Het percentage verzekerden per positieve HHK_C-klassen na aankoppeling van het PKB is stabiel over de jaren. Op basis hiervan verwachten we dat de uitval door sterfte voor kostengegevens 2024 na aankoppeling met het PKB 2025 representatief is voor de uitval door sterfte in de ex post situatie.

Tabel 14: Percentage verzekerden dat wordt ingedeeld in positieve HHK_C-klassen, na aankoppeling van het PKB.

Kostengegevens PKB	2024 2025	2023 2024	2022 2023
HHK_C-1	5,72%	5,69%	5,66%
HHK_C-2	1,81%	1,80%	1,78%
HHK_C-3	0,46%	0,46%	0,46%
HHK_C-4	0,28%	0,28%	0,28%
HHK_C-5	0,10%	0,10%	0,10%
HHK_C-6	0,10%	0,10%	0,09%

4.3.3 MHK_C

⁴⁵ De bevolkingsgroei is voor alle HHK_C-klassen hetzelfde, ondanks dat de leeftijdsamenstelling en (daarmee de bevolkingsontwikkeling) per MVV_C-klasse kan verschillen. Dit komt doordat we in de raming van MVV_C herschalen naar de modeldefinitie van MVV_C, gecorrigeerd voor sterfte.

4.3.3.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2022 tot en met 2024 weer voor de VR2027. Dit sluit aan bij bevindingen van het CBS: de zorguitgaven van 2022 naar 2023 waren met 7,5% gestegen⁴⁶ en de zorguitgaven van 2023 naar 2024 zijn met 8,1% gestegen.⁴⁷ Dat vertaalt zich in een vergelijkbare stijging van de drempelbedragen.

Tabel 15: Drempelbedragen MHK_C.

Jaar	top 30%	top 15%	top 10%	top 7%	top 4%	top 2%	top 1%	top 0,5%
2022	€ 1.129	€ 2.792	€ 4.320	€ 6.179	€ 10.726	€ 17.992	€ 28.875	€ 42.659
2023	€ 1.277	€ 3.090	€ 4.756	€ 6.782	€ 11.623	€ 19.278	€ 31.036	€ 46.043
2024	€ 1.434	€ 3.428	€ 5.258	€ 7.458	€ 12.555	€ 20.769	€ 33.335	€ 49.626

4.3.3.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Voor de VR2027 stemmen we, zoals gebruikelijk, af op prevalenties in de OT. Die prevalenties zijn gebaseerd op kostengegevens 2022 tot en met 2024. Omdat de OT-prevalenties nog geen uitval bevatten, wordt hier een sterftecorrectie op toegepast op basis van sterfte van 2024/2025. De OT-prevalenties gecorrigeerd voor sterfte komen nog niet uit op het bevolkingsaantal voor verzekerden uit de MVR 2027. Dit komt doordat de OT-prevalenties na sterfte nog uitgaan van populatie 2025 en niet het bevolkingsaantal uit de MVR 2027. Daarom worden de OT-prevalenties ook opgehoogd naar de MVR 2027.

Tabel 16 geeft de correctiefactoren van afstemming op de OT-prevalenties van MHK_C voor de VR2027 weer. Door deze afstemming wordt de raming van de positieve MHK_C-klassen bij de jongere leeftijdscategorieën naar beneden bijgesteld en bij de oudere leeftijdscategorieën naar boven bijgesteld. De correctiefactoren zijn veelal iets hoger dan de correctiefactoren die zijn toegepast in de VR2026.

Tabel 16: Correctiefactoren o.b.v. prevalenties van Gupta voor MHK_C.

	Ten minste 1 van de 3 keer in top 30%	2 keer in top 15%	3 keer in top 10%	3 keer in top 7%	3 keer in top 4%	3 keer in top 2%	3 keer in top 1,0%	3 keer in top 0,5%
Man 0-17	0,935	0,846	0,994	1,024	0,970	0,949	0,931	1,035
Man 18-29	0,947	0,942	0,855	0,949	0,957	0,904	0,808	1,044
Man 30-44	1,014	0,995	0,995	1,032	0,943	0,957	0,920	0,995
Man 45-59	1,010	1,023	0,983	0,996	0,895	0,958	1,014	0,994
Man 60-74	1,021	1,041	0,989	0,991	0,969	1,019	1,035	1,079
Man 75+	0,998	1,029	1,004	1,007	1,002	1,034	0,960	1,235
Vrouw 0-17	0,939	0,879	1,033	1,035	0,970	0,953	0,910	0,981
Vrouw 18-29	0,974	0,984	0,908	0,986	1,013	0,937	0,937	0,863
Vrouw 30-44	1,000	1,000	0,964	0,975	1,019	0,967	0,960	0,911
Vrouw 45-59	0,995	0,992	0,969	0,933	0,964	0,956	0,903	0,969
Vrouw 60-74	1,014	1,028	0,993	0,976	0,970	1,006	1,043	1,058
Vrouw 75+	0,989	1,010	0,977	0,968	0,980	0,990	0,952	1,156

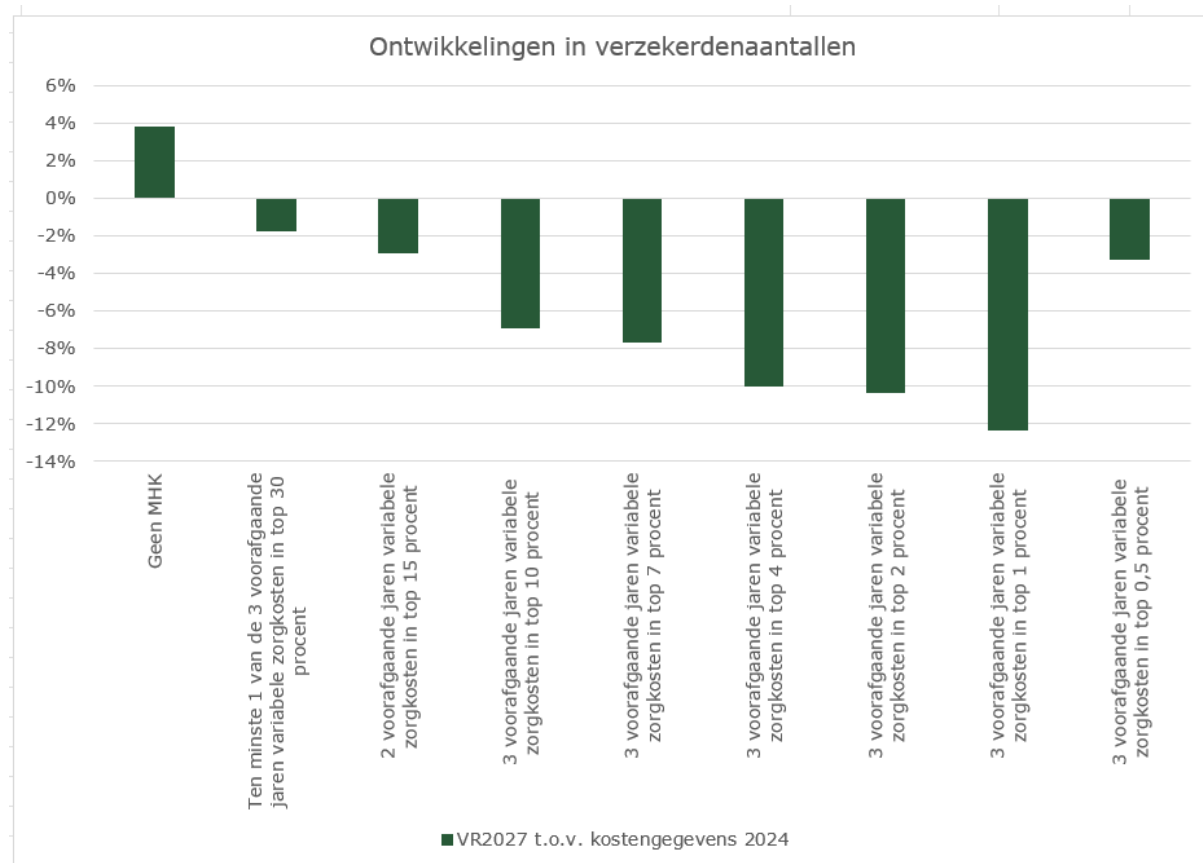
4.3.3.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

Voor MHK_C vergelijken we de ontwikkeling tussen kenmerkindeling en ramingsuitkomsten. Figuur 20 laat het verschil zien tussen de verzekerdenaantallen in kenmerkindeling en ramingsuitkomsten in de VR2027 per MHK_C-klasse. Het kenmerk MHK_C is gebaseerd op kostengegevens T-1. Met name in de hogere positieve klassen van het kenmerk MHK_C worden voornamelijk ongezonde verzekerden ingedeeld. De sterfte in deze klassen is daardoor hoog. In Figuur 20 zien we dan ook

⁴⁶ Zie 9. Ontwikkeling uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg 2022 en 2023 | CBS

⁴⁷ Zie Uitgaven gezondheidszorg stegen in 2024 met 8,1 procent | CBS

bij de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomst een effect van uitval door sterfte in de hogere MHK_C-klassen. Voor MHK_C wordt een reguliere bijraming toegepast waarbij nieuw verzekerden worden ingedeeld, een sterftecorrectie wordt toegepast en wordt opgehoogd naar de MVR. Daarnaast wordt afgestemd op OT-prevalenties (gecorrigeerd voor sterfte). De afstemming op OT-prevalenties heeft relatief beperkte impact in de meeste klassen. De impact van de verschillende ramingsstappen is vergelijkbaar met de impact die we zagen in VR2026.



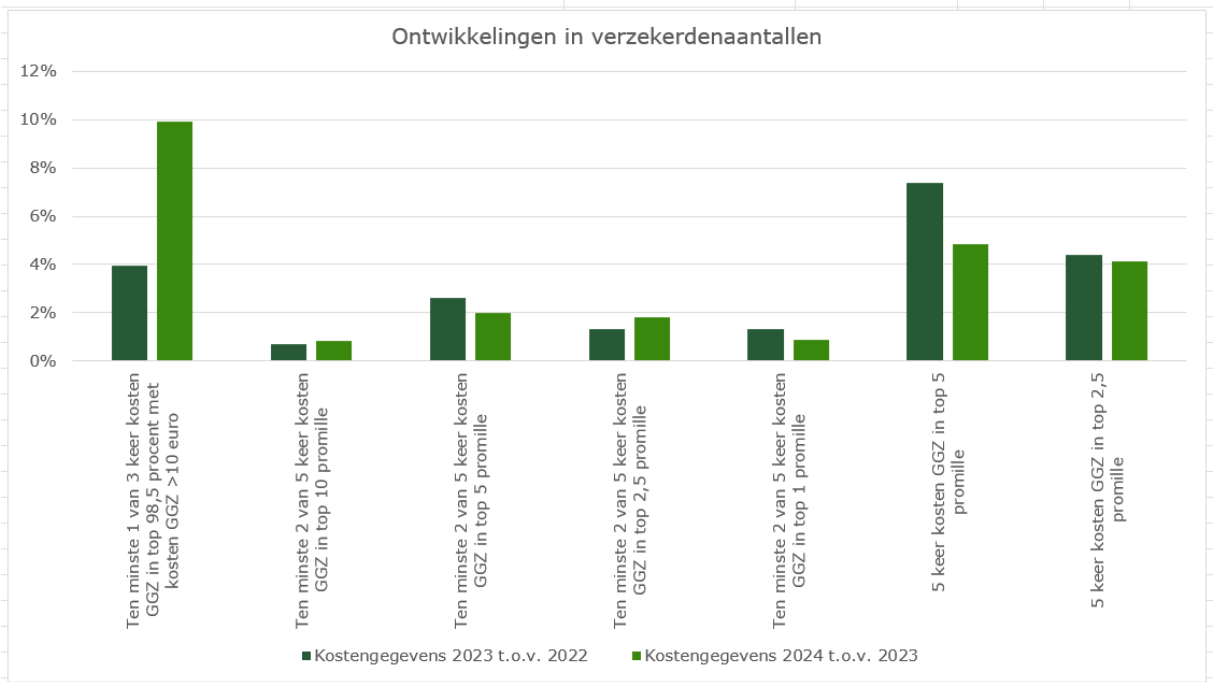
Figuur 20: Impact van de raming op verzekerdantaallen in MHK_C het grootste voor de hogere MHK_C-klassen.

4.3.4 MHK_G

4.3.4.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

Het kenmerk MHK_G is gebaseerd op de top X% promille kosten in de afgelopen 3 tot 5 jaar. Ex ante zijn voor MHK_G kostengegevens 2020 t/m 2024 gebruikt. Voor de gegevensjaren 2020 en 2021 worden de kosten voor langdurige GGZ meegenomen in de MHK_G-indeling in verband met de invoering van het ZPM.

De totale groep van verzekerden met GGZ-kosten in 2024 is gestegen ten opzichte van 2023. Daarnaast stijgen ook de gemiddelde kosten per GGZ-gebruiker (met ongeveer €350). Hierdoor zien we dat het aantal verzekerdenjaren dat wordt ingedeeld bij een positieve MHK_G-klasse op basis van kostengegevens 2024 t.o.v. kostengegevens 2023 stijgt met 9%. Deze stijging is voornamelijk terug te zien in MHK_G-1. Dit is volgens verwachting omdat dit verreweg de grootste groep is (verzekerden met ten minste 1 keer kosten in de top 98,5%). De ontwikkelingen in de overige MHK_G-klassen zijn vergelijkbaar met de ontwikkeling van vorig jaar, zie Figuur 21.



Figuur 21: Ontwikkelingen in verzekerdenaantallen in MHK_G-1 t/m 7 zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

Onderstaande tabel geeft de drempelbedragen voor 2020 tot en met 2024 weer voor de VR2027. De drempelbedragen voor 2024 zijn gestegen ten opzichte van de drempelbedragen voor 2023. Voor alle hoge klassen stijgen de drempelbedragen met 6% tot 9% als gevolg van de gestegen gemiddelde kosten van GGZ-gebruikers. De lage kostendrempel is vergelijkbaar gebleven. Dat komt waarschijnlijk doordat het aantal GGZ-gebruikers onder het ZPM is toegenomen, waardoor meer verzekerden de lage kostendrempel halen.

Tabel 17: Drempelbedragen MHK_G.

Jaar	'lage' drempel	top 10‰	top 5‰	top 2,5‰	top 1‰
2020	197	6.580	10.601	19.916	43.811
2021	184	4.270	8.211	14.092	31.282
2022	124	6.547	11.719	21.039	43.655
2023	118	7.114	12.601	22.654	46.988
2024	119	7.742	13.526	24.139	49.692

4.3.4.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Voor de VR2027 stemmen we, zoals gebruikelijk, af op prevalenties in de OT. Door middel van afstemming met OT-prevalenties wordt rekening gehouden met beleidswijzigingen, zoals invoering van het ZPM en herijking van NZa-tarieven. De OT-prevalenties zijn gebaseerd op NZa-maximumtarieven. In de VR2027 stemmen we af op prevalenties die zijn gebaseerd op kostengegevens 2024 en eerder (in de VR2026: kostengegevens 2022 en eerder). Daarmee verschuiven de OT-prevalenties met twee jaar ten opzichte van de VR2026. In de VR2026 werd afgestemd OT-prevalenties kostengegevens 2022 en eerder vanwege beschikbaarheid van geconverteerde gegevensjaren naar ZPM. Dat is dit jaar niet meer nodig, waardoor nu afgestemd kan worden op kostengegevens 2024 en eerder (net als bij MHK_C).

Omdat de OT-prevalenties nog geen uitval bevatten, wordt een sterftecorrectie toegepast op basis van sterfte van 2024/2025. De OT-prevalenties gecorrigeerd voor sterfte komen nog niet uit op het bevolkingsaantal voor verzekerden van 18+ in de MVR 2027. Dit komt doordat de OT-prevalenties na sterfte nog uitgaan van de 18+ populatie in 2025 en niet de 18+ populatie uit de MVR 2027. Daarom worden de OT-prevalenties ook opgehoogd naar de MVR 2027.

Tabel 18 geeft de correctiefactoren van de afstemming op de OT-prevalenties voor de VR2027 weer. De correctiefactoren zijn hoger dan de correctiefactoren die zijn toegepast in de VR2026. Dit komt doordat de OT-prevalenties voor 2027 hoger zijn, waardoor verzekerden in de positieve MHK_G-klassen een groter gewicht krijgen bij de afstemming met de OT-prevalenties. De MHK_G-klassen 2 t/m 7, maar voornamelijk de twee hoogste MHK_G-klassen, worden fors naar boven bijgesteld. Dit komt door combinatie van effecten:

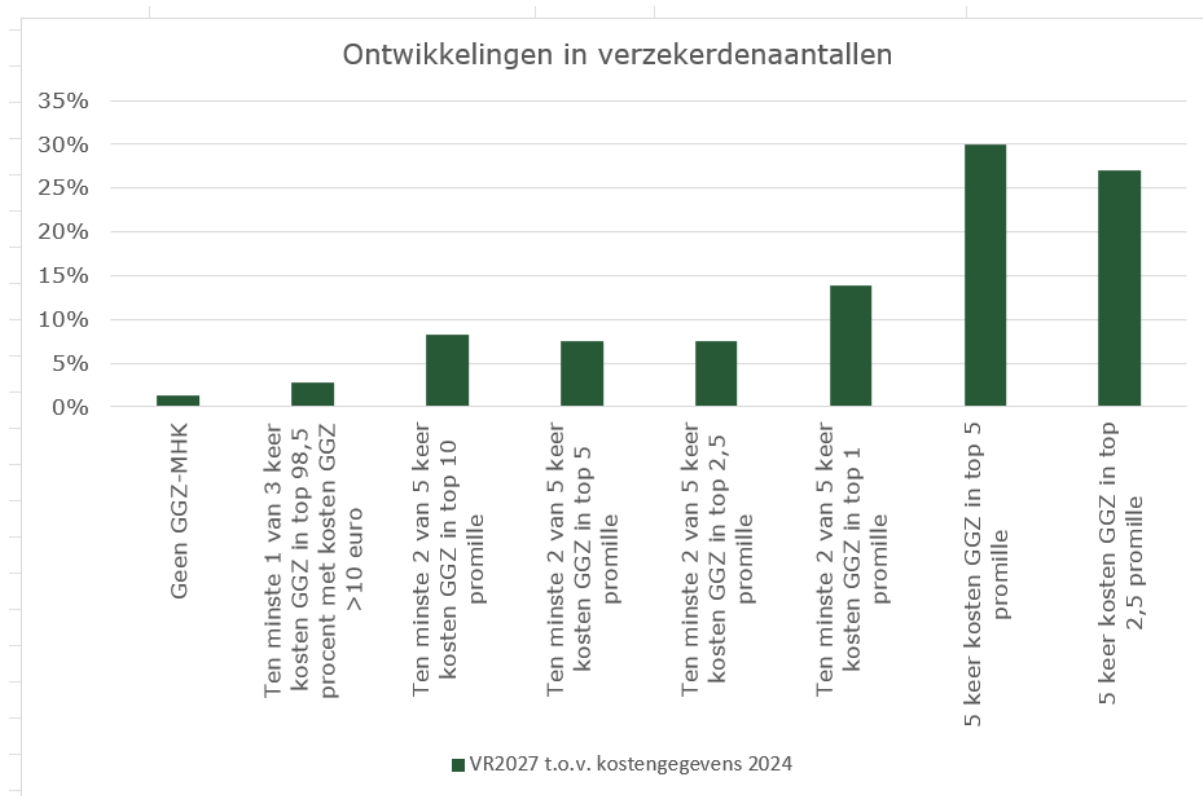
- Voor de twee hoogste MHK_G-klassen (MHK_G-6 en 7) is bepalend dat het schadelastdipjaar uit de OT-prevalenties 2027 wegvalt. In de OT-prevalenties van 2026 waren kostengegevens 2018 geconverteerd om een schadelastdip te simuleren, waardoor verzekerden minder snel vijf jaar op rij consistent hoge kosten hadden. De afkapping van DBC-trajecten door de schadelastdip had een relatief groter effect bij dure GGZ-patiënten omdat zij door de schadelastdip in een keer geen hoge geregistreerde GGZ-kosten hadden. In de OT-prevalenties voor 2027 zit geen schadelastdip meer, waardoor het effect van schadelastdip bij dure GGZ-patiënten wegvalt. Hierdoor zien we een stijging bij de MHK_G-klassen "5 jaar op rij in top X%" (MHK_G-6 en 7). De Gegevensfase 2022 (WOR 1052) bevestigt dit: toen MHK voor het eerst op 2018-data werd ingedeeld, daalden diezelfde klassen juist met –22% en –15%.
- Voor MHK_G-2 t/m 5 is bepalend dat er twee recente ZPM-jaren bijkomen (in 2027: 2022, 2023 en 2024, in 2026: alleen 2022). Onder het ZPM zien we een stijging in het aantal GGZ-gebruikers door meer kleine prestaties. Dit vertaalt zich naar een stijging in verzekerdenaantallen bij de MHK_G-klassen "2 van de 5 jaar op rij in top X%" (MHK_G-2 t/m 5).

Tabel 18: Correctiefactoren o.b.v. prevalenties van Gupta voor MHK_G.

	Ten minste 1 van 3 keer in top 98,5%	Ten minste 2 van 5 keer in top 10‰	Ten minste 2 van 5 keer in top 5‰	Ten minste 2 van 5 keer in top 2,5‰	Ten minste 2 van 5 keer in top 1‰	5 keer in top 5‰	5 keer in top 2,5‰
Man 18-29	1,207	1,248	1,265	1,243	1,377	1,711	1,642
Man 30-44	0,997	1,060	1,041	1,060	1,035	1,353	1,241
Man 45-59	0,962	1,000	1,013	1,018	1,018	1,348	1,314
Man 60-74	0,975	1,032	1,026	1,077	1,148	1,309	1,156
Man 75+	1,179	1,168	1,271	1,254	1,415	0,926	1,629
Vrouw 18-29	1,188	1,219	1,218	1,162	1,257	1,457	1,435
Vrouw 30-44	0,982	1,024	1,008	0,971	0,981	1,245	1,263
Vrouw 45-59	0,954	1,016	0,994	0,994	0,999	1,194	1,217
Vrouw 60-74	0,964	1,041	1,014	1,049	1,155	1,323	1,192
Vrouw 75+	1,099	1,161	1,121	1,216	1,327	1,534	1,444

4.3.4.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

Voor MHK_G vergelijken we de ontwikkeling tussen kenmerkinding en ramingsuitkomsten. Figuur 22 laat het verschil zien tussen de verzekerdenaantallen in kenmerkinding en ramingsuitkomsten in de VR2027 per MHK_G-klasse. Het verschil heeft een aantal oorzaken. Allereerst wordt een reguliere bijraming toegepast waarbij nieuw verzekerden worden ingedeeld, een sterftecorrectie wordt toegepast en er wordt opgehoogd naar de MVR. Daarnaast wordt afgestemd op OT-prevalenties (gecorrigeerd voor sterfte). Het verschil in de ontwikkeling tussen kenmerkinding en ramingsuitkomsten is voornamelijk gedreven door de afstemming op de OT-prevalenties (gecorrigeerd voor sterfte). De grootste procentuele ontwikkeling zien we bij MHK_G-6 en 7. Deze ontwikkeling kan worden verklaard door afstemming op de OT-prevalenties 2027, waarbij we een groot effect zien vanwege het wegvallen van het schadelastdipjaar. Bij de MHK_G-klassen 2 t/m 5 zien we een ZPM-effect van meer GGZ-gebruikers. De uitkomsten van de VR2027 zijn daarmee verklaarbaar door afstemming met OT-prevalenties.



Figuur 22: Forse ontwikkelingen in verzekerdenaantallen voor de VR2027 t.o.v. kostengegevens 2024 vanwege afstemming met OT-prevalenties.

4.4 Kenmerken met een alternatieve bijraming

Sommige kenmerken hebben een eigen, unieke ramingsmethodiek omdat de vormgeving van het kenmerk en de raming niet vergelijkbaar zijn met andere typen kenmerken. Dit geldt voor IBZ_C, OKH_C, SEI, MFK_C, HSM_C en het eigenrisicomodel. De plausibiliteitstoets per kenmerk verschilt hierdoor ook.

4.4.1 IBZ_C

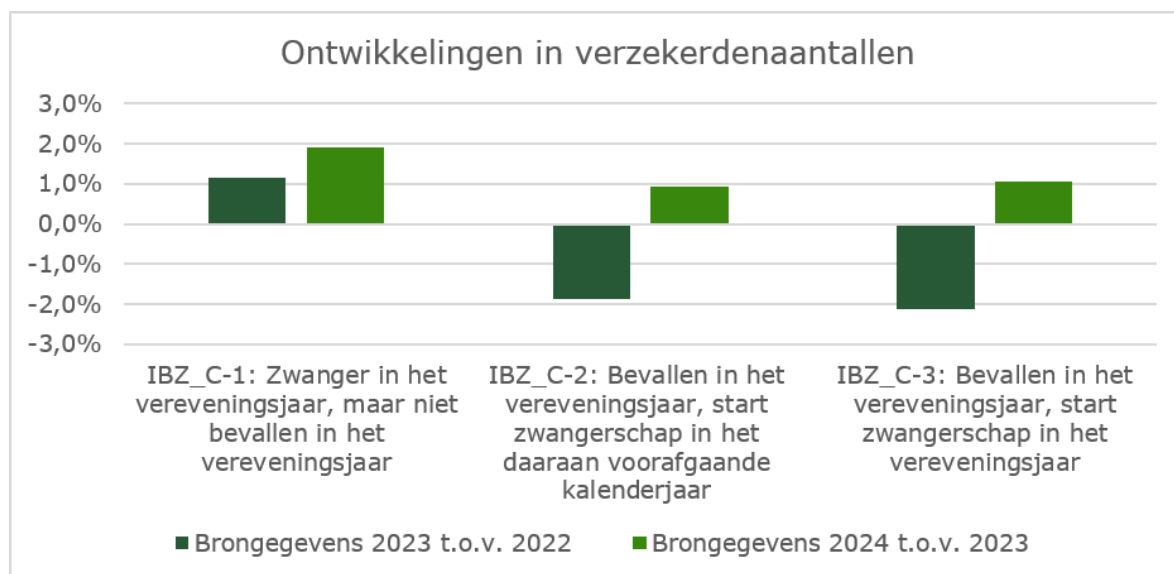
Bij IBZ_C wordt in de raming het aantal zwangerschappen constant gehouden ten opzichte van de kenmerkindeling en wordt het aantal geboorten afgestemd op de 0-jarigen uit de MVR 2027. Alleen in de afslagklassen wordt rekening gehouden met bevolkingsgroei. Zie ook Bijlage 2 voor een uitgebreide beschrijving van de ramingsmethodiek voor IBZ_C. Bij IBZ_C doen we daarom de volgende plausibiliteitstoetsen:

- **Toets A:** Het aantal verzekerdenjaren in IBZ_C-1 in de kenmerkindeling is gelijk aan het aantal verzekerdenjaren in IBZ_C-1 in de ramingsuitkomsten.
- **Toets B:** De ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten voor IBZ_C-2 en IBZ_C-3 groeit mee met de CBS-prognoses voor 0-jarigen.

4.4.1.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

We zien in 2024 een lichte stijging in het aantal zwangerschappen en bevallingen, na een aantal jaren van daling (zie Figuur 23). Dit sluit aan bij de cijfers van het CBS: Na een aantal jaren van krimp werd in 2024 ongeveer 1% meer kinderen geboren dan in 2023.⁴⁸ Dat zien we terug in de groei van het aantal verzekerden in IBZ_C-2 en IBZ_C-3 (gezamenlijk alle verzekerden die bevallen in t). Daarnaast sluit de groei van IBZ_C-2 (bevallen in t, start zwangerschap in T-1) in gegevensjaar 2024 aan bij de groei van IBZ_C-1 (nog niet bevallen, wel zwanger in t) die we in gegevensjaar 2023 zagen. Ook in gegevensjaar 2024 stijgt het aantal verzekerden in IBZ_C-1 (+2%).

⁴⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/geboren-kinderen>



Figuur 23: Na eerdere daling nam in 2024 het aantal verzekerden dat beviel weer toe (IBZ-C 2 en 3).

4.4.1.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

De ramingsmethodiek voor IBZ_C is ongewijzigd ten opzichte van de VR2026. De ramingsmethodiek voor IBZ_C kent de volgende bijzonderheden:

- Het geraamde aantal bevallingen in IBZ_C-2 en 3 wordt bijgesteld aan de raming van de 0-jarigen in L5G. Hierop wordt de gemiddelde verhouding van het aantal bevallingen ten opzichte van het aantal 0-jarigen toegepast. Deze verhouding is berekend door het gerealiseerde aantal bevallingen in IBZ_C te vergelijken met het gerealiseerde aantal 0-jarigen (zowel in L5G als in CBS-cijfers). Hierbij zien we een vrij stabiel beeld van gemiddeld 5% minder bevallingen afgezet tegen het aantal 0-jarigen.
- Het aantal zwangerschappen in IBZ_C-1 wordt gelijk gehouden tussen de kenmerkindeling en ramingsuitkomsten. We zien dat het aantal zwangerschappen en bevallingen fluctueert over de tijd. Deze ontwikkeling is grilliger en heeft een lagere voorspellende waarde voor het komende jaar dan dat bij veel morbiditeitsgegevens het geval is. Dit maakt dat er geen trend gebruikt wordt voor IBZ_C-1. Verdere toelichting over de ramingsmethodiek voor IBZ_C is te vinden in Bijlage 2 Ramingsmethodiek per type kenmerk.

4.4.1.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De verschillen tussen de kenmerkindeling en ramingsuitkomsten zijn verklaarbaar door de toegepaste ramingskeuzes en bevolkingsontwikkeling. De aantallen voor IBZ_C-1 in de ramingsuitkomsten zijn gelijk gebleven aan de aantallen uit de kenmerkindeling (toets A). In de klassen IBZ_C-2 en IBZ_C-3 zien we een lichte stijging: gezamenlijk stijgen de klassen voor het aantal bevallingen met 0,5% ten opzichte van de kenmerkindeling. De omvang van deze stijging komt ongeveer overeen met de stijging in het aantal levend geboren kinderen dat het CBS zag in de meest recent beschikbare data, 2025 t.ov. 2024 (toets B).⁴⁹ Deze ontwikkelingen zijn te zien in Figuur 24.

⁴⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/geboren-kinderen>



Figuur 24: De verzekerdenaantallen in de VR sluiten aan bij de kenmerk-specifieke correcties voor IBZ. Het aantal bevallen verzekerden valt hierdoor 0,5% hoger uit dan in de kenmerkindeling.

4.4.2 OKH_C

Bij OKH_C wordt in de raming een PKB/PER-correctiefactor toegepast op de klassen OKH_C-1 t/m 4 om rekening te houden met gebruik van het PER in de raming en het PKB in de ex post situatie. Daarnaast wordt bevolkingsgroei alleen toegepast op de alternatieve afslagklassen (OKH_C-5 en 6). Zie ook Bijlage 2 voor een uitgebreide beschrijving van de ramingsmethodiek voor OKH_C. Bij OKH_C doen we daarom de volgende plausibiliteitstoetsen:

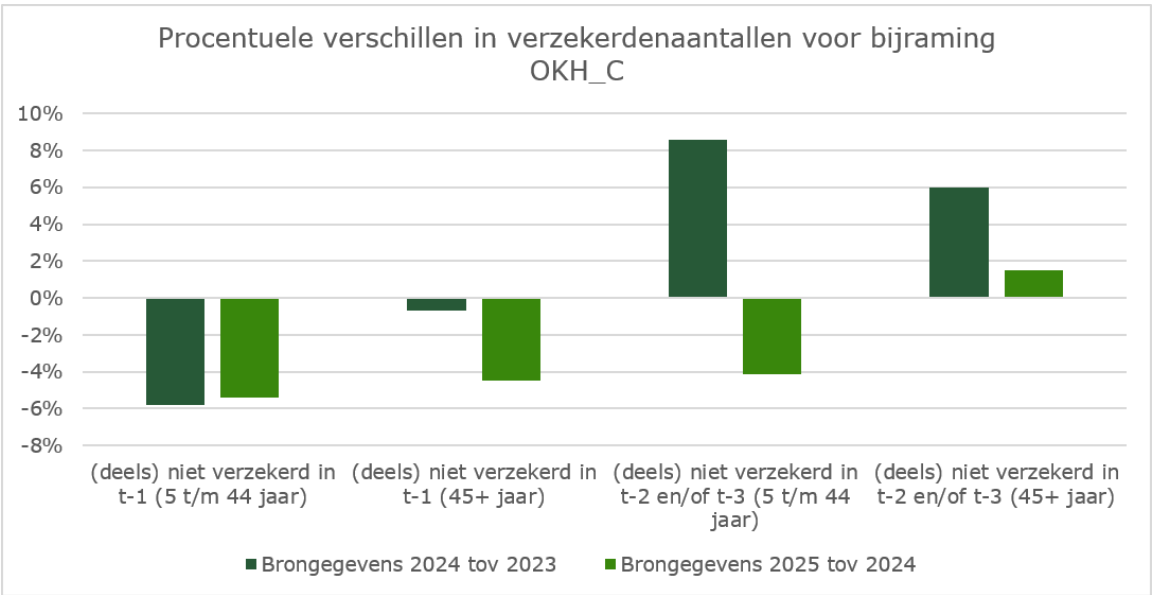
- **Toets A:** Het verschil tussen de verzekerdenaantallen in de kenmerkindeling en de ramingsuitkomsten wordt voor de klassen OKH_C-1 t/m OKH_C-4 verklaard door de PKB/PER-correctiefactor.
- **Toets B:** Het verschil tussen verzekerdenaantallen in de kenmerkindeling en de ramingsuitkomsten wordt voor de klassen OKH_C-5 en OKH_C-6 verklaard door bevolkingsgroei.

4.4.2.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

Bij de kenmerkindeling van OKH_C zien we in 2025 t.o.v. 2024 een daling in het aantal verzekerdenjaren in de klassen OKH_C-1 en 2 '(deels) niet verzekerd in T-1' (zie Figuur 25). Dit komt doordat de immigratiestroom afneemt in 2025 t.o.v. 2024. Dit is in overeenstemming met de prognose van het CBS⁵⁰. We zien ook een daling in OKH_C-3 en een dalende stijging in OKH_C-4, die kan worden verklaard doordat immigratie in 2023 en 2024 (T-2 en T-3 bij 2025) lager ligt dan in 2022 en 2023 (T-2 en T-3 bij 2024). Dit beeld zien we ook terug bij het CBS⁵¹.

⁵⁰ Nieuwe prognose: lagere asielinstroom verwacht in 2025 en 2026 | Rijksoverheid.nl

⁵¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-immigranten-komen-naar-nederland>



Figuur 25: Dalingen bij OKH_C-1 t/m 3 in 2025 door afname van immigratie

4.4.2.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

De ramingsmethodiek van OKH_C is ongewijzigd ten opzichte van de VR2026. De ramingsmethodiek voor OKH_C kent de volgende bijzonderheden:

- In de ex post situatie wordt de verzekerdenpopulatie in T bepaald met het PKB-bestand uit T. De gegevens in dit bestand hebben betrekking tot het gehele gegevensjaar. Ten tijde van de verzekerdenraming is het meest recente beschikbare bestand het PER-bestand uit T-1. Het PER-bestand geeft alleen een stand van de verzekerdenpopulatie op 1 mei. Hierdoor worden verzekerden die uitsluitend voor of na 1 mei verzekerd waren (relevant voor OKH_C-1 en 2) pas zichtbaar in het PKB-bestand dat pas een jaar later beschikbaar komt. Daarnaast wordt ook de uitval van verzekerden in OKH_C_3 of 4 voor of na 1 mei T-1 pas zichtbaar in het PKB-bestand. Hierdoor worden de verzekerdenaantallen in OKH_C-1 en 2 onderschat en de verzekerdenaantallen in OKH_C-3 en 4 licht overschat. De klassen OKH_C-1 tot en met 4 worden om deze reden gecorrigeerd, met de verhouding tussen het aantal verzekerden uit de OKH_C-kenmerkindeling met gegevens PKB T-2 en het aantal verzekerden uit de OKH_C-indeling met gegevens PER T-2. Dit is de PKB/PER-correctiefactor. Een overzicht van de gehanteerde PKB/PER-correctiefactoren is gegeven in Tabel 19.
- Er wordt geen trend in immigratie toegepast op de OKH_C-klassen, omdat de ontwikkelingen in verzekerdenaantallen voor immigratie jaar op jaar kunnen verschillen. Migratiestromen zijn lastig te voorspellen en worden grotendeels beïnvloed door externe factoren, zoals oorlogen. De trend voor het ene jaar is daarmee niet direct representatief voor de trend in het volgende jaar.
- De MVR wordt uitsluitend toegepast op de klassen OKH_C-5 en 6. In deze klassen zitten verzekerden die in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren volledig verzekerd waren. Er wordt geen MVR toegepast op OKH_C-1 tot en met 4 in overeenstemming met de keuze om geen trend toe te passen op deze klassen. Met de toepassing van MVR zouden de immigrantenstromen namelijk meegroeien met de bevolkingsontwikkeling. Om toch op de totale aantallen uit de MVR uit te komen, worden alleen de verzekerden in OKH_C-5 en 6 opgehoogd naar de MVR.

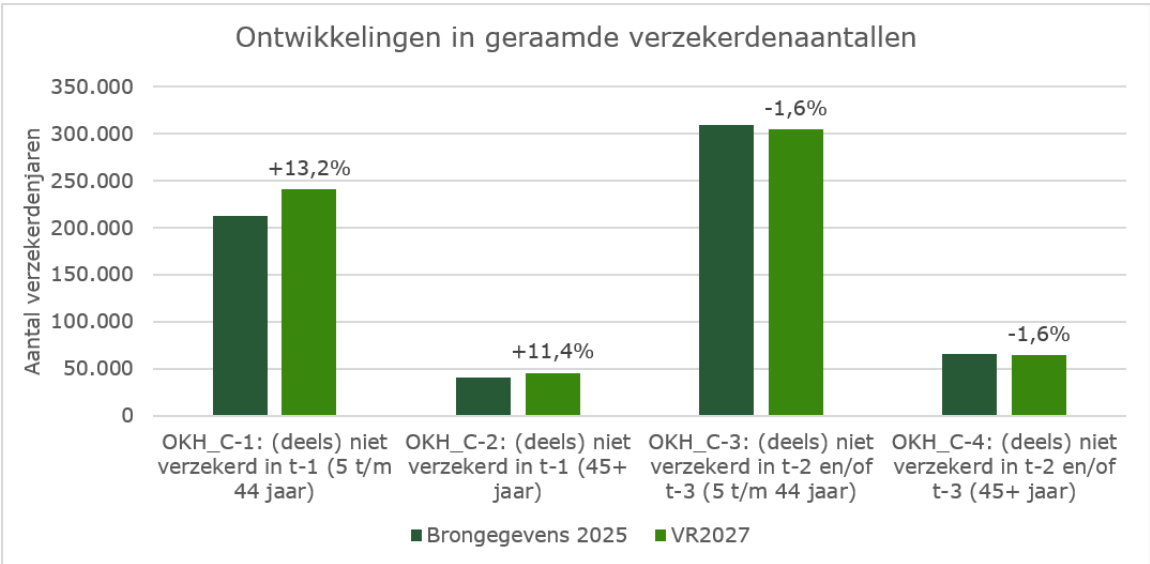
Tabel 19: PKB/PER-correctiefactoren voor OKH_C-klassen 1 t/m 4 o.b.v. brongegevens 2025

Kenmerkklasse	PKB/PER-correctiefactor
OKH_C-1	13,2%
OKH_C-2	11,4%
OKH_C-3	-1,6%

OKH_C-4	-1,6%
---------	-------

4.4.2.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

De verschillen tussen de ramingsuitkomsten van OKH_C en de verzekerdenaantallen in de kenmerkindeling zijn verklaarbaar door toegepaste PKB/PER-correctiefactoren en bevolkingsontwikkeling. Voor de OKH_C-klassen 1 t/m 4 komt de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten overeen met de toegepaste PKB/PER-correctiefactoren (toets A). Voor OKH_C-1 betekent dit bijvoorbeeld een stijging van +28.085 verzekerdenjaren (13,2%; zie Tabel 19 en Figuur 26). Voor OKH_C-5 en OKH_C-6 zijn de ontwikkelingen beperkt (toets B).



Figuur 26: voor OKH_C-klassen 1 t/m 4 is het verschil tussen kenmerkindeling en VR2027 gelijk aan de PKB/PER-correctiefactoren

4.4.3 SEI

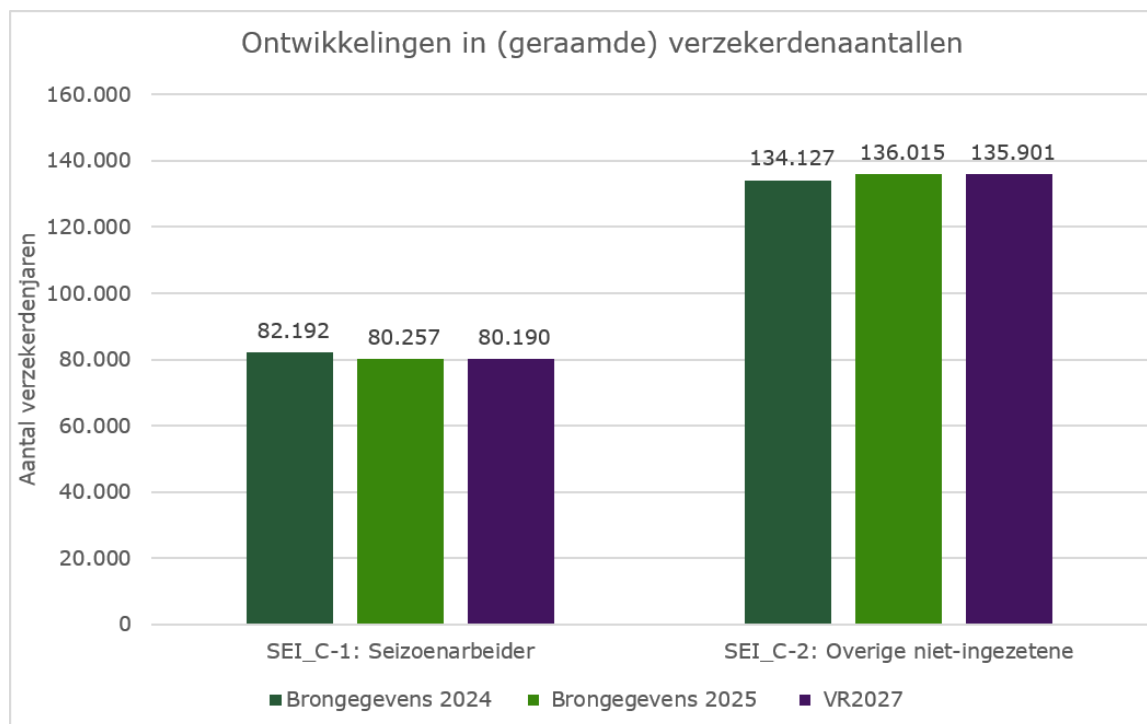
Het kenmerk SEI wordt niet via de reguliere methodiek geraamd, maar via een eigen methode. Het (landelijke) aantal seizoenarbeiders wordt geraamd door het aandeel seizoenarbeiders in de totale groep niet-ingezetenen in T-2 toe te passen op het landelijk geraamde aantal niet-ingezetenen in T. Zie Bijlage 2 voor een uitgebreide beschrijving van de ramingsmethodiek voor SEI. Ten opzichte van de VR2026 is de methodiek ongewijzigd. Bij SEI voeren we de volgende plausibiliteitstoetsen uit:

- **Toets A:** Het aandeel seizoenarbeiders ten opzichte van het totale geraamde aantal niet-ingezetenen in de kenmerkindeling⁵² is gelijk aan het aandeel in de VR2027.
- **Toets B:** het verschil tussen het totale aantal niet-ingezetenen in de kenmerkindeling⁵² en de ramingsuitkomsten wordt verklaard door het aantal niet-ingezetenen in PER T-1 en door de bevolkingsontwikkeling.

4.4.3.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

Bij de kenmerkindeling van SEI is, door gebruik van brongegevens 2025 in plaats van 2024 (beide met nieuwe definitie van niet-ingezetenen), een daling zichtbaar bij het aantal seizoenarbeiders (klasse 1) van -2,4% en een stijging van het aantal overige niet-ingezetenen (klasse 2) van 1,4% (zie Figuur 27). Het totale aantal niet-ingezetenen blijft hierdoor ongeveer gelijk. Door deze ontwikkeling is het aandeel seizoenarbeiders t.o.v. het totale aantal niet-ingezetenen licht gedaald: van 38% voor gegevensjaar 2024 naar 37,1% in gegevensjaar 2025.

⁵² Met de nieuwe definitie van niet-ingezetenen



Figuur 27: Het totale aantal (geraamde) niet-ingezetenen blijft ongeveer gelijk

4.4.3.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Er zijn geen bijzonderheden in de verzekerdenraming. Ten opzichte van de VR2026 is de methodiek ongewijzigd.

4.4.3.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

In de VR2027 daalt zowel het aantal seizoenarbeiders (klasse 1) en het aantal overige niet-ingezetenen (klasse 2) met -0,1% (zie Figuur 27). Dit is verklaarbaar door een daling van het totale aantal niet-ingezetenen in PER 2026 (-0,4%) en door de bevolkingsontwikkeling (+0,3%; toets B). Het aandeel seizoenarbeiders t.o.v. het aantal niet-ingezetenen is in de VR2027 gelijk aan het aandeel in gegevensjaar 2025: 37,1% (toets A).

4.4.4 MFK_C

Het kenmerk MFK_C is niet opgenomen in het somatisch model, maar wordt wel gebruikt voor constrained regression bij het schatten van de normbedragen. Daarom voert het Zorginstituut ook een verzekerdenraming uit voor MFK_C. Bij het kenmerk MFK_C wordt in de raming rekening gehouden met populatieverloop en bevolkingsontwikkeling. Bij MFK_C worden verschillen tussen kenmerkinding en VR verklaard door 1 jaar populatieverloop. Dit effect verschilt voor MFK_C-0 (gezonde verzekerden) en MFK_C-1 (ongezonde verzekerden). Daarom doen we bij MFK_C de volgende plausibiliteitstoetsen:

- **Toets A:** Het aantal verzekerden in MFK_C-0 stijgt van kenmerkinding naar ramingsuitkomsten vanwege nieuw verzekerden. Dit komt doordat nieuw verzekerden (instroom) geen farmaciekosten hebben die worden meegenomen in MFK_C-indeling. Deze verzekerden worden dus per definitie in MFK_C-0 ingedeeld. Dit effect is vergelijkbaar met vorig jaar.
- **Toets B:** Het aantal verzekerden in MFK_C-1 daalt van kenmerkinding naar ramingsuitkomsten vanwege uitval door sterfte van ongezonde verzekerden. Dit effect is vergelijkbaar met vorig jaar.

4.4.4.1 Ontwikkelingen in kenmerkinding op basis van nieuwe brongegevens

In de kenmerkinding op basis van kostengegevens 2024 zien we slechts een kleine verandering, het absolute aantal ongezonde verzekerden volgens MFK_C is gestegen met 1%-punt. Relatief is het aandeel ongezonde verzekerden gestegen van 32,31% met kostengegevens 2023 naar 32,45%

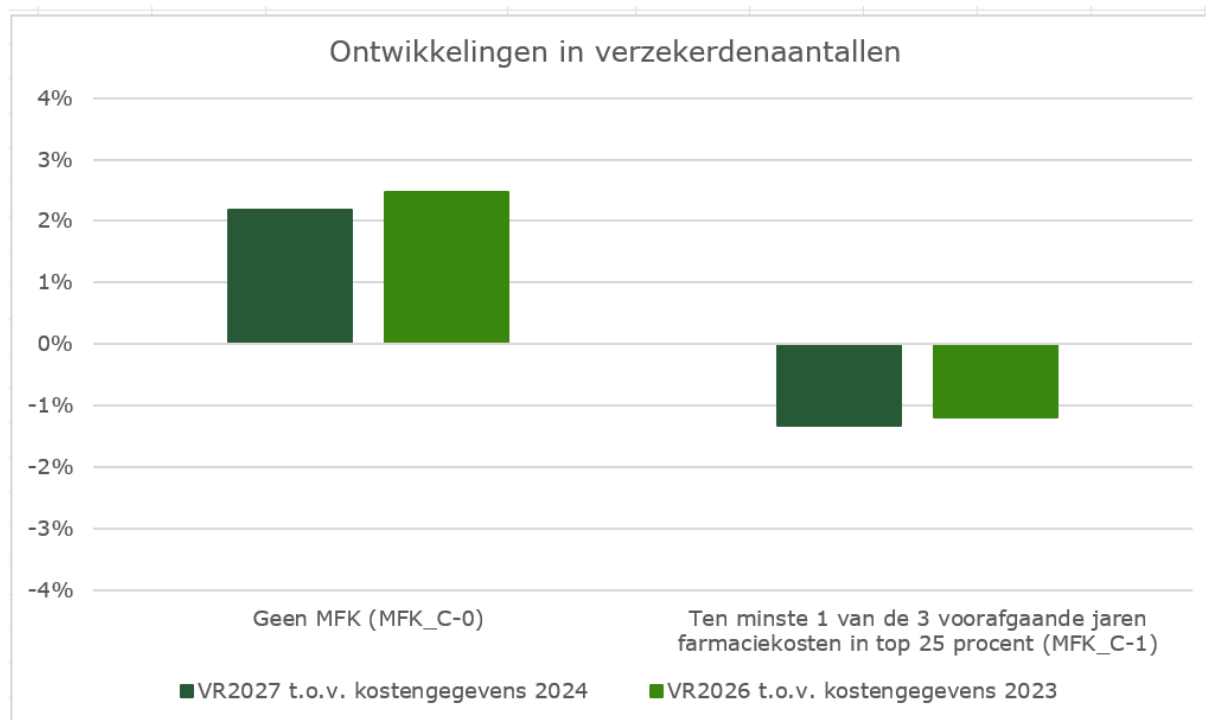
met kostengegevens 2024.

4.4.4.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Geen bijzonderheden.

4.4.4.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

In Figuur 28 zien we bij de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten een stijging in MFK_C-0 (toets A). Daarnaast zien we bij de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomst een daling bij MFK_C-1 (toets B). Deze ontwikkelingen zijn verklaarbaar door populatieverloop en vergelijkbaar met de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomst van vorig jaar. De ramingsuitkomsten van de VR2027 zijn daarmee plausibel.



Figuur 28: Ontwikkelingen in verzekerdenaantallen van kenmerkindeling o.b.v. kostengegevens 2024 naar VR2027 verklaarbaar door populatieverloop.

4.4.5 HSM_C

Het kenmerk HSM_C gaat uit van morbiditeit op basis van model T-3. De morbiditeit op basis van model T-3 die wordt gebruikt in HSM_C is al definitief ten tijde van de verzekerdenraming. In de raming wordt gebruik gemaakt van de meest recente populatiegegevens (PER T-1). In de ex post situatie wordt dit PKB T. In de raming van HSM_C wordt daarom rekening gehouden met 1 jaar bevolkingsontwikkeling (met daarin ook 1 jaar extra populatieverloop). Zie ook Bijlage 2 voor een uitgebreide beschrijving van de ramingsmethodiek voor HSM_C.

Bij HSM_C worden verschillen tussen kenmerkindeling en VR daarom verklaard door een effect van populatieverloop. Het effect van populatieverloop verschilt voor HSM_C-0 (gezonde verzekerden) en HSM_C-1 (ongezonde verzekerden). Bij HSM_C doen we daarom de volgende plausibiliteitstoetsen:

- **Toets A:** Het aantal verzekerden in HSM_C-0 stijgt van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten vanwege nieuw verzekerden. Dit komt doordat nieuw verzekerden niet in model T-3 zijn ingedeeld en dus per definitie in HSM_C-0 worden ingedeeld. Dit effect is vergelijkbaar met vorig jaar.
- **Toets B:** Het aantal verzekerden in HSM_C-1 daalt van kenmerkindeling naar ramingsuitkomsten vanwege uitval van ongezonde verzekerden. Dit effect is vergelijkbaar

met vorig jaar.

4.4.5.1 Ontwikkelingen in kenmerkindeling op basis van nieuwe brongegevens

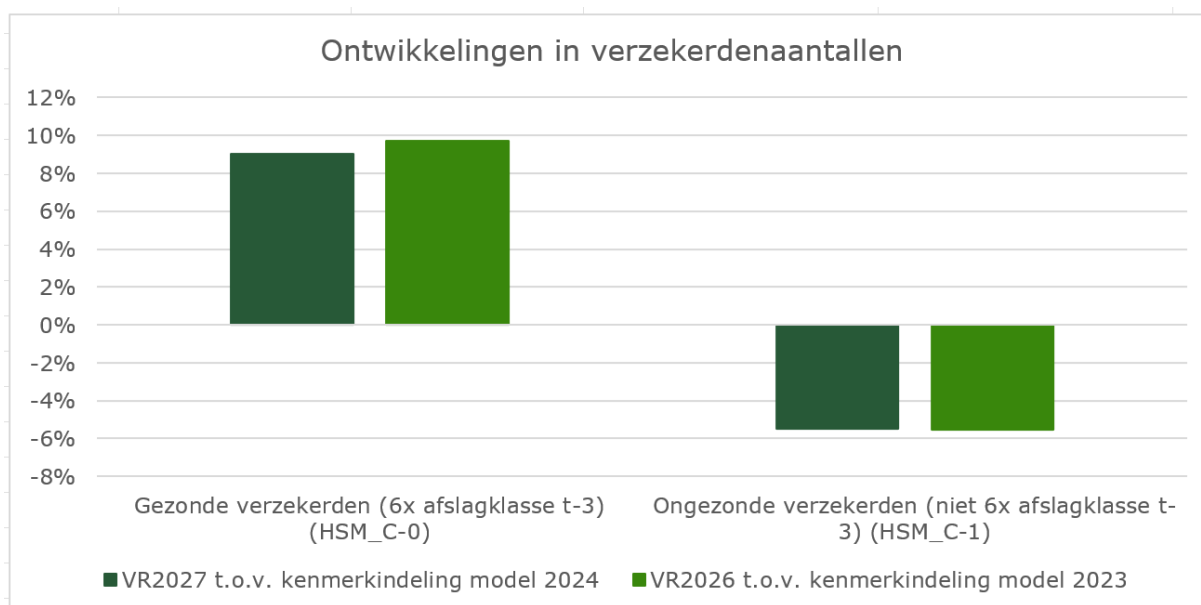
Voor model 2027 wordt zowel ex ante als ex post de kenmerkindeling van HSM_C op basis van modeljaar 2024 (gegevensjaar 2023 voor de onderliggende morbiditeitskenmerken) gebruikt. Voor model 2026 was dat de kenmerkindeling van HSM_C op basis van modeljaar 2023 en gegevensjaar 2022. Het aandeel ongezonde verzekerden voor bijraming is in model 2027 (51,6%) iets hoger dan het aandeel ongezonde verzekerden in model 2026 (51,3%%). Deze stijging is in lijn met de ontwikkelingen die we zien bij HSM_C de afgelopen jaren.

4.4.5.2 Bijzonderheden in verzekerdenraming

Op de verzekerdenaantallen voor bijraming wordt een extra jaar sterfte toegepast op de verzekerden in de positieve HSM_C-klasse. Dit is gebaseerd op de gerealiseerde sterfte tussen 2024 en 2025. In totaal is er bij HSM_C dus 3 jaar sterfte.

4.4.5.3 Plausibiliteit van de uitkomsten van de verzekerdenraming

In Figuur 29 zien we bij de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomst een stijging in MFK_C-0 (toets A). Daarnaast zien we bij de ontwikkeling van kenmerkindeling naar ramingsuitkomst een daling bij MFK_C-1 (toets B). Deze ontwikkelingen zijn vergelijkbaar met de ontwikkeling kenmerkindeling naar ramingsuitkomst vorig jaar. De uitkomsten van de VR2027 zijn daarmee plausibel.



Figuur 29: Ontwikkelingen in verzekerdenaantallen van kenmerkindeling o.b.v. model 2024 naar VR2027 verklaarbaar door populatieverloop.

4.4.6 Eigenrisicomodel

Voor het eigenrisicomodel zijn geen oudere jaren beschikbaar, vanwege de invoering van het ZPM. Daarom vergelijken we voor het eigenrisicomodel de uitkomsten van de VR2027 met de VR2026.

Het ER-model is voor 2027 gebaseerd op de kenmerken FKG_C, DKG_C, FDG_C, MVV_C, MHK_C (>1), HHK_C, FKG_G, DKG_G en MHK_G (>1). Verzekerden worden in de niet-forfaitaire groep ingedeeld als zij in geen enkele positieve klasse (uitgezonderd MHK_C-1 en MHK_G-1) van deze kenmerken vallen. Hiervoor wordt in de VR2027 voor ieder kenmerk de kenmerkindeling met gegevens 2024 gebruikt.

De bepaling van de niet-forfaitaire groep is gewijzigd ten opzichte van de VR2026. Voor de VR2027 lopen de kenmerken DKG_G, FKG_G en MHK_G (>1) ook mee voor indeling in de niet-forfaitaire groep. Hierdoor zullen minder verzekerden worden ingedeeld in de niet-forfaitaire groep. Daarnaast

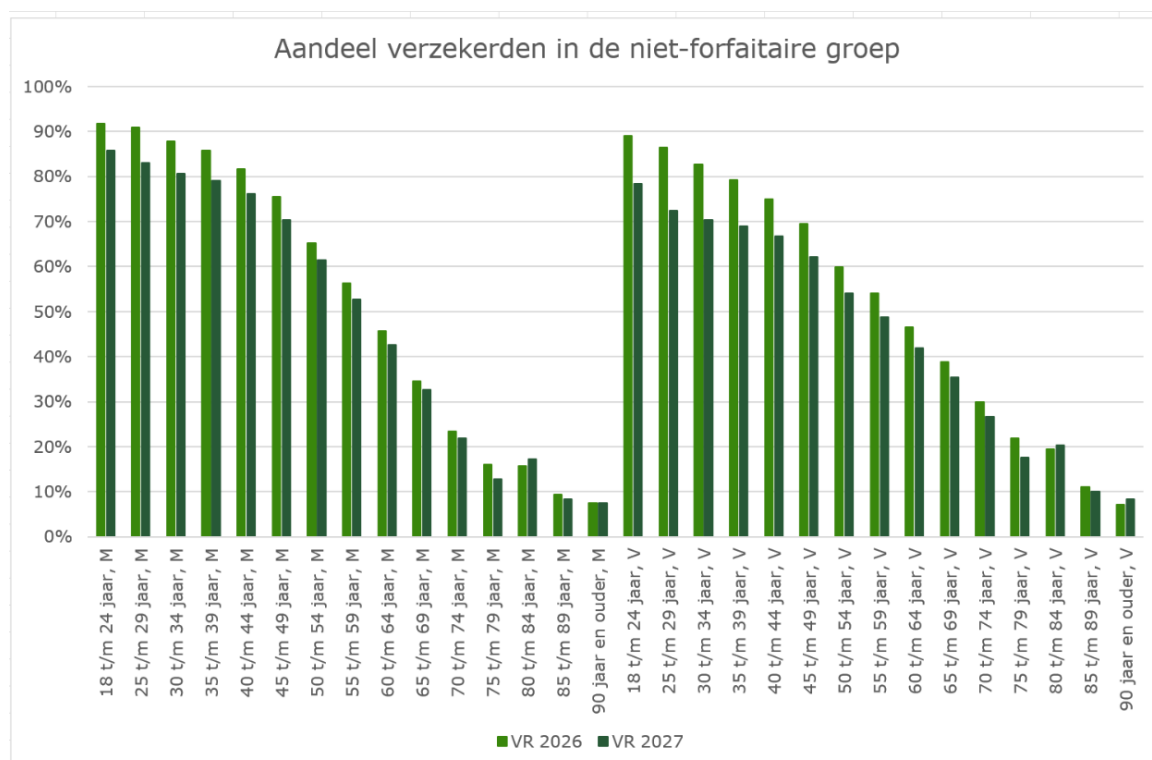
hebben de modelwijzigingen voor DKG_C en FKG_C impact op de samenstelling van de niet-forfaitaire groep. Door de modelwijzigingen bij DKG_C en FKG_C worden minder verzekerden in de afslagklasse ingedeeld. Ook hierdoor zullen minder verzekerden worden ingedeeld in de niet-forfaitaire groep. Naar verwachting heeft dit een beperkt effect op de omvang van de niet-forfaitaire groep.

Voor het eigenrisicomodel vergelijken we het totaal aantal verzekerden in L5G_E tussen de VR2026 en VR2027. In de VR2026 zitten er 8.107.647 verzekerden in de niet-forfaitaire groep. Dit is een absolute daling van 9,4% ten opzichte van de VR2026. Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep daalt van 60,9% in de VR2026 naar 54,9% in de VR2027, zie Tabel 20.

Tabel 20: Aandeel niet-forfaitaire groep gedaald ten opzichte van VR2026.

	VR2027	VR2026	VR2025
Niet-forfaitaire groep	8.107.647	8.944.802	9.294.344
Totaal 18-plussers	14.746.000	14.683.000	14.626.000
Aandeel niet-forfaitaire groep	54,9%	60,9%	63,6%

Door de wijziging in bepaling van niet-forfaitaire groep en modelaanpassingen in DKG en FKG na groot onderhoud komen er, met name bij de lagere leeftijdsklassen voor vrouwen, minder verzekerden in de niet-forfaitaire groep terecht. Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep daalt voor bijna alle leeftijdsgroepen, zie Figuur 30. De daling is het grootst bij de lagere leeftijdsklassen voor vrouwen.



Figuur 30: Het aandeel verzekerden in de niet-forfaitaire groep daalt het hardst bij de lagere leeftijdsklassen (vrouwen).

5 Onzekerheden en criteriumneutraliteit

Het Zorginstituut adviseert het ministerie van VWS over het toepassen van criteriumneutraliteit als onderdeel van de ex post maatregelen voor het risicovereveningsmodel 2027. Het doel van criteriumneutraliteit is om te corrigeren voor ongewenste financiële effecten. Door de toepassing van criteriumneutraliteit wordt het budget ex post niet beïnvloed door het feit dat de werkelijke verzekerdenaantallen in specifieke vereveningsklassen afwijken van de verwachte verzekerdenaantallen.

Op basis van analyses van de onzekerheden adviseert het Zorginstituut voor de VR2027:

1. **Integrale klassieke criteriumneutraliteit** toepassen op het gehele kenmerk voor DKG_C, DKG_G, MHK_G, en OKH_C.
 - a. Voor DKG_C adviseren wij om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen, omdat het effect van de aanpassingen in het groot onderhoud lastiger te voorspellen is door de clustering naar klassen. Deze onzekerheid wordt vergroot doordat bij DKG_C twee jaar overbrugd moet worden in de raming.
 - b. Voor DKG_G en MHK_G adviseren wij om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen vanwege onzekerheid vanuit het ZPM.
 - c. Voor OKH_C adviseren wij om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen vanwege de onvoorspelbaarheid van specifieke groepen verzekerden in de positieve klassen van dit kenmerk.
2. **Partiële klassieke criteriumneutraliteit** toepassen op een aantal klassen van het kenmerk FKG_C.
 - a. Add-on klassen: De indeling van de add-on klassen is per model 2027 uitgebreid op basis van indicaties. De uitbreiding van indeling op indicaties geeft onzekerheid in de trends. Deze onzekerheid wordt vergroot, doordat bij de add-on klassen twee jaar overbrugd moet worden in de raming.
 - b. EHK-klassen: Op de EHK-klassen wordt net als voorgaande jaren criteriumneutraliteit geadviseerd.
3. **Geen criteriumneutraliteit** toepassen voor de kenmerken L5G, FKG_G, FDG_C, HHK_C, HSM_C, MHK_C, MVV_C, IBZ_C, AVI, SES, PPA, REG_C, REG_G en SEI. Bij deze kenmerken hebben we geen onzekerheden geconstateerd die groter zijn dan gebruikelijk.

5.1.1 Toepassing van criteriumneutraliteit

Het Zorginstituut adviseert om criteriumneutraliteit toe te passen als er ex ante grote onzekerheid is over de landelijke verzekerdenaantallen in een vereveningskenmerk in de ex post situatie.⁵³ Per kenmerk kan er sprake zijn van verschillende onzekerheden. In het algemeen zien we een aantal 'reguliere' onzekerheden die voor kunnen komen. Dat zijn:

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

We kennen twee vormen van criteriumneutraliteit:

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

⁵³ In dit advies gaan we uit van de reguliere ex post situatie zonder aanvullende ex post maatregelen. Aanvullende ex post maatregelen of eventuele effecten op het gelijke speelveld kunnen de definitieve keuze voor het toepassen en de wijze van criteriumneutraliteit beïnvloeden.

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

Tabel 21 geeft een overzicht van de adviezen over de inzet van criteriumneutraliteit voor de risicoverevening 2027 en de verschillen met het besluit voor de risicoverevening 2026. We lichten het advies daarna per kenmerk toe.

Tabel 21: Advies criteriumneutraliteit (in oranje de afwijkingen t.o.v. besluit vorig jaar)

KENMERK	ADVIES	BESLUIT VORIG JAAR
L5G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
FKG_C	Partiële klassieke criteriumneutraliteit 10 FKG_C-klassen o.b.v. add-on (FKG_C-22, 29, 30, 33, 36, 39, 40, 41, 42 en 44) 4 EHK-klassen (FKG_C-51 t/m 54)	Partiële klassieke criteriumneutraliteit 1 nieuwe FKG-klasse (FKG-46) 7 FKG-klassen o.b.v. add-on (FKG-22, 29, 30, 32, 35, 38 en 40) 4 EHK-klassen (FKG-47 t/m 50)
FKG_G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
DKG_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
DKG_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
FDG_C	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
HHK_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
HSM_C	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
MHK_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MHK_E	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MHK_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MVV_C	Geen criteriumneutraliteit	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
IBZ_C	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
AVI	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
SES	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
PPA	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
REG_C/G	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit
OKH_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit met alternatieve afslagklasse	Geen criteriumneutraliteit
SEI	Geen criteriumneutraliteit	Geen criteriumneutraliteit

5.1.2 Advies: Integrale klassieke criteriumneutraliteit

DKG_C

Wij adviseren om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen op het DKG_C-kenmerk. Op basis van het groot onderhoud DKG_C zijn 7 diagnosecodes vervallen en 21 diagnosecodes toegevoegd aan de lijst met specialisme- en diagnosecodes. Het is lastig te bepalen, mede door de clustering van DX-groepen naar klassen, hoe deze modelwijzigingen uitpakken in trendanalyses op verzekerdenaantallen. Deze onzekerheid wordt vergroot doordat bij DKG_C twee jaar overbrugd moet worden in de raming, terwijl dit voor de meeste kenmerken maar 1 jaar is. Dit komt door de relatief lange declaratie-doorlooptijd van DBC's. De combinatie van een modelwijziging vanuit groot onderhoud, de clusteringsmethodiek en het gebruik van oudere brongegevens (2024) creëert een mate van onzekerheid, die we adviseren te ondervangen met criteriumneutraliteit.

DKG_G

Wij adviseren om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen op het DKG_G-kenmerk. De invoering van het Zorgprestatiemodel zorgt voor grote onzekerheid. Wij gebruiken voor de derde keer gegevens met ZPM-systematiek (2022, 2023 en 2024); voor DKG_G is het de eerste keer dat wij ex ante volledig gebruik maken van ZPM-gegevens. Door de invoering van het ZPM kan er geen trend worden toegepast bij DKG_G. Hiervoor zou een conversie van de oude DBC-

bekostigingssystematiek (met schadelastdip) naar de nieuwe ZPM-bekostigingssystematiek noodzakelijk zijn. Daarnaast is het DKG_G-kenmerk nog inhoudelijk vormgegeven op basis van de oude bekostigingssystematiek. Deze combinatie van factoren zorgt dat er extra onzekerheid is voor de raming van DKG_G.

MHK_G

We adviseren om voor MHK_G integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen. De invoering van het ZPM zorgt namelijk voor grote onzekerheid, zie DKG_G. In de ex post situatie wordt MHK_G ingedeeld op basis van 5 ZPM-jaren. In de ex ante situatie beschikken we over 1 jaar oude bekostiging, 1 jaar met schadelastdip en 3 ZPM-jaren. In de verzekerdenraming is hiervoor gecorrigeerd door de prevalenties af te stemmen op de aantallen uit de OT, waarbij 1 kostenjaar is geconverteerd voor de schadelastdip en 1 kostenjaar is geconverteerd voor het ZPM. Dit geeft extra onzekerheid in de raming.

OKH_C

We adviseren om voor het kenmerk OKH_C integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen. Het kenmerk OKH_C kent grote onzekerheid ten tijde van de raming over de landelijke aantallen in de ex post situatie. In de positieve klassen van OKH_C (1 t/m 4) worden verschillende typen verzekerden ingedeeld en de omvang van sommige van deze groepen is volatiel en moeilijk voorspelbaar. Op dit moment is er nog geen realisatiedata beschikbaar voor modeljaren waar OKH_C in voorkwam. Hierdoor is het niet mogelijk om de omvang en stabiliteit van de verwachte schattingsfout te bepalen. Daarom adviseert het Zorginstituut om criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk OKH_C.

Dit advies is in lijn met ons advies van vorig jaar. In overleg met de zorgverzekeraars is destijds de afweging gemaakt om geen criteriumneutraliteit toe te passen op OKH_C, omdat het zorgverzekeraars extra onzekerheid geeft in het normbedrag van de afslagklasse. Het Zorginstituut weegt in het advies om criteriumneutraliteit toe te passen voor OKH_C de impact op de totale uitgekeerde vereveningsbijdrage mee. Zonder toepassing van criteriumneutraliteit is de kans groot dat het budget ex post afwijkt, gegeven de volatiliteit van het kenmerk.

5.1.3 Advies: Partiële klassieke criteriumneutraliteit

FKG_C

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

- Alle FKG_C-klassen o.b.v. add-on: Voor de tien klassen op basis van add-on is de indeling per model 2027 uitgebreid op basis van indicaties. Er is onzekerheid over de impact van indicaties op de toegepaste trends. Deze onzekerheid wordt deels veroorzaakt doordat we voor de trendjaren uitgaan van de indicaties die gelden in het jaar van vastleggen referentiebestand (gegevensjaar 2025) en niet van de indicatie die gelden in het trendjaar zelf. De impact die nieuwe en vervallen indicaties hebben op de trends is daarmee onzeker. Daarnaast wordt, net als voorgaande jaren, gebruikgemaakt van oudere brongegevens (2024). De raming moet daardoor twee jaar overbruggen, waardoor de verzekerdenaantallen onzekerder zijn. Er zijn veel ontwikkelingen in geneesmiddelen binnen de add-on klassen, bijvoorbeeld vanwege de introductie van nieuwe middelen en indicaties, wat de onzekerheid in verzekerdenaantallen vergroot. Vanwege de combinatie van deze onzekerheden is het advies om partiële klassieke criteriumneutraliteit toe te passen op deze klassen.
- Alle EHK-klassen: De samenstelling van de EHK-klassen is gewijzigd naar aanleiding van het regulier onderhoud. Daarom zijn de verzekerdenaantallen onzekerder. Bovendien gaat het om kleine verzekerdenaantallen en hoge normbedragen. Ook zijn de vier EHK-klassen gebaseerd op oudere brongegevens (2024). Dit is jaarlijks het geval.

Bij de overige FKG_C-klassen adviseren we om geen criteriumneutraliteit toe te passen vanwege stabiele trends over de jaren. Dit geldt ook voor de nieuwe FKG_C-klasse Immunoglobuline (FKG_C-32).

5.1.4 Advies: Geen criteriumneutraliteit

L5G

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk L5G. Er zijn geen bijzonderheden in de gebruikte gegevens en geen grote onzekerheden ten aanzien van de verwachting voor 2027.

FKG_G

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk FKG_G. De wijzigingen volgend uit het groot onderhoud FKG geven geen grote onzekerheden. Er zijn ook geen andere bijzonderheden geconstateerd.

FDG_C

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk FDG_C. Er is gebleken dat aanspraakcodes met beperkte behandelduur soms door de zorgaanbieder op de aanvullende verzekering zijn gedeclareerd, terwijl dit eigenlijk de basisverzekering had moeten zijn. De controles op deze aanspraakcodes zijn de afgelopen jaren door verzekeraars aangescherpt en sommige verzekeraars hebben ervoor gekozen om deze zorg uit te sluiten van het eigen risico. We zien dat de impact hiervan op landelijke verzekerdenaantallen beperkt is. Daarom stellen we voor om geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk FDG_C.

MVV_C en HHK_C

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op de kenmerken MVV_C en HHK_C. De ramingsmethodiek voor de kenmerken MVV_C en HHK_C is aangepast, waardoor de onzekerheid in de landelijke aantallen klein is. Hierdoor is het niet meer nodig om criteriumneutraliteit toe te passen bij deze kenmerken.

HSM_C

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

MHK_C en MHK_E

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op de kenmerken MHK_C en MHK_E. Voor model 2026 hadden we bij dit kenmerk geadviseerd om integrale klassieke criteriumneutraliteit toe te passen, vanwege een modelwijziging en het gebruik van een alternatieve gegevensbron voor twee gegevensjaren. Voor model 2027 geldt dat er maar voor één gegevensjaar gebruik gemaakt wordt van een alternatieve gegevensbron. De onzekerheid die dit geeft op de aantallen is zeer beperkt. Om deze redenen adviseren we om geen criteriumneutraliteit toe te passen.

IBZ_C

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk IBZ_C. In de raming van IBZ wordt het aantal geraamde bevallingen afgestemd op de raming van de 0-jarigen in 2027. We verwachten op basis van externe bronnen dat het aantal geboorten, bevallingen en zwangerschappen stabiel blijft. Hiermee leidt het feit dat de raming van IBZ drie jaar moet overbruggen niet tot extra onzekerheden.

AVI en SES

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op de kenmerken AVI en SES. De aanpassingen bij de kenmerken AVI en SES als gevolg van het onderzoek vereenvoudigingen zijn beperkt en geven geen extra onzekerheid. Er zijn verder geen specifieke bijzonderheden.

PPA

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk PPA. Er zijn geen specifieke bijzonderheden geconstateerd.

REG_C en REG_G

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op de kenmerken REG_C en REG_G. Er

zijn geen specifieke bijzonderheden geconstateerd.

SEI

We adviseren om geen criteriumneutraliteit toe te passen op het kenmerk SEI. De nieuwe definitie voor niet-ingezetenen wordt sinds modeljaar 2026 gebruikt: we verwachten dat dit niet zal leiden tot extra onzekerheid. Er zijn verder geen specifieke bijzonderheden geconstateerd.

Bijlage 1 Methodiek macroverzekerdenraming

De macroverzekerdenraming (MVR) raamt het aantal verzekerdenjaren in het vereveningsjaar (T), op het niveau van 1-jaars leeftijd- en geslachtsklassen (L1G-niveau).⁵⁴ Op basis van dit geraamde aantal verzekerdenjaren wordt per kenmerk een ophoging van het aantal verzekerdenjaren toegepast in de verzekerdenraming. De macroverzekerdenraming kent drie stappen:

Bepalen van het aantal unieke verzekerden

Het PER T-1 vormt de basis voor de MVR. De peildatum van dit bestand is 1 mei T-1. De macroverzekerdenraming gaat uit van de leeftijd van verzekerden op het peilmoment van het PER-bestand, dus 30 april T-1. Allereerst wordt het unieke aantal verzekerden met bekende leeftijd en geslacht in het PER T-1 bepaald.⁵⁵

Corrigeren voor vertraagde registratie

Vervolgens wordt er een correctie gedaan voor vertraagde registratie. Door vertraagde aan- en afmelding en verwerking in de verzekerdenadministraties van verzekeraars is er in het PER-bestand een onderregistratie van 0-jarigen (geboorte) en een overregistratie van vooral ouderen (sterfte). Hier wordt voor gecorrigeerd door middel van een vergelijking met CBS-aantallen. Eerst wordt de verhouding tussen de aantallen van het CBS en het PER van het aantal 1-4-jarigen bepaald.⁵⁶ Onder de aanname dat de verhouding tussen het CBS en het PER van het aantal 0-jarigen vergelijkbaar is aan de verhouding van de 1-4-jarigen, wordt vervolgens het aantal 0-jarigen uit het PER geschaald naar het aantal 0-jarigen van het CBS keer de verhouding 1-4-jarigen tussen PER en CBS. Naast de correctie voor 0-jarigen wordt er ook een sterftecorrectie uitgevoerd waarbij wordt verondersteld dat de vertraging in afmelding door sterfte gelijk is aan de vertraging in aanmelding door geboorte.

Bevolkingsontwikkeling T-1 naar T

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

Toepassing macroraming in de verzekerdenraming

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

⁵⁴ De hoogste leeftijdsklasse is 99 jaar en ouder.

⁵⁵ In beginsel telt elke verzekerde in het PER voor één verzekerdenjaar mee. Als een verzekerde in de PER's van meerdere verzekeraars voorkomt, dan wordt er naar rato een gewicht aan toegekend. Verzekerden met een onbepaald geslacht worden in dezelfde klassen ingedeeld als verzekerden met het vrouwelijke geslacht.

⁵⁶ Dit gebeurt apart voor jongens en meisjes

Bijlage 2 Ramingsmethodiek per type kenmerk

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

Bijraming van kenmerk gebaseerd op T-1 gegevens

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

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

Stap 1. Kenmerkindeling koppelen aan PER T-1

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

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

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

Stap 3. Aggregeren

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

Bijraming van kenmerk gebaseerd op T-2 gegevens

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

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

Stap 1. Kenmerkindeling koppelen aan PER T-1

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

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

Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik worden meegenomen in de bijraming door trendfactoren toe te passen op het resultaat uit stap 1. Deze trends moeten de verwachte ontwikkeling tussen T-2 en T-1 zo goed mogelijk benaderen. Hiervoor wordt in principe de geobserveerde ontwikkeling van T-3 naar T-2 gebruikt. Dit wordt per risicoklasse en per 15-jaars leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) bepaald, door het aantal verzekerdenjaren T-3 (vóór koppeling PKB T-2) te delen door het aantal verzekerdenjaren T-2 (vóór koppeling PER T-1). Er wordt aangenomen dat de trendfactor van T-3 naar T-2 representatief is voor de ontwikkeling van T-2 naar T-1. Voor iedere verzekerde wordt het gewicht per klasse vermenigvuldigd met de

desbetreffende trendfactor. Indien er in de gehele risicoklasse minder dan of rond de 1.000 verzekerden worden ingedeeld wordt de trend gelijk gesteld aan 1, tenzij er (inhoudelijke) redenen zijn om de trend toch toe te passen.

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

Met ingang van de verzekerdenraming 2024 worden de trendfactoren niet meer standaard begrensd op vijf procent.⁵⁷ Inhoudelijke redenen kunnen nog wel maken dat er een begrenzing wordt toegepast.

Stap 3. Bijramen nieuw T-1

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

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

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

Stap 5. Aggregeren

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

Bijraming van kenmerk gebaseerd op T-3 gegevens

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

- 1 Kenmerkindexing koppelen aan PKB T-2;
- 2 Toepassen trend van T-3 naar T-2;
- 3 Bijramen nieuw verzekerden T-2;
- 4 Koppelen aan PER T-1;
- 5 Toepassen sterftecorrectie;
- 6 Toepassen trend van T-2 naar T-1;
- 7 Bijramen nieuw verzekerden T-1;
- 8 Corrigeren voor bevolkingsgroei van T-1 naar T;
- 9 Aggregeren

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

Stap 1. Kenmerkindexing koppelen aan PKB T-2

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

⁵⁷ ZIN heeft ramingen en ex post situaties van recente jaren vergeleken. Daaruit blijkt dat de begrenzing van de trendfactor voor meeste kenmerken geen impact heeft op de vereveningsbijdrage, terwijl de toepassing van begrenzingen voor EHK en FKG-add-ons achteraf niet correct zijn.

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

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

Stap 3. Bijramen nieuw verzekerden T-2

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

Stap 4. Koppelen aan PER T-1

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

Stap 5. Toepassen sterftecorrectie

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

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

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

Stap 7. Bijramen nieuw verzekerden T-1

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

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

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

Stap 9. Aggregeren

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

Bijraming MVV_C en HHK_C

Noodzaak voor aanpassing van methodiek. Bij de kenmerken MVV_C en HHK_C wordt een aangepaste ramingsmethodiek toegepast, vanwege de complexiteit in de reguliere ramingsmethodiek en relatief grote afwijkingen ten opzichte van realisatie. De nieuwe methodiek borgt dat de landelijke aantallen aansluiten op de modeldefinitie van MVV_C en HHK_C, waardoor de schattingsfout aanzienlijk kleiner wordt. Daarnaast paste de reguliere ramingsmethodiek meerdere correcties op correcties toe, waardoor het effect per correctie moeilijk te duiden en controleren was.

Nieuwe methodiek. In de aangepaste ramingsmethodiek voor MVV_C en HHK_C is het

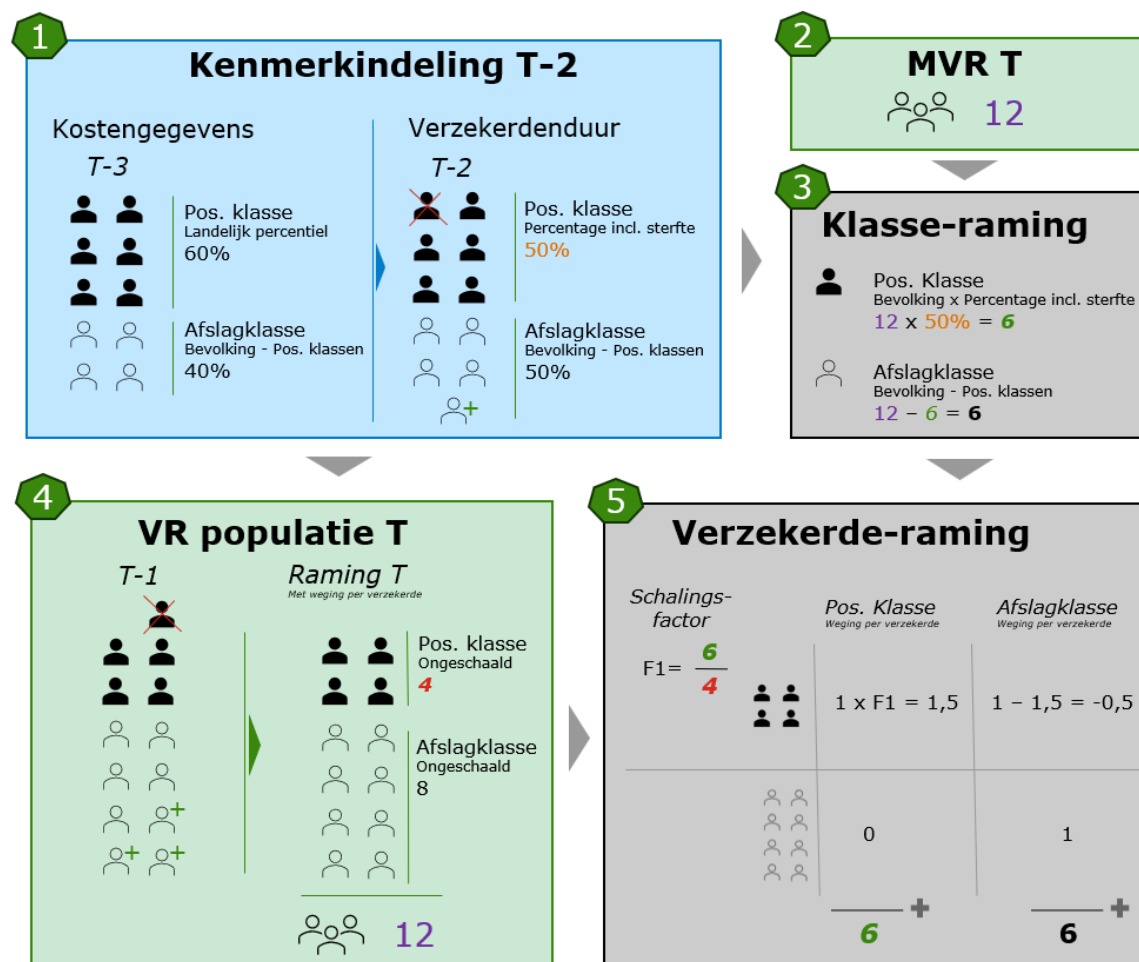
uitgangspunt de modeldefinitie van MVV_C en HHK_C, waarbij de top X% van de totale bevolking wordt ingedeeld in de positieve klassen. Dit maakt het aantal verzekerden in de positieve klassen redelijk stabiel en voorspelbaar. De nieuwe methodiek bestaat op hoofdlijnen uit vijf stappen. Deze stappen beschrijven we eerst globaal en daarna in meer detail, de stappen relateren aan de groene stapnummers in Figuur 31.

Vijf hoofdstappen.

1. **Kenmerk-indeling T-2:** Bepalen welke verzekerden in een positieve klasse zitten op basis van de meest recente gegevens. Vanuit deze stap berekenen we ook het percentage verzekerden van de totale bevolking in een positieve klasse, gecorrigeerd voor sterfte in T-1 (50% in het voorbeeld in Figuur 1).
2. **MVR T:** Raming van de totale bevolking in het ramingsjaar T (in het voorbeeld 12 verzekerdenjaren) op basis van de meest recente populatiegegevens en bevolkingsprognoses vanuit het CBS.
3. **Klasse-raming:** Berekening van het (macro) aantal verzekerdenjaren in de positieve klasse en in de afslagklasse voor het ramingsjaar T (in het voorbeeld 6 en 6 respectievelijk).
4. **VR populatie T:** De verzekerdenraming-populatie T baseren we op de meest recente populatiegegevens (PER T-1). Met behulp van ophogingsfactoren wegen we de verzekerdenjaren uit de populatie T-1 om aan te sluiten bij de geraamde bevolkingsaantallen in de MVR T.
5. **Verzekerde-raming:** Op verzekerde-niveau de gewichten per klasse bepalen. De weging van de verzekerde wordt zo over de klassen verdeeld dat deze aansluit op de klassentotalen (uit stap 3) en gesommeerd weer uitkomt op de weging op verzekerde-niveau in de VR populatie (uit stap 4).

Figuur 31: Visualisatie van de ramingsmethodiek voor MVV en HHK.

In de figuur is de werkelijkheid versimpeld tot een kenmerk met één positieve klasse (kosten in top 60%) en een afslagklasse. De totale bevolking is versimpeld tot 10 verzekerden in T-3, met een prognose voor 12 verzekerden in ramingsjaar T.



Figuur 31: Visualisatie van de ramingsmethodiek voor MVV en HHK. In de figuur is de werkelijkheid versimpeld tot een kenmerk met één positieve klasse (kosten in top 60%) en een afslagklasse. De totale bevolking is versimpeld tot 10 verzekerden in T-3, met een prognose voor 12 verzekerden in ramingsjaar T.

Detailuitwerking per stap.

- Kenmerk-indeling T-2:** Op basis van de meest recente kostengegevens (KPV voorlopig T-3) bepalen we de indeling in klassen per verzekerde. Hiertoe gebruiken we de landelijke percentielen uit de modeldefinitie (in het voorbeeld 60% voor de positieve klasse). In het voorbeeld hanteren we één positieve klasse (ingekleurd poppetje) en een afslagklasse (niet-gekleurd poppetje). Aangezien MVV en HHK T-1 kenmerken zijn, zal in de ex post situatie de populatie van een jaar later leidend zijn. Om dit populatie-effect na te bootsen koppelen we het populatiebestand (PKB) met verzekerdenjaren voor T-2 aan de kostengegevens T-3. Door sterfte en in mindere mate migratie, kunnen personen na deze koppeling wegvallen (poppetjes met rode kruis in Figuur). Verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB T-2 worden in de afslagklasse ingedeeld (Poppetjes met groene plus in Figuur). Hierdoor verandert het percentage van verzekerden in de positieve klasse (in voorbeeld is het percentage gecorrigeerd voor sterfte 50%). De percentages (gecorrigeerd voor sterfte) zijn per modeljaar zeer stabiel voor historische gegevensjaren. Ze vormen daardoor naar verwachting een goede inschatting voor de sterftepercentages in de ex post situatie.
- MVR T:** Raming van de totale bevolking in het ramingsjaar T (in het voorbeeld 12 verzekerdenjaren) op basis van de meest recente populatiegegevens en bevolkingsprognoses vanuit het CBS.

3. **Klasse-raming:** Per klasse kan je vanuit de landelijke percentielen uit de modeldefinitie⁵⁸ afleiden (zie stap 1) welk percentage van de totale geraamde bevolking (uit stap 2) in de klasse zit. Hiertoe vermenigvuldig je het percentage gecorrigeerd voor sterfte voor de positieve klasse met het geraamde totale bevolkingsaantal in de MVR T (in het voorbeeld $50\% \times 12 = 6$). De afslagklasse kan simpelweg berekend worden door het aantal verzekerdenjaren in de positieve klasse van het totale bevolkingsaantal af te trekken (in het voorbeeld 6).

Alleen klasse 9 van MVV_C vormt een uitzondering op deze methodiek, omdat in de modeldefinitie ook nog een aandeel jongeren versus volwassenen binnen de klassen verwerkt zit. Voor MVV_C-9 "aantal verzekerden onder de 18 in de top 0,25%", passen we een trend toe om de prevalenties te bepalen. Deze trend omvat de ontwikkeling in het aandeel verzekerden onder de 18 binnen de groep "totaal aantal verzekerden in de top 0,25%". Deze trend leiden we af van gegevens T-4 naar T-3 en passen we tweemaal toe op de aantallen in gegevens T-3.

4. **VR populatie:** De verzekerdenraming-populatie T baseren we op de meest recente populatiegegevens (PER T-1). Met behulp van ophogingsfactoren laten we de verzekerdenjaren uit de populatie T-1 aansluiten bij de geraamde bevolkingsaantallen in de MVR T. Dit geeft op verzekerde-niveau een weging, zodat gesommeerd de gewichten optellen tot het geraamde bevolkingstotaal. Alleen verzekerden in de verzekerdenraming-populatie T die in de kenmerkindeling (T-2) al in een positieve klasse zaten, zullen een positieve weging krijgen voor die positieve klasse in de verzekerdenraming⁵⁹. Door sterfte van T-2 naar T-1 is de gesommeerde weging van deze verzekerden nog te laag (in het voorbeeld ongeschaald 4 verzekerdenjaren in plaats van 6). Daarom zullen deze gewingen in stap 5 nog geschaald worden om gesommeerd op de klasse-raming uit te komen zoals berekend in stap 3.

5. **Verzekerde-raming:** Op verzekerde-niveau de gewichten per klasse bepalen. De weging van de verzekerde wordt zo over de klassen verdeeld dat deze aansluit op de klassentotalen (uit stap 3) en gesommeerd weer uitkomt op de weging op verzekerde-niveau in de VR populatie (uit stap 4). Voor de positieve klasse gebruiken we hiervoor een schalingsfactor (F1 in voorbeeld) die volgt uit de geschaalde en ongeschaalde verzekerdenjaren van de positieve klassen⁶⁰.

- Voor verzekerden in de positieve klasse vermenigvuldig je de weging uit de VR populatie met de schalingsfactor voor die klasse. Hierdoor zal over de klasse gesommeerd de totale weging weer aansluiten bij de klasse-raming uit stap 3. Om op verzekerde-niveau de weging ook nog te laten aansluiten bij de VR populatie (op basis van PER T-1 en MVRT), compenseren we met het gewicht in de afslagklasse. Het gewicht van de afslagklasse kan hierdoor dus, voor verzekerden die ingedeeld zijn in de positieve klasse, op verzekerde-niveau zelfs negatief worden.
- Voor verzekerden die ingedeeld zijn in de afslagklasse is het gewicht in een positieve klasse 0, de volledige verzekerduur van de verzekerde komt zo in de afslagklasse.

Bijraming IBZ

Bij het kenmerk IBZ worden meerdere aanpassingen gedaan ten opzichte van de reguliere ramingsmethodiek voor een kenmerk gebaseerd op gegevens T-3. Dit is nodig omdat ex post het gegevensjaar samenvalt met het vereveningsjaar, in tegenstelling tot de meeste andere vereveningskenmerken. Daarom wordt de uitval van T-3 op T-2 na aankoppeling van het PKB T-2 weer gecorrigeerd, zodat in de raming geen sterfte/emigratie wordt meegenomen (net als in de ex post situatie). Hierbij wordt de relatieve prevalentie van IBZ gelijk gehouden aan de relatieve prevalentie van T-3. Vervolgens wordt bevolkingsgroei toegepast op het gehele kenmerk, maar wordt dit later tenietgedaan voor de positieve IBZ-klassen.

⁵⁸ Technische toelichting: de modeldefinitie, zoals vastgelegd in het referentiebestand, wordt toegepast. Voor MVV omvat deze definitie ook nog een toewijzing van verzekerden Blijvend in de WLZ in de afslagklasse van MVV.

⁵⁹ Technische toelichting: in de programmatuur volgen we de volgende stappen om tot de VR populatie te komen: 1) Left-join van populatie T-1 (PER T-1) met de kenmerkindeling T-2 (PKB T-2), 2) Toepassen van ophogingsfactoren vanuit MVR T op L1G-niveau.

⁶⁰ Technische toelichting: in de programmatuur volgt deze schalingsfactor uit de verhouding van de percentages na koppeling van PKB T-2 aan het einde van stap 1 (voor positieve klasse 50%) en de percentages aan het einde van stap 4 (voor positieve klasse $4/12=33,3\%$). Deze verhouding ($50\%/33,3\%$) geeft dezelfde verhouding als voor de ongeschaalde en geschaalde verzekerdenjaren van de positieve klasse in dit voorbeeld ($6/4$)

Als laatste wordt voor de raming van het aantal zwangerschappen (IBZ-klasse 1) en het aantal bevallingen (IBZ-klassen 2 en 3) een correctie toegepast. Er wordt een correctie toegepast in de raming van het aantal zwangerschappen om het aantal zwangerschappen (IBZ-klasse 1) in T gelijk te houden aan het aantal zwangerschappen in T-3. Daarnaast wordt er een correctie toegepast om de raming van het aantal bevallingen (IBZ-klassen 2 en 3) bij te stellen aan de raming van het aantal 0-jarigen. Hierop wordt de gemiddelde verhouding van het aantal bevallingen ten opzichte van het aantal 0-jarigen toegepast. Deze verhouding is berekend door het gerealiseerde aantal bevallingen in IBZ_C T-3 te vergelijken met het gerealiseerde aantal 0-jarigen geboren in het gehele jaar T-3 (zowel in L5G als in CBS-cijfers). Deze verhouding is vervolgens vermenigvuldigd met het aantal 0-jarigen in de raming van L5G in T om het aantal bevallingen in T te ramen. Om het geraamde aantal bevallingen in T onder de IBZ-klassen 2 en 3 te verdelen wordt de verhouding van de IBZ-klassen 2 en 3 ten opzichte van het totaal aantal bevallingen in T-3 toegepast. Door deze correcties in de aantallen voor IBZ-klasse 1, 2 en 3 wordt de bevolkingsgroei die is toegepast op de positieve IBZ-klassen tenietgedaan.

In de raming wordt rekening gehouden met de leeftijdsrestrictie zodanig dat de positieve klassen alleen verze­kerden tussen de 15-54 jaar in jaar T bevat.

Bijraming OKH

Bij het kenmerk OKH worden enkele aanpassingen gedaan ten opzichte van de reguliere ramingsmethodiek voor een kenmerk gebaseerd op gegevens T-1. Ten eerste wordt er een correctiefactor toegepast omdat er in de raming alternatieve data (PER) wordt gebruikt ten opzichte van de ex post situatie (PKB). Het gebruik van het PER in de raming leidt tot een onderschatting van verze­kerden in de klasse (deels) niet verze­kerd in T-1. Daarnaast leidt het gebruik van het PER in de raming tot een lichte overschatting van verze­kerdenjaren in de klasse (deels) niet verze­kerd in T-2 en/of T-3. Dit komt doordat in het PER verze­kerden worden gemist die voor of na peildatum 1 mei (niet volledig) verze­kerd zijn. Op basis van kenmerk­indelingen met PER T-2 en PKB T-2 zijn correctiefactoren per klasse bepaald. Deze worden toegepast op de klassen (deels) niet verze­kerd in T-1, T-2 en/of T-3. Ten tweede wordt de correctie voor bevolkingsgroei alleen toegepast op de klassen 'Volledig verze­kerd in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren', in tegenstelling tot toepassing op alle klassen in de reguliere ramingsmethodiek. Dit omdat de algemene geraamde bevolkingsgroei per L1G-niveau naar verwachting niet representatief is voor de specifieke populaties in de positieve OKH-klassen.

Bijraming HSM

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

Bijraming SEI

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

Allereerst bepalen we het aandeel seizoenarbeiders in de totale groep niet-ingezetenen op basis van historische gegevens in T-2. Hiervoor gebruiken we het PKB T-2 en PKB T-3. Dit geeft het landelijk aandeel seizoenarbeiders in T-2. Dit aandeel passen we toe op het landelijk geraamde aantal niet-ingezetenen in T. Dit levert een landelijk geraamd aantal seizoenarbeiders en een

landelijk geraamd aantal overige niet-ingezetenen op.

Omdat het aandeel seizoenarbeiders sterk verschilt per verzekeraar, is voor de raming van SEI per verzekeraar het aandeel seizoenarbeiders in T-2 van die verzekeraar vermenigvuldigd met het geraamde aantal niet-ingezetenen. Dit wordt daarna herschaald om op het landelijk geraamde aantal seizoenarbeiders uit te komen. Tot slot is het aantal overige niet-ingezetenen per verzekeraar bepaald als het verschil tussen het geraamde aantal niet-ingezetenen en het geraamde aantal seizoenarbeiders van die verzekeraar.

Tabel 22: Uitgangspunten voor de verzekerdendraming 2027 per kenmerk

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
L5G	-PER 2026 -Macroverzekerdendraming 2027 (ZIN)	Geen	Regulier	Regulier indelen	Geen.
FKG_C	-Farmacie 2025 -Add-on geneesmiddelen 2024	2024-2025, (farmacie) 2023-2024, 2x (add-on)	Regulier	Indelen in afslagklasse	- Vanwege GO FKG zijn per model 2027 de volgende wijzigingen doorgevoerd: • De FKG-indeling van de add-on klassen is uitgebreid met indicaties. • De klasse 'Kanker o.b.v. add-on' (CAN) is opgesplitst in vier FKG-klassen voor een subgroep kanker. • Er is een extramurale FKG-klasse toegevoegd voor Immunoglobuline (IME). • Klysma ZI-artikelnnummers met onjuiste DDD-waarden zijn verwijderd. • Er zijn enkele drempelwaarden aangepast. - Nieuwe EHK-indeling o.b.v. regulier onderhoud.
FKG_G	-Farmacie 2025	2024-2025 (farmacie)	Regulier	Indelen in afslagklasse	- Vanwege GO FKG is per model 2027 één drempelwaarde aangepast.
DKG_C	-DBC 2024	2023-2024, 2x	Regulier	Indelen in afslagklasse	- Vanwege GO DKG_C zijn per model 2027 de volgende wijzigingen doorgevoerd: • Actualiseren van diagnosecodes en zorgproducten. • Verwijderen van GRZ-Dx-groepen. • Nieuwe clustering in DKG_C leidt tot 32 DKG_C-klassen.
DKG_G	-ZPM-GGZ declaraties 2022, 2023 en 2024	Geen	Regulier	Indelen in afslagklasse	- Aangezien er voor de trendfactoren bij DKG_G een conversie nodig is van de oude DBC-bekostigingssystematiek (met schadelastdip) naar de nieuwe ZPM-bekostigingssystematiek wordt er voor model 2027 geen trend toegepast bij DKG_G.
MHK_C	-KPV-bestanden 2022, 2023 en 2024 - Hulpmiddelenkosten 2022 (Vektis) - Wlz 2025	Geen	Regulier/ afstemming OT	Regulier indelen	- MHK-C prevalenties Gupta bevat kosten 2022 t/m 2024 zonder sterfte; ZIN corrigeert voor sterfte 2024/2025.

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
MHK_G	- KPV-bestanden 2020, 2021, 2022, 2023 en 2024	Geen	Regulier/ afstemming OT	Regulier indelen	- Vanwege vereenvoudiging kostenkenmerken worden per model 2027 verzeerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag ingedeeld in de hoogst aangrenzende klasse. - Aanpassingen i.v.m. invoering ZPM in 2022: • Eerst reguliere kenmerkindeling afleiden op basis van 2020 t/m 2024 (1 jaar oude systematiek, 1 jaar schadelastdip en 3 jaar ZPM). • Correctie voor ZPM door afstemming op prevalenties van Gupta, waarbij 1 kostenjaar is geconverteerd voor schadelastdip en 1 kostenjaar is geconverteerd voor het ZPM. • Prevalenties Gupta zijn zonder sterfte; ZIN corrigeert voor sterfte 2024/2025.
AVI	- PKB 2025 - UWV 2025 - RBRV XA 2026 - BD zelfst 2026 - DUO 2025	Geen	Regulier en correctie IVA	Regulier indelen	- Vanwege onderzoek vereenvoudiging zijn per model 2027 de volgende wijzigingen doorgevoerd: • Voor de AVI-indeling van 65-69-jarigen wordt uitgegaan van de AVI-indeling in model T-1. • Zelfstandigen worden o.b.v. één gegevensjaar (meest recent beschikbaar, maximaal T+1) afgeleid. • De klassen voor studenten en hoogopgeleiden worden samengevoegd tot één klasse. • Uitzonderingen voor 0-17 jarigen (adres o.b.v. alleen PKB i.p.v. PKB en Belastingdienst en loslaten criterium van min. 15 jaar verschil oudste minderjarige met volwassenen op hetzelfde adres) is komen te vervallen.
SES	- PKB 2023, 2024 en 2025 - BD-inkomen 2023, 2024 en 2025	Geen	Regulier	Niet indelen	- Vanwege onderzoek vereenvoudiging is de toewijzing van mensen met specifieke DKG_G klassen en Wlz-declaraties aan de klasse 'Zeer laag' per model 2027 komen te vervallen.
PPA	- PKB 2024 en 2025 - BD-inkomen 2024 en 2025 - Wlz-bestand zorgkantoren 2025	Geen	Regulier	Niet indelen	Geen.
REG_C en REG_G	- PER 2026 (postcode)	Geen	Regulier	Regulier indelen	- Nieuwe postcode naar regio-clustering van Gupta voor zowel REG_C als REG_G.
FDG_C	- Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2025	2024-2025	Regulier	Indelen in afslagklasse	- Geen afwijkende keuze voor raming FDG_C-2. Problemen bij CSI-codes met beperkte behandelduur en onderscheid AV/BV zien we niet terug in de data-analyses.

Kenmerk	Bronbestanden	Trendfactoren	Raming	Indeling niet-ingezetenen	Bijzonderheden
HHK_C	-KPV-bestanden 2023 en 2024 -Hulpmiddelenkosten 2022 (Vektis)	Geen	Aangepaste ramings-methodiek	Regulier indelen	- Hulpmiddelenkosten worden voor het eerst via de KPV-bestanden geleverd. - Vanwege vereenvoudiging kostenkenmerken worden per model 2027 verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag ingedeeld in de hoogst aangrenzende klasse. - Aangepaste ramingsmethodiek.
MVV_C	-KPV-bestanden 2022, 2023 en 2024 -Wlz 2025	Geen	Aangepaste ramings-methodiek	Regulier indelen	- Vanwege vereenvoudiging kostenkenmerken worden per model 2027 verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag ingedeeld in de hoogst aangrenzende klasse. - Aangepaste ramingsmethodiek.
HSM_C	- Indeling FKG_C, DKG_C, MHK_C, FDG_C, MVV_C modeljaar 2024 (ZIN)	Geen	Niet regulier. Bijramen 1 jaar extra sterfte	Indelen in afslagklasse	Geen.
IBZ_C	- KPV-bestanden 2023 en 2024	Geen	Aangepaste ramings-methodiek	Regulier indelen	Geen.
SEI	- PER 2026 - Macroverzekerdenraming 2027 (ZIN)	Geen	Afwijkende raming	Regulier indelen	Geen.
OKH_C	-PER 2026 -PKB 2023, 2024 en 2025 -Macroverzekerdenraming 2027 (ZIN)	Geen	Aangepaste ramings-methodiek	Niet indelen	Geen.
MFK_C	- KPV-bestanden 2022, 2023 en 2024	Geen	Regulier	Indelen in afslagklasse	Geen.
Eigen risico	-Bepaling forfaitaire groep: HHK_C, FKG_C, FKG_G, DKG_C, DKG_G, MHK_C (>1), MHK_G (>1), FDG_C en MVV_C modeljaar 2027 (ZIN)	Geen	Indeling niet-forfaitaire groep naar L5G, AVI, REG_C, SEI_E ⁶¹ en MHK_E	Indelen in forfaitaire groep o.b.v. MHK_C, MHK_G en MVV_C	- De kenmerken FKG_G, DKG_G en MHK_G lopen per model 2027 mee in de bepaling van de forfaitaire groep.

N.B.: Voor de volgende kenmerken worden uitvoeringsbestanden van de betreffende gegevensjaren (modeljaar 2027) gebruikt: FKG_C, FKG_G, DKG_C, DKG_G, FDG_C, AVI, PPA, REG_C, REG_G. Voor alle gebruikte uitvoeringsbestanden vindt regulier onderhoud plaats.

N.B.2: Een geactualiseerd referentiebestand met de regio-indeling op postcodeniveau wordt jaarlijks aangeleverd door de OT-uitvoerder.

⁶¹ SEI wordt ook toegepast op de forfaitaire groep.

Bijlage 3 Correctiefactoren en trendfactoren

IVA-correctiefactoren in AVI

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

Onderstaande tabel laat de IVA-correctiefactoren zien zoals deze zijn toegepast in de verzekerdenraming 2027.

AVI-klassen	IVA-correctiefactor
IVA, 0 t/m 17 jaar	1,047
IVA, 18 t/m 34 jaar	1,078
IVA, 35 t/m 44 jaar	1,031
IVA, 45 t/m 54 jaar	1,011
IVA, 55 t/m 64 jaar	1,068
IVA, 65 t/m 69 jaar	1,068

Correctiefactoren in IBZ_C

Voor het kenmerk IBZ_C worden correctiefactoren toegepast op de positieve IBZ_C-klassen. Op de klasse voor zwangerschap (IBZ-klasse 1) wordt een correctiefactor toegepast om het aantal zwangerschappen in T gelijk te houden aan het aantal zwangerschappen in T-3. Op de klasse voor bevallingen (IBZ-klasse 2 en 3) wordt een correctiefactor toegepast om de raming van het aantal bevallingen bij te stellen aan de raming van het aantal 0-jarigen⁶². Met deze correctiefactoren wordt ook de eerder toegepaste bevolkingsgroei op de positieve IBZ-klassen tenietgedaan.

Onderstaande tabel laat de correctiefactoren zien zoals deze zijn toegepast in de verzekerdenraming 2027.

IBZ-klasse	Correctiefactor
1	0,983
2	0,987
3	0,987

PKB/PER-correctiefactoren in OKH_C

Voor het kenmerk OKH_C worden PKB/PER-correctiefactoren toegepast op de OKH_C-klassen 1 t/m 4. Deze correctiefactor wordt toegepast omdat er in de raming alternatieve data (PER) wordt gebruikt ten opzichte van de ex post situatie (PKB)³⁴.

Onderstaande tabel laat de PKB/PER-correctiefactoren zien zoals deze zijn toegepast in de verzekerdenraming 2027.

OKH_C-klasse	PKB/PER-correctiefactor
1	1,132
2	1,113

⁶² Voor meer informatie, zie Bijlage 2.

3	0,984
4	0,984

Trendtabellen FKG_C, FKG_G, DKG_C en FDG_C

De volgende tabellen bevatten de trendfactoren die zijn toegepast in de Verzekerdenraming 2027. Het kenmerk DKG_G wordt niet getoond omdat de trend voor het hele kenmerk op 1 is gezet vanwege de introductie van het Zorgprestatiemodel. Daarnaast is een aantal trendfactoren op 1 of een andere waarde gezet in verband met onzekerheden zoals kleine aantallen of (-klasse-specifieke) correcties (de reden hiervoor wordt in een voetnoot vermeld). Daar waar af is geweken van de *generiek berekende trend* zijn de trendfactoren rood gekleurd.

FKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Schil COPD/astma	Schil diabetes Insuline	Schil diabetes orale medicatie	Schil CVRM "licht"	Schil CVRM "zwaar"
0 t/m 17	1,001	0,999	1,218	1,433	1,037	0,973
18 t/m 29	0,999	0,999	1,033	1,221	1,024	1,061
30 t/m 44	0,997	0,998	0,960	1,085	1,012	0,985
45 t/m 59	0,999	0,980	0,961	1,029	0,993	0,973
60 t/m 74	0,998	1,003	0,917	0,993	0,993	0,973
75 e.o.	0,995	0,999	0,961	1,008	0,995	0,971

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Schil COPD/astma	Schil diabetes Insuline	Schil diabetes orale medicatie	Schil CVRM "licht"	Schil CVRM "zwaar"
0 t/m 17	1,001	0,965	0,913	1,549	1,054	0,944
18 t/m 29	0,996	0,965	0,968	1,465	1,066	1,069
30 t/m 44	0,993	0,977	0,932	1,288	1,018	1,033
45 t/m 59	0,996	0,980	1,104	1,108	0,986	0,969
60 t/m 74	0,999	1,011	0,957	1,009	0,985	0,976
75 e.o.	0,996	1,023	0,902	1,040	0,991	0,984

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Schildklier aandoeningen	Glaucoom	Depressie	Psychose en verslaving	Epilepsie	Chronische antistolling
0 t/m 17	1,017	1,046	1,041	0,985	1,014	1,135
18 t/m 29	1,004	1,032	1,052	0,982	1,005	1,047
30 t/m 44	1,018	0,999	1,047	0,998	1,000	1,027
45 t/m 59	1,011	1,000	1,014	1,012	0,991	1,021
60 t/m 74	1,010	0,979	1,013	1,030	0,995	1,029
75 e.o.	1,008	0,998	1,025	1,083	1,019	1,049

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Schildklier aandoeningen	Glaucoom	Depressie	Psychose en verslaving	Epilepsie	Chronische antistolling
0 t/m 17	1,015	0,961	1,075	0,993	0,999	0,969
18 t/m 29	0,997	1,080	1,078	1,036	1,017	1,025
30 t/m 44	1,018	1,048	1,053	1,006	1,007	1,014
45 t/m 59	1,014	0,988	1,013	0,996	0,983	1,021
60 t/m 74	1,004	0,971	1,011	1,019	1,003	1,028
75 e.o.	1,009	0,991	1,020	1,015	1,000	1,046

Mannen	12	13	14	15	16	17
--------	----	----	----	----	----	----

Leeftijd	Transplantaties	Parkinson	Hartaandoeninge n: overig	Chronische pijn exclusief opioïden	Neuropatische pijn	Diabetes type II zonder hypertensie
0 t/m 17	1,088	0,980	0,950	1,003	0,923	1,742
18 t/m 29	1,005	0,980	1,086	1,081	1,134	1,237
30 t/m 44	1,020	0,980	1,039	1,001	1,055	1,126
45 t/m 59	1,006	1,013	1,021	0,963	1,020	1,069
60 t/m 74	1,041	0,992	1,001	0,994	1,002	1,078
75 e.o.	1,097	1,012	1,000	0,984	1,078	1,103

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Transplantaties	Parkinson	Hartaandoeninge n: overig	Chronische pijn exclusief opioïden	Neuropatische pijn	Diabetes type II zonder hypertensie
0 t/m 17	1,065	0,878	1,231	1,100	1,094	1,536
18 t/m 29	1,054	0,878	1,274	1,033	1,073	1,443
30 t/m 44	1,057	0,878	1,067	1,000	1,033	1,298
45 t/m 59	1,048	0,987	1,032	0,983	1,024	1,162
60 t/m 74	1,049	0,977	1,004	1,000	1,022	1,103
75 e.o.	1,126	0,996	0,984	0,991	1,040	1,105

Mannen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Diabetes type II met hypertensie	Diabetes type I zonder hypertensie	Diabetes type I met hypertensie	Cystic fibrosis/ pancreas- enzymen	Groeistoornissen o.b.v. add-on ⁶³	Aandoeningen hersenen/rug- genmerg: overig
0 t/m 17	1,240	1,002	1,011	0,913	1,071	0,963
18 t/m 29	1,240	0,999	1,011	0,986	1,071	0,979
30 t/m 44	1,165	1,024	0,970	0,978	1,071	0,925
45 t/m 59	1,103	0,997	0,952	1,048	1,071	0,947
60 t/m 74	1,090	1,022	0,961	1,074	1,071	0,967
75 e.o.	1,119	0,989	0,969	1,054	1,071	0,971

Vrouwen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Diabetes type II met hypertensie	Diabetes type I zonder hypertensie	Diabetes type I met hypertensie	Cystic fibrosis/ pancreas- enzymen	Groeistoornissen o.b.v. add-on ⁶³	Aandoeningen hersenen/rug- genmerg: overig
0 t/m 17	1,362	1,002	0,945	0,969	1,071	0,809
18 t/m 29	1,362	1,008	0,945	1,032	1,071	0,907
30 t/m 44	1,215	1,034	1,002	0,972	1,071	0,974
45 t/m 59	1,122	0,988	0,946	0,991	1,071	0,970
60 t/m 74	1,095	1,005	0,953	1,034	1,071	0,961
75 e.o.	1,125	0,993	0,958	1,029	1,071	0,991

Mannen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	Aandoeningen hersenen/rug- genmerg: mul- tiple sclerose	HIV/AIDS	Psoriasis en Eczeem	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	Reuma	Auto-immuun- ziekten o.b.v. add-on
0 t/m 17	0,785	0,949	0,981	0,963	0,993	1,332
18 t/m 29	0,785	0,923	0,947	0,996	1,041	1,243
30 t/m 44	1,020	0,951	1,004	0,986	1,037	1,192

⁶³ Bij FKG 22 is de trend op 1.071 gezet vanwege de verwachting dat het twee keer toepassen van de relatief forse trend van 2023 naar 2024 zal leiden tot een overschatting van de aantallen. Dit vanwege een effect van vervallen indicaties per 2024. Daarom is de trend van 2023 naar 2024 uit model 2026 toegepast.

45 t/m 59	0,997	0,957	1,021	0,988	1,002	1,193
60 t/m 74	1,031	1,027	1,036	0,983	1,012	1,200
75 e.o.	1,340	1,097	1,020	0,989	1,022	1,242

Vrouwen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	HIV/AIDS	Psoriasis en Eczeem	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	Reuma	Auto-immuun-ziekten o.b.v. add-on
0 t/m 17	0,996	0,871	0,978	0,909	0,995	1,289
18 t/m 29	0,996	0,902	0,971	0,986	1,022	1,159
30 t/m 44	0,958	0,944	1,003	0,989	1,003	1,176
45 t/m 59	1,038	1,017	1,010	0,986	1,006	1,184
60 t/m 74	1,033	1,064	1,016	0,983	1,012	1,179
75 e.o.	1,165	1,050	1,011	1,000	1,013	1,169

Mannen	30	31	32	33	34	35
Leeftijd	Nieraandoeningen	Acromegalie	Immuno-globuline	Immuno-globuline o.b.v. add-on	Astma	COPD/Zware astma
0 t/m 17	1,123	0,942	0,904	1,273	0,918	1,040
18 t/m 29	1,123	0,942	0,904	0,856	0,984	1,093
30 t/m 44	1,235	0,942	1,013	0,889	0,976	1,036
45 t/m 59	1,229	0,943	1,056	1,175	0,976	0,989
60 t/m 74	1,154	1,039	1,070	1,280	1,002	0,977
75 e.o.	1,024	1,104	1,058	1,374	1,004	0,961

Vrouwen	30	31	32	33	34	35
Leeftijd	Nieraandoeningen	Acromegalie	Immuno-globuline	Immuno-globuline o.b.v. add-on	Astma	COPD/Zware astma
0 t/m 17	1,123	0,995	0,967	1,309	0,911	1,062
18 t/m 29	1,123	0,995	0,967	1,100	0,967	1,055
30 t/m 44	1,272	0,995	0,901	1,123	0,967	1,017
45 t/m 59	1,104	1,045	1,057	1,292	0,981	0,980
60 t/m 74	1,017	0,974	1,036	1,180	0,997	0,987
75 e.o.	0,975	1,073	0,979	1,230	1,009	0,992

Mannen	36	37	38	39	40	41
Leeftijd	COPD/Zware astma o.b.v. add-on ⁶⁴	Hormoon-gevoelige tumoren	Kanker	Longkanker o.b.v. add-on	Hematologische maligniteit o.b.v. add-on ⁶⁴	Carcinoom o.b.v. add-on ⁶⁴
0 t/m 17	1,380	1,025	0,850	0,788	1,066	1,066
18 t/m 29	1,380	1,220	0,892	0,788	1,066	1,066
30 t/m 44	1,374	1,436	0,949	0,788	1,066	1,066
45 t/m 59	1,049	1,095	0,969	0,929	1,066	1,066
60 t/m 74	1,143	0,959	1,003	0,991	1,066	1,066
75 e.o.	1,244	0,954	1,014	1,015	1,066	1,066

Vrouwen	36	37	38	39	40	41
Leeftijd	COPD/Zware astma o.b.v. add-on ⁶⁴	Hormoon-gevoelige	Kanker	Longkanker o.b.v. add-on	Hematologische maligniteit o.b.v. add-on ⁶⁴	Carcinoom o.b.v. add-on ⁶⁴

⁶⁴ Bij FKG 40 en 41 is de trend op 1,066 gezet vanwege de verwachting dat het twee keer toepassen van de relatief forse trend van 2023 naar 2024 zal leiden tot een overschatting van de aantallen. Dit vanwege een effect van vervallen indicaties per 2024. Daarom is de trend van 2023 naar 2024 uit model 2026 voor de FKG 37 Kanker o.b.v. add-on toegepast.

	on ⁶	tumoren			add-on ⁶⁴	
0 t/m 17	1,151	0,948	0,792	1,556	1,066	1,066
18 t/m 29	1,151	1,149	0,973	1,556	1,066	1,066
30 t/m 44	1,166	1,036	0,977	1,556	1,066	1,066
45 t/m 59	1,109	1,003	0,964	0,758	1,066	1,066
60 t/m 74	1,195	0,987	1,008	1,021	1,066	1,066
75 e.o.	1,239	0,984	0,992	1,130	1,066	1,066

Mannen	42	43	44	45	46	47
Leeftijd	Overige kanker o.b.v. add-on	Pulmonale arteriële hypertensie	Macula- degeneratie o.b.v. add-on	Hypercho- lesterolemie	Hart-aandoening: anti-aritmica	Verslaving exclusief nicotine
0 t/m 17	1,275	1,187	1,202	1,298	0,909	1,021
18 t/m 29	1,231	1,187	1,425	1,298	1,215	1,021
30 t/m 44	0,885	0,896	1,260	1,222	1,018	0,993
45 t/m 59	1,190	1,000	1,213	1,144	0,974	0,964
60 t/m 74	1,133	1,104	1,164	1,227	0,982	1,020
75 e.o.	1,329	0,994	1,091	1,269	0,987	1,044

Vrouwen	42	43	44	45	46	47
Leeftijd	Overige kanker o.b.v. add-on	Pulmonale arteriële hypertensie	Macula- degeneratie o.b.v. add-on	Hypercho- lesterolemie	Hart-aandoening: anti-aritmica	Verslaving exclusief nicotine
0 t/m 17	0,793	1,018	1,117	1,227	1,098	1,023
18 t/m 29	0,793	1,018	1,221	1,227	1,098	1,023
30 t/m 44	1,432	1,014	1,215	1,212	1,058	1,026
45 t/m 59	1,496	1,022	1,158	1,202	1,031	0,981
60 t/m 74	1,350	1,042	1,108	1,263	0,995	0,999
75 e.o.	1,308	0,990	1,115	1,297	1,011	1,025

Mannen	48	49	50
Leeftijd	Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	Benigne prostaathyper- plasie	Chronische migraine
0 t/m 17	1,056	0,918	1,222
18 t/m 29	1,036	0,918	1,222
30 t/m 44	0,990	0,947	1,187
45 t/m 59	1,111	0,950	0,998
60 t/m 74	1,111	0,973	1,087
75 e.o.	1,111	0,985	1,117

Vrouwen	48	49	50
Leeftijd	Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	Benigne prostaathyper- plasie	Chronische migraine
0 t/m 17	1,026	0,927	1,233
18 t/m 29	0,981	0,927	1,354
30 t/m 44	1,081	1,176	1,190
45 t/m 59	1,074	1,042	1,114
60 t/m 74	1,074	1,046	1,131
75 e.o.	1,074	1,072	1,154

Mannen	51	52	53	54
Leeftijd	Extreem	Extreem	Extreem	Extreem hoge kosten

	hoge kosten cluster 1 ⁶⁵	hoge kosten cluster 2 ⁶⁶	hoge kosten cluster 3 ⁶⁷	cluster 4 ⁶⁸
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	51	52	53	54
Leeftijd	Extreem hoge kosten cluster 1 ⁶⁵	Extreem hoge kosten cluster 2 ⁶⁶	Extreem hoge kosten cluster 3 ⁶⁷	Extreem hoge kosten cluster 4 ⁶⁸
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

⁶⁵ Bij FKG 51 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen. Er is wel een eenmalige ophoging van 160 verzekerdenjaren toegepast op deze klasse vanwege de indicatie-uitbreiding van een EHK-1-middel.

⁶⁶ Bij FKG 52 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

⁶⁷ Bij FKG 53 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

⁶⁸ Bij FKG 54 is de trend op 1 gezet vanwege de kleine aantallen.

FKG GGZ-model

Mannen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FKG psychische aandoeningen	ADHD	Verslaving (exclusief nicotine)	Angststoornis-sen (benzo-diazepinen)	Chronische stemmings-stoornissen
0 t/m 17	1,000	1,015	1,018	0,918	1,004
18 t/m 29	0,998	1,069	1,018	0,918	1,051
30 t/m 44	0,997	1,140	0,993	0,919	1,049
45 t/m 59	0,998	1,139	0,964	0,965	1,013
60 t/m 74	0,999	1,137	1,020	0,963	1,018
75 e.o.	0,999	1,075	1,044	0,905	1,021

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FKG psychische aandoeningen	ADHD	Verslaving (exclusief nicotine)	Angststoornis-sen (benzo-diazepinen)	Chronische stemmings-stoornissen
0 t/m 17	1,000	1,026	1,017	0,920	1,121
18 t/m 29	0,994	1,128	1,017	0,920	1,079
30 t/m 44	0,994	1,207	1,026	0,941	1,052
45 t/m 59	0,997	1,201	0,981	0,932	1,017
60 t/m 74	0,998	1,177	0,999	0,946	1,015
75 e.o.	0,998	1,179	1,025	0,949	1,022

Mannen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Bipolaire stoornissen regulier	Bipolaire stoornissen complex	Psychose	Chronische stemmings-stoornissen complex	Psychose depot
0 t/m 17	0,964	1,027	0,910	0,775	1,042
18 t/m 29	0,964	1,027	0,973	0,775	1,042
30 t/m 44	1,001	1,064	0,989	0,775	1,021
45 t/m 59	0,929	0,930	1,003	0,930	1,019
60 t/m 74	0,983	0,938	1,030	0,957	1,012
75 e.o.	0,967	0,989	1,093	1,036	0,988

Vrouwen	5	6	7	8	9
Leeftijd	Bipolaire stoornissen regulier	Bipolaire stoornissen complex	Psychose	Chronische stemmings-stoornissen complex	Psychose depot
0 t/m 17	1,022	1,005	0,901	0,897	0,970
18 t/m 29	1,022	1,005	1,045	0,897	0,970
30 t/m 44	0,929	0,976	1,001	0,897	1,030
45 t/m 59	0,968	0,931	0,992	0,912	0,993
60 t/m 74	0,979	0,964	1,022	0,981	1,005
75 e.o.	0,963	1,065	1,027	1,001	0,964

DKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen DKG	DKG 1	DKG 2	DKG 3	DKG 4	DKG 5
0 t/m 17	1,000	1,082	1,037	1,000	0,983	1,025
18 t/m 29	0,999	1,055	1,052	1,010	0,958	1,039
30 t/m 44	0,998	1,037	1,062	1,029	1,076	1,039
45 t/m 59	0,997	1,026	1,035	1,017	1,044	1,045
60 t/m 74	0,995	1,019	1,018	1,014	1,015	1,035
75 e.o.	0,993	1,004	1,015	0,996	1,021	1,041

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen DKG	DKG 1	DKG 2	DKG 3	DKG 4	DKG 5
0 t/m 17	0,999	1,060	0,958	1,004	0,924	0,986
18 t/m 29	0,998	1,041	1,054	1,071	1,016	1,136
30 t/m 44	0,997	1,041	1,059	1,057	1,025	1,151
45 t/m 59	0,995	1,025	1,035	1,048	1,034	1,096
60 t/m 74	0,994	1,016	1,024	1,024	1,025	1,036
75 e.o.	0,994	1,007	1,015	1,017	1,017	1,011

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	DKG 6	DKG 7	DKG 8	DKG 9	DKG 10	DKG 11
0 t/m 17	1,012	0,994	1,022	1,056	1,076	1,016
18 t/m 29	1,058	1,053	1,013	0,997	1,076	1,016
30 t/m 44	1,033	1,016	0,996	1,022	0,912	1,020
45 t/m 59	1,045	1,026	1,007	1,015	1,005	1,041
60 t/m 74	1,012	1,008	1,036	0,988	1,028	1,000
75 e.o.	1,019	1,005	1,026	1,007	1,036	1,017

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	DKG 6	DKG 7	DKG 8	DKG 9	DKG 10	DKG 11
0 t/m 17	1,007	1,030	1,060	1,063	0,878	1,044
18 t/m 29	1,006	1,035	1,044	1,061	0,878	1,044
30 t/m 44	1,034	1,028	1,023	1,038	0,907	0,989
45 t/m 59	1,043	1,007	1,059	1,041	1,067	1,020
60 t/m 74	1,038	1,011	1,037	1,017	1,026	1,018
75 e.o.	1,035	1,010	1,026	1,090	1,036	1,008

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	DKG 12	DKG 13	DKG 14	DKG 15	DKG 16	DKG 17
0 t/m 17	0,809	0,914	1,069	1,017	1,093	1,291
18 t/m 29	1,038	1,102	1,069	1,017	1,093	1,291
30 t/m 44	0,997	1,049	1,069	1,017	1,037	0,962
45 t/m 59	1,001	1,007	1,069	1,017	1,075	0,984
60 t/m 74	1,043	1,023	0,970	1,017	1,022	1,002
75 e.o.	0,963	1,010	0,992	1,017	1,006	1,011

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	DKG 12	DKG 13	DKG 14	DKG 15	DKG 16	DKG 17
0 t/m 17	0,811	0,975	1,110	0,986	1,031	0,879
18 t/m 29	0,997	1,046	1,110	0,986	1,031	0,879
30 t/m 44	1,066	1,029	1,110	0,986	1,037	1,150
45 t/m 59	1,036	0,980	1,059	0,986	1,051	0,986
60 t/m 74	0,991	1,039	0,993	0,986	1,021	0,973
75 e.o.	1,023	1,064	0,931	0,986	1,028	0,959

Mannen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	DKG 18	DKG 19 ⁶⁹	DKG 20	DKG 21	DKG 22	DKG 23
0 t/m 17	1,045	1,000	1,061	0,980	0,984	1,068
18 t/m 29	1,062	1,000	1,061	0,980	1,018	1,077
30 t/m 44	1,062	1,000	1,061	0,980	1,011	1,077
45 t/m 59	1,062	1,000	1,061	1,015	1,011	1,045
60 t/m 74	1,062	1,000	1,059	1,006	1,012	1,020
75 e.o.	1,062	1,000	1,071	1,035	1,040	0,821
Vrouwen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	DKG 18	DKG 19	DKG 20	DKG 21	DKG 22	DKG 23
0 t/m 17	1,058	1,147	1,991	1,060	1,010	0,984
18 t/m 29	1,005	1,147	1,991	1,060	1,016	0,917
30 t/m 44	1,005	1,147	1,991	1,060	0,988	0,932
45 t/m 59	1,005	1,009	1,991	1,029	1,019	0,919
60 t/m 74	1,005	0,979	1,991	0,983	1,025	1,018
75 e.o.	1,005	0,960	1,991	1,055	1,027	0,877

Mannen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	DKG 24 ⁷⁰	DKG 25	DKG 26	DKG 27	DKG 28	DKG 29 ⁷¹
0 t/m 17	1,000	1,042	0,932	0,841	0,952	1,000
18 t/m 29	1,000	1,042	1,046	0,841	1,087	1,000
30 t/m 44	1,000	1,042	1,133	0,841	1,087	1,000
45 t/m 59	1,000	1,001	1,055	1,040	1,087	1,000
60 t/m 74	1,000	0,951	1,112	1,007	1,087	1,000
75 e.o.	1,000	1,077	1,054	1,050	1,087	1,000
Vrouwen	24	25	26	27	28	29
Leeftijd	DKG 24 ⁷⁰	DKG 25	DKG 26	DKG 27	DKG 28	DKG 29 ⁷¹
0 t/m 17	1,000	1,041	1,038	0,938	0,974	1,000
18 t/m 29	1,000	1,041	1,080	0,938	0,870	1,000
30 t/m 44	1,000	1,041	1,110	0,938	0,870	1,000
45 t/m 59	1,000	0,993	1,016	1,078	0,870	1,000
60 t/m 74	1,000	0,963	0,983	1,052	0,870	1,000
75 e.o.	1,000	1,042	0,965	1,033	0,870	1,000

Mannen	30	31	32
Leeftijd	DKG 30	DKG 31	DKG 32
0 t/m 17	0,962	1,015	1,075
18 t/m 29	1,042	1,015	1,092
30 t/m 44	0,981	0,928	0,992
45 t/m 59	1,027	0,982	1,040
60 t/m 74	1,027	0,973	0,982
75 e.o.	1,027	0,957	1,130
Vrouwen	30	31	32
Leeftijd	DKG 30	DKG 31	DKG 32
0 t/m 17	0,970	0,962	1,168
18 t/m 29	0,963	0,962	0,912
30 t/m 44	0,962	0,962	0,912
45 t/m 59	0,932	0,977	0,912

⁶⁹ DKG 19 bestaat uit een DX-groep voor vrouwen; er worden daarom geen mannen ingedeeld in deze klasse.

⁷⁰ Bij DKG 24 is de trend op 1 gezet vanwege kleine aantallen in combinatie met een instabiele trend.

⁷¹ Bij DKG 29 is de trend op 1 gezet vanwege kleine aantallen in combinatie met een instabiele trend.

60 t/m 74	0,932	0,940	0,912
75 e.o.	0,932	0,946	0,912

FDG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FDG	FDG 1	FDG 2	FDG 3	FDG 4⁷²
0 t/m 17	1,000	1,003	0,942	0,885	1,000
18 t/m 29	1,000	1,084	1,042	0,885	1,000
30 t/m 44	1,000	1,006	1,030	0,885	1,000
45 t/m 59	1,000	1,003	1,051	1,003	1,000
60 t/m 74	0,998	0,996	1,048	1,069	1,000
75 e.o.	0,998	0,991	1,039	1,122	1,000

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen FDG	FDG 1	FDG 2	FDG 3	FDG 4⁷²
0 t/m 17	1,000	1,009	0,975	1,001	1,000
18 t/m 29	1,000	1,010	1,022	1,001	1,000
30 t/m 44	1,000	1,024	1,046	1,001	1,000
45 t/m 59	0,998	1,019	1,081	1,005	1,000
60 t/m 74	0,997	1,014	1,079	0,995	1,000
75 e.o.	0,997	0,975	1,057	1,084	1,000

⁷² Bij FDG 4 is de trend op 1 gezet vanwege kleine aantallen in combinatie met een instabiele trend.