

Evaluatie risicoverevening 2024 & 2025

21 maart 2025

Richard van Kleef
René van Vliet

Evaluatie risicoverevening 2024 & 2025

Dr. R.C. van Kleef

Dr. R.C.J.A. van Vliet

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

Eindrapport, 21 maart 2025

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van het Wetenschappelijk Platform Risicoverevening (WPR), een initiatief van Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het WPR heeft als doel om via wetenschappelijk onderzoek structureel bij te dragen aan de evaluatie en doorontwikkeling van het risicovereveningssysteem. Dat gebeurt via drie sporen: 1) een jaarlijkse evaluatie van het vereveningssysteem, 2) innovatief onderzoek naar potentiële verbeteringen van het vereveningssysteem en 3) kennisdeling. Voor meer informatie over het WPR, zie <https://www.eur.nl/eshpm/onderzoek-0/wetenschappelijk-platform-risicoverevening>.

Het voorliggende rapport is geschreven voor ingewijden en daardoor technisch van aard. Voor meer informatie over de achtergrond en vormgeving van de risicoverevening zie bijvoorbeeld: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/03/01/beschrijving-van-het-risicovereveningssysteem-van-de-zorgverzekeringswet>.

Dankwoord

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt met cofinanciering door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) via het Wetenschappelijk Platform Risicoverevening (WPR). Hierbij zijn expliciete afspraken gemaakt ter borging van de onafhankelijkheid en publicatievrijheid van ESHPM. Meer informatie over deze afspraken is te vinden op <https://www.eur.nl/eshpm/onderzoek-0/wetenschappelijk-platform-risicoverevening> (zie “Governance en financiering van het WPR”). Wij danken ZN voor de cofinanciering.

Daarnaast zijn wij dank verschuldigd aan diverse organisaties voor het beschikbaar stellen van gegevensbestanden die nodig waren voor de uitvoering van dit onderzoek. Dit betreft:

- ZN en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor het beschikbaar stellen van gegevensbestanden die oorspronkelijk zijn samengesteld voor het onderzoeksprogramma van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR);
- de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD’en), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voor het verlenen van toegang tot de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020;
- het Nivel voor het beschikbaar stellen van gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (Nivel, 2022). Het voorliggende onderzoek is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00322.052. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

Ten slotte bedanken wij prof. dr. Wynand van de Ven, dr. Rudy Douven, Andreea Panturu MSc, Sebastiaan de Ranitz MSc, dr. Piet Stam en de leden van de WPR-klankbordgroep voor hun feedback op eerdere versies van dit rapport. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het voorliggende rapport en de onderliggende analyses rust volledig bij de auteurs.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Dankwoord	4
Samenvatting	6
1. Inleiding	8
2. Doelstelling, onderzoeksvragen en relevantie	12
3. Gegevensbestanden	15
4. Methoden	18
5. Uitkomsten risicoverevening 2024	26
5.1. Verevenende werking.....	27
5.1.1. Subgroepen op basis van diagnose-informatie.....	27
5.1.2. Subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid	34
5.1.3. Subgroepen op basis van overstapgedrag.....	37
5.1.4. Subgroepen op basis van leeftijd, SES, AVI en PPA.....	39
5.2. Power.....	39
5.3. Power versus verevenende werking	43
6. Uitkomsten risicoverevening 2025	45
6.1. Verevenende werking.....	46
6.1.1. Subgroepen op basis van diagnose-informatie.....	46
6.1.2. Subgroepen op basis van overstapgedrag.....	48
6.1.3. Subgroepen op basis van leeftijd, SES, AVI en PPA.....	49
6.2. Power.....	50
7. Aanvullende analyse: vereveningsresultaat in t+1 voor subgroepen o.b.v. t-1	52
8. Conclusie	58
9. Discussie	61
Referenties	65
Bijlage 1. Herweging Nivel Zorgregistraties en Gezondheidsmonitor-bestand	68
Bijlage 2. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. zelf-gerapporteerde gezondheid	72
Bijlage 3. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. leeftijd, SES, AVI en PPA	73
Bijlage 4. Linker diagram figuren 1-7 inclusief modelvariant ‘Geen RV’	74

Samenvatting

In de Zorgverzekeringswet is een belangrijke rol weggelegd voor het ‘risicovereveningssysteem’, waarmee verzekeraars worden gecompenseerd voor voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Dit systeem moet ervoor zorgen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt zonder afbreuk te doen aan andere beleidsdoelen zoals doelmatigheid. Risicoverevening draagt zodoende bij aan het realiseren van een gelijk speelveld voor verzekeraars en het verminderen van prikkels tot risicoselectie (en de negatieve effecten van risicoselectie).

In dit onderzoek is een ex-ante evaluatie uitgevoerd van de vereveningssystemen van 2024 en 2025. Daarbij is gekeken naar twee typen maatstaven: verevenende werking en power. Met verevenende werking wordt bedoeld: de mate waarin het vereveningssysteem verzekeraars compenseert voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel. Een goede verevenende werking is belangrijk voor het bereiken van een gelijk speelveld en het tegengaan van risicoselectie. In dit onderzoek is gekeken naar subgroepen op basis van diagnose-informatie (afkomstig uit huisartsenregistraties), zelf-gerapporteerde gezondheid (afkomstig uit gezondheidsenquêtes), overstapedrag van verzekerden (afgeleid uit data van verzekeraars) en demografische en sociaaleconomische informatie (op basis van risicovereveningscriteria). Met power wordt bedoeld: de mate waarin een kostenbesparing gerealiseerd door een individuele verzekeraar ten bate komt van die verzekeraar. Voldoende power is een noodzakelijke voorwaarde voor financiële prikkels voor kostenbeheersing.

De uitkomsten ten aanzien van ‘verevenende werking’ laten zien dat de vereveningssystemen van 2024 en 2025 grotendeels compenseren voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel. Voor subgroepen op basis van wel/geen chronische aandoening in t-1 compenseren de vereveningssystemen nagenoeg volledig voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten. Voor een aantal subgroepen met specifieke chronische aandoeningen is nog sprake van een forse onder- of overcompensatie. Datzelfde geldt voor subgroepen op basis van niet-chronische klachten/aandoeningen, subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid, subgroepen op basis van overstapedrag en subgroepen op basis van demografische en sociaaleconomische informatie. Voor bijna alle subgroepen (op basis van jaar t-1) geldt dat het gemiddelde vereveningsresultaat in t+1 kleiner is dan in t.

De uitkomsten ten aanzien van ‘power’ laten zien dat kostenbesparingen gerealiseerd door een individuele verzekeraar niet volledig ten bate komen van die verzekeraar. Uit de resultaten blijkt bijvoorbeeld dat als een verzekeraar structureel 10% lagere prijzen weet uit te onderhandelen hij na toepassing van het vereveningssysteem van 2025 gemiddeld 74% overhoudt van de kostenbesparing die daarmee wordt gerealiseerd. De overige 26% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (vanwege de verschuiving van verzekerden naar lagere klassen van de kosten-gerelateerde vereveningscriteria). Wanneer een verzekeraar erin slaagt om voor een willekeurige verzekerde het zorggebruik algeheel te voorkomen (bijvoorbeeld via een effectief preventieprogramma) dan houdt hij na toepassing van het vereveningssysteem van 2025 gemiddeld 27% over van de kostenbesparing die daarmee wordt gerealiseerd. De overige 73% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (die tot stand komt doordat de betreffende verzekerde dan in de afslagklassen van gebruik-gerelateerde vereveningscriteria terechtkomt). De impact van het vereveningssysteem op power varieert tussen typen besparingsactiviteiten, zorgvormen en subgroepen. Voor een totaaloordeel over de impact van het vereveningssysteem op de financiële prikkels voor verzekeraars dienen power en verevenende werking in samenhang te worden gezien.

In veel opzichten is dit onderzoek verder gegaan dan eerdere studies. Zo is bij het bepalen van de verevenende werking niet alleen gekeken naar de ex-ante vereveningsmodellen voor somatische zorg en GGZ, maar ook naar het ex-ante model voor de kosten onder het verplicht eigen risico en naar de Hoge Kosten Compensatie voor somatische zorg en GGZ. Daarnaast is de verevenende werking in kaart gebracht voor een zeer breed scala aan subgroepen afgeleid uit diagnose-informatie, zelf-gerapporteerde gezondheid, overstapedrag van verzekerden en demografische en sociaaleconomische informatie. Voor deze subgroepen (op basis van informatie van jaar t-1) is niet alleen gekeken naar het gemiddelde vereveningsresultaat in t maar ook naar het gemiddelde vereveningsresultaat in t+1. Qua power zijn in dit onderzoek uitsplitsingen gemaakt naar zorgvormen en subgroepen. Ook dat is nieuw.

Bij de interpretatie van de resultaten en conclusies van dit onderzoek dient rekening te worden gehouden met een aantal keuzes, beperkingen en veronderstellingen. Deze worden vermeld in hoofdstuk 9 van dit rapport en leiden tot een aantal suggesties voor vervolgonderzoek.

1. Inleiding

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Op grond van deze wet is iedereen die in Nederland woont of werkt verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Burgers kunnen daarvoor terecht bij risicodragende zorgverzekeraars die met elkaar concurreren op basis van premie, polisvoorwaarden en serviceverlening. Hoewel het basispakket is vastgesteld door de overheid, kunnen zorgpolissen verschillen in termen van onder meer het gecontracteerde zorgaanbod en de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De serviceverlening door verzekeraars kan verschillen in termen van onder meer declaratieafhandeling, wachtlijstbemiddeling, zorgcoördinatie en hulp bij ‘gezond leven’.

In de Zvw is een belangrijke rol weggelegd voor het risicovereveningssysteem. Dit systeem moet ervoor zorgen dat “iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt” (Tweede Kamer, 2004, pagina 49).¹ Zonder risicoverevening bestaan grote verschillen in verzekeringsrisico tussen verzekerden. Die verschillen in verzekeringsrisico worden veroorzaakt doordat verzekeraars hun premie niet mogen differentiëren naar verzekerdenkenmerken zoals leeftijd en gezondheid. Door dit ‘verbod op premiedifferentiatie’ zijn ouderen en chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend voor verzekeraars: voor deze verzekerden zijn de voorspelde zorgkosten (veel) hoger dan de premie die zij betalen. Voor jonge, gezonde verzekerden is het omgekeerde het geval: deze verzekerden zijn juist voorspelbaar winstgevend voor verzekeraars. De risicoverevening dient deze voorspelbare winsten en verliezen weg te nemen en draagt daarmee bij aan 1) het bereiken van risicosolidariteit tussen jonge, gezonde verzekerden en ouderen en chronisch zieken, 2) het bewerkstelligen van een gelijk speelveld voor verzekeraars, en 3) het verminderen van prikkels tot risicoselectie (en de negatieve effecten van risicoselectie).²

¹ Soms wordt ook doelmatigheid gezien als doel van de risicoverevening (Van de Ven et al., 2023). Doelmatigheid is echter geen *primair* doel van de risicoverevening. Zoals beschreven in de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet, bevat de Zvw daarvoor andere instrumenten zoals ‘concurrentie tussen verzekeraars’ (die wordt aangedreven door de jaarlijkse overstapmogelijkheid voor verzekerden) en ‘risicodragendheid van verzekeraars’. Uiteraard is het wel belangrijk dat de risicoverevening zodanig wordt vormgegeven dat het geen afbreuk doet aan andere beleidsdoelen zoals doelmatigheid.

² Toelichting ad 1: zonder goede risicoverevening kunnen gezondheid-gerelateerde verschillen in zorgkosten tussen populaties met verschillende zorgpolissen tot uitdrukking komen in premieverschillen tussen die zorgpolissen, hetgeen de risicosolidariteit ondermijnt. Toelichting ad 2: zonder goede risicoverevening kunnen verzekeraars voordeel (nadeel) hebben van een relatief (on)gezonde verzekerdenportefeuille. Toelichting ad 3: zonder goede risicoverevening leiden de bovengenoemde voorspelbare winsten en verliezen tot prikkels voor verzekeraars om aan risicoselectie te doen. Risicoselectie heeft ongewenste effecten op risicosolidariteit en doelmatigheid. Voor een uitgebreid overzicht van deze effecten zie (Van Kleef et al., 2024).

De afgelopen decennia is het vereveningssysteem sterk uitgebreid: waar het bij de invoering in 1993 (onder de toenmalige Ziekenfondswet) uitsluitend rekening hield met de vereveningscriteria leeftijd en geslacht, zijn in de loop der tijd geavanceerde morbiditeitscriteria en sociaaleconomische kenmerken toegevoegd. In 2024 is bovendien een nieuwe schattingsmethode ingevoerd voor het bepalen van de normbedragen ('constrained regression'). Een belangrijke vraag is in hoeverre het huidige vereveningssysteem zijn doel bereikt. Met andere woorden: in hoeverre vormt elke door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico? Dit onderzoek tracht hier inzicht in te geven door na te gaan in hoeverre de vereveningssystemen van 2024 en 2025 compenseren voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel.³ Daarbij wordt gekeken naar subgroepen afgeleid uit diagnose-informatie (afkomstig uit huisartsenregistraties), zelf-gerapporteerde gezondheid (afkomstig uit gezondheidsenquêtes), overstapgedrag van verzekerden (afgeleid uit data van verzekeraars) en demografische en sociaaleconomische informatie (op basis van risicovereveningscriteria). De mate waarin het vereveningssysteem compenseert voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifieke risicoprofiel wordt in dit rapport aangeduid met 'verevenende werking'.

In Nederland is bewust gekozen voor een systeem van (hoofdzakelijk) 'ex-ante' verevening, dat wil zeggen: verevening op basis van voorspelde zorgkosten. Het huidige vereveningssysteem verschilt daarmee van de 'ex-post' verevening die tot 1993 werd toegepast onder de Ziekenfondswet, waarbij ziekenfondsen achteraf volledig werden gecompenseerd op basis van werkelijke zorgkosten. Hoewel zo'n volledige ex-post verevening eenvoudiger is dan ex-ante verevening heeft het een belangrijk nadeel: het neemt bij verzekeraars de financiële prikkels weg om aan kostenbeheersing te doen. Immers: bij een volledige ex-post verevening leidt een kostendaling (of kostenstijging) van Y euro tot een daling (stijging) van de vereveningsbijdrage met Y euro. Met andere woorden: een kostendaling (kostenstijging) vloeit volledig weg via het vereveningssysteem. Ter behoud van prikkels tot kostenbeheersing gaat de Zvw primair uit van 'ex-ante' verevening (Tweede Kamer, 2004). Ook in de Zvw vloeit een kostendaling (kostenstijging) naar verwachting

³ Verschillen in verzekeringsrisico worden niet alleen veroorzaakt door voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen verzekerden, maar ook door voorspelbare verschillen in componenten van de premieopslag zoals voorspelbare verschillen in administratiekosten en solvabiliteitseisen tussen verzekerden met en zonder chronische aandoening (Douven & Van de Ven, 2022). In de empirische analyses voor dit onderzoek wordt uitsluitend gekeken naar voorspelbare verschillen in zorgkosten. In de discussie komen wij hierop terug.

gedeeltelijk weg via het vereveningssysteem. De reden daarvoor is tweeledig. Allereerst bevat ook het huidige risicovereveningssysteem een zekere mate van ex-post verevening in de vorm van Hoge Kosten Compensatie (HKC). In de tweede plaats bevat de huidige risicoverevening diverse morbiditeitscriteria afgeleid uit zorggebruik en zorgkosten in voorgaande jaren. Voorbeelden hiervan zijn Farmacie Kosten Groepen (FKG), Diagnose Kosten Groepen (DKG) en Meerjarig Hoge Kosten (MHK). Hoewel deze vereveningscriteria een cruciale bijdrage leveren aan het doel van de risicoverevening (“het bewerkstelligen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt”) hebben zij ook een belangrijk nadeel: via deze vereveningscriteria ontstaat een link tussen het zorggebruik van verzekerden en de vereveningsbijdrage die een verzekeraar ontvangt. Immers: meer (minder) zorggebruik dit jaar leidt – via de daaraan gekoppelde hoge (lage) normbedragen van het vereveningsmodel – tot een hogere (lagere) vereveningsbijdrage komend jaar. Via deze link vloeit een kostenreductie (of kostenstijging) gedeeltelijk weg via het vereveningssysteem. Hoe sterk de link tussen het zorggebruik en de vereveningsbijdrage precies is, is een empirische vraag. Dit onderzoek tracht hier inzicht in te geven door de gemiddelde ‘power’ van het vereveningssysteem te berekenen. ‘Power’ geeft aan in welke mate een prijs/volumebesparing gerealiseerd door een individuele verzekeraar ten bate komt van die verzekeraar. Hoe meer een verzekeraar ‘overhoudt’ aan een prijs/volumebesparing hoe sterker de financiële prikkels om aan prijs- en volumebeheersing te doen.⁴

Een ‘goede verevenende werking’ en ‘voldoende power’ zijn beide voorwaarden voor een goed functionerend vereveningssysteem. Een goede verevenende werking draagt bij aan het bereiken van risicosolidariteit, het bewerkstelligen van een gelijk speelveld en het verminderen van prikkels tot risicoselectie. Voldoende power draagt bij aan het realiseren van financiële prikkels voor verzekeraars om aan prijs- en volumebeheersing te doen.

Het voorliggende rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 formuleert de onderzoeksvragen en relevantie. Hoofdstuk 3 beschrijft de beschikbare gegevensbestanden en hoofdstuk 4 bespreekt het plan van aanpak. Hoofdstuk 5 presenteert de uitkomsten van het

⁴ In de geest van de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet gaat dit rapport ervan uit dat het wenselijk is dat verzekeraars financiële prikkels ervaren om aan prijs- en volumebeheersing te doen. Er zijn situaties denkbaar waarin dergelijke financiële prikkels juist *niet* wenselijk zijn, bijvoorbeeld wanneer er onvoldoende kritische consumenten zijn om verzekeraars ‘af te straffen’ in het geval van een beknipteling op de toegankelijkheid en kwaliteit van een bepaalde zorgvorm. De vraag is dan echter of het model van gereguleerde concurrentie (Zvw) überhaupt geschikt is voor de betreffende zorgvorm (Schut & Van de Ven, 2010).

vereveningssysteem van 2024 en hoofdstuk 6 die van het vereveningssysteem van 2025. Hoofdstuk 7 presenteert de uitkomsten van een aanvullende analyse ter bepaling van de gemiddelde vereveningsresultaten in jaar $t+1$ voor subgroepen op basis van $t-1$. Hoofdstuk 8 beantwoordt de onderzoeksvragen en hoofdstuk 9 sluit af met een discussie.

2. Doelstelling, onderzoeksvragen en relevantie

Het doel van dit onderzoek is het kwantificeren van de ‘verevenende werking’ en ‘power’ van de risicovereveningssysteem van 2024 en 2025. Voor beide risicovereveningssysteem worden de volgende twee onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat is de ‘verevenende werking’ van het risicovereveningssysteem? Dat wil zeggen: in hoeverre compenseert het vereveningssysteem voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel?
2. Wat is de ‘power’ van het risicovereveningssysteem? Dat wil zeggen: wat houdt een zorgverzekeraar gemiddeld over aan een kostenreductie?

De eerste onderzoeksvraag is relevant in het licht van het primaire doel van de risicoverevening. Immers: het antwoord op deze vraag geeft inzicht in “de mate waarin iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt”. Dit is niet het eerste onderzoek dat hiernaar kijkt. Zie bijvoorbeeld Stam (2007, 2010), Van Kleef et al., (2014, 2017, 2021), Gupta (2021) en Hamstra et al. (2022). Om drie redenen geeft eerder onderzoek echter geen adequaat antwoord op de eerste onderzoeksvraag. Ten eerste zijn de eerdere onderzoeken veelal gebaseerd op oudere versies van het vereveningssysteem waarin recente wijzigingen – zoals de invoering van ‘constrained regression’ – nog niet hadden plaatsgevonden. In het voorliggende onderzoek nemen we het huidige vereveningssysteem (van 2024 en 2025) als uitgangspunt. Ten tweede is in veel van de eerdere onderzoeken slechts naar een beperkte set van subgroepen gekeken. In het voorliggende onderzoek kijken we naar een brede set van subgroepen afgeleid uit diagnose-informatie, zelf-gerapporteerde gezondheid, overstapgedrag van verzekerden en demografische en sociaaleconomische informatie. Ten derde is in de eerdere onderzoeken veelal gekeken naar één component van de risicoverevening, te weten het ‘vereveningsmodel voor somatische zorg’. In het huidige onderzoek zijn ook de volgende componenten meegenomen: vereveningsmodel voor ‘Geestelijke Gezondheidszorg’ (GGZ), vereveningsmodel voor de ‘kosten onder het verplicht eigen risico’ en HKC.⁵

⁵ In het onderzoek is geen rekening gehouden met het vereveningscriterium voor niet-ingezetenen (SEI). Ook is geen rekening gehouden met ex-post bijstellingen van de vereveningsbijdrage zoals Flankerend Beleid, criteriumneutraliteit en de bandbreedteregeling voor GGZ kosten. (HKC is wel meegenomen.)

De tweede onderzoeksvraag is relevant in het licht van de bredere doelstellingen van de Zvw. De Zvw is gebaseerd op het model van ‘gereguleerde concurrentie’ waarin risicodragende verzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van verzekerden. De combinatie van ‘financieel risico’ en ‘concurrentie’ geeft verzekeraars prikkels tot doelmatigheid. Idealiter ervaren verzekeraars prikkels tot het inkopen van goede zorg tegen een gunstige prijs en het bevorderen van passende zorg. Bij dat laatste kan worden gedacht aan het voorkomen van onnodige zorg en het stimuleren van juiste zorg op de juiste plek. Voor het realiseren van prikkels tot doelmatigheid is het belangrijk dat een kostenbesparing gerealiseerd door een individuele verzekeraar in voldoende mate ten goede komt aan die verzekeraar. Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag laat zien in hoeverre dit het geval is. We maken daarbij gebruik van power-maatstaven uit eerder onderzoek (Geruso & McGuire, 2016; Van Kleef & Van Vliet 2022; Douven et al., 2024). Bij $power=1$ (dat wil zeggen: vereveningsbijdrage is volledig onafhankelijk van kosten en gebruik) komt een kostenreductie volledig ten bate van de verzekeraar. Bij $0 < power < 1$ (dat wil zeggen: lagere kosten leiden tot een lagere vereveningsbijdrage) komt een kostenreductie gedeeltelijk ten bate van de verzekeraar.

Net als Douven et al. (2024) kijken we in het huidige onderzoek naar twee typen ‘kostenbesparingsactiviteiten’: 1) prijsbeheersing en 2) volumebeheersing. Bij prijsbeheersing kan worden gedacht aan activiteiten gericht op het verlagen van inkooprijzen. Bij volumebeheersing kan worden gedacht aan activiteiten gericht op het verminderen van gebruik van (dure) zorg, zoals preventie, substitutie van tweede naar eerste lijn, of vermindering van medicijngebruik. Als een zorgverzekeraar de prijs en/of het volume weet te verlagen dan kan dat leiden tot een verschuiving van verzekerden tussen de risicoklassen van het vereveningssysteem waardoor de verzekeraar (op termijn) een lagere (of hogere) vereveningsbijdrage ontvangt. De power-maatstaven die in dit onderzoek worden uitgerekend laten zien hoeveel een verzekeraar gemiddeld overhoudt aan een kostenreductie als gevolg van prijs- en/of volumebeheersing. Het huidige onderzoek gaat verder dan de eerdere onderzoeken door niet alleen te kijken naar de gemiddelde power van het risicovereveningssysteem voor de totale Zvw-populatie en het totale basispakket, maar ook naar de gemiddelde power op het niveau van *aandoeningen* en *zorgvormen*.

Zoals opgemerkt in hoofdstuk 1, zijn een ‘goede verevenende werking’ en ‘voldoende power’ beide voorwaarden voor een goed-functionerend vereveningssysteem. Een ‘goede

verevenende werking in combinatie met *onvoldoende* power’ (zoals bij een volledige ex-post verevening) is dus niet genoeg. Er zijn dan geen prikkels voor risicoselectie (voordelig), maar ook geen prikkels tot kostenbeheersing (nadelig). Een vereveningssysteem met ‘voldoende power in combinatie met een *slechte* verevenende werking’ (zoals bij een ex-ante verevening op basis van uitsluitend leeftijd/geslacht) is ook niet genoeg. Verzekeraars ervaren dan wel prikkels tot kostenbeheersing (voordelig) maar ook prikkels tot risicoselectie (nadelig). Kortom: de twee onderzoeksvragen moeten dus in samenhang worden gezien.⁶

⁶ Dat is met name belangrijk wanneer men tot een totaaloordeel wil komen over de impact van risicoverevening op doelmatigheid. Enerzijds kan risicoverevening – via een vermindering van ‘power’ – leiden tot een afname van prikkels tot prijs- en volumebeheersing (= negatief effect op doelmatigheid). Anderzijds kan het – via een verbetering van de ‘verevenende werking’ – leiden tot een toename van prikkels om kwalitatief goede zorg in te kopen (= positief effect op doelmatigheid). Bijvoorbeeld: zodra verzekeraars goed worden gecompenseerd voor de voorspelbaar hoge kosten van diabetespatiënten worden zij niet langer ontmoedigd om goede diabeteszorg in te kopen. Voor een totaaloordeel over de impact van risicoverevening op doelmatigheid moet dus naar zowel de positieve als negatieve effecten worden gekeken (Van de Ven et al, 2023). Voor een overzicht van de positieve en negatieve effecten van risicoverevening op doelmatigheid zie Van Kleef et al. (2024).

3. Gegevensbestanden

Dit onderzoek maakt gebruik van drie gegevensbronnen: 1) bestanden met administratieve informatie over zorgkosten en vereveningscriteria die oorspronkelijk zijn samengesteld voor het onderzoeksprogramma van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR), 2) diagnose-informatie uit huisartspraktijken die is verzameld in het kader van de Nivel Zorgregistraties, en 3) zelf-gerapporteerde gezondheid volgens de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Hieronder volgt een beknopte beschrijving van deze bestanden.

3.1. WOR-bestanden

De WOR-bestanden bevatten kostengegevens en vereveningscriteria van circa 17 miljoen Zvw-verzekerden in jaar t (met $t = 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022$), uitgesplitst naar somatische zorg, GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico. Deze bestanden zijn eerder gebruikt voor het schatten van de 'normbedragen' van de risicoverevening voor jaar $t+3$. Kostengegevens zijn afkomstig uit jaar t , doch representatief gemaakt voor jaar $t+3$. De vereveningscriteria zijn gebaseerd op informatie over de periode $t-5$ t/m t .

Zoals beschreven in hoofdstuk 4, zijn de WOR-bestanden nodig bij drie stappen van de empirische analyse. In een eerste stap worden de WOR-bestanden voor $t=2021$ en $t=2022$ gebruikt voor het repliceren van de vereveningssysteem van 2024 respectievelijk 2025. Hiermee zijn vervolgens per verzekerde de 'normatieve kosten' bepaald. De normatieve kosten vormen de basis voor de vereveningsbijdrage die verzekeraars ontvangen. In een tweede stap zijn de WOR-bestanden voor $t=2020-2022$ gebruikt om subgroepen te definiëren op basis van overstapgedrag, en op basis van demografische en sociaaleconomische kenmerken. Dit was nodig om de verevenende werking te kunnen bepalen voor subgroepen met een specifiek risicoprofiel (onderzoeksvraag 1). In een derde stap zijn alle bovengenoemde WOR-bestanden gebruikt voor het berekenen van de power-maatstaven (onderzoeksvraag 2). Een nadere beschrijving van deze stappen volgt in hoofdstuk 4.

3.2. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

De Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (verder: Nivel Zorgregistraties) bevatten diagnose-informatie over patiënten van huisartspraktijken. Het gaat om twee bestanden, één voor 2020 (N = 1,2 mln.) en één voor 2021 (N = 1,2 mln.), met elk bijna 700 dummyvariabelen die aangeven of een patiënt voor het betreffende jaar wel (1) of niet (0) een specifieke diagnose geregistreerd heeft staan. Deze diagnoses zijn afgeleid uit de eerste drie posities van de ‘International Classification of Primary Care’ (ICPC). De Nivel Zorgregistraties zijn gebaseerd op ‘ziekte-episodes’, i.e. de periode tussen de diagnose-datum en de geschatte datum van herstel (voor chronische aandoeningen geldt: eens de aandoening, altijd de aandoening). Voor het construeren van ziekte-episodes maakt Nivel gebruik van alle door de huisarts vastgelegde morbiditeitsinformatie in de ‘Huisarts Informatie Systemen’. De ICPC-indeling omvat 17 hoofdcategorieën met in totaal bijna 700 codes voor klachten, symptomen en aandoeningen. De hier gebruikte bestanden zijn gebaseerd op informatie over de periode t-2 t/m t (met t=2020 respectievelijk t=2021). Specifiek gaat het om:⁷

- Alle openstaande, door de huisarts geregistreerde, episodes van chronische ziekten op 1 januari van t-2. In totaal merkt het Nivel 109 ICPC-diagnosen aan als chronisch.
- Alle nieuwe, door de huisarts geregistreerde, ziekte-episodes in de periode t-2 t/m t.
- Alle contacten met de huisartspraktijk en prescripties in de periode t-2 t/m t. Het gaat hierbij om contacten, met zowel de huisarts als de praktijkondersteuner huisartsenzorg waarbij een diagnose in het medisch dossier is geregistreerd. Onder contacten vallen bijvoorbeeld praktijkbezoeken, telefonische consulten, e-mailconsulten en huisbezoeken.

De Nivel Zorgregistraties zijn in dit onderzoek nodig voor het definiëren van subgroepen op basis van diagnose-informatie. Voorbeelden van dergelijke subgroepen zijn: wel/geen chronische aandoening in een bepaald jaar, wel/geen specifieke aandoening of klacht in een bepaald jaar, enzovoort. De kracht van deze gegevensbron is dat in Nederland in principe alle informatie over gezondheidsproblemen bij de huisarts terechtkomt; bijna driekwart van de bevolking komt dan ook ten minste één keer in een jaar bij de huisarts. Deze bron geeft daarmee een vollediger beeld van de gezondheid van verzekerden dan bijvoorbeeld de

⁷ Voor een gedetailleerde beschrijving van de totstandkoming van de Nivel Zorgregistraties en een volledig overzicht van alle 685 codes en bijbehorende titels zie Nielen et al. (2016).

morbiditeitscriteria van het vereveningssysteem, die veelal zijn gebaseerd op het gebruik van specifieke zorgvormen. Zo worden de DKG's afgeleid uit *ziekenhuisbehandelingen*, de FKG's uit *geneesmiddelengebruik*, de Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG's) uit *fysiotherapiegebruik*, de Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG's) uit *hulpmiddelengebruik*.

Ondanks de eerder aangetoonde representativiteit van de Nivel Zorgregistraties (Van Kleef et al. 2018), hebben wij deze bestanden voor alle zekerheid herwogen naar de Zvw-populatie. Zie bijlage 1 voor een beknopte beschrijving van de herwegingsprocedure en enkele analyses ter bepaling van de representativiteit van de Nivel Zorgregistraties vóór en ná herweging.

3.3. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen bestaat uit een enquête die vierjaarlijks wordt gehouden onder steekproeven van de bevolking van 19 of ouder (op 1 september van het enquêtejaar). Het betreft een samenwerking tussen het CBS, alle GGD'en en het RIVM. De voor dit onderzoek gebruikte enquête is die van 2020, met een respons van bijna 540.000.

De gegevens uit de Gezondheidsmonitor worden in dit onderzoek gebruikt voor het definiëren van subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn subgroepen op basis van de ervaren algemene gezondheidstoestand, het wel/niet hebben van lichamelijke beperkingen en het risico op angst en depressie.

Net als voor de Nivel Zorgregistraties hebben wij ook voor de Gezondheidsmonitor een herwegingsprocedure toegepast (zie bijlage). Dat was onder andere nodig omdat de Gezondheidsmonitor – met opzet – een oververtegenwoordiging van ouderen bevat.

3.4. Koppeling van gegevensbestanden

Voor dit onderzoek zijn de bovengenoemde bestanden gekoppeld op basis van een gepseudonimiseerde sleutel. Alle koppelingen en analyses zijn uitgevoerd binnen een door het CBS beveiligde omgeving. Zowel door de onderzoekers als door het CBS is er strikt op toegezien dat de uitgevoerde resultaten niet herleidbaar zijn naar individuen of organisaties.

4. Methoden

Bij de uitvoering van dit onderzoek zijn globaal vier stappen doorlopen: 1) repliceren van de vereveningssystemen van 2024 en 2025, 2) identificeren van subgroepen met een specifiek risicoprofiel, 3) berekenen van het gemiddelde vereveningsresultaat voor die subgroepen, en 4) berekenen van de power-maatstaven. Deze stappen worden hieronder toegelicht.

4.1. Stap 1: repliceren van de vereveningssystemen van 2024 en 2025

Voor deze stap is gebruik gemaakt van de WOR-bestanden met kostengegevens en vereveningscriteria van Zvw-verzekerden in 2021 respectievelijk 2022. Voor beide jaren zijn de volgende componenten van het vereveningssysteem meegenomen: het ex-ante vereveningsmodel voor somatische zorg, het ex-ante vereveningsmodel voor GGZ, het ex-ante vereveningsmodel voor de kosten onder het verplicht eigen risico, de Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor somatische zorg en de HKC voor GGZ.⁸ Voor beide jaren is tevens gekeken naar de volgende twee varianten: 1) het vereveningssysteem zonder HKC en 2) het vereveningssysteem zonder HKC en zonder constrained regression. Door de uitkomsten van deze varianten te vergelijken met die van het werkelijke vereveningssysteem wordt inzicht verkregen in het effect van HKC en constrained regression.

In algemene zin is het vereveningsresultaat R voor individu i bij vereveningssysteem s berekend als de totale normatieve kosten volgens de definitie van systeem s minus de totale feitelijke kosten volgens de definitie van systeem s zoals opgenomen in het betreffende WOR-bestand. Dit komt neer op:^{9,10}

$$R_{i,s} = (\hat{Y}_{i,som,s} + \hat{Y}_{i,ggz,s} - \hat{Y}_{i,er}) - (Y_{i,som,s} + Y_{i,ggz,s} - Y_{i,er}) \quad (1)$$

⁸ In het onderzoek is geen rekening gehouden met het vereveningscriterium voor niet-ingezetenen (SEI). Ook is geen rekening gehouden met ex-post bijstellingen van de vereveningsbijdrage zoals Flankerend Beleid, criteriumneutraliteit en de bandbreedteregeling voor GGZ kosten. (HKC is wel meegenomen.)

⁹ In de vereveningssystemen met HKC hebben de (normatieve) kosten voor somatische zorg en GGZ betrekking op de kosten die **niet** via HKC worden vergoed. In de vereveningssystemen met HKC zijn de gemiddelde (normatieve) kosten voor somatische zorg en GGZ dus (iets) lager dan in de varianten zonder HKC.

¹⁰ Voor 18-minners zijn de (normatieve) kosten van GGZ per definitie gelijk aan 0 (gegeven dat GGZ betrekking op de kosten die niet via HKC worden vergoed). Ook de (normatieve) kosten onder het verplicht eigen risico zijn voor 18-minners gelijk aan 0 (aangezien deze groep is vrijgesteld van het verplicht eigen risico).

Met: $\hat{Y}_{i,som,s}$ = normatieve somatische kosten voor individu i volgens systeem s ;
 $\hat{Y}_{i,ggz,s}$ = normatieve GGZ kosten voor individu i volgens systeem s ;
 $\hat{Y}_{i,er}$ = normatieve kosten onder het verplicht eigen risico voor individu i (die gelijk zijn voor alle hier doorgerekende vereveningssystemen);
 $Y_{i,som,s}$ = somatische kosten voor individu i volgens de definitie van systeem s ;
 $Y_{i,ggz,s}$ = GGZ kosten voor individu i volgens de definitie van systeem s ;
 $Y_{i,er,s}$ = kosten onder het verplicht eigen risico voor individu i (waarvan de definitie gelijk is voor alle hier doorgerekende vereveningssystemen).

4.2. Stap 2: identificeren van subgroepen met een specifiek risicoprofiel

De tweede stap betreft het identificeren van subgroepen met een specifiek risicoprofiel. Hierbij is gebruik gemaakt van de volgende vier bronnen: diagnose-informatie (op basis van de Nivel Zorgregistraties 2020 en 2021), zelf-gerapporteerde gezondheid (op basis van de Gezondheidsmonitor Ouderen en Volwassenen 2020), overstapedrag van verzekerden (afgeleid uit de WOR-bestanden met informatie over Zvw-verzekerden in 2020, 2021 en 2022) en demografische en sociaaleconomische informatie (afkomstig uit de WOR-bestanden met informatie over Zvw-verzekerden in 2021 en 2022).

De Nivel Zorgregistraties bevatten voor circa 1,2 miljoen patiënten 683 dummyvariabelen die aangeven of een patiënt wel (1) of niet (0) een bepaalde aandoening of klacht geregistreerd had staan in 2020 respectievelijk 2021. Zoals eerder aangegeven, zijn die aandoeningen en klachten gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). De ICPC-indeling kent 17 hoofdcategorieën, waarvan er 15 betrekking hebben op (in totaal 615) somatische aandoeningen en klachten, één op (in totaal 41) psychische aandoeningen en klachten (categorie P) en één op (in totaal 27) sociale problemen (categorie Z). Voor een overzicht van alle klachten en aandoeningen zie Nielen et al. (2016). In totaal heeft het Nivel 109 aandoeningen als chronisch aangemerkt, waarvan er 103 betrekking hebben op somatische problemen, 5 op psychische problemen en één op sociale problemen. Met behulp van de Nivel Zorgregistraties zijn subgroepen gedefinieerd op basis van 1) het al dan niet hebben van een specifieke klacht of aandoening en 2) het aantal klachten/aandoeningen.

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen bevat bijna 540.000 respondenten met voor elke respondent de antwoorden op de vragen die zijn gesteld in de monitor van 2020. Die vragen hebben hoofdzakelijk betrekking op gezondheid. Na een verkenning van de inhoud van het databestand zijn subgroepen gedefinieerd op basis van 1) ervaren gezondheid, 2) het al dan niet hebben van een langdurige aandoening, 3) het ondervinden van beperkingen als gevolg van een langdurige aandoening, 4) beperkingen met horen, zien en/of mobiliteit (OECD-vragenlijst), 5) Body Mass Index, 6) risico op angst en depressie (Kessler-10 vragenlijst) en 7) het ondervinden van stress. Voor de onderliggende enquêtevragen en meer informatie over de Gezondheidsmonitor 2020, zie <https://www.monitorgezondheid.nl/>.

Voorts zijn met behulp van de WOR-bestanden subgroepen gedefinieerd op basis van overstapgedrag, waarbij ‘overstappers’ zijn gedefinieerd als verzekerden die op 1 januari van jaar t zijn geswitcht van polis en/of de hoogte van hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast. De groep overstappers is vervolgens uitgesplitst naar categorieën op basis van het ‘premieverschil in jaar t tussen de nieuwe en de oude polis’.¹¹ Dit premieverschil vormt een grove indicator voor het overstappen naar een uitgebreidere dekking (in het geval van een positief verschil) of minder uitgebreide dekking (in het geval van een negatief verschil).¹²

Tenslotte zijn met behulp van de WOR-bestanden subgroepen gedefinieerd op basis van leeftijd, sociaaleconomische status (SES), aard van het inkomen (AVI) en Personen Per Adres (PPA; inclusief de klassen op basis van Wlz-gebruik). Met de invoering van constrained regression komt het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze subgroepen niet per definitie op nul uit (hetgeen vóór de invoering van constrained regression voor de meeste van deze subgroepen wel het geval was). Door deze subgroepen mee te nemen in dit onderzoek ontstaat een beeld van de verevenende werking op deze niveaus.¹³

¹¹ Uitgaande van de jaarpremie bij de gekozen hoogte van het vrijwillig eigen risico, exclusief collectiviteitskorting en exclusief de korting voor het jaarlijks (i.p.v. maandelijks) voldoen van de premie.

¹² Merk op dat vereveningsresultaten voor deze subgroepen niet alleen worden beïnvloed door het gemiddelde verzekeringsrisico van deze subgroepen maar mogelijk ook door doelmatigheid. Zo dwingen polissen met beperkende voorwaarden mogelijk meer doelmatigheid af dan polissen zonder beperkende voorwaarden.

¹³ In dit onderzoek is niet gekeken naar subgroepen op basis van de morbiditeitscriteria van het vereveningssysteem. De reden daarvoor is dat de Nivel Zorgregistraties onzes inziens een vollediger beeld geven van het wel/niet hebben van specifieke (chronische) aandoeningen (zie ook paragraaf 3.2 van dit rapport).

4.3. Stap 3: berekenen van gemiddelde vereveningsresultaten

In een volgende stap is voor elk van de hierboven genoemde subgroepen het gemiddelde vereveningsresultaat berekend. In het algemeen is het gemiddelde vereveningsresultaat \bar{R} voor subgroep g bij vereveningssysteem s berekend als:

$$\bar{R}_{g,s} = \frac{\sum_{i \in g} (R_{i,s})}{n_g} \quad (2)$$

Met: $R_{i,s}$ = vereveningsresultaat voor verzekerde i bij vereveningssysteem s zoals berekend met formule (1);
 n_g = aantal verzekerdenjaren in subgroep g .

Vervolgens is voor diverse collecties c van subgroepen het Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat (GGAR) berekend bij toepassing van vereveningssysteem s :

$$GGAR_{c,s} = \frac{\sum_{g \in c} (|\bar{R}_{g,s} * n_g|)}{\sum_{g \in c} (n_g)} \quad (3)$$

Bij een ‘collectie van subgroepen’ kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de (vijf) subgroepen op basis van algemene gezondheid. Formule (3) geeft in dat geval de GGAR van vereveningssysteem s voor deze vijf subgroepen. Door de GGAR van systeem s te vergelijken met de GGAR in een situatie zonder enige vorm van risicoverevening ($GGAR_0$; waarin het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroep g gelijk is aan de gemiddelde zorgkosten in de populatie minus de gemiddelde zorgkosten in subgroep g) wordt een relatieve maatstaf verkregen van de verevenende werking van systeem s voor subgroep-collectie c :

$$\text{relatieve maatstaf verevenende werking}_{c,s} = \left(1 - \frac{GGAR_{c,s}}{GGAR_{c,0}}\right) * 100\% \quad (4)$$

Oftewel: de mate waarin systeem s compenseert voor de voorspelbare winsten en verliezen voor subgroepen in collectie c die zouden zijn opgetreden zonder risicoverevening.¹⁴

¹⁴ Merk op dat de maatstaf in formule (4) gelijkennissen vertoont met Cumming’s Prediction Measure (CPM). Als we in formule (3) subgroepen g vervangen door individuen i dan geeft formule (4) de CPM.

4.4. Stap 4: berekenen van power

In deze stap worden twee simulaties uitgevoerd, één ter bepaling van de link tussen *kosten* en vereveningsbijdrage (power_prijs) en één ter bepaling van de link tussen *volume* en vereveningsbijdrage (power_volume). Deze simulaties geven een globaal beeld van de mate waarin een prijs/volumebesparing gerealiseerd door een individuele verzekeraar ten bate komt van die verzekeraar. Voor het bewerkstelligen van financiële prikkels voor verzekeraars om aan prijs/volumebeheersing te doen is het belangrijk dat power niet te laag is.

Voor beide simulaties wordt een fictieve portefeuille gecreëerd die representatief is voor het gehele WOR-bestand.¹⁵ Vervolgens wordt voor deze fictieve portefeuille de totale vereveningsbijdrage B_0 bepaald bij toepassing van vereveningssysteem s . Na deze algemene stappen volgen de simulaties voor power_prijs en power_volume een ander traject. De simulatie ten behoeve van power_prijs werkt als volgt:

1. Veronderstel dat een verzekeraar de kosten voor kostensoort k structureel met 10 procent weet te verlagen, onder gelijk houding van het aantal gebruikers (bijvoorbeeld door het uitonderhandelen van gunstige prijzen). Simuleer dit scenario door in de fictieve portefeuille een structurele kostendaling van 10 procent aan te brengen bij kostensoort k . Voor k =ziekenhuiskosten betekent dit bijvoorbeeld dat in de WOR-bestanden van jaar t , $t-1$, $t-2$ en $t-3$ voor alle verzekerden in deze portefeuille de ziekenhuiskosten op individuniveau worden vermenigvuldigd met een factor 0,9.
2. Bepaal opnieuw de totale vereveningsbijdrage voor de fictieve portefeuille in jaar t bij toepassing van vereveningssysteem s ($B_{t,s}$). Voor k =ziekenhuiskosten mag bijvoorbeeld worden verwacht dat de kostendaling ertoe leidt dat (sommige) verzekerden in een lagere MHK-klasse terechtkomen waardoor de vereveningsbijdrage afneemt (dat wil zeggen: $B_{t,s} < B_{0,s}$).¹⁶

¹⁵ In onze simulatie nemen we simpelweg het gehele WOR-bestand als fictieve portefeuille. Een alternatief zou zijn geweest om een random steekproef te nemen uit het WOR-bestand, maar omwille van eenvoud en ter voorkoming van toeval-fluctuaties hebben wij daar niet voor gekozen. Omdat we hier niet kijken naar tweede-orde-effecten (zoals de impact van een kostenbesparing op de MHK-drempels en de normbedragen van het vereveningsmodel) is deze keuze verder niet van invloed op de resultaten.

¹⁶ Merk op dat het daarnaast ook mogelijk is dat verzekerden binnen het vereveningscriterium Historische Somatische Morbiditeit (HSM) verschuiven van HSM=1 naar HSM=0. Om dit effect te simuleren zijn kostengegevens nodig over $t-4$, $t-5$ en $t-6$ (ter bepaling van de impact van de structurele kostendaling op de voor HSM relevante MHK-indeling). Voor dit onderzoek hadden wij helaas geen beschikking over deze gegevens. Bij

3. Bereken *power_prijs* door de verandering in totale vereveningsbijdrage voor de fictieve portefeuille in jaar t ($\Delta B_{p,s} = B_{l,s} - B_{o,s}$) te delen door de totale verandering in kosten voor de fictieve portefeuille in jaar t (ΔK_p , met in het voorbeeld van k =ziekenhuiskosten: $\Delta K_p = -0,1 * \text{totale ziekenhuiskosten in jaar t}$):

$$power_prijs_{k,s} = 1 - \frac{\Delta B_{p,s}}{\Delta K_p} \quad (5)$$

Als een kostendaling/stijging geen invloed heeft op de vereveningsbijdrage dan heeft deze maatstaf een waarde van 1. In dat geval komt de kostendaling volledig ten bate van de zorgverzekeraar. Als de kostendaling wel invloed heeft op de vereveningsbijdrage dan leidt formule (5) tot een waarde kleiner dan 1. Hoe lager de waarde hoe minder de kostendaling ten bate komt van de verzekeraar (oftewel: hoe meer deze wegvloeit via het vereveningssysteem). Gegeven de aanwezigheid van HKC en vereveningscriteria gebaseerd op zorgkosten (MHK, MVV en MHK-GGZ) mag worden verwacht dat formule (5) inderdaad leidt tot een waarde kleiner dan 1. (De impact van de gesimuleerde kostendaling op de HSM-indeling kon helaas niet worden meegenomen; zie voetnoot 16.)

4. Bereken *power_prijs* voor subgroepen op basis van de Nivel Zorgregistraties (zie verderop). Gebruik daarvoor formule (5) met als input de verandering in kosten en de verandering in vereveningsbijdrage voor een bepaalde subgroep.

De simulatie ter bepaling van *power_volume* werkt als volgt:

1. Veronderstel een activiteit waarbij de verzekeraar voor een willekeurige gebruiker van kostensoort k het gebruik van k structureel tot nul weet te reduceren (bijvoorbeeld via een effectief preventieprogramma). Simuleer dit scenario door in de fictieve portefeuille het volume voor k op nul te zetten. Voor k =ziekenhuiskosten betekent dit bijvoorbeeld dat in de WOR-bestanden van jaar t, t-1, t-2 en t-3 de ziekenhuiskosten van alle verzekerden in de fictieve portefeuille op nul worden gezet.

de analyse van *power_prijs* hebben wij daarom geen rekening kunnen houden met het effect van de gesimuleerde kostendaling op de HSM-indeling en het effect daarvan op de vereveningsbijdrage. Naar verwachting is de impact daarvan echter beperkt omdat verzekerden die bij MHK zijn ingedeeld vaak ook bij een DKG, FKG en/of Fysiotherapie Diagnose Groep (FDG) zijn ingedeeld (wat ook leidt tot indeling bij HSM=1). Ergo: als deze verzekerden niet meer op basis van MHK worden ingedeeld bij HSM=1 dan gebeurt dat vaak alsnog op basis van een DKG, FKG en/of FDG (die niet beïnvloed door de gesimuleerde kostendaling).

2. Bepaal opnieuw de totale vereveningsbijdrage voor de fictieve portefeuille in jaar t bij toepassing van vereveningssysteem s ($B_{2,s}$). Voor k =ziekenhuiskosten mag bijvoorbeeld worden verwacht dat het wegvallen van deze zorg ertoe leidt dat alle verzekerden in DKG0 terechtkomen en dat een aantal verzekerden in een lagere MHK-klasse terechtkomen waardoor de vereveningsbijdrage afneemt ($B_{2,s} < B_{0,s}$). (Om dezelfde reden als genoemd in voetnoot 16, kon de impact van het gesimuleerde volume-effect bij ziekenhuiszorg op HSM niet worden meegenomen.)
3. Bereken *power_volume* door de verandering in totale vereveningsbijdrage voor de fictieve portefeuille in jaar t ($\Delta B_{v,s} = B_{2,s} - B_{0,s}$) te delen door de totale verandering in kosten voor de fictieve portefeuille in jaar t (ΔK_v , met in het voorbeeld van k =ziekenhuiskosten: ΔK_v = totale ziekenhuiskosten in jaar t).

$$power_volume_{k,s} = 1 - \frac{\Delta B_{v,s}}{\Delta K_v} \quad (6)$$

Als de verandering in kosten (als gevolg van de verandering in volume) geen invloed heeft op de vereveningsbijdrage dan heeft deze maatstaf de waarde 1. In dat geval komt de kostendaling als gevolg van de volumebesparing volledig ten bate van de zorgverzekeraar. Als de verandering in kosten wél invloed heeft op de vereveningsbijdrage dan leidt formule (6) tot een waarde kleiner dan 1. Hoe lager de waarde hoe minder de kostendaling als gevolg van de volumebesparing ten bate komt van de verzekeraar (oftewel: hoe meer deze wegvloeit via het vereveningssysteem). Gegeven de aanwezigheid van HKC en vereveningscriteria gebaseerd op volume (e.g., FKG, DKG, FDG, MVV en MHK) mag worden verwacht dat formule (6) inderdaad leidt tot een waarde kleiner dan 1.

4. Bereken *power_volume* voor subgroepen op basis van de Nivel Zorgregistraties (zie hieronder). Gebruik daarvoor formule (6) met als input de verandering in kosten en de verandering in vereveningsbijdrage voor een bepaalde subgroep.

Voor beide simulaties zijn in stap 4 de volgende subgroepen meegenomen: verzekerden die in aanmerking komen voor het ketenzorgprogramma ‘diabetes’ (ICPC-code T90), verzekerden die in aanmerking komen voor het ketenzorgprogramma ‘Cardiovasculair risicomanagement’ (ICPC-codes K74, K75, K76, K89, K90, K91, K92 en K99) en verzekerden die in aanmerking komen voor het ketenzorgprogramma COPD/Astma (ICPC-codes R95 en R96).

Deze subgroepen zijn potentieel interessant omdat verzekeraars juist bij deze zorg mogelijkheden hebben om invloed uit te oefenen op de kosten en het volume van zorg, bijvoorbeeld door prijsafspraken, (het faciliteren van) een betere afstemming van zorg en (het faciliteren van) substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg.

4.5. Kostenniveau

Alle berekeningen in dit rapport gaan uit van de zorgkosten zoals opgenomen in de betreffende WOR-bestanden. Zoals gebruikelijk in de onderzoeken naar risicoverevening, zijn de kosten op jaarbasis gebracht door de feitelijke (normatieve) kosten te delen door de *fractie* van het jaar dat een verzekerde was ingeschreven bij een verzekeraar. Vervolgens zijn alle uitkomsten gewogen met die *fractie* (en in voorkomende gevallen ook nog herwogen naar de populatie). Het gemiddelde vereveningsresultaat voor een subgroep kan daarmee worden geïnterpreteerd als het gemiddelde vereveningsresultaat voor die subgroep *per verzekerdenjaar*, uitgaande van het kostenniveau in het onderzoeksbestand.

5. Uitkomsten risicoverevening 2024

Dit hoofdstuk presenteert de belangrijkste bevindingen voor het vereveningssysteem van 2024. Zoals eerder beschreven, zijn in de analyse de volgende componenten van het vereveningssysteem meegenomen: het ex-ante vereveningsmodel voor somatische zorg, het ex-ante vereveningsmodel voor GGZ, het ex-ante vereveningsmodel voor de kosten onder het verplicht eigen risico, de Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor somatische zorg en de HKC voor GGZ. Tabel 1 geeft een beknopt overzicht van de vereveningscriteria, het aantal risicoklassen en de HKC-parameters. Voor een beschrijving van de inhoud en constructie van de vereveningscriteria, zie WOR 1175 en WOR 1176. Voor een beschrijving van de uitvoering van het risicovereveningssysteem, zie VWS (2023).

Tabel 1. Overzicht risicovereveningssysteem 2024

Vereveningscriteria	Afkorting	Aantal risicoklassen ^a		
		Somatisch model	GGZ-model	Eigen-risico model
Leeftijd en geslacht	Leeftijd/geslacht	42	30	30
Farmaciekostengroepen	FKG	48+1	9+1	---
Diagnosekostengroepen	DKG	26+1	16+1	---
Hulpmiddelenkostengroepen ^b	HKG	11+1	---	---
Aard van het inkomen * leeftijd	AVI	36	29	29
Regio	Regio	10	10	10
Sociaaleconomische status * leeftijd	SES	12	8	8
Personen per adres * leeftijd	PPA	13	12	---
Meerjarig hoge/lage kosten	MHK	8+1	7+1	2
Fysiotherapiediagnosegroepen	FDG	4+1	---	---
Meerjarige V&V-kosten	MVV	9+1	---	---
Historische somatische morbiditeit	HSM	1+1	---	---
Bevallingen/zwangerschappen	IBZ	3+1	---	---
Totaal aantal risicoklassen		231	124	79
HKC-drempel		€ 400.000	€ 87.293 ^c	---
HKC-vergoedingspercentage		75%	90%	---

^a '+1' staat voor de afslagklasse, dat wil zeggen: de klasse voor verzekerden zonder score op het betreffende morbiditeitscriterium. Bijvoorbeeld: bij het vereveningscriterium FKG zijn dat de verzekerden die bij geen van de 48 FKG's zijn ingedeeld.

^b Voor vijf HKG's zijn de normbedragen via restricties op nul gezet (WOR 1176).

^c Deze drempel is bepaald als het 99,5%-kwantiel van de kosten van verzekerden met GGZ-gebruik.

Voor de analyse zijn vier varianten van het vereveningssysteem doorgerekend (zie tabel 2).

Op een aantal plekken in dit hoofdstuk zullen de resultaten van variant RV24 worden uitgesplitst naar somatische zorg, GGZ en kosten onder het verplicht eigen risico.

Tabel 2. Doorgerkende varianten van het vereveningssysteem 2024 ^a

Afkorting	Omschrijving
Geen RV	Geen risicoverevening ^b
RV24	Ex-ante vereveningssysteem 2024 (bestaande uit de ex-ante modellen voor somatische zorg, GGZ en kosten onder het verplicht eigen risico)
RV24 excl. CR	Ex-ante vereveningssysteem 2024 exclusief constrained regression; dat wil zeggen: het somatisch model exclusief de constraint dat de onder/overcompensatie voor de subgroepen wel/geen Meerjarige Farmacie Kosten (MFK) op nul uitkomt
RV24 + HKC ^c	Ex-ante vereveningssysteem 2024 (RV24) + Hoge Kosten Compensatie (HKC)

^a In alle modellen zijn voor verzekerden tot 18 jaar de (normatieve) kosten voor GGZ en de (normatieve) kosten onder het verplicht eigen risico per definitie gelijk aan nul.

^b In dit fictieve scenario is het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroep g berekend als de gemiddelde kosten per verzekerdenjaar in de populatie minus de gemiddelde kosten per verzekerdenjaar in subgroep g.

^c De andere modellen in deze tabel houden dus geen rekening met HKC.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: paragraaf 5.1 presenteert de uitkomsten met betrekking tot de verevenende werking (onderzoeksvraag 1). Paragraaf 5.2 presenteert de uitkomsten met betrekking tot de powermaatstaven (onderzoeksvraag 2). Paragraaf 5.3 bespreekt waarom het belangrijk is om power en verevenende werking in samenhang te bezien.

5.1. Verevenende werking

Hieronder worden de uitkomsten qua verevenende werking gepresenteerd voor (collecties van) subgroepen op basis diagnose-informatie (paragraaf 5.1.1), zelf-gerapporteerde gezondheid (paragraaf 5.1.2), overstapedrag (paragraaf 5.1.3) en de vereveningscriteria leeftijd, SES, AVI en PPA (paragraaf 5.1.4). Hierbij wordt onder andere gekeken naar het ‘gemiddelde vereveningsresultaat’ zoals berekend met formule (2) de ‘relatieve maatstaf voor verevenende werking’ voor collecties van subgroepen zoals berekend met formule (4).

5.1.1. Subgroepen op basis van diagnose-informatie

Tabellen 3a en 3b geven een samenvatting van de verevenende werking voor diverse collecties van subgroepen afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties. Alle subgroepen zijn gebaseerd op jaar t-1. Het vereveningsresultaat heeft steeds betrekking op jaar t.

Uit tabel 3a blijkt dat het vereveningssysteem van 2024 leidt tot een forse afname van het aantal subgroepen met een statistisch significant vereveningsresultaat ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening (‘Geen RV’). Ook het aantal subgroepen met een

macrovereveningsresultaat buiten de range van -50 miljoen euro en +50 miljoen euro neemt substantieel af. Na toepassing van ‘RV24 + HKC’ is voor 20 van de 109 chronische aandoeningen nog sprake van een statistisch significant vereveningsresultaat.

Tabel 3a. Samenvattend overzicht van de verevenende werking in jaar t voor subgroepen gebaseerd op chronische aandoeningen in jaar t-1 afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties ^a

	Geen RV	RV24 excl. CR	RV24	RV24 + HKC
103 chronische somatische aandoeningen: ^b				
# met statistisch significant vereveningsresultaat ^c	91	21	17	18
# met macrovereveningsresultaat < - 50 miljoen ^d	77	18	9	9
# met macrovereveningsresultaat > 50 miljoen ^d	1	0	9	9
GGAR ^e	2965	150	126	125
Relatieve maatstaf verevenende werking ^f	0%	95%	96%	96%
Gecorrigeerde relatieve maatstaf verevenende werking ^g	0%	97%	98%	98%
5 chronische psychische aandoeningen: ^b				
# met statistisch significant vereveningsresultaat ^c	5	2	2	2
# met macrovereveningsresultaat < - 50 miljoen ^d	4	1	1	1
# met macrovereveningsresultaat > 50 miljoen ^d	0	1	1	1
GGAR ^e	3740	580	596	585
Relatieve maatstaf verevenende werking ^f	0%	84%	84%	84%
Gecorrigeerde relatieve maatstaf verevenende werking ^g	0%	86%	85%	86%
1 chronisch sociaal probleem: ^b				
# met statistisch significant vereveningsresultaat ^c	1	0	0	0
# met macrovereveningsresultaat < - 50 miljoen ^d	1	0	0	0
# met macrovereveningsresultaat > 50 miljoen ^d	0	0	0	0
GGAR ^e	1530	53	11	19
Relatieve maatstaf verevenende werking ^f	0%	97%	99%	99%
Gecorrigeerde relatieve maatstaf verevenende werking ^g	0%	100%	100%	100%

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Voor een overzicht van alle chronische aandoeningen zie Nielen et al. (2016).

^c Statistisch significant wil zeggen: statistisch significant verschillend van nul euro op basis van een t-toets en met gebruik van een kritieke grens van $t=2,576$ ($p=0,01$).

^d Macrovereveningsresultaat wil zeggen: de som van het vereveningsresultaat over alle verzekerden in een subgroep. Oftewel: het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerdendaar voor een subgroep vermenigvuldigd met het aantal verzekerdendaar in die subgroep.

^e GGAR = Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat. Berekend met formule (3).

^f Berekend met formule (4).

^g Berekend met formule (4) waarbij de vereveningsresultaten die niet statistisch significant verschillen van nul op nul euro zijn gezet.

De positieve bijdrage van het vereveningssysteem aan de compensatie van voorspelbaar hoge/lage zorgkosten komt ook tot uitdrukking in het Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat (GGAR) volgens formule (3) en de relatieve maatstaf voor verevenende werking volgens formule (4). Ter correctie van random variatie in vereveningsresultaten hebben wij

tevens een gecorrigeerde versie van de relatieve maatstaf voor verevenende werking berekend waarbij alle niet-significante vereveningsresultaten op nul zijn gezet. (Bij afwezigheid van statistisch significante vereveningsresultaten komt deze gecorrigeerde maatstaf uit op 100%.) Voor de 103 chronische somatische aandoeningen komt de gecorrigeerde relatieve maatstaf voor verevenende werking uit op 98%, voor de 5 chronische psychische aandoeningen op 86% en voor het chronische sociale probleem ('Sociale functiebeperking/handicap') op 100%.

Tabel 3b geeft een samenvatting van de verevenende werking voor subgroepen gebaseerd op *niet-chronische* klachten en aandoeningen. Ook hiervoor geldt dat het vereveningssysteem van 2024 leidt tot een forse afname van het aantal subgroepen met een gemiddeld vereveningsresultaat dat statistisch significant verschillend is van nul. Ook het aantal subgroepen met een macrovereveningsresultaat buiten de range -50 tot +50 miljoen euro neemt substantieel af. Voor de 512 niet-chronische somatische aandoeningen/klachten komt de gecorrigeerde relatieve maatstaf voor verevenende werking uit op 91% (zie de percentages die in rood zijn weergegeven). Voor de 36 niet-chronische psychische aandoeningen/klachten is dat 87% en voor de 26 niet-chronische sociale problemen 95%.

Tabel 3b. Samenvattend overzicht van de verevenende werking in jaar t voor subgroepen gebaseerd op niet-chronische klachten/aandoeningen in t-1 volgens de Nivel Zorgregistraties ^a

	Geen RV	RV24 excl. CR	RV24	RV24 + HKC
512 niet-chronische somatische aandoeningen/klachten: ^b				
# met statistisch significant vereveningsresultaat ^c	385	160	122	129
# met macrovereveningsresultaat < - 50 miljoen ^d	237	83	65	64
# met macrovereveningsresultaat > 50 miljoen ^d	11	2	2	2
GGAR ^e	2064	302	241	242
Relatieve maatstaf verevenende werking ^f	0%	85%	88%	88%
Gecorrigeerde relatieve maatstaf verevenende werking ^g	0%	88%	92%	91%
36 niet-chronische psychische aandoeningen/klachten: ^b				
# met statistisch significant vereveningsresultaat ^c	30	18	18	18
# met macrovereveningsresultaat < - 50 miljoen ^d	23	14	14	14
# met macrovereveningsresultaat > 50 miljoen ^d	1	0	0	0
GGAR ^e	2539	433	371	365
Relatieve maatstaf verevenende werking ^f	0%	83%	85%	86%
Gecorrigeerde relatieve maatstaf verevenende werking ^g	0%	84%	87%	87%
26 niet-chronische sociale problemen: ^b				
# met statistisch significant vereveningsresultaat ^c	18	3	3	3
# met macrovereveningsresultaat < - 50 miljoen ^d	11	0	0	0
# met macrovereveningsresultaat > 50 miljoen ^d	0	0	0	0
GGAR ^e	1884	345	280	282

	Geen RV	RV24 excl. CR	RV24	RV24 + HKC
Relatieve maatstaf verevenende werking ^f	0%	82%	85%	85%
Gecorrigeerde relatieve maatstaf verevenende werking ^g	0%	95%	95%	95%

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Voor een overzicht van alle klachten en aandoeningen zie Nielen et al. (2016).

^c Statistisch significant wil zeggen: statistisch significant verschillend van nul euro op basis van een t-toets en met gebruik van een kritieke grens van $t=2,567$ ($p=0,01$).

^d Macrovereveningsresultaat wil zeggen: de som van het vereveningsresultaat over alle verzekerden in een subgroep. Oftewel: het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerdenjaar voor een subgroep vermenigvuldigd met het aantal verzekerdenjaren in die subgroep.

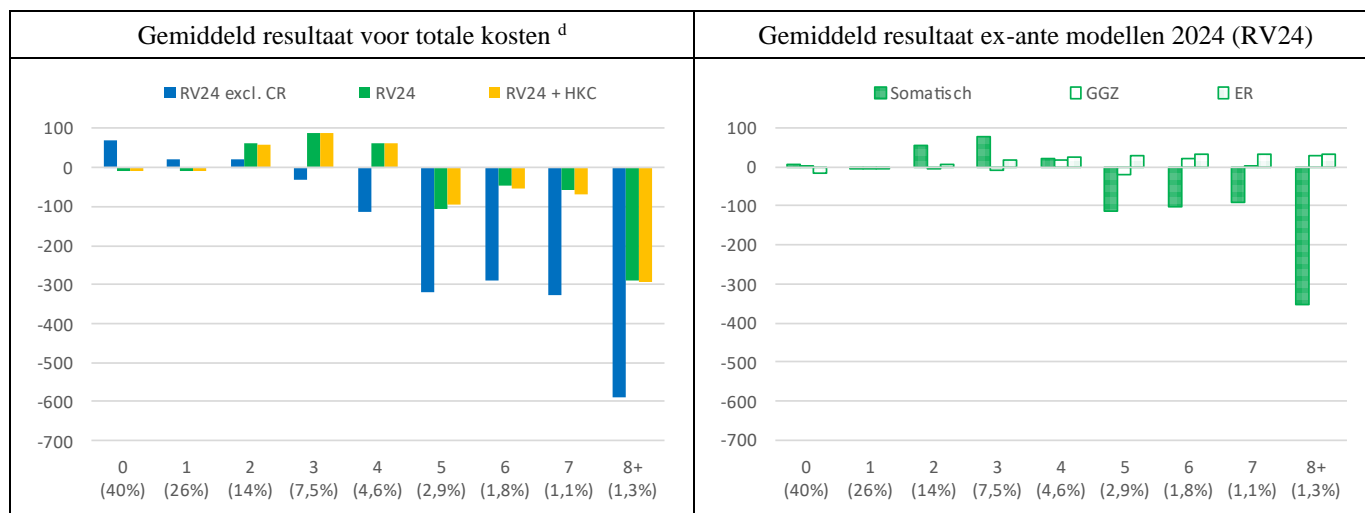
^e GGAR = Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat. Berekend met formule (3).

^f Berekend met formule (4).

^g Berekend met formule (4) waarbij de vereveningsresultaten die niet statistisch significant verschillen van nul op nul euro zijn gezet.

Figuren 1-4 presenteren de uitkomsten voor subgroepen op basis van het *aantal* aandoeningen (en/of klachten). In het linker diagram staat steeds het gemiddelde vereveningsresultaat bij toepassing van (drie varianten van) het vereveningssysteem 2024. In het rechter diagram wordt het gemiddelde vereveningsresultaat van het ex-ante vereveningssysteem 2024 (RV24) uitgesplitst naar somatische zorg, GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico.

Figuur 1. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. het aantal chronische aandoeningen in jaar t-1 afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties^{a,b,c}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat bij de herweging van de Nivel Zorgregistraties 2020 naar het WOR-bestand 2021 alle instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1).

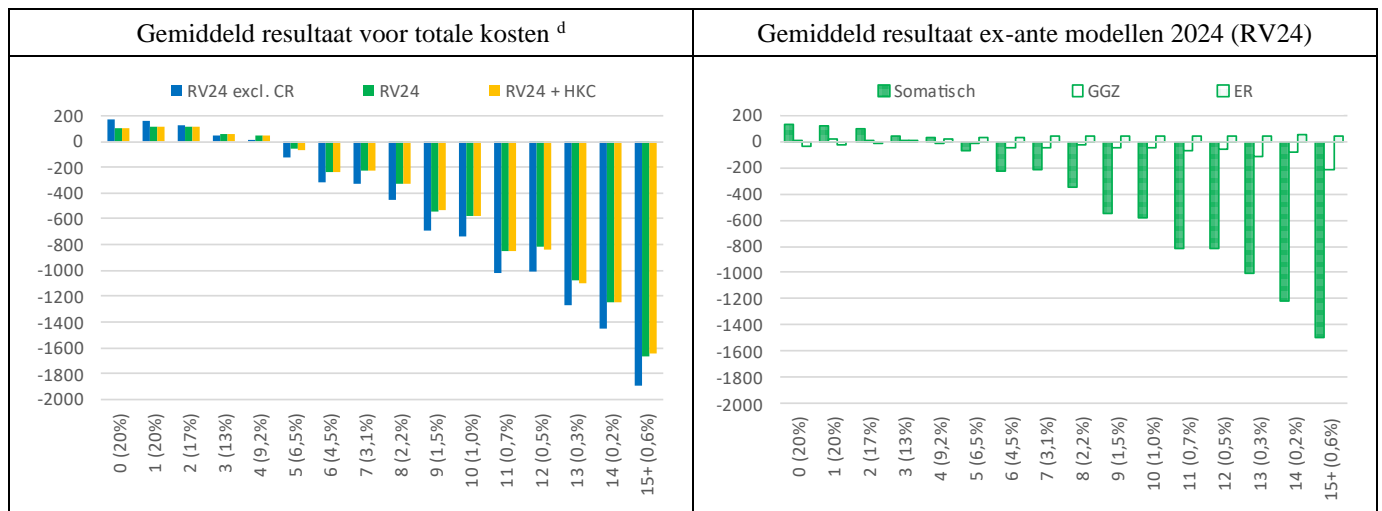
^c De gemiddelde totale kosten lopen op van 1.094 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal links ('0') naar 13.066 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal rechts ('8+').

^d Volgens formules (1) en (2).

Figuur 1 laat zien dat zonder constrained regression ('RV24 excl. CR') sprake zou zijn van een positief vereveningsresultaat op de groep verzekerden zónder chronische aandoening en een negatief vereveningsresultaat op de totale groep verzekerden mét een chronische aandoening (zonder onderscheid te maken naar het aantal chronische aandoeningen). Bij toepassing van constrained regression ('RV24') is het vereveningsresultaat op dit niveau (nagenoeg) gelijk aan nul euro. Binnen de groep met een chronische aandoening resteert nog wel enige heterogeniteit in vereveningsresultaten tussen de gepresenteerde subgroepen. Die heterogeniteit hangt hoofdzakelijk samen met de somatische kosten (zie rechter diagram).

Figuur 2 toont het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van het aantal niet-chronische somatische aandoeningen en klachten. Het patroon is vergelijkbaar met dat in figuur 1, met het verschil dat de absolute vereveningsresultaten in figuur 2 veelal groter zijn dan in figuur 1. Voor subgroepen met vijf of meer niet-chronische somatische klachten/aandoeningen resteert na toepassing van het vereveningssysteem 2024 een gemiddeld vereveningsresultaat van -50 tot -1650 euro per verzekerdenjaar. Zoals mocht worden verwacht, hangen deze resultaten hoofdzakelijk samen met somatische zorg.

Figuur 2. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. het aantal niet-chronische somatische klachten/aandoeningen in t-1 afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties ^{a,b,c}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

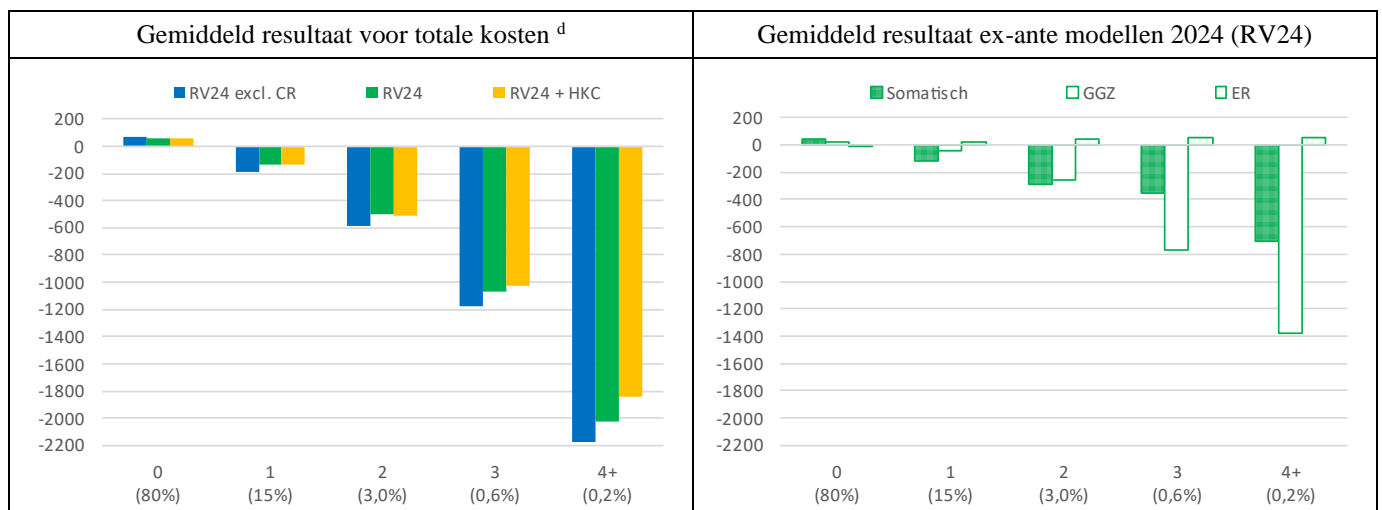
^b De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat bij de herweging van de Nivel Zorgregistraties 2020 naar het WOR-bestand 2021 alle instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1).

^c De gemiddelde totale kosten lopen op van 1.013 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal links ('0') naar 13.949 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal rechts ('15+').

^d Volgens formules (1) en (2).

Figuur 3 toont het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van het aantal niet-chronische psychische aandoeningen/klachten. Voor verzekerden zonder één van deze klachten/aandoeningen in t-1 is na toepassing van het vereveningssysteem van 2024 sprake van een positief vereveningsresultaat (van ongeveer 60 euro per verzekerdenjaar). Voor de complementaire groep is sprake van een negatief vereveningsresultaat waarvan de omvang toeneemt met het aantal klachten/aandoeningen. Uit het rechter diagram blijkt dat het vereveningsresultaat grotendeels samenhangt met GGZ, maar deels ook met somatische zorg (wat mogelijk wordt verklaard doordat de kosten van extramuraal psychofarmaca – net als die van andere geneesmiddelen – zijn ondergebracht bij de kosten van ‘somatische’ zorg).

Figuur 3. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. het aantal niet-chronische psychische klachten/aandoeningen in t-1 afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties ^{a,b,c}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

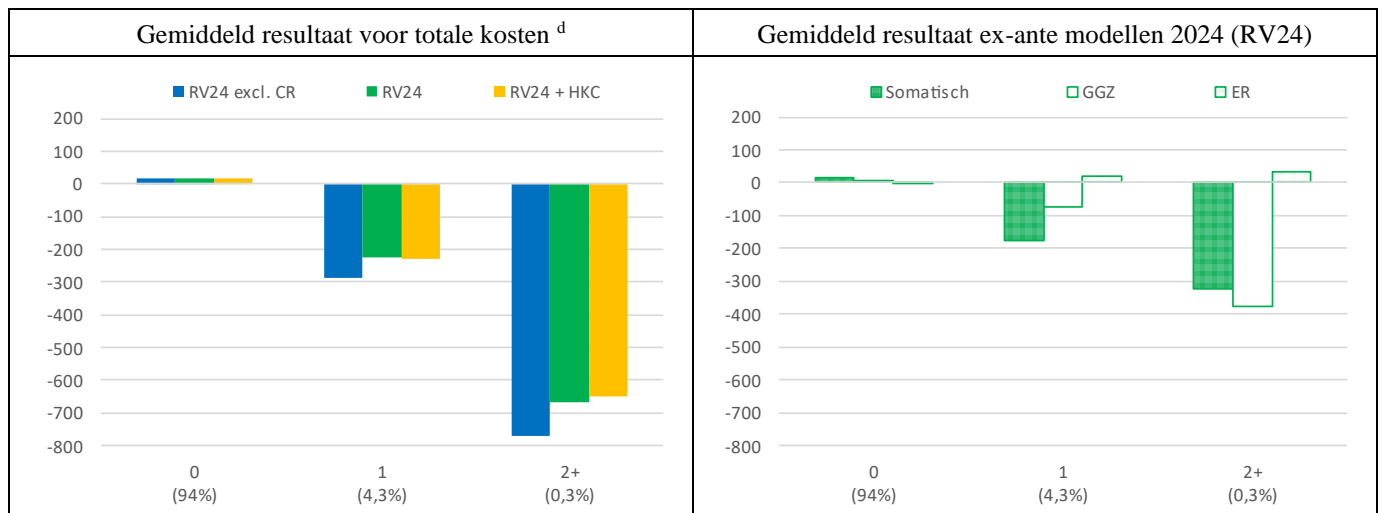
^a De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat bij de herweging van de Nivel Zorgregistraties 2020 naar het WOR-bestand 2021 alle instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1).

^c De gemiddelde totale kosten lopen op van 2.195 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal links ('0') naar 12.770 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal rechts ('4+').

^d Volgens formules (1) en (2).

Figuur 4 toont het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerdenjaar voor subgroepen op basis van het aantal niet-chronische sociale problemen. Voor verzekerden met dergelijke problemen in t-1 is na toepassing van het vereveningssysteem 2024 sprake van een negatief vereveningsresultaat, dat samenhangt met zowel somatische zorg als GGZ.

Figuur 4. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. het aantal niet-chronische sociale problemen in t-1 afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties ^{a,b,c}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^a De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat bij de herweging van de Nivel Zorgregistraties 2020 naar het WOR-bestand 2021 alle instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1).

^c De gemiddelde totale kosten lopen op van 2.549 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal links ('0') naar 6.075 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal rechts ('2+').

^d Volgens formules (1) en (2).

Samenvattend, laten bovenstaande resultaten zien dat het vereveningssysteem van 2024 (RV24 + HKC) grotendeels compenseert voor de voorspelbaar hoge/lage kosten van subgroepen op basis van diagnose-informatie uit de Nivel Zorgregistraties. Voor subgroepen op basis van wel/geen chronische aandoening in t-1 compenseert het model nagenoeg volledig voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten. Voor een aantal subgroepen met specifieke chronische aandoeningen is sprake van een substantiële onder- of overcompensatie. Datzelfde geldt voor subgroepen op basis van niet-chronische klachten/aandoeningen. Voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen geldt dat het vereveningsresultaat in jaar t negatief samenhangt met het *aantal* aandoeningen en klachten in t-1. (Dit onderzoek biedt helaas geen ruimte om in te gaan op de vereveningsresultaten voor subgroepen op basis van specifieke klachten en aandoeningen. Omdat die vereveningsresultaten mogelijk aanknopingspunten bieden voor verdere verbetering van het vereveningssysteem lijkt ons dat een interessante richting voor vervolgonderzoek. Meer daarover in hoofdstuk 9.)

5.1.2. Subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid

Tabel 4 toont de relatieve maatstaf voor verevenende werking in jaar t voor diverse collecties van subgroepen afgeleid uit de Gezondheidsmonitor van jaar t-1. De percentages zijn berekend met formule (4) waarbij de niet-significante vereveningsresultaten op nul zijn gezet. De uitkomsten sporen met die in de voorgaande paragraaf. Voor de subgroepen met/zonder langdurige aandoening compenseert het vereveningssysteem voor 97% van de voorspelbare winsten en verliezen die zouden zijn opgetreden in een situatie zonder risicoverevening. Voor de andere collecties van subgroepen ligt deze score lager, maar veelal boven de 85%. Alleen voor de subgroepen op basis van ervaren stress ligt het percentage aanmerkelijk lager.

Tabel 4. Relatieve maatstaf verevenende werking voor collecties van subgroepen o.b.v. zelf-gerapporteerde gezondheid in jaar t-1 afgeleid uit de Gezondheidsmonitor (populatie 19+) ^{a,b}

	Relatieve maatstaf verevenende werking ^c		
	RV24 excl. CR	RV24	RV24 + HKC
Hoe is over het algemeen uw gezondheid? [5 subgroepen: zeer goed; goed; gaat wel; slecht; zeer slecht]	87%	90%	90%
Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen (6 maanden of langer)? [2 subgroepen: ja; nee]	93%	97%	97%
Bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven? [3 subgroepen: ernstig beperkt; beperkt; niet beperkt]	89%	92%	92%
Minimaal één beperking met horen, zien of mobiliteit volgens OECD-indicator [2 subgroepen: ja; nee]	88%	89%	89%
Body Mass Index [5 subgroepen: BMI tot 18,5; BMI 18,5-20; BMI 20-25; BMI 25-30; BMI boven 30]	83%	84%	85%
Risico op angststoornis of depressie volgens Kessler Psychological Distress Scale [3 subgroepen: geen risico; matig risico; hoog risico]	87%	87%	87%
Heeft u de afgelopen vier weken last gehad van stress? [4 subgroepen: bijna niet; een beetje; veel; heel veel]	64%	61%	62%

^a Uitkomsten gebaseerd op verzeerden in de Gezondheidsmonitor 2020 (N=534k), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Voor meer informatie over de Gezondheidsmonitor 2020, zie <https://www.monitoregezondheid.nl/>.

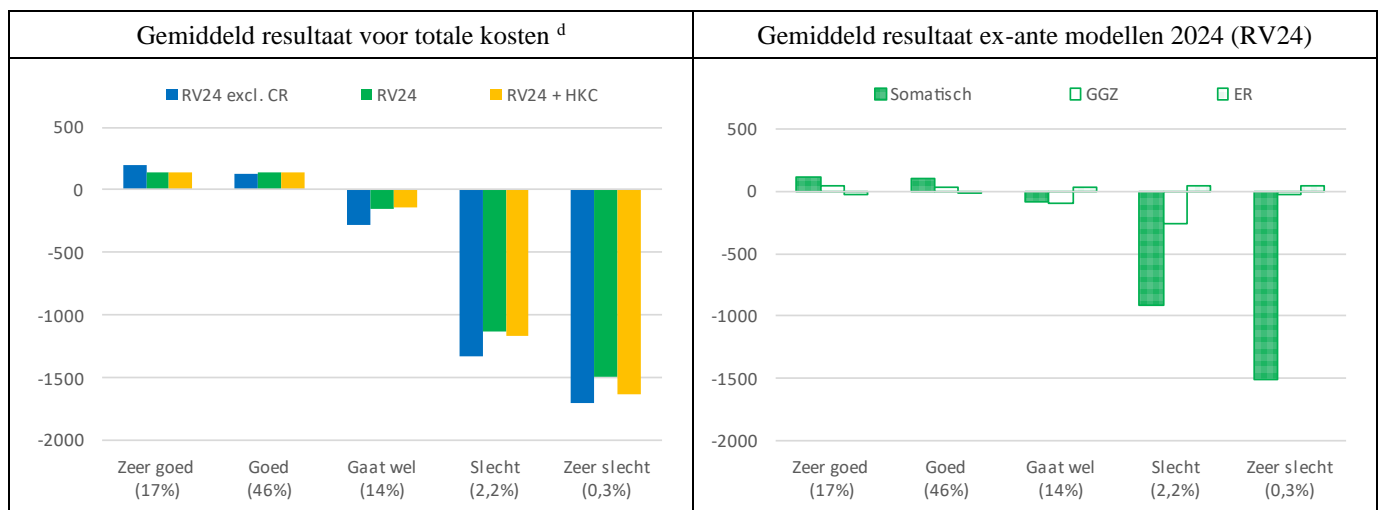
^c Berekend met formule (4) waarbij de vereveningsresultaten die niet statistisch significant verschillen van nul op nul euro zijn gezet.

Om een indruk te geven van de omvang van de vereveningsresultaten voor subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid worden twee collecties hieronder uitgelicht: de vijf

subgroepen op basis van de vraag “Hoe is over het algemeen uw gezondheid” (figuur 5) en de drie subgroepen op basis van het risico op angst of depressie (figuur 6). (Bijlage 2 bevat de vereveningsresultaten voor de subgroepen op basis van de andere vijf collecties.) Net als in de eerdere figuren, toont het linker diagram het gemiddelde vereveningsresultaat bij toepassing van (drie varianten van) het vereveningssysteem 2024. Het rechter diagram presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van het ex-ante vereveningssysteem 2024 (RV24) uitgesplitst naar somatische zorg, GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico.

Figuur 5 laat een negatief verband zien tussen de algemene gezondheidstoestand en het vereveningsresultaat na toepassing het vereveningssysteem van 2024: voor verzekerden met een (zeer) goede ervaren gezondheid is gemiddeld genomen sprake van een positief vereveningsresultaat; voor verzekerden met een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid is gemiddeld genomen juist sprake van een negatief vereveningsresultaat. Een vergelijking van ‘RV24 excl. CR’ met ‘RV24’ laat zien dat constrained regression de vereveningsresultaten verkleint maar niet wegneemt. De resterende vereveningsresultaten hangen hoofdzakelijk samen met somatische zorg (zie rechter diagram).

Figuur 5. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro’s) voor subgroepen o.b.v. algemene gezondheid in t-1 afgeleid uit de Gezondheidsmonitor (populatie 19+) ^{a,b,c}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2020 (N=534k), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

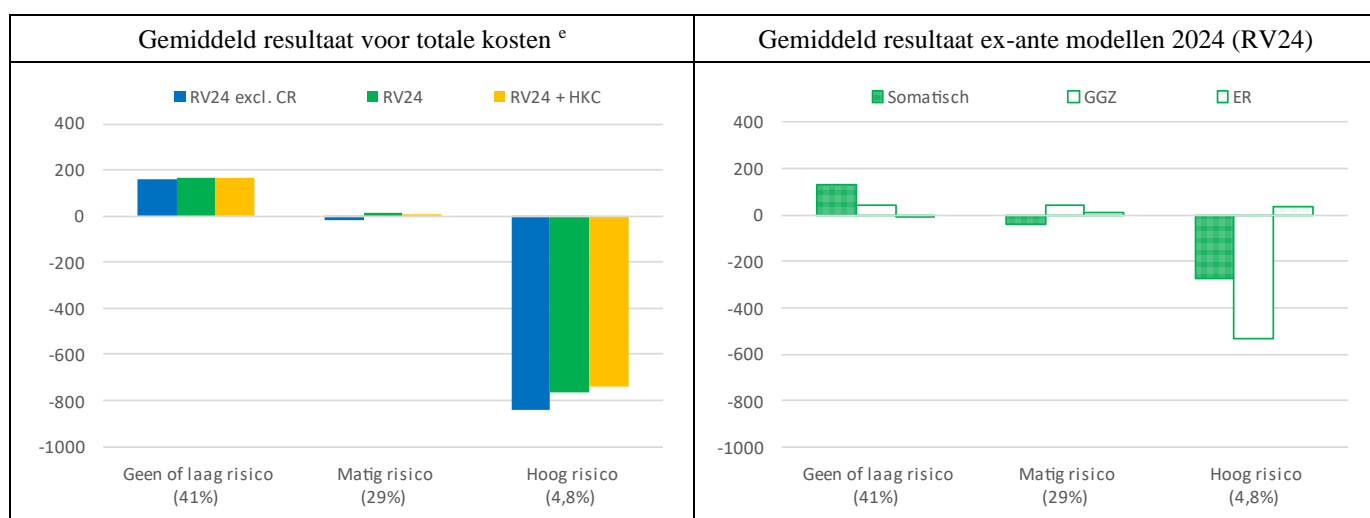
^b De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat 1) de Gezondheidsmonitor uitsluitend betrekking heeft op mensen die op 1 september 2020 19 jaar of ouder waren, 2) verzekerden in PPA-klassen voor ‘Wlz-blijvers’ uit het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 zijn verwijderd (vanwege een sterke ondervertegenwoordiging), 3) bij de herweging van het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 naar de volwassen populatie in het WOR-bestand 2021 alle instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1) en 4) niet alle vragen door alle respondenten zijn ingevuld.

^c De gemiddelde totale kosten lopen op van 999 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal links ('Zeer goed') naar 17.967 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal rechts ('Zeer slecht').

^d Volgens formules (1) en (2).

Figuur 6 toont het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerdenjaar voor subgroepen op basis van het risico op angst en depressie volgens de 'Kessler Psychological Distress Scale'. Voor de subgroep 'geen of laag risico' is na toepassing van het vereveningssysteem van 2024 sprake van een positief gemiddeld vereveningsresultaat (van ongeveer 160 euro per verzekerdenjaar). Voor de subgroep 'hoog risico' is sprake van een negatief gemiddeld vereveningsresultaat (van circa -700 euro per verzekerdenjaar). Uit het rechter diagram blijkt dat de gemiddelde vereveningsresultaten grotendeels samenhangen met GGZ. Een vergelijking van 'RV24 excl. CR' met 'RV24' laat zien dat, net zoals in figuur 5, constrained regression de vereveningsresultaten verkleint maar niet wegneemt.

Figuur 6. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. het risico op angst en depressie in t-1 afgeleid uit de Gezondheidsmonitor (populatie 19+) ^{a,b,c,d}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2020 (N=534k), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Het risico op angst en depressie is gebaseerd op de Kessler Psychological Distress Scale.

^c De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat 1) de Gezondheidsmonitor uitsluitend betrekking heeft op mensen die op 1 september 2020 19 jaar of ouder waren, 2) verzekerden in PPA-klassen voor 'Wlz-blijvers' uit het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 zijn verwijderd (vanwege een sterke ondervertegenwoordiging), 3) bij de herweging van het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 naar de volwassen populatie in het WOR-bestand 2021 alle instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1) en 4) niet alle vragen door alle respondenten zijn ingevuld.

^d De gemiddelde totale kosten lopen op van 2.174 euro per verzekerdenjaar voor de groep links ('Geen of laag risico') naar 6.539 euro per verzekerdenjaar voor de groep rechts ('Hoog risico').

^e Volgens formules (1) en (2).

Samenvattend, laten bovenstaande resultaten zien dat het vereveningssysteem van 2024 grotendeels compenseert voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid. Op het niveau van wel/geen (zelf-gerapporteerde) langdurige aandoening compenseert het vereveningssysteem van 2024 bijna volledig voor de voorspelbaar hoge/lage kosten. Voor de andere hier bekeken uitsplitsingen zijn de vereveningsresultaten na toepassing van het vereveningssysteem 2024 wat groter. Kennelijk wordt de ‘subjectieve gezondheidsbeleving’ van verzekerden in het voorgaande jaar niet volledig opgepikt door het vereveningssysteem van 2024.

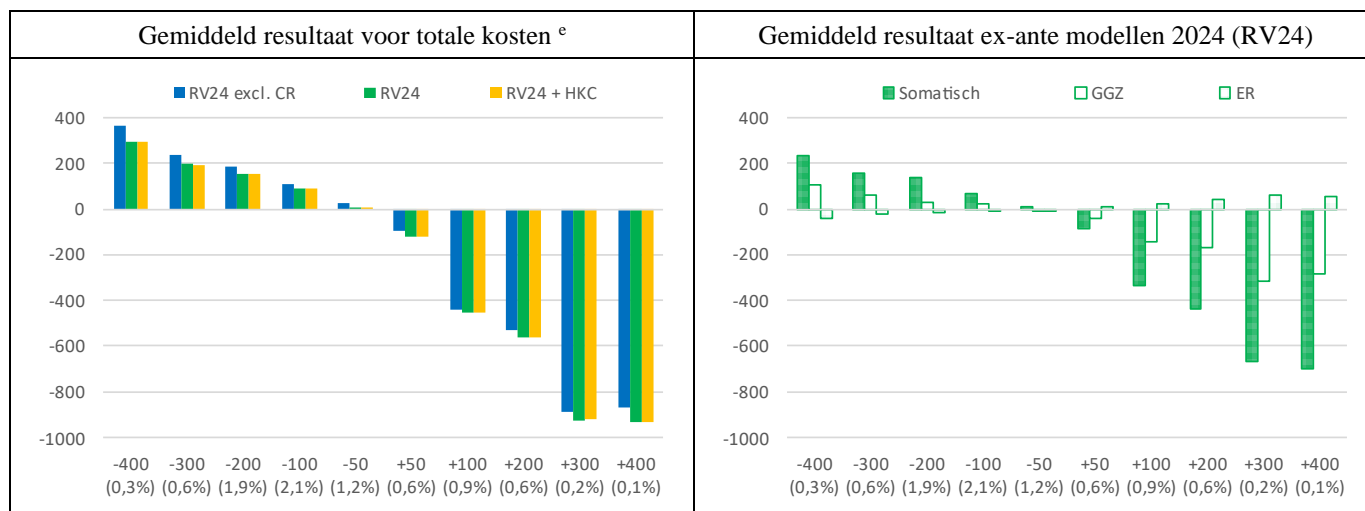
5.1.3. Subgroepen op basis van overstapgedrag

Deze paragraaf presenteert de vereveningsresultaten na toepassing van (varianten van) het vereveningssysteem van 2024 voor subgroepen die zijn afgeleid uit het overstapgedrag van verzekerden. Figuur 7 toont het gemiddelde vereveningsresultaat voor verzekerden die op 1 januari 2021 zijn overgestapt naar een andere zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast, exclusief verzekerden die in 2021 nog geen 18 waren. Op de horizontale as is deze groep overstappers uitgesplitst naar het verschil in premie (in 2021) tussen de oude en de nieuwe polis. Helemaal links staan de overstappers die >400 euro minder premie zijn gaan betalen; helemaal rechts staan de overstappers die >400 euro meer premie zijn gaan betalen. Het verschil in premie is afgerond op honderden euro's. Zoals aangegeven in hoofdstuk 4, gebruiken we hier de daling c.q. stijging van de premie als grove indicator voor het overstappen naar een beperktere respectievelijk uitgebreidere verzekeringsdekking.

Uit figuur 7 blijkt een duidelijk patroon: voor subgroepen die minder premie zijn gaan betalen is sprake van een positief gemiddeld vereveningsresultaat; voor subgroepen die meer premie zijn gaan betalen is sprake van een negatief gemiddeld vereveningsresultaat. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verzekerden bij het kiezen van een zorgpolis voor jaar t rekening houden met hun gezondheidsverwachtingen voor jaar t . In het geval van een verwachte gezondheidsverandering pikt het vereveningsmodel die verandering mogelijk (nog) niet op omdat de morbiditeitscriteria veelal zijn gebaseerd op jaar $t-1$. Een vergelijking van ‘RV24 excl. CR’ met ‘RV24’ laat zien dat constrained regression de gemiddelde vereveningsresultaten iets verkleint voor de subgroepen die overstappen naar een goedkopere polis. Voor de subgroepen die overstappen naar een duurdere polis worden de vereveningsresultaten juist iets groter als gevolg van constrained regression. De impact van

HKC is nihil. De gemiddelde vereveningsresultaten die resteren na toepassing van ‘RV24 + HKC’ hangen samen met zowel somatische zorg als GGZ (zie rechter diagram).

Figuur 7. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro’s) voor overstappers op 1 januari van jaar t, uitgesplitst naar het verschil in premie tussen de oude en nieuwe polis ^{a,b,c,d}



^a Overstappers zijn hier gedefinieerd als ‘verzekerden die op 1 januari 2021 zijn gewisseld van zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast’, exclusief verzekerden die in 2021 nog geen 18 waren.
^b De premieverschillen (op de horizontale as) zijn gebaseerd op de jaarpremie bij het gekozen vrijwillig eigen risico, exclusief collectiviteitskorting en exclusief de korting voor het jaarlijks (i.p.v. maandelijks) voldoen van de premie. De verschillen zijn afgerond op honderden euro’s met een minimum/maximum van +/-400 euro. De groep waarvoor het afgeronde premieverschil 0 euro bedraagt is opgesplitst in de subgroep die is overgestapt naar een goedkopere polis (‘-50’) en de subgroep die is overgestapt naar een duurdere polis (‘+50’).
^c De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021.
^d De gemiddelde totale kosten lopen op van 644 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal links (‘-400’) naar 3.386 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal rechts (‘+400’). De overall gemiddelde totale zorgkosten voor overstappers bedragen 1.966 euro per verzekerdenjaar.
^e Volgens formules (1) en (2).

Uit figuur 7 blijkt dat het vereveningssysteem van 2024 niet volledig compenseert voor verschillen in gemiddelde kosten tussen subgroepen die overstappen naar een duurdere polis (als indicator voor overstap naar een uitgebreidere dekking) en subgroepen die overstappen naar een goedkopere polis (als indicator voor overstap naar een minder uitgebreide dekking). Deze vereveningsresultaten lijken deels terecht te komen in de premie. Immers: de subgroepen links in de figuur (met een positief vereveningsresultaat) gaan minder premie betalen terwijl de subgroepen rechts in de figuur (met een negatief vereveningsresultaat) meer premie gaan betalen. In hoeverre dat problematisch is hangt af van de mate waarin de hier gepresenteerde vereveningsresultaten samenhangen met verschillen in verzekeringsrisico en met verschillen in doelmatigheid. Dat is een interessante vraag voor vervolgonderzoek.

5.1.4. Subgroepen op basis van leeftijd, SES, AVI en PPA

Tabel 5 toont de relatieve maatstaf voor verevenende werking in jaar t voor vier collecties van subgroepen op basis van de vereveningscriteria leeftijd, SES, AVI en PPA. (Bijlage 3 bevat de vereveningsresultaten voor de afzonderlijke subgroepen.) De percentages zijn berekend met formule (4) waarbij de niet-significante vereveningsresultaten op nul zijn gezet. ‘RV24 excl. CR’ leidt voor alle vier de collecties tot een verevenende werking van bijna 100%.¹⁷ Door constrained regression neemt de verevenende werking iets af, wat spoort met eerder onderzoek (zie bijvoorbeeld WOR 1202). De impact van HKC is zeer beperkt.

Tabel 5. Relatieve maatstaf verevenende werking voor collecties van subgroepen o.b.v. leeftijd, SES, AVI en PPA afgeleid uit de vereveningscriteria van model 2024^a

	Relatieve maatstaf verevenende werking ^b		
	RV24 excl. CR	RV24	RV24 + HKC
Leeftijd [6 subgroepen] ^c	100%	94%	94%
Sociaal Economische Status (SES) [4 subgroepen] ^d	99%	96%	96%
Aard van Inkomen (AVI) [7 subgroepen] ^e	100%	96%	96%
Personen per Adres (PPA) [4 subgroepen] ^f	99%	95%	95%

^a Uitkomsten gebaseerd op het WOR-bestand 2021.

^b Berekend met formule (4) waarbij de vereveningsresultaten die niet statistisch significant verschillen van nul op nul euro zijn gezet.

^c Deze collectie bestaat uit 6 subgroepen afgeleid uit het vereveningscriterium leeftijd/geslacht: 0-17 jaar, 18-34 jaar, 35-49 jaar, 50-64 jaar, 65-79 jaar en 80+.

^d Deze collectie bestaat uit 4 subgroepen die worden onderscheiden binnen het vereveningscriterium sociaaleconomische status: zeer lage SES, lage SES, gemiddelde SES en hoge SES (SES grotendeels gebaseerd op huishoudinkomen).

^e Deze collectie bestaat uit 7 subgroepen afgeleid uit het vereveningscriterium aard van het inkomen: IVA, arbeidsongeschikten, bijstandgerechtigden, studenten, zelfstandigen, hoogopgeleiden en referentiegroep.

^f Deze collectie bestaat uit 4 subgroepen afgeleid uit het vereveningscriterium personen per adres: blijvend in Wlz-instelling, instromend in Wlz-instelling, eenpersoonshuishouden en overig.

5.2. Power

Deze paragraaf laat zien wat een verzekeraar gemiddeld *overhoudt* aan een structurele kostenreductie in de vorm van ‘lagere kosten per gebruiker’ (power_prijs) en een structurele kostenreductie in de vorm van ‘minder gebruikers’ (power_volume). Bij power = 1 komt een kostenreductie volledig ten bate van de verzekeraar. Bij $0 < \text{power} < 1$ komt een kostenreductie

¹⁷ Dat de verevenende werking bij ‘RV24 excl. CR’ niet exact op 100% uitkomt heeft onder andere te maken met enkele bindende restricties die worden opgelegd bij het schatten van de ex-ante modellen voor somatische zorg en GGZ (zoals de restrictie dat de normatieve kosten voor GGZ positief moeten zijn).

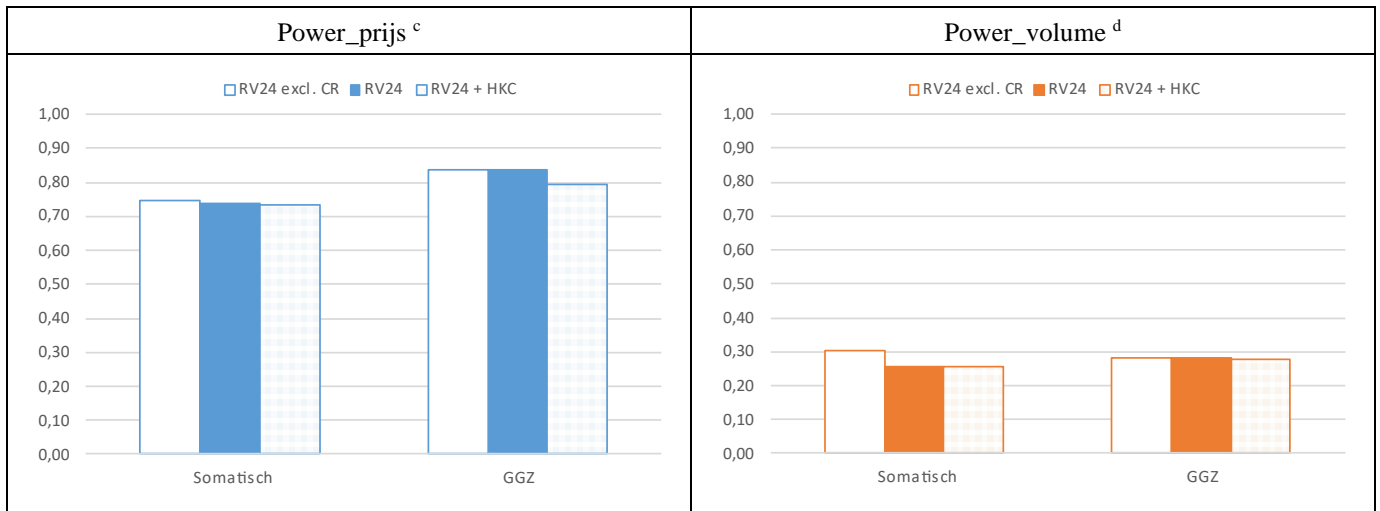
gedeeltelijk ten bate van de verzekeraar; het overige deel vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage. Bij $\text{power} = 0$ vloeit een kostenreductie één-op-één weg via een daling van de vereveningsbijdrage en bij $\text{power} < 0$ is de daling van de vereveningsbijdrage groter dan de kostenreductie. Voor het realiseren van prikkels voor verzekeraars om aan prijs- en volumebeheersing te doen is het belangrijk dat power niet te laag is.

Het linker diagram in figuur 8 toont $\text{power}_{\text{prijs}}$ voor 'RV24 excl. CR', 'RV24' en 'RV24 + HKC'. Bij 'RV24 + HKC' bedraagt $\text{power}_{\text{prijs}}$ voor somatische zorg 0,74. Dit betekent dat als een verzekeraar de kosten voor somatische zorg structureel met 10% per verzekerde weet te reduceren (bijvoorbeeld door het uitonderhandelen van lagere prijzen), gemiddeld 74% van die kostenreductie ten bate komt van de verzekeraar. De overige 26% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (vanwege de verschuiving van sommige verzekerden naar een lagere MHK- en/of MVV-klasse en een afname van de HKC-vergoeding). Bij 'RV24 + HKC' is $\text{power}_{\text{prijs}}$ voor GGZ gelijk aan 0,80. Dit betekent dat als een verzekeraar de kosten voor GGZ structureel met 10% per verzekerde weet te reduceren, gemiddeld 80% van die kostenreductie ten bate komt van de verzekeraar. De overige 20% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (vanwege de verschuiving van sommige verzekerden naar een lagere GGZ-MHK-klasse en een afname van de HKC-vergoeding).

Vergelijking van 'RV24' en 'RV24 + HKC' geeft een indicatie van de impact van HKC op $\text{power}_{\text{prijs}}$. Voor GGZ is die impact iets groter dan voor somatische zorg. De verklaring daarvoor is dat de HKC voor GGZ omvangrijker is dan die voor somatische zorg. Uit de vergelijking van 'RV24 excl. CR' met 'RV24' blijkt dat bij somatische zorg constrained regression leidt tot een (kleine) afname van $\text{power}_{\text{prijs}}$. De verklaring hiervoor is dat constrained regression leidt tot hogere normbedragen voor MVV en MHK, wat zorgt voor een sterkere link tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage (zie WOR 1202).

Niet getoond in figuur 8: overall (d.w.z. somatische zorg + GGZ) komt $\text{power}_{\text{prijs}}$ uit op 0,76 voor 'RV24 excl. CR', 0,75 voor 'RV24' en 0,74 voor 'RV24 + HKC'.

Figuur 8. Power_prijs en power_volume bij toepassing van (varianten van) het vereveningssysteem 2024, uitgesplitst naar somatische zorg en GGZ ^{a,b}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in het WOR-bestand 2021.

^b Bij de berekening van power_prijs (links) kon geen rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat een structurele kostenreductie leidt tot een verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0. Dit leidt tot een kleine overschatting van power_prijs. Bij de berekening van power_volume (rechts) is wel rekening gehouden met de verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0 (hetgeen mogelijk was omdat in deze simulatie simpelweg alle verzekerden waarvoor de kosten op nul worden gezet verschuiven naar HSM=0).

^c Power_prijs is berekend met formule (5). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat door de overheid wordt bepaald).

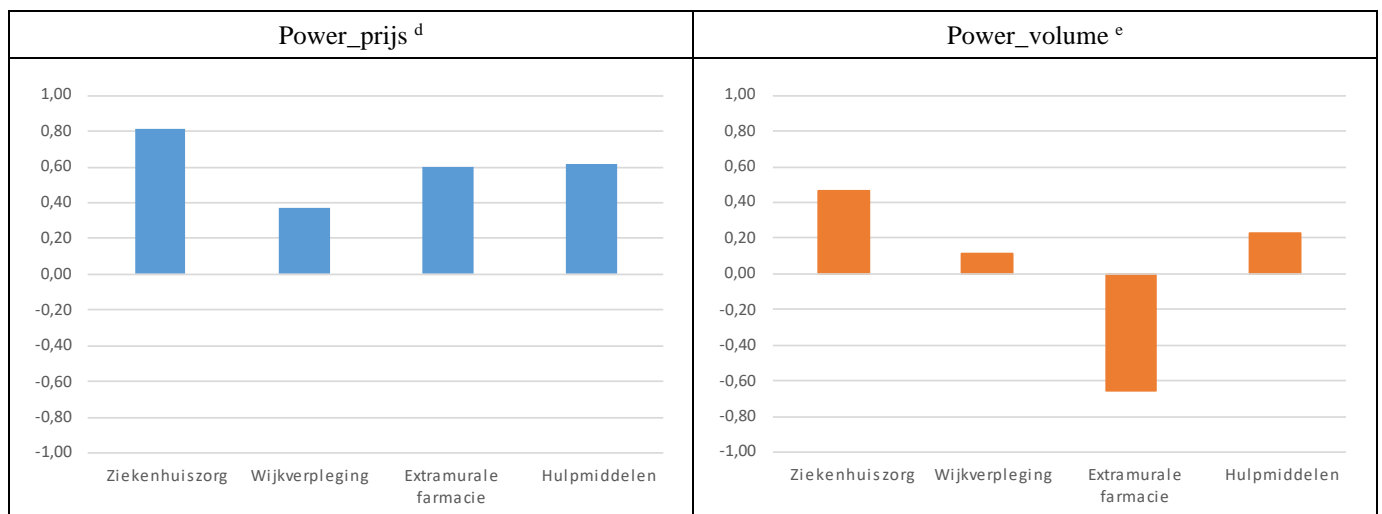
^d Power_volume is berekend met formule (6). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat los staat van gebruik).

Het rechter diagram in figuur 8 presenteert power_volume. Bij ‘RV24 + HKC’ bedraagt power_volume 0,26 voor somatische zorg en 0,28 voor GGZ. Dit wijst erop dat een structurele kostenreductie in de vorm van ‘minder gebruikers’ grotendeels wegvloeit via een lagere vereveningsbijdrage, veroorzaakt doordat minder verzekerden in een positieve DKG-, FKG-, FDG-, HKG- en/of HSM-klasse terechtkomen en doordat sommige verzekerden verschuiven naar een lagere MHK- en/of MVV-klasse. Als een verzekeraar erin slaagt om voor een willekeurige verzekerde het zorggebruik algeheel te voorkomen (met uitzondering van huisartsenzorg) dan houdt de verzekeraar gemiddeld genomen 26% (somatisch) respectievelijk 28% (GGZ) over van de kostenreductie die daarmee wordt gerealiseerd. Voor somatische zorg leidt constrained regression tot een afname van power_volume. De impact van HKC op power_volume is zeer beperkt, zowel voor somatische zorg als GGZ.

Niet getoond in figuur 8: overall (d.w.z. somatische zorg + GGZ) komt power_volume uit op 0,30 voor ‘RV24 excl. CR’, 0,26 voor ‘RV24’ en 0,26 voor ‘RV24 + HKC’.

Figuur 9 toont power_prijs en power_volume voor de volgende vier zorgvormen: ziekenhuiszorg, wijkverpleging, extramurale farmacie en hulpmiddelen. Wat direct opvalt is de grote variatie tussen zorgvormen. Die variatie wordt veroorzaakt doordat de ene zorgvorm sterker samenhangt met vereveningscriteria gebaseerd op kosten/gebruik dan de andere zorgvorm. Wijkverpleging hangt bijvoorbeeld sterk samen met het vereveningscriterium MVV: meer (minder) gebruik van wijkverpleging leidt tot hogere (lagere) kosten en een hogere (lagere) vereveningsbijdrage via het vereveningscriterium MVV. Voor extramurale farmacie is power_volume zelfs negatief (-0,65), wat betekent dat de afname in vereveningsbijdrage als gevolg van minder gebruikers van extramurale geneesmiddelen gemiddeld genomen groter is dan de afname in kosten. De verklaring hiervoor is dat de hoeveelheid geld die jaarlijks wordt verevend via de FKG's op basis van extramurale geneesmiddelen groter is dan de totale jaarlijkse extramurale farmaciekosten.

Figuur 9. Power_prijs en power_volume bij toepassing van het vereveningssysteem 2024 (RV24), uitgesplitst naar vier zorgvormen ^{a,b,c}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in het WOR-bestand 2021.

^b Bij de berekening van power_prijs en power_volume per zorgvorm kon geen rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat een structurele reductie van 'kosten per gebruiker' respectievelijk 'het aantal gebruikers' leidt tot een verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0. Zie voetnoot 16 voor verdere toelichting. Dit leidt mogelijk tot een kleine overschatting van power_prijs en power_volume per zorgvorm.

^c In deze simulatie loopt intramurale farmacie mee in de ziekenhuiskosten.

^d Power_prijs is berekend met formule (5). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat door de overheid wordt bepaald).

^e Power_volume is berekend met formule (6). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat los staat van gebruik).

5.3. Power versus verevenende werking

Zoals opgemerkt aan het einde van hoofdstuk 1, zijn een ‘goede verevenende werking’ en ‘voldoende power’ beide voorwaarden voor een goed-functionerend vereveningssysteem. Dit kan worden geïllustreerd met Tabel 6 waarin power_prijs en power_volume worden uitgesplitst naar drie subgroepen: verzekerden die in aanmerking komen voor het ketenzorgprogramma diabetes, verzekerden die in aanmerking komen voor het ketenzorgprogramma COPD en verzekerden die in aanmerking komen voor het ketenzorgprogramma CVRM. Zonder risicoverevening zijn power_prijs en power_volume maximaal. Een structurele kostenreductie in de vorm van ‘lagere kosten per gebruiker’ (bijvoorbeeld via scherpe prijsonderhandelingen) respectievelijk ‘minder gebruikers’ (bijvoorbeeld via een effectief preventieprogramma) komt dan volledig ten bate van de verzekeraar. Dat betekent echter niet dat het zorgstelsel daarmee goed functioneert. De reden is dat deze subgroepen fors voorspelbaar verliesgevend zijn waardoor verzekeraars geen prikkel hebben om te investeren in de kwaliteit van ketenzorg.

Tabel 6. Vereveningsresultaat versus power voor drie subgroepen ^a

Subgroep	Geen RV			RV24 excl. CR			RV24		
	RV resultaat	Power-prijs ^b	Power-volume ^c	RV resultaat	Power-prijs ^b	Power-volume ^c	RV resultaat	Power-prijs ^b	Power-volume ^c
COPD	-1644	1,000	1,000	-68	0,719	0,204	31	0,714	0,157
CVRM	-4588	1,000	1,000	-139	0,719	0,193	69	0,717	0,153
Diabetes	-5072	1,000	1,000	-112	0,703	0,155	119	0,701	0,113

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020, herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Bij de berekening van power_prijs kon geen rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat een structurele kostenreductie leidt tot een verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0. Dit leidt tot een kleine overschatting van power_prijs. Bij de berekening van power_volume (rechts) is wel rekening gehouden met de verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0 (hetgeen mogelijk was omdat in deze simulatie simpelweg alle verzekerden waarvoor de kosten op nul worden gezet verschuiven naar HSM=0).

^c Power_prijs is berekend met formule (5). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat door de overheid wordt bepaald).

^d Power_volume is berekend met formule (6). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat los staat van gebruik).

Het ex-ante vereveningssysteem van 2024 (‘RV24’) neemt de voorspelbare verliezen voor de drie subgroepen in tabel 6 volledig weg. Vergelijking van ‘RV24 excl. CR’ en ‘RV24’ laat zien dat constrained regression een cruciale rol speelt: constrained regression leidt ertoe dat het negatieve vereveningsresultaat voor elk van de drie onderscheiden subgroepen omslaat in

een positief vereveningsresultaat, weliswaar tegen een kleine afname van power_prijs en een wat grotere afname van power_volume. Hoewel toepassing van 'RV24' leidt tot een forse afname van power_prijs en power_volume is – per saldo – waarschijnlijk sprake van een betere prikkelwerking dan in een situatie zonder enige vorm van risicoverevening.

Samenvattend laten bovenstaande bevindingen zien dat het vereveningssysteem leidt tot een afname van power_prijs en power_volume. Die afname varieert echter tussen zorgvormen en tussen subgroepen van verzekerden. Voor een totaaloordeel over het functioneren van de risicoverevening dienen power en verevenende werking in samenhang te worden gezien.

6. Uitkomsten risicoverevening 2025

Dit hoofdstuk presenteert de belangrijkste bevindingen voor het vereveningssysteem van 2025 geschat op het WOR-bestand met informatie over Zvw-verzekerden in 2022. Tabel 7 geeft een overzicht van de belangrijkste wijzigingen die per 2025 in het vereveningssysteem zijn doorgevoerd. Voor een compleet overzicht van alle wijzigingen, zie WOR 1222. Voor een volledige beschrijving van het vereveningssysteem van 2025, zie VWS (2024).

Tabel 7. Belangrijkste wijzigingen in het vereveningssysteem per 2025 ^a

Gewijzigde onderdelen	Belangrijkste wijzigingen
Ex-ante vereveningsmodel voor somatische zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Alle HKG's zijn geschrapt. • Het MHK-criterium is geüpdatet. • Het PPA-criterium is aangepast en uitgebreid.
Ex-ante vereveningsmodel voor GGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Het PPA-criterium is aangepast en uitgebreid.
Ex-ante vereveningsmodel voor de kosten onder het verplicht eigen risico	<ul style="list-style-type: none"> • De omvang van de niet-forfaitaire groep is toegenomen (d.w.z. de groep waarop het eigen-risicomodel wordt geschat). • De update van het MHK-criterium leidt tot een verschuiving tussen de twee MHK-klassen in het eigen-risico model.

^a Bron: WOR 1222.

Voor dit hoofdstuk zijn twee varianten van het vereveningssysteem 2025 doorgerekend (zie tabel 8). De uitkomsten hiervan worden vergeleken met die van RV24. Beide varianten gaan uit van constrained regression. We kijken hier dus niet opnieuw naar de impact van constrained regression. Uit eerder onderzoek blijkt dat die impact zeer stabiel is (WOR 1202).

Tabel 8. Doorgerekende varianten risicovereveningssysteem 2025 ^a

Afkorting	Omschrijving
RV25	Ex-ante vereveningssysteem 2025 [bestaande uit de ex-ante modellen voor somatische zorg (inclusief constrained regression), GGZ en kosten onder het verplicht eigen risico]
RV25 + HKC	RV25 + Hoge Kosten Compensatie (HKC)

^a In beide modellen zijn voor verzekerden tot 18 jaar de (normatieve) kosten voor GGZ en de (normatieve) kosten onder het verplicht eigen risico per definitie gelijk aan nul.

Merk op dat verschillen in uitkomsten tussen 'RV24' en 'RV25' niet alleen te maken hebben met aanpassingen in het vereveningssysteem per 2025 (tabel 7), maar ook met de overstap op een nieuw datajaar. Waar 'RV24' is geschat op het WOR-bestand met Zvw-verzekerden in 2021 (en getoetst met subgroepen op basis van 2020 o.a.), is 'RV25' geschat op het WOR-bestand met Zvw-verzekerden in 2022 (en getoetst met subgroepen op basis van 2021 o.a.).

Voor een goede vergelijking zijn de vereveningsresultaten van RV24 gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen de WOR-bestanden van 2021 en 2022.

6.1. Verevenende werking

Hieronder wordt de verevenende werking van het vereveningssysteem van 2025 gepresenteerd voor subgroepen op basis van diagnose-informatie (paragraaf 6.1.1), subgroepen op basis van overstapedrag (paragraaf 6.1.2) en subgroepen op basis van leeftijd, SES, AVI en PPA (paragraaf 6.1.3).¹⁸ Hierbij wordt onder andere gekeken naar het gemiddelde vereveningsresultaat zoals berekend met formule (2) en de relatieve maatstaf voor verevenende werking zoals berekend met formule (4) voor diverse collecties van subgroepen.

6.1.1. Subgroepen op basis van diagnose-informatie

Tabel 9 toont de relatieve maatstaf voor verevenende werking voor vier collecties van subgroepen op basis diagnose-informatie in t-1. De maatstaf is berekend met formule (4) waarbij de niet-significante vereveningsresultaten op nul zijn gezet. De resultaten voor ‘RV25’ en ‘RV25 + HKC’ zijn gebaseerd op de Nivel Zorgregistraties 2021 (herwogen naar het WOR-bestand 2022). De resultaten voor ‘RV24’ zijn overgenomen uit tabel 3. Voor deze collecties is de verevenende werking van ‘RV25’ nagenoeg gelijk aan die van ‘RV24’.

Tabel 9. Relatieve maatstaf voor verevenende werking voor collecties van subgroepen o.b.v. diagnose-informatie van jaar t-1 afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties ^a

	RV24 ^b	RV25 ^c	RV25 + HKC ^c
103 <i>chronische</i> somatische aandoeningen t-1	98%	98%	98%
5 <i>chronische</i> psychische aandoeningen t-1	85%	83%	83%
1 <i>chronisch</i> sociaal probleem t-1	100%	100%	100%
512 <i>niet-chronische</i> somatische klachten/aandoeningen t-1	92%	91%	91%
36 <i>niet-chronische</i> psychische klachten/aandoeningen t-1	87%	86%	86%
26 <i>niet-chronisch</i> sociale klachten/problemen t-1	95%	94%	94%

^a De relatieve maatstaf voor verevenende werking is berekend met formule (4) waarbij de vereveningsresultaten die niet statistisch significant verschillen van nul op nul euro zijn gezet.

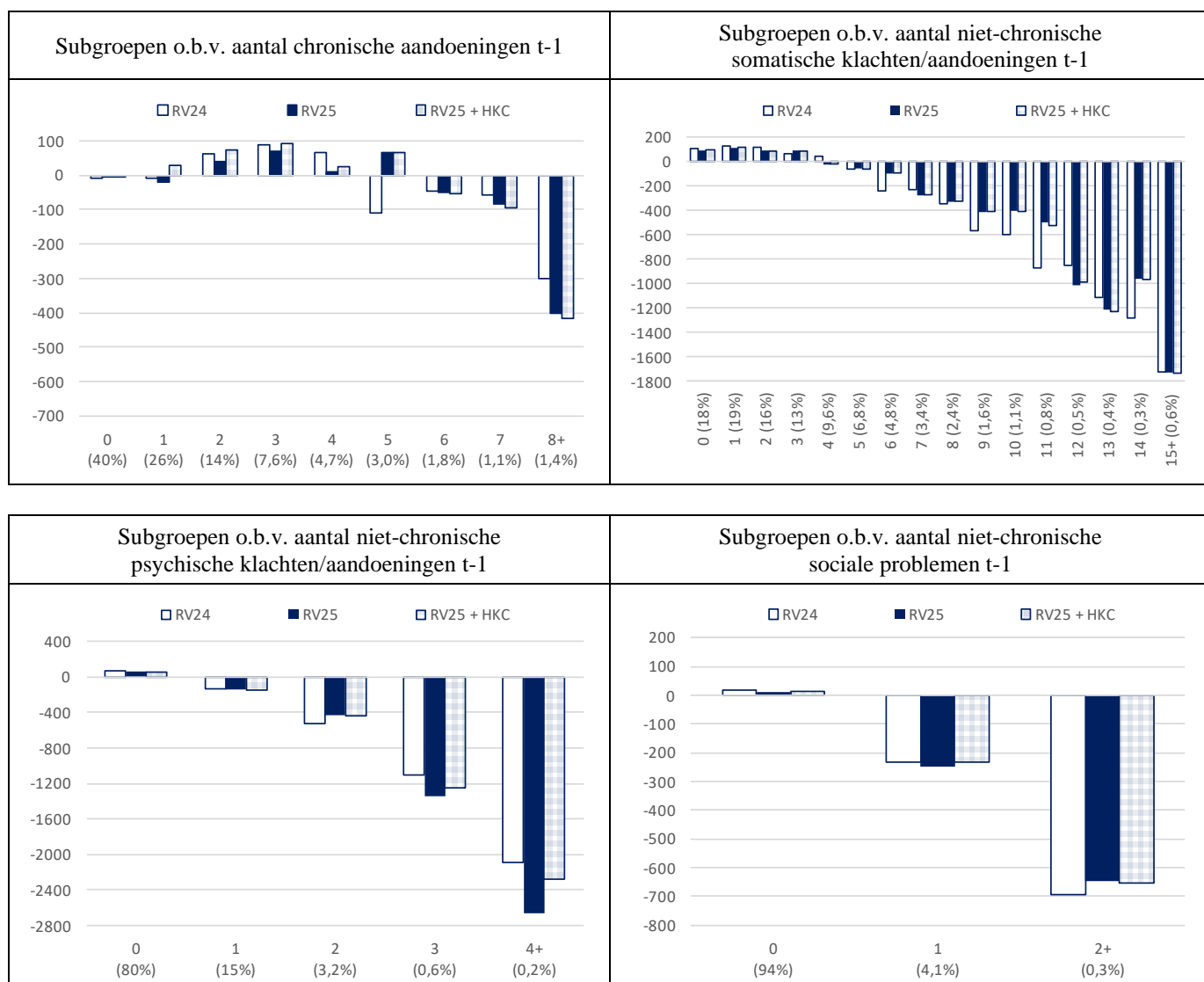
^b De uitkomsten voor ‘RV24’ zijn overgenomen uit tabel 3 (en gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2022 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor de herwegingsprocedure).

¹⁸ In tegenstelling tot hoofdstuk 5 wordt hier niet gekeken naar subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid aangezien de Gezondheidsmonitor niet heeft plaatsgevonden in 2021.

° De uitkomsten voor 'RV25' en 'RV25 + HKC' zijn gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2021 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2022 (zie bijlage 1 voor de herwegingsprocedure).

Figuur 10 toont het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van het aantal aandoeningen en klachten in t-1. De resultaten voor 'RV24' zijn overgenomen uit figuren 1-4 en gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen het WOR-bestand 2021 (waarop 'RV24' is geschat) en dat van 2022 (waarop 'RV25' en 'RV25 + HKC' zijn geschat). Waar de resultaten van 'RV24' zijn gebaseerd op de Nivel Zorgregistraties van 2020 (herwogen naar het WOR-bestand van 2021) zijn de resultaten van 'RV25' en 'RV25 + HKC' gebaseerd op de Nivel Zorgregistraties van 2021 (herwogen naar het WOR-bestand van 2022).

Figuur 10. Gemiddelde vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. het aantal aandoeningen/klachten in t-1 afgeleid uit de Nivel Zorgregistraties ^{a,b,c,d}



^a De uitkomsten voor RV24 zijn overgenomen uit figuren 1-4, doch gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kosten per verzekerdenjaar tussen de WOR-bestanden van 2022 en 2021.

^b De uitkomsten voor ‘RV25’ en ‘RV25 + HKC’ zijn gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2021 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2022 (zie bijlage 1 voor de herwegingsprocedure).

^c De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2022. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat bij de herweging van de Nivel Zorgregistraties 2021 naar het WOR-bestand 2022 de instromers in het WOR-bestand (per 2022) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1).

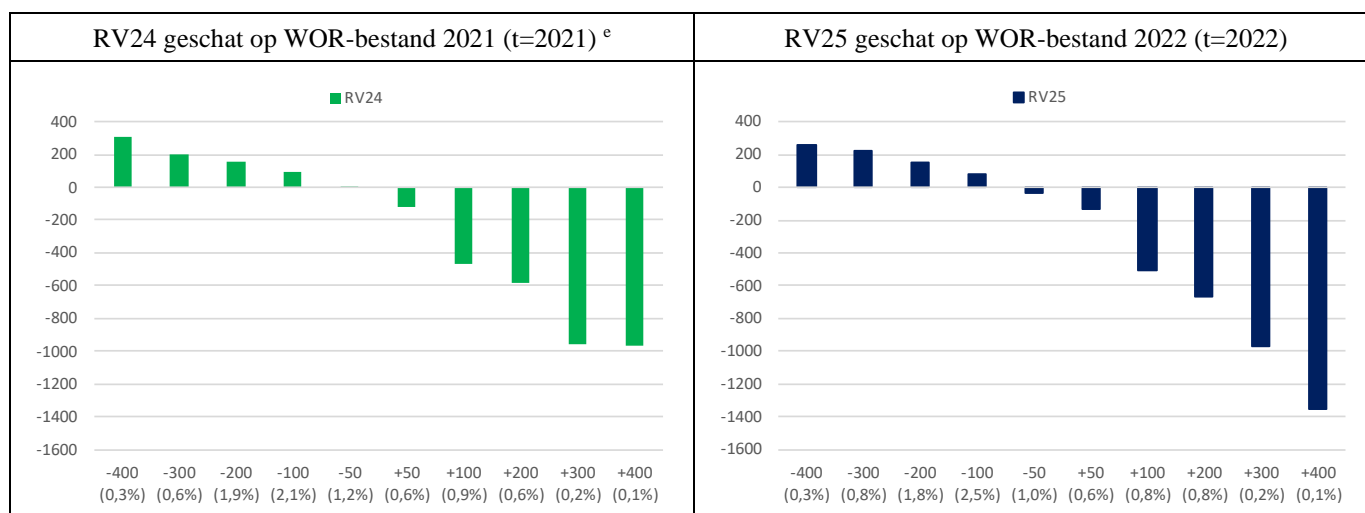
^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

De vereveningsresultaten voor ‘RV24’ en ‘RV25’ vertonen globaal hetzelfde patroon. De gemiddelde vereveningsresultaten voor de subgroepen zonder klacht of aandoening liggen voor ‘RV25’ iets dichterbij nul dan voor ‘RV24’ maar de verschillen zijn klein. Voor de subgroepen met één of meerdere aandoeningen zijn de verschillen vaak wat groter, wat te maken kan hebben met 1) het verschil in datajaren, 2) wijzigingen in het vereveningssysteem en 3) toevalsfluctuaties (met name bij kleine groepen).

6.1.2. Subgroepen op basis van overstapgedrag

Figuur 11 toont het vereveningsresultaat voor subgroepen gebaseerd op overstappers op 1 januari van jaar t, uitgesplitst naar het verschil in premie (in jaar t) tussen de oude en nieuwe polis. De uitkomsten voor ‘RV24’ zijn overgenomen uit figuur 7, doch gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kosten tussen de WOR-bestand van 2021 en 2022. Ook op dit niveau komt het patroon in vereveningsresultaten sterk overeen tussen ‘RV24’ en ‘RV25’. Voor verzekerden die zijn overgestapt naar een >400 euro duurdere polis is het negatieve gemiddelde vereveningsresultaat in het rechter diagram (‘RV25’) groter dan in het linker diagram (‘RV24’). Daarbij moet echter worden bedacht dat het een kleine groep betreft.

Figuur 11. Gemiddeld vereveningsresultaat in jaar t (in euro’s) voor overstappers op 1 januari van jaar t, uitgesplitst naar het verschil in premie tussen de oude en nieuwe polis ^{a,b,c,d}



^a Overstappers zijn hier gedefinieerd als ‘verzekerden die op 1 januari van jaar t zijn gewisseld van zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast’, exclusief verzekerden die in jaar t nog geen 18 waren.

^b De premieverschillen (op de horizontale as) zijn gebaseerd op de jaarpremie bij het gekozen vrijwillig eigen risico, exclusief collectiviteitskorting en exclusief de korting voor het jaarlijks (i.p.v. maandelijks) voldoen van de premie. De verschillen zijn afgerond op honderden euro’s met een minimum/maximum van +/-400 euro. De groep waarvoor het afgeronde premieverschil 0 euro bedraagt is opgesplitst in de subgroep die is overgestapt naar een goedkopere polis (‘-50’) en de subgroep die is overgestapt naar een duurdere polis (‘+50’).

^c De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in jaar t.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

^e Cijfers overgenomen uit figuur 7, doch gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kosten per verzekerdenjaar tussen de WOR-bestanden van 2022 en 2021.

Zoals eerder opgemerkt, moeten de resultaten voor overstappers met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien kostenverschillen tussen deze subgroepen mogelijk niet alleen samenhangen met verzekeringsrisico maar ook met doelmatigheid.

6.1.3. Subgroepen op basis van leeftijd, SES, AVI en PPA

Tabel 10 toont de relatieve maatstaf voor verevenende werking voor collecties van subgroepen o.b.v. de vereveningscriteria leeftijd, SES, AVI en PPA. De maatstaf is berekend met formule (4) waarbij de niet-significante vereveningsresultaten op nul zijn gezet. Ook op dit niveau komt de verevenende werking van ‘RV25’ sterk overeen met die van ‘RV24’.

Tabel 10. Relatieve maatstaf verevenende werking voor collecties van subgroepen o.b.v. leeftijd, SES, AVI en PPA op de WOR-bestanden van 2021 (RV24’) en 2022 (RV25)

	Relatieve maatstaf verevenende werking ^a		
	RV24 ^b	RV25 ^c	RV25 + HKC ^c
Leeftijd [6 subgroepen] ^d	94%	94%	94%
Sociaal Economische Status (SES) [4 subgroepen] ^e	96%	95%	95%
Aard van Inkomen (AVI) [7 subgroepen] ^f	96%	96%	96%
Personen per Adres (PPA) [7 subgroepen] ^g	---	95%	95%

^a De relatieve maatstaf voor verevenende werking is berekend met formule (4) waarbij de vereveningsresultaten die niet statistisch significant verschillen van nul op nul euro zijn gezet.

^b Uitkomsten voor ‘RV24’ zijn overgenomen uit tabel 5.

^c De uitkomsten voor ‘RV25’ en ‘RV25 + HKC’ zijn gebaseerd op het WOR-bestand 2022.

^d Deze collectie omvat de volgende 6 subgroepen afgeleid uit het vereveningscriterium leeftijd/geslacht (definitie RV25 = definitie RV24): 0-17 jaar, 18-34 jaar, 35-49 jaar, 50-64 jaar, 65-79 jaar en 80+.

^e Deze collectie omvat de volgende 4 subgroepen die worden onderscheiden binnen het vereveningscriterium SES (definitie RV25 ≈ definitie RV24): zeer lage SES, lage SES, gemiddelde SES en hoge SES (SES in principe gebaseerd op huishoudinkomen).

^f Deze collectie omvat de volgende 7 subgroepen afgeleid uit AVI (definitie RV25 = definitie RV24): referentiegroep, IVA, arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, studenten, zelfstandigen en hoogopgeleiden.

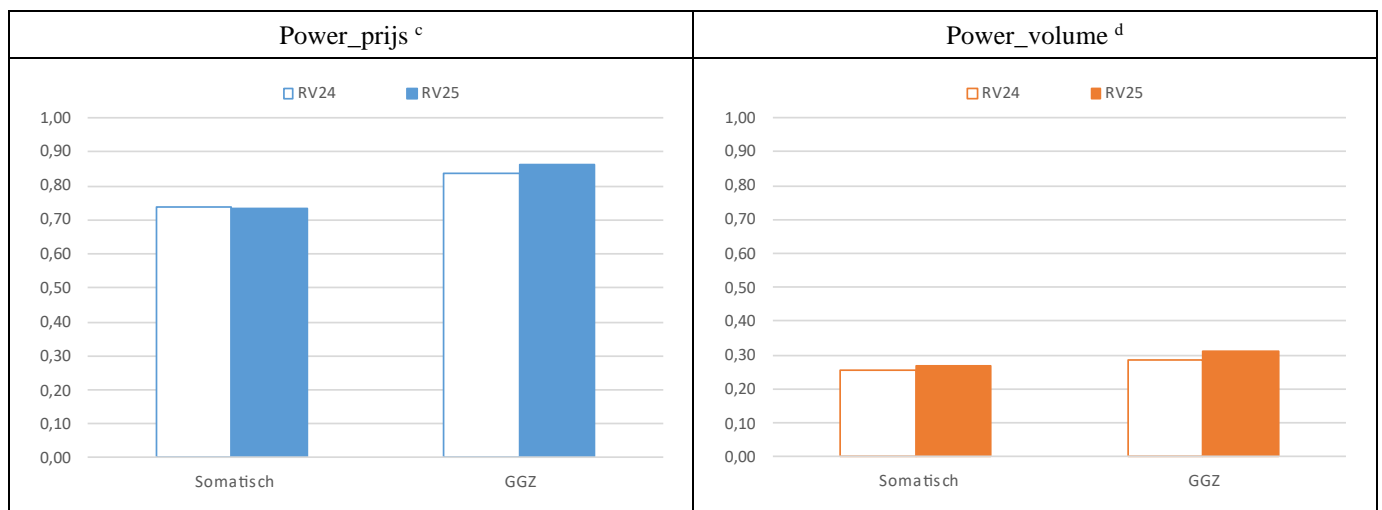
^g Deze collectie omvat de volgende 7 subgroepen afgeleid uit PPA (definitie RV25): Wlz-instelling met behandeling en blijvend, Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz en blijvend, Wlz-instelling met behandeling en instromend, Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz en instromend, eenpersoonshuishouden en overig.

Samenvattend laten bovenstaande resultaten zien dat de verevenende werking van het vereveningssysteem van 2025 (geschat op het WOR-bestand van 2022 en getoetst met subgroepen op basis van 2021 o.a.) sterk overeenkomt met de verevenende werking van het vereveningssysteem van 2024 (geschat op het WOR-bestand van 2022 en getoetst met subgroepen op basis van 2021 o.a.), ondanks verschillen in vereveningscriteria en datajaren.¹⁹

6.2. Power

Figuur 12 toont power_prijs (links) en power_volume (rechts) voor ‘RV24’ (berekend op het WOR-bestand van 2021) en ‘RV25’ (berekend op het WOR-bestand van 2022). De verschillen tussen ‘RV24’ en ‘RV25’ zijn klein. Voor GGZ leidt ‘RV25’ tot een toename van zowel power_prijs als power_volume, wat te maken heeft met de gedaalde normbedragen voor GGZ-MHK (zie WOR 1221). Voor somatische zorg leidt ‘RV25’ tot een kleine toename van power_volume, wat te maken heeft met het wegvallen van de HKG’s o.a. Niet getoond in figuur 12: overall (d.w.z. somatische zorg + GGZ) komt power_prijs uit op 0,75 voor ‘RV25’ en 0,74 voor ‘RV25 + HKC’; power_volume komt voor beide modellen uit op 0,27.

Figuur 12. Power_prijs en power_volume bij toepassing van de vereveningssystemen van 2024 en 2025, uitgesplitst naar somatische zorg en GGZ^{a,b}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in het WOR-bestand 2022.

^b Bij de berekening van power_prijs (links) kon geen rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat een structurele kostenreductie leidt tot een verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0. Dit leidt tot een kleine overschatting van power_prijs. Bij de berekening van power_volume (rechts) is wel rekening gehouden met de verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0 (hetgeen mogelijk was omdat in deze simulatie simpelweg alle verzekerden waarvoor de kosten op nul worden gezet verschuiven naar HSM=0).

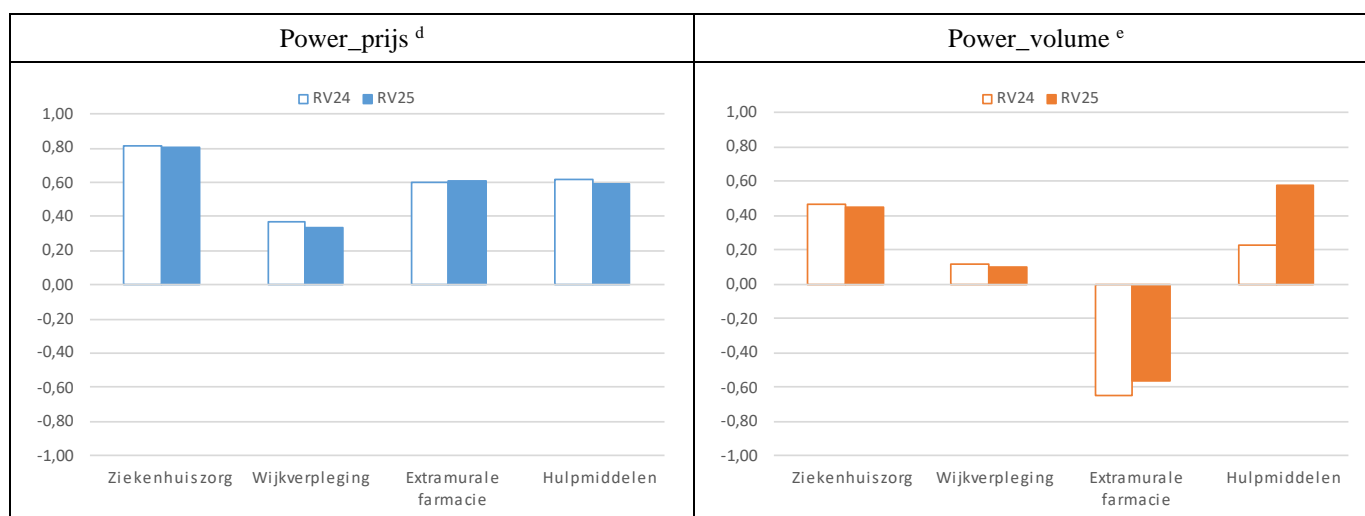
¹⁹ Dit laat tevens zien dat de hier doorgerekende maatstaven vrij stabiel zijn over de twee datajaren.

^c Power_prijs is berekend met formule (5). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat door de overheid wordt bepaald).

^d Power_volume is berekend met formule (6). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat los staat van gebruik).

Het effect van het wegvallen van de HKG's zien we nog duidelijker terug bij power_volume voor hulpmiddelenkosten (rechter diagram van figuur 13). Door het wegvallen van het HKG-criterium neemt power_volume voor hulpmiddelen toe. Dit betekent dat zorgverzekeraars gemiddeld meer overhouden aan een volumebesparing bij hulpmiddelen.²⁰ Over het algemeen geldt dat verschillen tussen 'RV24' en 'RV25' in het linker diagram van figuur 13 worden veroorzaakt door veranderingen in (normbedragen van) vereveningscriteria gebaseerd op kosten. In het rechter diagram worden verschillen tussen 'RV24' en 'RV25' ook veroorzaakt door veranderingen in (normbedragen van) vereveningscriteria gebaseerd op gebruik. Daarnaast kan – in beide diagrammen – uiteraard ook het verschil in datajaar een rol spelen.

Figuur 13. Power_prijs en power_volume bij toepassing de vereveningssystemen van 2024 en 2025, uitgesplitst naar vier zorgvormen ^{a,b,c}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in het WOR-bestand 2022.

^b Bij de berekening van power_prijs en power_volume per zorgvorm kon geen rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat een structurele reductie van 'kosten per gebruiker' respectievelijk 'het aantal gebruikers' leidt tot een verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0. Zie voetnoot 16 voor verdere toelichting. Dit leidt mogelijk tot een kleine overschatting van power_prijs en power_volume per zorgvorm.

^c In deze simulatie loopt intramuraal farmacie mee in de ziekenhuiskosten.

^d Power_prijs is berekend met formule (5). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat door de overheid wordt bepaald).

^e Power_volume is berekend met formule (6). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat los staat van gebruik).

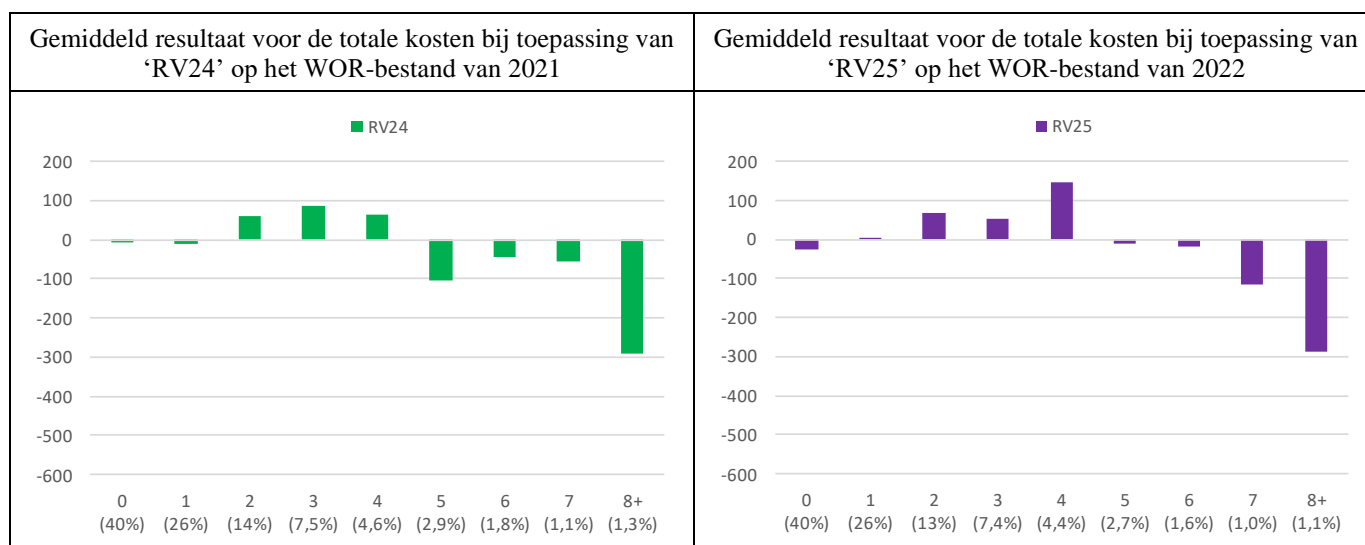
²⁰ Power_prijs neemt juist iets af voor hulpmiddelen. De verklaring hiervoor is dat het MHK-criterium meer geld is gaan verevenen in RV25 dan in RV24 (wat o.a. te maken heeft met het wegvallen van de HKG's).

7. Aanvullende analyse: vereveningsresultaat in t+1 voor subgroepen o.b.v. t-1

In hoofdstuk 5 (RV24) en hoofdstuk 6 (RV25) is gekeken naar het gemiddelde vereveningsresultaat in jaar t voor subgroepen op basis van t-1. Met de voor dit onderzoek beschikbare gegevens is een interessante aanvullende analyse mogelijk: bepaal het vereveningsresultaat in jaar t+1 voor subgroepen op basis van t-1. Dit geeft een indruk van de mate waarin het vereveningsresultaat voor een subgroep al dan niet persistent is over de tijd.

Uit figuur 14 blijkt dat voor subgroepen op basis van het aantal chronische aandoeningen in jaar t-1 het resultaat in t+1 (bij toepassing van ‘RV25’) niet veel afwijkt van het resultaat in t (bij toepassing van ‘RV24’). In zowel het linker diagram als het rechter diagram liggen de vereveningsresultaten voor de meeste subgroepen dichtbij nul (zeker als we bedenken dat de gemiddelde kosten voor de subgroepen met meerdere chronische aandoeningen vaak duizenden euro’s bedragen; voor de subgroep 8+ zelfs ruim 13.000 euro).

Figuur 14. Vereveningsresultaat in jaar t (links) en t+1 (rechts) in euro’s voor subgroepen o.b.v. het aantal chronische aandoeningen in jaar t-1 ^{a,b,c,d}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2020 (N=1,2m), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

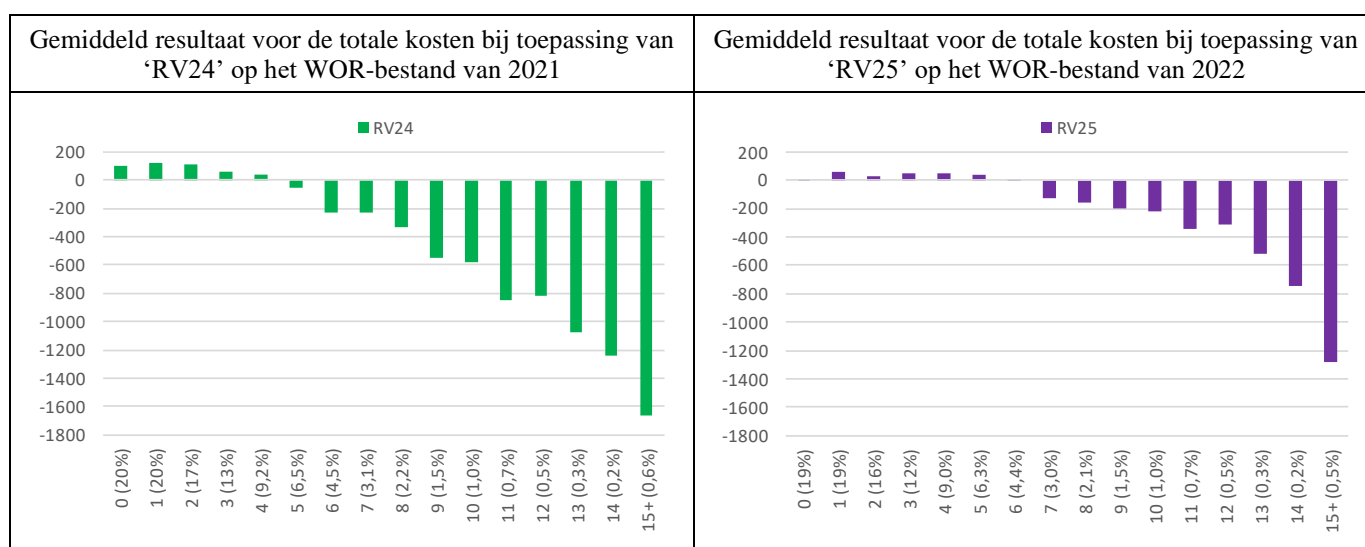
^b De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in het betreffende WOR-bestand. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat bij de herweging van de Nivel Zorgregistraties 2020 naar het WOR-bestand 2021 de instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1). Voor het rechter diagram geldt tevens dat per 2022 een nieuwe instroom heeft plaatsgevonden in het WOR-bestand en dat sommige verzekerden in de Nivel Zorgregistraties niet meer voorkomen in het WOR-bestand.

^c Voor jaar t (linker diagram) lopen de gemiddelde totale kosten op van 1.094 euro per verzekerdenjaar voor de groep ‘0’ naar 13.066 euro per verzekerdenjaar voor de groep ‘8+'. Voor jaar t+1 (rechter diagram) loopt deze range van 1.214 euro voor de groep ‘0’ tot 13.027 euro voor de groep ‘8+'.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

Uit figuur 15 blijkt dat voor subgroepen op basis van het aantal niet-chronische somatische klachten/aandoeningen in jaar t-1 het vereveningsresultaat in t+1 (bij toepassing van ‘RV25’) veelal dichterbij nul ligt dan het vereveningsresultaat in jaar t (bij toepassing van ‘RV24’). Desondanks is de omvang van het gemiddelde negatieve vereveningsresultaat in jaar t+1 voor de groepen met 10 of meer klachten/aandoeningen in t-1 nog altijd groter dan 200 euro.

Figuur 15. Vereveningsresultaat in jaar t (links) en t+1 (rechts) in euro’s voor subgroepen o.b.v. het aantal niet-chronische somatische klachten/aandoeningen in t-1 ^{a,b,c,d}



^a Zie noot a bij figuur 14.

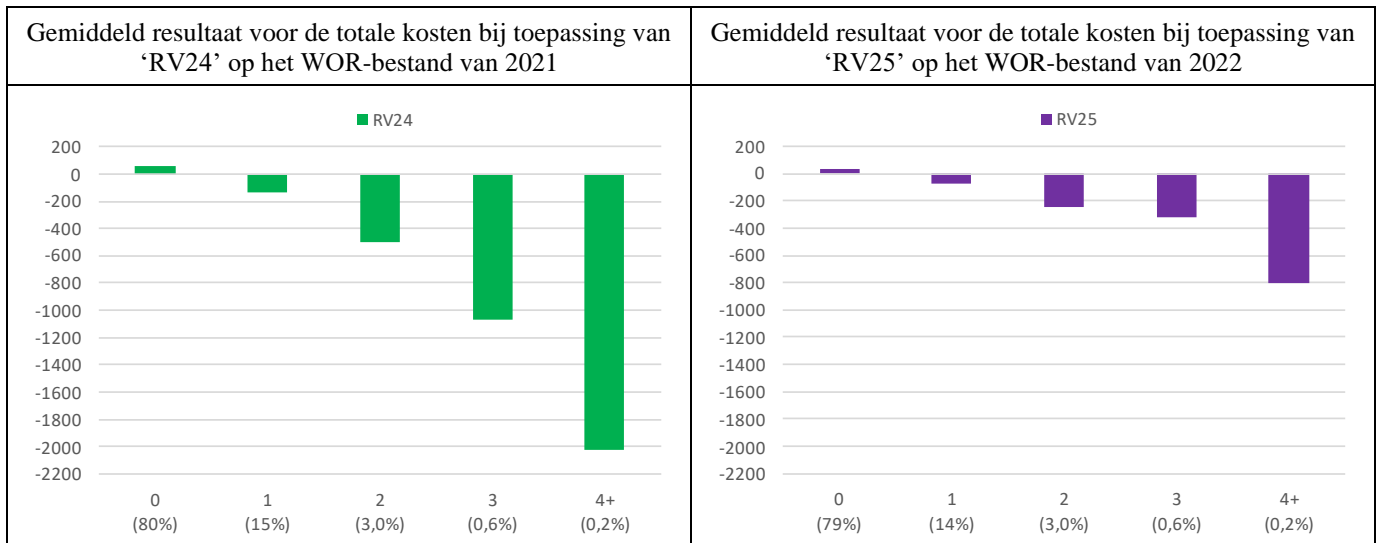
^b Zie noot b bij figuur 14.

^c Voor jaar t (linker diagram) lopen de gemiddelde totale kosten op van 1.013 euro per verzekerdenjaar voor de groep ‘0’ naar 13.949 euro per verzekerdenjaar voor de groep ‘15+’. Voor jaar t+1 (rechter diagram) loopt deze range van 1.226 euro voor de groep ‘0’ tot 13.124 euro voor de groep ‘15+’.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

Uit figuur 16 blijkt dat ook voor de subgroepen op basis van het aantal niet-chronische *psychische* klachten/aandoeningen in t-1 het vereveningsresultaat in t+1 (bij toepassing van ‘RV25’) veelal dichterbij nul ligt dan het vereveningsresultaat in t (bij toepassing van ‘RV24’). Desondanks is het gemiddelde negatieve vereveningsresultaat in t+1 voor de groepen met 2 of meer klachten/aandoeningen in t-1 nog altijd groter dan 200 euro.

Figuur 16. Vereveningsresultaat in jaar t (links) en t+1 (rechts) in euro's voor subgroepen o.b.v. het aantal niet-chronische psychische klachten/aandoeningen in jaar t-1 ^{a,b,c,d}



^a Zie noot a bij figuur 14.

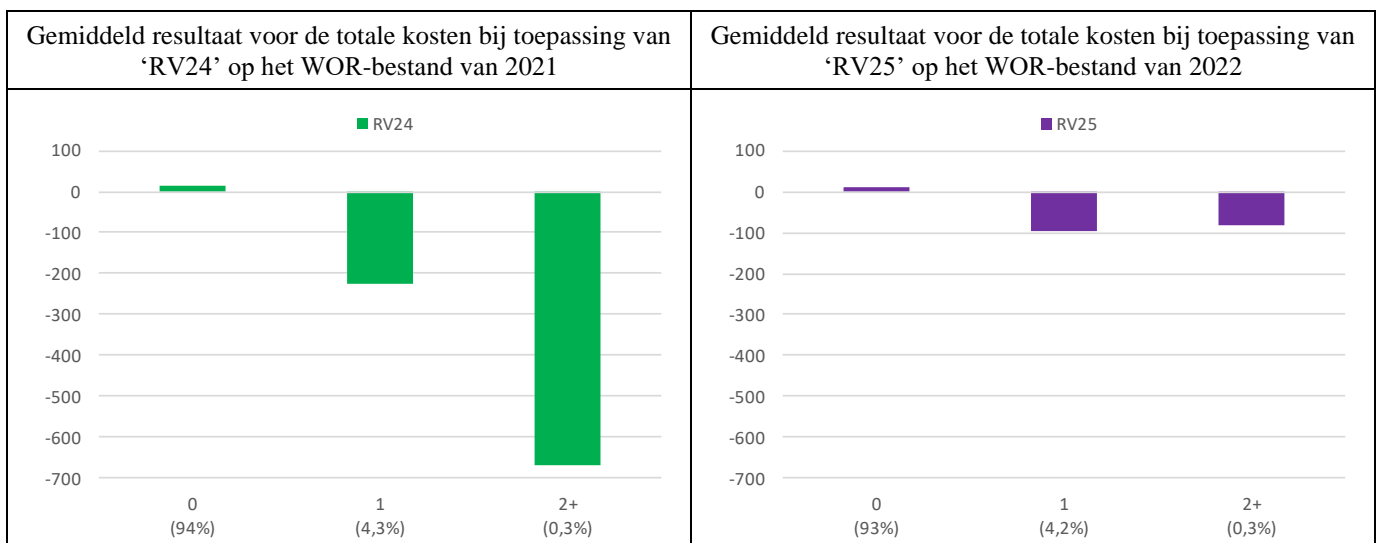
^b Zie noot b bij figuur 14.

^c Voor jaar t (linker diagram) lopen de gemiddelde totale kosten op van 2.195 euro per verzekerdenjaar voor de groep '0' naar 12.770 euro per verzekerdenjaar voor de groep '4+'. Voor jaar t+1 (rechter diagram) loopt deze range van 2.349 euro voor de groep '0' tot 11.308 euro voor de groep '4+'.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

Uit figuur 17 blijkt dat voor de subgroepen op basis van het aantal niet-chronische sociale problemen in jaar t-1 het vereveningsresultaat in t+1 (bij toepassing van 'RV25') dichtbij nul ligt, in tegenstelling tot het vereveningsresultaat in t (bij toepassing van 'RV24'). Voor deze subgroepen is het vereveningsresultaat dus nauwelijks persistent van jaar t naar t+1.

Figuur 17. Vereveningsresultaat in jaar t (links) en t+1 (rechts) in euro's voor subgroepen o.b.v. het aantal niet-chronische sociale problemen in jaar t-1 ^{a,b,c,d}



^a Zie noot a bij figuur 14.

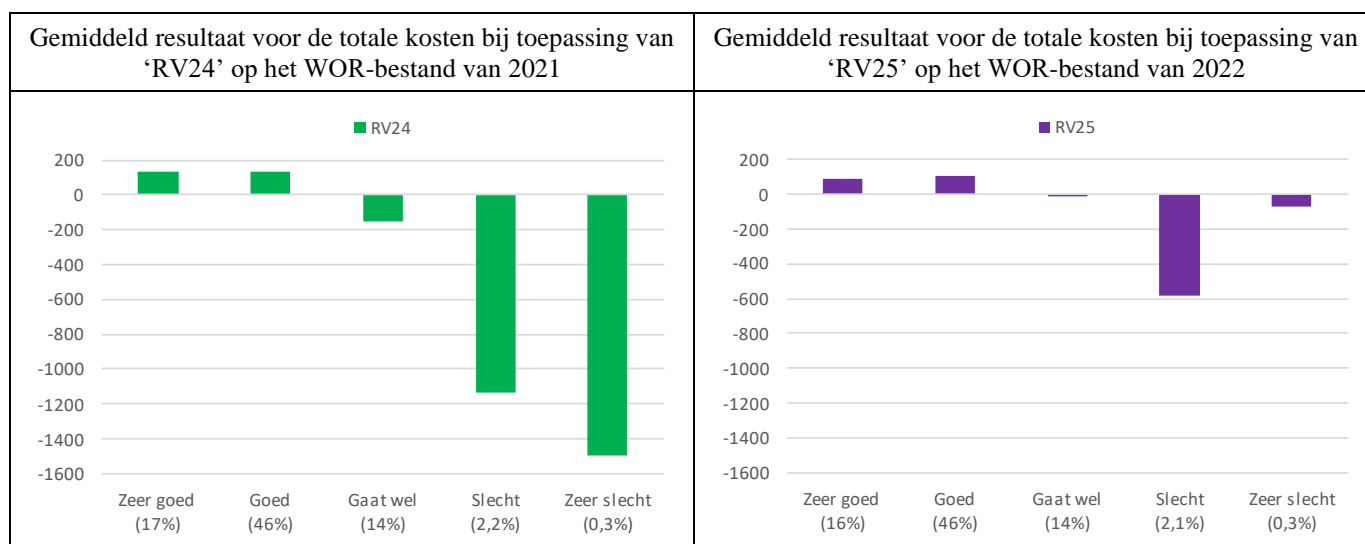
^b Zie noot b bij figuur 14.

^c Voor jaar t (linker diagram) lopen de gemiddelde totale kosten op van 2.549 euro per verzekerdenjaar voor de groep '0' naar 6.075 euro per verzekerdenjaar voor de groep '2+'. Voor jaar t+1 (rechter diagram) loopt deze range van 2.672 euro voor de groep '0' tot 5.722 euro voor de groep '2+'.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

Uit figuur 18 blijkt dat voor de subgroepen op basis van algemene gezondheid in jaar t-1 het vereveningsresultaat in t+1 (bij toepassing van 'RV25') dichterbij nul ligt dan het vereveningsresultaat in t (bij toepassing van 'RV24'). Alleen voor de subgroep 'slechte algemene gezondheid' is in t+1 nog sprake van een substantieel vereveningsresultaat.

Figuur 18. Vereveningsresultaat in jaar t (links) en t+1 (rechts) in euro's voor subgroepen o.b.v. de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid' in t-1 (populatie 19+) ^{a,b,c,d}



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2020 (N=534k), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2021. Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat 1) de Gezondheidsmonitor uitsluitend betrekking heeft op mensen die op 1 september 2020 19 jaar of ouder waren, 2) verzekerden in PPA-klassen voor 'Wlz-blijvers' uit het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 zijn verwijderd (vanwege een sterke ondervetegenwoordiging), 3) bij de herweging van het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 naar de volwassen populatie in het WOR-bestand 2021 de instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1) en 4) niet alle vragen door alle respondenten zijn ingevuld. Voor het rechter diagram geldt tevens dat per 2022 een nieuwe instroom heeft plaatsgevonden in het WOR-bestand en sommige verzekerden in het Gezondheidsmonitor-bestand niet meer voorkomen in het WOR-bestand van 2022.

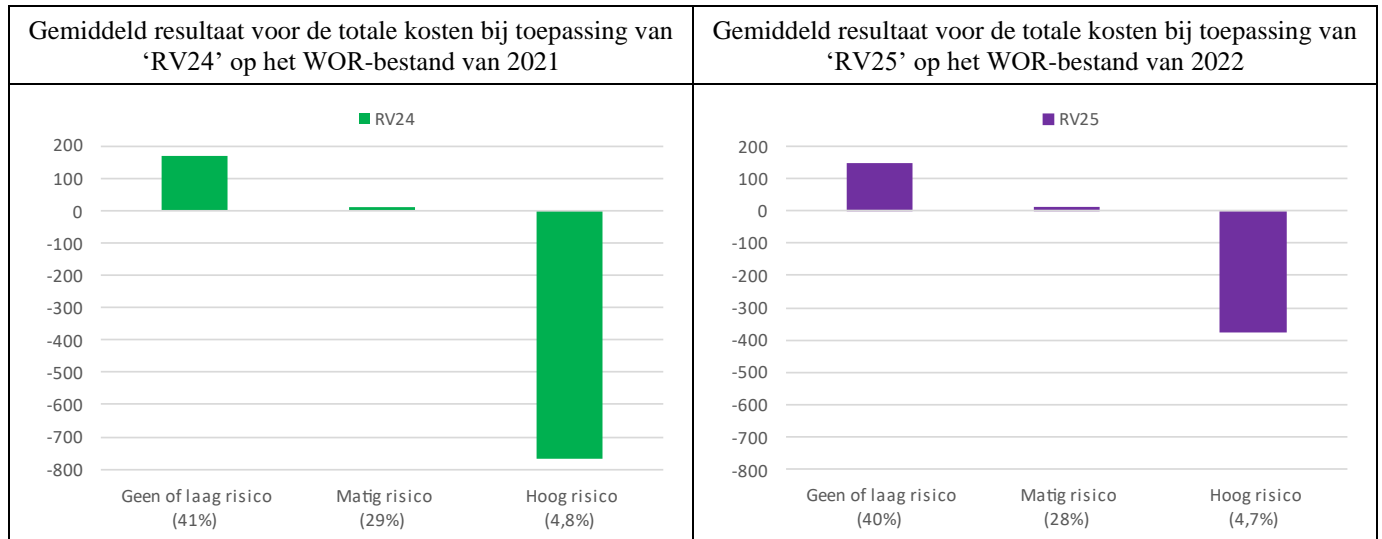
^c Voor jaar t (linker diagram) lopen de gemiddelde totale kosten op van 999 euro per verzekerdenjaar voor de groep 'Zeer goed' naar 17.967 euro voor de groep 'Zeer slecht'. Voor jaar t+1 (rechter diagram) loopt deze range van 1.164 euro voor 'Zeer goed' tot 14.996 euro voor 'Zeer slecht'.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

Uit figuur 19 blijkt dat ook voor de subgroepen op basis van het risico op angst en depressie in t-1 het vereveningsresultaat in t+1 (bij toepassing van 'RV25') dichterbij nul ligt dan het vereveningsresultaat in t (bij toepassing van 'RV24'). Desondanks is het gemiddelde

vereveningsresultaat in t+1 (bij toepassing van ‘RV25’) voor de subgroep ‘geen of laag risico’ nog altijd ruim +100 euro en voor de subgroep ‘hoog risico’ bijna -400 euro.

Figuur 19. Vereveningsresultaat in jaar t (links) en t+1 (rechts) in euro’s voor subgroepen o.b.v. het risico op angst en depressie in t-1 (populatie 19+) ^{a,b,c,d,e}



^a Zie noot a figuur 18.

^b Zie noot b figuur 18.

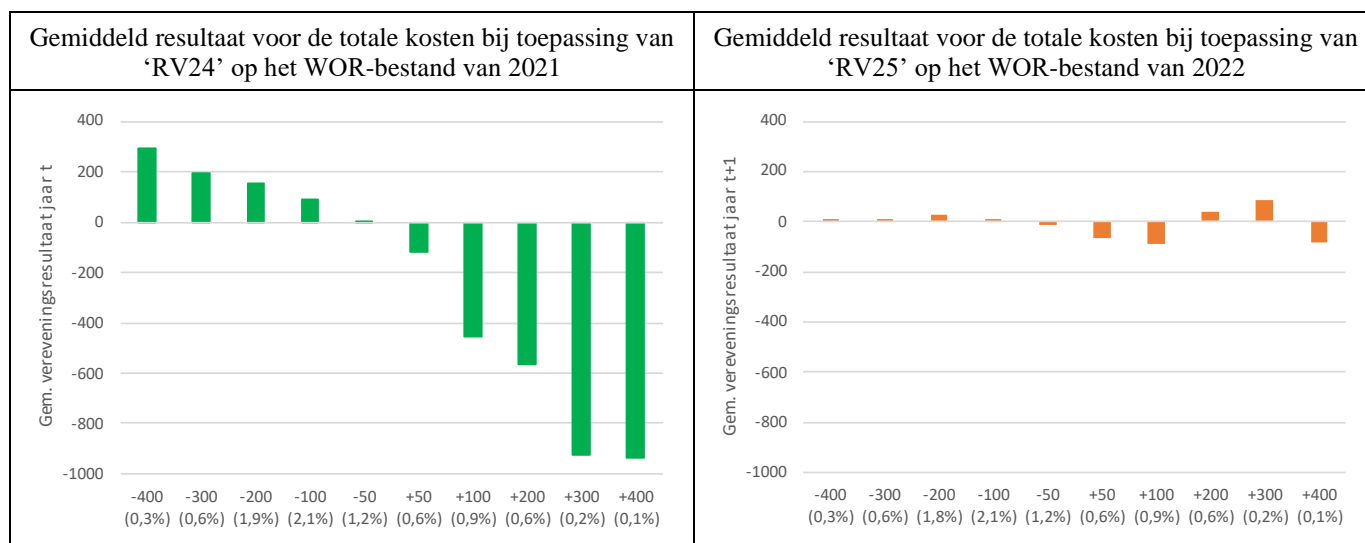
^c Het risico op angst en depressie is gebaseerd op de Kessler Psychological Distress Scale.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

^e Voor jaar t (linker diagram) lopen de gemiddelde totale kosten op van 2.174 euro per verzekerdenjaar voor de groep ‘Geen of laag risico’ naar 6.539 euro voor de groep ‘Hoog risico’. Voor jaar t+1 (rechter diagram) loopt deze range van 2.386 euro voor ‘Geen of laag risico’ tot 6.239 euro voor ‘Hoog risico’.

Figuur 20 toont tenslotte het gemiddelde vereveningsresultaat in jaar t (links) en jaar t+1 (rechts) voor verzekerden die op 1 januari van jaar t zijn overgestapt van zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast. Ook uit het rechter diagram blijkt een duidelijk patroon: de vereveningsresultaten in jaar t+1 zijn nagenoeg gelijk aan nul. Ergo: het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze subgroepen op basis van overstappers is dus niet/nauwelijks persistent van jaar t naar t+1. Twee mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat 1) de verschillen in gemiddelde kosten tussen deze subgroepen afnemen van jaar t naar t+1 (zie noot c onder figuur 20) en 2) het vereveningssysteem de verschillen in gezondheid tussen deze subgroepen (verhoudingsgewijs) beter oppikt in jaar t+1 dan in t.

Figuur 20. Vereveningsresultaat in jaar t (links) en t+1 (rechts) voor overstappers op 1 januari van jaar t, uitgesplitst naar het verschil in premie tussen de oude en nieuwe polis ^{a,b,c,d}



^a Overstappers zijn hier gedefinieerd als 'verzekerden die op 1 januari 2021 zijn gewisseld van zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast', exclusief verzekerden die in 2021 18 jaar zijn geworden.

^b De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in het WOR-bestand van 2021 (linker diagram) respectievelijk 2022 (rechter diagram).

^c Voor jaar t (linker diagram) lopen de gemiddelde totale kosten op van 644 euro per verzekerdenjaar voor de groep '-400' naar 3.386 euro per verzekerdenjaar voor de groep '+400'; de overall gemiddelde zorgkosten voor overstappers bedragen 1.966 euro per verzekerdenjaar. Voor jaar t+1 (rechter diagram) loopt deze range van 1.054 euro voor de groep '-400' tot 2.125 euro voor de groep '+400'; de overall gemiddelde zorgkosten voor overstappers bedragen 2.037 euro per verzekerdenjaar.

^d Het gemiddelde vereveningsresultaat is berekend met formules (1) en (2).

8. Conclusie

Hieronder volgen per onderzoeksvraag de belangrijkste conclusies van dit onderzoek.

Onderzoeksvraag 1: Wat is de ‘verevenende werking’ van het risicovereveningssysteem? Dat wil zeggen: in hoeverre compenseert het vereveningssysteem voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel?

Het vereveningssysteem compenseert grotendeels voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel. Op het niveau van wel/geen chronische aandoening in t-1 volgens huisartseninformatie is de verevenende werking bijna 100%. Constrained regression speelt hierbij een cruciale rol: zonder constrained regression zou voor verzekerden met (zonder) chronische aandoening gemiddeld genomen sprake zijn van een voorspelbaar verlies (voorspelbare winst). Hoewel deze conclusies in eerder onderzoek al waren getrokken voor het ex-ante model voor somatische zorg, blijkt uit het onderhavige onderzoek dat die conclusies standhouden als ook rekening wordt gehouden met de ex-ante modellen voor GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico. Voor een aantal subgroepen met specifieke chronische aandoeningen is sprake van een substantiële onder- of overcompensatie (i.e., macro-vereveningsresultaat groter/kleiner dan +50/-50 miljoen euro).

Voor de 512 subgroepen op basis van niet-chronische *somatische* klachten/aandoeningen in t-1 compenseert het vereveningssysteem van 2025 gemiddeld genomen voor 91% van de voorspelbare winsten en verliezen die zouden zijn opgetreden in een situatie zonder risicoverevening.²¹ Voor 36 niet-chronische *psychische* klachten/aandoeningen bedraagt dit percentage 86%.²² Voor subgroepen op basis van niet-chronische aandoeningen geldt dat de gemiddelde vereveningsresultaten in jaar t+1 veelal kleiner zijn dan in jaar t.

Voor de twee subgroepen op basis van wel/geen langdurige aandoening volgens de Gezondheidsmonitor 2020 compenseert het vereveningssysteem van 2024 voor 97% van de voorspelbare winsten en verliezen die zouden zijn opgetreden in een situatie zonder

²¹ Berekend met formule (4) waarbij de vereveningsresultaten die niet statistisch significant verschillen van nul op nul euro zijn gezet. Dat geldt ook voor de andere percentages die in dit hoofdstuk worden genoemd.

²² Merk op: hoewel de subgroepen in deze categorie zijn gebaseerd op *niet*-chronische klachten en aandoeningen zijn de gemiddelde vereveningsresultaten voor de subgroepen *wel* voorspelbaar. Immers: ook hier kijken we naar het gemiddelde vereveningsresultaat in jaar t voor subgroepen op basis van informatie in *jaar t-1*.

risicoverevening. Voor subgroepen op basis van de enquêtevraag “Hoe is over het algemeen uw gezondheid?” ligt dit percentage op 90% en voor subgroepen op basis van ‘angst op risico en depressie’ op 87%. Ook voor deze collecties van subgroepen (op basis van jaar t-1) geldt dat de gemiddelde vereveningsresultaten in jaar t+1 veelal kleiner zijn dan in t.

Voor subgroepen op basis van leeftijd compenseert het vereveningssysteem van 2025 voor 94% van de voorspelbare winsten en verliezen die zouden zijn opgetreden in een situatie zonder risicoverevening. Voor subgroepen op basis van SES, AVI en PPA is dat 95%, 96% respectievelijk 95%. Dat dit cijfer niet op 100% uitkomt terwijl deze subgroepen als vereveningscriteria zijn opgenomen, heeft te maken met constrained regression en een aantal andere bindende restricties die worden opgelegd bij het schatten van de normbedragen.

In dit onderzoek is ook gekeken naar subgroepen op basis van overstappers, uitgesplitst naar het verschil in premie tussen de oude en nieuwe polis. Voor subgroepen die op 1 januari van jaar t overstappen naar een goedkopere polis (als indicator voor overstap naar een beperktere dekking) resteert een positief vereveningsresultaat in jaar t. Voor subgroepen die op 1 januari van jaar t overstappen naar een duurdere polis (als indicator voor overstap naar een uitgebreidere dekking) resteert in jaar t juist een negatief vereveningsresultaat. Kijken we voor deze subgroepen naar de verevenende werking in jaar t+1 (in plaats van t) dan verdwijnen de positieve en negatieve vereveningsresultaten bijna volledig. Twee mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat 1) de verschillen in gemiddelde kosten tussen deze subgroepen afnemen van t naar t+1 en 2) het vereveningssysteem de verschillen in gezondheid tussen deze subgroepen beter oppikt in t+1 dan in t. Deze resultaten moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien kostenverschillen tussen overstappers mogelijk niet alleen samenhangen met verzekeringsrisico maar ook met doelmatigheid.

Samenvattend kan worden gesteld dat de vereveningssystemen van 2024 en 2025 grotendeels compenseren voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel. Voor subgroepen op basis van wel/geen chronische aandoening in t-1 compenseren de vereveningssystemen zelfs volledig voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten. Voor een aantal subgroepen met specifieke chronische aandoeningen is nog sprake van een forse onder- of overcompensatie. Datzelfde geldt voor subgroepen op basis van niet-chronische klachten/aandoeningen. Voor bijna alle subgroepen (op basis van jaar t-1) geldt dat het gemiddelde vereveningsresultaat in t+1 kleiner is dan in t.

Onderzoeksvraag 2: Wat is de 'power' van het risicovereveningssysteem? Dat wil zeggen: wat houdt een zorgverzekeraar gemiddeld over aan een kostenreductie?

Bij het vereveningssysteem van 2025 bedraagt power_prijs voor de totale Zvw-kosten excl. huisartsenzorg 0,74. Dit betekent dat als een verzekeraar de totale kosten structureel met 10% per verzekerde weet te reduceren (bijvoorbeeld door het uitonderhandelen van lagere inkooprijzen), gemiddeld 74% van die kostenreductie ten bate komt van de verzekeraar. De overige 26% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (vanwege de verschuiving van verzekerden naar lagere klassen van kosten-gerelateerde vereveningscriteria).

Bij het vereveningssysteem van 2025 bedraagt power_volume voor de totale Zvw-kosten excl. huisartsenzorg 0,27. Dit betekent dat als een verzekeraar erin slaagt om voor een willekeurige verzekerde het zorggebruik structureel te voorkomen (bijvoorbeeld via een effectief preventieprogramma) hij gemiddeld genomen 27% overhoudt van de kostenreductie die daarmee wordt gerealiseerd. De overige 73% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (die tot stand komt doordat de betreffende verzekerde dan in de afslagklassen van gebruik-gerelateerde vereveningscriteria terechtkomt).

De impact van het vereveningssysteem op power varieert tussen zorgvormen en subgroepen.

Voor een totaaloordeel over de impact van het vereveningssysteem op de financiële prikkels voor verzekeraars dienen power en verevenende werking in samenhang te worden gezien.

Voor de subgroepen die in aanmerking komen voor de ketenzorgprogramma's COPD, CVRM respectievelijk diabetes is bij het huidige vereveningssysteem – per saldo – waarschijnlijk sprake van een betere prikkelwerking dan in een situatie zonder risicoverevening.

9. Discussie

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de ‘verevenende werking’ en ‘power’ van het risicovereveningssysteem. In veel opzichten is dit onderzoek verder gegaan dan eerdere studies. De innovatieve aspecten kunnen als volgt worden samengevat:

- Qua verevenende werking is niet alleen gekeken naar de ex-ante vereveningsmodellen voor somatische zorg en GGZ, maar ook naar het ex-ante model voor de kosten onder het verplicht eigen risico en naar de Hoge Kosten Compensatie voor somatische zorg en GGZ. Dit geeft een completer beeld van de verevenende werking.
- Qua verevenende werking is gekeken naar een breed scala aan subgroepen afgeleid uit diagnose-informatie, zelf-gerapporteerde gezondheid, overstapgedrag van verzekerden en demografische en sociaaleconomische informatie. Ook dit zorgt voor een completer beeld van de verevenende werking dan in eerdere studies.
- Qua verevenende werking voor subgroepen afgeleid uit informatie van jaar t-1 is niet alleen gekeken naar het gemiddelde vereveningsresultaat in jaar t maar ook naar het gemiddelde vereveningsresultaat in t+1. Dit geeft een beeld van de mate waarin positieve/negatieve vereveningsresultaten al dan niet persistent zijn van t naar t+1.
- Qua verevenende werking is een samenvattende maatstaf toegepast die aangeeft in welke mate het vereveningssysteem compenseert voor de voorspelbare winsten en verliezen die zouden zijn opgetreden in een situatie zonder risicoverevening.
- Naast verevenende werking is uitgebreid gekeken naar power. Dit geeft een indicatie van de mate waarin een structurele kostenbesparing gerealiseerd door een individuele verzekeraar ten bate komt van die verzekeraar. Voldoende power is een voorwaarde voor financiële prikkels voor prijs- en volumebeheersing.

Bij de interpretatie van de resultaten en conclusies van dit onderzoek dient tevens rekening te worden gehouden met een aantal keuzes, beperkingen en veronderstellingen:

- In dit onderzoek is nauwelijks ingezoomd op het vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van afzonderlijke (chronische) aandoeningen in de Nivel

Zorgregistraties. Dit is een logische richting voor vervolgonderzoek. Het verdient aanbeveling om daarbij niet alleen te kijken naar subgroepen met substantiële ondercompensatie maar ook naar subgroepen met substantiële overcompensatie.²³

- In de figuren in dit rapport is veelal ingezoomd op het vereveningsresultaat na toepassing van (varianten van) de vereveningssystemen van 2024 en 2025. Zoals de relatieve maatstaf voor verevenende werking laat zien, zouden de vereveningsresultaten zonder risicoverevening veel groter zijn geweest. Ter illustratie bevat bijlage 4 figuren 1-7 *uitgebreid met de modelvariant 'Geen RV'*.
- Qua verevenende werking is 'uitsluitend' gekeken naar de mate waarin het vereveningssysteem compenseert voor voorspelbare verschillen in *zorgkosten*. De resultaten geven daarmee geen volledig beeld van de mate waarin de risicoverevening bewerkstelligt dat "iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt". Voor een volledig beeld zou ook moeten worden gekeken naar voorspelbare verschillen in de *overige kosten* die verzekeraars maken zoals administratiekosten en de kosten van het aanhouden van kapitaal (Douven & Van de Ven, 2022). Dit is een interessante richting voor vervolgonderzoek.
- Hoewel dit onderzoek een zeer uitgebreid beeld geeft van de 'verevenende werking' is niet nagegaan hoe problematisch de resterende onder/overcompensaties zijn. Om de ernst van resterende onder/overcompensaties te bepalen is meer informatie nodig over hoe (en in hoeverre) onder/overcompensaties van invloed zijn op de premies van zorgpolissen (en daarmee samenhangend de mate van risicosolidariteit), het polisaanbod (en daarmee samenhangend de kwaliteit van zorgpolissen) en de zorginkoop (en daarmee samenhangend de doelmatigheid van zorg). Hier is weinig over bekend. Ook dit is een interessante richting voor vervolgonderzoek.
- Bij het berekenen van de power maatstaven is een aantal veronderstellingen gemaakt. In de eerste plaats is uitgegaan van een *structurele* kostenbesparing waarbij geen rekening is gehouden met de mogelijkheid dat een verzekeraar die dit jaar start met

²³ Zo bleek uit onderliggende resultaten dat voor de subgroep van verzekerden met ICPC-code P70 in jaar t-1 (Seniele dementie/Alzheimer) een macro-overcompensatie bestaat van ruim 100 miljoen euro, ook in een vereveningssysteem zonder constrained regression. Dergelijke resultaten vragen om nadere analyse.

prijs- en/of volumebeheersing de eerste jaren méér overhoudt aan de kostenbesparing dan de power-maatstaven suggereren. In de tweede plaats is geen rekening gehouden met tweede-orde-effecten zoals de invloed van een kostenbesparing op de normbedragen van het vereveningsmodel, de drempelbedragen van MHK, MVV en MHK-GGZ, Flankerend Beleid en andere aspecten van het vereveningssysteem.²⁴ In de derde plaats is in dit onderzoek gekeken naar de *gemiddelde* power (voor zorgvormen en aandoeningen). De uitkomsten geven daarmee een globale indruk van de mate waarin een kosten- of volumebesparing gerealiseerd door een individuele verzekeraar ten bate komt van die verzekeraar. Voor specifieke besparingsactiviteiten – zoals substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg of het voorkomen van onnodige verrichtingen binnen een behandeltraject – kan de power anders uitpakken.²⁵ In de vierde plaats is in dit onderzoek niet gekeken naar de *kosten* van besparingsactiviteiten. Naast de verwachte opbrengsten zullen ook de kosten van besparingsactiviteiten een rol spelen bij de prikkels voor verzekeraars om die activiteiten al dan niet uit te voeren (Gommans et al., 2022). In de vijfde plaats is geen rekening gehouden met de mogelijke impact van instroom/uitstroom van verzekerden op de daadwerkelijke besparing als gevolg van kostenbeheersingsactiviteiten. In het licht van deze beperkingen en veronderstellingen is het interessant om te onderzoeken hoe de hier toegepaste power maatstaven verder kunnen worden verfijnd.

- Ook voor power geldt dat in dit onderzoek niet is nagegaan hoe problematisch een lage (of zelfs negatieve) power is voor het functioneren van het zorgstelsel. Om de ernst van een lage power te bepalen is meer informatie nodig over hoe (en in hoeverre) power doorwerkt in keuzes en acties van verzekeraars. Hier is nog maar weinig over bekend. Ook dit is een interessante richting voor vervolgonderzoek. Daarbij kan worden gekeken naar de *mogelijkheden* voor prijs- en volumebeheersing. Een hypothese kan zijn dat verzekeraars betere mogelijkheden hebben voor het reduceren van de kosten per gebruiker (e.g., via het uitonderhandelen van lagere inkooprijzen)

²⁴ Echter, als hier rekening mee wordt gehouden dan moet ook worden gekeken naar een derde-orde-effect, te weten de impact de veranderingen in normbedragen etc. op de vereveningsbijdrage van andere verzekeraars.

²⁵ Voor de simulatie van *power_volume* zijn in dit onderzoek de kosten op nul euro gezet. Met andere woorden: het betreffende zorggebruik wordt volledig voorkomen. In de praktijk kan een volumebesparing betrekking hebben op specifieke verrichtingen/behandelingen waardoor het gebruik wel afneemt maar niet volledig.

dan het voorkomen van zorggebruik (e.g., via preventie).²⁶ Als dat inderdaad zo blijkt te zijn dan is power_prijs mogelijk relevanter dan power_volume.

Het doel van dit onderzoek was om een beter beeld te krijgen van de verevenende werking en power van het huidige vereveningssysteem. Het doorrekenen van potentiële verbeteringen van het vereveningssysteem viel buiten de scope. Ook dat is voor vervolgonderzoek. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat – in algemene zin – het vereveningssysteem langs twee sporen kan worden verbeterd: 1) het verbeteren van de verevenende werking gegeven de power en 2) het verhogen van de power gegeven de verevenende werking.²⁷ Voor concrete onderzoeksideeën naar potentiële verbeteringen van het vereveningssysteem verwijzen wij naar de ‘Groslijst onderzoeksideeën Wetenschappelijk Platform Risicoverevening (WPR)’.

²⁶ De link tussen gebruik/kosten en vereveningsbijdrage heeft overigens niet alleen consequenties voor de prikkels om aan prijs- en volumebeheersing te doen maar kan ook zorgen voor prikkels ten aanzien van de registratie van zorggebruik. In het onderhavige onderzoek is niet naar dit type prikkelwerking gekeken.

²⁷ In de geest van de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet gaat dit rapport ervan uit dat het wenselijk is dat verzekeraars financiële prikkels ervaren om aan prijs- en volumebeheersing te doen. Er zijn situaties denkbaar waarin dergelijke financiële prikkels juist *niet* wenselijk zijn, bijvoorbeeld wanneer er onvoldoende kritische consumenten zijn om verzekeraars ‘af te straffen’ in het geval van een beknibbeling op de toegankelijkheid en kwaliteit van een bepaalde zorgvorm. De vraag is dan echter of het model van gereguleerde concurrentie (Zvw) überhaupt geschikt is voor de betreffende zorgvorm (Schut & Van de Ven, 2010).

Referenties

Battaglia, M.P., D.C. Hoaglin & M.R. Franklin (2009). [Practical considerations in raking survey data](#). Survey Practice 2.

Deming, W.E. (1943). [Statistical Adjustment of Data](#). New York, Wiley.

Douven R. & W.P.M.M van de Ven (2022). [Neem bedrijfskosten van zorgverzekeraar ook op in de risicoverevening](#). Economisch Statistische Berichten 107: 513-515.

Douven R., S. Brammli, F. Buchner, L. Kauer, R.C. van Kleef, T.G. McGuire, F. Paolucci, M. Reitsma, S. Rose, C. Schmid & J. Wasem (2024). Power of volume and price incentives in health plan payment models: A country comparison. Work in progress.

Geruso, M., & T.G. McGuire (2016). [Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance](#). Journal of Health Economics 47: 1–19.

Gommans, T., M. Gielen & D. Voskamp (2022). [Risicoverevening & Passende Zorg: Onderzoek naar de mogelijk belemmerende werking van de risicoverevening bij de ontwikkeling van meer passende zorg](#). Rotterdam: Rebel.

Gupta (2021). [Wat is het resterende probleem van chronisch zieke verzekerden binnen de risicoverevening?](#) Amsterdam: Gupta.

Hamstra, G., P. van Drunen, R. Hoekstra, M. Mol & P. Stam (2022). [WOR 1074: Restriscico's 2: Vereveningsresultaat van verzekeraars en polissen](#). Equalis.

Izrael, D., D.C. Hoaglin & M.P. Battaglia (2000). [A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample](#). Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference, Cary, NC, SAS Institute Inc., pp. 1350-1355.

Nielen, M., R. Davids, M. Gommer, R. Poos & R. Verheij (2016). [Berekening morbiditeitscijfers op basis van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn](#). Nivel.

Nivel (2022). Nivel Zorgregistraties. 2022. NZR-00322.052.

Schut, F.T. & W.P.M.M. van de Ven (2010). [Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig](#). Economisch Statistische Berichten 95: 486-489.

Stam, P.J.A. (2007). [Testing the effectiveness of risk equalization models in health insurance: A new method and its application](#). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Stam, P.J.A., R.C.J.A. van Vliet & W.P.M.M. van de Ven (2010). [A Limited-Sample Benchmark Approach to Assess and Improve the Performance of Risk Equalization Models](#). Journal of Health Economics 29: 426–37.

Tweede Kamer (2004). Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking, 29763, nr. 3.

Van de Ven, W.P.M.M., G. Hamstra, R.C. van Kleef, M. Reuser & P. Stam (2023). [The goal of risk equalization in regulated competitive health insurance markets](#). European Journal of Health Economics 24: 111–123.

Van de Ven, W.P.M.M., G. Hamstra, R.C. van Kleef, M. Reuser & P. Stam (2023). [De wetgever moet het doel van de risicoverevening vaststellen](#). Economisch Statistische Berichten 108: 82-85

Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet & W.P.M.M. van de Ven (2014). [Risicoverevening 2014 voor somatische zorg: analyse van uitkomsten op subgroepniveau](#). Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Van Kleef, R.C., F. Eijkenaar & R.C.J.A. van Vliet. (2017). [Risicoverevening 2016: uitkomsten op subgroepen uit de gezondheidsmonitor 2012](#). Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet, F. Eijkenaar & M.J. Nielen (2018). [Gebruik van diagnose-informatie uit huisartsenregistraties in de risicoverevening via constrained regression](#). Rapport ESHPM, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet & M. Oskam (2021). [Restrisico Fase III: Gezonde verzekeren](#). Rapport ESHPM, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Van Kleef, R.C. & R.C.J.A. van Vliet (2022). [How to deal with persistently low/high spenders in health plan payment systems](#). Health Economics 31: 784-805.

Van Kleef, R.C., M. Reuser, P.J.A. Stam & W.P.M.M. van de Ven (2024). [A framework for ex-ante evaluation of the potential effects of risk equalization and risk sharing in health insurance markets with regulated competition](#). Health Economics Review, forthcoming.

VWS (2023). [Regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2024](#). Staatscourant nr. 26480.

VWS (2024). [Regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2025](#). Staatscourant nr. 31526.

WOR 1175, ESHPM-Projectteam risicoverevening (2023). Onderzoek risicoverevening 2024: Gegevensfase. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1176, ESHPM-projectteam risicoverevening (2023). Onderzoek risicoverevening 2024: Overall Toets, eindrapportage. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1202, ESHPM-projectteam risicoverevening (2024), Vervolgonderzoek constrained regression: extra restricties gebaseerd op risicoklassen en alternatieve definities van (on)gezond. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

WOR 1221, ESHPM-projectteam risicoverevening (2024). Onderzoek risicoverevening 2025: Overall Toets; eindrapportage. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

WOR 1222, ESHPM-projectteam risicoverevening (2024). Onderzoek risicoverevening 2025: Berekening normbedragen; eindrapportage. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit.

Bijlage 1. Herweging Nivel Zorgregistraties en Gezondheidsmonitor-bestand

Voor de herweging van de Nivel Zorgregistraties (2020 en 2021) en het Gezondheidsmonitor-bestand (2020) is gebruikgemaakt van de RAS-methode. Deze methode kan worden toegelicht aan de hand van het onderstaande voorbeeld.

Stel dat bestand Z moet worden herwogen naar populatie P op basis van:

1. leeftijd in 20 klassen;
2. regio in 10 klassen.

Als het zou gaan om weging naar uitsluitend indeling (1) dan is de oplossing simpel:

- a) Bepaal in Z en P het aantal waarnemingen voor elk van de 20 leeftijdsklassen.
- b) Bereken voor elk van de 20 leeftijdsklassen de verhouding tussen het aantal waarnemingen in P en het aantal waarnemingen in Z.
- c) Gebruik de verhoudingsgetallen uit (b) als gewichten voor de waarnemingen in Z.

Met alleen deze weging is het echter onwaarschijnlijk dat de gewogen aantallen waarnemingen voor de 10 regioklassen in Z precies uitkomen op de aantallen in P. De RAS-methode biedt hiervoor een oplossing. Deze methode (ook wel ‘sample-balancing’ of ‘raking’ genoemd) zorgt ervoor dat indelingen (1) en (2) worden gecombineerd met de aantallen in P tot één wegingsmatrix (met – in dit geval – $20 \times 10 = 300$ cellen) zodanig dat de koppeling van deze gewichten aan Z leidt tot gewogen aantallen waarnemingen die exact overeenkomen met de aantallen in P van indeling (1) én met die van indeling (2). In feite komt het erop neer dat de bewerkingen (a), (b) en (c) een aantal keer achter elkaar worden uitgevoerd.

Izrael et al. (2000) hebben de RAS-methode geïmplementeerd in een SAS-macro, uitgaande van ‘sample-balancing’ zoals beschreven door Deming (1943). Battaglia et al. (2009) gaan in op praktische issues. Wij hebben de betreffende macro opgevraagd en hier toegepast. Voor een verdere toelichting op de RAS-methode verwijzen wij de geïnteresseerde lezer naar http://en.wikipedia.org/wiki/Iterative_proportional_fitting.

Bij de herweging van de Nivel Zorgregistraties van 2020 (2021) naar het WOR-bestand van 2021 (2022) is rekening gehouden met alle vereveningscriteria van het vereveningssysteem van 2024 (2025) plus twee extra indelingen op basis van kwantielen van somatische kosten en

GGZ kosten in 2021 (2022). Vanwege kleine aantallen zijn de Extreem Hoge Kosten clusters (FKG's 44 t/m 48) samengevoegd met FKG43. Bij de herweging zijn alle instromers in het WOR-bestand per 2021 (2022) buiten beschouwing gelaten aangezien die verzekerden in principe sowieso niet voorkomen in de Nivel Zorgregistraties 2020 (2021). Dit betreft bijvoorbeeld kinderen geboren in 2021 (2022) en immigranten in 2021 (2022).

Tabel B1 (B2) geeft een overzicht van de representativiteit van de Nivel Zorgregistraties 2021 (2022). In de twee kolommen onder 'WOR-bestand' zien we het effect van het buitenbeschouwing laten van instromers: de gemiddelde totale kosten nemen af als gevolg van het buitenbeschouwing laten van nuljarigen (met gemiddeld relatief hoge kosten). Vergelijking van de kolommen 'Nivel Zorgregistraties voor herweging' en 'WOR-bestand excl. instroom' geeft een beeld van de representativiteit van de *ongewogen* Nivel Zorgregistraties voor de corresponderende Zvw-populatie: de gemiddelde kosten liggen in de Nivel Zorgregistraties 52 euro hoger dan in het WOR-bestand. Uit het gemiddelde vereveningsresultaat kan worden opgemaakt dat dit kostenverschil grotendeels wordt opgepikt door het vereveningssysteem van 2024 (2025). Vergelijking van de kolommen 'Nivel Zorgregistraties na herweging' en 'WOR-bestand excl. instroom' geeft een beeld van de representativiteit van de *herwogen* Nivel Zorgregistraties voor de corresponderende Zvw-populatie: de gemiddelde kosten in de herwogen Nivel Zorgregistraties zijn bijna gelijk aan die in het WOR-bestand.

Tabel B1. Representativiteit Nivel Zorgregistraties 2020, vóór en ná herweging ^a

		WOR-bestand 2021		Nivel Zorgregistraties 2020	
		totaal	excl. instroom ^b	voor herweging	na herweging
Verzekerdjaren		17.213.354	17.030.953	1.195.671	17.030.953
Somatische zorg	Gem. kosten	2.574	2.549	2.586	2.548
	Gem. resultaat	0	4	4	6
GGZ	Gem. kosten	272	274	289	274
	Gem. resultaat	0	0	-5	0
Eigen risico	Gem. kosten	186	187	188	185
	Gem. resultaat	0	0	0	2
Totaal ^c	Gem. kosten	2.659	2.635	2.687	2.637
	Gem. resultaat	0	4	-1	4

^a Kosten volgens de definitie van het vereveningssysteem van 2024. Gemiddeld resultaat volgens de ex-ante vereveningsmodellen van 2024 ('RV24') geschat op het WOR-bestand van 2021.

^b Exclusief instroom wil zeggen: exclusief verzekerden in het WOR-bestand van 2021 die *niet* voorkomen in het WOR-bestand van 2020.

^c Totaal wil zeggen: somatisch + GGZ – eigen risico.

Tabel B2. Representativiteit Nivel Zorgregistraties 2021, vóór en ná herweging ^a

		WOR-bestand 2022		Nivel Zorgregistraties 2021	
		totaal	excl. instroom ^b	voor herweging	na herweging
Verzekerdjaren		17.310.265	17.106.961	1.216.919	17.106.961
Somatische zorg	Gem. kosten	2.655	2.634	2.657	2.635
	Gem. resultaat	0	4	8	2
GGZ	Gem. kosten	278	280	301	281
	Gem. resultaat	0	0	-8	-1
Eigen risico	Gem. kosten	190	192	193	190
	Gem. resultaat	0	0	0	1
Totaal ^c	Gem. kosten	2.743	2.723	2.765	2.727
	Gem. resultaat	0	4	0	0

^a Kosten volgens de definitie van het vereveningssysteem van 2025. Gemiddeld resultaat volgens de ex-ante vereveningsmodellen van 2025 ('RV25') geschat op het WOR-bestand van 2022.

^b Exclusief instroom wil zeggen: exclusief verzekerden in het WOR-bestand van 2022 die *niet* voorkomen in het WOR-bestand van 2021.

^c Totaal wil zeggen: somatisch + GGZ – eigen risico.

Bij de herweging van het Gezondheidsmonitor-bestand van 2020 (18+) naar het WOR-bestand van 2021 (18+) is rekening gehouden met alle vereveningscriteria van het vereveningssysteem van 2024 plus twee indelingen op basis van kwantielen van somatische kosten en GGZ kosten in 2021. Vanwege kleine aantallen zijn de Extreem Hoge Kosten clusters (FKG's 44 t/m 48) samengevoegd met FKG43. Om dezelfde reden is FKG22 samengevoegd met FKG20, FDG4 met FDG3, DKG15/21 met DKG18, DKG25 met DKG26 en psychische DKG12-16 met psychische DKG11. Bij de herweging zijn alle instromers in het WOR-bestand per 2021 buiten beschouwing gelaten aangezien die mensen in principe sowieso niet voorkomen in de Gezondheidsmonitor. Daarnaast zijn ook de verzekerden in de PPA-klassen 'woonachtig in een Wlz-instelling, blijvend' buiten beschouwing gelaten aangezien deze groep sterk is ondervertegenwoordigd in de Gezondheidsmonitor (vanwege het feit dat instellingsbewoners in principe buiten de steekproef van de Gezondheidsmonitor vallen). Respondenten die wel in de betreffende PPA-klassen bleken voor te komen zijn voor dit onderzoek uit het Gezondheidsmonitor-bestand verwijderd.

Tabel B3 geeft een overzicht van de representativiteit van het Gezondheidsmonitor-bestand. Vergelijking van de twee kolommen onder 'WOR-bestand' geeft een indruk van de impact van het buitenbeschouwing laten van instromers per 2021 en verzekerden in de PPA-klassen 'woonachtig in Wlz-instelling, blijvend': de gemiddelde totale kosten nemen iets toe. Vergelijking van de kolommen 'Gezondheidsmonitor-bestand voor herweging' en 'WOR-bestand excl. instroom en PPA 1-3' geeft een beeld van de representativiteit van het

Gezondheidsmonitor-bestand voor de corresponderende Zvw-populatie: de gemiddelde kosten liggen in het Gezondheidsmonitor-bestand 583 euro hoger dan in het WOR-bestand. Dit heeft te maken met de oververtegenwoordiging van ouderen in het Gezondheidsmonitor-bestand. Vergelijking van de kolommen ‘Gezondheidsmonitor-bestand na herweging’ en ‘WOR-bestand excl. instroom en PPA 1-3’ geeft een beeld van de representativiteit van het Gezondheidsmonitor-bestand voor de corresponderende Zvw-populatie *na herweging*: de gemiddelde kosten in het Gezondheidsmonitor-bestand zijn 28 euro lager dan in het WOR-bestand. Het gemiddelde vereveningsresultaat ligt 25 euro hoger in het Gezondheidsmonitor-bestand. Gemiddeld genomen is het herwogen Gezondheidsmonitor-bestand dus iets gezonder dan het corresponderende WOR-bestand.

Tabel B3. Representativiteit Gezondheidsmonitor-bestand 2020, vóór en ná herweging ^a

		WOR-bestand 2021 18+		Gezondheidsmonitor-bestand 2020	
		totaal	excl. instroom en PPA 1-3 ^b	voor herweging	na herweging
Verzekerdjaren		13.935.601	13.689.188	529.960	13.689.188
Somatische zorg	Gem. kosten	2.853	2.861	3.625	2.842
	Gem. resultaat	21	24	150	39
GGZ	Gem. kosten	335	338	190	330
	Gem. resultaat	0	-5	10	4
Eigen risico	Gem. kosten	229	230	263	231
	Gem. resultaat	0	-1	-4	-1
Totaal ^c	Gem. kosten	2.959	2.969	3.552	2.941
	Gem. resultaat	21	19	165	44

^a Kosten volgens de definitie van het vereveningssysteem van 2024. Gemiddeld resultaat volgens de ex-ante vereveningsmodellen van 2024 (‘RV24’) geschat op het WOR-bestand van 2021.

^b Exclusief instroom wil zeggen: exclusief verzekerden in het WOR-bestand van 2021 die *niet* voorkomen in het WOR-bestand van 2020.

^c Totaal wil zeggen: somatisch + GGZ – eigen risico.

Bijlage 2. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. zelf-gerapporteerde gezondheid

Tabel B4. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. zelf-gerapporteerde gezondheid in jaar t-1 afgeleid uit de Gezondheidsmonitor (populatie 19+) ^{a,b}

	Prevalentie ^c	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar			
		Geen RV	RV24 excl. CR	RV24	RV24 + HKC
Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen (6 maanden of langer)?					
Ja	25%	-3251*	-161*	-30	-29
Nee	51%	1181*	118*	86*	83*
Bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?					
Ja, ernstig beperkt	4%	-9848*	-1024*	-822*	-808*
Ja, beperkt	19%	-2412*	-174*	-60	-62
Nee, niet beperkt	52%	1221*	178*	152*	149*
Minimaal één beperking met horen, zien of mobiliteit volgens OECD-indicator					
Ja	11%	-4830*	-397*	-252*	-257*
Nee	65%	498*	96*	97*	96*
Body Mass Index					
BMI tot 18,5	1%	-1135*	-596*	-610*	-593*
BMI 18,5-20	4%	207*	-87	-114	-82
BMI 20-25	34%	302*	61*	53*	56*
BMI 25-30	27%	-274*	93*	128*	120*
BMI boven 30	12%	-1644*	-99*	-14	-27
Heeft u de afgelopen 4 weken last gehad van stress?					
Bijna niet	30%	-457*	164*	210*	206*
Een beetje	31%	267*	83*	84*	81*
Veel	10%	-624*	-257*	-246*	-236*
Heel veel	3%	-2589*	-924*	-887*	-873*

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2020 (N=534k), herwogen naar het WOR-bestand 2021 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Voor meer informatie over de Gezondheidsmonitor 2020, zie <https://www.monitorgezondheid.nl/>.

^c Prevalentie ten opzichte van de totale Zvw-populatie in het WOR-bestand 2021. Per vraag tellen de percentages niet op tot 100% omdat 1) de Gezondheidsmonitor uitsluitend betrekking heeft op mensen die op 1 september 2020 19 jaar of ouder waren, 2) verzekerden in PPA-klassen voor 'Wlz-blijvers' uit het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 zijn verwijderd (vanwege een sterke ondervertegenwoordiging), 3) bij de herweging van het Gezondheidsmonitor-bestand 2020 naar de volwassen populatie in het WOR-bestand 2021 alle instromers in het WOR-bestand (per 2021) buiten beschouwing zijn gelaten (zie bijlage 1) en 4) niet alle vragen door alle respondenten zijn ingevuld.

* Statistisch significant verschillend van nul euro op basis van een t-toets en met gebruik van een kritieke grens van $t=2,576$ ($p=0,01$).

Bijlage 3. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. leeftijd, SES, AVI en PPA

Tabel B5. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor subgroepen o.b.v. leeftijd, SES, AVI en PPA afgeleid uit de vereveningscriteria van het risicovereveningssysteem 2024 ^a

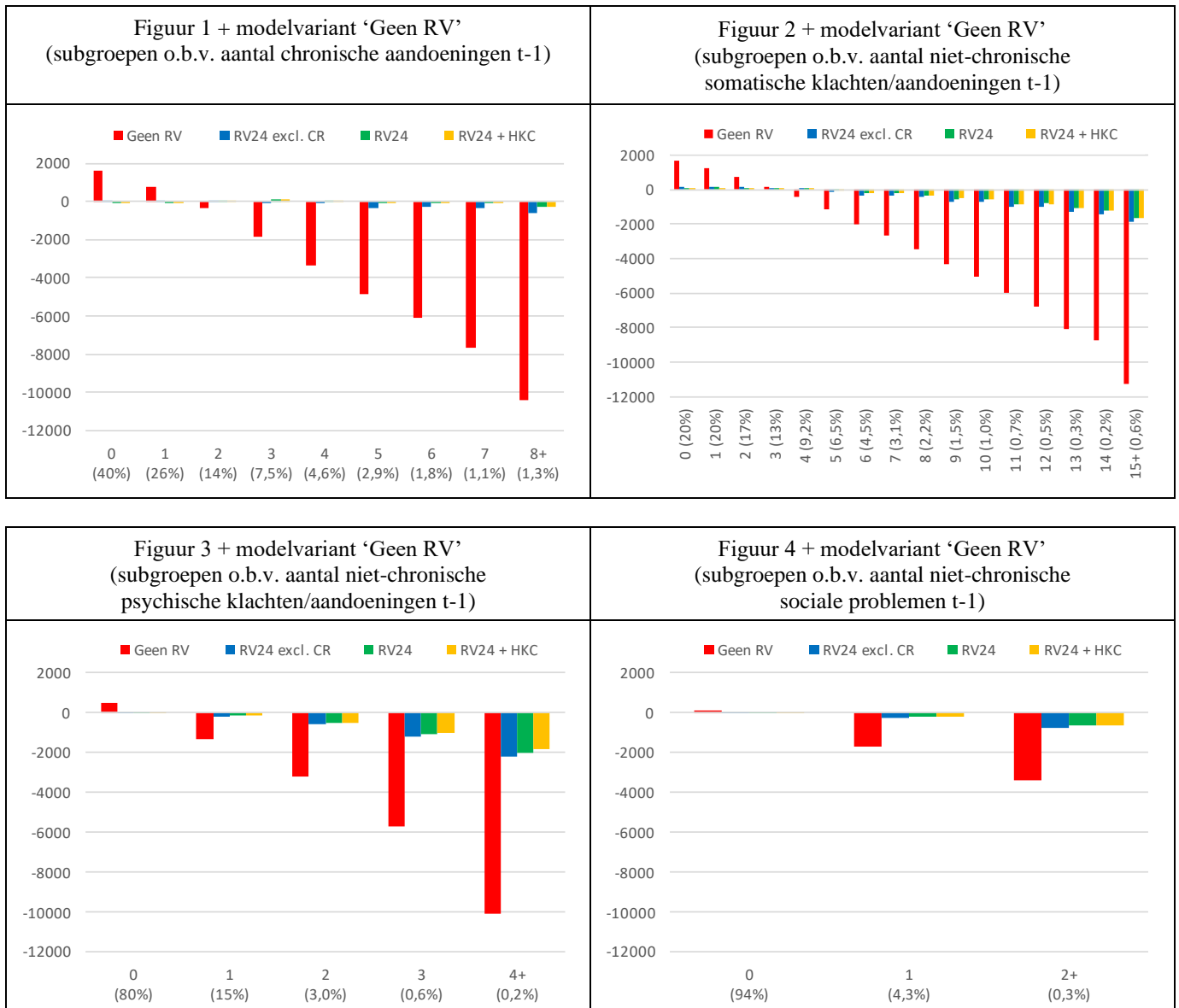
	Prevalentie ^b	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar			
		Geen RV	RV24 excl. CR	RV24	RV24 + HKC
Leeftijd					
0-17 jaar	19%	1189*	0	-90*	-89*
18-34 jaar	21%	1087*	-8*	-70*	-70*
35-49 jaar	18%	918*	-9*	-44*	-44*
50-64 jaar	21%	-16*	1	30*	29*
65-79 jaar	15%	-2291*	12	144*	143*
80 jaar en ouder	5%	-5490*	27	238*	237*
Sociaal Economische Status (SES)					
Zeer laag	21%	-911*	18*	43*	41*
Laag	20%	-128*	-3	4	4
Gemiddeld	30%	232*	-4	-9	-8
Hoog	30%	501*	-6	-24*	-24*
Aard van Inkomen (AVI)					
IVA	1%	-5721*	71	227*	223*
Arbeidsongeschikten	5%	-2719*	4	87*	87*
Bijstandsgerechtigden	4%	-971*	4	30	31*
Studenten	4%	1628*	-8	-80*	-79*
Zelfstandigen	10%	1300*	2	-58*	-58*
Hoogopgeleiden	7%	1246*	-8	-80*	-79*
Referentiegroep	54%	934*	-5	-39*	-39*
Personen per Adres (PPA)					
Blijvend in Wlz-instelling	1%	-243*	387*	473*	424*
Instromend in Wlz-instelling	0,3%	-14696*	24	257*	257*
Eenpersoonshuishouden	14%	-1900*	1	71*	72*
Overig	66%	129*	-6*	3	3

^a Uitkomsten gebaseerd op het WOR-bestand 2021.

^b Prevalentie ten opzichte van de totale Zvw-populatie in het WOR-bestand 2021.

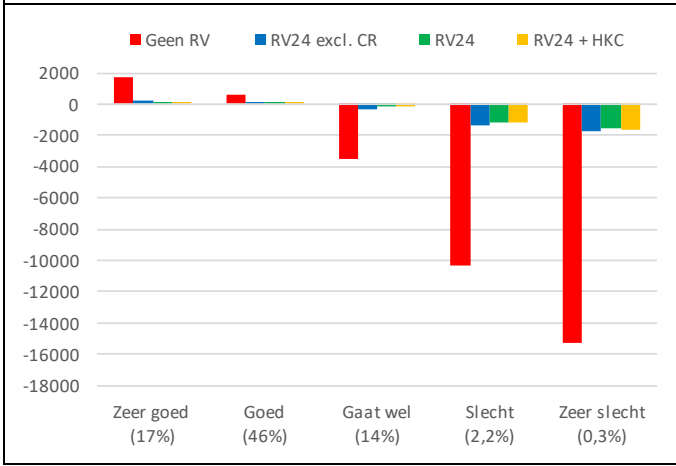
* Statistisch significant verschillend van nul euro op basis van een t-toets en met gebruik van een kritieke grens van $t=2,576$ ($p=0,01$).

Bijlage 4. Linker diagram figuren 1-7 inclusief modelvariant ‘Geen RV’

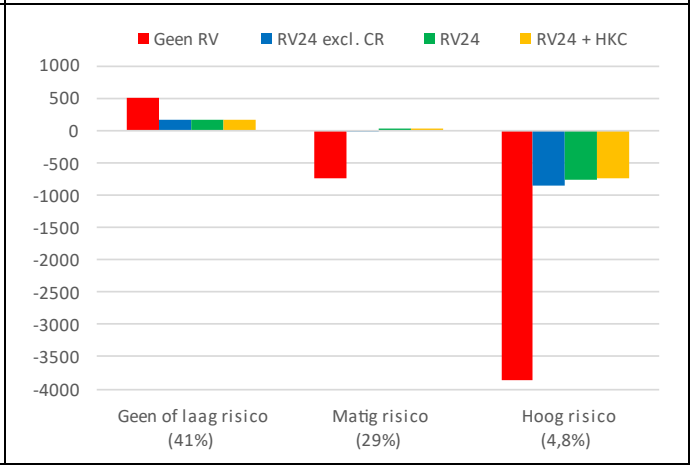


Noot: voor toelichting, zie tekst en voetnoten bij figuren 1-4.

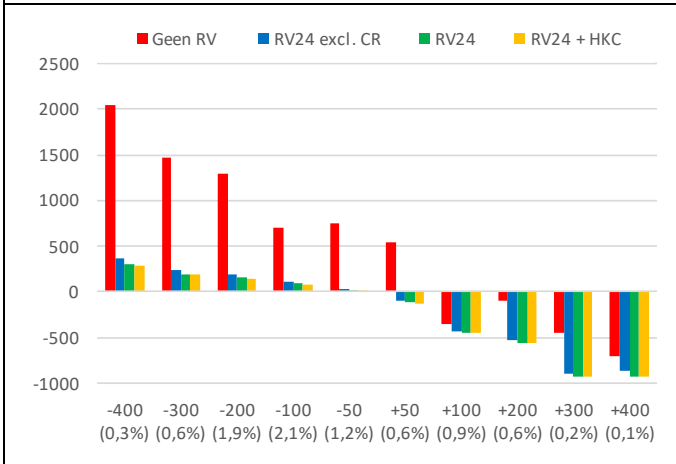
Figuur 5 + modelvariant 'Geen RV'
(subgroepen o.b.v. algemene gezondheid in t-1)



Figuur 6 + modelvariant 'Geen RV'
(subgroepen o.b.v. het risico op angst en depressie in t-1)



Figuur 7 + modelvariant 'Geen RV'
(overstappers op 1 januari van jaar t, uitgesplitst naar het verschil in premie tussen de oude en nieuwe polis)



Noot: voor toelichting, zie tekst en voetnoten bij figuren 5-7.

Erasmus University Rotterdam
Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle gebouw

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam

T 010 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm