



WUR-leden en onderzoekers ESHPM

**Zorginstituut Nederland**  
 Risicoverevening

 Eekholt 4  
 1112 XH Diemen  
 Postbus 320  
 1110 AH Diemen  
 www.zorginstituutnederland.nl  
 T +31 (0)20 797 85 55

## WUR 394B

Toelichting Plausibiliteitstoets Verzekerdenraming 2021

**Contactpersonen**

5.1.2e

**Datum**

6 augustus 2020

**Onze referentie**

2020032340

### 0 Inleiding

Dit memo geeft een toelichting op de Plausibiliteitstoets van de Verzekerdenraming 2021 (VR2021). De plausibiliteitstoets bevat de resultaten van de VR2021 van de afzonderlijke klassen van de vereveningskenmerken, zowel op het landelijk niveau als voor afzonderlijke verzekeraars.

Om de resultaten uit de verzekerdenraming beter te kunnen beoordelen is de plausibiliteitstoets in excel (WUR 394B) aangepast ten opzichte van die van vorig jaar. Eerder bestond de plausibiliteitstoets uit afzonderlijke tabbladen met daarin per kenmerk een vergelijking tussen de resultaten uit de verzekerdenraming en de resultaten uit de herziene verzekerdenraming van het jaar ervoor, zowel op macroniveau als op verzekeraarsniveau. In de nieuwe plausibiliteitstoets is het mogelijk om zelf vergelijkingen tussen verschillende producten per kenmerk te maken. In het tabblad "Totaal per kenmerk" kan door het aanpassen van de oranje cel een kenmerk geselecteerd worden. In deze toelichting wordt standaard de vergelijking gemaakt tussen de VR2021 en de herziene verzekerdenraming 2020. Bij de kenmerken FKG-C en DKG-G wordt daarnaast een vergelijking gemaakt met de gecorrigeerde verzekerdenraming 2020 waarbij gecorrigeerd is voor de fouten die bij deze kenmerken in de VR2020 zijn gemaakt (zonder rekening te houden met overstappers). Bij de kenmerken DKG-C en HKG-C wordt vanwege het groot onderhoud ook een vergelijking gemaakt met de gegevens van een jaar eerder in model 2021 (voor DKG-C/FGK EHK is dat 2017 en voor HKG 2018). De correctiefactoren en trendtabellen zijn te vinden in de tabbladen "OT Ophoging Per Kenmerk" en "Trend per kenmerk".

#### *Impact van corona*

Vanwege de coronapandemie is er een parallel proces doorlopen waarbij de reguliere verzekerdenraming en het onderzoek naar de impact van corona op de verzekerdenraming gelijktijdig zijn uitgevoerd. Uiteindelijk is besloten alleen in de macroverzekerdenraming (L5G) een correctie voor corona uit te voeren, voor de overige kenmerken zijn geen bruikbare bronnen gevonden om met voldoende onderbouwing een correctie op te kunnen baseren (zie WUR 395A en WUR 395B). In de plausibiliteitstoets geeft het product "VR\_COVID2021" de aantallen met de gecorrigeerde macroverzekerdenraming. In deze toelichting wordt standaard de VR2021 (met gecorrigeerde macroverzekerdenraming) vergeleken met de VRHER2020, tenzij anders aangegeven.

*Leeswijzer*

De volgende paragraaf geeft een samenvatting van de uitvoeringsaspecten van de VR2021, zoals in WUR 389 "Uitvoeringsaspecten VR2021" beschreven. Tijdens de uitvoering is op enkele punten afgeweken van de vooraf besproken uitvoeringsaspecten, deze wijzigingen zijn groen gearceerd weergegeven in de samenvatting. Wijzigingen ten opzichte van de toelichting zoals die op 11 augustus met de WUR is besproken zijn geel gearceerd.

In de daarop volgende paragrafen volgt een toelichting op de uitgangspunten van de verzekeerderaming en de detailresultaten van de afzonderlijke kenmerken. Hierbij worden ook de belangrijkste en meest opvallende punten toegelicht. Bij de nieuwe kenmerken c.q. klassen wordt in de toelichting ook een korte beschrijving van dit kenmerk c.q. klassen gegeven, en een vergelijking gemaakt met de uitkomsten in de eindrapporten van de onderzoekers. Voor de "socio-demografische" kenmerken (L5G, SES, PPA en AVI) volgt alleen een toelichting voor het somatische model. Indien er tijdens de uitvoering van de VR2021 is afgeweken van de uitgangspunten zoals besproken in WUR389, dan wordt dit ook toegelicht.

## 1 Samenvatting van de plausibiliteitstoetsen

Voor vrijwel alle kenmerken geldt dat er voor het vereveningsjaar 2021 sprake is van bijzondere omstandigheden vanwege corona waarvoor in de verzekerdensraming 2021 niet gecorrigeerd kon worden vanwege het ontbreken van bruikbare bronnen. De resulterende onzekerheden staan beschreven in WUR 394C. In deze samenvatting wordt ingegaan op de conclusies van de plausibiliteitstoetsen afgezien van de eventuele impact van corona.

Afgezien van alle onzekerheden omtrent de impact van corona op de verzekerdenaantallen in het vereveningsjaar 2021, is de conclusie dat de resultaten van de plausibiliteitstoets plausibel zijn.

### *Gegevensbestanden*

Voor de VR2021 zijn er voor de meeste kenmerken geen bijzonderheden te melden met betrekking tot de gebruikte gegevensbestanden. De analyses van deze bestanden laten geen uitzonderlijke ontwikkelingen zien.

De hulpmiddelenbestanden zijn daarop – net als vorig jaar – een uitzondering. Bij de hulpmiddelenbestanden zijn er bij drie concerns opvallende mutaties geconstateerd bij beoordeling van de bronbestanden en na indeling in HKG's op basis van model 2021. Dit heeft te maken met de aankoppeling van de Nigella tabel door de verzekeraars, waarbij declaraties onterecht een GPH-code ontvingen die na het groot onderhoud niet meer leiden tot indeling in een HKG. Twee concerns konden een heraanlevering doen, maar bij het derde concern was dit niet volledig mogelijk. Hierdoor is het aantal verzekerdens in HKG-8 bij dat concern te laag vastgesteld. Ook na de heraanleveringen zijn nog enkele opvallende mutaties bij HKG-3, HKG-5, HKG-7, HKG-9 en HKG-10 te zien bij de drie concerns met aanleverproblemen. Er is navraag gedaan bij de betreffende concerns. Zij hadden zelf geen aanwijzingen dat een foute aanlevering gedaan is, maar konden dit niet op tijd verifiëren.

### *Trends*

In de WUR van 11 augustus is afgesproken om de trend bij alle kenmerken vanaf VR2021 af te kappen op 5% per jaar tenzij er een goede reden is om de trend ongemaximeerd toe te passen. Bij de volgende kenmerken is afgeweken van het gebruik van de reguliere trendtabel:

FKG-C: Bij de EHK's is – net als voorgaande jaren – geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen. Bij de FKG-klassen 17 en 24 is de trend niet gemaximeerd vanwege een vergelijkbare hoge trend over een langere periode.

DKG-C: De trend is gebaseerd op 2016/2018 in plaats van 2017/2018. Bij DKG-24 is de trend niet gemaximeerd vanwege een vergelijkbare hoge trend over een langere periode. Bij DKG-C is bij DKG-26 geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen.

DKG-G: De trend is gebaseerd op 2016/2018 in plaats van 2017/2018. Bij DKG-G-12 t/m DKG-G-18 is geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen in combinatie met instabiele patronen. Vanwege het ontbreken van gegevens over

2016 is de trend van DKG-G-1 berekend op basis van gegevens over 2017 en 2018 uit twee verschillende bronnen, maar lijkt plausibel.

HKG: Bij HKG-1 en HKG-4 is de trend niet gemaximeerd vanwege een vergelijkbare trend in eerdere jaren. Bij HKG-8 is de trend gebaseerd op de gegevens exclusief een concern vanwege de foutieve aanlevering van dat concern. Bij HKG-9 is geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen en bij HKG-10 is geen trend toegepast vanwege de hoge mortaliteit bij deze klasse.

FDG: Bij FDG-4 is geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen. Bij FDG-2 is sprake van pakketwijzigingen maar dit leidt niet tot een implausibele trend.

#### *Beleidswijzigingen*

Per 1 januari 2021 kunnen verzekerden met psychische problemen eerder instromen in de Wlz. Dit kan leiden tot verschuivingen bij DKG-G, MHK-GGZ, MVV, PPA en SES. Voor SES, PPA en MVV is aangesloten op de simulatie van ESHPM waarbij de impact van de beleidswijzigingen op deze kenmerken is gesimuleerd. Voor DKG-G en MHK-GGZ was onvoldoende informatie beschikbaar om een correctie uit te voeren.

Bij MHK-C, MHK-GGZ en MVV is aangesloten op de OT2021 om rekening te houden met beleidswijzigingen. Dit heeft wel als nadeel dat het kenmerk op 1 jaar oudere gegevens is gebaseerd dan zonder aansluiting op de OT. De correctiefactoren bij MVV zijn groter dan vorig jaar, bij MHK-C en MHK-GGZ zijn ze vergelijkbaar.

#### *Modelwijzigingen*

De primaire en secundaire DKG's zijn vervangen door de dubbel meervoudige DKG's. De opzet van de indeling van DBC-gegevens naar DX-groepen blijft gelijk, maar elke DX-groep leidt altijd tot een positieve DKG-klasse, waarbij een verzekerde meerdere keren in een positieve klasse kan worden ingedeeld. Het kenmerk lijkt wat minder stabiel dan de voorganger, met flinke mutaties in 10 van de 26 risicoklassen. De onderliggende indeling naar DX-groepen is plausibel.

Het kenmerk HKG is uitgebreid naar 14 klassen en is een meervoudig kenmerk geworden. De uitkomsten zijn vergeleken met de uitkomsten in het WOR-onderzoek en zijn plausibel.

De EHK-clusters zijn uitgebreid van 3 naar 4 clusters. De nog kleinere aantallen introduceren wat extra instabiliteit in deze klassen. De resultaten van de VR2021 zijn vergeleken met het WOR-onderzoek en zijn plausibel.

#### *Overig*

In het eigenrisicomodel is er een structurele onderschatting van het aantal gezonde verzekerden. Daarom is een correctie nodig. In tegenstelling tot voorgaande jaren wordt in de VR2021 de correctie gebaseerd op gegevens over drie jaren in plaats van één jaar, om de impact van fluctuaties tussen jaren te middelen. De voorgestelde correctie leidt tot wat kleinere correctiefactoren dan

vorig jaar. Op grond van het aantal gezonde verzekerden in de vaststellingen van de afgelopen jaren en de VR2020 lijken de gecorrigeerde aantallen plausibel.

De overige uitkomsten zijn in lijn met vorige ramingen en/of onderzoek.

## Overzicht van de uitvoering van de VR2021

Tabel 1: Overzicht van de uitvoering van de VR2021 per kenmerk. Wijzigingen ten opzichte van de uitgangspunten zoals besproken in WUR389 (Tabel 1) zijn groen gemarkeerd. Wijzigingen t.o.v. de versie besproken in de WUR van 11 augustus zijn geel gearceerd.

Kenmerk	Bronbestanden	Trendtabel	Raming	Indeling niet ingezetenen	Bijzonderheden
L5G	PKB 2020	Geen	Regulier	Indelen	Geen
FKG-C	- Farmacie 2019 - Declaraties Add-ons 2018 - ATC-referentiebestand	2018-2019 (farmacie) 2017-2018 2x (add-ons) Geen trend toegepast voor EHK-clusters, trend van FKG 17 en 24 niet gemaximeerd	Regulier	Afslagp. 75%	Regulier onderhoud EHK's: herindeling en uitbreiding naar 4 (enkelvoudige) EHK-clusters, met gevolgen voor: - FKG 'Kanker add-on' i.v.m. overheveling - FKG 'Kanker' en FKG 'Hormoongevoelige tumoren', i.v.m. restricties
FKG-G	- Farmacie 2019 - ATC-referentiebestand	2018-2019	Regulier	Afslagp. 65%	
DKG-C	- DBC-MSZ declaraties 2018 - Referentiebestand	2016-2018, 1x Geen trend toegepast voor DKG-C-26, trend van DKG-C-24 niet gemaximeerd	Regulier	Afslagp. 75%	Na groot onderhoud introductie van meervoudigheid over (positieve) klassen en binnen één (positieve) klasse; structurele hemofilie o.b.v. min. 2 DBC's in gegevensjaar; trend kan met eerdere beschikbare gegevens worden berekend.
DKG-G	- DBC-GGZ declaraties 2016, 2017 en 2018 - Referentiebestand	2016-2018, 1x Geen trend toegepast voor DKG-G 12-18, trend DKG-G-1 o.b.v. 2017-2018 en 2 keer toegepast.	Regulier	Afslagp. 40%	Vektisgegevens niet meer nodig voor indeling in DKG-G 1 (Basis GGZ) en DKG-G 15-18. Geen correctie verruiming Wlz.
MHK-C	- KPV-bestanden 2016 t/m 2018	Geen	Regulier en afstemming OT 2021	Indelen	Geen
MHK-G	- KPV-bestanden	Geen	Regulier	Indelen	Kosten GGZ voor 0 t/m

	2014 t/m 2018		en afstemming OT 2021		17 jaar op 0 gezet. Verruiming van Wlz heeft (nog) onbekend effect op de ex-post indeling.
AVI	- VPPKB 2019 - UWW data 2014-2019 - RBRV 2014-2018 (ZIN) - BD zelfst 2019 en q1 2020 - DUO 2019 - UWW referentiecodes naar AVI - BD adressen 2019 - Referentiebestand	Geen	Regulier en correctie IVA	Indelen	Geen
SES	- VPPKB 2017-2019 - BD 2017-2019. - Wlz declaraties zorgkantoren 2018-2019 - DKG-G indeling (ZIN) 2018 - Referentiebestand Wlz codes naar IHH	Geen	Regulier	Niet indelen	Door verruiming Wlz en onderhoud referentiebestand leidt extra instroom Wlz ook tot toename bij SES zeer laag.
PPA	- VPPKB 2018-2019 - BD 2018-2019, - Wlz declaraties zorgkantoren 2018-2019 - Referentiebestand Wlz codes naar IHH	Geen	Regulier	Niet indelen	Door verruiming Wlz en onderhoud Referentiebestand extra toename bij Wlz - instroom
Regio C en G	- PKB 2020 (postcode) - Referentiebestand (Regio-indeling somatisch en GGZ 2021 van ESHPM)	Geen	Regulier	Niet indelen	
HKG	- Declaraties hulpmiddelen 2019 - Referentiebestand	2018-2019 Trend van HKG-8 excl. 1 concern. Trend van HKG-1 en 4 niet gemaximeerd. Geen trend toegepast voor HKG-9 t/m 10	Regulier	Afslagp. 75%	Na groot onderhoud: - Toevoeging vier nieuwe HKG-klassen - HKG wordt meervoudig kenmerk Foutieve aanlevering HKG 8 kon niet volledig gecorrigeerd worden.
FDG	- Declaraties fysio- en oefentherapie 2019 - Referentiebestand	2018-2019 Geen trend toegepast voor FDG-4	Regulier	Afslagp. 90%	Per 2019 pakketaanpassing voor fysiotherapie bij COPD. Gevolgen voor FDG-2.

MVV	- KPV-bestanden 2016, 2017 en 2018 - Indeling PPA 2019 (ZIN)	Geen	Regulier afstemming OT 2021	Indelen	Correctie voor toename Wlz-instroom vanwege verruiming Wlz via afstemming OT 2021
Eigen risico	- Indeling o.b.v. FKG, DKG, MHK (0/1), HKG, FDG en MVV (allen somatisch model) (ZIN)	Geen	Indeling naar L5G, MHK 0/1, AVI en REG	Indelen (obv MHK en MVV)	Extra correctie voor structurele onderschatting. Correctie gebaseerd op gemiddelde verschil van VV1/VR2019, VV1/VR2018 en VV1/VR2016 (2017 minder bruikbaar door afwijking VR door dbc doorlooptijdvermindering). Vervanging pDKG en sDKG door DKG bij indeling in ER-model

## 2 Totaal

### Macroverzekerdenraming 2021

In de onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de macroverzekerdenraming 2021 (MVR2021) opgenomen, waarin deze worden vergeleken met die van vorig jaar (MVR2020). Dit jaar zijn er twee versies van de MVR2021 gemaakt: de reguliere MVR2021 en een corona-variant. In de corona-variant van de MVR2021 is gecorrigeerd voor de oversterfte in de eerste periode (januari t/m april) van 2020. Dit is gebeurd in samenspraak met verzekeraars en VWS. De correctie voor corona zorgt voor een stijging van het aantal verzekerden in 2021. Dit komt doordat op basis van het sterfteonderzoek wordt verwacht dat de oversterfte in de maanden maart/april (die reeds verwerkt zit in de MVR2021 vanwege het gebruik van het PKB2020 met peildatum 1 mei 2020), in de rest van 2020 wordt gecompenseerd door ondersterfte. Het gevolg van de correctie is klein, namelijk 4000 extra verzekerden in de leeftijdsklassen 65+. **In de WUR van 11 augustus is besloten dat bij de uiteindelijke VR2021 wordt uitgegaan van de MVR2021 inclusief correctie voor corona. In de rest van dit document wordt de variant inclusief correctie voor corona besproken, tenzij anders aangegeven.**

In de tabel hieronder worden beide MVR2021 varianten samengevat.

Tabel 2. Aantallen verzekerden in de macroverzekerdenraming 2020 en 2021 (afgerond op 1000)

	18-		18+			Totaal
	0-jarigen	Totaal 0-17 jaar	18-64	65+	Totaal 18+	
Raming 2020	5.1.2b					
Raming 2021 - regulier						
Raming 2021 - corona						
<b>Vershil MVR2021 regulier</b>						
<b>Vershil MVR2021 coronavariant</b>						

Per saldo komen er naar verwachting 144.000 Zvw verzekerden bij in 2019 ten opzichte van de macroverzekerdenraming 2020; dit aantal was vorig jaar 135.000. De verwachte stijging is dus wat hoger dan vorig jaar. Evenals in 2016, 2017, 2018 en 2019 heeft de stijging te maken met de verwachte bevolkingsgroei door migratie. Hierbij is gerekend met de CBS bevolkingsprognose van december 2019, oftewel zonder eventuele impact van corona. Er waren geen bruikbare bronnen om een correctie voor migratie toe te passen.

Het aantal 18-minners neemt naar verwachting met 14.000 af. Dit is een iets kleinere afname dan vorig jaar (-15.000). Er is een lichte daling van het verwachte aantal 0-jarigen te zien.

Het aantal 18-plussers stijgt naar verwachting met 158.000 (vorig jaar 150.000). Het aantal in de leeftijdsgroep '18-64' stijgt met 78.000, een vergelijkbaar aantal als vorig jaar (77.000). Het aantal 65-plussers stijgt met 80.000, dat is een iets sterkere stijging dan vorig jaar (73.000).

De uitkomsten van de macroverzekerdenraming zijn plausibel, alhoewel het net als voorgaande jaren onzeker is wat het saldo van immigratie-emigratie wordt voor 2019/2020. Dit jaar is deze onzekerheid groter dan gebruikelijk vanwege corona. Sinds 2012 zien we een continue toename in het saldo van immigratie-emigratie en deze wordt volgens de voorlopige cijfers ook in 2019 weer doorgezet. In onderstaande tabel staan de saldi vermeld van 2006-2019.

*Tabel 3: Saldo immigratie emigratie per jaar (bron: CBS Statline, geraadpleegd op 20-7-2020)*

Jaar	Saldo immigratie-emigratie
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	5.1.2b
2015	
2016	
2017	
2018	
2019 <sup>1</sup>	

De ontwikkeling in de macroverzekerdenraming (voor de verzekeringenramingen 2020 en 2021) sluit aan op de ontwikkeling in de tussenliggende producten en volgens de Persoonskenmerkenbestanden (zie tabblad "Ontwikkeling totaal verzekerden"). Het totale aantal verzekerden in de raming 2020 (17.345.000) blijft nog gelijk in de lenteherberekening 2020 inclusief overstappers tussen PKB-2020 en de lentestand (stand maart 2020), en in de gecorrigeerde raming 2020 voor FKG\_C en DKG\_G. Het totale aantal verzekerden in het PKB-2020 (stand per 1 mei 2020) ligt op 17.329.874 (ontdubbeld voor verzekerden bij meerdere verzekeraars), dus ongeveer 16.000 verzekerden lager dan in de raming 2020. Het effect van dubbele verzekerden in het PKB-2020 is overigens zeer gering (786, was vorig jaar 815).

#### **Verzekerdenraming 2021 naar uzovi**

Zoals te verwachten viel is de nieuwe zorgverzekeraar EUcare (3359) fors gegroeid van bijna 50.000 verzekerden in mei 2019 (voor raming 2020) naar 177.200 in maart 2020 (voor lenteherberekening 2020) en 177.300 in mei 2020 (voor raming 2021). Maar ook a.s.r. (403) is in 2020 met 29% (97.600

<sup>1</sup> Het migratiesaldo 2019 is een voorlopig cijfer.

verzekerden) flink gegroeid, en Nationale Nederlanden (104) met 10,3% (21.500 verzekerden).

In 2020 is ook een aantal verzekeraars samengegaan:

- Ohra Zorg (7053) is opgegaan in Ohra Ziektekosten (201)
- Avero (3329) is opgegaan in Zilveren Kruis (3311)
- IZZ (7095) is opgegaan in VGZ (7095)

Ondanks deze overnames is het aantal verzekerden bij Zilveren Kruis en bij VGZ in 2020 toch afgenomen: Zilveren Kruis -1,8% (-69.700 verzekerden) en VGZ -6,1% (-152.000 verzekerden). Ook de portefeuille van FBTO is in PKB-2020/raming 2021 flink gedaald met 11,5% (37.500 verzekerden).

Ondanks dat er slechts twee maanden verschil zitten tussen de VRHER2020 en de VR2021 zijn er toch verschillen in het aantal verzekerden per uzovi te zien. Bij a.s.r. is een stijging van +2,7% te zien, vermoedelijk hangt dit samen met het grote aantal overstappers tussen 2019 en 2020. Deze toename is bevestigd door a.s.r. Bij Eno is juist een daling te zien van -3%, dit hangt samen met migratie.

### 3 L5G

#### Macroniveau

Vanwege de vertraagde aanmelding en de peildatum van 1 mei ontbreken in het PKB veel 0-jarigen geboren in t. Hiervoor wordt gecorrigeerd met de L1G-specifieke correctiefactoren van de macroraming. De afwijkingen tussen het PKB 2020 en de raming 2021 zijn verder toe te schrijven aan CBS-prognoses van de bevolking van Nederland naar L1G-niveau van 2020, 2021 en 2022 en de extra correctie voor de oversterfte in het PKB van ongeveer 4000 verzekerden.

Bij de raming 2021 is ten opzichte van de raming 2020 (Tabel 2.C.1) voor vrijwel alle leeftijdsgroepen een stijging te zien, afgezien van de leeftijdsgroepen '45-49' (-4,5%, effect van de introductie van de anticonceptiepil), en leeftijdsgroep '5-9 jaar' (-0,9%). Voor de overige leeftijdsklassen is een stijging te zien, met de grootste stijging bij de oudere leeftijdsklassen. Opmerkelijk is dat de stijging veelal hoger is voor mannen dan voor vrouwen.

Bij de geboorten wordt onderscheid gemaakt tussen 0-jarigen geboren in t of in t-1. Hierbij wordt rekening gehouden met de verschillen in het aantal geboorten tussen de eerste en de tweede helft van het jaar. Bij zowel de 0-jarige jongetjes als meisjes is het aantal verzekerdjaren geboren in t iets lager dan in t-1. Baby's geboren in t-1 tellen voor een heel jaar mee in t, baby's geboren in t tellen vanaf hun geboorte mee. Tussen de VR2020 en de VR2021 is er een lichte daling van het aantal geboren baby's te zien.

#### Verzekeraarsniveau

Tussen de VR HER 2020 en de VR2021 zien we de grootste procentuele verschuivingen bij de 0-jarigen, wat deels verklaard wordt doordat dit een relatief kleine groep verzekerden betreft en deels doordat dit nieuwe verzekerden zijn. De stijging van het totaal aantal verzekerden bij a.s.r. vindt bij alle leeftijdscategorieën plaats. Tussen 2019 en 2020 (overstappers) vond de stijging bij a.s.r. juist met name plaats in de jongere leeftijdscategorieën, wat betekent dat er een verjonging van de portefeuille heeft opgetreden bij a.s.r.

Bij ENO vindt de daling van het aantal verzekerden ook bij met name de jonge leeftijdscategorieën plaats. Dit klopt met het beeld dat het met name om geëmigreerde verzekerden gaat. Dit is ook terug te zien in het aantal buitenlanders bij ENO tussen de VR HER 2020 (peildatum 1 maart) en VR2021 (peildatum 1 mei).

Door vergrijzing is bij vrijwel alle verzekeraars een stijging van het aantal 75-plussers te zien.

#### 4 FKG cure

##### **Bronbestanden**

- Farmaciebestand over 2019, aangeleverd juni 2020
- Declaraties add-ons over 2018, aangeleverd juni 2020

##### **Modelwijzigingen**

Er heeft regulier onderhoud plaatsgevonden voor zowel de reguliere FKG-klassen, de add-on klassen als de EHK-clusters. Hierbij zijn nieuwe geneesmiddelen aan de risicoklassen 2021 toegevoegd en is het aantal EHK-clusters uitgebreid van drie naar vier clusters. Als gevolg van dit reguliere onderhoud voor EHK's zijn enkele geneesmiddelen uit de FKG 'Kanker o.b.v. add-on' overgeheveld naar 'Extreem Hoge Kosten cluster 1'.

##### **Corona**

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

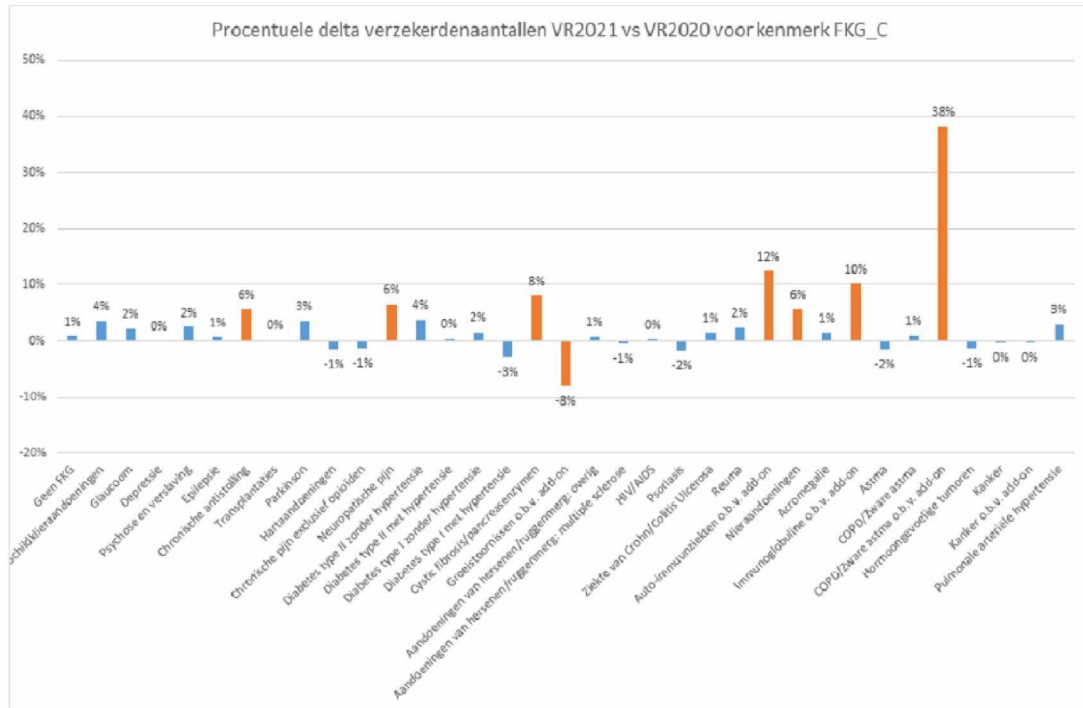
##### **Bijraming**

Reguliere bijraming.

Er is een trend toegepast o.b.v. de jaren 2017/2018 (add-on, 2x toegepast) en 2018/2019 (regulier) met afkapping van 5% per jaar. Voor de EHK-clusters is vanwege de kleine aantallen geen trend toegepast. Voor FKG-17 (Groei stoornissen o.b.v. add-on) en FKG-24 (Auto-immuunziekten o.b.v. add-on) is er geen afkapregel van 5% per jaar toegepast vanwege de autonome ontwikkeling van deze klassen.

## Resultaten

### Macroniveau



Ten opzichte van vorig jaar is het percentage verzekerden in een positieve klasse (excl. de extreem hoge kostenclusters) met +1,1% gestegen.

De add-on klassen laten de grootste wijzigingen zien. Een opvallende stijger is FKG-30 (COPD/zware astma o.b.v. add-on) met een stijging van 38% (van 1.917 naar 2.648 verzekerden). Dit komt door een forse toename van het aantal gebruikers van relatief nieuwe dure geneesmiddelen.<sup>2</sup> Bij FKG-27 Immunoglobulinen o.b.v. add-on is de stijging fors, ondanks dat hier een gemaximeerde trend is toegepast.<sup>3</sup> Het gaat hier om het gebruik van één middel (ATC-code: J06BA02).

Andere opvallende resultaten zijn de toename van FKG-24 (Auto-immunziekten o.b.v. add-on) van 56.121 naar 63.004 verzekerden (12%). Dit wordt toegeschreven aan een autonome ontwikkeling. Verder is er een afname van FKG-17 (Groeistoornissen o.b.v. add-on) van 4.818 naar 4.432 verzekerden (-8%).

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld [https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel=04\\_addon&geg=vg&tem=b-Overige+Add-ons](https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel=04_addon&geg=vg&tem=b-Overige+Add-ons) voor de vergoedingen bij ATC-codes R03DX05, R03DX08, R03DX09 en R03DX10

<sup>3</sup> Het gebruik van een beperktere trend lijkt terecht op basis van de cijfers uit de GIP databank: [https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel=04\\_addon&geg=vg&tem=b-Immunoglobulinen](https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel=04_addon&geg=vg&tem=b-Immunoglobulinen)

In de klassen die niet op add-ons gebaseerd worden zien we enkele klassen die meer dan 5% mutatie in verzekerdenprevalentie laten zien. Dit zijn FKG-6 (Chronische antistolling) van 318.817 naar 336.629 (6%), te verklaren door een toename van het aantal geneesmiddelen in deze groep (NOAC's). De prevalentie van FKG-11 (Neuropathische pijn) groeit van 46.339 naar 49.327 (6%), een realistische groei gezien de gelijke toename van medicatiegebruik hiervoor in de GIP-databank. FKG-16 (Cystic fibrosis/pancreasenzymen) groeit van 12.430 naar 13.417 (8%) en kan worden toegewezen aan de introductie van een nieuw geneesmiddel tussen 2018 en 2019. De prevalentie van FKG-25 (Nieraandoeningen) neemt toe van 8.970 naar 9.470 (6%).

FKG-35 (EHK cluster 1) laat een relatief grote stijging zien van 705 naar 824 verzekerden (+17%). Dit is waarschijnlijk te verklaren door bepaalde oncolytica die een grote groei hebben doorgemaakt en sinds het regulier onderhoud EHK voor model 2021 in EHK cluster 1 zitten. De andere EHK clusters zijn redelijk stabiel.

#### *Verzekeraarsniveau*

Bij EUcare zien we een sterke overall stijging, deze hangt samen met een algemene stijging van het aantal verzekerden in 2020 en hebben we eerder al beschreven bij het hoofdstuk over kenmerk L5G.

Bij FKG-27 (Immunoglobuline o.b.v. add-on) zien we een relatief hoge stijging bij Univé (+35%), t.o.v. een gemiddelde stijging van +10%. FKG-33 (Kanker o.b.v. add-on) heeft een gemiddelde mutatie van -0,2%, we zien hier op risicodragersniveau een hoge stijging bij ASR (+13%), Anderzorg (+11%) en IptiQ (+13%) en juist een daling bij VGZ (-10%). Deze mutaties lijken samen te hangen met de mutaties in het totaal aantal verzekerden (overstappers). Ook de mutaties van de prevalentie in de afslagklasse volgen de mutaties in totale verzekerdenaantallen van de risicodragers.

## 5 FKG GGZ

### **Bronbestanden**

- Farmaciebestand over 2019, aangeleverd juni 2020

### **Modelwijzigingen**

Er heeft regulier onderhoud plaatsgevonden.

### **Corona**

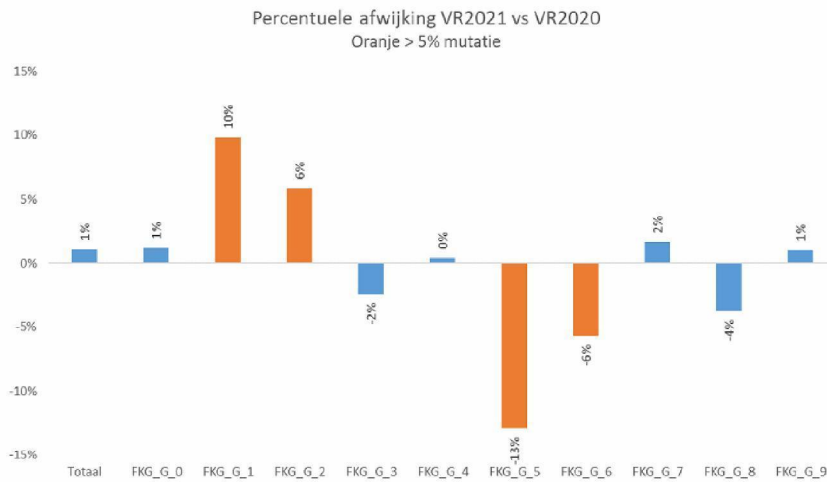
Er heeft geen correctie voor corona plaatsgevonden.

### **Bijraming**

Reguliere bijraming. Er is een trend toegepast o.b.v. de jaren 2018/2019. Er is geen afkapregel van 5% toegepast, omdat voor alle klassen sprake is van een autonome trend die bevestigd werd door de GIP databank.

## Resultaten

### Macroniveau



Het aantal geraamde verzekerden met een positieve GGZ FKG-klasse stijgt van 2019 naar 2020 met 1,0% (van 773.831 naar 781.477 verzekerden).

We zien dalingen in prevalentie bij klassen FKG-G-5 (Bipolaire stoornissen regulier) en FKG-G-6 (Bipolaire stoornis complex). FKG-5 is gebaseerd op slechts één werkzame stof, namelijk lithium. Op basis van de GIPdatabank wordt eveneens een afname geconstateerd voor het aantal gebruikers en aantal DDD's per gebruiker in 2019 t.o.v. 2018. Bij FKG-G-1 (ADHD) en FKG-G-2 (Verslaving) neemt het aantal gebruikers juist toe. Voor FKG-G-1 geldt dat in het jaarlijkse regulier onderhoud een nieuw middel is toegevoegd. Dit veroorzaakt een deel van de toename. Ook bij de middelen die al in de FKG zaten, laat de GIPdatabank een toename zien.

### Verzekeraarsniveau

Bij IZA (VGZ) zien we een afname van -40% op FKG-G-5. Aangezien dit een kleine verzekeraar is kan dit door toeval komen. Bij FKG-G-6 (Bipolaire stoornis complex) zien we op totaalniveau een daling van -6%. Op verzekeraarsniveau zien we dat hierachter veel verschuivingen tussen verzekeraars liggen, waarbij met name Interpolis (+12%), Anderzorg (+13%), FBTO (+14%), EUCARE (+13,7%) en IPTIQ (-41%) opvallen.

## 6 DKG Cure

### **Bronbestanden**

- DBC-declaratiegegevens voor Medisch Specialistische Zorg in 2018, aangeleverd juni 2020

### **Modelwijzigingen**

Volgend op het Groot Onderhoud zijn de primaire en secundaire DKG's vervangen door de meervoudige DKG's (zie WOR 988, 2020018577). De opzet van de indeling van DBC-gegevens naar DX-groepen blijft gelijk, maar elke DX-groep leidt altijd tot een positieve DKG-klasse. Hierdoor wordt het DKG-kenmerk een meervoudig kenmerk, zowel over de 26 positieve DKG-klassen heen, maar ook binnen elke positieve DKG-klasse bij een indeling naar meerdere DX-groepen binnen dezelfde DKG-klasse.

Verzekerden worden ingedeeld in de DX-groep voor structurele hemofilie als zij minimaal twee DBC's met diagnose voor hemofilie in het DBC-declaratiebestand van het zelfde gegevensjaar (2018) hebben.

### **Corona**

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

### **Bijraming**

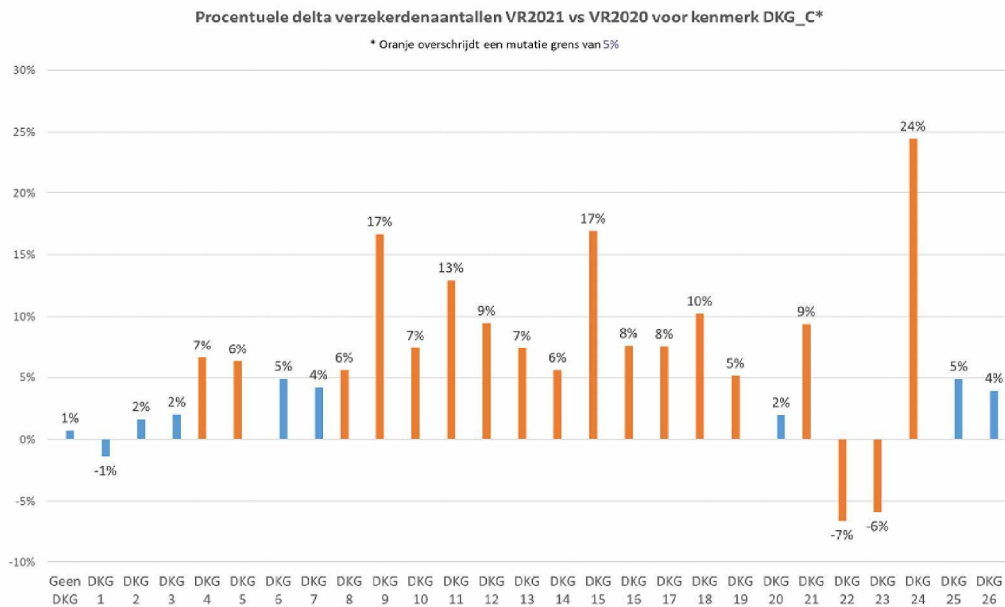
Reguliere bijraming.

Er is een trend toegepast o.b.v. de jaren 2016/2018 met 5% afkapregel na besluit van WUR. Voor DKG-24 (huidkanker/melanoom) is er geen afkapregel toegepast, omdat de forse groei reëel is. Voor DKG-25 is vanwege de kleine aantallen geen trend toegepast.

### **Resultaten**

#### *Macroniveau*

De meervoudige DKG's zijn niet vergelijkbaar met de primaire en secundaire DKG's in de verzekerdraming 2020. Daarom worden de geraamde DKG's voor 2021 vergeleken met de (fictief) geraamde DKG's voor 2020 volgens model 2021.



Bij de somatische DKG's in de raming van 2021 zijn de forse stijgingen erg opvallend. Ten opzichte van de (fictieve) raming van 2020 volgens model 2021 stijgt het aantal verzekerden in 19 van de 26 DKG-classes boven de 5%. Bij 9 van deze DKG-classes neemt het aantal declaraties al bij de DBC-MSZ-brongegevens (2018 t.o.v. 2017) met meer dan 5% toe, het gaat dan om DKG-9, DKG-11, DKG-14 t/m DKG-18, DKG-21 en DKG-24. Als daar een positieve trend op basis van de mutatie tussen 2016 en 2018 bovenop wordt gezet, dan wordt de groei nog verder versterkt. Van DKG-24 (huidkanker/melanoom) is bekend dat de forse groei reëel is. Voor deze DKG zien we ook een dergelijke groei als we naar eerdere jaren kijken (mutatie tussen 2016 en 2017). Om die reden is de trend voor deze klasse niet afgekapt. Bij de andere DKG's met uitzonderlijk hoge groei is er (vooralsnog) geen andere medisch-inhoudelijke verklaring bekend. **We zien de grote groei ook niet terug bij de mutaties tussen 2016 en 2017 en daarom is de trend afgekapt op maximaal 5% per jaar.**

Bij de andere 10 van de 19 DKG's met een stijging boven de 5% zijn de mutaties weliswaar minder groot, maar ook hierbij geldt dat een matige groei in de brongegevens (van 2018 t.o.v. 2017, het beeld tussen 2016 en 2017 is aanzienlijk stabiel) wordt versterkt door de trendfactor die twee keer wordt toegepast.

Bij DKG-22 en DKG-23 is er t.o.v. de (fictieve) raming voor 2020, juist een daling te zien. Bij deze DKG's is er een beperkte daling van het aantal declaraties tussen 2017 en 2018, terwijl het aantal declaraties tussen 2016 en 2017 nog toe nam met zo'n 6%. De forse daling in de uiteindelijke aantallen hangt bij beide klassen vooral samen met de positieve trend van zo'n 6% die in de fictieve raming van 2020 is toegepast. Een dergelijk effect treedt ook op bij DKG-7 en bij DKG-25, maar dan de andere kant op. Tegenover de beperkte daling in de brongegevens en trendfactoren bij DKG-7 en de stabiele ontwikkeling bij DKG-25 in de raming

van 2021 staan de sterk negatieve trendontwikkelingen bij DKG-7 en DKG-25 in de (fictieve) raming van 2020, en dit leidt bij beide DKG's tot een stijging van de geraamde aantallen verzekerden in 2021 t.o.v. de raming 2020.

Tot slot, de hoge groeicijfers hangen niet samen met de meervoudigheid binnen een DKG-klasse. In de (middel)hogere DKG-klassen is het aantal verzekerden met een score boven de 1 beperkt. Wat wel mogelijk een rol speelt is de beperkte totale omvang van het aantal verzekerden in deze (middel-) hoge DKG-klassen, vaak met één of twee DX-groepen. Door de beperkte omvang wordt de ontwikkeling in opeenvolgende jaren meer instabiel.

#### **Verzekeraarsniveau**

De effecten op macroniveau zijn ook zichtbaar op verzekeraarsniveau. Echter, de onderlinge verschillen tussen verzekeraars kunnen wel in de tientallen procenten oplopen, vooral bij de (middel-)hoge DKG's. Deze grote procentuele verschillen hangen grotendeels samen met veranderingen in lage totale aantallen per DKG-klasse per verzekeraar. De grootste stijgingen zijn evenwel zichtbaar bij EUCare (3359) en bij ASR (403), maar dit hangt natuurlijk samen met de (zeer) forse stijging van hun verzekerdenportefeuille. Bij de grote verzekeraars liggen de procentuele mutaties dicht bij het landelijk gemiddelde, behalve bij VGZ (7095) die iets meer marktaandeel heeft verloren.

## 7 DKG-GGZ

#### **Bronbestanden**

GGZ-declaratiegegevens 2018, aangeleverd juni 2020.

GGZ-declaratiegegevens 2017, aangeleverd juni 2019 (+ heraanlevering 1 concern november 2019).

GGZ-declaratiegegevens 2016, aangeleverd juni 2018 (+ heraanlevering 1 concern november 2018).

#### **Modelwijzigingen**

Er heeft regulier onderhoud plaatsgevonden.

Declaraties Basis-GGZ (voor DKG-G 1) zijn in 2020 voor het eerst uitgevraagd bij zorgverzekeraars, de gegevens uit de VR2020 waren nog gebaseerd op onderzoeksgegevens van Vektis. Ook de indeling naar de DKG-G 15 t/m DKG-G 18 wordt nu volledig gebaseerd op GGZ-declaraties van zorgverzekeraars, zodat ZZP-gegevens uit de Wlz-declaraties van Vektis niet meer gebruikt worden.

Er is niet gecorrigeerd voor de verruiming Wlz per 1 januari 2021.

#### **Corona**

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

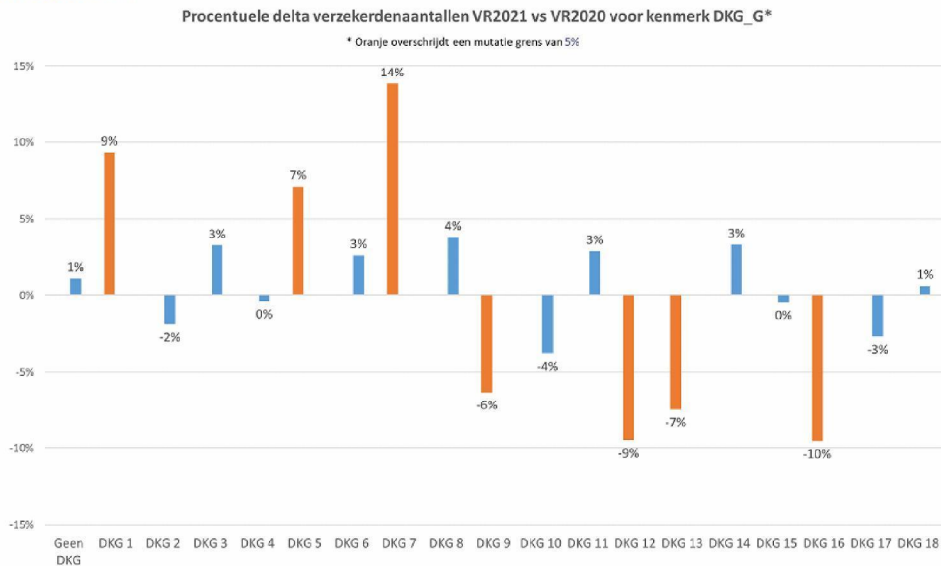
#### **Bijraming**

Reguliere bijraming.

Er is een jaarlijkse trend berekend o.b.v. de jaren 2016/2018 (2x toegepast) met afkapregel van 5% per jaar. Voor DKG-12 t/m 18 is vanwege de kleine aantallen en het instabiele patroon geen trend toegepast. Voor DKG-G-1 is de trend gebaseerd op 2017/2018 (2x toegepast)

## Resultaten

### Macroniveau



De DKG-G klassen 2 t/m 14 worden vastgesteld op basis van een combinatie van diagnose en zorggebruikcategorie. DKG-G-1 is een klasse voor declaraties basis GGZ. De DKG-G klassen 15 t/m 18 worden toegewezen o.b.v. het aantal ZZP verblijfsdagen. Doordat het grootste deel van de klassen bepaald wordt door een mix van diagnose en zorggebruik en de hoogste klasse telt, zijn verklaringen van toe- of afname lastiger te vinden.

Overall zien we dat er 34.022 (4,4%) meer mensen in positieve DKG-G klassen worden ingedeeld. De mutaties per DKG klasse laten veel variatie zien, met relatief grote uitslagen (7 van de 18 hebben een mutatie groter of gelijk aan -5% of +5%). Een grote uitschieter is DKG-G-7 met een toename van 27.191 naar 30.944 verzekerden (+14%). Uit de onderliggende brongegevens blijkt dat dit met name door een toename van het aantal diagnoses "Angst" of "Depressie" komt. Een andere opvallende klasse is DKG-G-1, die met 9% toeneemt. De stijging is deels te wijten aan het niet toepassen van de (positieve) trend in de VR2020 voor deze klasse, vanwege het gebruik van onderzoeksgegevens. Indien de trend destijds wel was toegepast was het verschil 4 procentpunt kleiner geweest.

In de plausibiliteitstoets verzekerdenraming 2020 werden ook relatief grote mutaties geconstateerd, die niet altijd de patronen geobserveerd in verzekerdenraming 2021 volgen. Zo steeg het aantal verzekerden in DKG-G-16 vorig jaar met 8%, terwijl de klasse nu met 10% daalt. Bij DKG-G-9, DKG-G-12 en DKG-G-13 is wel twee jaar achtereenvolgend een daling te zien. DKG-G blijft een grillig kenmerk, het is onzeker waar dit door veroorzaakt wordt.

**Verzekeraarsniveau**

We zien veel verschuivingen binnen de DKG-G klassen. De hogere risicoklassen bevatten kleine aantallen verzekerden wat sterkere mutaties kan verklaren. Bij de lagere klassen zien we weinig opvallende patronen (die niet te verklaren zijn door lage aantallen verzekerden). Wel valt het op dat DKG-G-7, die overall stijgt met 14%, over alle verzekeraars stijgt (van minimaal 5,5% tot maximaal 30,9%).

## 8 MHK-Cure

### Bronbestanden

KPV-bestanden 2016 t/m 2018, aangeleverd in

- mei 2020: KPV 2017 (definitief) en KPV 2018 (voorlopig)
- mei 2019: KPV 2016 (definitief)

### Modelwijzigingen

De percentielgrenzen zijn vastgesteld op:

*Tabel 4: Drempelbedragen per schadejaar voor de MHK-C-klassen*

Jaar/top	30%	15%	10%	7%	4%	1,5%	0,5%
2014	1.026	2.604	4.018	5.552	8.733	17.223	32.507
2015	1.017	2.597	4.044	5.699	9.301	18.499	34.784
2016	1.083	2.757	4.286	6.053	9.955	20.126	39.153
2017	1.101	2.792	4.371	6.207	10.211	20.574	40.021
2018	1.138	2.888	4.515	6.413	10.491	21.179	41.494

Voor alle klassen zijn de drempelbedragen tussen het schadejaar 2017 en 2018 gestegen. De gemiddelde stijging tussen 2017 en 2018 is redelijk vergelijkbaar met de stijging tussen 2016 en 2017, hierbij moet wel opgemerkt worden dat de ex-post bedragen voor 2018 iets naar beneden bijgesteld zullen worden i.v.m. lumpsum- en plafondafspraken.

### Corona

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

### Bijraming

Reguliere bijraming.

Er is afgestemd op de OT2021. De correctiefactoren bedragen:

Tabel 5: Correctiefactoren VR2021 voor kenmerk MHK-C

	Ten minste 1 v/d 3 keer in top 30%	2 keer in top 10%	3 keer in top 15%	3 keer in top 10%	3 keer in top 7%	3 keer in top 4%	3 keer in top 1,5%	3 keer in top 0,5%
Man 0-17	0,954	0,992	0,943	0,943	0,970	0,917	0,812	0,762
Man 18-29	0,946	1,044	0,874	0,927	0,856	0,932	0,854	0,757
Man 30-44	1,017	1,048	1,028	0,997	0,967	1,036	0,977	0,905
Man 45-59	1,027	1,031	1,011	0,941	0,931	1,000	0,952	0,852
Man 60-74	1,034	1,069	1,023	1,007	0,983	0,983	0,980	0,954
Man 75+	1,033	1,089	1,030	1,031	1,035	1,037	1,043	1,033
Vrouw 0-17	0,959	0,980	0,983	0,948	1,024	0,895	0,812	0,751
Vrouw 18-29	1,048	1,156	1,034	0,984	0,915	0,970	0,896	0,752
Vrouw 30-44	1,004	0,968	0,959	0,973	0,980	0,980	0,910	0,870
Vrouw 45-59	1,007	1,005	0,972	0,958	0,913	0,955	0,878	0,895
Vrouw 60-74	1,030	1,059	1,004	0,982	0,972	0,979	0,935	0,908
Vrouw 75+	1,019	1,058	1,010	0,997	0,989	0,980	0,924	0,918

## Resultaten

### Macroniveau

Ten opzichte van de raming 2020 neemt het aantal verzekerden in MHK-0 met 1,5% toe. Dat is een sterkere stijging dan het totaal aantal verzekerden, wat betekent dat er relatief minder verzekerden in een positieve MHK-klasse worden ingedeeld. Dat komt met name door de daling van het aantal verzekerden in de laagste (en grootste) MHK-klassen 1 keer in top 30% (-0%) en 2x in top 10% (-5%). In de hogere MHK-klassen zien we juist een stijging van het aantal verzekerden, met de grootste stijging in de 3 keer in top 0,5%-klasse (+7%). Dit correspondeert met het beeld in de OT-gegevensfase. Hier wordt vergrijzing als mogelijke verklaring voor de stijging van het aantal verzekerden in de hoogste klassen genoemd.

Net als de voorgaande jaren zijn de aantallen van de raming 2021 afgestemd op de relatieve prevalentie van de OT, om te corrigeren voor beleids- en definitiewijzigingen. Zonder deze afstemming waren er (nog) minder verzekerden ingedeeld in MHK-1 (1x top 30%) en MHK-2 (2x top 10%), en nog meer in de hogere MHK-klassen (vooral 3x top 0,5% en 1,5%). Dit is ook terug te zien in de correctiefactoren (vooral bij vrouwen 75+). Een mogelijke verklaring is de overheveling addons en dure geneesmiddelen van vast naar variabel voor 2015 op 2016.

### Verzekeraarsniveau

Opvallend is de stijging van het aantal verzekerden in vrijwel alle positieve klassen bij IptiQ. Dit beeld was ook te zien in de VR2020. Ook a.s.r. valt op met relatieve grote mutaties, maar dit lijkt te komen door verschillen in de verzekerdenpopulatie tussen 1 maart 2020 (stand VRHER 2020) en 1 mei 2020 (stand VR2021). Zie ook de beschrijving bij L5G. De overige grote mutaties zijn verklaarbaar door kleine aantallen.

## 9 MHK-GGZ

### Bronbestanden

KPV-bestanden 2014 t/m 2018, aangeleverd in

- mei 2020: KPV 2017 (definitief) en KPV 2018 (voorlopig)
- mei 2019: KPV 2016 (definitief)
- mei 2018: KPV 2015 (definitief)
- mei 2017: KPV 2014 (definitief)

### Modelwijzigingen

De percentielgrenzen zijn vastgesteld op:

*Tabel 6: Drempelbedragen per schadejaar voor de MHK-GGZ-klassen*

Jaar/top	98,50%	10‰	5‰	2,5‰	1‰
2014	127	4.332	7.769	16.067	35.910
2015	135	4.442	7.949	16.142	35.839
2016	159	4.527	8.043	16.056	35.467
2017	165	4.684	8.365	16.303	35.759
2018	177	4.998	8.830	17.029	37.217

De drempelbedragen van 2018 zijn flink toegenomen ten opzichte van die van 2017. Dit komt overeen met de ontwikkeling van de landelijke GGZ-kosten tussen 2017 en 2018 o.b.v. de ZIN-jaarstaten.

### Corona

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

### Bijraming

Reguliere bijraming.

Er is afgestemd op de OT2021. De correctiefactoren bedragen:

Tabel 7: Correctiefactoren o.b.v. OT2021 voor kenmerk MHK-GGZ

	Ten minste 1 van 3 keer in top 98,5%	Ten minste 2 van 5 keer in top 10 promille	Ten minste 2 van 5 keer in top 5 promille	Ten minste 2 van 5 keer in top 2,5 promille	Ten minste 2 van 5 keer in top 1 promille	5 keer in top 5 promille	5 keer in top 2,5 promille
Man 0-17							
Man 18-29	1,137	1,091	1,092	1,009	1,210	0,930	1,174
Man 30-44	1,025	1,042	1,048	1,046	1,023	1,144	0,986
Man 45-59	0,977	0,962	0,987	0,982	0,906	0,965	0,941
Man 60-74	0,929	0,888	0,934	0,967	0,964	0,906	0,860
Man 75+		1,090	0,990	1,064	0,988	0,643	1,115
Vrouw 0-17							
Vrouw 18-29	1,106	1,042	1,015	0,970	1,063	1,129	1,062
Vrouw 30-44	0,974	0,926	0,984	0,959	0,917	0,964	0,769
Vrouw 45-59	0,946	0,916	0,954	0,969	0,912	0,894	0,834
Vrouw 60-74	0,913	0,856	0,939	0,973	1,010	0,812	0,796
Vrouw 75+	1,092	1,004	1,064	1,030	0,833	0,733	0,559

## Resultaten

### Macroniveau

Bij MHK-GGZ is het totaal aantal verzekerden in de afslagklasse met 1,0% toegenomen. Van de overige categorieën is het meest opvallend dat de hoogste klassen '5x in top 5‰' en '5x in top 2,5‰' met respectievelijk 6,1% en 5,7% zijn toegenomen.

Net als in eerdere jaren is de prevalentie per positieve MHK-GGZ-klasse per L15G uit het OT-onderzoek gebruikt om de VR2021 te corrigeren voor beleids- en definitiewijzigingen. De correctiefactoren zijn het grootst voor de top 5,0‰ en 2,5‰, de oorspronkelijke aantallen uit de VR2021 worden naar beneden bijgesteld. Vorig jaar was dit ook het geval. Ook de overige correctiefactoren zijn redelijk vergelijkbaar met de correctiefactoren toegepast in de VR2020.

### Verzekeraarsniveau

Voor de lagere klassen is het beeld op verzekeraarsniveau redelijk stabiel. Bij IptiQ is een relatief grote stijging in de meeste positieve MHK-GGZ klassen te zien. De verschillen tussen verzekeraars lijken samen te hangen met de kleine aantallen en te berusten op toeval. Bij de hogere klassen is het beeld, door de kleine aantallen, niet erg stabiel.

## 10 HKG

### Bronbestanden

Hulpmiddelendeclaraties (HMD) 2019, aangeleverd juni 2020

Er zijn bij drie concerns problemen met de aanlevering geconstateerd. Voor twee concerns konden deze door een heraanlevering opgelost worden, voor het derde concern is de foutieve aanlevering beperkt hersteld. Hierdoor is het aantal

verzekerden in HKG-8 (Voedingshulpmiddelen) te laag vastgesteld. Het gaat specifiek om verzekerden die in 2019 voor het eerst gebruikmaakten van voedingshulpmiddelen. Ook na de heraanleveringen zijn nog enkele opvallende mutaties bij HKG-3, HKG-5, HKG-7, HKG-9 en HKG-10 te zien bij de drie concerns met aanleverproblemen. Er is navraag gedaan bij de betreffende concerns. Zij hadden zelf geen aanwijzingen dat een foute aanlevering gedaan is, maar konden dit niet op tijd nader verifiëren.

### Modelwijzigingen

Volgend op het Groot Onderhoud<sup>4</sup> is het kenmerk HKG voor het modeljaar 2021 uitgebreid met vier klassen: compressiemiddelen, insulinepompen, beenprothesen en orthesen. Daarnaast is het kenmerk omgezet naar een meervoudig kenmerk. Via regulier onderhoud van de uitvoeringstabel is vastgesteld dat de nieuwe GPH-codes vanaf 2017 niet tot een positieve HKG-klasse leiden. Van de nieuwe GPH-codes vanaf 2018 leiden twee GPH-codes wel tot een positieve HKG (w.o. HKG compressiemiddelen).

### Corona

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

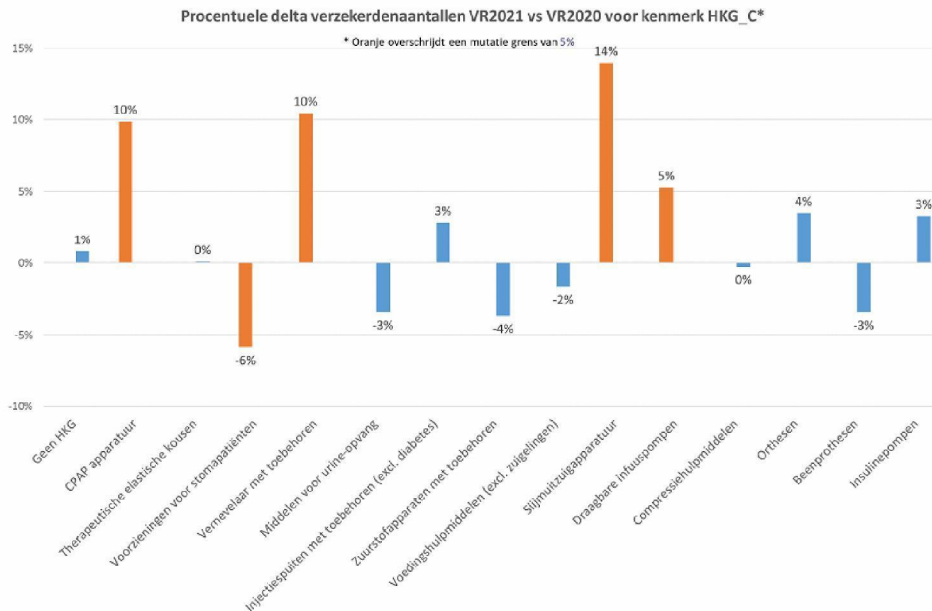
### Bijraming

Door de meervoudigheid van de HKG's wordt het aantal verzekerden in de afslagklasse in de bijraming niet meer berekend als restpost, maar als een op zichzelf staande HKG-klasse geraamd (zoals bij de FKG's). De trend wordt berekend o.b.v. HMD-gegevens 2018-2019, en één keer toegepast. Voor HKG-8 is de trend berekend exclusief Menzis omdat zij de foutieve aanlevering niet geheel konden herstellen. Bij HKG-1 en HKG-4 is de trend niet gemaximeerd vanwege een vergelijkbare trend in meerdere jaren. Voor HKG-9 is geen trend toegepast vanwege de kleine aantallen en voor HKG-10 is geen trend toegepast vanwege de hoge sterfte in deze risicoklasse.

<sup>4</sup> Het Groot Onderhoud is (door Equalis) uitgevoerd met (voornamelijk) gegevens uit het Hulpmiddelendeclaratiebestand 2016 en het OT-bestand voor 2020 (kostengegevens voor 2017 en Indeling andere kenmerken voor 2016).

## Resultaten

### Macroniveau



Vanwege het groot onderhoud wordt hier vergeleken met de VR2020\_model2021. Het aantal geraamde verzekerden met een positieve HKG stijgt met 19.433 (2,0%).

We zien opvallende mutaties (>5%) in HKG-9 (Slijmuitzuigapparatuur), HKG-1 (CPAP apparatuur), HKG-3 (Voorzieningen voor stomapatiënten), HKG-4 (Vernevelaar met toebehoren) en HKG-10 (Infuuspompen).

De stijgingen bij HKG-1 (CPAP apparatuur) en HKG-4 (Vernevelaar met toebehoren) sluiten aan bij de GIP-databank en behoren daar ook tot de grote stijgers. HKG-9 (Slijmuitzuigapparatuur) vertoont een grillig verloop. In de voorgaande jaren was hier sprake van een daling. Dit jaar is voor het eerst een stijging te zien. Het gaat hier om een kleine klasse met minder dan 1.000 verzekerden. De stijging bij HKG-10 volgt op een forse daling in de brongegevens in het voorgaande jaar (2018).

Bij HKG-3 (Voorzieningen voor stomapatiënten) is sprake van een daling. Bij deze HKG is een heraanlevering geweest. Volgens de twee concerns zou de heraanlevering het probleem verholpen moeten hebben en na deze heraanlevering lijken de aantallen plausibeler, al is voor één concern nog steeds een grote daling te zien. De landelijke daling in gebruik was in eerdere jaren ook al zichtbaar. Bij HKG-8 (Voedingshulpmiddelen excl. zuigelingen) is een kleine daling te zien die deels verklaard kan worden door de foutieve aanlevering die niet volledig gecorrigeerd kon worden.

### Verzekeraarsniveau

Bij EUcare zijn zeer hoge stijgingen te zien, dit komt doordat de VR2020\_model2021 geen rekening houdt met overstappers. Het concern Menzis laat een hoge stijging in prevalentie van 48-79% zien bij specifiek HKG-9 (Slijmuitzuigapparatuur) en juist een hoge daling bij HKG-7. Voor HKG-3 (Voorzieningen voor stomapatiënten) en HKG-5 (Middelen voor urine-opvang) valt op dat het VGZ-concern een daling laat zien, wat wellicht toch te maken kan hebben met de (gecorrigeerde) aanlevering. Bij HKG-10 (Draagbare infuuspompen) laat VGZ een forse stijging zien. CZ valt op met een lichte daling bij HKG-3, waarvoor een heraanlevering is geweest. Bij HKG-9 is bij CZ een forse stijging te zien. Er is contact gezocht met CZ, Menzis en VGZ over deze mutaties, maar de verzekeraars bleken niet in staat om tijdig met een verklaring te komen. Bij HKG-4 (Vernevelaar met toebehoren) – waar in het verleden meerdere keren sprake was van foutieve aanleveringen - zijn geen bijzondere ontwikkelingen te zien.

## 11 FDG Cure

### Bronbestanden

Declaratiegegevens fysio- en oefentherapie over 2019, aangeleverd juni 2020

### Modelwijzigingen

Er heeft regulier onderhoud plaatsgevonden.

In 2019 is (de grondslag voor) de vergoeding van COPD-behandelingen verschoven. Er heeft een pakketverruiming plaatsgevonden waarbij nu ook de eerste 20 behandelingen worden vergoed. Dit in tegenstelling tot andere fysiobehandelingen op de lijst. Daarnaast zijn de COPD-behandelingen gelimiteerd in aantal en duur. Dit heeft gevolgen voor FDG klasse 2. Er vindt daardoor in principe een eenmalige toename plaats in 2019 van het aantal COPD-patiënten. In het regulier onderhoud is besloten om twee van de vijf opgenomen behandelingen te laten leiden tot indeling in FDG-2, omdat deze duiden op een chronische aandoening.

### Corona

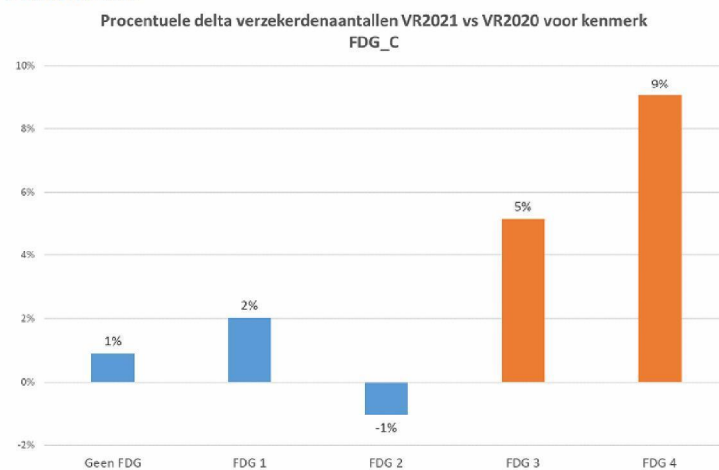
Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

### Bijraming

Er wordt een reguliere trend toegepast, deze is gebaseerd o.b.v. declaratiegegevens 2018-2019. De trend wordt één keer toegepast met afkapregel van 5%. Voor FDG-4 is vanwege de kleine aantallen en het instabiele patroon geen trend toegepast. Voor FDG-2 is besloten om de (licht) negatieve trend te handhaven, ondanks de pakketwijziging. Dit omdat naar verwachting het aantal patiënten in 2020 zal afnemen omdat er geen sprake meer is van de eenmalige extra instroom.

### Resultaten

#### Macroniveau



Bij de Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG) stijgt het totale aantal verzekerden in een positieve FDG-klasse in 2021 met 2% ten opzichte van de raming van 2020. De klasse FDG-2 wijkt af met een daling van -1%. Het aantal verzekerden met een fysiotherapie-declaratie voor COPD neemt weliswaar toe vanwege de pakketuitbreiding, maar niet alle behandelingen leiden tot indeling in FDG-2. Alleen de behandelingen die duiden op een chronische aandoening worden meegeteld.<sup>5</sup>

Bij FDG-3 is een relatief grote stijging van 5% te zien. Dit wordt vooral veroorzaakt door een stijging bij de pathologieën cerebrovasculair accident en overige neurologische aandoeningen.

#### **Verzekeraarsniveau**

Voor de meeste verzekeraars zijn de verschuivingen relatief beperkt, en anders verklaarbaar als direct gevolg van kleine aantallen.

---

<sup>5</sup> Zo leidt bijvoorbeeld CSI-code 013 (risicogroep A, startjaar, maximaal 5 behandelingen) niet tot indeling en CSI-code 015 (risicogroep C/D, startjaar, maximaal 70 behandelingen) wel.

## 12 MVV

### Bronbestanden

KPV-bestanden 2016 t/m 2018, aangeleverd in

- mei 2020: KPV 2017 (definitief) en KPV 2018 (voorlopig)
- mei 2019: KPV 2016 (definitief)

### Modelwijzigingen

De percentielgrenzen zijn vastgesteld op:

Tabel 8: Drempelbedragen voor de MVV-klassen in de VR2019 t/m VR2021

Jaar/top	3,5%	3,0%	2,5%	2,0%	1,5%	1,0%	0,5%	0,25%	0,25% 18-
VR2019 <sup>a</sup>	561	1.023	1.861	3.651	7.583	14.624	27.694	42.941	17.738
VR2020 <sup>b</sup>	587	1.030	1.810	3.447	7.129	14.347	28.709	44.132	18.381
VR2021	729	1.247	2.106	3.878	7.729	15.156	29.709	45.507	18.745

In tabel 8 staan de drempelbedragen per schadejaar voor de MVV klassen. Alle drempelbedragen zijn omhoog gegaan t.o.v. de drempelbedragen in de VR2020. Met name de stijgingen in de laagste klassen vallen op, het drempelbedrag voor de top 3,5% en top 3,0% is met respectievelijk 24% en 21% gestegen. De drempelbedragen uit de VR2021 zijn gebaseerd op kosten 2016, 2017 en 2018 terwijl de drempelbedragen uit de VR2020 zijn gebaseerd op 2015, 2016 en 2017. Dit wijst erop dat er een groot verschil is in kosten verpleging en verzorging tussen 2015 en 2018, dit verschil is groter dan het verschil in kosten tussen 2014 en 2017 dat geconstateerd werd in de OT2021. Dit beeld is bevestigd door analyse van de bronbestanden.

### Corona

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

### Bijraming

Reguliere bijraming.

Er is afgestemd op de OT2021. De correctiefactoren bedragen:

Tabel 9: Correctiefactoren voor het kenmerk MVV

	MVV_C_1	MVV_C_2	MVV_C_3	MVV_C_4	MVV_C_5	MVV_C_6	MVV_C_7	MVV_C_8	MVV_C_9
Man 0-17	0,898	0,656	0,589	0,626	0,829	1,020	1,197	1,282	0,860
Man 18-29	0,840	0,734	0,779	0,878	0,959	1,149	1,307	0,954	1,000
Man 30-44	0,813	0,775	0,836	0,872	1,002	1,065	1,056	0,950	1,000
Man 45-59	0,888	0,804	0,847	0,893	0,925	0,956	0,947	0,877	1,000
Man 60-74	0,991	0,953	0,940	0,944	0,972	1,001	0,993	0,926	1,000
Man 75+	1,063	1,062	1,042	1,047	1,040	1,007	1,040	1,037	1,000
Vrouw 0-17	0,811	0,627	0,590	0,609	0,852	0,897	1,234	1,261	0,805
Vrouw 18-29	0,940	0,850	0,862	0,926	1,254	1,046	0,973	0,982	1,000
Vrouw 30-44	0,997	0,890	0,951	0,945	0,924	1,049	0,945	0,845	1,000

30-44 Vrouw									
45-59 Vrouw	0,936	0,920	0,920	0,970	0,936	0,970	0,971	0,834	1,000
60-74 Vrouw	1,025	1,038	1,015	1,019	1,007	1,016	0,963	0,943	1,000
75+ Vrouw	1,036	1,062	1,077	1,058	1,055	1,030	1,017	1,026	1,000

## Resultaten

### Macroniveau

Het aantal verzekerden in een positieve MVV-klasse stijgt met 3,3%. Dat is een relatief grote toename. In de OT gegevensfase wordt hiervoor als mogelijke verklaring gegeven dat een jaar met relatief lage V&V-kosten is vervangen door een jaar met relatief hoge V&V-kosten. Een additionele verklaring is dat het aantal verzekerden in een Wlz-instelling afneemt (zie PPA). Doordat zij minder vaak in een Wlz-instelling worden opgenomen hebben ze vaker verzorging thuis nodig. De grootste stijgingen vinden plaats in de top 1,5% en top 1,0 (beide +8%).

Evenals in de VR2020 zijn de resultaten van de VR2021 afgestemd op de relatieve prevalentie van de OT2021. Voor de 75-plussers vinden er forse opwaartse correcties plaats in alle MVV-klassen terwijl we bij de jongere leeftijdsklassen vaak juist neerwaartse correcties zien.

### Verzekeraarsniveau

Bij de afzonderlijke verzekeraars valt op dat het aandeel verzekerden in een positieve klasse scheef verdeeld is tussen de verzekeraars. Dit zagen we ook in de VR2020. Tussen de VRHER2020 en VR2021 is een aantal grote mutaties te zien, die verklaard lijken te worden door de kleine aantallen. EUCare valt op met een stijging van het aantal verzekerden in alle positieve klassen. Bij de grote verzekeraars is het opvallend dat bij VGZ (-1,8%) en CZ (-2,6%) een daling van het aantal verzekerden in MVV-1 is te zien, terwijl landelijk deze klasse met 0,8% stijgt.

## 13 AvI Cure

### Bronbestanden

UWV:	Codes aard van arbeid en aard van inkomen uit UWV-gegevens van 30 juni 2019 als ook de gegevens uit 2014-2018. UWV referentiecodes naar AVI
Belastingdienst:	Zelfstandigen uit belastingdienst (BD) bestanden uit 2019 (peildatum 1 juli, oplevering begin juli) en eerste maanden 2020 (peildatum 1 januari, oplevering februari 2020)
Belastingdienst:	Adressen
Hoogopgeleiden:	Inschrijvingen als HBO- en WO-student, peildatum 1 juni 2019 van DUO, aangeleverd in juni 2019.
RBRV:	Historische indeling van AVI uit 2014-2018 (gegevens ZIN, indeling 2017 gecorrigeerd)

### Modelwijzigingen

Regulier onderhoud op de uitvoeringstabel.

**Corona**

Er heeft geen correctie voor corona plaatsgevonden.

**Bijraming**

Bij AVI is de gebruikelijke bijraming voor AVI toegepast, dat wil zeggen dat er geen trend is toegepast, wel een correctie voor IVA aangezien de WIA (WGA en IVA) in 2006 is ingevoerd en het structurele niveau nog niet is bereikt. Op basis van UWV-gegevens wordt voor de leeftijdscategorieën 18-34, 35-44, 45-54 en 55-64 een correctiefactor berekend. De correctiefactoren zijn gebaseerd op het aantal IVA-uitkeringen op 30 juni 2018 en 2019 (en deze twee keer toe te passen). Voor de 18-minners met (een ouder met) een IVA-uitkering wordt de gemiddelde IVA-correctie van de leeftijdscategorieën 18-64 toegepast. Voor verzekerden van 65-69 jaar met een IVA-uitkering wordt de gemiddelde IVA-correctie van de leeftijdscategorie 55-64 jaar toegepast.

De correctiefactoren bedragen:

Tabel 9: IVA-correctiefactoren per leeftijdsklasse

Leeftijdsklasse	0-17	18-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70+
IVA-correctiefactor	1,235	1,094	1,302	1,258	1,291	1,291	1,000

**Resultaten***Macroniveau*

Ten opzichte van de VR2020 stijgt het aantal verzekerden 18-64 jaar met een IVA-uitkering met 13% (vorig jaar was dat 7%). Het aantal verzekerden van 18-64 jaar met een AO-uitkering is met 4% gedaald (vorig jaar was dat 3%). Het aantal bijstandsgerechtigden 18-64 jaar is met 6% gedaald (vorig jaar was dat 4%). De daling is het sterkst te zien bij de jongere leeftijdscategorieën, bij 55-64 jarigen is een lichte stijging van 1% te zien. Dit past in de landelijke trends die gegevens van het CBS laten zien (zie CBS Statline). Het aantal studenten 18-34 jaar stijgt met 5% en het aantal hoogopgeleiden 18-44 jaar met 1%. Onder zelfstandigen van 18-64 jaar is een stijging van 7% te zien. Ook dit sluit aan bij de gegevens van het CBS. Het aantal verzekerden in de categorie "overig" van 18-64 jaar blijft vrijwel gelijk.

De klassen voor 0-17-jarigen en 65-69-jarigen geldt dat voor de IVA- en AO-uitkeringen de cijfers aansluiten bij de landelijke trends van de overige leeftijdscategorieën. Wel is, net als vorig jaar, een flinke stijging bij het aandeel 65-69-jarigen met een IVA-uitkering te zien. Dit komt door ingroei in de IVA. Ook bij de andere klassen sluiten de cijfers voor 0-17-jarigen en 65-69-jarigen aan bij de trends van de overige leeftijdscategorieën. Uitzondering daarop vormen de studenten en de hoogopgeleiden van 0-17 jaar. In de eerste groep is een flinke stijging te zien (19%) in de tweede groep een daling (3%). Bij de studenten gaat het om een relatief kleine groep. Wellicht wordt de stijging veroorzaakt door studenten die vaker thuis blijven wonen, waardoor hun aard van inkomen bij het huishouden meetelt. De daling bij hoogopgeleiden komt waarschijnlijk door de gehanteerde trechtering waarbij zelfstandigen voor hoogopgeleiden gaat. Een stijging bij zelfstandigen leidt dan tot een daling bij hoogopgeleiden.

**Verzekeraarsniveau**

Op verzekeraarsniveau geldt dat bij a.s.r. het aantal verzekerden sterk toeneemt. Dit betreft vooral zelfstandigen, hoogopgeleiden en verzekerden in de referentiegroep. Dit past in het beeld dat a.s.r. relatief veel gezonden verzekerden

erbij heeft gekregen. Bij ENO neemt het aantal verzekerden behoorlijk af. Dit betreft vooral hoogopgeleiden en verzekerden in de referentiegroep. Daarnaast is te zien dat bij EUCARE en VGZ/IZA het aantal studenten sterk toeneemt. Bij Menzis/Anderzorg stijgt het aantal zelfstandigen fors. Bij VGZ/IZA is een daling van het aantal hoogopgeleiden en verzekerden in de referentiegroep te zien. Bij de overige grotere uitschieters is sprake van kleine aantallen.

## 14 SES Cure

### Bronbestanden

VPPKB 2019, aangeleverd juni 2020

Inkomens: belastingdienst 2017 (aanlevering juni 2020)  
 belastingdienst 2018 (aanlevering juni 2020)  
 VPPKB 2017 (aanlevering juni 2018)  
 VPPKB 2018 (aanlevering juni 2019)

Adressen: belastingdienst 2019 (aanlevering juni 2020)  
 VPPKB 2019 (aanlevering juni 2020)  
 belastingdienst 2018 (aanlevering juni 2020)  
 VPPKB 2018 (aanlevering juni 2019)

Wlz: Wlz-declaraties van zorgkantoren over 2018 en 2019

Wlz-codes: Referentietabel Wlz-codes naar IHH

### Modelwijzigingen

Na regulier onderhoud is de referentietabel voor de indeling van verzekerden naar een Wlz-instelling uitgebreid met:

- (beschermd) verblijf met intensieve palliatieve/terminale zorg
- deeltijdverblijf zonder behandeling
- overbruggingszorg

Deze verzekerden worden ingedeeld bij de klasse SES zeer laag.

Door de verruiming van de Wlz in 2021 kunnen verzekerden met een psychische stoomis (o.b.v. zorginhoudelijke criteria) direct instromen in de Wlz. Dit heeft gevolgen voor het aantal verzekerden in SES zeer laag. Verzekerden in een Wlz-instelling komen namelijk in deze klasse terecht. In de bijraming van SES is het aantal verzekerden in een Wlz-instelling conform de resultaten uit de simulatie van ESHPM verhoogd en het totaal aantal verzekerden in de inkomenscategorieën in de desbetreffende leeftijdscategorieën (naar rato) verlaagd.

Tabel 10: Gecorrigeerde aantallen voor het kenmerk SES

SES-klasse	Leeftijd	Percentielen	Aantallen
SES zeer laag	0-17	Wlz-adres	0
	18-69	Wlz-adres	670
	70+	Wlz-adres	73
	0-17	0-20	0
	18-69	0-20	-337
	70+	0-20	-29
SES laag	0-17	20-40	0
	18-69	20-40	-108
	70+	20-40	-14
SES midden	0-17	40-70	0
	18-69	40-70	-72

	70+	40-70	-22
SES hoog	0-17	70-100	0
	18-69	70-100	-153
	70+	70-100	-8

### Corona

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

### Bijraming

Voor SES is de gebruikelijke bijraming toegepast. Dat betekent dat er geen gebruik is gemaakt van een trend.

### Resultaten

#### Macroniveau

Vergelijking van de uitkomsten met de raming van 2020 laat een stabiel beeld zien. De stijging van 3% voor de SES-klassen laag, midden en hoog voor de 70-plussers hangt samen met de stijging van het totaal aantal 70-plussers van 3% procent. Bij verzekerden in een Wlz-instelling is een stijging van 1% te zien voor 18-plussers. Dit komt voor een deel door de overheveling van verzekerden naar deze klasse als gevolg van de verruiming van de Wlz. Bij verzekerden van 0-17 jaar zien we een daling van 10% (van 2.332 naar 2.109 verzekerden). Dit sluit aan bij de daling van vorig jaar (12%) en bij de trend van een dalend verblijf van kinderen in een Wlz-instelling.

#### Inkomensdrempels per klasse

In onderstaande tabel zijn de drempelbedragen voor het adresinkomen van de SES-klassen weergegeven. De drempelbedragen zijn gestegen. Dit komt doordat de gemiddelde inkomens van mensen jaarlijks stijgen en er meer mensen zijn gaan werken.

Tabel 11: Drempelbedragen per leeftijdsklasse voor de SES-Cure-klassen

leeftijd	Drempel 20%			Drempel 40%			Drempel 70%		
	VR2020	VR2021	Δ%	VR2020	VR2021	Δ%	VR2020	VR2021	Δ%
0-17	25.178	26.402	5%	44.541	46.555	5%	70.925	73.562	4%
18-69	25.167	26.273	4%	42.540	44.423	4%	69.885	72.606	4%
70+	20.467	20.878	2%	27.626	28.261	2%	43.166	44.314	3%

### Verzekeraarsniveau

De grootste procentuele verschuivingen bij verzekerden in een Wlz-instelling betreffen kleine aantallen. De stijging in totaal aantal verzekerden van a.s.r. komt bij alle SES-klassen terecht. De daling van het aantal verzekerden bij ENO komt vooral door een sterke daling bij het aantal verzekerden woonachtig in het buitenland (wellicht vanwege corona). Een deel van deze daling wordt gecompenseerd door een stijging bij de Nederlandse verzekerden. Daardoor zijn bij ENO relatief grote stijgingen te zien bij alle SES-klassen voor 18-69-jarigen. De nieuwe verzekerden bij CZ vallen voor het grootste deel in de SES-klassen midden en hoog inkomen.

## 15 PPA

### Bronbestanden

Adressen: Belastingdienst 2019 (aanlevering juni 2020)  
 VPPKB-2019 (aanlevering juni 2020)  
 Belastingdienst 2018 (aanlevering juni 2020)  
 VPPKB-2018 (aanlevering juni 2019)

Wlz: Wlz-declaraties van zorgkantoren over 2018 en 2019

Wlz-codes: Referentietabel Wlz-codes naar IHH

### Modelwijzigingen

Na regulier onderhoud is de referentietabel voor de indeling van verzekerden naar een Wlz-instelling uitgebreid met:

- (beschermd) verblijf met intensieve palliatieve/terminale zorg
- deeltijdverblijf zonder behandeling
- overbruggingszorg

Deze verzekerden vallen daarmee onder de PPA-klassen Wlz-instelling (instromend/blijvend).

Door de verruiming van de Wlz in 2021 kunnen verzekerden met een psychische stoomis (o.b.v. zorginhoudelijke criteria) direct instromen in de Wlz. Dit heeft gevolgen voor aantal verzekerden in PPA instromend in Wlz-instelling. In de bijraming van PPA is het aantal verzekerden instromend in een Wlz-instelling conform de resultaten uit de simulatie van ESHPM verhoogd, en het totaal aantal verzekerden in de overige categorieën in de desbetreffende leeftijdscategorieën (naar rato) verlaagd.

Tabel 12: Gecorrigeerde aantallen voor het kenmerk PPA

PPA-klasse	Leeftijd	Aantallen
	0-17	0
Wlz-instelling, blijvend	18-69	0
	70-79	0
	80+	0
Wlz-instelling, instromend	18-69	670
	70-79	53
	80+	20
Eenpersoonshuishouden	18-69	-240
	70-79	-24
	80+	-12
Overig	18-69	-430
	70-79	-29
	80+	-8

### Corona

Er heeft geen correctie voor corona plaats gevonden.

### Bijraming

Voor PPA is de gebruikelijke bijraming toegepast. Dat betekent dat er geen gebruik is gemaakt van een trend.

## Resultaten

### Macroniveau

Het aantal verzekerden van 18-69 jaar dat instroomt in een Wlz-instelling is met bijna 800 verzekerden (13%) toegenomen. Dit komt grotendeels door de verruiming van de Wlz, waardoor meer verzekerden in de Wlz zullen stromen. De overige klassen laten een stabiel beeld zien. Voor de categorie 80+ is bij alle klassen een stijging te zien, dit komt door vergrijzing. Deze stijging komt vooral terecht bij de overige huishoudens.

### Verzekeraarsniveau

Op verzekeraarsniveau zijn de effecten grotendeels in lijn met de L5G ontwikkelingen en de groei binnen zorgverzekeraars en zijn er geen opvallende uitschieters. Wel zijn er relatief grote mutaties bij verzekerden blijvend en instromend in een Wlz-instelling te zien. Deze hangen samen met kleine aantallen en de verruiming van de Wlz.

## 16 Regio

### Regio Cure

Voor het vereveningsjaar 2021 is de referentietabel vanwege regulier onderhoud gewijzigd. Aangezien ieder van de tien klassen nagenoeg hetzelfde aantal verzekerden telt, zijn de verschillen met de raming voor 2020 minimaal. Klasse 6, 9 en 10 stijgen iets sterker dan gemiddeld en bij klasse 1 zien we een lichte daling.

Op verzekeraarsniveau zijn de verschillen groter. Dit is logisch omdat er sprake is van een nieuw referentiebestand (regiomodel) dat toegepast wordt. Bij DSW treden de grootste verschuivingen op: het aantal verzekerden in klasse 3, 6 en 8 daalt sterk en het aantal verzekerden in klassen 2, 4, 5, 7 en 10 neemt juist sterk toe. Ook bij Z&Z zijn veel verschuivingen te zien tussen de regioklassen (stijging bij 5 en 8, daling bij 2, 7, 10). Bij VGZ/Univé valt de stijging in regioklasse 3 en 6 op. Bij Menzis is een grote daling in klasse 4 en een stijging in klasse 6. De Friesland heeft vooral nieuwe verzekerden in klasse 2 en 3. VGZ laat een grote stijging bij klassen 4 en 7 zien. Tot slot valt voor CZ de daling in regio 9 en de stijging in regio 7 op.

### Regio GGZ

De uitgangspunten voor de indeling naar regioklassen in het GGZ-model zijn onveranderd gebleven. Het totale aantal verzekerden is gelijkmatig verdeeld over de tien regioklassen in 2021. De verschuivingen zijn hier wel iets groter dan bij de regio-indeling in het somatische model. Het aantal verzekerden in klasse 1 en 5 daalt. Bij de overige klassen is een stijging te zien.

Op verzekeraarsniveau zijn wel grotere verschillen te zien. Net als bij het somatische model geldt dat een nieuw referentiebestand wordt gebruikt. Bij VGZ/Univé neemt het aantal verzekerden in klasse 5, 9 en 10 fors toe, terwijl klasse 7 een daling laat zien. Bij Achmea/Zilveren kruis treedt een grote daling bij klasse 10 op. Bij ENO, De Friesland, DSW en Z&Z zijn relatief grote verschuivingen bij een groot aantal klassen te zien. Bij VGZ stijgen klassen 4 en 7 en bij CZ 7 en 10.

## 17 Eigen risico

### Macroniveau

Voor de verzekerdenraming 2021 geldt dat verzekerden (in Nederland) van 18 jaar en ouder in het eigenrisicomodel (ER-model) vallen als zij (in het somatische model) niet zijn ingedeeld in een positieve FKG-klasse, niet in een positieve DKG-klasse, niet in MHK-klasse 2 of hoger, niet in een positieve HKG-klasse, niet in een positieve FDG-klasse en niet in een positieve MVV-klasse.

De verzekerden woonachtig in het buitenland van 18 jaar en ouder vallen in het eigenrisicomodel (ER-model) als zij (in het somatische model) niet in MHK-klasse 2 of hoger en niet in een positieve MVV-klasse vallen. Zij worden ook ingedeeld in de L5G-, AVI- en de MHK-klassen van het ER-model.

Omdat door de ramingsmethodiek het aantal 'gezonde' verzekerden in het ER-model (theoretisch en consistent) onderschat wordt, is in de verzekerdenraming 2018 besloten om de indeling van verzekerden in Nederland naar de forfaitaire en niet-forfaitaire groep te corrigeren. Deze correctie vindt plaats o.b.v. het verschil in de aantallen verzekerden (op L15G-niveau) in het ER-model tussen de meest recente VV1 en de VR van datzelfde vereveningsjaar. Voor de VR2021 zijn dat de VV1 2019 en de VR2019. Vanwege de verschillen in de grootte van de correctiefactor van jaar op jaar, is voor de VR2021 besloten om de correctiefactor op drie jaar te baseren in plaats van een jaar, om zo fluctuaties uit te middelen.

In tabel 13 staat een overzicht van de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder uit de VV1 en VR per vereveningsjaar. In het overzicht staat zowel het totaal aantal verzekerden als de gezonde verzekerden in het ER-model. In de vereveningsjaren 2015 t/m 2017 werd het aantal verwachte verzekerden in het ER-model steeds onderschat in de VR.<sup>6</sup> Vanaf vereveningsjaar 2018 is de correctiefactor toegepast. Dit heeft het verwachte effect gehad, het aantal gezonde verzekerden in de VR2018 sluit na correctie beter aan op het aantal gezonde verzekerden in de VV1 2018 (voor correctie bedroeg het verschil met de VV1 420.000 verzekerden, na correctie 114.000). Voor vereveningsjaar 2019 sluit het aantal verzekerden in de VR2019 na correctie ook beter aan op het aantal gezonde verzekerden in de VV1 2019 (verschil voor correctie met de VV1 is 233.000 verzekerden, na correctie 76.000) al is het verschil tussen de ongecorrigeerde VR en de VV1 minder groot vergeleken met vereveningsjaar 2018.

Bij het vergelijken van het aantal verzekerden in het ER-model in de VV1 2019 ten opzichte van VV1 2018 valt op dat er 462.000 verzekerden bij zijn gekomen. Een belangrijke factor is vanwege het wegvallen van de FKG 'Hoog Cholesterol'. Dit aantal is minder groot dan het aantal verzekerden in het ER-model in de VR2019 voor correctie vergeleken met het aantal verzekerden in het ER-model in de VR2018 voor correctie (649.000 verzekerden). Verder valt op dat het aantal verzekerden in het ER-model na correctie in VR2019 voor het eerst het aantal verzekerden in het ER-model in de VV1 heeft overschat. Vanaf de VR2019 groeit

<sup>6</sup> In de VR2017 werd het aantal gezonde verzekerden nog eens extra onderschat door een te forse correctie van de DBC-doorlooptijdverkorting. Bij het toepassen van de correctiefactor voor de VR2019 was er twijfel over de representativiteit van het verschil tussen de VR2017 en VV1 2017, de correctiefactoren waren groter door de onderschatting vanwege de DBC-doorlooptijdverkorting. Om deze reden is bij de VR2019 de correctiefactor gebaseerd op het verschil tussen de VV1 2016 en VR2016.

het aantal verzekerden in het ER-model voor correctie ieder jaar met ongeveer 50.000 verzekerden en ziet er over de jaren stabiel uit. Het VR2020 ER-model na correctie heeft echter een stijging van 150.000 verzekerden vergeleken met het VR2019 ER-model na correctie. Het ziet er daardoor naar uit dat het VR2020 ER-model na correctie is overschat, hoewel we dit volgend jaar pas echt vast kunnen stellen op basis van de VV1 2020.

Tabel 13: Vergelijking aantal verzekerden in ER-model tussen VV1 en VR<sup>a</sup>

	VV1			VR				
	Totaal 18+	Waarvan in ER-model	% ER	Totaal 18+	ER-model, voor correctie	% ER voor correctie	ER-model na correctie	% ER na correctie
2015	13.465.680	9.584.883	71,2%	13.436.000	9.433.974	70,2%	9.433.974	70,2%
2016	13.560.495	9.562.037	70,5%	13.511.000	9.257.546	68,5%	9.257.546	68,5%
2017	13.682.149	9.439.594	69,0%	13.656.000	8.966.920	65,7%	8.966.920	65,7%
2018	13.813.215	9.496.131	68,8%	13.738.000	9.076.013	66,1%	9.382.048 (obv 2016)	68,3%
2019	13.953.215	9.957.809	71,4%	13.891.000	9.724.866	70,0%	10.033.913 (obv 2016)	72,2%
2020	-	-	-	14.041.000	9.779.488	69,7%	10.183.611 (obv 2018)	72,5%
2021	-	-	-	14.199.000	9.832.219	69,3%	10.116.029 (obv 2016,2018,2019)	71,2%

<sup>a</sup> De tabel geeft het totaal verzekerden van 18 jaar en ouder ("Totaal 18+"), niet-forfaitaire groep/verzekerden in het ER-model ("ER-model") en het aandeel van de niet-forfaitaire groep in het totaal verzekerden van 18 jaar en ouder ("% ER").

Tabel 14: Vergelijking correctiefactoren aantal verzekerden in ER-model tussen VV1 en VR. Dikgedrukte rij is de gekozen variant

Jaar	VR voor corr	VV1	VR na corr	VV1/(VR voor corr)-1	(VR na corr)/(VR voor corr)-1
2015	9.433.974	9.584.883		1,6%	
2016	9.257.546	9.562.037		3,3%	
2017	8.966.920	9.439.594		5,3%	
2018	9.076.013	9.496.131	9.382.048	4,6%	3,4%
2019	9.724.866	9.957.809	10.033.913	2,4%	3,2%
2020	9.779.488		10.183.611		4,1%
2021	9.832.219		10.235.232 (obv 2018)		4,1%
2021	9.832.219		10.012.339 (obv 2019)		1,9%
<b>2021</b>	<b>9.832.219</b>		<b>10.116.029</b> (obv gem 2016,2018,2019)		<b>2,9%</b>
2021			10.109.479 (obv GOB)		

In Tabel 14 variëren de correctiefactoren op basis van VV1 t.o.v. VR voor correctie voor het ER-model 2015 t/m 2019 tussen de 1,6% en 5,3%. Wanneer de

correctiefactor voor VR2021 wordt bepaald op basis van het aantal verzekerden in het ER-model in de VV1 2019 t.o.v. VR 2019 gecorrigeerd voor het aantal verzekerden met leeftijd 18+, dan resulteert dat tot 10.012.339 verzekerden. Wanneer de correctiefactor voor VR2021 bepaald wordt met 2018 gegevens (versie WUR 11 augustus) resulteert dat tot 10.235.232 verzekerden. De verschillen in correctiefactoren o.b.v. 2018 en 2019 leiden tot relatief grote verschillen in het uiteindelijke verzekerdenaantal voor het ER-model na correctie bij VR. Op basis van 2018 gegevens lijkt er een overschatting te zijn omdat de vermoeden bestaat dat VR2020 na correctie ook overschat is op basis van tabel 13. Op basis van gegevens 2019 lijkt er een onderschatting om dat er slechts 52.000 verzekerden verschilt met het aantal verzekerden in het ER-model in VV1 2019. Daarom is er gekozen om het gemiddelde te nemen op basis van de gegevens 2016, 2018, 2019, om zo de correctiefactoren te middelen.<sup>7</sup> Dit leidt tot een verzekerdenaantal van 10.116.029 voor het ER-model VR2021.

Voor dit jaar was voorgenomen om Groot Onderhoud Bijraming voor het ER-model uit te voeren. Dit is helaas niet volledig uitgevoerd vanwege corona werkzaamheden en daardoor kon het ER-model in de VR2021 nog niet worden aangepast. Echter was er op basis van de voorlopige resultaten al wel een voorkeursmodel voor het nieuwe ER-model. Wanneer we dit model toepassen voor VR2021 komen we op het verzekerdenaantal 10.109.479, wat dicht in de buurt komt van de correctie op basis van 2016, 2018 en 2019. Op basis hiervan concluderen we dat de correctie op basis van de gegevens 2016, 2018 en 2019 tot de meest plausibele uitkomst van het aantal verzekerden in het ER-model leidt.

#### **Verzekeraarsniveau**

Vanwege de vergelijking met de VRCOR is het beeld wat vertekend door overstappers. Net als bij de morbiditeitskenmerken is te zien dat a.s.r. een stijging van het aantal gezonde verzekerden heeft, en dat IptiQ, ENO en Anderzorg juist het aantal gezonde verzekerden ziet dalen. Verder vallen Anderzorg en ENO op met een hoog aandeel van het aantal verzekerden in het ER-model (t.o.v. L5G-GGZ), en VGZ (7095) en Menzis (3332) juist met een relatief laag aandeel.

## 18 Criteriumneutraliteit

Zie afzonderlijk document WUR 394C.

<sup>7</sup> De correctiefactor van het jaar 2017 is niet toegepast in de VR2019 vanwege de hoge correctiefactor veroorzaakt door onder andere de DBC-doorlooptijdverkorting. Daarom passen we hem in de VR2021 ook niet toe.