

WPR-symposium 2026

Wetenschappelijk
Platform
Risicoverevening

Risicoverevening in Duitsland: Wat kunnen we leren van onze oosterburen?

27 maart 2026 | Erasmus Universiteit Rotterdam | Erasmus Paviljoen | Campus Woudestein

Erasmus School of
Health Policy
& Management

The Erasmus logo, featuring the word "Erasmus" in a stylized, cursive script.

Programma

WPR-symposium
27 maart 2026

13:15 – 13:20	Opening door dagvoorzitter prof. Wynand van de Ven
13:20 – 13:50	<ul style="list-style-type: none">• “Key features of the German health insurance system” door Sonja Schillo• “Key differences between Germany & the Netherlands” door prof. Erik Schut
13:50 – 14:30	<ul style="list-style-type: none">• “Key features of the German risk equalization system” door Sonja Schillo• “Key differences between Germany & the Netherlands” door Richard van Kleef
14.30 – 15.00	Pauze (Foyer)
15.00 – 16.15	Paneldiscussie over de WPR-analyse “Verevenende werking en power van het vereveningssysteem 2026” met Caren Tempelman, Pieter van Erp, Etta van der Weijden en Paulien Stegehuis (allen op persoonlijke titel)
16.15 – 17.00	Borrel (Foyer)

Key features of the German Health Insurance System

Presentation at the WPR-symposium

March 27 2026

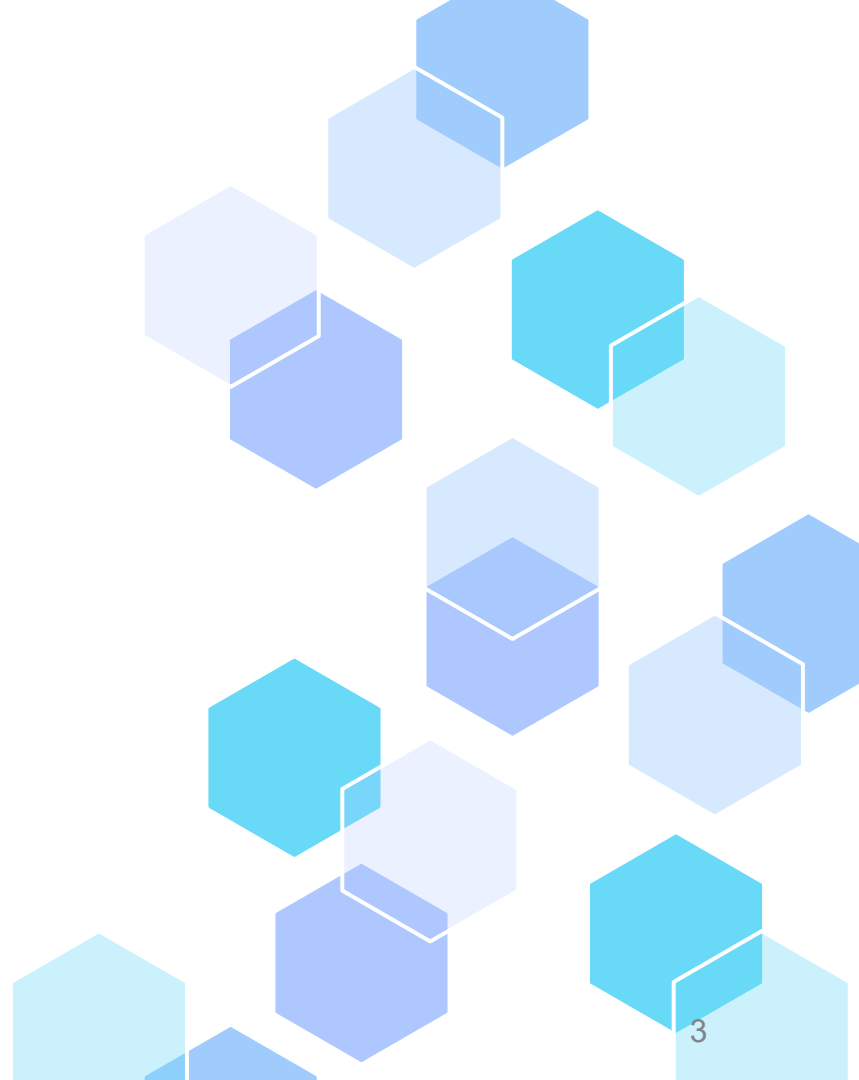
Dr. Sonja Schillo





The views presented are my personal views and do not necessarily reflect the opinions of my employer.

Social Health Insurance



Health insurance

Mandatory

About 90%
of the
population

Statutory Health
Insurance

Private Health
Insurance

Supplementary
private health
insurance

Long Term Care
Insurance

Long Term Care
Insurance

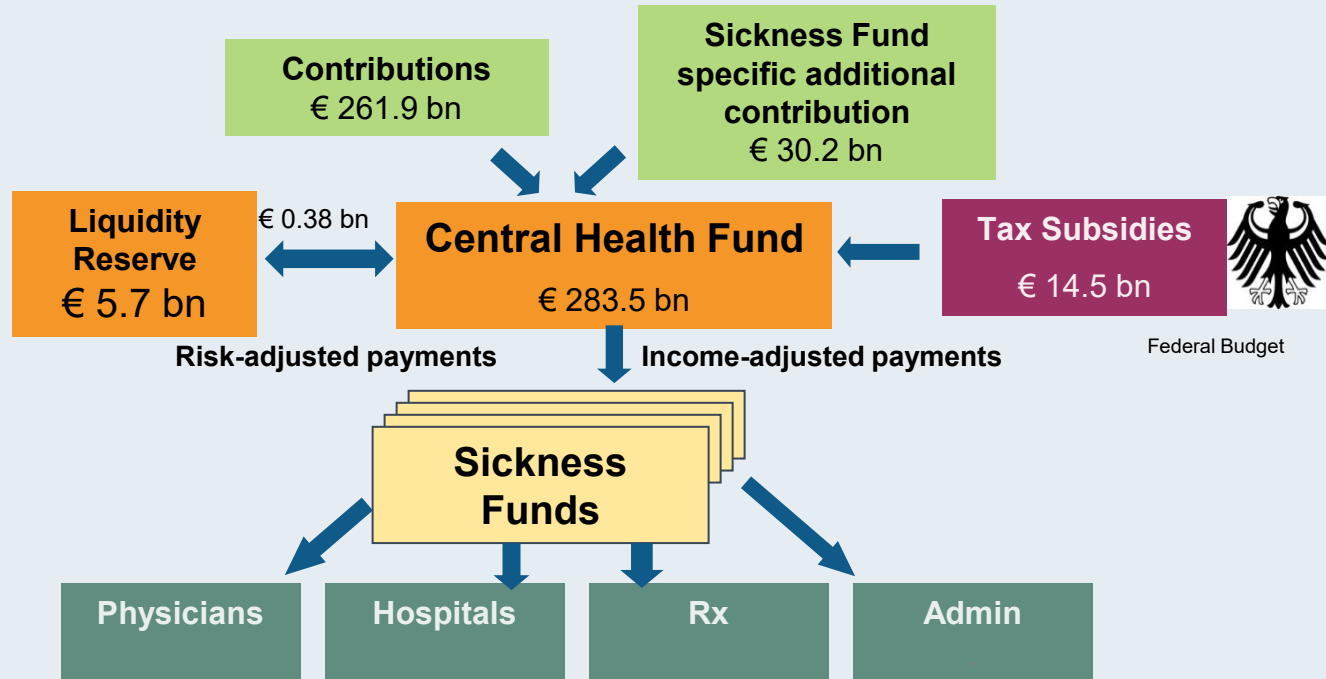
Legal aspects

Federal law (Sozialgesetzbuch V) regulates

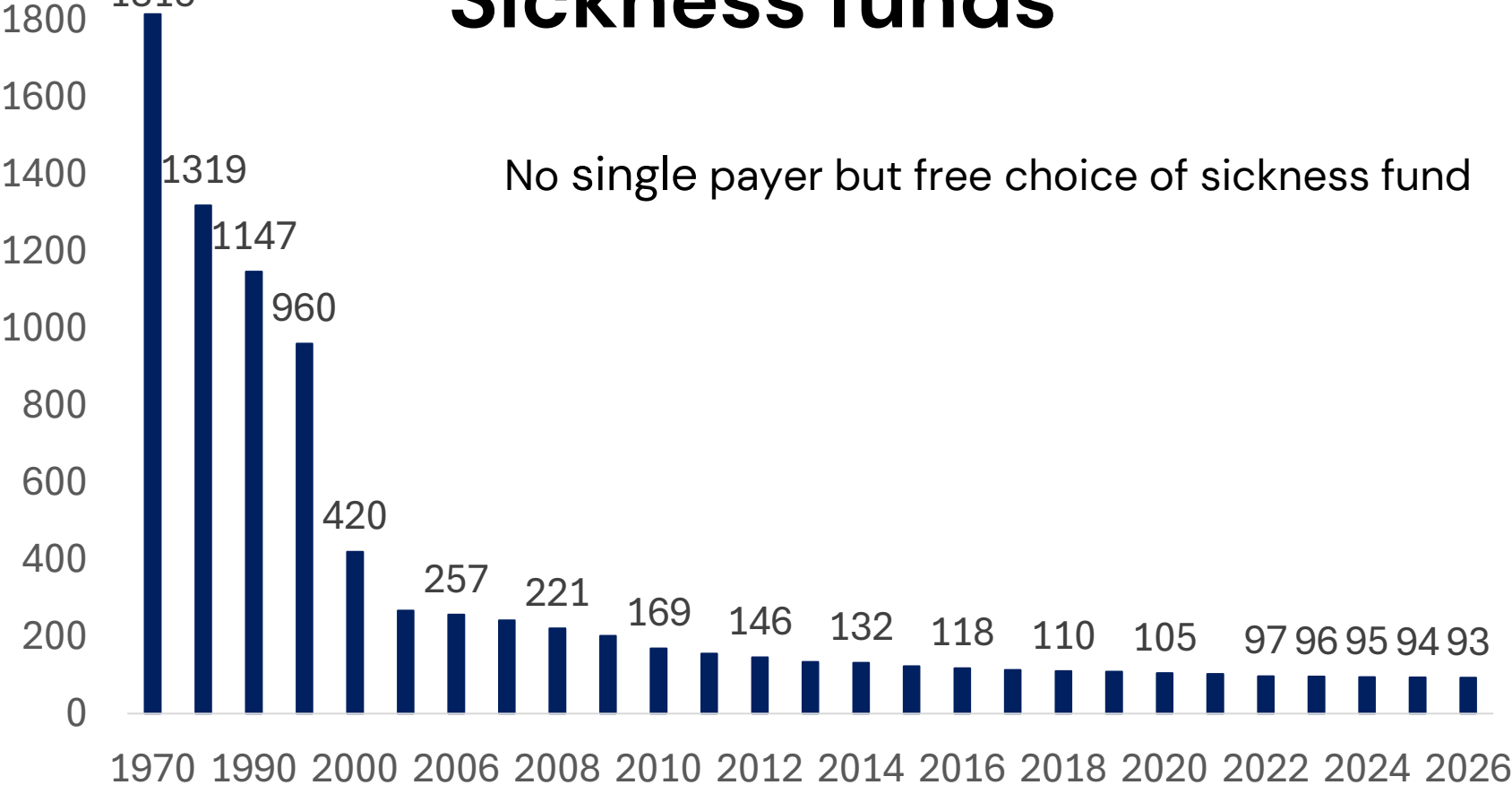
- Who is covered by the statutory health insurance
- Open enrollment, premium regulation and risk equalization
- Benefit package, principle of benefits in kind
- Accreditation of healthcare providers within the SHI
- Contractual relationships between sickness funds and health care providers
- Establishment, internal governance, and financing of sickness funds

Solidarity principle

- Between young and old / healthy and sick / rich and poor
 - **Uniform contribution** rate
 - Across ages
 - Independent of health status
 - As a percentage of the payroll
- Between people without and with children
 - **Children** and not employed **spouses** are **covered for free** (dependent insureds versus members)
- Between employed and unemployed
 - Contribution rate for **unemployed** is **paid for through taxes**



Sickness funds



Sickness Funds

- Legal entities under public law
- Not allowed to generate profits
- Not subject to solvency regulations
- Self-governing bodies
- Supervised by different authorities depending on scope
 - Regional sickness funds (operating in up to three Bundesländer) under regional supervision
 - Sickness funds operating in more than three Bundesländer under federal supervision
- „Open“ and „closed“ sickness funds

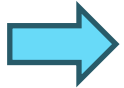


Sickness Funds

- Cannot own healthcare facilities; vertical integration with providers not allowed
- Inpatient care
 - Sickness funds have to contract with hospitals deemed necessary for the provision of the population (97% of hospital capacities)
 - Hospitals are reimbursed via DRGs that are collectively negotiated
- Outpatient treatment
 - Reimbursement for office-based general practitioners and specialists is also negotiated collectively
 - Collective planning on the state level for number of physicians
- Selective contracting for generic drugs

Sickness Funds

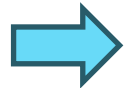
- 95% of benefit package determined by law
- Obligation to contract



Can't exclude benefits



Can't reject people seeking insurance



Can't terminate insurance



Contribution rate

- Uniform contribution rate
 - Overall contribution rate of 14.6% of income
 - 7.3% paid by employer
 - 7.3% paid by employee
 - Contribution rate applies to income up to 69,750 Euros (2026)
- Sickness fund specific additional contribution rate
 - On average in 2026 2.9%
 - Ranges from 2.18% to 4.39%
 - Paid half by employer and half by employee

75.00

69.500 €

Contribution cap

Contribution rate

14,6% + 2,9%

17,5%

12.162 €

6.081 €

Switching

- Mandatory 12-month minimum membership
- Immediate switch allowed if additional contribution rate increases
- Under 2% of insured individuals switch annually
- Common motives: contribution rates, additional benefits, customer service

Biggest / smallest Sickness Funds

TK	12,2 million
BARMER	8,2 million
DAK	5,3 million
AOK BaWü	4,6 million
AOK Bayern	4,6 million

BKK evm	2.200
BKK RRW	3.134
BKK Public	5.154
BKK KM	5.877
BKK G-B	7.518

Competition

Differences between sickness funds are limited to

- Additional contribution rate
- Supplementary benefits (only 5% of benefit package)
- Special tariffs (only very few insureds in these tariffs)
- Service (possibilities to contact insureds are very limited)
- Marketing (possibilities are very limited)
- Quality of health care supply (differentiation very limited)

Risk Selection

- Mostly self-selection via additional contribution rate
- Active Selection by sickness funds
 - Via geography
 - Online services versus office services
 - Ground floor offices versus offices on higher levels without elevator
 - Offices near universities
 - 5% of services in the discretion of the sickness funds

Key differences between health insurance systems in Germany and the Netherlands

Reflections on the presentation by Dr. Sonja Schillo

WPR Symposium, March 27, 2026

Erik Schut

Professor of Health Economics and Health Policy

Three important differences GE-NL

1. Public vs. private health insurance system
2. Collective vs. individual contracting of providers
3. Low vs. high (additional) premium set by health insurer

1. Public vs private health insurance system

Germany	Netherlands
Insurers are legal entities under public law	Insurers are private entities subject to EU insurance regulations
Not allowed to generate and distribute profit	Allowed to generate and distribute profit (but most are not-for-profit)
Not subject to solvency regulations	Subject to solvency regulations
No vertical integration allowed	Vertical integration allowed (but so far hardly used)

Key questions:

1. What drives German and Dutch sickness funds?
2. What are the pros and cons of a public vs a private system?

2. Collective vs individual contracting

Germany	Netherlands
95% of expenditures are determined by regional collective contracts	Most expenditures are determined by individual contracts
Selective contracting for generic drugs	Selective contracting allowed but restricted by 'hinderpaalcriterium'
Limited room for competition on the provider market	Substantial room for competition on provider market, but IZA encourages ' regional alignment of contracting ' to generate 'impactful transformations'

Key questions:

1. What is the **rationale for competition** between German insurers?
2. Is **NL (IZA)** going the **German way** and, if so, will this be an improvement?

3. Low vs high additional premium

Germany	Netherlands
Additional premium about 17% of total contributions	Nominal premium (rekenpremie) about 45% of total contributions
Additional premium income-related	Nominal premium community-rated
No healthcare subsidies for lower income households	Income-related healthcare subsidies ('zorgtoeslagen') for lower-income households

Key questions:

1. How does the lower additional premium impact competition?
2. Could a lower additional premium be beneficial for NL?

Impact of low additional premium on competition?

- German experience shows: **type** and **level** add-on premium matters!
- Different types and levels:
 - 2009-2014: **nominal** premium **very low**, about **zero** (and even negative)
 - 2015-now: **income-related** premium, on average **0.9%**(2015)–**2.9%**(2026)
- German experience:
 - **Low nominal** premium can result in **high consumer price sensitivity** (due to 'relative thinking')
 - **Zero** premium is a very **strong reference point**
 - **Low income-related** premium seems to lead to **lower price sensitivity**
 - switching rate only 2% despite substantial premium variation (for higher incomes)
 - potential reasons: premium differences less transparent, no clear reference point

Impact of low additional premium on competition?

Journal of Economic Behavior and Organization 180 (2020) 903–923

Structuur Duitse zorgpremies efficiënter dan Nederlandse

beleid

De premiestructuur van de Zorgverzekeringswet is inefficiënt. Navolging van de recent ingevoerde premiestructuur in de Duitse zorgverzekering kan leiden tot substantiële kostenbesparingen en scherpere concurrentie tussen verzekeraars.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is gekozen voor een premiestructuur waarbij de uitgaven voor de heft worden gedeelt uit inkomensafhankelijke premies, voor 45 procent uit nominale premies voor volwassenen en voor vijf procent uit belastingmiddelen ter dekking van de zorgkosten van kinderen tot 18 jaar die geen nominale premies hoeven te betalen. Deze premiestructuur kan worden gezien als een politiek compromis tussen de grote, 85 procent, inkomensafhankelijke premies in de voormalige ziekteverzekering en de volledig nominale premies in de voormalige particuliere ziektekostenverzekering. In de aanloop naar de Zvw was een belangrijk punt van debat of de premie volledig inkomensafhankelijk of volledig nominaal zou moeten worden vastgesteld (Tweede Kamer, 2009). In de kabinetsreactie op de recente evaluatie van de Zvw wordt gesteld dat de grens destijds in het midden is gelegd omdat op die manier de budgettaire en koopkrachtheffingen zo veel mogelijk konden worden gemitigeerd en de werkgeversbijdrage kon worden gehandhaafd (Tweede Kamer, 2009). Een belangrijke overweging was voorts, aldus de kabinetsreactie, dat het er samal het oogpunt van concurrentie volgens het CPB weinig toe deed hoe hoog de nominale premie was. Ten slotte speelde mee dat een substantiële hoogte van de nominale premie nodig werd geacht om de burgers te laten beseffen dat zorg niet gratis is. De veronderstelling was dat dit bij de burgers zou leiden tot een kostenbewuster gebruik van medische zorg. Voor deze veronderstelling bestond er bestaat overigens geen empirische steun. Zo blijkt uit onderzoek naar consumptieverschillen tussen voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden dat deze verschillen vooral zijn toe te schrijven aan verschillen in gezondheid en eigen risico, en niet aan een kostenbewuster gedrag van particulier verzekerden (Van Vliet et al., 1986). Ook theoretisch is de veronderstelling weinig plausibel omdat de betaling van de premie losstaat van de individuele zorgconsumptie, zowel qua hoogte als qua moment van betaling.

ERIK SCHUT
Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

WYNAND P.M.M. VAN
DE VEN
Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

Zorgtoeslag

Om voor de ziekenfondsverzekerden de koopkrachtheffingen van de verdereverhoging van de nominale premie te beperken, werd een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ingevoerd. De zorgtoeslag wordt betaald uit belastingmiddelen en heeft geleid tot een extra collectieve geldstroom naast de zorgpremies die wordt begroot op circa 4,7 miljard euro in 2011 (Tweede Kamer, 2010). In 2009 kregen circa 5,5 miljoen huishoudens maandelijks een zorgtoeslag uitgekeerd (Belastingdienst, 2010). De zorgtoeslag wordt berekend als het verschil tussen de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico en een wettelijk bepaald normatief deel van het inkomen. Doordat de zorgkosten en dus de premies veel sneller stijgen dan de inkomens, neemt zowel het gemiddelde bedrag van de zorgtoeslag als het aantal rechthebbenden jaarlijks toe, waardoor de totale betaling aan zorgtoeslagen met circa 7,5 procent per jaar groeit (Werkgroep Toeslagen, 2010).

Knelpunten premiestructuur Zvw

De hoge nominale premie heeft als ongunstig neveneffect dat het een sterke stimulans geeft aan voorstel mensen met een laag inkomen om hun zorgpremie niet te betalen of zich in het geheel niet te verzekeren. In weerwil van diverse maatregelen om het aantal wanbetalers en onverzekerden terug te dringen, is het aantal wanbetalers met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden toegenomen van 190.000 in 2006 tot 318.000 eind 2009, ofwel tot 2,4 procent van de volwassen Nederlandse bevolking (CBS, 2010). Ongeveer 86.000 wanbetalers hebben in de afgelopen vier jaar nog nooit premie betaald. Bovendien is er nog een onbekend aantal verzekerden dat een betalingsachterstand van minder dan zes maanden heeft. De eerste zes maanden premie-achterstand komt voor rekening van de zorgverzekeraar. Daarna krijgen zorgverzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie voor de gederfde premie-inkomsten. Deze zogenaamde wanbetalersbijdrage bedroeg in 2008 circa 230 miljoen euro (Ministerie van VWS, 2010). Daarnaast waren er in 2009 ruim 150.000 wankeurverplichtingen verzekeraars (Ministerie van VWS, 2010). De toename van het aantal wanbetalers heeft, in combinatie met de verdereverhoging van de nominale premie ten opzichte van de voormalige Ziektenwet, geleid tot een zeer sterke toename van de premiederving tot naar schatting een half miljard euro per jaar (Van de Ven en Schut,



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Economic Behavior and Organization

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jebo



Premium levels and demand response in health insurance: relative thinking and zero-price effects[☆]

Rudy Douven^{a,b,*}, Ron van der Heijden^{a,b}, Thomas McGuire^{c,d}, Frederik Schut^b

^a CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, P.O. Box 80510, 2508 GM The Hague, The Netherlands

^b Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands

^c Harvard Medical School, Boston, MA, United States

^d The National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, United States



ARTICLE INFO

Article history:

Received 29 April 2018

Revised 25 January 2019

Accepted 25 February 2019

Available online 16 March 2019

JEL classification:

D91

H21

I13

Keywords:

Health insurance

Health plan choice

Reference price

Reference dependence

Relative thinking

Zero-price effect

ABSTRACT

In health care systems with a competitive health insurance market, governments or other sponsors (e.g. employers) often subsidize premiums to encourage enrolment. These subsidies are typically independent of plan choice leaving the *absolute* premium differences in place so as not to distort consumer choice of plan. Such subsidies do, however, change the *relative* premium differences across plans, which, according to theories from behavioral economics, can affect choice. Consumers might be sensitive to differences *relative* to a reference premium ("relative thinking"). Furthermore, consumers might be particularly sensitive to a reference premium of zero ("zero-price effect"), a relevant range for some subsidized health insurance markets. This paper tests these ideas with two sources of evidence. We argue that observed equilibria in Germany and the U.S. Medicare Advantage markets are consistent with a powerful zero-price effect, resulting in an equilibrium focal pricing at zero. This contrasts with the Netherlands where equilibrium premiums are well above zero. In an empirical test using hypothetical questions in a web-based survey in these three countries, we also find evidence for both a relative thinking and a zero-price effect in the demand for health insurance. Our findings imply that well-designed subsidies can leverage relative thinking to increase demand elasticity for health plans. Creation of a powerful reference price (e.g., at zero), however, risks subverting price competition.

© 2019 Elsevier B.V. All rights reserved.

Lower add-on premium (rekenpremie) beneficial for NL?

Lower nominal add-on premium (e.g. €600 instead of €1800 pppy)

- Reinforces **competition**
- Reduces the need for **income-related household subsidies** (zorgtoeslagen)
 - reducing the problems due to limited health insurance literacy (toeslagenaffaire)
- Reduces the problem of **defaulters**
- Reduces **administrative costs** (e.g. for individual subsidies and debt collection)

New chances for a new coalition cabinet?

In a 2020 paper we show:

- Lowering add-on premiums can be done **without income effects**
- And does **not** have to **violate** European state aid rules
- Meanwhile **problems with individual subsidies** escalated
- So: a **new opportunity** for the new coalition cabinet?

<https://www.mejudice.nl/artikelen/detail/schaf-zorgtoeslag-af-zonder-inkomenseffecten>



Schaf zorgtoeslag af, zonder inkomenseffecten



Vandaag

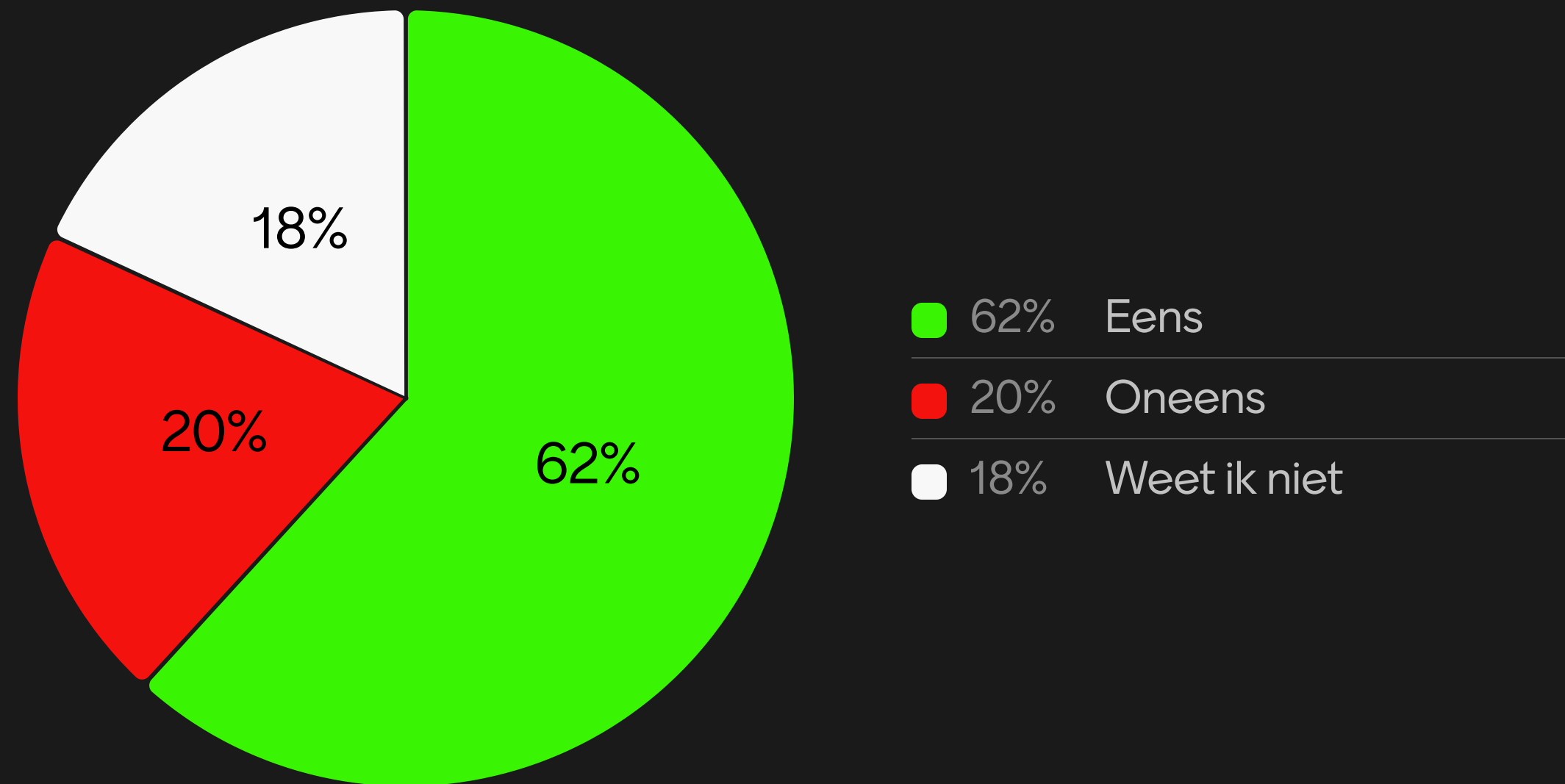
Hoe kunnen we de zorgtoeslag afschaffen en profiteren van de voordelen daarvan, zonder nadelige effecten? In deze bijdrage geven Wynand van de Ven en Erik Schut aan hoe dit kan worden gerealiseerd zonder inkomenseffecten. Zij weerleggen de kritiek dat hun voorstel zou leiden tot een verlaging van het kostenbewustzijn van de burger, dat het onverenigbaar zou zijn met het EU-verdrag vanwege ongeoorloofde staatssteun, en dat het zal leiden tot minder prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars. De prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars wordt volgens hen juist vergroot en zowel de toelagen crisis als het hardnekkige wanbetalersprobleem in de zorg sterk verminderd.

11 maart 2020

[Schaf zorgtoeslag af, zonder inkomenseffecten](#) - Me Judice

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erik Schut'.

Stelling: Het verlagen van de rekenpremie (op inkomensneutrale wijze) is een goed idee.



Key features of the German Risk Adjustment System

Presentation at the WPR-symposium

March 27 2026

Dr. Sonja Schillo





—

Mental Health

Treatments for Mental Health covered in SHI

- All eligible pharmaceuticals
- In- and outpatient Psychotherapy, if mental disorder is medically significant („Krankheitswert“)
 - For example disorders (anxiety, eating, personality, psychosomatic, behavioral, obsessive-compulsive disorders) depression, addiction
- Psychotherapy „method“ needs to be one of the approved:
 - Behaviour therapy
 - depth psychology-based psychotherapy
 - analytical psychotherapy
 - Systemic therapy
 - In some cases EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) for PTSD
- In some cases sociotherapy



—

Data

Data

Basic Data

- Year of birth
- Gender
- Zip code
- Days insured
- Days residing abroad
- Days inscribed in DMP
- Etc.

Data

Basic Data

Outpatient

- **All ICD-10 GM codes**
- Diagnosis Type (confirmed)
- Quarter of year

- **All Rx**
- Active agent
- DDD
- Date of prescription etc.

Data

Basic Data

Outpatient

Inpatient

- **All ICD-10 discharge diagnoses**
- Month of discharge
- No inpatient Rx

Data

Basic Data

Outpatient

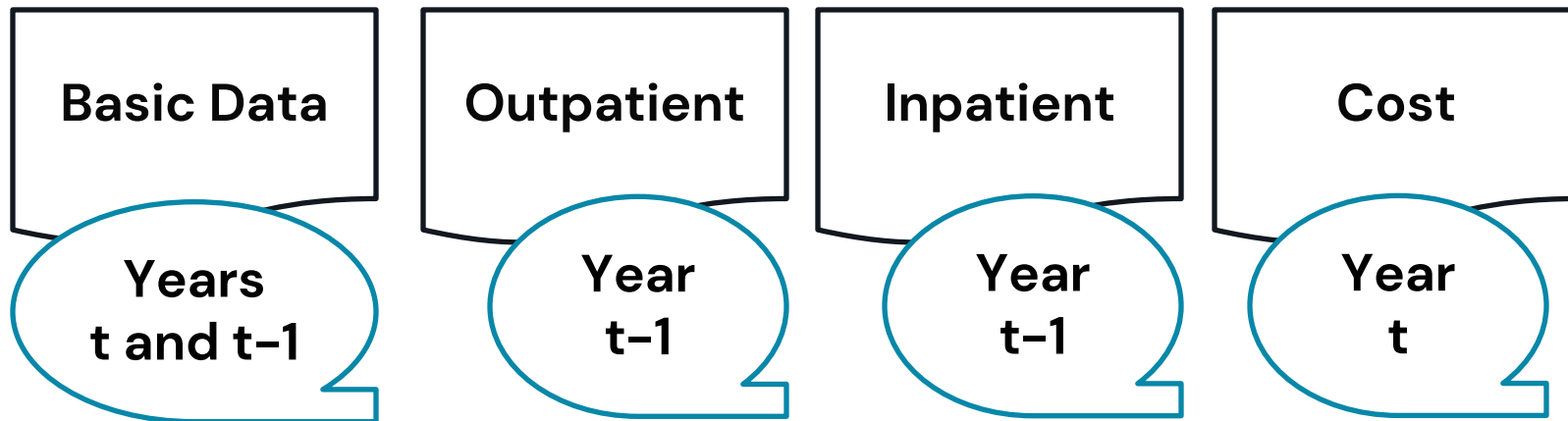
Inpatient

Cost

- Outpatient expenditure including dental care
- Rx expenditure
- Inpatient expenditure

- Hemopurification
- Transportation
- Etc.

Data



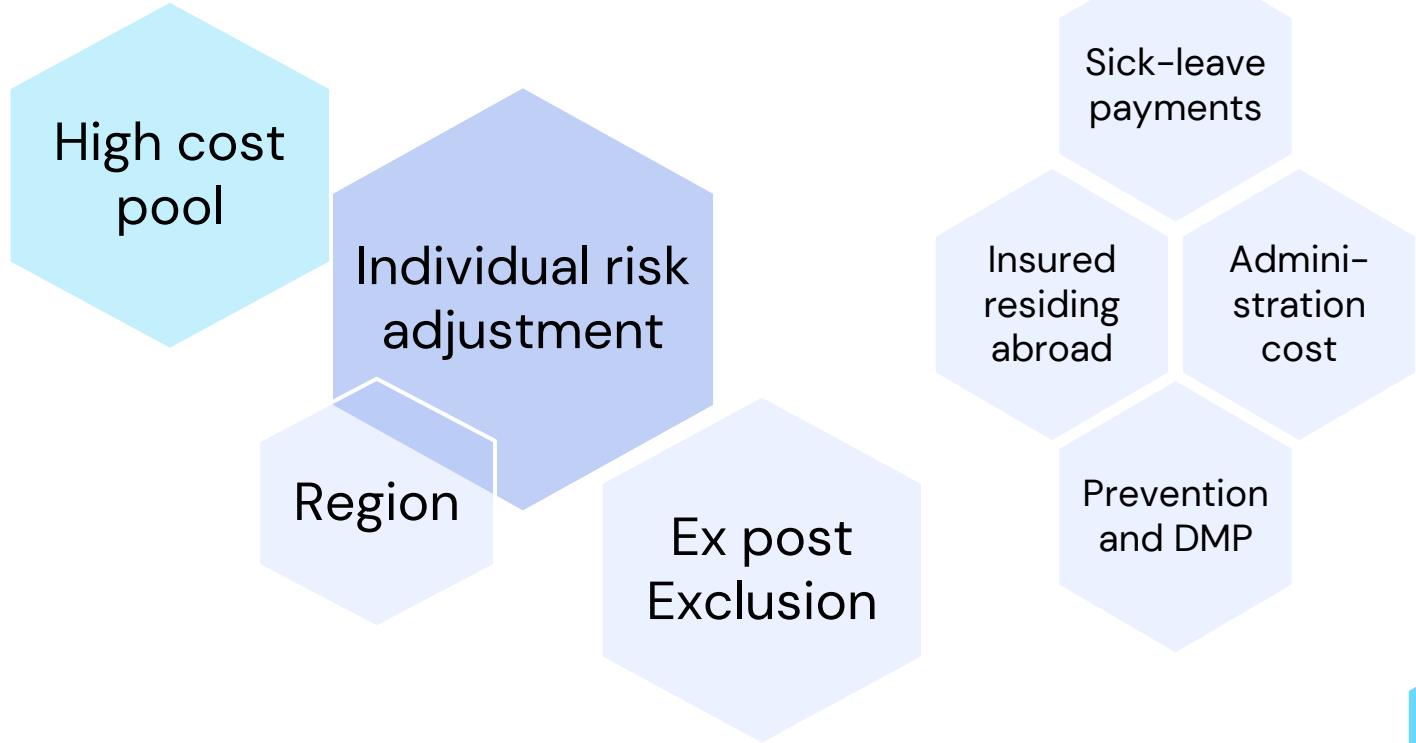
One-year prospective model
Morbidity of year t-1 on cost of year t

Change of pseudonym every year!!!



Risk adjustment modules

Adjustment modules





High cost pool

- 80% actual cost > 115.000 € reimbursed
- Subtracted from total cost (without sick leave payment) before regression
- 20% of actual cost > 115.000 € remain in the responsibility of sickness funds and enter the regression
- Threshold increases according to increase in actual cost from year to year

Cost entering regression

Total cost=individual expenses for all treatments

- High cost pool reimbursement

- Individual level rebates for pharmaceuticals

- Sickness fund rebates for certain service areas (e.g. inpatient care, integrated care)

Cost entering regression

Total cost=individual expenses for all treatment

- High cost pool reimbursement

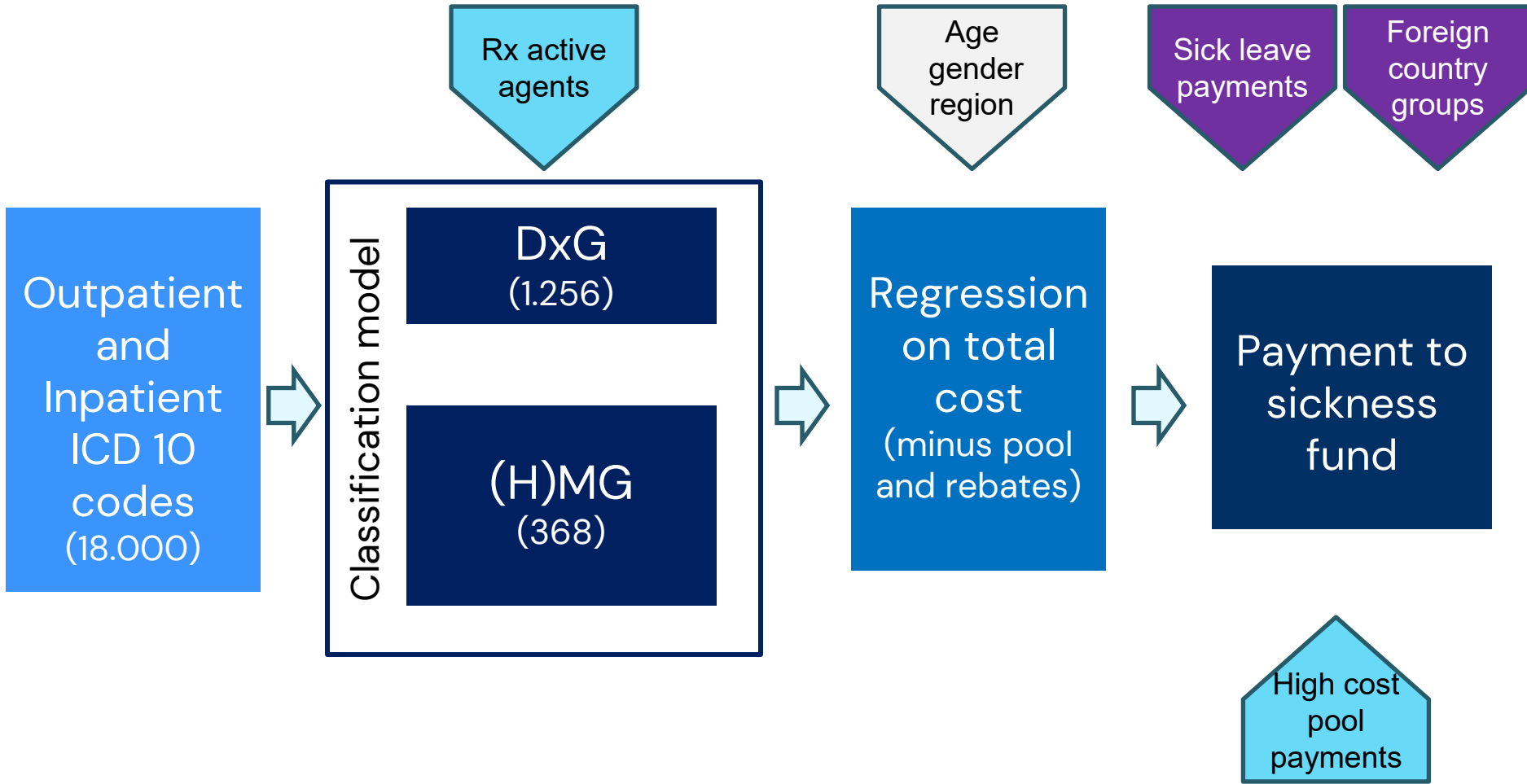
- Individual rebates for pharmaceuticals

Sickness fund rebates for certain service areas
(e.g. inpatient care, integrated care)

This also holds for mental health



Classification



Outpatient
and
Inpatient
ICD 10
codes
(18.000)

Classification model

DxG
(1.256)

(H)MG
(368)

Rx active
agents

Age
gender
region

Sick leave
payments

Foreign
country
groups

Regression
on total
cost
(minus pool
and rebates)

Payment to
sickness
fund

High cost
pool
payments

ICD 10 Codes

F20.1	F21	F25.0	F30.0	F31.0	F34.0	F50.0
F20.2		F25.1	F30.1	F31.1	F31.8	F50.1
F20.3		F25.2	F30.2	F31.2	F31.9	F50.2
F20.4		F25.8	F30.8	F31.3		F50.3
F20.5		F25.9	F30.9	F31.4		
F20.6				F31.5		
F20.8				F31.6		
F20.9				F31.7		
				F31.8		
				F31.9		

DxG

DxG0262

DxG0263

DxG0275

DxG0267

DxG0268

DxG0264

DxG0265

DxG0269

Mental Health Hierarchy

2009



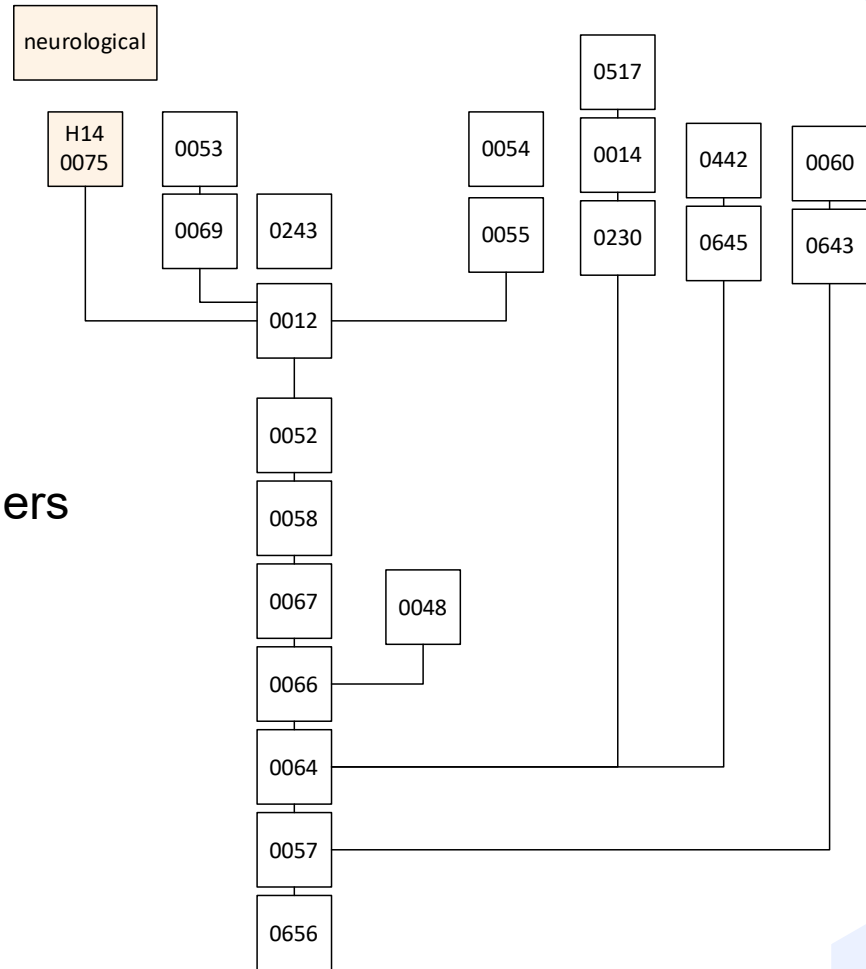
Classification DxG

Base case: two-quarter rule (no Rx needed) – M2Q

- Secondary inpatient diagnoses and outpatient treated the same
 - if coded in at least two quarters of the year => classification
- Primary inpatient diagnoses get classified at once => high validity

2025

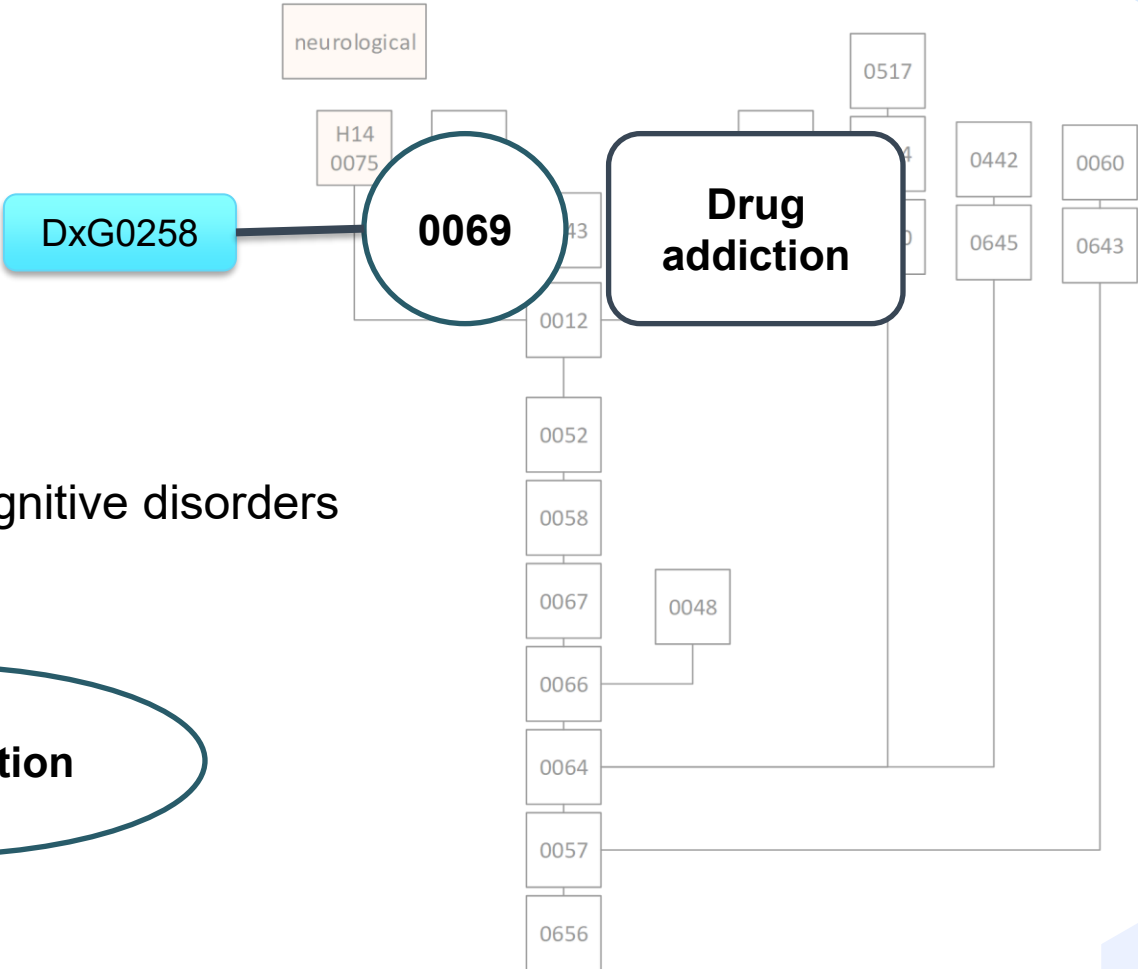
Psychological and cognitive disorders
and substance abuse



2025

Psychological and cognitive disorders
and substance abuse

M2Q validation

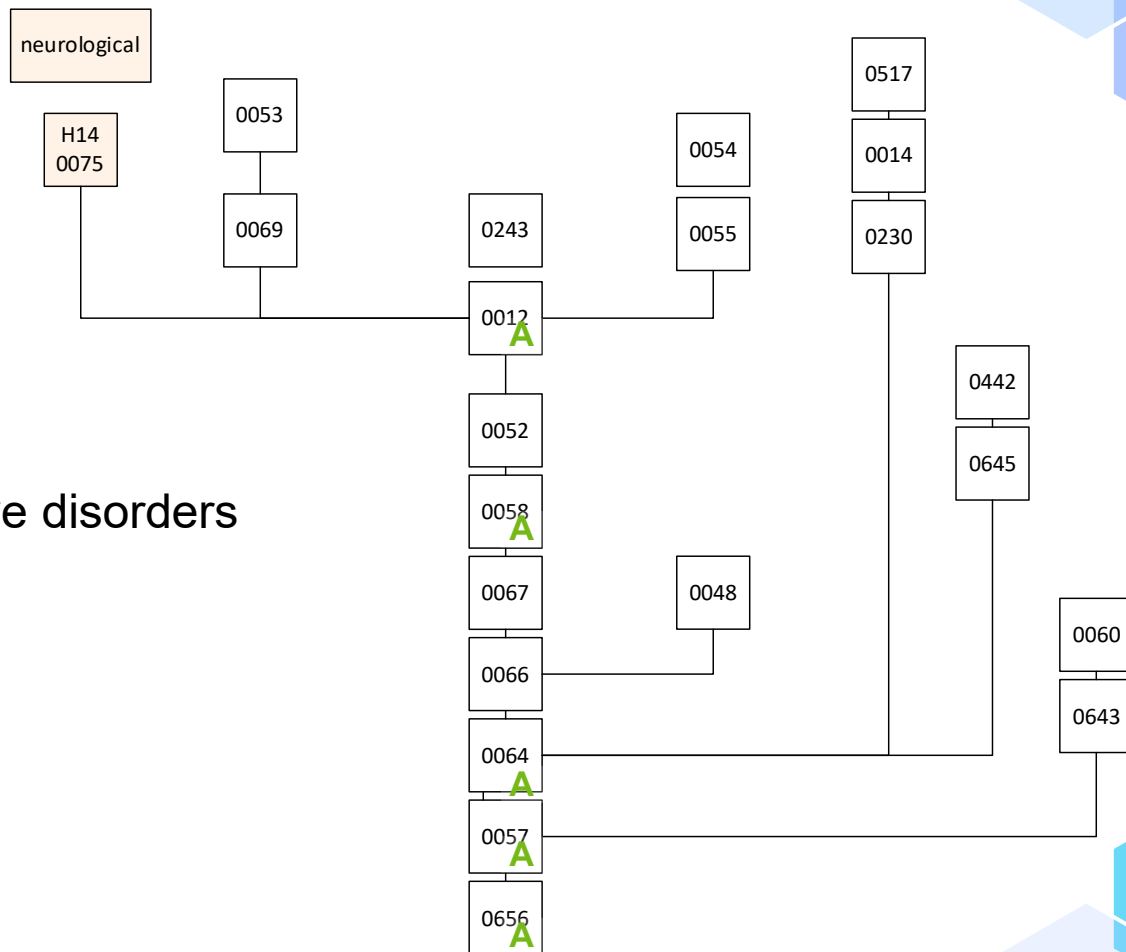


Classification

- **Age / gender restrictions**

2025

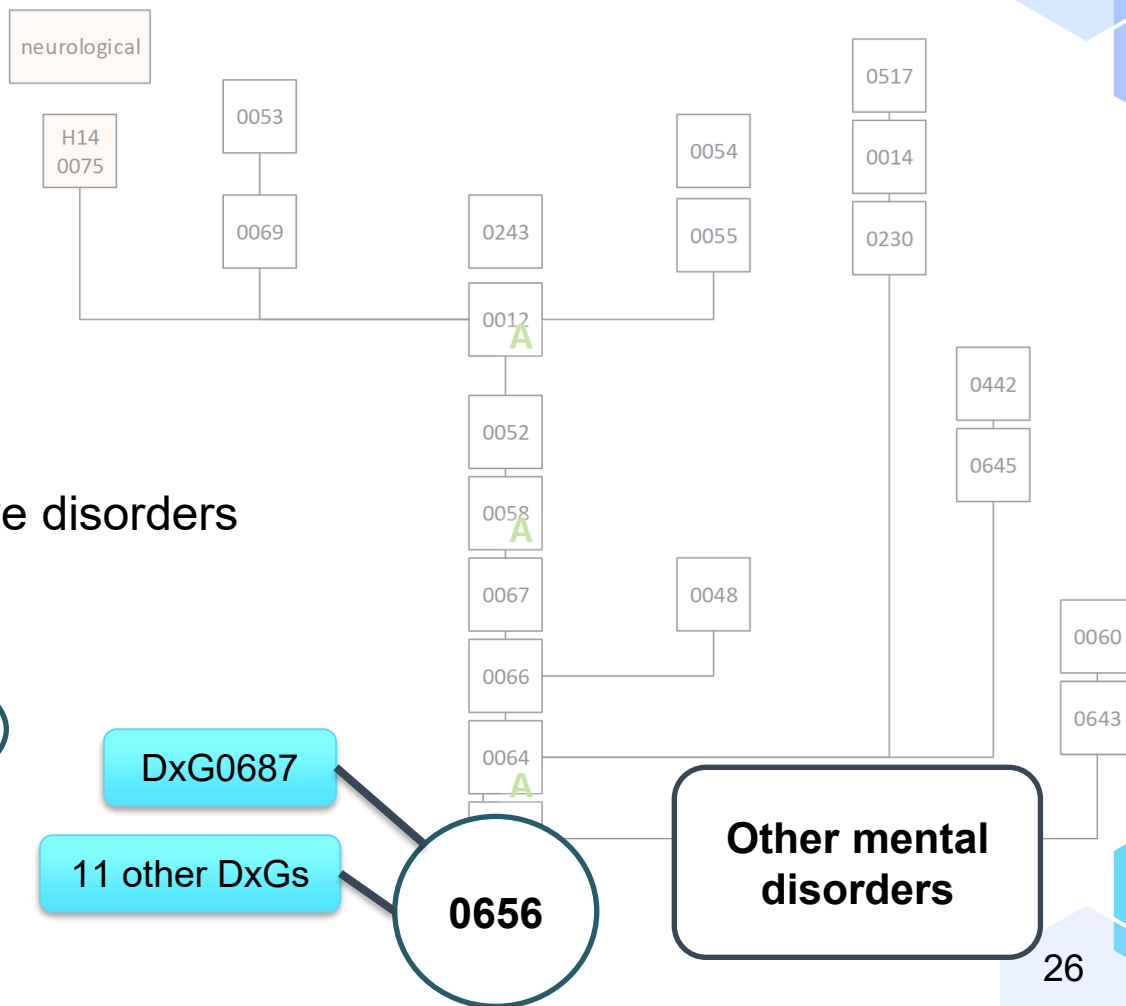
Psychological and cognitive disorders and substance abuse



2025

Psychological and cognitive disorders and substance abuse

Age / gender
restrictions

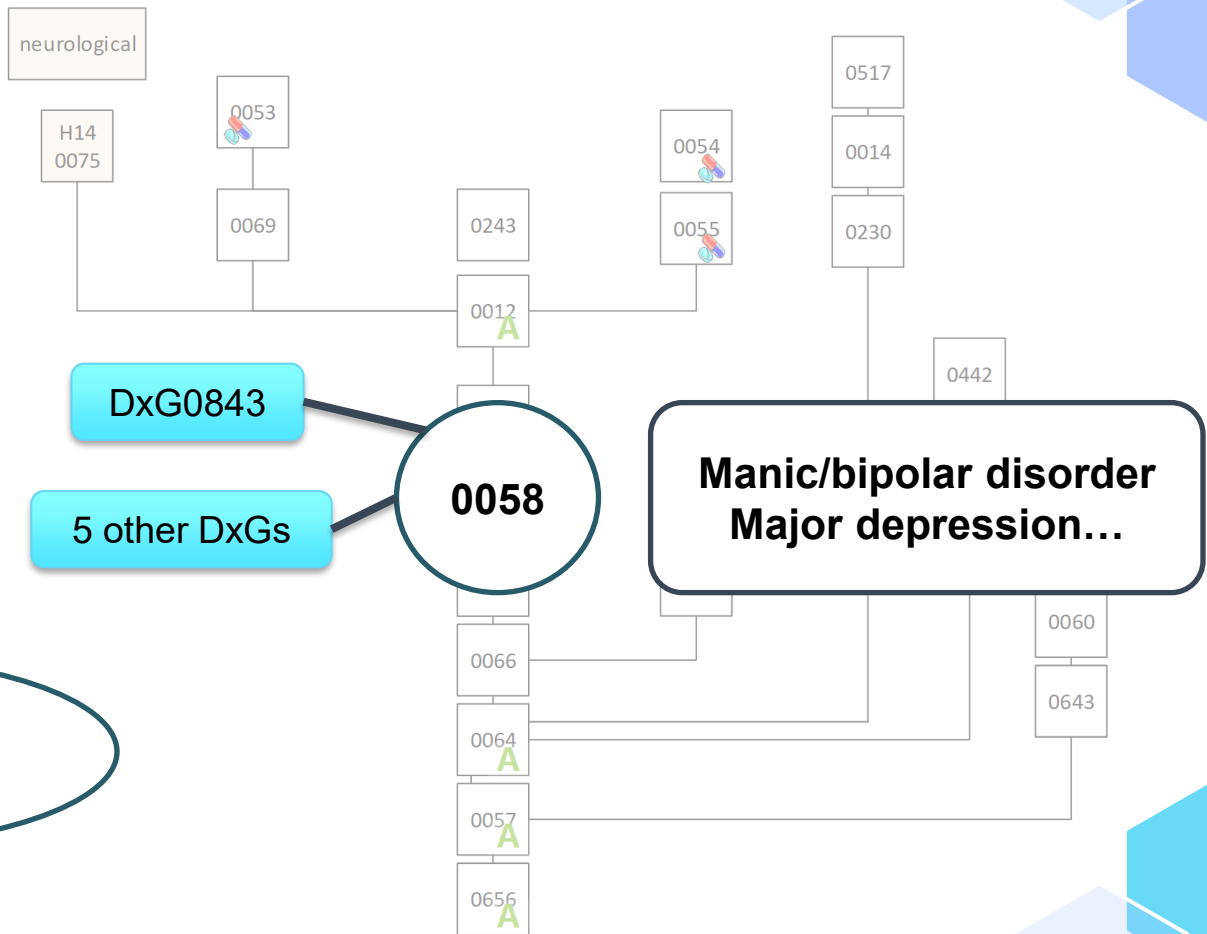


Classification

- **Pharmaceutical validation**
 - diagnoses need to be backed by Rx-prescriptions
 - Different DDD-threshold for acute / chronic condition
 - Inpatient diagnoses lead to reduced DDD-threshold
- **Pharmaceutical differentiation**
 - Groups with
 - Permanent medication
 - On demand
 - No medication

2025

Pharmaceutical restriction



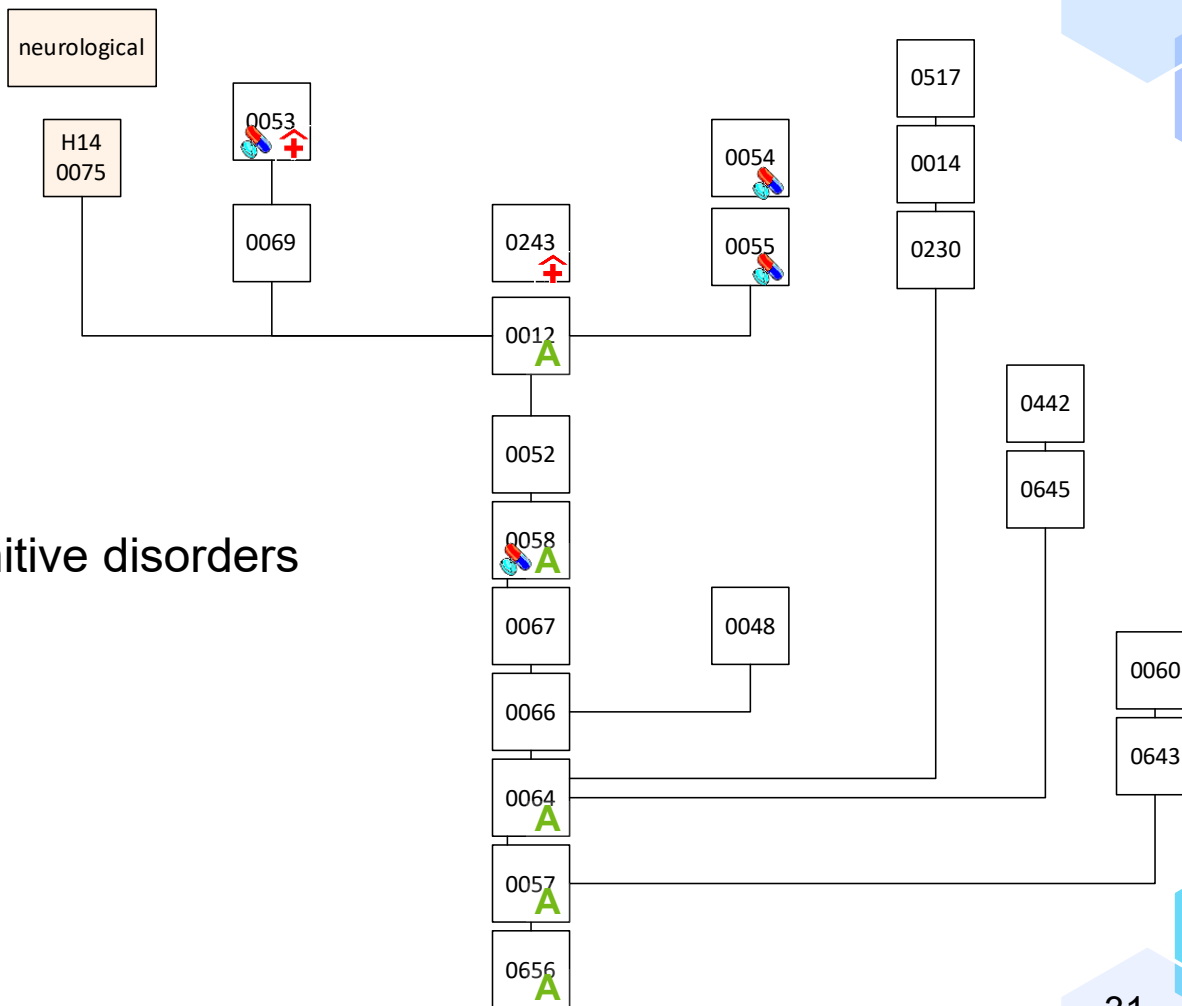
Classification

Hospitalization required

- Illness NEEDS to be treated in hospital
- Inpatient diagnoses get classified at once
- No inpatient diagnosis => no classification

2025

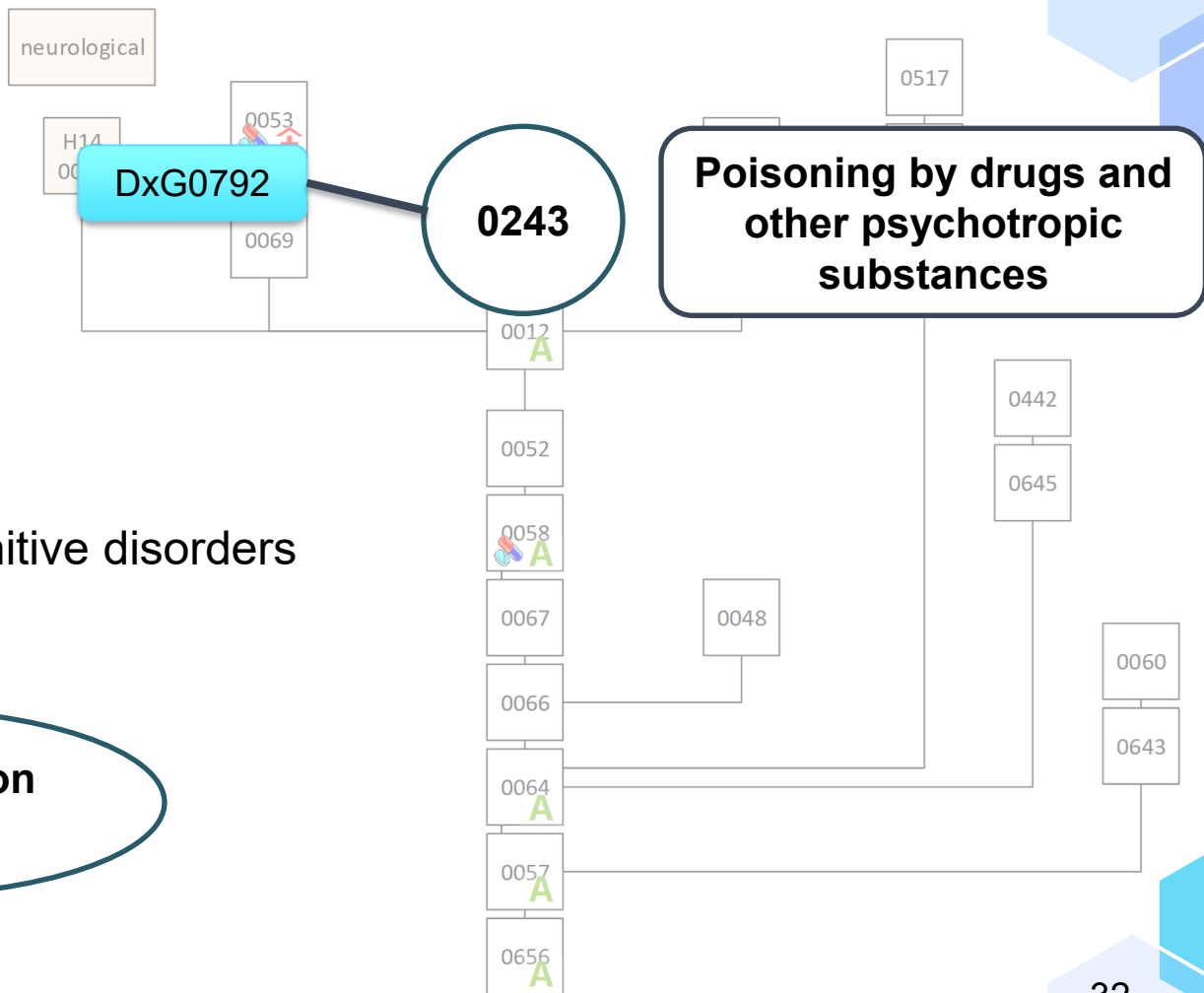
Psychological and cognitive disorders and substance abuse



2025

Psychological and cognitive disorders and substance abuse

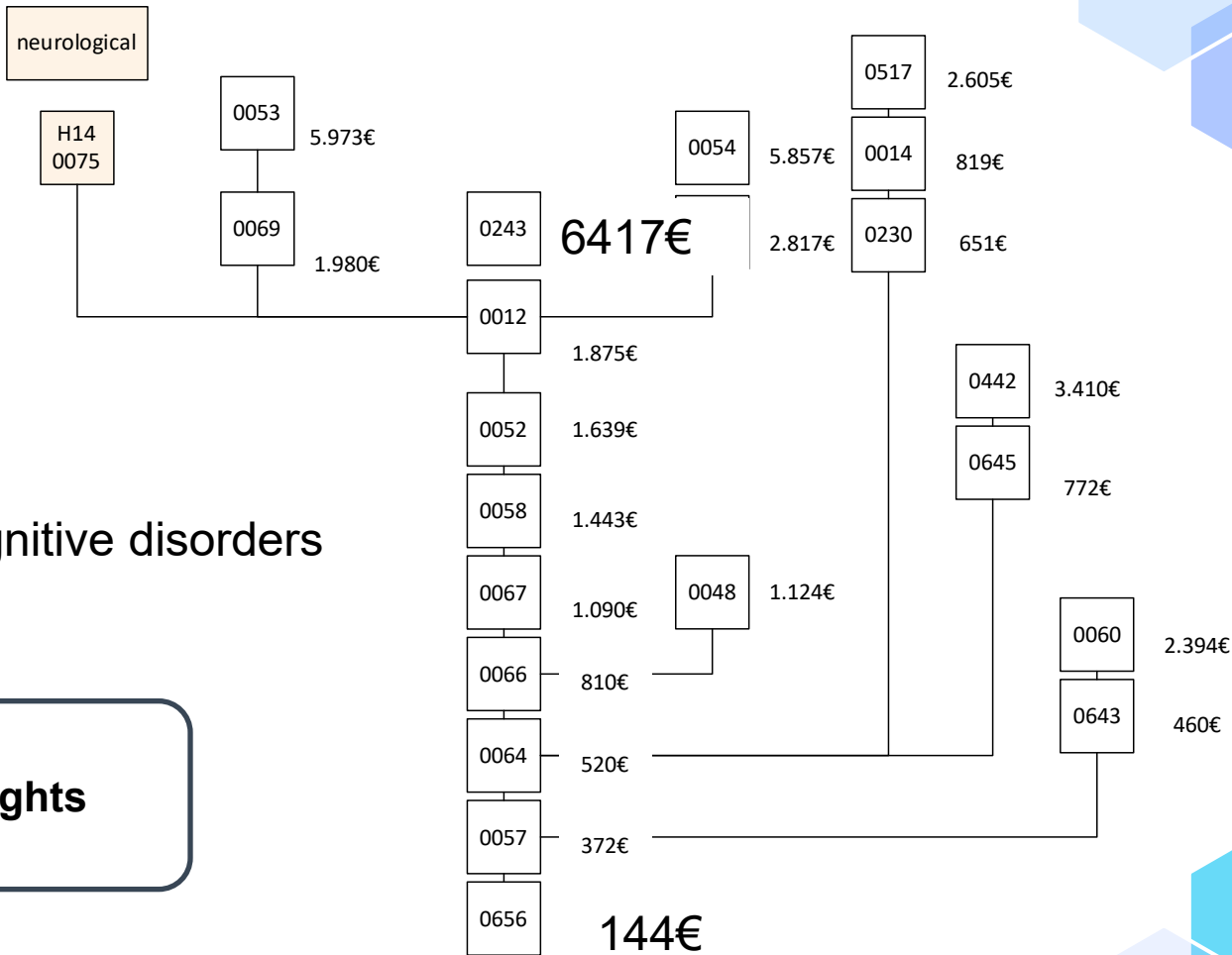
**Hospitalization
required**



2025

Psychological and cognitive disorders and substance abuse

Payment Weights





Timeline

Scope of yearly Updates

- Within the discretion of the BAS
 - Composition of HMGs
 - ICDs
 - DxGs
 - Validation (Rx)
 - Hierarchies and dominances
- Outside the discretion of the BAS
 - New elements (HCP, ex post exclusion)
 - General structural changes (data base, PCG)

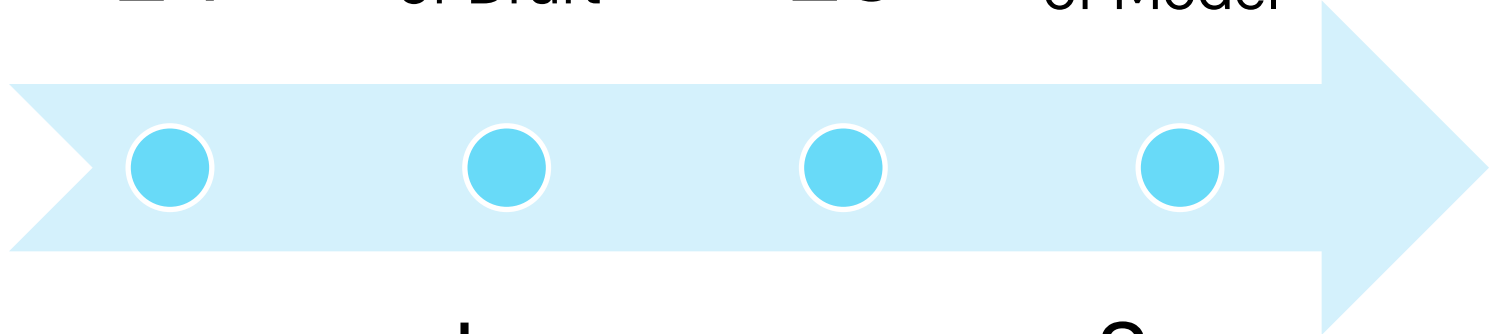
Update Cycle for 2026

Nov
24

Publication
of Draft

Aug
25

Publication
of Model



Jun
25

Comments from
Sickness Funds

Sep
25

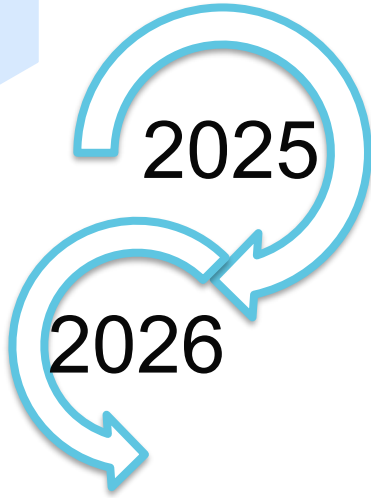
Start

Calculation Cycle for 2026



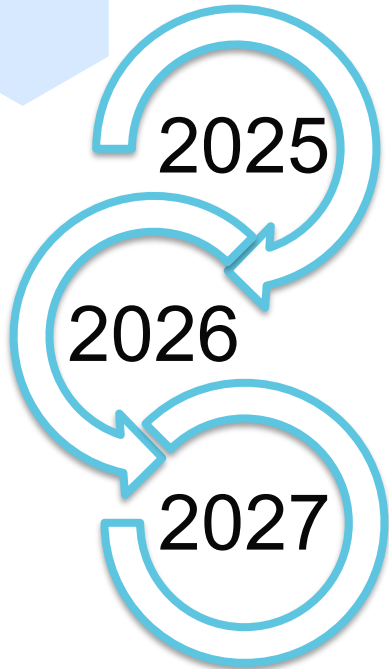
- Development of model and calculation of preliminary payment weights on
- Morbidity data from **2022**
 - Cost data from **2023**

Calculation cycle for 2026



Move to newer data base as soon as available. But no recalculation

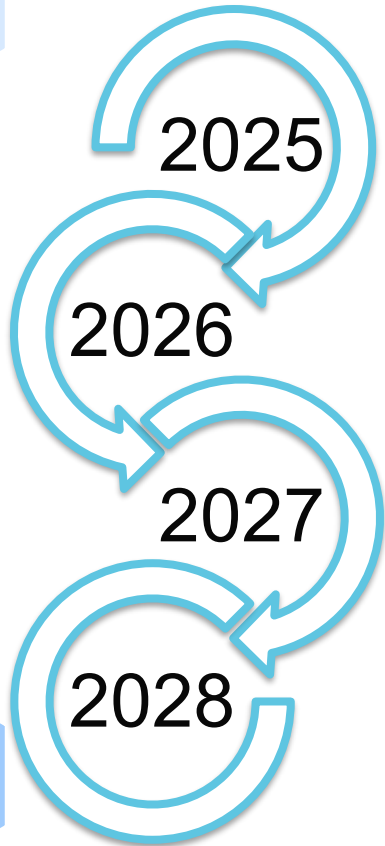
Calculation cycle for 2026



Final calculation

- Morbidity data from 2025
- Cost data from 2026

Calculation cycle for 2026



Correction of final calculation

- Morbidity data from 2025
- Corrected Cost data from 2026



Evaluation

Prevention of Risk Selection

Additional Goals

Risk Adjustment not supposed to set adverse incentives

- „outpatient over inpatient“
- Efficient treatment
- Prevention over curation
- ...

Evaluation

Regular Evaluation

- Every four years
- Last one published 2025 on Model 2021

Special Evaluation

- Can be commissioned by Ministry of Health
- Last one published 2025

Criteria

- R^2 , CPM, MAPE, wMAPE, wMAPD
- Predictive Ratios, over- / undercompensation for specific groups

Problem

- Data availability => Very hard to form meaningful subgroups

Payments 2021

	Payments	Percentage
AGG + RGG	98.4 bn €	42,40%
HMG	126.7 bn €	54,59%
KEG	0.1 bn €	0,06%
High Cost Pool	6.8 bn €	2,95%
Total	232.2 bn €	100,00%

Measures of Fit 2021

	Without HCP	
R2	57,62%	25,39%
CPM	28,00%	24,64%
MAPE	2.641 €	2.764 €

2025

	Without HCP
	29,27%
	27,32%
	2.736 €

Measures of Fit 2021

not deceased	155 €
deceased	- 24.538 €

Percentiles of residual spending (prior year)



Risk equalization in Germany & the Netherlands

WPR-symposium
2026

Similarities & key differences

Richard van Kleef

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Many similarities!! See, for instance: [McGuire, Schillo & Van Kleef \(2021\)](#)

- Morbidity-based risk adjustment
- Prospective morbidity indicators (i.e., based on information from year t-1)
- Annual recalibration of payment weights (based on a 'new' data year)
- High-Cost Pool (in Dutch: Hoge Kosten Compensatie)
- [...]

Risk equalization: Germany versus Netherlands

Key difference #1

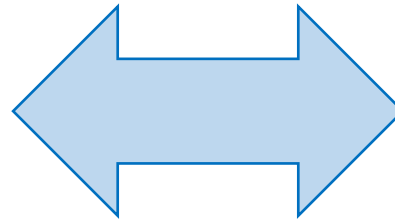


Werkgroep Ontwikkeling
Risicoverevening (WOR)

All stakeholders are involved,
including insurers

Continuous scope for bigger and
smaller changes/improvements

Institutional
context



Wissenschaftlicher Beirat zur
Weiterentwicklung des
Risikostrukturausgleichs

Less involvement of insurers

Limited scope for bigger
changes/improvements

Risk equalization: Germany versus Netherlands

Key difference #2

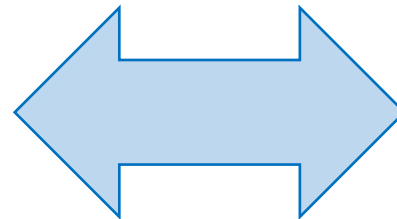


Morbidity classification



Risk adjusters based on prior spending

Multiple separate morbidity classifications (DCG, PCG,...) based on hospital diagnoses, prescribed drugs, diagnoses for physiotherapy and prior spending, with some rules/restrictions within classifications



No risk adjusters based on prior spending

One integrated morbidity classification (HMG) with disease hierarchies based on hospital diagnoses, ambulatory diagnoses and prescribed drugs, and with rules and restrictions within and between hierarchies

Risk equalization: Germany versus Netherlands

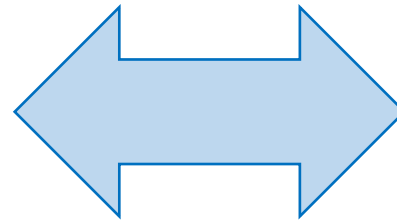
Key difference #3



Payment weights
(normbedragen)



Payment weights for year t are calibrated on cost data from year $t-3$

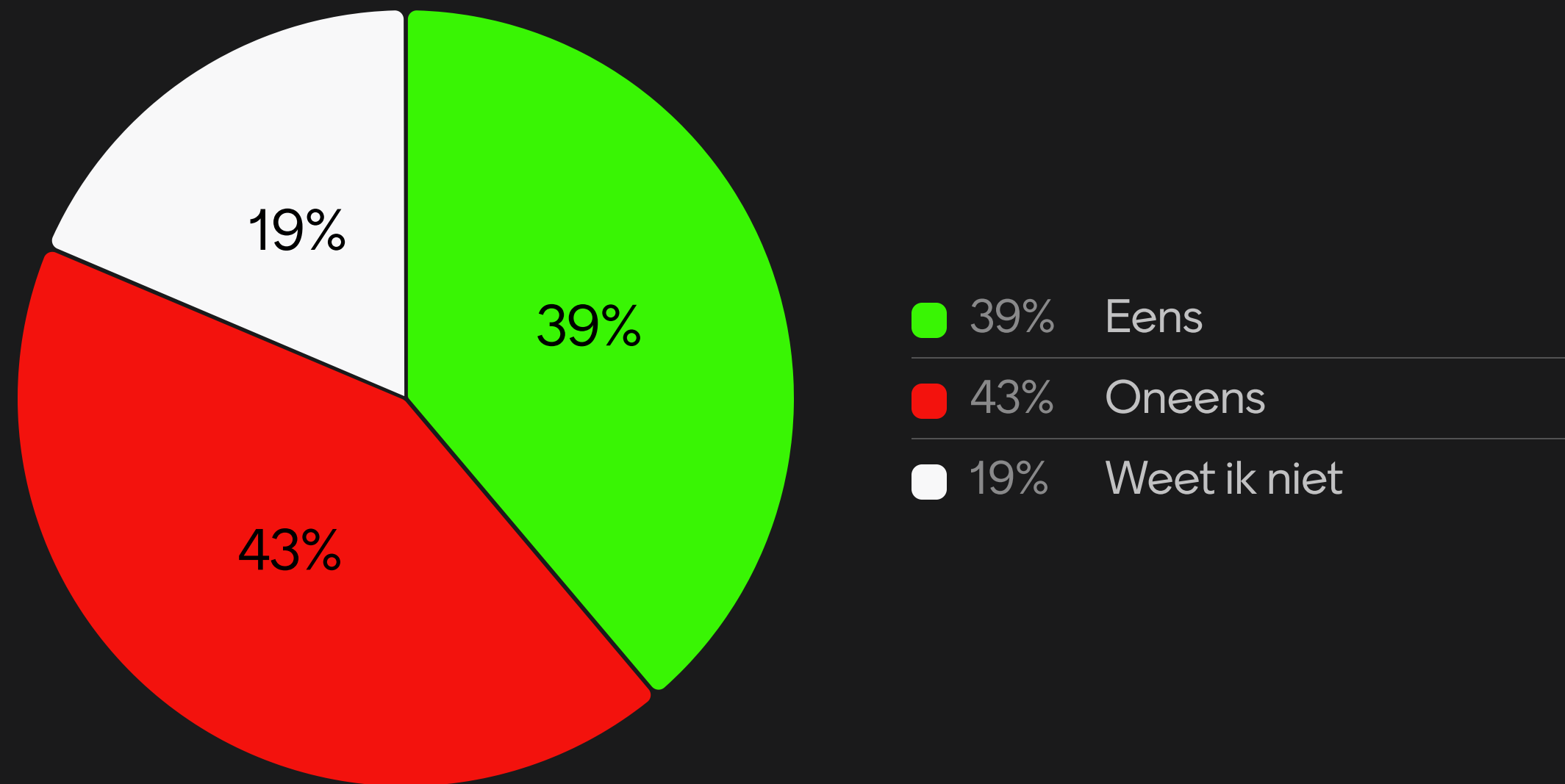


Payment weights for year t are recalibrated on cost data from year t

Advantages of German approach: 1) no need to make cost data from year $t-3$ representative for year t (which saves time, money & trouble) and 2) no need for ex-post corrections such as 'criteriumneutraliteit'

Disadvantage of German approach: at the time insurers must publish their premiums, the final payment weights are unknown

Stelling: Het herschatten van de normbedragen op de zorgkosten van jaar t is een goed idee.



Analyse vereveningsstelsel 2026: uitkomsten voor subgroepen o.b.v. psychische gezondheid

WPR-symposium
2026

Key findings

Richard van Kleef

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Doelstellingen WPR



Via wetenschappelijk onderzoek en kennisdeling bijdragen aan de evaluatie, doorontwikkeling en borging van het risicovereveningssysteem.

1. Het uitvoeren van een **jaarlijkse analyse** van de verevenende werking en power op basis van 'externe' gezondheidsinformatie en innovatieve maatstaven.
2. Bedenken en uitvoeren van verkennend onderzoek naar **innovatieve methoden** voor het verbeteren van de risicoverevening.
3. Bevorderen van **kennisdeling** tussen wetenschap, beleid, uitvoering en praktijk.

Analyse verevenende werking en power RV26

WPR

Erasmus School of
Health Policy
& Management

WPR-analyse risicoverevening 2026: verevenende werking & power

April 2026

Richard van Kleef (ESHPM)
René van Vliet (ESHPM)
Joost Vanhommerig (Nivel)

Wat is de **verevenende werking** van het risicovereveningssysteem 2026? Dat wil zeggen: in hoeverre compenseert het vereveningssysteem voor de voorspelbare winsten en verliezen van subgroepen met een specifiek risicoprofiel?

Wat is de **power** van het risicovereveningssysteem 2026? D.w.z. wat houdt een verzekeraar gemiddeld over aan een kostenbesparing?

Extra analyse: In hoeverre zijn er verschillen in het **keuze- en overstapgedrag** van verzekerden in 2023 tussen subgroepen met een specifiek risicoprofiel?

Met veel dank aan:

WPR



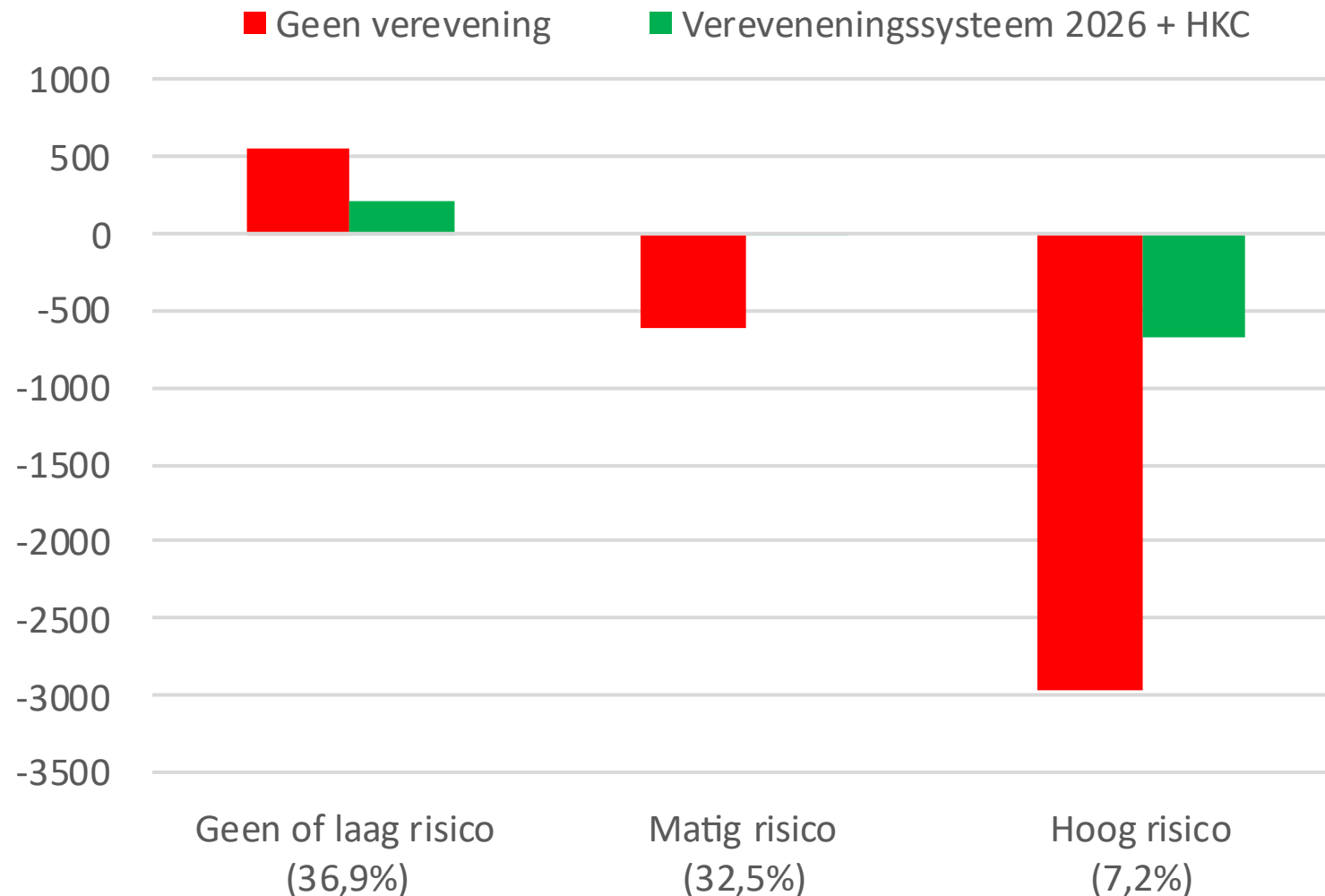
WPR-klankbordgroep
& meelezers

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Gemiddeld vereveningsresultaat in jaar t voor subgroepen o.b.v. 'risico op angst en depressie' in t-1 volgens Kessler Psychological Distress Scale (Gezondheidsmonitor 18+)

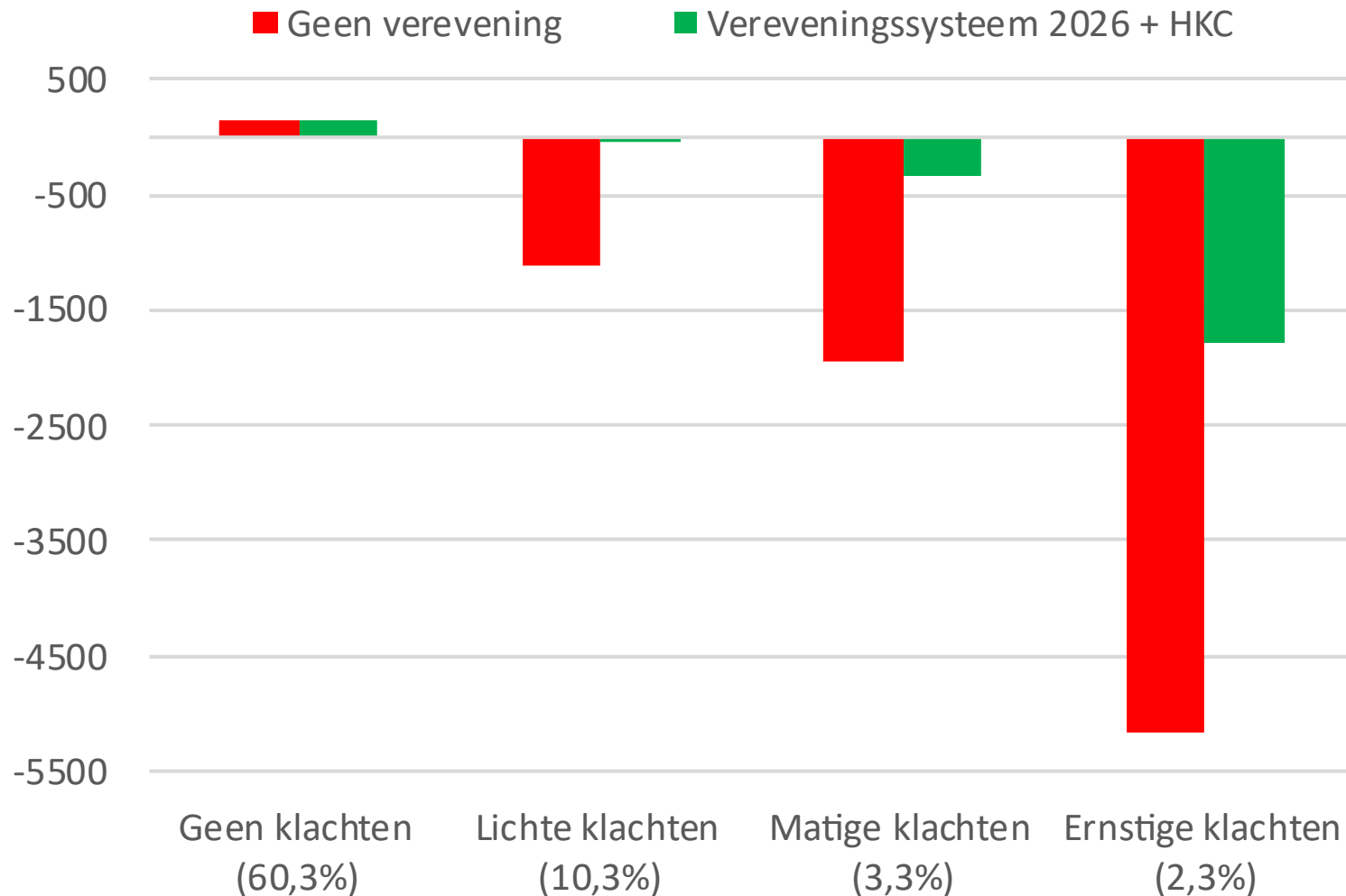
Key finding



Na toepassing van het vereveningsstelsel 2026 resteert een substantieel voorspelbaar verlies voor mensen met een slechte psychische gezondheid.

Gemiddeld vereveningsresultaat in jaar t voor subgroepen o.b.v. 'psychische klachten' in t-1 volgens Mental Health Inventory – 5 (Gezondheidsmonitor 18+)

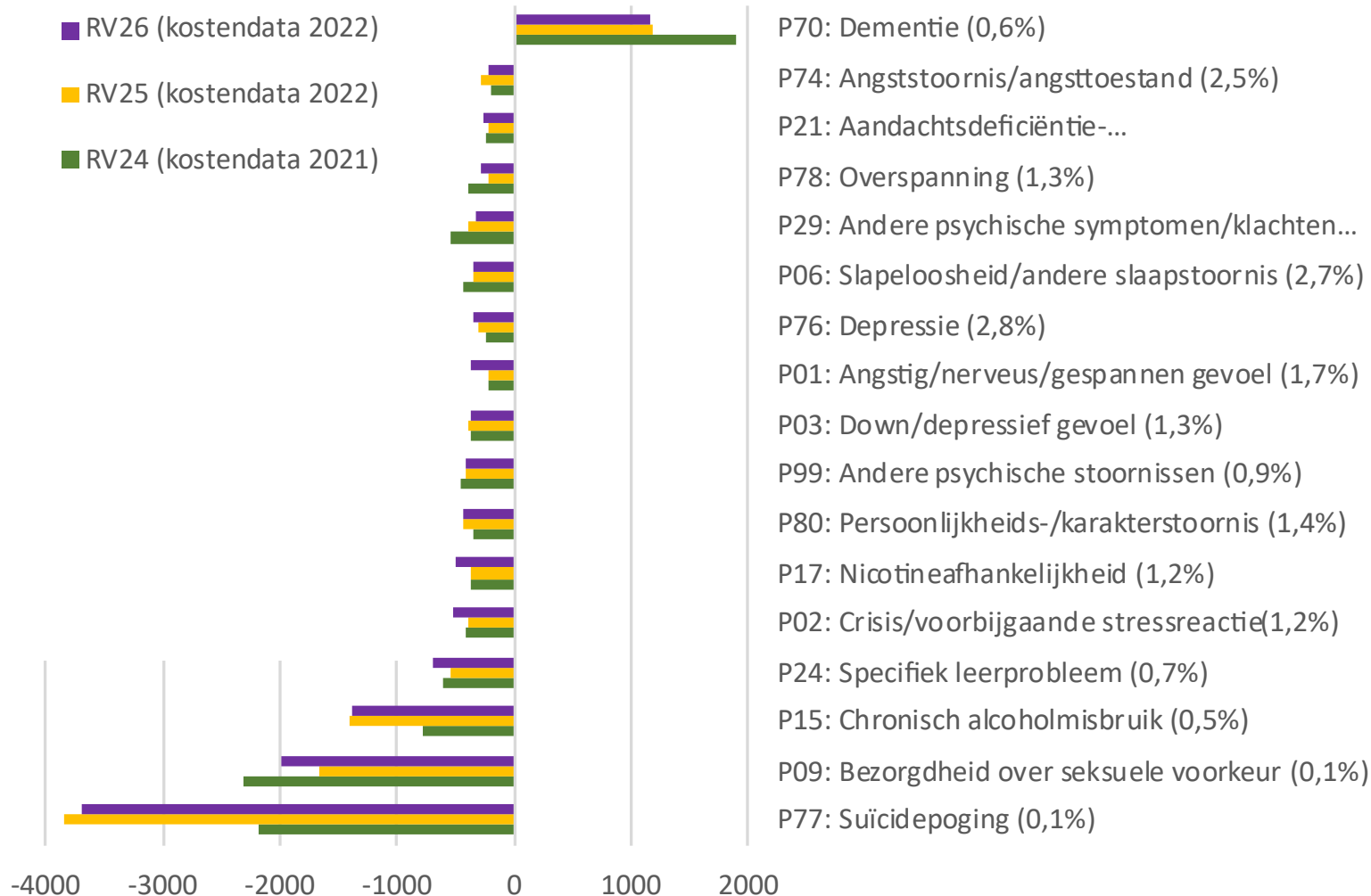
Key finding



Na toepassing van het vereveningssysteem 2026 resteert een substantieel voorspelbaar verlies voor mensen met een slechte psychische gezondheid.

Gemiddeld vereveningsresultaat in jaar t voor subgroepen op basis van 'psychische klachten' in t-1 volgens ICPC-diagnoses uit huisartspraktijken (Nivel Zorgregistraties)

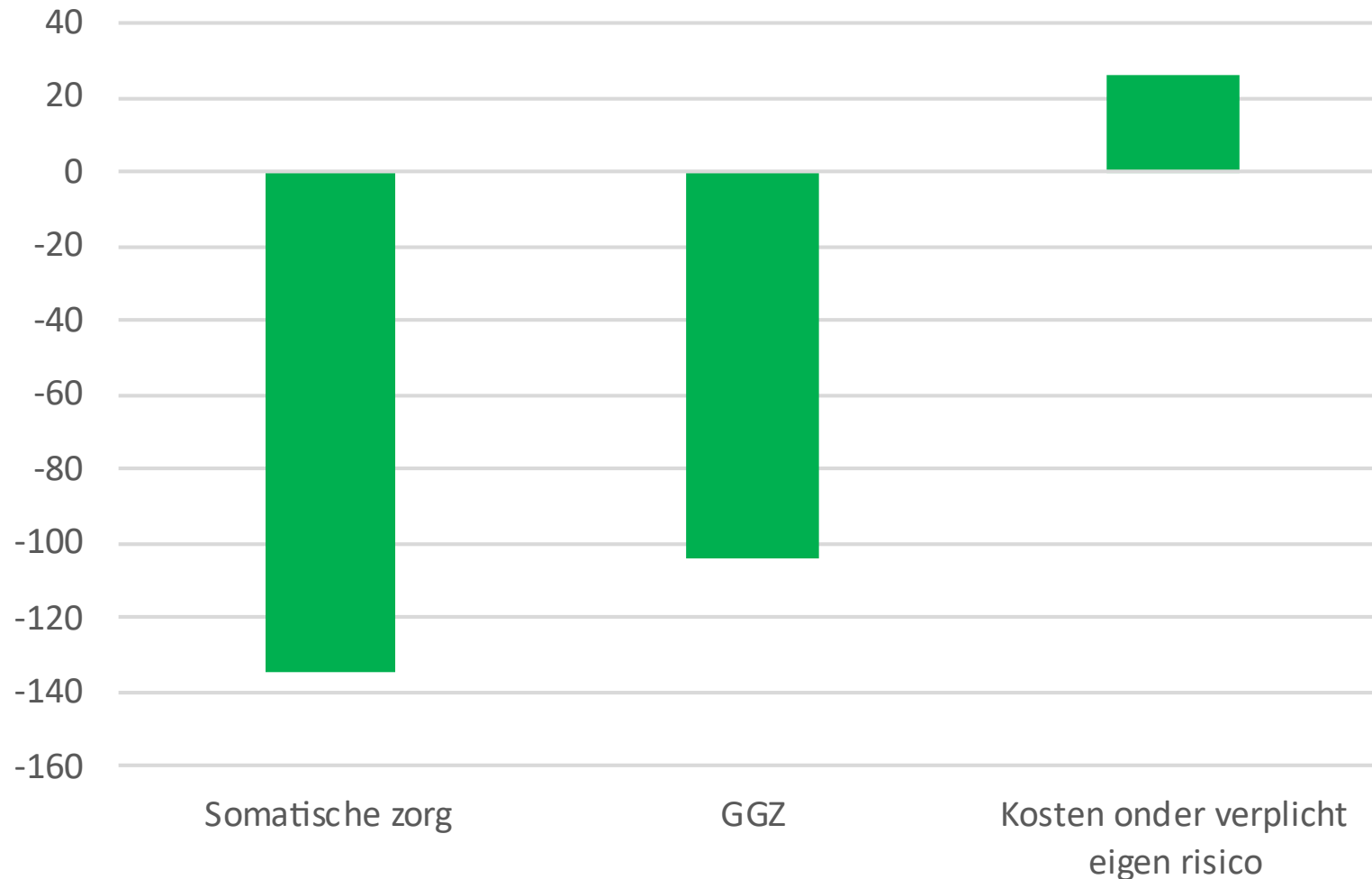
Key finding



Voor 16 van de 41 subgroepen o.b.v. psychische ICPC-diagnose in het voorgaande jaar resteert bij zowel RV24 als RV25 als RV26 een statistisch significant voorspelbaar verlies.

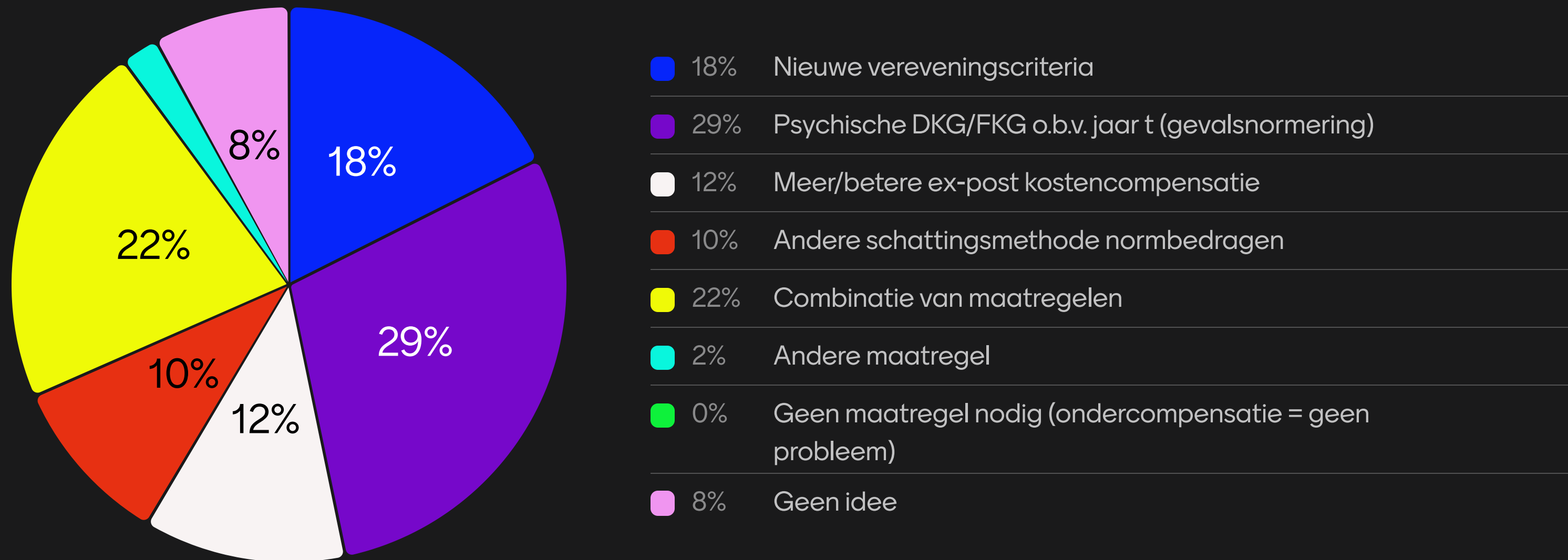
Gemiddeld vereveningsresultaat in jaar t voor de subgroep met tenminste 1 'psychische klacht' in t-1 (20,8%) volgens ICPC-diagnoses uit huisartspraktijken (Nivel Zorgregistraties)

Key finding



De subgroep met tenminste 1 van de 41 psychische ICPC-diagnoses in t-1 heeft een negatief vereveningsresultaat voor zowel GGZ als somatische zorg.

Wat is volgens u de beste maatregel voor het verminderen van de ondercompensatie voor mensen met psychische gezondheidsproblemen?



Analyse vereveningsstelsel 2026: power

WPR-symposium
2026

Key findings

Richard van Kleef

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Power

Twee typen
kostenbesparingen:

Wat houdt een individuele
verzekeraar gemiddeld over
aan een kostenbesparing, na
toepassing van het
vereveningssysteem?

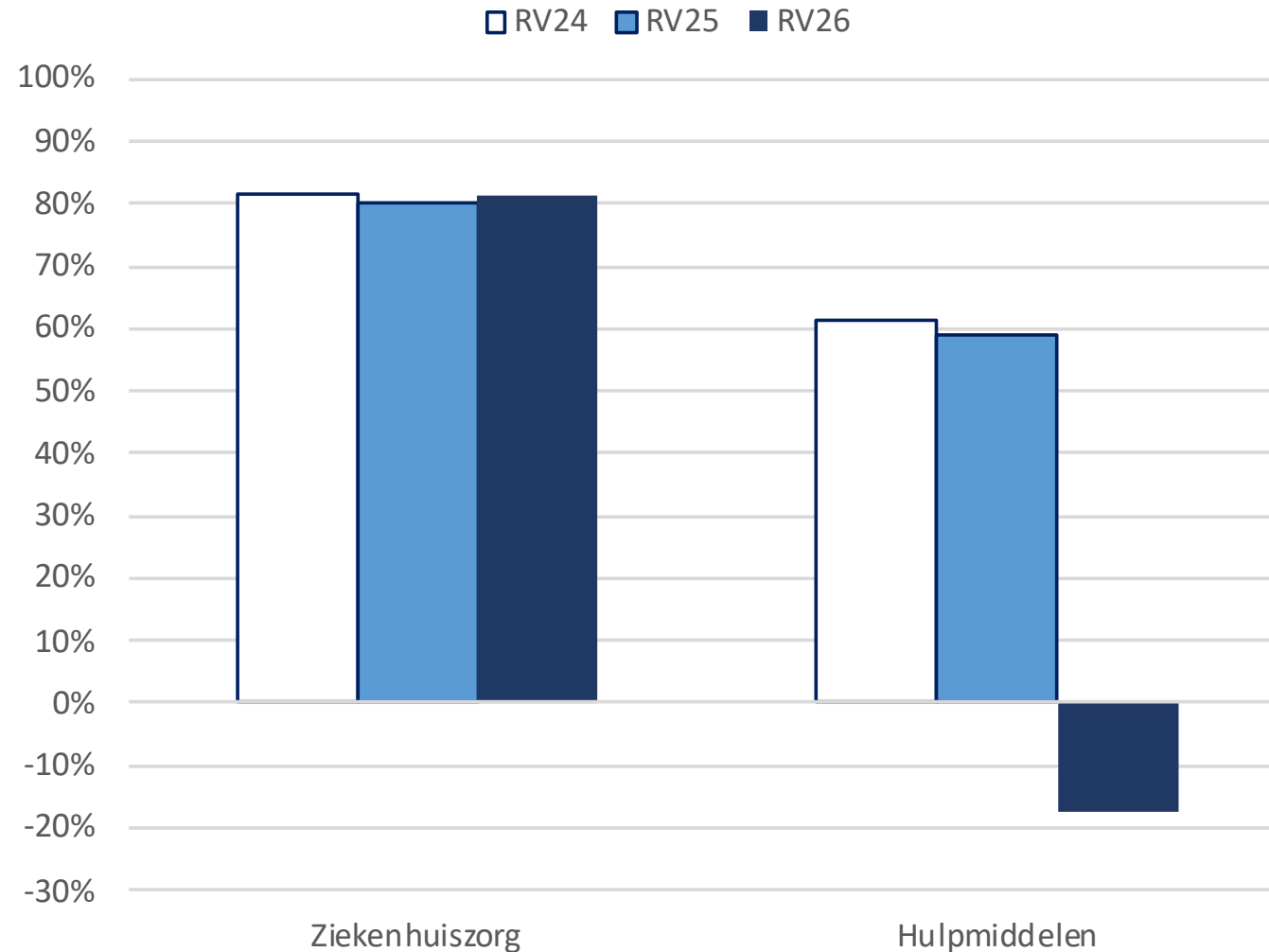
Lagere prijzen onder
gelijkhouding van volume
(prijs-powermaatstaf)

&

Lager volume onder
gelijkhouding van prijzen
(volume-powermaatstaf)

Wat houdt een individuele verzekeraar gemiddeld over aan een *prijbesparing* onder gelijk houding van volume? (*prijs-powermaatstaf*)

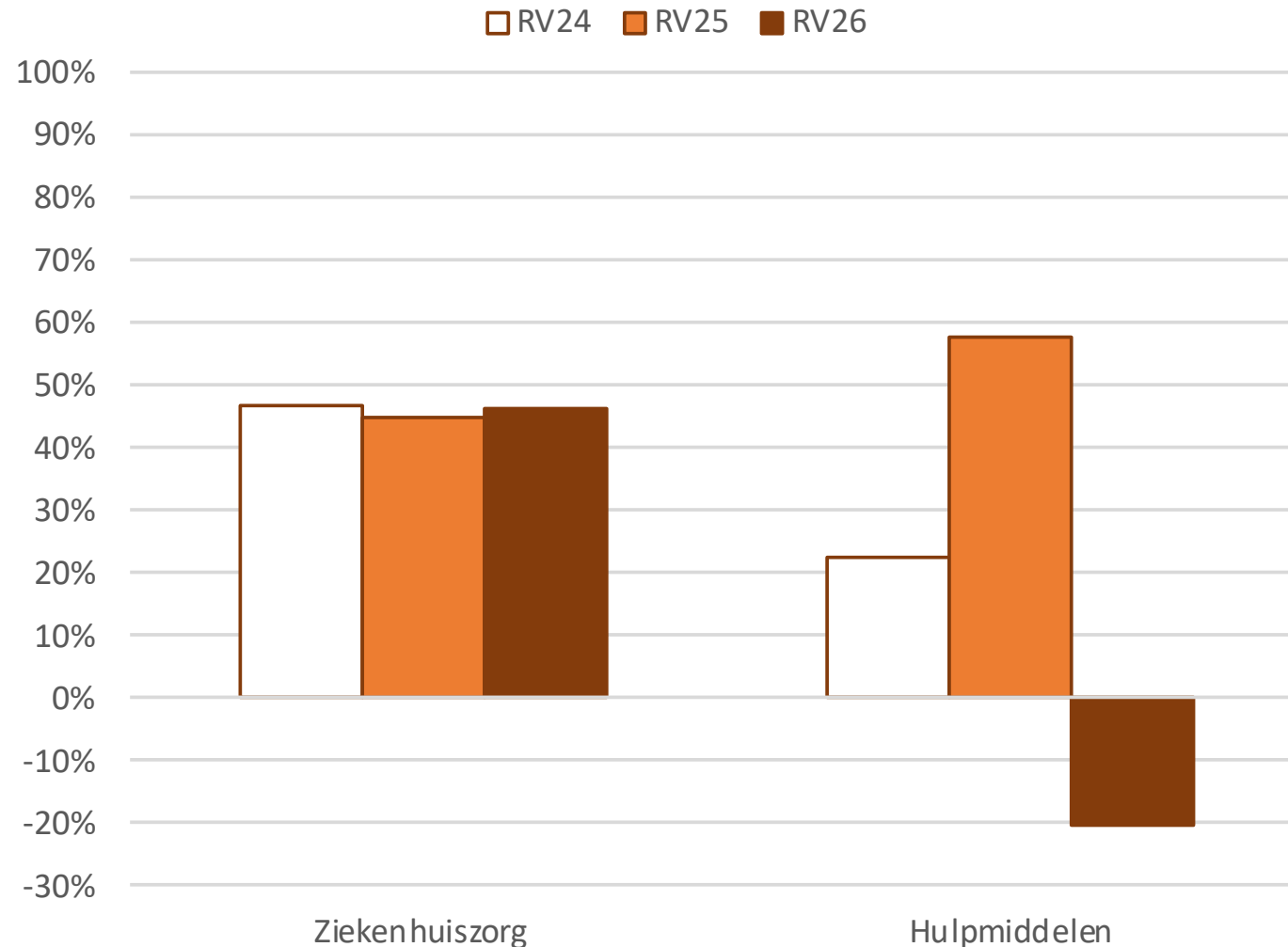
Key finding



Een prijsbesparing op hulpmiddelen kan nadelig uitpakken voor een verzekeraar.

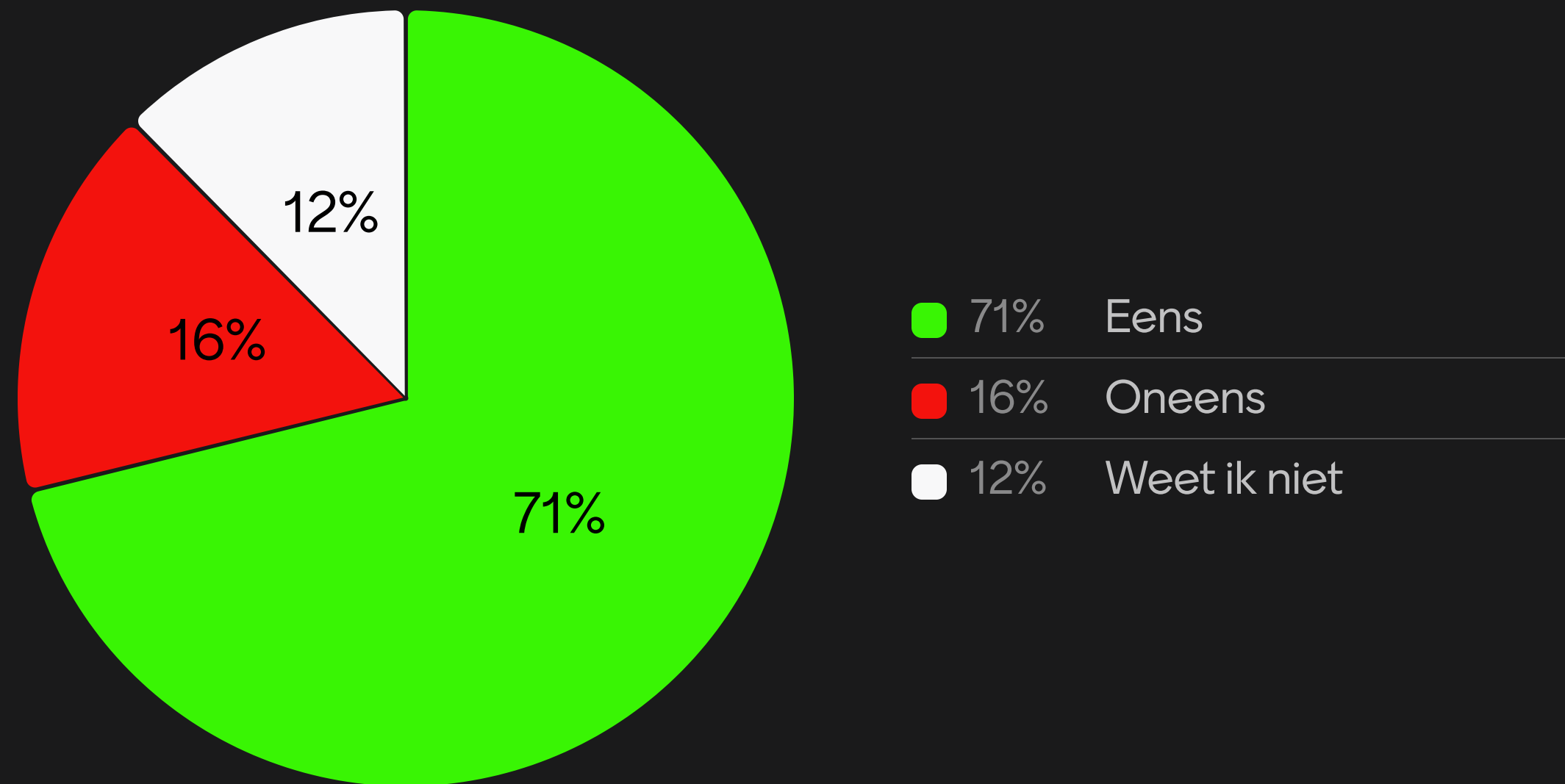
Wat houdt een individuele verzekeraar gemiddeld over aan een *volumebesparing* onder gelijk houding van prijzen? (*volume-powermaatstaf*)

Key finding



Een volumebesparing op hulpmiddelen kan nadelig uitpakken voor een verzekeraar.

Stelling: De negatieve power voor hulpmiddelen is problematisch.



THANK

YOU