

Wetenschappelijk Platform Risicoverevening (WPR)

WPR-analyse risicoverevening 2026: verevenende werking & power

April 2026

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

Wetenschappelijk Platform Risicoverevening (WPR)

WPR-analyse risicoverevening 2026: verevenende werking & power

Dr. R.C. van Kleef^a

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

Dr. J.W. Vanhommerig^b

^a Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

^b Nivel, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

Eindrapport, 30 april 2026

**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. Meer informatie over de achtergrond, doelstelling en invulling van het WPR is te vinden op de website van ESHPM.¹

Het voorliggende rapport is geschreven voor ingewijden en daardoor technisch van aard. Voor meer informatie over de risicoverevening zie bijvoorbeeld de '[Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet](#)' opgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (Ministerie van VWS, 2017).

¹ <https://www.eur.nl/eshpm/onderzoek/onderzoeksthemas/wetenschappelijk-platform-risicoverevening>.

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 de website van ESHPM.² Wij zijn ZN zeer dankbaar voor het mede mogelijk maken van dit onderzoek. 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 Ontwikkeling 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 en 2022;
- het Nivel voor het beschikbaar stellen van gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (Nivel, 2025). Het voorliggende onderzoek is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-003.25.028. 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, Andreea Panturu MSc, Sebastiaan de Ranitz MSc, dr. Piet Stam, de leden van de WPR-klankbordgroep en de leden van het Wetenschappelijk Overleg van het Nivel 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.

² Zie "Governance en financiering van het WPR" op de volgende pagina:
<https://www.eur.nl/eshpm/onderzoek/onderzoeksthemas/wetenschappelijk-platform-risicoverevening>.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Dankwoord	3
Samenvatting	5
1. Inleiding	8
2. Doelstelling, onderzoeksvragen en relevantie	12
3. Gegevensbestanden	15
4. Methoden	19
5. Uitkomsten risicoverevening 2026: verevenende werking	31
6. Power	50
7. Aanvullende analyse: keuze- en overstapedrag in 2023 op subgroepniveau	59
8. Discussie	68
Referenties	75
Bijlage 1. Herweging Nivel Zorgregistraties en Gezondheidsmonitor-bestand	79
Bijlage 2. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. chronische ICPC	83
Bijlage 3. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. psychische ICPC	87
Bijlage 4. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. de Gezondheidsmonitor	89
Bijlage 5. Subgroepen o.b.v. demografische en sociaaleconomische informatie	92

Samenvatting

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) 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. Risicoverevening draagt zodoende bij aan het realiseren van een gelijk speelveld voor verzekeraars en het verminderen van prikkels tot risicoselectie.

In dit onderzoek is de werking van het vereveningssysteem 2026 geanalyseerd. 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 specifieke risicoprofielen. Een goede verevenende werking is belangrijk voor het bereiken van een gelijk speelveld en het tegengaan van prikkels tot 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 het vereveningssysteem van 2026 grotendeels compenseert voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met specifieke risicoprofielen, maar niet volledig. Het systeem schiet onder andere tekort voor subgroepen op basis van psychische gezondheid. Voor het bereiken van een gelijk speelveld en het voorkomen van prikkels tot risicoselectie, is het belangrijk dat de compensatie voor deze subgroepen wordt verbeterd. Als dat niet lukt door middel van verbetering van de ex-ante vereveningsmodellen dan kunnen alternatieve oplossingsrichtingen worden overwogen zoals gerichte ex-post kostencompensaties en constrained regression.

Vanwege het grote aantal onderscheiden subgroepen was het niet haalbaar om in dit rapport de resultaten voor elke subgroep afzonderlijk te bespreken. Omdat de resultaten voor specifieke subgroepen van belang kunnen zijn voor de doorontwikkeling van het

vereveningssysteem hebben we deze opgenomen in de bijlagen. Onze aanbeveling is om subgroepen met substantiële onder/overcompensatie in het achterhoofd te houden bij de ontwikkeling van nieuwe vereveningscriteria en het grootonderhoud van bestaande criteria.

In dit onderzoek is ook aandacht besteed aan de verevenende werking op het niveau van risicodragers (N=20), polissen (N=61) en combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico (N=122). Na toepassing van het vereveningssysteem 2026 bestaat alleen op het laatstgenoemde niveau een statistisch significant lineair verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerdenjaar en de gemiddelde normkosten per verzekerdenjaar c.q. het gemiddelde aantal ICPC-diagnoses per verzekerdenjaar.

In aanvulling op de analyse van bovengenoemd lineair verband hebben we ook gekeken naar de mate waarin verschillen in vereveningsresultaten kunnen worden verklaard met gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties van het voorgaande jaar. Op het niveau van de 20 risicodragers kunnen de verschillen in vereveningsresultaten voor 8% worden verklaard met gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties. Op het niveau van de 61 polissen is dat 7% en op het niveau van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico is dat 15%. Dit duidt erop dat de risicoverevening in beperkte mate kan worden verbeterd door rekening te houden met aanvullende gezondheidsinformatie over verzekerden.

De 'power' is gesimuleerd door in de gegevensbestanden van de risicoverevening fictieve prijs- en volumebesparingen aan te brengen en de effecten daarvan te bepalen op de vereveningsbijdragen. De uitkomsten laten zien dat een individuele verzekeraar gemiddeld genomen 71% overhoudt aan een *structurele* kostenbesparing in de vorm van lagere *inkooprijzen* voor somatische zorg. Voor GGZ is dat 84%. Bij *structurele* kostenbesparingen in de vorm van minder *volume* ligt dit percentage lager: 27% voor somatische zorg en 29% voor GGZ. Dit impliceert dat *gemiddeld genomen* de prikkels voor prijsbesparing sterker zijn dan de prikkels voor volumebesparing. Op het niveau van specifieke zorgvormen kan de power anders uitpakken. Zo blijkt dat de invoering van het vereveningscriterium Historisch Hulpmiddelen Kosten (HHK) heeft geleid tot een negatieve power voor hulpmiddelen; ergo: een structurele besparing op hulpmiddelen (via lagere prijzen of minder volume) kan financieel nadelig zijn voor een individuele verzekeraar. Idealiter wordt het huidige HHK-criterium zo snel mogelijk vervangen door een criterium dat beter scoort op power.

Als aanvullende analyse is in dit onderzoek gekeken naar het keuze- en overstapgedrag van verzekerden op subgroepniveau. De uitkomsten van die analyse laten zien dat tussen gezondheid-gerelateerde subgroepen sprake is van een zekere heterogeniteit in de voorkeuren van verzekerden ten aanzien van het vrijwillig eigen risico en polissen met/zonder beperkende voorwaarden: binnen gezonde groepen wordt vaker gekozen voor het maximale vrijwillig eigen risico en/of een polis met beperkende voorwaarden dan binnen ongezonde subgroepen.

Binnen alle in dit onderzoek bekeken subgroepen vond van 2022-op-2023 overstap van polis plaats. Er zijn echter forse verschillen in het overstappercentage tussen subgroepen. Uit een meervoudige logistische regressie blijkt dat jongeren, hoogopgeleiden, hoge inkomens en gezonden meer geneigd waren om over te stappen van polis dan ouderen, laagopgeleiden, lage inkomens en ongezonden, *ceteris paribus*.

Ten slotte hebben we gekeken naar het vereveningsresultaat voor verzekerden die van 2022-op-2023 zijn overgestapt van zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast, uitgesplitst naar het verschil in premie (in 2023) tussen de oude en de nieuwe polis. Voor verzekerden die zijn overgestapt naar een goedkopere polis (als proxy voor overstap naar een beperktere dekking) resteert een positief gemiddeld vereveningsresultaat in 2023. Voor verzekerden die van 2022-op-2023 zijn overgestapt naar een duurdere polis (als proxy voor overstap naar een uitgebreidere dekking) resteert een negatief gemiddeld vereveningsresultaat in 2023. Deze resultaten moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat kostenverschillen tussen overstappers (en daarmee ook resultaatverschillen) mogelijk niet alleen samenhangen met verzekeringsrisico maar ook met doelmatigheid.

Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moet rekening worden gehouden met een aantal keuzes en aannames. Deze worden besproken in hoofdstuk 8 van dit rapport, samen met een aantal aanbevelingen en interessante vragen 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).³ 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’ zouden (in een situatie zonder risicoverevening) ouderen en chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend zijn 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 zouden (zonder risicoverevening) juist voorspelbaar winstgevend zijn 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).⁴

³ Soms wordt ook doelmatigheid gezien als doel van de risicoverevening (Van de Ven et al., 2023a en 2023b). 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 doelmatigheid.

⁴ 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

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'). Ook in 2026 is een aantal wijzigingen doorgevoerd (zie hoofdstuk 2).

Omdat de risicoverevening van cruciaal belang is voor het goed functioneren van de zorgverzekeringsmarkt en het zorgstelsel, is het belangrijk om de werking ervan zorgvuldig te monitoren. Elk jaar vinden binnen de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) meerdere onderzoeken plaats ter evaluatie en verbetering van de risicoverevening, en ter bepaling van de normbedragen. In die onderzoeken worden diverse beoordelingsmaatstaven doorgerekend die inzicht geven in de werking van het vereveningssysteem. Het doel van het onderhavige onderzoek is om – als aanvulling op de WOR-onderzoeken – extra inzicht te geven in de 'verevenende werking' en 'power' van het vereveningssysteem.

'Verevenende werking' staat voor de mate waarin het vereveningssysteem compenseert voor de voorspelbaar hoge/lage zorgkosten van subgroepen met een specifiek risicoprofiel.⁵ De verevenende werking geeft aan in hoeverre "iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt". In dit onderzoek kijken we naar een brede set van 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).

'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 volumebesparing te

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).

⁵ 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 solvabiliteitskosten 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.

doen.⁶ 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). Echter, ook in het huidige Zvw-tijdperk vloeit een kostendaling (kostenstijging) naar verwachting gedeeltelijk weg via het vereveningssysteem. De reden daarvoor is tweeledig. Allereerst bevat ook het huidige vereveningssysteem 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 2026 te berekenen.

⁶ 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 volumebesparing 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 beknipting 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).

Een ‘goede verevenende werking’ en ‘voldoende power’ zijn noodzakelijke 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 volumebesparing te doen.

Vorig jaar hebben wij een soortgelijk onderzoek uitgevoerd naar de werking van de vereveningssystemen van 2024 en 2025 (Van Kleef & Van Vliet, 2025). In dat onderzoek zijn nieuwe maatstaven ontwikkeld, waarvan er een aantal terugkeren in dit nieuwe rapport. Daarnaast worden in het onderhavige onderzoek ook nieuwe maatstaven en analyses ontwikkeld en toegepast. Zo besteedt dit rapport extra aandacht aan de verevenende werking voor subgroepen op basis van *psychische* gezondheid en duiken we dieper in de verevenende werking op het niveau van de 61 zorgpolissen van 2023. Daarnaast geven we inzicht in het keuze- en overstapgedrag van verzekerden in 2023 op subgroepniveau.

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. Hoofdstukken 5 en 6 presenteren de uitkomsten van het vereveningssysteem 2026 ten aanzien van ‘verevenende werking’ respectievelijk ‘power’. Hoofdstuk 7 presenteert de uitkomsten van de aanvullende analyse ter bepaling van het keuze- en overstapgedrag van verzekerden in 2023. Hoofdstuk 8 sluit af met een aantal discussiepunten en aanbevelingen voor beleid en vervolgonderzoek.

2. Doelstelling, onderzoeksvragen en relevantie

Het eerste doel van dit onderzoek is het kwantificeren van de ‘verevenende werking’ en ‘power’ van het risicovereveningssysteem 2026. Een tweede doel is het geven van inzicht in het keuze- en overstapgedrag van verzekerden in 2023 op subgroepniveau. Deze doelstellingen vertalen zich naar de volgende drie onderzoeksvragen:

1. 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?
2. Wat is de ‘power’ van het risicovereveningssysteem 2026? Dat wil zeggen: wat houdt een zorgverzekeraar gemiddeld over aan een kostenbesparing?
3. In hoeverre zijn er verschillen in het keuze- en overstapgedrag van verzekerden in 2023 tussen subgroepen met een specifiek risicoprofiel?

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”. Vorig jaar hebben we uitgebreid gekeken naar de verevenende werking van de vereveningssystemen van 2024 en 2025 (Van Kleef en Van Vliet, 2025). Om twee redenen is het echter belangrijk om de verevenende werking dit jaar opnieuw te bepalen. In de eerste plaats is het vereveningssysteem per 2026 op diverse punten aangepast (zie Tabel 1). In de tweede plaats zijn de ex-ante vereveningsmodellen voor 2026 geschat op informatie over Zvw-verzekerden in 2023 (waar de modellen 2024 en 2025 waren geschat op informatie over Zvw-verzekerden in 2021 respectievelijk 2022). Zowel de modelaanpassingen als de overstap op recentere data kunnen van invloed zijn op de verevenende werking. Net als in Van Kleef en Van Vliet (2025) wordt bij de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag rekening gehouden met de volgende componenten van het vereveningssysteem: het vereveningsmodel voor somatische zorg, het vereveningsmodel voor ‘Geestelijke Gezondheidszorg’ (GGZ), het

vereveningsmodel voor de ‘kosten onder het verplicht eigen risico’ en de Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor zowel somatische zorg als GGZ.⁷

Tabel 1. Wijzigingen in het vereveningssysteem per 2026 ^{a,b}

Gewijzigde onderdelen	Wijzigingen
Ex-ante vereveningsmodel voor somatische zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Invoering criterium Historische Hulpmiddelen Kosten (HHK) • Invoering criterium Ontbrekende Kosten Historie (OKH) • Aanpassing criterium Meerjarig Hoge Kosten (MHK) • Update criterium Farmacie Kosten Groepen (FKG) • Update regiocriterium-somatisch
Ex-ante vereveningsmodel voor GGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing psychische Diagnose Kosten Groepen (DKG) • Update psychische Farmacie Kosten Groepen (FKG) • Update regiocriterium-GGZ
Ex-ante vereveningsmodel voor de kosten onder het verplicht eigen risico	<ul style="list-style-type: none"> • Toename omvang niet-forfaitaire groep vanwege de invoering van HHK en updates van FKG en MHK (somatisch) • Update regiocriterium-somatisch
Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor somatische zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Invoering 2^e drempel (90% van de kosten >1,25 mln. Euro)

^a Bron: WOR 1277.

^b Voor een globaal overzicht van het vereveningssysteem 2026 zie Tabel 2.

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 (bijvoorbeeld via preventie) 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 hoeveel een verzekeraar gemiddeld overhoudt aan een kostenbesparing. We maken daarbij gebruik van powermaatstaven uit eerder onderzoek (Geruso & McGuire, 2016; Van Kleef & Van Vliet 2022; Douven et al., 2024). Bij $power=1$ komt een kostenreductie volledig ten bate van de verzekeraar. Bij $0 < power < 1$ komt een kostenreductie gedeeltelijk ten bate van de verzekeraar. Bij $power < 0$ heeft een verzekeraar financieel nadeel van een kostenreductie.

⁷ In het onderzoek wordt 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.)

Net als Van Kleef & Van Vliet (2025) kijken we in het huidige onderzoek naar twee typen ‘kostenbesparingsactiviteiten’: 1) prijsbesparing en 2) volumebesparing. Bij prijsbesparing kan worden gedacht aan activiteiten gericht op het verlagen van inkooprijzen. Bij volumebesparing 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 kostenbesparing.

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 (voordeel), maar ook geen prikkels tot kostenbeheersing (nadeel). 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 (voordeel) maar ook prikkels tot risicoselectie (nadeel).

Het antwoord op de derde onderzoeksvraag geeft een indicatie van de richting waarin resterende onder/overcompensaties kunnen leiden tot een verstoring van de zorgverzekeringsmarkt. Bijvoorbeeld: stel dat uit onderzoeksvraag 1 blijkt dat subgroep G wordt ondergecompenseerd en dat uit onderzoeksvraag 3 blijkt dat verzekerden in subgroep G relatief vaak kiezen voor een polis zonder beperkende voorwaarden. In dat geval worden de polissen zonder beperkende voorwaarden geconfronteerd met een voorspelbaar verlies (en de polissen met beperkende voorwaarden met een voorspelbare winst), *ceteris paribus*. Dit kan leiden tot een ongelijk speelveld voor verzekeraars en afbreuk doen aan de risicosolidariteit tussen verzekerden. Een (zeer) groot voorspelbaar verlies voor verzekerden met polistype Z kan er zelfs toe leiden dat Z op den duur uit de markt verdwijnt. Bijvoorbeeld omdat geen enkele verzekeraar nog bereid is Z aan te bieden of omdat verzekeraars een zeer hoge premie vragen voor Z die geen enkele verzekerde bereid is te betalen (Van Kleef et al., 2025).

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 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 Zvw-verzekerden in jaar t (met $t = 2018, 2019, 2020, 2021, 2022$ en 2023), 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 $t+3$ (maar met kosten/prijsniveau van jaar t). De vereveningscriteria zijn gebaseerd op jaar $t-5$ tot en met jaar 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 $t=2023$ gebruikt voor het repliceren van het vereveningssysteem van 2026. Hiermee zijn vervolgens per verzekerde de 'normkosten' bepaald. De normkosten vormen de basis voor de vereveningsbijdrage die verzekeraars ontvangen. In een tweede stap zijn de WOR-bestanden voor $t=2023$ gebruikt om subgroepen te definiëren op basis van demografische en sociaaleconomische informatie. Dit was nodig om de verevenende werking te kunnen bepalen voor deze subgroepen (onderzoeksvraag 1). In een derde stap zijn alle bovengenoemde WOR-bestanden gebruikt voor het berekenen van de power-maatstaven (onderzoeksvraag 2). Ten slotte zijn de WOR-bestanden voor $t=2022$ en $t=2023$ gebruikt voor het bepalen van het keuze- en overstapgedrag van verzekerden per 1-1-2023 op subgroepniveau (onderzoeksvraag 3). Een nadere beschrijving van deze stappen volgt in het methodehoofdstuk (hoofdstuk 4).

3.2. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (verder: Nivel Zorgregistraties) bevatten diagnose-informatie over ongeveer 1,5 miljoen patiënten die in 2022 stonden ingeschreven bij één van de huisartspraktijken die in dat jaar informatie hebben aangeleverd voor Nivel Zorgregistraties. Per patiënt bevat het bestand een reeks dummyvariabelen die aangeven of de patiënt in 2022 wel of niet een specifieke diagnose geregistreerd heeft staan. Deze diagnoses zijn afgeleid uit de eerste drie posities van de ‘International Classification of Primary Care’, afgekort met ICPC (Lamberts & Wood, 1987). Morbiditeitscijfers van Nivel Zorgregistraties zijn gebaseerd op zogenaamde ‘ziekte-episodes’, i.e. de periode tussen de diagnosedatum en de geschatte datum van herstel. Voor de geschatte datum van herstel wordt gekeken naar de zogenaamde klachtenvrije periode, dat wil zeggen: de periode zonder contact voor de betreffende klacht met de huisarts. Een ziekte-episode blijft openstaan totdat de klachtenvrije periode is verstreken. Voor de duur van de klachtenvrije periode heeft het Nivel de ICPC-diagnoses ingedeeld in vijf categorieën [zie bijlage 2 van Nielen et al. (2016)]:

1. acute klachten met een klachtenvrije periode van 4 weken,
2. acute klachten met een klachtenvrije periode van 8 weken,
3. acute klachten met een klachtenvrije periode van 16 weken,
4. langdurige klachten met een klachtenvrije periode van 1 jaar, en
5. chronische ziekten/aandoeningen waarvoor geldt: eens ziek, altijd ziek.

Zodra de klachtenvrije periode is verstreken wordt de ziekte-episode afgesloten. Om de episodeduur niet te overschatten wordt niet de gehele klachtenvrije periode bij het laatste contact opgeteld maar de *helft* daarvan. Bijvoorbeeld: voor aandoeningen in de eerste categorie wordt de episode twee weken na het laatste contact afgesloten (de helft van 4 weken) en voor aandoeningen in de vierde categorie wordt de episode na zes maanden afgesloten (de helft van 12 maanden). Voor nadere toelichting zie Nielen et al. (2016).

Het bovenstaande betekent dat de episode nog even doorloopt na het laatste contact met de huisarts voor de betreffende klacht (respectievelijk 2 weken, 4 weken, 8 weken en 6 maanden voor categorieën 1-4, en voor altijd in het geval van chronische ziekten/aandoeningen). Het kan dus voorkomen dat mensen zonder contact met de huisarts in 2022, toch een ziekte-episode geregistreerd hebben staan in 2022 op basis van een contact in 2021.

Voor het construeren van ziekte-episodes maakt Nivel gebruik van alle door de huisarts vastgelegde morbiditeitsinformatie in elektronische patiëntendossiers. De totale ICPC-indeling omvat 17 hoofdcategorieën van A tot en met Z, met in totaal bijna 700 codes voor klachten, symptomen en aandoeningen.⁸ Het Nivel heeft 109 ICPC-diagnosen aangemerkt als chronisch. In het bestand van 2022 zijn deze 109 aandoeningen gebaseerd op alle openstaande episodes van chronische ziekten op 1 januari 2020 en alle nieuwe episodes in de periode 2020-2022. De niet-chronische klachten zijn louter gebaseerd op openstaande episodes op 1 januari 2022 en nieuwe episodes in 2022. Ter bepaling van de episodes is gekeken naar alle contacten met de huisartspraktijk en prescripties door de huisarts. 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. Voor een nadere beschrijving van Nivel Zorgregistraties zie Vanhommerig et al. (2025).

De gegevens uit 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 in een bepaald jaar, enzovoort. In het bestand dat wij van het Nivel hebben ontvangen zijn alle 109 chronische aandoeningen te onderscheiden, evenals alle niet-chronische psychische aandoeningen (ICPC-hoofdstuk P). Daarnaast is voor elk van de overige ICPC-hoofdstukken een variabele opgenomen die per patiënt een telling geeft van het aantal niet-chronische klachten en aandoeningen. De kracht van deze gegevensbron is dat in Nederland veel gezondheidsinformatie bij de huisarts terechtkomt; zo komt bijna driekwart van de bevolking ten minste één keer per jaar bij de huisarts (Heins et al., 2023). Deze bron geeft daarmee een vollediger beeld van de gezondheid van verzekerden dan bijvoorbeeld de morbiditeitscriteria van het vereveningssysteem, die veelal zijn gebaseerd op specifieke zorgvormen. Zo worden de DKG's afgeleid uit *ziekenhuisbehandelingen*, de FKG's uit *geneesmiddelengebruik*, de Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG's) uit *fysiotherapiegebruik*.

Ondanks de eerder aangetoonde representativiteit van Nivel Zorgregistraties (Van Kleef et al., 2018; Van Kleef & Van Vliet, 2025), hebben wij deze bestanden herwogen naar de Zvw-

⁸ Voor een gedetailleerde beschrijving van de totstandkoming van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en een volledig overzicht van alle circa 700 codes en bijbehorende titels zie Nielen et al. (2016).

populatie. Bijlage 1 bevat een beschrijving van de herwegingsprocedure en enkele analyses ter bepaling van de representativiteit van 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, met een oververtegenwoordiging van 65-plussers. Het betreft een samenwerking tussen het CBS, alle GGD'en en het RIVM. Voor dit onderzoek is de Gezondheidsmonitor van 2022 gebruikt. Dit betreft een extra editie met als doel om de lichamelijke en mentale gezondheidseffecten van de coronacrisis bij Nederlanders in kaart te brengen.⁹

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 algemene gezondheidstoestand, het wel/niet hebben van een chronische aandoening en het risico op angst en depressie. Ten opzichte van eerdere edities van de Gezondheidsmonitor, bevat de editie van 2022 extra informatie over psychische gezondheid (zoals de 'Mental Health Inventory) en (long-)COVID (in 2022).

Net als voor 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.

⁹ Voor meer informatie zie <https://www.rivm.nl/gezondheidsmonitors/volwassenen-en-ouderen/corona-2022>.

4. Methoden

Bij de uitvoering van dit onderzoek zijn globaal zes stappen doorlopen: 1) repliceren van het vereveningssysteem 2026, 2) identificeren van subgroepen met een specifiek risicoprofiel, 3) berekenen van het gemiddelde vereveningsresultaat voor die subgroepen, 4) bepalen van de samenhang tussen vereveningsresultaten en gezondheid op verzekeraars/polisniveau, 5) berekenen van de power-maatstaven en 6) bepalen van het keuze- en overstapgedrag van verzekerden in 2023 op subgroepniveau. Deze stappen worden hieronder toegelicht.

4.1. Stap 1: repliceren van het vereveningssysteem 2026

Voor deze stap is gebruik gemaakt van de WOR-bestanden met kostengegevens en vereveningscriteria van Zvw-verzekerden in 2023. Bij het repliceren van het vereveningssysteem 2026 zijn de volgende componenten 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.¹⁰ Bij een aantal analyses wordt tevens gekeken naar de volgende twee varianten: 1) het vereveningssysteem zonder HKC en 2) het vereveningssysteem zonder HKC én 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 WOR-bestand (met Zvw-verzekerden in 2023). Dit komt neer op de volgende formule:^{11,12}

¹⁰ 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.)

¹¹ 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.

¹² Voor 18-minners zijn de (normatieve) kosten van GGZ per definitie gelijk aan 0 (gegeven dat GGZ voor 18-minners niet wordt vergoed vanuit de Zvw). 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).

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

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 ;
 $Y_{i,er}$ = 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 vier bronnen: diagnose-informatie (op basis van de Nivel Zorgregistraties 2022), zelf-gerapporteerde gezondheid (op basis van de Gezondheidsmonitor Ouderen en Volwassenen 2022), demografische en sociaaleconomische informatie (afkomstig uit de WOR-bestanden met Zvw-verzekerden 2023) en de poliskeuze van verzekerden in 2023 (afkomstig uit de WOR-bestanden met Zvw-verzekerden 2023).

Nivel Zorgregistraties 2022 bevat voor circa 1,5 miljoen patiënten informatie over het wel (1) of niet (0) geregistreerd hebben staan van een bepaalde klacht of aandoening in 2022. Die klachten en aandoeningen zijn gebaseerd op de eerste drie posities van de ICPC-code. De ICPC-indeling kent 17 hoofdcategorieën, waarvan er 15 betrekking hebben op somatische aandoeningen en klachten, één op psychische aandoeningen en klachten (categorie P) en één op sociale problemen (categorie Z). In het bestand zijn alle 109 chronische aandoeningen afzonderlijk te identificeren. Dat geldt ook voor alle niet-chronische psychische klachten. De overige niet-chronische klachten zitten zelf niet in het bestand. Wel bevat het bestand per ICPC-hoofdstuk een telling van het *aantal* niet-chronische klachten per patiënt. Met behulp van de gegevens uit Nivel Zorgregistraties zijn subgroepen gedefinieerd op basis van 1) chronische klachten/aandoeningen, 2) psychische klachten/aandoeningen en 3) wel/geen niet-chronische klacht of aandoening per ICPC-hoofdstuk.

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen bevat bijna 365.000 respondenten (waarvan er circa 360.000 succesvol koppelen met het WOR-bestand van 2023) met voor elke respondent de antwoorden op de vragen die zijn gesteld in de monitor van 2022. Die vragen hebben hoofdzakelijk betrekking op gezondheid, welzijn en leefstijl. Op basis van de antwoorden van respondenten zijn subgroepen gedefinieerd op basis van 1) algemene gezondheid, 2) het al dan niet hebben van een langdurige aandoening, 3) het ondervinden van beperkingen als gevolg van een langdurige aandoening, 4) Body Mass Index, 5) het ondervinden van (langdurige) klachten na besmetting met het coronavirus, 6) psychische klachten volgens de Mental Health Inventory (MHI-5), 7) risico op angst en depressie (Kessler-10 vragenlijst), 8) het ondervinden van stress, 9) het hebben van suïcidale gedachten, 10) de mate van beweging (volgens beweegrichtlijn 2017), 11) drinkgedrag, 12) rookgedrag en 13) sportgedrag. Voor de onderliggende enquêtevragen en meer informatie over de Gezondheidsmonitor 2022, zie <https://www.monitorgezondheid.nl/>.

Met behulp van het WOR-bestand met Zvw-verzekerden in 2023 zijn 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). Sinds 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 in het somatisch model wel het geval was). Door deze subgroepen mee te nemen in dit onderzoek ontstaat een beeld van de verevenende werking op deze niveaus.¹³

Tenslotte zijn met behulp van het WOR-bestand met Zvw-verzekerden in 2023 subgroepen gedefinieerd op basis van de polis keuze van verzekerden in 2023. Voor de analyses hebben wij drie indelingen gemaakt: 1) een indeling van verzekerden naar risicodragers in 2023 (20 subgroepen), 2) een indeling van verzekerden naar zorgpolis in 2023 (61 subgroepen) en 3) een indeling van verzekerden naar zorgpolis in 2023 en het wel/niet hebben van het maximale vrijwillig eigen risico in 2023 (122 subgroepen). De laatstgenoemde indeling is de meest- verfijnde indeling van verzekerden naar ‘verzekeringsproduct’ en komt bijna overeen met het niveau waarop verzekeraars feitelijk hun premies vaststellen.¹⁴ De resultaten op deze niveaus

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).

¹⁴ Graag hadden wij voor dit onderzoek ook beschikking gehad over een indeling van verzekerden naar de exacte hoogte van het vrijwillig eigen risico in 2023, maar die informatie zat niet in het betreffende WOR-bestand.

dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. In de eerste plaats moet worden bedacht dat de resultaten betrekking hebben op het polisaanbod (door verzekeraars) en de polis keuze (door verzekerden) in 2023. Vanwege veranderingen in het polisaanbod en keuzegedrag zijn de resultaten niet per se representatief voor andere/latere jaren. In de tweede plaats moet worden bedacht dat de vereveningsresultaten niet zijn gebaseerd op de feitelijk gedeclareerde zorgkosten in 2023 maar op de geconstrueerde kosten in het OT-bestand. In dit bestand – dat is samengesteld voor het schatten van de normbedragen 2026 – zijn de ziekenhuiskosten berekend uit volumes in combinatie met mediane – in plaats van werkelijke – prijzen (WOR 1273). Hoewel wij geen grote verschillen verwachten tussen de feitelijk gedeclareerde kosten en de kosten in het OT-bestand, is niet bekend hoe groot deze verschillen precies zijn. In de derde plaats moet worden bedacht dat verschillen in gemiddelde kosten en vereveningsresultaten op verzekeraar/polisniveau niet alleen worden veroorzaakt door verschillen in het risicoprofiel van verzekerdenpopulaties maar ook door verschillen in doelmatigheid. Vanwege deze kanttekeningen en vanwege de mogelijke herleidbaarheid van resultaten naar individuele verzekeraars presenteren we in dit rapport geen vereveningsresultaten voor *individuele* risicodragers/polissen, maar richten we ons op maatstaven voor de *variatie* in vereveningsresultaten tussen risicodragers/polissen.

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 .

Omdat toeval een rol kan spelen bij het gemiddelde vereveningsresultaat voor een subgroep, passen we in dit onderzoek een tweezijdige t-toets toe om te bepalen of dit gemiddelde statistisch significant verschilt van nul. Daarbij hanteren we een significantieniveau van 1%.

Indien de berekende t-waarde buiten het kritieke interval valt (ongeveer $\pm 2,58$ bij grote steekproeven), verwerpen we de nulhypothese dat het gemiddelde gelijk is aan nul.

Op sommige plekken in het rapport 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 61 subgroepen op basis van indeling van verzekerden naar zorgpolis in 2023. Formule (3) geeft in dat geval de GGAR van vereveningssysteem s voor deze 61 subgroepen.

4.4. Stap 4: samenhang vereveningsresultaten en gezondheid op verzekeraars/polisniveau

Vanuit de WPR-klankbordgroep is de suggestie gedaan om in dit onderzoek na te gaan in hoeverre resterende vereveningsresultaten op verzekeraars- en polisniveau samenhangen met gezondheid. Wij hebben twee analyses bedacht om hieraan tegemoet te komen. De eerste analyse borduurt voort op een maatstaf die eerder is gebruikt in diverse WOR-onderzoeken: het verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde normkosten op verzekeraar/polisniveau. Dit verband wordt bepaald met de volgende lineaire regressie:

$$\text{Gem. vereveningsresultaat}_j = \alpha + \beta_1 * \text{Gem. normkosten}_j + e_j \quad (4)$$

Waarbij j staat voor een bepaalde verzekerdenpopulatie. In feite schatten we regressiemodel (4) op twee niveaus: verzekeraarsniveau (20 verzekerdenpopulaties) en polisniveau (61 verzekerdenpopulaties). De geschatte waarde voor β_1 (en de bijbehorende T-waarde) geeft een indruk van het lineaire verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde normkosten bij toepassing van RV26 op kostendata 2023.

Bij de interpretatie van de uitkomsten van regressiemodel (4) moet worden bedacht dat de geschatte β -coëfficiënt mogelijk wordt beïnvloed door verschillen in het aandeel verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Immers: verzekeraars/zorgpolissen met relatief veel van deze verzekerden hebben naar verwachting relatief lage zorgkosten als gevolg van 1) het

remgeldeffect van het vrijwillig eigen risico (mensen met een vrijwillig eigen risico ervaren in sterkere mate de prijs van zorg en maken daardoor minder gebruik van zorg) en 2) de zelfselectie als gevolg van het vrijwillig eigen risico (mensen met een vrijwillig eigen risico zijn over het algemeen relatief gezond). Om het verband op polissenniveau te zuiveren van het effect van het vrijwillig eigen risico schatten we een tweede regressiemodel:

$$\text{Gem. vereveningsresultaat}_j = \alpha + \beta_1 * \text{Gem. normkosten}_j + \beta_2 * \text{VER}_j + e_j \quad (5)$$

Voor deze regressie gaan we uit van de indeling van verzekerden naar de 122 subgroepen van ‘zorgpolis’ in combinatie met ‘wel/niet het maximale vrijwillig eigen risico’. Voor elk van die subgroepen bepalen we het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde normkosten en schatten we regressiemodel (5). De variabele VER_j geeft aan of subgroep j het maximale eigen risico heeft (1) of niet (0). Voor 61 subgroepen is dit wel het geval en voor 61 subgroepen niet. De geschatte waarde voor β_2 geeft een indicatie van het verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en het maximale vrijwillig eigen risico. De geschatte waarde voor β_1 geeft een indicatie van het verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de normkosten, gezuiverd voor het effect van het vrijwillig eigen risico.

In regressiemodellen (4) en (5) kan de variabele ‘gemiddelde normkosten’ worden gezien als een ‘gezondheidsindicator’. De waarde voor β_1 (en de bijbehorende T-waarde) geeft een indruk van het verband tussen die gezondheidsindicator en het gemiddelde vereveningsresultaat op het betreffende niveau. In plaats van de ‘gemiddelde normkosten’ kunnen we ook kijken naar andere gezondheidsindicatoren. In feite kunnen we regressiemodellen (4) en (5) iets algemener opschrijven als:

$$\text{Gem. vereveningsresultaat}_j = \alpha + \beta_1 * \text{Gez. indicator}_j + e_j \quad (4a)$$

$$\text{Gem. vereveningsresultaat}_j = \alpha + \beta_1 * \text{Gez. indicator}_j + \beta_2 * \text{VER}_j + e_j \quad (5a)$$

In dit onderzoek schatten we regressiemodellen (4a) en (5a) voor de volgende alternatieve gezondheidsindicator: het gemiddelde aantal ICPC-diagnoses. Dit doen we in twee stappen. Eerst bepalen we in Nivel Zorgregistraties (herwogen) de waarde van deze indicator voor elk van de 20 risicodragers, 61 zorgpolissen en 122 combinaties van zorgpolissen en wel/niet

maximaal vrijwillig eigen risico. Vervolgens schatten we (4a) en (5a) waarbij het gemiddelde vereveningsresultaat voor elk van de subgroepen is gebaseerd op het totale WOR-bestand.

In alle bovengenoemde regressiemodellen loopt het aantal verzekerdenjaren per subgroep mee als wegingsfactor. Dit laatste voorkomt dat de geschatte β -coëfficiënten worden verstoord door (toevallige) uitschieters bij subgroepen met weinig verzekerden.

Regressiemodellen (4), (5), (4a) en (5a) laten zien in hoeverre – op het betreffende niveau – een lineair verband bestaat tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde normkosten/gezondheidsindicator. Dit geeft een indruk van de mate waarin vereveningsresultaten op het betreffende niveau samenhangen met gezondheid. In dit onderzoek passen we een tweede methode toe om hier een indruk van te krijgen:

1. Bepaal per verzekerde het vereveningsresultaat R_i na toepassing van het vereveningssysteem 2026 op kostengegevens van Zvw-verzekerden in 2023;
2. Schat een lineair regressiemodel met $Y = R_i$ en $X =$ diverse variabelen op basis van informatie uit Nivel Zorgregistraties (wat neerkomt op: 109 dummy-variabelen voor chronische aandoeningen, 36 dummy-variabelen voor niet-chronische psychische aandoeningen en 16 variabelen voor het aantal niet-chronische aandoeningen per ICPC-hoofdstuk met uitzondering van het hoofdstuk voor psychische aandoeningen);
3. Gebruik het regressiemodel uit stap 2 om per verzekerde een voorspelling te maken van de Y-variabele en noem die variabele \hat{R}_i . Een positieve waarde voor \hat{R}_i wijst op een voorspelde overcompensatie voor verzekerde i en een negatieve waarde wijst op een voorspelde ondercompensatie. Op macroniveau telt de som van \hat{R}_i op tot nul.
4. Veronderstel dat in aanvulling op het vereveningssysteem een aanvullende vereveningsbijdrage wordt toegekend die gelijk is aan $-1 * \hat{R}_i$. Die aanvullende vereveningsbijdrage is in feite een afslag voor verzekerden met een voorspelde overcompensatie en een opslag voor verzekerden met een voorspelde ondercompensatie.
5. Bereken op verzekeraars/polisniveau de GGAR (formule 3) na toepassing van de aanvullende vereveningsbijdrage en vergelijk die met de GGAR van het vereveningssysteem 2026. Naar verwachting zorgt de aanvullende vereveningsbijdrage voor een afname van de GGAR op verzekeraars/polisniveau.

Omwillen van eenvoud, maken we in stap 2 gebruik van een ‘stepwise regression’ waarbij uitsluitend de X-variabelen worden geselecteerd met een statistisch significante regressiecoëfficiënt. Voorts dient te worden opgemerkt dat stappen 2-5 worden uitgevoerd op de populatie in Nivel Zorgregistraties. Hoewel deze populatie in veel opzichten representatief is voor de gehele Zvw-populatie (zie Bijlage 1) kunnen de resultaten voor individuele verzekeraars en polissen (en dus de GGAR) afwijken van die in het totale WOR-bestand. We zijn daarom met name geïnteresseerd in de *procentuele* afname van de GGAR in stap 5.

4.5. Stap 5: berekenen van power

In deze stap worden twee simulaties uitgevoerd, één ter bepaling van de prijs-powermaatstaf en één ter bepaling van de volume-powermaatstaf. Deze simulaties geven een globaal beeld van de mate waarin prijs/volumebesparingen gerealiseerd door een individuele verzekeraar ten bate komen van die verzekeraar. 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 $B_{0,s}$ bepaald bij toepassing van vereveningssysteem s . Na deze algemene stappen volgen de simulaties voor de prijs-powermaatstaf en de volume-powermaatstaf een ander traject (zie hieronder).

De simulatie ten behoeve van de prijs-powermaatstaf werkt als volgt:

1. Veronderstel dat een verzekeraar de inkooprijzen voor kostensoort k *structureel* met 10 procent weet te verlagen, onder gelijk houding van het aantal gebruikers.¹⁶ Met ‘structureel’ bedoelen wij: een kostenbesparing die >5 jaar geleden is ingegaan en voortduurt.¹⁷ 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 , $t-1$,

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 We hebben gekozen voor een prijsbesparing van 10 procent omdat een grotere prijsbesparing wellicht minder realistisch is. We hebben in dit onderzoek geen gevoeligheidsanalyse toegepast. Voor toekomstig onderzoek kan het interessant zijn om te kijken naar de eventuele impact van het gekozen percentage op de prijs-powermaatstaf.

¹⁷ Dit betekent dat we de effecten van de kostenbesparing in jaar $t-5$, $t-4$, $t-3$, $t-2$ en $t-1$ buiten beschouwing laten. Hoewel het meenemen van deze effecten de analyse realistischer zou maken, bleek dat (voor dit onderzoek) te complex. In het discussiehoofdstuk komen we terug op deze en andere kanttekeningen.

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: $B_{t,s} < B_{0,s}$).¹⁸
3. Bereken de prijs-powermaatstaf door de verandering in totale vereveningsbijdrage voor de fictieve portefeuille in jaar t ($\Delta B_{p,s} = B_{t,s} - B_{0,s}$) te delen door de totale verandering in kosten voor de fictieve portefeuille in jaar t (ΔK_p , met in het voorbeeld van k =ziekenhuiskosten: $\Delta K_p = -0,1 * \text{totale ziekenhuiskosten in jaar t}$):

$$\text{prijs_powermaatstaf}_{k,s} = 1 - \frac{\Delta B_{p,s}}{\Delta K_p} \quad (6)$$

Als een kostenverandering 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 (6) 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 (HHK, MHK, MVV en MHK-GGZ) mag worden verwacht dat formule (6) inderdaad leidt tot een waarde kleiner dan 1. (De impact van de gesimuleerde kostendaling op de HSM-indeling kon niet worden meegenomen maar is naar verwachting zeer beperkt; zie voetnoot 18.)

De simulatie ter bepaling van de volume-powermaatstaf werkt als volgt:

¹⁸ 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 de analyse van de prijs-powermaatstaf 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 via een DKG, FKG en/of FDG (die niet wordt beïnvloed door de gesimuleerde kostendaling).

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). Met ‘structureel’ bedoelen wij ook hier: een kostenreductie die >5 jaar geleden is ingegaan en voortduurt. Simuleer dit scenario door in de fictieve portefeuille het volume voor k op nul te zetten. Voor k =ziekenhuiskosten betekent dit 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.
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 18, kon de impact van het gesimuleerde volume-effect bij ziekenhuiszorg op HSM niet worden meegenomen.)
3. Bereken de volume-powermaatstaf 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: $\Delta K_v =$ totale ziekenhuiskosten in jaar t).

$$volume_powermaatstaf_{k,s} = 1 - \frac{\Delta B_{v,s}}{\Delta K_v} \quad (7)$$

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 (7) 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, HHK en MHK) mag worden verwacht dat formule (7) inderdaad leidt tot een waarde kleiner dan 1.

4.6. Stap 6: bepalen van keuze- en overstapgedrag van verzekerden in 2023

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 3 hebben wij de verzekerden in het WOR-bestand van 2023 ingedeeld naar twee keuzeaspecten: 1) wel/niet de maximale hoogte van het vrijwillig eigen risico en 2) wel/geen polis met beperkende voorwaarden. Vervolgens hebben wij per subgroep de verdeling van verzekerden over deze keuzeopties bepaald. Op basis van eerder onderzoek mag worden verwacht dat binnen subgroepen van gezonde verzekerden vaker wordt gekozen voor het maximale vrijwillig eigen risico en/of een polis met beperkende voorwaarden dan binnen subgroepen van chronisch zieken. De resultaten van onze analyse laten zien in hoeverre inderdaad sprake is van dergelijke zelfselectie.

Voor het in kaart brengen van overstapgedrag hebben wij het WOR-bestand met Zvw-verzekerden in 2023 gekoppeld aan het WOR-bestand met Zvw-verzekerden in 2022. Vervolgens hebben wij bepaald welke verzekerden van 2022-op-2023 zijn overgestapt naar een andere verzekeraar en/of andere polis, en welke verzekerden zijn overgestapt van/naar het maximale vrijwillig eigen risico. (Helaas beschikten wij niet over de exacte hoogte van het vrijwillig eigen risico in 2023, maar over een dummy-variabele die aangeeft of een verzekerde in 2023 al dan niet het maximale vrijwillig eigen risico had.) Met deze informatie hebben wij vervolgens voor diverse subgroepen het volgende in kaart gebracht: 1) percentage overstappers van zorgpolis en 2) percentage overstappers van/naar het maximale eigen risico.

Voorts hebben wij de WOR-bestanden van 2022 en 2023 gekoppeld aan een spreadsheet met informatie over polissenmerken in 2023. Dit spreadsheet is eerder gebruikt voor de Overall Toets van de vereveningsmodellen 2026 en bevat onder andere informatie over de premie. Hiermee hebben wij per verzekerde (*i*) de premie in 2023 bepaald van zowel de ‘oude’ polis (d.w.z. de polis van verzekerde *i* in 2022) als de ‘nieuwe’ polis (d.w.z. de polis van verzekerde *i* in 2023). Door de (basis)premie in 2023 van de oude polis te vergelijken met die van de nieuwe polis kon worden bepaald of verzekerde *i* is overgestapt naar een duurdere polis of een goedkopere polis. Dit vormt een *grove* proxy voor het overstappen naar een uitgebreidere dekking (in het geval van overstap naar een duurdere polis) of minder uitgebreide dekking (overstap naar een goedkopere polis).¹⁹ Merk op: voor verzekerden die

¹⁹ Merk op dat vereveningsresultaten voor deze subgroepen niet alleen worden beïnvloed door hun gemiddelde verzekeringsrisico maar mogelijk ook door doelmatigheid. Zo dwingen polissen met beperkende voorwaarden mogelijk meer doelmatigheid af dan polissen zonder beperkende voorwaarden.

niet van polis zijn gewisseld is de premie in 2023 van de oude polis exact gelijk aan die van de nieuwe polis. Net als in Van Kleef & Van Vliet (2025) hebben we de groep overstappers vervolgens uitgesplitst naar categorieën op basis van het ‘premieverschil in 2023 tussen de nieuwe en de oude polis’, en per categorie het vereveningsresultaat bepaald.²⁰

4.7. Kostenniveau

Alle berekeningen in dit rapport gaan uit van de zorgkosten zoals opgenomen in de OT2026-data. Zoals gebruikelijk in de onderzoeken naar risicoverevening, zijn de (norm-) kosten van elke verzekerde op jaarbasis gebracht door deling met de *fractie* van het jaar dat hij/zij was ingeschreven bij een verzekeraar.²¹ Vervolgens zijn alle uitkomsten gewogen met die *fractie*. 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, i.e. 2023.

In dit rapport wordt steeds gekeken naar de totale Zvw-kosten. Dat wil zeggen: de zorgkosten die ten laste komen van de Zvw, berekend als de somatische kosten *plus* de GGZ-kosten *minus* de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Ook het vereveningsresultaat heeft steeds betrekking op de totale Zvw-kosten, tenzij anders vermeld.

²⁰ Uitgaande van de jaarpremie bij de gekozen hoogte van het vrijwillig eigen risico, exclusief de korting voor het jaarlijks (i.p.v. maandelijks) voldoen van de premie. Voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 0, 100, 200, 300 of 400 euro in 2023 beschikten wij niet over de exacte hoogte van het vrijwillig eigen risico in 2023 (maar wel van die in 2022). In de analyse hebben wij aangenomen dat deze verzekerden van 2022-op-2023 *niet* zijn gewisseld van vrijwillig eigen risico, tenzij uit het WOR-bestand van 2023 blijkt dat deze verzekerden in 2023 een vrijwillig eigen risico hadden van 500 euro.

²¹ Redenen voor een onvolledige inschrijfduur zijn o.a. overlijden, geboorte en migratie.

5. Uitkomsten risicoverevening 2026: verevenende werking

Dit hoofdstuk presenteert de belangrijkste uitkomsten ten aanzien van de verevenende werking (onderzoeksvraag 1). Zoals besproken in het voorgaande hoofdstuk, zijn hierbij de volgende componenten van het vereveningssysteem 2026 meegenomen: de ex-ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, voor GGZ en voor de kosten onder het verplicht eigen risico, alsmede de Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor zowel somatische zorg als GGZ. Tabel 2 geeft een overzicht van de vereveningscriteria, het aantal risicoklassen en de HKC-parameters in het vereveningssysteem 2026. Voor een beschrijving van de inhoud en constructie van de vereveningscriteria, zie WOR 1273, WOR 1275 en WOR 1277. Voor een beschrijving van de regels voor de uitvoering van de risicoverevening 2026, zie VWS (2025).

Tabel 2. Overzicht risicovereveningssysteem 2026 ^a

Vereveningscriteria	Afkorting	Aantal risicoklassen ^b		
		Somatisch model	GGZ-model	Eigen-risico model
Leeftijd en geslacht	Leeftijd/geslacht	42	30	30
Farmaciekostengroepen	FKG	50+1	9+1	---
Diagnosekostengroepen	DKG	26+1	16+1	---
Aard van het inkomen * leeftijd	AVI	36	29	29
Regio	Regio	10	10	10
Sociaaleconomische status * leeftijd	SES	12	8	---
Personen per adres * leeftijd	PPA	19	18	---
Meerjarig hoge/lage kosten	MHK	8+1	7+1	1+1
Fysiotherapiediagnosegroepen	FDG	4+1	---	---
Meerjarige V&V-kosten	MVV	9+1	---	---
Historische somatische morbiditeit	HSM	1+1	---	---
Bevallingen/zwangenschappen	IBZ	3+1	---	---
Historische hulpmiddelenkosten	HHK	6+1	---	---
Ontbrekende kostenhistorie	OKH	4+2	---	---
Totaal aantal risicoklassen		240	130	71
1 ^c HKC-drempel (vergoedingspercentage)		€ 400.000 ^c (75%)	€ 100.495 ^d (90%)	---
2 ^c HKC-drempel (vergoedingspercentage)		€ 1.250.000 (90%)	---	---

^a Bron: WOR 1277.

^b '+1' (of '+2') staat voor de afslagklasse(n): de klasse(n) voor verzekerden zonder score op het betreffende criterium. Bijvoorbeeld: bij FKG zijn dat de verzekerden die bij geen van de 50 FKG's zijn ingedeeld.

^c Voor het vereveningsjaar 2026 is de 1^c HKC-drempel voor somatische zorg geïndexeerd op 432.924 euro (WOR 1277). Omdat dat we in dit onderzoek echter rekenen met kostendata/niveau **2023** gaan we uit van een HKC-drempel van 400.000 euro, conform de aanpak in de Overall Toets 2026 (WOR 1275).

^d 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 2026 doorgerekend (zie tabel 3). In de bijlagen worden de resultaten van variant RV26 verder uitgesplitst naar de ex-ante modellen voor somatische zorg, GGZ en kosten onder het verplicht eigen risico.

Tabel 3. Doorgerekende varianten van het vereveningssysteem 2026 ^a

Afkorting	Omschrijving
Geen RV	Geen risicoverevening ^b
RV26	Ex-ante vereveningssysteem 2026 (bestaande uit de ex-ante modellen voor somatische zorg, GGZ en kosten onder het verplicht eigen risico)
RV26 excl. CR	Ex-ante vereveningssysteem 2026 (RV26) exclusief constrained regression; dat wil zeggen: exclusief de constraint (in het somatisch model) dat de onder/overcompensaties voor de subgroepen wel/geen Meerjarige Farmacie Kosten (MFK) op nul uitkomen
RV26 + HKC ^c	Ex-ante vereveningssysteem 2026 (RV26) + 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*, waarbij het gemiddelde vereveningsresultaat voor GGZ en die voor de kosten onder het verplicht eigen risico conditioneel zijn bepaald op de groep verzekerden van 18 jaar en ouder.

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

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de verevenende werking voor subgroepen op basis van diagnose-informatie (paragraaf 5.1), zelf-gerapporteerde gezondheid en leefstijl (paragraaf 5.2) en demografische en sociaaleconomische informatie (paragraaf 5.3). Paragraaf 5.4 gaat in op het verband tussen vereveningsresultaten en gezondheid op het niveau van risicodragers/zorgpolissen (paragraaf 5.4). Paragraaf 5.5 sluit af met conclusies.

5.1. Subgroepen op basis van diagnose-informatie (Nivel Zorgregistraties)

Tabel 4 toont de prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en het gemiddelde vereveningsresultaat voor een selectie van subgroepen op basis van chronische ICPC-diagnoses. Voor deze subgroepen is na toepassing van RV26 + HKC sprake van een statistisch significante onder/overcompensatie (zie voetnoten b en c onder de tabel). De volledige lijst van 109 subgroepen is opgenomen in bijlage 2. Bij toepassing van RV26 + HKC blijkt voor 21 van de 109 subgroepen sprake van een statistisch significant vereveningsresultaat.

Tabel 4. Prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en vereveningsresultaat na toepassing van (varianten van) het vereveningssysteem 2026 op kostendata/niveau van 2023 ^a

Subgroepen o.b.v. <i>chronische ICPC-diagnoses</i> in 2022. In deze tabel zijn alleen de subgroepen opgenomen waarvoor het gemiddelde vereveningsresultaat bij RV26 + HKC statistisch significant verschillend is van nul euro. ^b	Prev. (%) ^c	Gem. Zvw-kosten	Vereveningsresultaat			
			Gemiddeld per verzekerdenjaar ^d			Macro * 1 mln.
			RV26 excl. CR	RV26	RV26 + HKC	RV26 + HKC
L90 Gonartrose	4,2	7318	-431	-266	-253	-183
K92 Andere ziekte(n) perifere arteriën	2,4	8326	-567	-409	-402	-171
S87 Constitutioneel eczeem	12,4	2778	-56	-63	-64	-138
K77 Decompensatio cordis	1,1	14470	-950	-684	-696	-137
P80 Persoonlijkheids-/karakterstoornis	1,4	6475	-495	-430	-441	-105
F91 Refractie afwijking(en)	5,3	3285	-119	-110	-108	-100
R95 Emfyseem/COPD	2,3	9667	-445	-214	-227	-90
L89 Coxartrose	2,6	7608	-358	-189	-187	-85
D97 Cirrose/andere leverziekte	1,1	6997	-435	-291	-307	-60
D77 Niet-gespecif.maligniteit spijsverteringsorganen	0,2	12276	-1520	-1353	-1364	-51
D81 Aangeboren afwijking(en) spijsverteringsorganen	0,5	2657	-312	-353	-360	-31
A79 Maligniteit met onbekende primaire lokalisatie	0,1	18541	-3038	-2865	-2906	-30
P85 Mentale retardatie/intellectuele achterstand	0,6	4797	351	405	368	38
F84 Maculadegeneratie	0,8	9466	105	304	303	42
K91 Atherosclerose [exclusief K76 en K90]	1,3	7174	104	303	293	67
H84 Presbycusis	1,6	7708	87	268	267	76
R96 Astma	9,4	3873	-8	64	58	95
P70 Seniele dementie/Alzheimer	0,6	7587	956	1169	1144	113
T90 Diabetes mellitus	6,2	8299	-73	150	150	163
T93 Vetstofwisselingsstoornis(sen)	8,7	5354	27	156	152	230
K86 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	14,2	5935	-23	138	134	330
Ten minste 1 van bovenstaande ICPC-diagnoses	45,6	4360	-46	23	22	172

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in Nivel Zorgregistraties 2022 (N=1,5m), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Bijlage 2 bevat de uitkomsten voor alle 109 chronische ICPC-diagnoses.

^c De prevalentie staat voor de omvang van een subgroep als percentage van de Zvw-populatie in 2023.

^d *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van $p=0,01$.

De subgroepen zijn oplopend gesorteerd op basis van het macrovereveningsresultaat bij RV26 + HKC. Het macrovereveningsresultaat is berekend als het gemiddelde vereveningsresultaat bij RV26 + HKC vermenigvuldigd met het aantal (herwogen) verzekerdenjaren. In dit lijstje staan 7 van de 8 subgroepen die we eerder hebben geanalyseerd in Van Kleef et al. (2026): F91, K77, K86, K92, P70, P80 en T93.²² Uit bijlage 2 kan worden opgemaakt dat het patroon in onder/overcompensatie voor deze subgroepen (bij RV26) sterk lijkt op die bij de vereveningssysteem 2024 (RV24) en 2025 (RV25). De enige subgroep uit Van Kleef et al.

²² De verklaring voor de forse overcompensatie van de subgroep met ICPC-diagnose P70 in het voorgaande jaar is dat dementiepatiënten met Wlz-zorggebruik (veel) minder Zvw-zorg ontvangen dan andere 70-plussers met Wlz-zorggebruik. Zie paragraaf 4.6 in Van Kleef, Van Vliet & Vanhommerig (2026).

(2026) die niet terugkomt in tabel 4 is T92 (Jicht). Uit bijlage 2 blijkt dat RV26 (in tegenstelling tot RV25 en RV24) nauwelijks leidt tot ondercompensatie voor T92. Mogelijk heeft dit te maken met de invoering van het nieuwe vereveningscriterium HHK. Mensen met Jicht maken relatief vaak gebruik van mobiliteitshulpmiddelen en hulpmiddelen ter vermindering van de druk op gewrichten, wat een grotere kans op indeling bij een positieve HHK-klasse tot gevolg heeft en daarmee een hogere vereveningsbijdrage.

In tabel 4 vinden we niet alleen subgroepen met *onder*compensatie, maar ook subgroepen met *over*compensatie. Voor de totale groep verzekerden met ten minste één van de chronische ICPC-diagnoses in tabel 4 (45,6% van de Zvw-populatie) is sprake van een niet-statistisch-significante overcompensatie (zie onderste regel).²³ Zonder constrained regression zou voor deze subgroep sprake zijn geweest van een statistisch significante ondercompensatie.

Een verdere vergelijking van het gemiddelde vereveningsresultaat bij de drie modellen leert dat constrained regression bijna altijd leidt tot een afname van de ondercompensatie, danwel toename van de overcompensatie. Dit is in lijn met eerdere onderzoeken waaruit bleek dat constrained regression een verschuiving in normkosten genereert van gezond naar chronisch ziek (zie bijvoorbeeld WOR 1202). Voor de meeste subgroepen is het effect van HKC klein, wat niet verrassend is gegeven de beperkte omvang van de HKC-pool: slechts 0,53% van de totale Zvw-kosten gaat hierin om (op basis van het hier gebruikte WOR-bestand 2023).

Hoewel voor enkele subgroepen een substantiële onder/overcompensatie resteert, kan uit bijlage 2 worden opgemaakt dat het vereveningssysteem 2026 voor de meeste subgroepen goed werkt. Ter vergelijking zijn in bijlage 2 ook de vereveningsresultaten opgenomen van RV24 (op kostendata/niveau 2021) en RV25 (op kostendata/niveau 2022). Voor 9 subgroepen is bij elk van de drie modellen sprake van een statistisch significante onder/overcompensatie, waaronder 7 van de 8 subgroepen die we nader hebben geanalyseerd in Van Kleef et al. (2026). Verder blijkt uit bijlage 2 dat de resterende onder/overcompensaties voor de 109 subgroepen veelal zijn terug te voeren op de somatische kosten, wat uiteraard te maken heeft met het somatische karakter van de meeste chronische aandoeningen in deze lijst en met de – in verhouding tot GGZ-kosten – hoge somatische kosten. Uitzonderingen daarop zijn enkele aandoeningen gebaseerd op (of gerelateerd aan) psychische klachten.

²³ Daarbij moet worden opgemerkt dat ook voor de totale groep verzekerden in Nivel Zorgregistraties (herwogen) sprake is van een (niet-statistisch-significante) overcompensatie van 11 euro (zie bijlage 1).

Ten slotte hebben we het Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat (GGAR; formule 3) berekend over alle 109 subgroepen in bijlage 2: zonder risicoverevening zou de GGAR uitkomen op 3.151 euro per verzekerdenjaar. Voor RV26 excl. CR is dat nog 148 euro, en voor RV26 en RV26 + HKC nog maar 140 respectievelijk 138 euro (= 4% van 3.151).

Uit ons eerdere onderzoek naar de uitkomsten van de vereveningssystemen 2024 en 2025 bleek de verevenende werking wat achter te blijven voor subgroepen op basis van psychische gezondheid.²⁴ In het onderhavige rapport duiken we daarom dieper in de uitkomsten voor subgroepen op basis van psychische ICPC-diagnoses, al dan niet chronisch. In totaal bevat de ICPC-indeling 41 psychische klachten en aandoeningen. Deze zijn opgenomen in bijlage 3. Tabel 5 toont de subgroepen waarvoor bij RV26 + HKC sprake is van een statistisch significante onder- of overcompensatie. Dit blijkt te gaan om 29 subgroepen waarvan er 26 worden ondergecompenseerd en er drie overgecompenseerd.

Uit de onderste regel blijkt dat voor de gehele groep met ten minste één van de in tabel 5 getoonde psychische ICPC-diagnoses (19,4% van de Zvw-populatie) sprake is van een statistisch significante ondercompensatie van meer dan 200 euro per verzekerdenjaar.

Bijlage 3 presenteert de uitkomsten voor alle 41 subgroepen op basis van psychische ICPC-diagnoses. Net als bijlage 2, bevat ook bijlage 3 de vereveningsresultaten van RV24 (op kostendata/niveau 2021) en RV25 op (kostendata/niveau 2022). Voor 17 van de 41 subgroepen is bij elk van de drie modellen sprake van een statistisch significante onder/overcompensatie. Verder valt op dat de resterende onder/overcompensaties in veel gevallen zijn terug te voeren op *zowel* de GGZ-kosten *als* de somatische kosten. Voor de totale groep met ten minste één psychische ICPC-diagnose in 2022 (bijna 21% van de Zvw-populatie in 2023) is na toepassing van RV26 sprake van een gemiddeld vereveningsresultaat van -213 euro per verzekerdenjaar (bestaande uit -135 euro voor somatische zorg, -104 euro voor GGZ en +26 euro voor de kosten onder het verplicht eigen risico).²⁵

²⁴ Zie bijvoorbeeld figuur 3 in Van Kleef & Van Vliet (2025).

²⁵ Het percentage met een psychische ICPC-diagnose in het voorgaande jaar (bijna 21%) is veel hoger dan het percentage van de bevolking dat gebruikmaakt van GGZ vanuit de Zvw (circa 5%). Een eerste oorzaak voor dit verschil is dat de GGZ voor 18-minners wordt gefinancierd vanuit de Jeugdwet. Een tweede oorzaak is dat niet alle volwassenen met een psychische klacht of aandoening in de GGZ terechtkomen. Een derde oorzaak is dat de hier getoonde ICPC-subgroepen zijn gebaseerd op 'ziekte-episodes' (zie paragraaf 3.2). Het Nivel heeft een aantal psychische ICPC-diagnoses aangemerkt als 'langdurig'. Voor deze diagnoses wordt de ziekte-episode zes maanden na het laatste contact afgesloten. Dat geldt bijvoorbeeld voor P76 (Depressie). Hierdoor kan een

Tabel 5. Prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en vereveningsresultaat na toepassing van (varianten van) het vereveningssysteem 2026 op kostendata/niveau van 2023 ^a

Subgroepen o.b.v. <i>psychische ICPC-diagnoses</i> in 2022. In deze tabel zijn alleen de 29 subgroepen opgenomen waarvoor het gemiddelde vereveningsresultaat bij RV26 + HKC statistisch significant verschillend is van nul euro. ^b	Prev. (%) ^c	Gem. Zvw-kosten	Vereveningsresultaat			
			Gemiddeld per verzekerdenjaar ^d			Macro * 1 mln.
			RV26 excl. CR	RV26	RV26 + HKC	RV26 + HKC
P76 Depressie	2,8	6610	-473	-360	-366	-179
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	2,7	6482	-452	-339	-338	-160
P15 Chronisch alcoholmisbruik	0,5	9974	-1507	-1396	-1461	-119
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	1,7	4507	-413	-367	-375	-110
P02 Crisis/voorbijgaande stressreactie	1,2	5427	-574	-526	-511	-109
P80 Persoonlijkheids-/karakterstoornis	1,4	6475	-495	-430	-441	-105
P17 Tabaksmisbruik	1,2	5618	-593	-505	-499	-102
P74 Angststoornis/angsttoestand	2,5	4918	-279	-220	-230	-100
P24 Specifiek leerprobleem	0,7	3023	-662	-700	-708	-92
P03 Down/depressief gevoel	1,3	4826	-415	-372	-387	-84
P29 Andere psychische symptomen/klachten	1,3	4661	-359	-332	-338	-76
P21 Overactief kind/hyperkinetisch syndroom	1,4	2948	-251	-274	-271	-68
P78 Neurasthenie/surmenage	1,3	3401	-303	-285	-284	-65
P99 Andere psychische stoornissen	0,9	5135	-426	-407	-410	-65
P19 Drugsmisbruik	0,4	8804	-924	-883	-876	-59
P73 Affectieve psychose	0,2	13150	-1822	-1649	-1508	-59
P77 Suïcidepoging	0,1	17416	-3803	-3694	-3577	-58
P18 Geneesmiddelmisbruik	0,2	10616	-1220	-1045	-1098	-41
P71 Andere organische psychose(n)	0,1	15572	-2025	-1803	-1578	-38
P98 Andere/niet gespecificeerde psychose(n)	0,2	13989	-1632	-1500	-1192	-38
P09 Bezorgdheid over seksuele voorkeur	0,1	6080	-2018	-1999	-2017	-29
P79 Andere neurose	0,2	5385	-623	-572	-558	-23
P22 Andere zorgen gedrag kind	0,8	2173	-93	-130	-139	-19
P16 Acuut alcohol misbruik/intoxicatie	0,1	6224	-908	-872	-840	-14
P23 Andere zorgen gedrag adolescent	0,1	3742	-669	-687	-695	-13
P11 Eetprobleem(en) bij kind	0,1	2994	-415	-460	-484	-7
P07 Libido verlies/vermindering	0,1	3250	537	599	577	5
P85 Mentale retardatie/intellectuele achterstand	0,6	4797	351	405	368	38
P70 Seniele dementie/Alzheimer	0,6	7587	956	1169	1144	113
Ten minste 1 van bovenstaande ICPC-diagnoses	19,4	4910	-281	-228	-230	-778

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in Nivel Zorgregistraties 2022 (N=1,5m), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b Bijlage 2 bevat de uitkomsten voor alle 41 psychische ICPC-diagnoses. De volgende psychische ICPC-diagnoses worden door het Nivel als chronisch aangemerkt: P28, P70, P72, P80 en P85.

^c De prevalentie staat voor de omvang van een subgroep als percentage van de Zvw-populatie in 2023.

^d *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van p=0,01.

verzekerde zonder huisartscontact voor P76 in 2022 toch deze diagnose geregistreerd hebben staan voor 2022, op basis van een contact met de huisarts in de tweede helft van 2021.

In een aanvullende analyse hebben we de GGAR berekend voor alle 41 subgroepen op basis van psychische ICPC-diagnoses. Zonder risicoverevening zou de GGAR 2.772 euro bedragen. Bij RV26 excl. CR resteert een GGAR van 499 euro en bij RV26 en RV26 + HKC resteert een GGAR van 446 respectievelijk 443 euro (= 16%).

Uit ons eerdere onderzoek naar de vereveningssystemen van 2024 en 2025 bleek de verevenende werking ook achter te blijven voor subgroepen op basis van niet-chronische ICPC-diagnoses.²⁶ Voor het huidige onderzoek beschikken we over een telling van het aantal niet-chronische diagnoses per ICPC-hoofdstuk. Tabel 6 presenteert per ICPC-hoofdstuk het gemiddelde vereveningsresultaat voor verzekerden met ten minste één niet-chronische diagnose. Voor alle 17 subgroepen blijkt sprake van ondercompensatie. Voor 15 van de 17 subgroepen is de ondercompensatie statistisch significant verschillend van nul euro. Niet getoond: voor de subgroep van verzekerden *zonder* niet-chronische ICPC-diagnose in het voorgaande jaar (12% van de Zvw-populatie) bedraagt het gemiddelde vereveningsresultaat +213 euro bij RV26 excl. CR, +143 euro bij RV26 en +142 bij RV26 + HKC.²⁷

Net als in eerdere tabellen zijn de subgroepen in tabel 6 oplopend gesorteerd op basis van het macrovereveningsresultaat bij RV26 + HKC). In combinatie met de forse groepsomvang loopt het macrovereveningsresultaat (in absolute zin) flink op, tot bijna -900 euro voor de subgroep met ten minste één niet-chronische psychische klacht of aandoening (hoofdstuk P).

Bij de interpretatie van de resultaten in tabel 6 moet worden bedacht dat sprake is van een forse overlap tussen de 17 subgroepen. Ook moet worden bedacht dat – hoewel de subgroepen zijn gebaseerd op niet-chronische aandoeningen – ook chronisch zieken meelopen in deze subgroepen. Een mogelijke verklaring voor de resterende ondercompensaties kan zijn dat we hier – via de niet-chronische klachten en aandoeningen – relatief veel chronisch zieken oppikken die binnen hun aandoeningsgroep een relatief hoog risico vormen.

²⁶ Zie bijvoorbeeld figuur 2 in Van Kleef & Van Vliet (2025).

²⁷ Het percentage zonder niet-chronische ICPC-diagnose (12%) is lager dan het percentage van de bevolking dat het gehele jaar niet bij de huisarts komt [$>20\%$, zie Heins et al. (2023)]. De verklaring hiervoor is dat de ICPC-subgroepen zijn gebaseerd op ‘ziekte-episodes’. Die episodes kunnen doorlopen naar het volgende jaar, ook wanneer mensen in dat volgende jaar niet bij de huisarts komen. Zie voetnoot 25 voor nadere toelichting.

Zonder risicoverevening zou de GGAR voor de 17 subgroepen in tabel 6 uitkomen op 1.457 euro per verzekerdenjaar. Bij toepassing van RV26 excl. CR komt de GGAR uit op 190 euro, bij RV26 op 141 euro en bij RV26 + HKC op 144 euro (= 10% van 4.457).

Tabel 6. Prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en vereveningsresultaat na toepassing van (varianten van) het vereveningssysteem 2026 op kostendata/niveau van 2023 ^a

Subgroepen o.b.v. niet-chronische ICPC-diagnoses in 2022, per ICPC-hoofdstuk	Prev. (%) ^b	Gem. Zvw-kosten	Vereveningsresultaat			
			Gemiddeld per verzekerdenjaar ^c			Macro * 1 mln.
			RV26 excl. CR	RV26	RV26 + HKC	RV26 + HKC
P Psychisch	19,2	4932	-316	-263	-265	-886
D Spijsvertering (Digestief)	20,8	4911	-282	-220	-223	-811
A Algemeen / Algemene symptomen (Algemeen)	26,8	4581	-197	-149	-151	-703
L Bewegingsapparaat (Locomotorisch)	32,0	4195	-175	-124	-125	-698
R Ademhalingsstelsel (Respiratoir)	45,9	3123	-83	-77	-80	-641
N Zenuwstelsel (Neurologisch)	9,6	5344	-349	-276	-284	-472
T Endocrien / Stofwisseling / Voeding	6,9	5875	-468	-380	-376	-455
U Urogenitaal (Urologisch)	11,2	6560	-333	-225	-227	-443
S Huid (S-kin)	34,4	3757	-90	-62	-64	-383
B Bloed / Lymfe / Immuunsysteem	3,7	7279	-598	-487	-493	-322
X Vrouwelijk geslachtsorgaan / Borst	9,0	3674	-188	-160	-166	-259
Z Sociaal / Administratie	4,4	4898	-378	-316	-318	-243
K Hart / Vaatstelsel (Cardiovasculair)	12,6	6632	-219	-76	-77	-171
H Oor	13,4	3977	-98	-56	-62	-145
F Oog	11,1	4884	-133	-56	-59	-115
Y Mannelijk geslachtsorgaan	4,5	4022	-159	-117	-122	-96
W Zwangerschap / Geboorte / Anticonceptie	8,1	2668	9	-19	-22	-31
Ten minste 1 niet-chronische ICPC-diagnose	86,8	3186	-18	-7	-8	-124

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in Nivel Zorgregistraties 2022 (N=1,5m), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b De prevalentie staat voor de omvang van een subgroep als percentage van de Zvw-populatie in 2023.

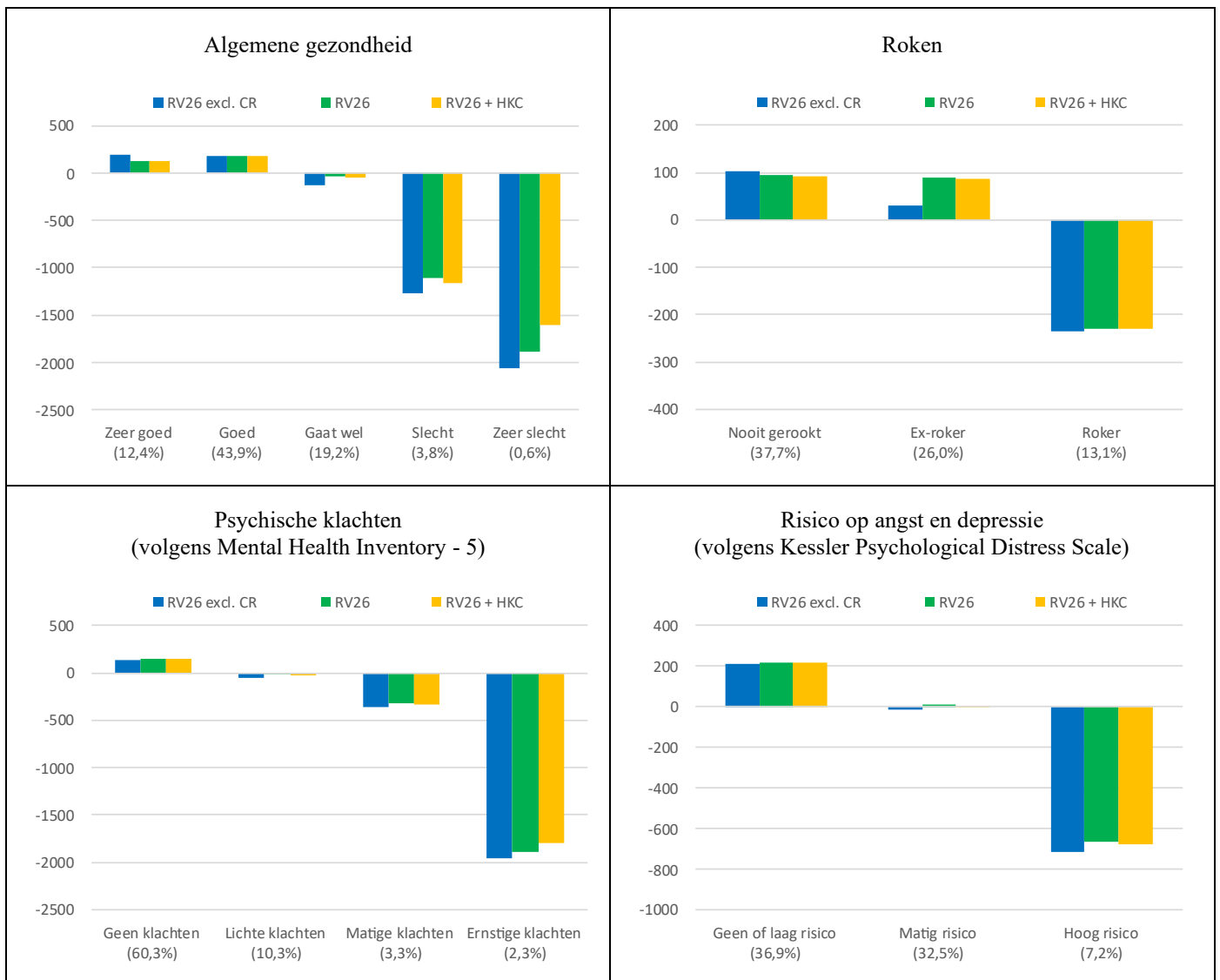
^c *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van p=0,01.

Samenvattend kan worden gesteld dat het vereveningssysteem 2026 grotendeels compenseert voor de voorspelbaar hoge zorgkosten van de 109 subgroepen op basis van chronische ICPC-diagnoses. Voor de hier onderzochte subgroepen op basis van psychische klachten en aandoeningen blijft de verevenende werking achter, evenals voor subgroepen op basis van niet-chronische aandoeningen en klachten uitgesplitst naar ICPC-hoofdstuk.

5.2. Subgroepen op basis van de Gezondheidsmonitor

In deze paragraaf kijken we naar de uitkomsten van (varianten van) het vereveningssysteem 2026 voor subgroepen op basis van de Gezondheidsmonitor. Bijlage 4 bevat diverse collecties van subgroepen op basis van algemene gezondheid, fysieke gezondheid, psychische gezondheid en leefstijlkenmerken. Vier van die collecties worden uitgelicht in figuur 1.

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



^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2022 (N=360k), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (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 2023 (inclusief 18-minners). Deze percentages tellen niet op tot 100% omdat 1) 19-minners buiten de steekproef van de Gezondheidsmonitor vallen, 2) het Gezondheidsmonitorbestand is herwogen naar de Zvw-populatie (18+) *exclusief instromers per 2023* en 3) niet alle vragen door alle respondenten zijn ingevuld.

Figuur 1 laat een positief verband zien tussen de algemene gezondheidstoestand en het vereveningsresultaat: 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 de drie modelvarianten laat zien dat constrained regression en HKC de vereveningsresultaten verkleinen maar niet wegnemen.

Rechtsboven in figuur 1 zien we drie subgroepen op basis van rookgedrag. Hieruit blijkt dat de subgroep van (volwassen) rokers gemiddeld genomen wordt ondergecompenseerd. Voor niet-rokers en ex-rokers is sprake van een gemiddelde overcompensatie. Uit bijlage 4 kan worden opgemaakt dat de gemiddelde Zvw-kosten van rokers (3.423 euro) hoger zijn dan die van niet-rokers (2.584 euro) maar lager dan die van ex-rokers (4.124 euro). Een verklaring hiervoor is dat ex-rokers gemiddeld ouder zijn dan niet-rokers. Daarnaast zijn er onder ex-rokers waarschijnlijk mensen die zijn gestopt met roken vanwege gezondheidsproblemen.

Onderin figuur 1 vinden we twee collecties van subgroepen op basis van psychische gezondheid uit de Gezondheidsmonitor. De subgroepen in het diagram rechtsonder zijn afgeleid uit de ‘Kessler Psychological Distress Scale’ en hebben we eerder gezien in Van Kleef & Van Vliet (2025; figuur 6). Het patroon in vereveningsresultaten is zeer vergelijkbaar met die in het eerdere onderzoek (waarbij werd uitgegaan van het vereveningssysteem 2024). De subgroepen op basis van de ‘Mental Health Inventory - 5’ (MHI-5) waren niet opgenomen in de Gezondheidsmonitor van 2020. Zoals mag worden verwacht, is het patroon voor deze subgroepen vergelijkbaar met die voor de subgroepen in het diagram rechtsonder.

Bijlage 4 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor andere subgroepen op basis van de Gezondheidsmonitor. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt met het vereveningssysteem 2024 (RV24) op kostendata/niveau 2021 (en subgroepen afgeleid uit de Gezondheidsmonitor 2020). Het patroon in onder/overcompensaties tussen RV24 en RV26 komt sterk overeen, ondanks verschillen in datajaren en vereveningsmodellen.

Samenvattend blijkt uit figuur 1 en bijlage 4 dat het vereveningsmodel grotendeels compenseert voor de voorspelbaar hoge/lage Zvw-zorgkosten van subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde gezondheid en leefstijl, maar zeker niet volledig.

5.3. Subgroepen op basis van demografische en sociaaleconomische kenmerken

Tabel 7 toont de GGAR voor vier collecties van subgroepen op basis van demografische en sociaaleconomische kenmerken. Deze subgroepen zijn afgeleid uit de vereveningscriteria leeftijd, SES, AVI en PPA. (Bijlage 5 bevat de vereveningsresultaten voor de afzonderlijke subgroepen.) Zonder risicoverevening zou voor alle vier de collecties sprake zijn van een forse GGAR. RV26 excl. CR reduceert de GGAR tot bijna nul.²⁸ Door constrained regression neemt de GGAR toe. De impact van HKC is beperkt.

Tabel 7. Gemiddelde Gewogen Absolute Resultaat (GGAR) voor collecties van subgroepen o.b.v. leeftijd, SES, AVI en PPA afgeleid uit de vereveningscriteria van model 2026 ^a

	GGAR ^b			
	Geen RV	RV26 excl. CR	RV26	RV26 + HKC
Leeftijd [6 subgroepen] ^c	1314	12	82	81
Sociaal Economische Status (SES) [4 subgroepen] ^d	523	13	27	25
Aard van Inkomen (AVI) [8 subgroepen] ^e	1681	10	72	72
Personen per Adres (PPA) [7 subgroepen] ^f	725	17	38	36

^a Uitkomsten gebaseerd op het WOR-bestand 2023.

^b Berekend met formule (3).

^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 gebaseerd op huishoudinkomen). De interactie tussen deze categorieën en leeftijd is niet meegenomen.

^e Deze collectie bestaat uit 8 subgroepen afgeleid uit het vereveningscriterium aard van het inkomen: 70-plussers, IVA, arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, studenten, zelfstandigen, hoogopgeleiden en referentiegroep. De interactie tussen deze categorieën en leeftijd is niet meegenomen.

^f Deze collectie omvat de volgende 7 subgroepen afgeleid uit PPA (definitie RV26): 18-minners, 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. De interactie tussen deze categorieën en leeftijd is niet meegenomen.

Waar constrained regression (o.b.v. MFK) ertoe leidt dat het vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van Nivel Zorgregistraties en de Gezondheidsmonitor (zie tabel 4-6 en figuur 1) veelal dichter bij nul komt te liggen, leidt deze methode ertoe dat het vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van risicoklassen die expliciet zijn opgenomen in het vereveningsmodel zoals leeftijd, SES, AVI en PPA verder van nul komt te liggen (zie tabel 7). Dit is in lijn met eerdere onderzoeken (zie bijvoorbeeld WOR 1202).

²⁸ Dat de GGAR bij RV26 excl. CR niet exact op nul 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).

5.4. Subgroepen op basis van risicodragers en polissen

Tenslotte hebben we het gemiddelde vereveningsresultaat bepaald voor de volgende collecties van subgroepen: 1) de verzekerdenpopulaties van de 20 risicodragers van 2023, 2) de verzekerdenpopulaties van de 61 polissen in 2023 en 3) de verzekerdenpopulaties van de 122 combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico in 2023. Zoals uitgelegd in paragraaf 4.2, moeten de vereveningsresultaten op deze niveaus met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Wij zijn zelfs van mening dat het vereveningsresultaat voor een individuele risicodrager of polis weinig tot niets zegt over de mate waarin het vereveningssysteem zijn doel bereikt (dat wil zeggen: bewerkstelligt dat elke te accepteren burger voor de verzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt). Immers: zelfs als het risicovereveningssysteem dat doel bereikt, kan/zal er voor individuele risicodragers of polissen nog steeds sprake zijn van een positief of negatief vereveningsresultaat, bijvoorbeeld vanwege verschillen in doelmatigheid. Om deze en andere redenen (genoemd in paragraaf 4.2) hebben wij ervoor gekozen om in dit rapport geen vereveningsresultaten te presenteren voor *individuele* risicodragers en polissen, niet in een figuur noch in een tabel. In plaats daarvan richten we ons op de *variatie* in vereveningsresultaten tussen risicodragers/polissen. Aan de hand van de twee methoden beschreven in paragraaf 4.4, gaan we na in hoeverre die variatie samenhangt met de gezondheid van verzekerden.

We beginnen met een bekende maatstaf: de richtingscoëfficiënt volgens regressiemodel (4). Deze maatstaf is ontwikkeld door Hamstra et al. (2022) en maakt deel uit van de lijst met ‘standaardmaatstaven’ in het WOR-Toetsingskader (WOR 1234). Tot dusver is deze maatstaf toegepast op twee niveaus: risicodragers en polissen. In het onderhavige onderzoek voegen we daar een niveau aan toe: de 122 combinaties van polissen (61 eenheden) en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico (2 subgroepen). Tabel 8a presenteert de uitkomsten. In totaal hebben we negen varianten van regressiemodel (4) geschat, met steeds dezelfde X-variabele (gemiddelde normkosten per verzekerdenjaar), maar verschillende niveaus (verticaal) en verschillende Y-variabelen (horizontaal). De interpretatie van de coëfficiënten is als volgt. De coëfficiënt linksboven (-0,0584) betekent dat op het niveau van de 20 risicodragers van 2023 één euro hogere normkosten gemiddeld genomen gepaard met een 0,0584 euro lager vereveningsresultaat; een negatief verband dat bovendien statistisch significant is.

De resultaten in tabel 8a zijn in lijn met die van eerdere onderzoeken: zonder constrained regression zou sprake zijn geweest van een statistisch significant negatief verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde normkosten op zowel het niveau van risicodragers als het niveau van polissen. Bij toepassing van constrained regression is het verband zwakker en bovendien niet statistisch significant. De impact van HKC is beperkt.

De onderste regel van tabel 8a toont het verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde normkosten op het niveau van de 122 combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico. Op dit niveau is het verband sterker dan op het niveau van de 20 risicodragers en 61 polissen. Bovendien is het verband niet alleen statistisch significant bij de modelvariant RV26 excl. CR maar ook bij RV26 en RV26 + HKC.

Tabel 8a. Richtingscoëfficiënt van een (gewogen) enkelvoudige lineaire regressie van Y op X op drie niveaus, uitgaande van varianten van RV26 op kostendata/niveau 2023 ^{a,b}

Niveau	X = gem. normkosten per verzekerdenjaar		
	... Y = gem. resultaat p.v.j. RV26 excl. CR	... Y = gem. resultaat p.v.j. RV26	... Y = gem. resultaat p.v.j. RV26 + HKC
Risicodrager 2023 (N=20)	-0,0584	-0,0154	-0,0149
Zorgpolis 2023 (N=61)	-0,0548	-0,0154	-0,0155
Zorgpolis 2023 * j/n max. VER 2023 (N=122)	-0,0715	-0,0326	-0,0329

^a De uitkomsten zijn gebaseerd op het totale WOR-bestand met Zvw-verzekerden 2023.

^b *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van $p < 0,01$.

In de bovenstaande analyse kunnen de gemiddelde normkosten worden gezien als een gezondheidsindicator. Een interessante vraag is in hoeverre het gevonden verband tussen Y (gemiddeld vereveningsresultaat) en X (gezondheidsindicator) eruitziet bij gebruik van een andere gezondheidsindicator. Om hier een indruk van te krijgen hebben we in Nivel Zorgregistraties (herwogen) het ‘gemiddelde aantal ICPC-diagnoses per verzekerdenjaar’ bepaald per risicodrager, polis respectievelijk combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico. Vervolgens hebben we in regressiemodel (4) de ‘gemiddelde normkosten per verzekerdenjaar’ vervangen door het ‘gemiddelde aantal ICPC-diagnoses per verzekerdenjaar’ en het model opnieuw geschat, wederom in negen varianten (drie niveaus * drie Y-variabelen). De resultaten staan in tabel 8b. De coëfficiënt linksboven dient als volgt te worden geïnterpreteerd: op het niveau van de 20 risicodragers van 2023 gaat één extra ICPC-diagnose per verzekerdenjaar gemiddeld genomen gepaard met een 60 euro lager

vereveningsresultaat per verzekerdenjaar. Hoewel de absolute waarde van de coëfficiënten in tabel 8b verschillen van die in tabel 8a, komen de patronen (wat betreft statistische significantie en relatieve verschillen) sterk overeen. Ergo: de twee gezondheidsindicatoren geven een vergelijkbaar beeld ten aanzien van de samenhang tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gezondheid op de betreffende niveaus.

Tabel 8b. Richtingscoëfficiënt van een (gewogen) enkelvoudige lineaire regressie van Y op X op drie niveaus, uitgaande van varianten van RV26 op kostendata/niveau 2023 ^{a,b}

Niveau	X = gem. aantal ICPC-diagnoses per verzekerdenjaar		
	... Y = gem. resultaat p.v.j. RV26 excl. CR	... Y = gem. resultaat p.v.j. RV26	... Y = gem. resultaat p.v.j. RV26 + HKC
Risicodragers 2023 (N=20)	-60	-24	-24
Zorgpolis 2023 (N=61)	-62	-20	-20
Zorgpolis 2023 * j/n max. VER 2023 (N=122)	-78	-39	-39

^a De Y-variabelen en het aantal verzekerdenjaren (die meelopen als gewicht in de regressiemodellen) zijn bepaald op het totale WOR-bestand met alle Zvw-verzekerden in 2023. De X-variabele is bepaald op basis van de 1,5 miljoen verzekerden die voorkomen in Nivel Zorgregistraties 2022 (herwogen).

^b *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van $p < 0,01$.

Een interessante observatie in tabellen 8a en 8b is dat er op het niveau van de 122 combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico een statistisch significant verband bestaat tussen de gezondheidsindicatoren (X) en het gemiddelde vereveningsresultaat (Y), zelfs bij toepassing van constrained regression en HKC. Om een scherper beeld te krijgen van de mate waarin dit verband samenhangt met het vrijwillig eigen risico hebben we regressiemodellen (5) en (5a) geschat. De uitkomsten daarvan staan in tabel 9.

Tabel 9. Regressiecoëfficiënten van een (gewogen) **meervoudige** lineaire regressie van Y op X op het niveau van polissen * ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico (N=122), uitgaande van RV26 op kostendata/niveau 2023 ^{a,b}

Model	X-variabelen	Coëfficiënt X uitgaande van Y = gem. resultaat p.v.j. bij RV26
(5)	Gem. normkosten p.v.j.	-0,0057
	Max. vrijwillig eigen risico	136
(5a)	Gem. aantal ICPC p.v.j.	-11
	Max. vrijwillig eigen risico	121

^a Alle variabelen en het aantal verzekerdenjaren (die meelopen als gewicht in de regressiemodellen) zijn bepaald op het totale WOR-bestand met alle Zvw-verzekerden in 2023 m.u.v. de X-variabele “Gem. aantal ICPC p.v.j.”, welke is bepaald op basis van de 1,5 miljoen verzekerden in Nivel Zorgregistraties 2022 (herwogen).

^b *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van $p < 0,01$.

De geschatte coëfficiënt voor de X-variabele ‘Max. vrijwillig eigen risico’ kan worden geïnterpreteerd als het gemiddelde verschil in vereveningsresultaat (bij RV26) tussen de groepen met/zonder maximaal vrijwillig eigen risico, gecorrigeerd voor het effect van de gezondheidsindicator.²⁹ Met andere woorden: in regressiemodel (5) is het vereveningsresultaat in de 61 subgroepen met het maximale vrijwillig eigen risico gemiddeld 136 euro hoger dan in de 61 subgroepen zonder het maximale vrijwillig eigen risico, gecorrigeerd voor de variatie in vereveningsresultaten die samenhangt met de polissen zelf. Gegeven de lage coëfficiënt van de X-variabele ‘Gem. normkosten p.v.j.’ stelt de genoemde correctie niet veel voor.³⁰ In regressiemodel (5a) is de coëfficiënt voor het vrijwillig eigen risico iets kleiner, maar in beide modellen is deze statistisch significant verschillend van nul.

In regressiemodel (5) kan de geschatte coëfficiënt voor de X-variabele ‘Gem. normkosten p.v.j.’ worden geïnterpreteerd als het lineaire verband tussen de gemiddelde normkosten en het gemiddelde vereveningsresultaat *gecorrigeerd voor het effect van het vrijwillig eigen risico*. Het verband is bijna gelijk aan nul en niet statistisch significant. Voor de fijnproever is het interessant om de regressiecoëfficiënt (-0,0057) te vergelijken met die van het volgende regressiemodel uit tabel 8a: [$Y = \text{gem. resultaat p.v.j. RV26}$; $X = \text{gem. normkosten p.v.j.}$; $\text{niveau} = 61 \text{ polissen}$]. De coëfficiënt voor het laatstgenoemde model (-0,0154) is niet gecorrigeerd voor het effect van het vrijwillig eigen risico, maar die in tabel 9 wel (-0,0057). Dat de coëfficiënt in tabel 9 lager ligt wil zeggen dat het verband tussen de normkosten en het vereveningsresultaat op het niveau van de 61 polissen in zekere mate wordt beïnvloed door het vrijwillig eigen risico. De simpele verklaring daarvoor is dat het aandeel verzekerden met het maximale vrijwillig eigen risico verschilt tussen polissen en dat verzekerden met zo’n eigen risico een positief gemiddeld vereveningsresultaat genereren. Bij de coëfficiënt voor ‘gem. aantal ICPC p.v.j.’ zien we een soortgelijk patroon: -11 in tabel 9 versus -20 in tabel 8b. Dit is iets om in het achterhoofd te houden bij de interpretatie van het lineaire verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde normkosten op het niveau van polissen (en mogelijk ook op het niveau van risicodragers, voor zover ook daar sprake is van verschillen in het aandeel verzekerden met een vrijwillig eigen risico).

²⁹ Het effect van het vrijwillig eigen risico kan bestaan uit zowel een remgeldeffect als een zelfselectie-effect dat niet wordt opgepikt door het vereveningssysteem 2026 noch door de gezondheidsindicator.

³⁰ Dat het effect van de correctie nihil is blijkt ook uit een vergelijking met het ongecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaat voor de subgroep met het maximale vrijwillig eigen risico: 137 euro p.v.j. (RV26).

Zoals beschreven in paragraaf 4.4, hebben we een tweede analyse uitgevoerd om een indruk te krijgen van de mate waarin vereveningsresultaten op de drie bovengenoemde niveaus samenhangen met gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties. Deze analyse bestaat uit de vijf stappen genoemd in paragraaf 4.3. Voor deze analyse hebben we een ‘stepwise’ lineaire regressie geschat met als Y-variabele het vereveningsresultaat op individuniveau bij toepassing van RV26 en met de volgende gezondheidsindicatoren als X-variabelen: 109 dummy-variabelen voor chronische aandoeningen, 36 dummy-variabelen voor niet-chronische psychische aandoeningen en continue variabelen voor het aantal niet-chronische aandoeningen per ICPC-hoofdstuk. Van de 161 X-variabelen werden er 67 geselecteerd door de ‘stepwise’ regressieprocedure (o.b.v. statistische significantie).³¹ Vervolgens hebben we op basis van die 67 een extra vereveningsmodel toegepast (zie paragraaf 4.4). Door de GGAR na toepassing van dit extra vereveningsmodel te vergelijken met die van RV26 ontstaat een beeld van de mate waarin verschillen in het vereveningsresultaten (na toepassing van RV26) samenhangen met de gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties.

De cijfers in tabel 10 kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: op het niveau van de 20 risicodragers zou zonder risicoverevening (Geen RV) sprake zijn van een GGAR van 285 euro. Bij toepassing van RV26 neemt de GGAR af naar 28,9 euro. Bij toepassing van het extra vereveningsmodel op basis van ICPC-informatie (RV26 + ICPC) neemt de GGAR verder af naar 26,6. Door de twee laatste kolommen met elkaar te vergelijken krijgen we een indicatie van de mate waarin de ‘gewogen gemiddelde absolute resultaten’ na toepassing van RV26 samenhangen met de hier gebruikte gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties. Op het niveau van de 20 risicodragers kan de GGAR voor 8% worden verklaard met de gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties $[(26,6-28,9)/28,9*100\%]$. Op het niveau van de 61 polissen is dat 7% $[(50,4-54,2)/54,2*100\%]$ en op het niveau van de 122 combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico is dat 15% $[(54,8-64,3)/64,3*100\%]$.

³¹ De volgende vijf X-variabelen bleken de grootste bijdrage te leveren aan de R-kwadraat van het regressiemodel (c.q. zijn als eerste geselecteerd door de ‘stepwise’ regressieprocedure: 1) aantal niet chronische diagnoses in ICPC-hoofdstuk A, 2) aantal niet chronische diagnoses in ICPC-hoofdstuk L, 3) ICPC-diagnose P77, 4) ICPC-diagnose P70 en 5) aantal niet chronische diagnoses in ICPC-hoofdstuk D.

Tabel 10. Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat (GGAR) op drie niveaus voor drie varianten van RV26 op kostendata/niveau 2023 ^{a,b}

Niveau	GGAR in euro's per verzekerdenjaar		
	Geen RV	RV26	RV26 + ICPC
Risicodrager (N=20)	285	28,9	26,6
Modelovereenkomst (MOK; N=61)	739	54,2	50,4
MOK * ja/nee max. vrijwillig eigen risico (N=122)	843	64,3	54,8

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in Nivel Zorgregistraties 2022 (N=1,5m), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van $p < 0,01$.

Zoals opgemerkt in paragraaf 4.4, moet worden bedacht dat stappen 2-5 van de analyse t.b.v. tabel 10, zijn uitgevoerd op het (herwogen) bestand van Nivel Zorgregistraties. Hoewel dit bestand in veel opzichten representatief is voor de gehele Zvw-populatie (zie bijlage 1) kunnen de vereveningsresultaten op de drie niveaus afwijken van die in het totale WOR-bestand. Zo kan vanwege de kleinere omvang van het bestand toeval een grotere rol spelen. Uit een aanvullende analyse bleek inderdaad dat de GGAR bij RV26 iets lager uitkomt als die wordt bepaald op het WOR-bestand: 22,3 op het niveau van risicodragers, 41,1 op het niveau van polissen en 50,6 op het niveau van de combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico. Desondanks verwachten wij dat de procentuele afname van de GGAR (van RV26 naar RV26 + ICPC) een indicatie geeft van de procentuele afname die we zouden hebben gevonden als stappen 2-5 konden toegepast op het WOR-bestand.

5.5. Conclusies

De conclusies van dit hoofdstuk kunnen als volgt worden samengevat:

- Het vereveningssysteem 2026 compenseert grotendeels voor de voorspelbaar hoge zorgkosten van de 109 subgroepen op basis van chronische ICPC-diagnoses. Voor 12 van deze subgroepen resteert een statistisch significante ondercompensatie en voor 9 subgroepen is sprake van een statistisch significante overcompensatie. Voor de totale groep verzekerden met ten minste één van de 109 chronische ICPC-diagnoses is sprake van een overcompensatie, maar die is niet statistisch significant verschillend van nul. Voor 9 subgroepen is bij zowel RV24 (op kostendata/niveau 2021) als RV25 (op kostendata/niveau 2022) als RV26 (op kostendata/niveau 2023) sprake van een statistisch significante onder/overcompensatie (zo blijkt uit tabel B.3 in bijlage 2).

- Voor de 41 subgroepen op basis van psychische ICPC-diagnoses blijft de verevenende werking achter. Voor 26 subgroepen resteert een statistisch significante ondercompensatie en voor drie subgroepen een statistisch significante overcompensatie. Voor de totale groep met ten minste één psychische ICPC-diagnose in 2022 (bijna 21% van de Zvw-populatie in 2023) is na toepassing van RV26 sprake van een gemiddeld vereveningsresultaat van -213 euro per verzekerdenjaar (bestaande uit -135 euro voor somatische zorg, -104 euro voor GGZ en +26 euro voor de kosten onder het verplicht eigen risico). Voor 17 subgroepen is bij zowel RV24 (op kostendata/niveau 2021) als RV25 (op kostendata/niveau 2022) als RV26 (op kostendata/niveau 2023) sprake van een statistisch significante onder/overcompensatie (zo blijkt uit tabel B.4 in bijlage 3).
- Voor de 17 subgroepen op basis van ten minste één niet-chronische ICPC-diagnose uitgesplitst naar ICPC-hoofdstuk is sprake van ondercompensatie. Voor 15 van deze subgroepen is de ondercompensatie statistisch significant. Voor verzekerden *zonder* niet-chronische ICPC-diagnose in het voorgaande jaar (12% van de Zvw-populatie) bedraagt het gemiddelde vereveningsresultaat +142 euro per verzekerdenjaar (RV26).
- Voor de subgroepen van verzekerden met een (zeer) goede zelf-gerapporteerde gezondheid is sprake van een statistisch significante overcompensatie; voor subgroepen met een (zeer) slechte ervaren gezondheid is sprake van een statistisch significante ondercompensatie. Bij subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde psychische gezondheid zien we een vergelijkbaar patroon. Voor de subgroep van huidige rokers (afgeleid uit de Gezondheidsmonitor) is sprake van een statistisch significante ondercompensatie. Het patroon in onder/overcompensaties bij RV26 (op kostendata/niveau 2023) komt sterk overeen met het patroon in onder/overcompensaties bij RV24 (op kostendata/niveau 2021), ondanks verschillen in datajaren en vereveningsmodellen.
- Constrained regression (o.b.v. MFK) leidt ertoe dat het vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties en de Gezondheidsmonitor veelal dichterbij nul komt te liggen. Voor subgroepen op basis van de vereveningscriteria die expliciet worden onderscheiden in het vereveningsmodel, zoals leeftijd, SES, AvI en PPA, komt het vereveningsresultaat juist verder van nul te liggen.

- Na toepassing van het vereveningssysteem 2026 is op het niveau van zowel de 20 risicodragers van 2023 als de 61 polissen van 2023 geen sprake van een statistisch significant verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat enerzijds en de gemiddelde normkosten c.q. het gemiddelde aantal ICPC-diagnoses anderzijds. Op het niveau van de 122 combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico is wel sprake van een statistisch significant verband. Dit verband blijkt echter vrijwel volledig samen te hangen met het vrijwillig eigen risico en niet met de polissen zelf.
- Op het niveau van de 20 risicodragers kunnen de verschillen in vereveningsresultaten na toepassing van RV26 voor 8% worden verklaard met gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties van het voorgaande jaar. Op het niveau van de 61 polissen is dat 7% en op het niveau van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico is dat 15%.

6. Power

Dit hoofdstuk laat zien wat een verzekeraar na toepassing van het vereveningssysteem 2026 gemiddeld overhoudt aan een *structurele* kostenbesparing in de vorm van ‘lagere prijzen onder gelijkhouding van volume’ (prijs-powermaatstaf) of ‘minder volume onder gelijkhouding van prijzen’ (volume-powermaatstaf). Met ‘structureel’ bedoelen wij: een kostenreductie die >5 jaar geleden is ingegaan en voortduurt. Bij power = 1 komt de kostenbesparing volledig ten bate van de verzekeraar. Bij $0 < \text{power} < 1$ komt de besparing gedeeltelijk ten bate van de verzekeraar; het overige deel vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage. Bij power = 0 vloeit de kostenbesparing volledig weg via een daling van de vereveningsbijdrage en bij power < 0 is de daling van de vereveningsbijdrage groter dan de kostenbesparing. Voor het realiseren van prikkels voor verzekeraars om aan prijs- en volumebesparing te doen is het belangrijk dat power positief is en niet te laag.

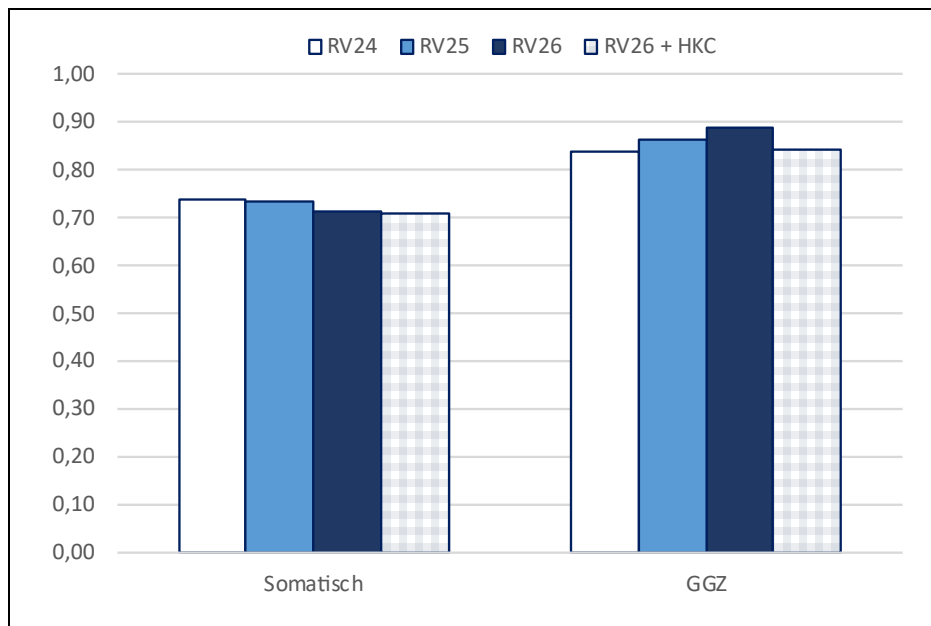
6.1. Prijs-powermaatstaf

Figuur 2 toont de prijs-powermaatstaf voor somatische zorg en GGZ. Ter bepaling van de prijs-powermaatstaf voor somatische zorg hebben we in elk van de jaren t , $t-1$, $t-2$ en $t-3$ de prijs van somatische zorg met 10% verlaagd (wat bij een gelijk volume neerkomt op een kostenreductie van 10%) en vervolgens het effect daarvan bepaald op de vereveningsbijdrage voor jaar t . Vervolgens hebben we de prijs-powermaatstaf berekend door de verandering in vereveningsbijdrage voor jaar t af te zetten tegen de verandering in kosten in jaar t . De prijs-powermaatstaf voor GGZ is op dezelfde manier berekend met als verschil dat daar ook de GGZ-kosten van $t-4$ en $t-5$ met 10% zijn verlaagd (gegeven dat het MHK-GGZ-criterium is gebaseerd op de GGZ kosten in vijf voorliggende jaren). Zie ook paragraaf 4.5.

Bij RV26 + HKC komt de prijs-powermaatstaf voor somatische zorg uit op 0,71. Dit betekent dat als een verzekeraar de inkooprijzen voor somatische zorg structureel met 10% weet te reduceren (onder gelijkhouding van het volume), gemiddeld 71% van de kostenreductie ten bate komt van de verzekeraar. De overige 29% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (vanwege de verschuiving van sommige verzekerden naar een lagere MHK-, HHK-, en/of MVV-klasse en/of een afname van de HKC-vergoeding). Ter vergelijking bevat figuur 2 tevens de prijs-powermaatstaf voor RV24 en RV25, zoals eerder gepresenteerd in Van Kleef & Van Vliet (2025). Voor RV26 (op kostendata van 2023) komt

de prijs-powermaatstaf iets lager uit dan voor RV25 (op kostendata van 2022). De verklaring hiervoor is dat binnen RV26 verhoudingsgewijs meer geld wordt verevendend via de opkosten-gebaseerde vereveningscriteria, wat uiteraard te maken heeft met de invoering van het nieuwe vereveningscriterium Historisch Hulpmiddelen Kosten (HHK).

Figuur 2. Prijs-powermaatstaf bij toepassing van de vereveningssystemen 2024, 2025 en 2026, uitgesplitst naar somatische zorg en GGZ ^{a,b,c}



^a Uitkomsten voor RV26 en RV26 + HKC gebaseerd op verzekerden in het WOR-bestand 2023. Uitkomsten voor RV24 en RV25 overgenomen uit Van Kleef & Van Vliet (2025).

^b Bij de berekening van de prijs-powermaatstaf kon geen rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat een structurele prijsbesparing leidt tot een verschuiving van verzekerden van HSM=1 naar HSM=0. Dit leidt tot een kleine overschatting van de prijs-powermaatstaf voor somatische zorg.

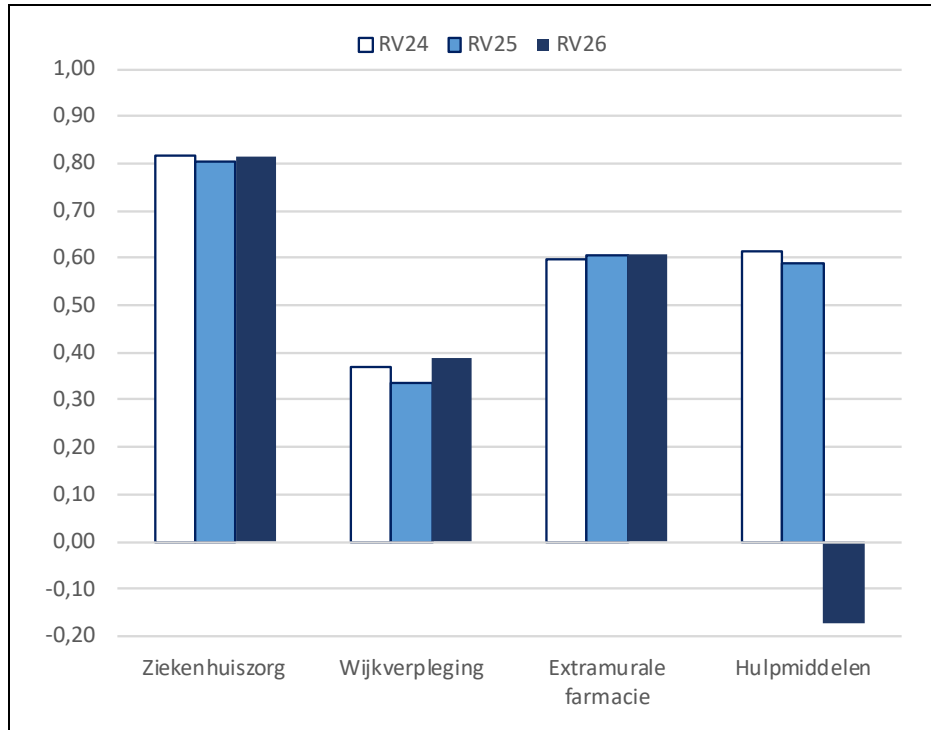
^c De prijs-powermaatstaf is berekend met formule (6). De kosten van huisartsenzorg zijn buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat door de overheid wordt bepaald).

Bij RV26 + HKC komt de prijs-powermaatstaf voor GGZ uit op 0,84. Dit betekent dat als een verzekeraar de inkooprijzen voor GGZ structureel met 10% weet te reduceren, gemiddeld 84% van de kostenreductie ten bate komt van de verzekeraar. De overige 16% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage (vanwege de verschuiving van sommige verzekerden naar een lagere GGZ-MHK-klasse en/of een afname van de HKC-vergoeding). Voor GGZ is de impact van HKC iets groter dan voor somatische zorg. De verklaring hiervoor is dat de HKC voor GGZ omvangrijker is dan die voor somatische zorg. Voor GGZ zien we een toename van de prijs-powermaatstaf van RV25 (op kostendata/niveau 2022) naar RV26 (op kostendata/niveau 2023). De verklaring hiervoor is dat binnen RV26 verhoudingsgewijs

minder geld wordt verevendend via het vereveningscriterium MHK(-GGZ).³² Uit WOR 1275 kan worden opgemaakt dat dit hoofdzakelijk te maken heeft met de overstap op nieuwe data.

Figuur 3 toont de prijs-powermaatstaf voor vier specifieke vormen van somatische zorg: ziekenhuiszorg, wijkverpleging, extramurale farmacie en hulpmiddelen. Hierbij vallen drie zaken op. In de eerste plaats varieert de prijs-powermaatstaf sterk tussen zorgvormen. Die variatie wordt veroorzaakt doordat de ene zorgvorm sterker samenhangt met op-kosten-gebaseerde vereveningscriteria dan de andere zorgvorm. Wijkverpleging hangt bijvoorbeeld sterk samen met het vereveningscriterium MVV: lagere (hogere) prijzen voor wijkverpleging leiden tot lagere (hogere) kosten en een lagere (hogere) vereveningsbijdrage via het vereveningscriterium MVV. Voor ziekenhuiszorg en extramurale farmacie is het effect van prijsveranderingen op de vereveningsbijdrage kleiner. Hoewel de kosten van ziekenhuiszorg en extramurale farmacie meelopen in het MHK-criterium is de relatie tussen kosten en vereveningsbijdrage minder sterk dan bij wijkverpleging.

Figuur 3. Prijs-powermaatstaf bij toepassing van de vereveningssysteem 2024, 2025 en 2026, uitgesplitst naar vier specifieke vormen van somatische zorg^{a,b,c}



^{a-c} Zie voetnoten a-c onder figuur 2.

³² Dit is tevens de verklaring voor de toename van de prijs-powermaatstaf voor GGZ van RV24 naar RV25 (zie Van Kleef & Van Vliet, 2025).

In de tweede plaats valt op dat de prijs-powermaatstaf bij hulpmiddelen een vrije val maakt, van 0,59 bij RV25 (op kostendata/niveau 2022) naar -0,17 bij RV26 (op kostendata/niveau 2023). De oorzaak hiervan is de invoering van het HHK-criterium. Dit criterium zorgt voor een sterkere link tussen de hulpmiddelenkosten en de vereveningsbijdrage. De link is zelfs zo sterk dat de prijs-powermaatstaf een negatieve waarde heeft. De technische verklaring hiervoor is dat de hoeveelheid geld die wordt verevend via het HHK-criterium groter is dan de totale hulpmiddelenkosten.³³ De negatieve waarde betekent dat als een verzekeraar *structureel* een lagere prijs weet uit te onderhandelen voor hulpmiddelen, de daling in vereveningsbijdrage die daarop volgt groter is dan de daling in hulpmiddelenkosten, *ceteris paribus*. Dat kan verzekeraars ontmoedigen om in te zetten op prijsbesparingen bij de inkoop van hulpmiddelen. In dit licht is het ook interessant om een vergelijking te maken tussen RV24 (op kostendata/niveau 2021) en RV25 (op kostendata/niveau 2022). Van RV24 naar RV25 is het vereveningscriterium Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG) komen te vervallen. Die maatregel blijkt echter weinig invloed te hebben gehad op de prijs-powermaatstaf. De verklaring daarvoor is dat het HKG-criterium niet was gebaseerd op *kosten* maar op *volume*. Ergo: voor het realiseren van prikkels voor prijsbesparingen bij de inkoop van hulpmiddelen is het HKG-criterium te prefereren boven het HHK-criterium.

In de derde plaats, als we nog iets verder inzoomen op figuur 3 dan zien we een stijging van de prijs-powermaatstaf bij wijkverpleging. De verklaring hiervoor is dat RV26 (op kostendata/niveau 2023) minder geld verevent via het MVV-criterium dan RV25 (op kostendata/niveau 2022). Uit WOR 1275 en WOR 1239 kan worden opgemaakt dat dit te maken heeft met zowel de overstap op nieuwe data als de invoering van het HHK-criterium.

6.2. Volume-powermaatstaf

Figuur 4 presenteert de volume-powermaatstaf voor somatische zorg en GGZ. Ter bepaling van de volume-powermaatstaf voor somatische zorg hebben we in elk van de jaren t , $t-1$, $t-2$ en $t-3$ het gebruik van somatische zorg op nul gezet (met uitzondering van huisartsenzorg) en vervolgens het effect daarvan bepaald op de vereveningsbijdrage voor jaar t . Vervolgens

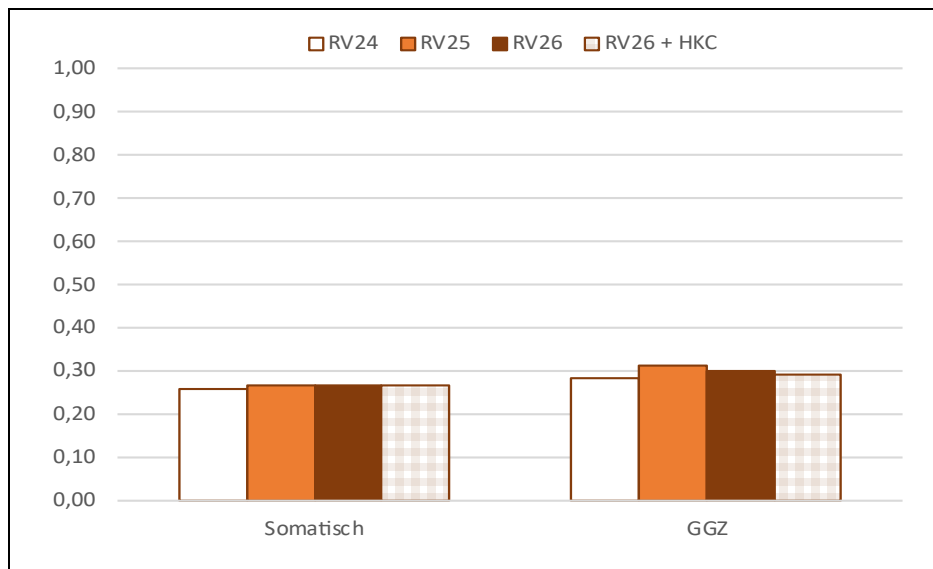
³³ Dat met het HHK-criterium meer geld wordt verevend dan de totale hulpmiddelenkosten wordt veroorzaakt door de correlatie tussen het gebruik van hulpmiddelen en andere zorgvormen. Het HHK-criterium compenseert daardoor niet alleen voor de verwachte kosten van hulpmiddelen maar ook voor die van andere zorgvormen.

hebben we de volume-powermaatstaf berekend door de verandering in vereveningsbijdrage voor jaar t af te zetten tegen de verandering in kosten in jaar t. De volume-powermaatstaf voor GGZ is op dezelfde manier berekend met als verschil dat daar ook de GGZ-kosten van t-4 en t-5 op nul zijn gezet (gegeven dat het MHK-GGZ-criterium is gebaseerd op de GGZ-kosten in vijf voorliggende jaren). Zie ook paragraaf 4.5.

Bij RV26 + HKC bedraagt de volume-powermaatstaf 0,27 voor somatische zorg en 0,29 voor GGZ. Dit wijst erop dat een *structurele* kostenreductie als gevolg van een volumebesparing grotendeels wegvloeit via een lagere vereveningsbijdrage, veroorzaakt doordat minder verzekerden in een positieve DKG-, FKG-, FDG- en/of HSM-klasse terechtkomen en doordat sommige verzekerden verschuiven naar een lagere MHK-, HHK- 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 hij gemiddeld genomen 27% (somatisch) respectievelijk 29% (GGZ) over van de kostenreductie die daarmee wordt gerealiseerd. De impact van HKC is zeer beperkt, zowel voor somatische zorg als GGZ.

Als we de volume-powermaatstaf vergelijken tussen RV25 (op kostendata/niveau 2022) en RV26 (op kostendata/niveau 2023) dan blijken de veranderingen beperkt. Voor GGZ neemt de maatstaf iets af. Uit WOR 1275 kan worden afgeleid dat dit te maken heeft met een toename van de hoeveelheid geld die wordt verevenend via de psychische DKG's (wat weer samenhangt met de overstap op recentere data). Voor somatische zorg zien we überhaupt geen verandering. Dat lijkt op het eerste gezicht onlogisch. Immers: met de invoering van het HHK-criterium zou je wellicht een afname van de volume-powermaatstaf verwachten. We kijken in figuur 4 echter naar de volume-powermaatstaf voor het *totaal* van somatische zorg. Zoals zal blijken uit figuur 5, zijn er op het niveau van specifieke zorgvormen wel degelijk veranderingen, maar die vallen in figuur 4 tegen elkaar weg.

Figuur 4. Volume-powermaatstaf bij toepassing van de vereveningssystemen 2024, 2025 en 2026, uitgesplitst naar somatische zorg en GGZ ^{a,b,c}



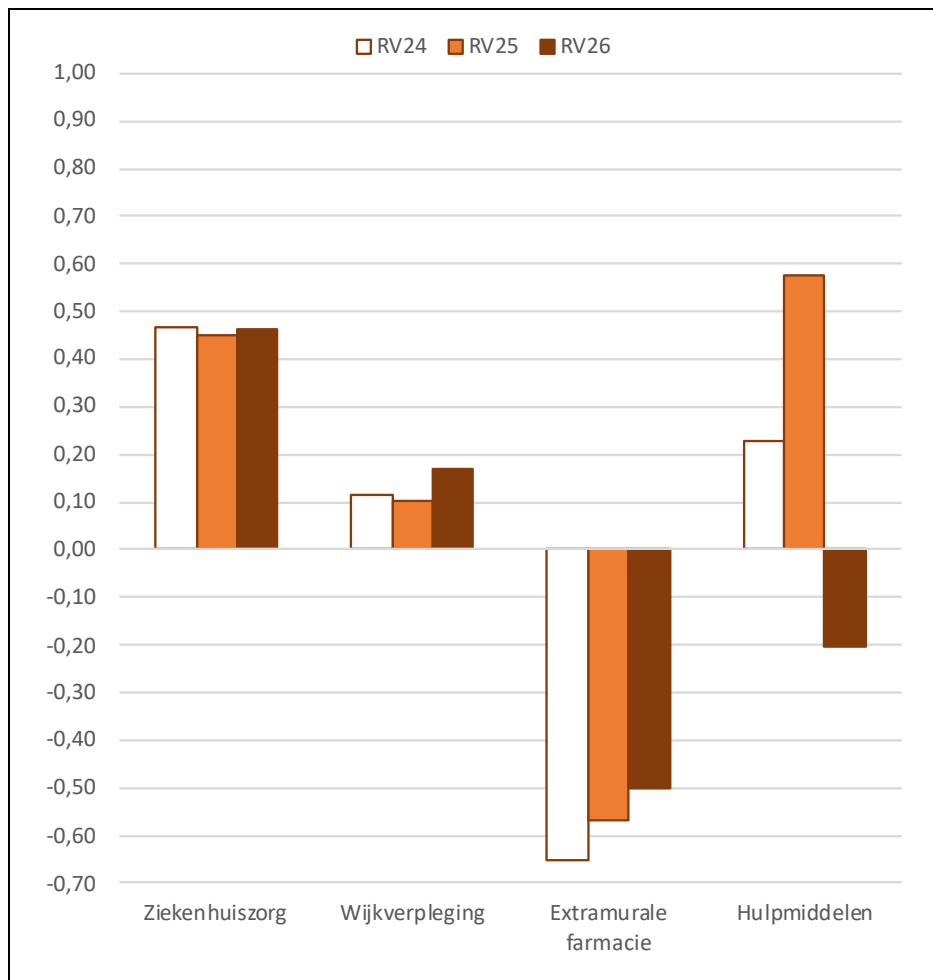
^a Uitkomsten voor RV26 en RV26 + HKC gebaseerd op verzekerden in het WOR-bestand 2023. Uitkomsten voor RV24 en RV25 overgenomen uit Van Kleef & Van Vliet (2025).

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

^c De volume-powermaatstaf is berekend met formule (7). De kosten voor huisartsenzorg zijn daarbij buiten beschouwing gelaten aangezien die grotendeels bestaan uit het abonnementstarief (dat los staat van gebruik).

Figuur 5 toont de volume-powermaatstaf voor vier vormen van somatische zorg. In tegenstelling tot figuur 4 zien we hier een duidelijk effect van de invoering van het HHK-criterium: net als de prijs-powermaatstaf voor hulpmiddelen is ook de volume-powermaatstaf voor hulpmiddelen negatief. Dit betekent dat als een verzekeraar een *structurele* volumebesparing weet te realiseren voor hulpmiddelen, de daling in vereveningsbijdrage die daarop volgt groter is dan de daling in hulpmiddelenkosten, ceteris paribus. Dat kan verzekeraars ontmoedigen om in te zetten op volumebesparingen bij hulpmiddelen.

Figuur 5. Volume-powermaatstaf bij toepassing van de vereveningssystemen 2024, 2025 en 2026, uitgesplitst naar vier vormen van somatische zorg ^{a,b,c}



^{a-c} Zie voetnoten onder figuur 4.

Ook in figuur 5 is het interessant om een vergelijking te maken met RV24 (op kostendata 2021) en RV25 (op kostendata 2022). Van RV24 naar RV25 was sprake van een toename van de volume-powermaatstaf voor hulpmiddelen als gevolg van het schrappen van het HKG-criterium. Van RV25 naar RV26 is sprake van een afname als gevolg van de invoering van het HHK-criterium. In absolute termen is de afname van RV25 naar RV26 echter groter is dan de toename van RV24 naar RV25. De verklaring daarvoor is dat met het huidige HHK-criterium (RV26) meer geld wordt verevend dan met het voormalige HKG-criterium (RV24). De oorzaak daarvan is dat het HKG-criterium was gebaseerd op een selectie van hulpmiddelen die in t-1 zijn gebruikt terwijl het HHK-criterium in feite is gebaseerd op de gesommeerde kosten in t-3, t-2 en t-1 van alle hulpmiddelen in het Zvw-pakket.

Tegenover de afname van de volume-powermaatstaf als gevolg van de invoering van het HHK-criterium staan toenames van de volume-powermaatstaven voor wijkverpleging en extramurale farmacie. Uit WOR 1275 en WOR 1239 kan worden opgemaakt dat deze toenames worden veroorzaakt door de overstap op nieuwe data en de invoering van het HHK-criterium (waardoor minder geld wordt verevenend via de MVV-, MHK- en FKG-criteria).

6.3. Conclusies

De conclusies van dit hoofdstuk kunnen als volgt worden samengevat:

- Bij RV26 + HKC (op kostendata/niveau van 2023) komt de prijs-powermaatstaf voor somatische zorg uit op 0,71. Dit betekent dat als een individuele zorgverzekeraar erin slaagt de inkooprijzen voor somatische zorg structureel te reduceren, gemiddeld 71% van de kostenreductie die daarmee wordt gerealiseerd ten bate komt van die verzekeraar. De overige 29% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage. De overstap van RV25 (op kostendata/niveau van 2022) naar RV26 (op kostendata/niveau van 2023) leidt tot een afname van de prijs-powermaatstaf voor somatische zorg als gevolg van de invoering van het nieuwe criterium Historisch Hulpmiddelen Kosten (HHK). Voor hulpmiddelen heeft de invoering van het HHK-criterium geleid tot een negatieve prijs-powermaatstaf.
- Bij RV26 + HKC (op kostendata/niveau van 2023) komt de prijs-powermaatstaf voor GGZ uit op 0,84. De overstap van RV25 (op kostendata/niveau van 2022) naar RV26 (op kostendata/niveau van 2023) leidt tot een toename van de prijs-powermaatstaf voor GGZ doordat minder geld wordt verevenend via het vereveningscriterium MHK-GGZ.
- Bij RV26 + HKC (op kostendata/niveau van 2023) komt de volume-powermaatstaf voor somatische zorg uit op 0,27. Dit betekent dat als een individuele zorgverzekeraar erin slaagt het volume voor somatische zorg structureel te reduceren, gemiddeld 27% van de kostenreductie die daarmee wordt gerealiseerd ten bate komt van die verzekeraar. De overige 73% vloeit weg via een daling van de vereveningsbijdrage. De overstap van RV25 (op kostendata/niveau van 2022) naar RV26 (op kostendata/niveau van 2023) heeft nauwelijks gevolgen voor de volume-powermaatstaf voor het *totaal* van somatische zorg maar wel voor specifieke zorgvormen: voor hulpmiddelen daalt de volume-powermaatstaf van 0,59 naar -0,17, wederom als gevolg van de invoering van het HHK-criterium.

- Bij RV26+HKC (op kostendata/niveau van 2023) komt de volume-powermaatstaf voor GGZ uit op 0,29. De overstap van RV25 (op kostendata/niveau van 2022) naar RV26 (op kostendata/niveau van 2023) leidt tot een kleine afname van de volume-powermaatstaf voor GGZ doordat meer geld wordt verevenend via de psychische DKG's.
- Voor zowel GGZ als (het totaal van) somatische zorg ligt de waarde van de prijs-powermaatstaf (veel) hoger dan die van de volume-powermaatstaf. Dit impliceert dat *gemiddeld genomen* de prikkels tot prijsbesparing sterker zijn dan de prikkels tot volumebesparing. Voor specifieke zorgvormen kan dat anders zijn.

7. Aanvullende analyse: keuze- en overstapgedrag in 2023 op subgroepniveau

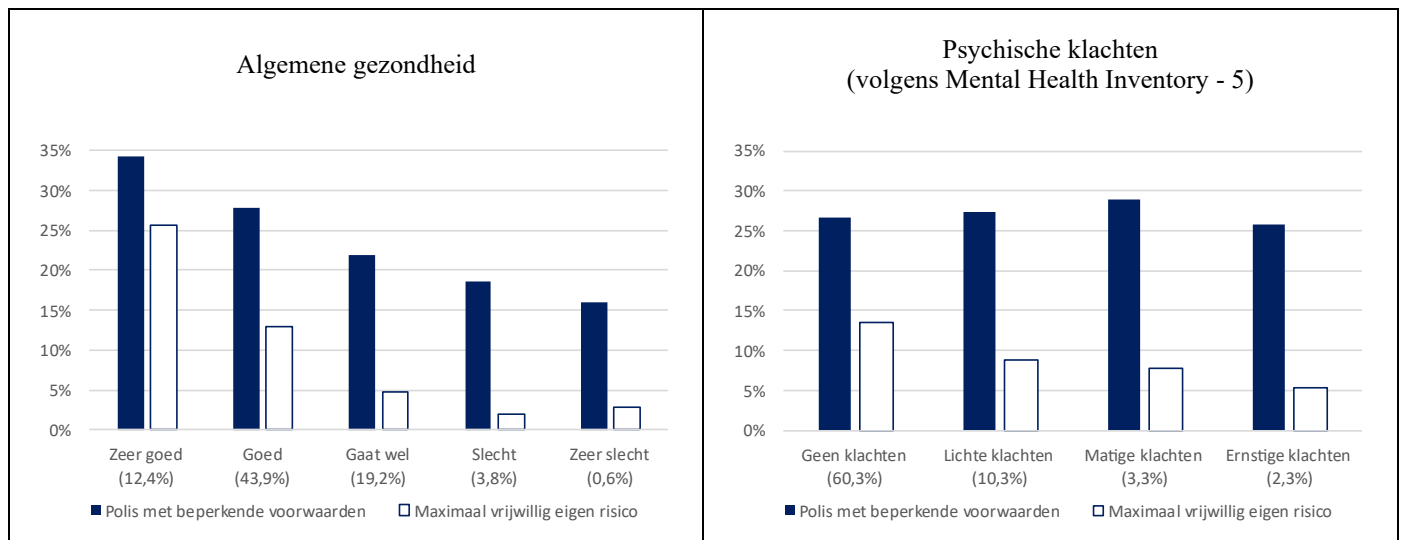
Als aanvullende analyse kijken we in dit hoofdstuk naar het keuze- en overstapgedrag van verzekerden ten aanzien van hun zorgverzekering in 2023. We doen dat op het niveau van subgroepen. Paragraaf 7.1 geeft inzicht in de poliskeuze, paragraaf 7.2 brengt de overstapperpercentages in kaart en paragraaf 7.3 laat de vereveningsresultaten zien voor (subgroepen van) overstappers. Paragraaf 7.4 vat de belangrijkste conclusies samen.

7.1. Poliskeuze voor subgroepen o.b.v. gezondheid

In hoofdstuk 5 hebben we gezien dat het vereveningssysteem 2026 voor verschillende subgroepen leidt tot onder/overcompensatie. In theorie kunnen die onder/overcompensaties leiden tot risicoselectie en een ongelijk speelveld. De mate waarin dat gebeurt hangt onder andere af van de heterogeniteit in voorkeuren van verzekerden ten aanzien van hun polis. Zo zijn de onder/overcompensaties voor de subgroepen op basis van algemene gezondheid (figuur 1) problematischer wanneer verzekerden met een (zeer) goede algemene gezondheid een andere (type) polis prefereren dan verzekerden met een (zeer) slechte algemene gezondheid. In de praktijk mag een zekere mate van heterogeniteit in voorkeuren worden verwacht. Zo hebben chronisch zieken waarschijnlijk een sterkere voorkeur voor een uitgebreide verzekeringsdekking (e.g., geen beperkende voorwaarden) dan gezonde verzekerden. Naarmate dergelijke voorkeuren sterker verschillen tussen subgroepen is de kans groter dat onder/overcompensatie van die subgroepen leidt tot een verstoring van het gelijke speelveld. Ook hebben verzekeraars dan betere mogelijkheden om via de vormgeving van hun polissen invloed uit te oefenen op welke subgroepen zij (wel of niet) aantrekken.

Figuur 6 geeft een indruk van de heterogeniteit in (gebleken) voorkeuren tussen subgroepen door te kijken naar het percentage verzekerden dat in 2023 heeft gekozen voor 1) een polis met beperkende voorwaarden (blauwe staafjes) c.q. 2) het maximale vrijwillig eigen risico (witte staafjes). Van alle Zvw-verzekerden in 2023 had 24,4% een polis met beperkende voorwaarden en had 8,1% het maximale vrijwillig eigen risico.

Figuur 6. Percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden in 2023 en percentage verzekerden met maximaal vrijwillig eigen risico in 2023 per subgroep ^{a,b,c}



^a Hierbij is gebruik gemaakt van de variabelen ‘wel/geen polis met beperkende voorwaarden’ en ‘wel/niet het maximale vrijwillig eigen risico’ die zijn opgenomen in het onderzoeksbestand van de Overall Toets 2026 (WOR 1275). Maximaal vrijwillig eigen risico wil zeggen: vrijwillig eigen risico = 500 euro per jaar.

^b De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2023. De percentages tellen niet op tot 100% omdat 1) 19-minners buiten de steekproef van de Gezondheidsmonitor vallen, 2) het Gezondheidsmonitorbestand is herwogen naar de Zvw-populatie (18+) *exclusief instromers per 2023* en 3) niet alle vragen door alle respondenten zijn ingevuld.

^c Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2022 (N=360k), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

De twee diagrammen in figuur 6 geven inzicht in de poliskeuze voor subgroepen op basis van de Gezondheidsmonitor 2022. Het linker diagram toont de poliskeuze voor subgroepen op basis van *algemene* gezondheid in 2022 en het rechter diagram doet dat voor subgroepen op basis van *psychische* gezondheid in 2022. Uit het linker diagram blijkt dat verzekerden met een goede gezondheid vaker kiezen voor een polis met beperkende voorwaarden en/of het maximale vrijwillig eigen risico dan verzekerden met een slechte gezondheid. Uit het rechter diagram blijkt wel een zekere samenhang tussen de psychische gezondheid en de keuze voor een maximaal vrijwillig eigen risico, maar niet tussen psychische gezondheid en de keuze voor een polis met beperkende voorwaarden.

In een aanvullende analyse (niet getoond) hebben we gekeken naar het keuzegedrag binnen subgroepen op basis van Nivel Zorgregistraties. Ook daaruit bleek dat – in 2023 – verzekerden met een slechte gezondheid minder vaak kozen voor een polis met beperkende voorwaarden c.q. het maximale vrijwillig eigen risico dan verzekerden met een goede gezondheid. Zo neemt het percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden monotoon af van 29,7% voor de subgroep zonder chronische aandoening naar 6,1% voor de

subgroep met acht of meer chronische aandoeningen. Datzelfde geldt voor het percentage verzekerden met het maximale vrijwillig eigen risico (van 12,6% naar respectievelijk 0,1%).

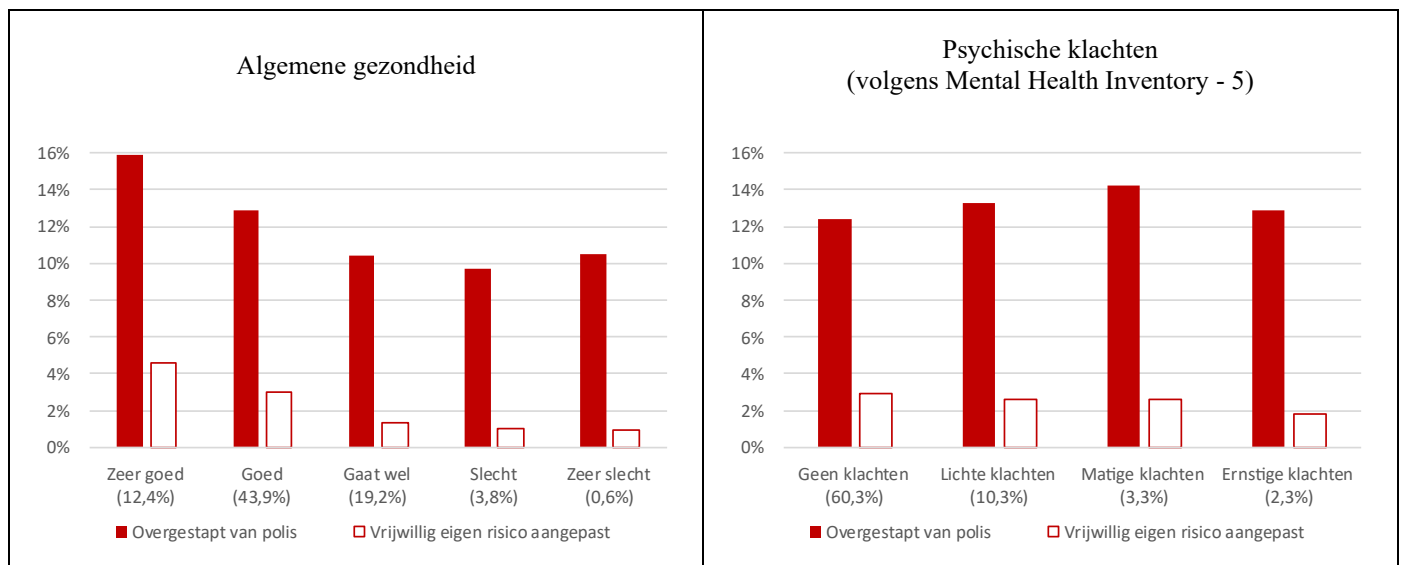
7.2. Overstapgedrag voor subgroepen o.b.v. gezondheid

De mate waarin onder/overcompensaties voor subgroepen leiden tot risicoselectie en een verstoring van het gelijke speelveld hangt niet alleen af van de heterogeniteit in voorkeuren tussen verzekerden maar ook van hun bereidheid om over te stappen van polis. Immers: als een specifieke subgroep niet/nauwelijks bereid is om over te stappen van zorgpolis dan vormt een onder/overcompensatie op die subgroep geen bedreiging voor het gelijke speelveld (ervan uitgaande dat die subgroep evenredig over polissen is verdeeld) en is het niet/nauwelijks mogelijk voor verzekeraars om te sturen op de instroom/uitstroom van die subgroep.

Figuur 7 toont het percentage verzekerden dat van 2022-op-2023 is overgestapt van zorgpolis (rode staafjes) en het percentage dat van 2022-op-2023 is overgestapt van/naar het maximale eigen risico (witte staafjes). De sets van subgroepen corresponderen met die in figuur 6. Uit het linker diagram in figuur 7 blijkt dat het percentage overstappers binnen de gezonde subgroepen hoger ligt dan binnen de ongezonde subgroepen. Dit patroon zien we niet/minder terug in het rechter diagram. Van alle Zvw-verzekerden in 2023 stapte op 1 januari van dat jaar 11,1% over van polis en 1,9% van/naar het maximale vrijwillig eigen risico.

In een aanvullende analyse (niet getoond) hebben we gekeken naar het overstapgedrag binnen subgroepen op basis van Nivel Zorgregistraties. Ook daaruit bleek dat – in 2023 – een betere (slechtere) gezondheid gepaard gaat met een hogere (lagere) overstapkans. Zo neemt het percentage overstappers van zorgpolis monotoon af van 13,7 procent voor de subgroep zonder chronische aandoening naar 3,1 procent voor de subgroep met acht of meer chronische aandoeningen. Datzelfde geldt voor het percentage verzekerden dat wisselde van/naar het maximale vrijwillig eigen risico (van 2,6 procent naar respectievelijk 0,1 procent).

Figuur 7. Percentage overstappers van 2022-op-2023 per subgroep ^{a,b,c,d}



^a Helaas konden wij in het WOR-bestand 2023 niet zien welke verzekerden een vrijwillig eigen risico hadden van 0-400 euro. Verzekerden die zijn gewisseld tussen deze hoogten van het vrijwillig eigen risico (iets wat waarschijnlijk maar weinig voorkomt) zijn daarom niet meegenomen in de witte staafjes.

^b Verzekerden die zowel zijn gewisseld van zorgpolis als zijn overgestapt van/naar het maximale vrijwillig eigen risico lopen mee in zowel de rode staafjes als de witte staafjes.

^c De percentages op de horizontale as staan voor de prevalentie t.o.v. de totale Zvw populatie in 2023. De percentages tellen niet op tot 100% omdat 1) 19-minners buiten de steekproef van de Gezondheidsmonitor vallen, 2) het Gezondheidsmonitorbestand is herwogen naar de Zvw-populatie (18+) *exclusief instromers per 2023* en 3) niet alle vragen door alle respondenten zijn ingevuld.

^d Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2022 (N=360k), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

Verschillen in het overstappercentage tussen gezonde en ongezonde subgroepen wijzen niet per se op een causaal verband tussen gezondheid en overstapbereidheid. Deze verschillen kunnen namelijk (mede) worden veroorzaakt door correlaties met achtergrondkenmerken zoals leeftijd, opleidingsniveau en inkomen. Hoewel een causaliteitsanalyse te ver gaat voor dit onderzoek biedt de Gezondheidsmonitor 2022 wel de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in de genoemde correlaties. De Gezondheidsmonitor bevat namelijk niet alleen informatie over gezondheid, maar ook over leeftijd, opleidingsniveau en inkomen.

Tabel 11 toont de uitkomsten van twee logistische regressiemodellen met ‘ja/nee overgestapt van zorgpolis van 2022-op-2023’ als Y-variabele en diverse verzekerdenkenmerken als X-variabelen. In model 1 lopen de subgroepen op basis van ‘algemene gezondheid’ en ‘psychische klachten (volgens Mental Health Inventory - 5)’ mee als subgroepen. De subgroepen ‘zeer goede algemene gezondheid’ en ‘geen psychische klachten’ fungeren in dat model als referentiecategorieën. De kolom ‘Model 1’ toont de Odds Ratio (OR) en het 95%-betrouwbaarheidsinterval van de OR. Een $OR < 1$ wijst op een kleinere overstapkans ten

opzichte van de referentiegroep, gecorrigeerd voor de andere X-variabelen in het model. Een $OR > 1$ wijst op een grotere overstapkans ten opzichte van de referentiegroep, gecorrigeerd voor de andere X-variabelen in het model. (Let op: een 'OR' is niet hetzelfde als de 'kans'.)

In model 2 lopen naast de gezondheidskenmerken ook leeftijd, opleidingsniveau en inkomen mee als X-variabelen. Ten opzichte van model 1 zien we de OR's voor de gezondheidskenmerken richting 1 bewegen. Dit wijst erop dat de samenhang tussen gezondheid en overstappercentages in de linker diagrammen van figuur 8 inderdaad (deels) wordt veroorzaakt door correlaties met leeftijd, opleidingsniveau en/of inkomen. Desondanks wijzen de OR's in model 2 op een iets hogere overstapkans voor verzekerden met een zeer goede algemene gezondheid dan voor verzekerden met een matige of (zeer) slechte algemene gezondheid (gecorrigeerd voor de andere variabelen in het model). De OR's in model 2 voor de variabelen op basis van psychische gezondheid wijzen juist op een iets hogere overstapkans voor verzekerden met klachten dan voor verzekerden zonder klachten (gecorrigeerd voor de andere variabelen in het model). Verder blijkt uit de OR's van model 2 dat jongeren, hoogopgeleiden en hogere inkomens meer geneigd zijn over te stappen dan ouderen, laagopgeleiden en lagere inkomens. Dit komt overeen met bevindingen in eerdere onderzoeken zoals Boonen et al. (2016) en Van der Schors et al. (2020).

Tabel 11. Odds Ratio's (OR) o.b.v. een logistische regressie van ja/nee overgestapt van zorgpolis per 1 januari 2023 (Y) op verzekerdenkenmerken (X) ^a

Dummyvariabelen (X)	Model 1 (met X-variabelen o.b.v. algemene gezondheid en psychische klachten volgens MHI-5)			Model 2 (met X-variabelen o.b.v. algemene gezondheid, psychische klachten volgens MHI-5, leeftijd, hoogst behaalde opleiding en huishoudinkomen)		
	OR ^b	95% BI		OR ^b	95% BI	
<i>Algemene gezondheid:</i>						
Zeer goed (referentiegroep)	1			1		
Goed	0,767	0,764	0,770	0,908	0,904	0,912
Matig	0,559	0,556	0,562	0,836	0,831	0,840
Slecht	0,476	0,472	0,480	0,809	0,801	0,817
Zeer slecht	0,505	0,495	0,516	0,879	0,860	0,897
<i>Psychische klachten volgens MHI-5:</i>						
Geen klachten (referentiegroep)	1			1		
Lichte klachten	1,265	1,259	1,271	1,072	1,067	1,077
Matige klachten	1,449	1,437	1,460	1,106	1,097	1,115
Ernstige klachten	1,417	1,402	1,431	1,018	1,007	1,028
<i>Leeftijd:</i>						
19-34 jaar (referentiegroep)				1		
35-49 jaar				0,645	0,643	0,648
50-64 jaar				0,475	0,473	0,478
65-79 jaar				0,310	0,308	0,311
80+ jaar				0,139	0,138	0,141
<i>Hoogst behaalde opleiding:</i>						
Lager onderwijs (referentiegroep)				1		
MAVO/LBO				1,218	1,206	1,231
HAVO/VWO/MBO				1,386	1,372	1,400
HBO/WO				1,777	1,760	1,795
<i>Kwintiel huishoudinkomen: ^c</i>						
1e kwintiel (referentiegroep)				1		
2e kwintiel				1,151	1,144	1,159
3e kwintiel				1,179	1,172	1,187
4e kwintiel				1,201	1,194	1,208
5e kwintiel				1,129	1,122	1,136

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2022 (N=360k), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure).

^b *Vet/cursief* = statistisch significant o.b.v. een significantieniveau van p=0,05. Statistische significantie kan worden afgeleid uit het 95%-betrouwbaarheidsinterval: als de waarde '1' (d.w.z. gelijke kans t.o.v. de referentiegroep) buiten het betrouwbaarheidsinterval ligt is sprake van statistische significantie.

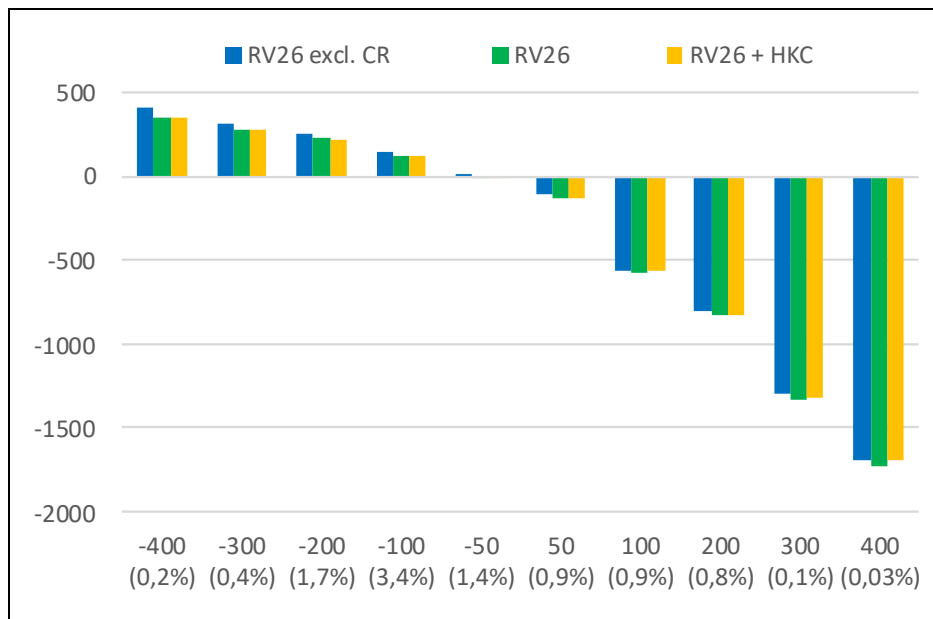
^c Deze variabele komt niet uit de Gezondheidsmonitor zelf maar is toegevoegd door het CBS en afgeleid uit inkomensgegevens van alle Nederlandse huishoudens gecorrigeerd voor de omvang van huishoudens.

7.3. Vereveningsresultaat voor overstappers

Figuur 8 toont het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen van overstappers. Op de horizontale as staan alle verzekerden die op 1 januari 2023 zijn overgestapt naar een andere zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast, exclusief verzekerden die in 2023 nog geen 18 waren. Deze groep is uitgesplitst naar het verschil in premie (in 2023) tussen de oude en de nieuwe polis. Helemaal links staan de overstappers die >400 euro minder premie zijn gaan betalen vanwege hun overstap; helemaal rechts staan de overstappers die >400 euro meer premie zijn gaan betalen vanwege hun overstap. Het verschil in premie is afgerond op honderden euro's. Zoals aangegeven in hoofdstuk 4, kan de daling c.q. stijging van de premie worden beschouwd als grove proxy voor het overstappen naar een beperktere respectievelijk uitgebreidere verzekeringsdekking.

Uit figuur 8 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 vergelijking van RV26 excl. CR met RV26 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. Het patroon in figuur 8 is goed vergelijkbaar met het patroon in figuren 6 en 11 van ons onderzoek naar de vereveningssystemen van 2024 en 2025 (Van Kleef & Van Vliet, 2025). We vonden toen de volgende verklaring voor deze resultaten: bij het kiezen van hun zorgpolis voor jaar t houden verzekerden (mede) rekening met hun gezondheidsverwachtingen voor jaar t . In het geval van een verwachte gezondheidsverandering in jaar t pikt het vereveningsmodel die verandering (nog) niet volledig op omdat de morbiditeitscriteria veelal zijn gebaseerd op jaar $t-1$. De gezondheidsverandering wordt pas opgepikt door het vereveningsmodel in jaar $t+1$.

Figuur 8. Vereveningsresultaat in jaar t (in euro's) voor overstappers op 1 januari van jaar t, uitgesplitst naar het verschil in premie tussen de nieuwe en de oude polis ^{a,b,c,d}



^a Overstappers zijn hier gedefinieerd als ‘verzekerden die op 1 januari 2023 zijn gewisseld van zorgpolis en/of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast’, exclusief verzekerden die in 2023 nog geen 18 waren. Helaas konden wij in het WOR-bestand 2023 niet zien welke verzekerden een vrijwillig eigen risico hadden van 100-400 euro. Verzekerden die zijn gewisseld tussen deze specifieke hoogten van het vrijwillig eigen risico of hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast van 0 naar 100-400 euro zijn in deze figuur daarom niet meegenomen als ‘overstapper’ tenzij deze verzekerden tevens zijn gewisseld van zorgpolis.

^b De premieverschillen (op de horizontale as) zijn gebaseerd op de jaarpremie bij het gekozen vrijwillig eigen risico, 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 2023.

^d De gemiddelde totale kosten lopen op van 776 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal links ('-400') naar 4.291 euro per verzekerdenjaar voor de groep helemaal rechts ('+400'). De overall gemiddelde totale Zvw-kosten voor de overstappers in deze figuur bedragen 2.265 euro per verzekerdenjaar (t.o.v. 3.268 euro voor alle volwassen in het WOR 2023-bestand).

Merk op dat de vereveningsresultaten in figuur 8 deels terechtkomen 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.

7.4. Conclusies

De conclusies van dit hoofdstuk kunnen als volgt worden samengevat:

- Tussen gezondheid-gerelateerde subgroepen is sprake van een zekere heterogeniteit in de voorkeuren van verzekerden ten aanzien van het vrijwillig eigen risico en polissen met/zonder beperkende voorwaarden: binnen gezonde groepen wordt vaker gekozen voor het maximale vrijwillig eigen risico en/of een polis met beperkende voorwaarden dan binnen ongezonde subgroepen.
- Binnen alle in dit hoofdstuk bekeken subgroepen vond van 2022-op-2023 overstap van polis plaats. Er zijn echter verschillen in het overstappercentage tussen subgroepen. Uit een meervoudige logistische regressie bleek dat jongeren, hoogopgeleiden, hogere inkomens en gezonden meer geneigd zijn over te stappen dan ouderen, laagopgeleiden, lagere inkomens en ongezonden, *ceteris paribus*.
- Voor verzekerden die van 2022-op-2023 zijn overgestapt naar een goedkopere polis (als proxy voor overstap naar een beperktere dekking) resteert een positief gemiddeld vereveningsresultaat in 2023. Voor verzekerden die van 2022-op-2023 zijn overgestapt naar een duurdere polis (als proxy voor overstap naar een uitgebreidere dekking) resteert een negatief gemiddeld vereveningsresultaat in 2023. Deze resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat kostenverschillen tussen overstappers (en daarmee ook resultaatverschillen) mogelijk niet alleen samenhangen met verzekeringsrisico maar ook met doelmatigheid.

8. Discussie

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de ‘verevenende werking’ (hoofdstuk 5) en ‘power’ (hoofdstuk 6) van het vereveningssysteem 2026. Daarnaast is gekeken naar het keuze- en overstapgedrag van verzekerden in 2023 (hoofdstuk 7). Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn aan het einde van elk hoofdstuk steeds de belangrijkste bevindingen samengevat. Hieronder bespreken we per onderdeel de sterke en zwakke punten van het onderzoek en doen we een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

8.1. Verevenende werking

Ten opzichte van het OT-onderzoek 2026 (WOR 1275) heeft het onderhavige onderzoek op twee manieren extra inzicht gegeven in de verevenende werking van het vereveningssysteem 2026. In de eerste plaats is hier niet alleen gekeken naar de afzonderlijke ex-ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico, maar ook naar het totaal van deze modellen, en naar de Hoge Kosten Compensatie voor somatische zorg en GGZ. Dit geeft een completer beeld van de verevenende werking. In de tweede plaats is hier ook gekeken naar de verevenende werking voor een zeer brede set van subgroepen afgeleid uit diagnose-informatie, zelf-gerapporteerde gezondheid, overstapgedrag en demografische en sociaaleconomische informatie.

Vanwege het grote aantal subgroepen was het voor dit onderzoek niet haalbaar om de resultaten voor elke subgroep afzonderlijk te bespreken. In plaats daarvan hebben we getracht een globaal beeld te geven van de verevenende werking. Omdat de resultaten voor specifieke subgroepen van belang kunnen zijn voor de doorontwikkeling van het vereveningssysteem hebben we ervoor gekozen om deze op te nemen in de bijlagen. Onze aanbeveling is om subgroepen met substantiële onder/overcompensatie in het achterhoofd te houden bij de ontwikkeling van nieuwe vereveningskenmerken en het onderhoud van bestaande kenmerken.

In dit onderzoek hebben we extra aandacht besteed aan subgroepen op basis van psychische gezondheid. Zo hebben we het gemiddelde vereveningsresultaat berekend voor 41 subgroepen op basis van psychische ICPC-diagnoses in het voorgaande jaar en voor diverse subgroepen op basis van zelf-gerapporteerde psychische problemen. Uit de resultaten komt een eenduidig beeld naar voren: het vereveningssysteem 2026 schiet tekort voor verzekerden met psychische

problemen. Dit kan tot ongewenste effecten leiden zoals 1) een verstoring van het gelijke speelveld (naarmate deze verzekerden zijn geconcentreerd bij bepaalde verzekeraars), 2) een verstoring van de risicosolidariteit (naarmate deze verzekerden zijn geconcentreerd in bepaalde zorgpolissen die daardoor een hogere premie moeten vragen) en 3) een verstoring van de kwaliteit en toegankelijkheid van GGZ (doordat verzekeraars hier mogelijk niet/onvoldoende in investeren uit angst om voorspelbaar verliesgevende verzekerden aan te trekken). Voor het tegengaan van deze ongewenste effecten is het cruciaal dat de ondercompensatie op verzekerden met psychische problemen wordt verminderd. Daarbij dient niet alleen te worden gekeken naar het vereveningsmodel voor GGZ maar naar het totale vereveningssysteem. Het zou mooi zijn als er nieuwe vereveningskenmerken worden ontwikkeld waarmee verzekerden met psychische problemen beter worden geïdentificeerd. In dit licht lijkt het ons interessant om de hier onderzochte subgroepen nader te bekijken. Relevante vragen daarbij zijn: Wat is de overlap tussen deze subgroepen? Hoe stabiel is de samenstelling van deze subgroepen van jaar-op-jaar? Mocht blijken dat het niet mogelijk is om de ex-ante vereveningsmodellen te verbeteren voor deze subgroepen dan is het belangrijk om alternatieve oplossingen te verkennen zoals (gerichte) ex-post compensaties. Mogelijk bieden ook alternatieve schattingsmethoden zoals constrained regression een oplossing.

Als extra analyse hebben we in dit onderzoek gekeken naar de mate waarin sprake is van een verband tussen vereveningsresultaten en gezondheid op het niveau van risicodragers, polissen en combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico. Na toepassing van het vereveningssysteem 2026 is op zowel het niveau van de 20 risicodragers van 2023 als het niveau van de 61 polissen van 2023 geen sprake van een statistisch significant lineair verband tussen het gemiddelde vereveningsresultaat en de hier onderzochte gezondheidsindicatoren. Op het niveau van de 122 combinaties van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico is wel sprake van een statistisch significant verband. Dit verband blijkt hoofdzakelijk samen te hangen met het vrijwillig eigen risico en niet zozeer met de polissen zelf. Uit een tweede analyse bleek dat de verschillen in vereveningsresultaten (na toepassing van RV26) op het niveau van de 20 risicodragers voor 8% kunnen worden verklaard met gezondheidsinformatie uit Nivel Zorgregistraties van het voorgaande jaar. Op het niveau van de 61 polissen is dat 7% en op het niveau van polissen en ja/nee maximaal vrijwillig eigen risico is het 15%. Dit duidt erop dat de risicoverevening in beperkte mate kan worden verbeterd door rekening te houden met aanvullende gezondheidsinformatie over verzekerden.

Een belangrijke kanttekening bij de hier gebruikte maatstaven voor verevenende werking is dat deze ‘uitsluitend’ laten zien in welke mate het vereveningssysteem compenseert voor voorspelbare verschillen in gemiddelde *zorgkosten* tussen subgroepen. 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, die mede samenhangen met de verschillen tussen subgroepen in de variantie van de gemiddelde zorgkosten per subgroep (Douven & Van de Ven, 2022; Oskam et al., 2024). Dit is een interessant onderwerp voor vervolgonderzoek.³⁴ Ten slotte is het belangrijk te benadrukken dat de maatstaven voor verevenende werking een beeld geven van de ‘prikkelers’ voor verzekeraars maar niet aangeven in hoeverre die prikkels al dan niet doorwerken in gedrag. Dit is een interessant onderwerp voor vervolgonderzoek.

8.2. Power

Net als Van Kleef & Van Vliet (2025) hebben we in dit onderzoek gekeken naar de power van prikkels voor prijs- en volumebesparing. Door de uitkomsten van het vereveningssysteem 2026 (op kostendata/niveau 2023) te vergelijken met die van de vereveningssystemen van 2025 (op kostendata/niveau 2022) en 2024 (op kostendata/niveau 2021) hebben we inzicht gekregen in de impact van modelaanpassingen en de overstap op recentere data. Over het algemeen lijken de powermaatstaven zeer robuust. Verschillen tussen de vereveningssystemen/datajaren kunnen goed worden verklaard door veranderingen in vereveningscriteria en normbedragen. Een belangrijke observatie is de impact van de invoering van het nieuwe vereveningscriterium Historische Hulpmiddelen Kosten (HHK). De invoering van dit criterium heeft geleid tot een negatieve waarde van zowel de prijs- als de volume-powermaatstaf van hulpmiddelen. Dit impliceert dat als een individuele verzekeraar erin slaagt om *structureel* te besparen op de prijs en/of het volume van hulpmiddelen, de afname in vereveningsbijdrage (op termijn) groter is dan de kostenbesparing. Daarmee is niet voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor het bewerkstelligen van prikkels voor prijs- en volumebesparing ten aanzien van hulpmiddelen. Idealiter wordt het huidige HHK-criterium

³⁴ Het is interessant om daarbij ook te kijken naar het effect van de Hoge Kosten Compensatie (HKC). Uit het onderhavige rapport blijkt dat de huidige HKC nauwelijks impact heeft op het gemiddelde vereveningsresultaat van de hier gepresenteerde subgroepen. Mogelijk heeft de HKC wel een (substantiële) impact op de variantie van het vereveningsresultaat binnen subgroepen.

z.s.m. vervangen door een criterium dat beter scoort op power. Wellicht kan de power ook worden verbeterd door het HHK-criterium anders vorm te geven, bijvoorbeeld door dit criterium te baseren op het kostenniveau in elk van de drie voorgaande jaren (zoals bij het MHK-criterium) in plaats van de som van de kosten over drie voorgaande jaren.

Bij de interpretatie van de powermaatstaven is het belangrijk om rekening te houden met de veronderstellingen die we hebben gemaakt bij de berekening van deze maatstaven. In de eerste 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.^{35,36} In de tweede plaats is uitgegaan van een *structurele* kostenbesparing waarbij geen rekening is gehouden met de mogelijkheid dat een verzekeraar die dit jaar start met prijs- en/of volumebesparing het eerste jaar / de eerste jaren méér overhoudt aan de kostenbesparing dan de power-maatstaven suggereren. In de derde 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 vierde plaats is geen rekening gehouden met tweede-orde-effecten zoals de invloed van een kostenbesparing op de normbedragen van het vereveningsmodel, op de drempelbedragen van MHK, MVV, HHK en MHK-GGZ, op Flankerend Beleid en op andere aspecten van het vereveningssysteem. In de vijfde plaats is geen rekening gehouden met de mogelijke impact van instroom/uitstroom van verzekerden op de daadwerkelijke besparing als gevolg van besparingsactiviteiten. Ten slotte is – omwille van eenvoud – ook geen rekening gehouden met het eigen risicomodel. Tegen deze achtergrond is het interessant om te onderzoeken hoe de hier toegepaste powermaatstaven verder kunnen worden verfijnd. Ook is het interessant om daarbij rekening te houden met de dynamiek in de markt, bijvoorbeeld het effect van prijs-

³⁵ Voor de simulatie van de volume-powermaatstaf 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 waardoor het gebruik wel afneemt maar niet volledig.

³⁶ Zo zal de power relatief hoog zijn voor besparingsactiviteiten die leiden tot een eenmalige volumedaling als gevolg van het effectief voorkomen van complicaties en heropnamen, die geen gevolgen hebben voor de op-volume-gebaseerde-vereveningscriteria. Idem voor besparingsacties die leiden tot een structurele volumedaling - bijvoorbeeld door effectieve preventie - die geen gevolgen hebben voor de op-volume-gebaseerde-vereveningscriteria, bijvoorbeeld een reductie van griep, verkoudheid en tijdelijke rugpijn.

en volumedaling op de onderlinge concurrentieposities, ook als meerdere of alle zorgverzekeraars dezelfde besparingen (gaan) realiseren.³⁷

Net als voor de maatstaven van verevenende werking geldt ook voor de powermaatstaven dat deze iets zeggen over ‘prikkel’ maar niet over of/hoe prikkels doorwerken in ‘gedrag’. Over dat laatste is weinig bekend. Ook dit is een interessante richting voor vervolgonderzoek. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gekeken naar de *mogelijkheden* voor prijs- en volumebesparing. Een hypothese kan zijn dat verzekeraars betere mogelijkheden hebben voor prijsbesparingen (e.g., via contractonderhandelingen met zorgaanbieders) dan volumebesparingen (e.g., via preventie).³⁸ Als dat inderdaad zo is dan moet meer waarde worden gehecht aan de prijs-powermaatstaf dan aan volume-powermaatstaf.

Ten slotte is het belangrijk te benadrukken dat power in samenhang moet worden gezien met verevenende werking. ‘Voldoende power’ en een ‘goede verevenende werking’ zijn beide noodzakelijke voorwaarden voor een goed functionerend vereveningssysteem.

8.3. Keuze- en overstapedrag van verzekerden

Naast de verevenende werking en power hebben we in dit onderzoek ook gekeken naar het keuzegedrag van verzekerden. Uit de resultaten blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen subgroepen in het percentage verzekerden dat kiest voor een polis met beperkende voorwaarden en het percentage verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico. Op zichzelf is dat niet verrassend. Dit wijst op een zekere heterogeniteit in voorkeuren van verzekerden ten aanzien van hun zorgverzekering. Het lijkt ons interessant om nader onderzoek te doen naar de heterogeniteit in voorkeuren. De mate van heterogeniteit speelt namelijk een rol bij de impact van onder/overcompensaties op het gelijke speelveld en de mogelijkheden voor verzekeraars om te sturen op de instroom van verzekerden. Immers: de impact van onder/overcompensatie van een specifieke subgroep op het gelijke speelveld zal groter zijn naarmate verzekerden in die subgroep een relatief sterke voorkeur hebben voor

³⁷ Ook is het interessant om dezelfde power-analyses toe te passen op een concurrerende verzekeringsmarkt met risico-afhankelijke premies en zonder risicoverevening.

³⁸ De link tussen gebruik/kosten en vereveningsbijdrage heeft overigens niet alleen consequenties voor de prikkels om aan prijs- en volumebesparing 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.

bepaalde polissenmerken. En verzekeraars zullen dan betere mogelijkheden hebben om deze verzekerden aan te trekken of juist af te houden via de vormgeving van polissen.

Daarnaast kan de impact van onder/overcompensatie van subgroepen groter zijn naarmate verzekerden meer bereid zijn over te stappen van polis. Binnen alle hier bekeken subgroepen heeft van 2022-op-2023 overstap plaatsgevonden. Er zijn echter forse verschillen tussen subgroepen. Gecorrigeerd voor gezondheid, opleiding en inkomen stappen bijvoorbeeld jongeren en hoogopgeleiden vaker over dan ouderen en laagopgeleiden. Deze bevinding heeft een interessante implicatie: zelfs bij afwezigheid van onder/overcompensaties kan het zijn dat de concurrentie om jongeren en hoogopgeleiden sterker is dan de concurrentie om ouderen en laagopgeleiden. Immers: het (niet) inspelen op de wensen van jongeren en hoogopgeleiden kan een groter effect hebben op de instroom/uitstroom van verzekerden dan het (niet) inspelen op de wensen van ouderen en laagopgeleiden. Onder de veronderstelling dat verzekeraars streven naar groei (of behoud) van hun verzekerdenportefeuille, kan dus sprake blijven van een focus op jongeren en hoogopgeleiden, zelfs wanneer deze subgroepen adequaat worden verevenend. Voor meer discussie hierover zie Bijlsma et al. (2014).

8.4. Tot slot

Hoewel dit onderzoek tot nieuwe inzichten heeft geleid, roepen de uitkomsten ook nieuwe vragen op zoals: “Waarom blijft de verevenende werking achter voor subgroepen op basis van psychische gezondheid, niet-chronische klachten en zelf-gerapporteerde gezondheid?”, “Treden de onder/overcompensaties voor deze subgroepen (op basis van jaar t-1) louter op in jaar t, of houden die (deels) stand in latere jaren?”, “Hoe stabiel is de samenstelling van deze subgroepen over de tijd?”, “Welke rol spelen voorkeuren en overstapedrag van verzekerden bij de verstoring van het gelijke speelveld en de totstandkoming van selectieprikkels?”, “Hoe kunnen de powermaatstaven die in dit onderzoek zijn toegepast worden verfijnd?” en “Hoe moeten we power wegen t.o.v. verevenende werking?”. Met het oog op de doorontwikkeling van het vereveningssysteem, zijn dit belangrijke vragen voor vervolgonderzoek.

Ten slotte dient te worden benadrukt dat we in dit rapport – omwille van eenvoud, werkbaarheid en leesbaarheid – keuzes hebben gemaakt ten aanzien van de selectie en presentatie van beoordelingsmaatstaven. Zo hebben we bij de verevenende werking met name gekeken naar subgroepen die niet meelopen in WOR-onderzoeken. Daarnaast hebben we een

keuze gemaakt voor de verdeling van resultaten over de hoofdtekst en bijlagen.³⁹ Die keuzes zeggen wat ons betreft niet direct iets over de ‘optimale set’ van beoordelingsmaatstaven. Die set kan breder zijn dan de maatstaven die in dit rapport zijn gepresenteerd. Voor het vormen van een *totaaloordeel* over de risicoverevening is het belangrijk zoveel mogelijk relevante maatstaven mee te nemen. Bij de selectie en weging van beoordelingsmaatstaven is het belangrijk rekening te houden met hoe de risicoverevening het gedrag van verzekeraars kan beïnvloeden en tot welke (on)gewenste effecten dat kan leiden (Van Kleef et al., 2016).

³⁹ Zo hebben we in de hoofdtekst alleen de ICPC-diagnoses opgenomen met een statistisch significant vereveningsresultaat op basis van $p < 0,01$. Een andere p-waarde of een ander criterium zou hebben geleid tot een andere selectie van ICPC-diagnoses voor de hoofdtekst.

Referenties

- Battaglia, M.P., D.C. Hoaglin & M.R. Franklin (2009). [Practical considerations in raking survey data](#). Survey Practice 2.
- Bijlsma, M., J. Boone & G. Zwart, G. (2014). [Competition leverage: how the demand side affects optimal risk adjustment](#). The RAND Journal of Economics, 45: 792-815.
- Boonen L.H., T. Laske-Aldershof & F.T. Schut (2026). [Switching health insurers: the role of price, quality and consumer information search](#). European Journal of Health Economics: 17(3):339-353.
- 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 (2026). [Power of volume and price incentives in health plan payment models: A country comparison](#). EsCHER Working Paper No. 2026003.
- 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.
- Hamstra, G., P. van Drunen, R. Hoekstra, M. Mol & P. Stam (2022). [WOR 1074: Restriscico's 2: Vereveningsresultaat van verzekeraars en polissen](#). Equalis.
- Heins, M., J. Bes, Y. Weesie, R. Davids, M. Winckers, L. Korteweg, M. Hellwich, L. Dijk, B. van Knottnerus, L. Overbeek, J. Hasselaar, K. Hek, & J. Vanhommerig (2023). [Zorg door de](#)

[huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022](#). Utrecht: Nivel.

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.

Lamberts, H. & M. Wood (1987). International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press.

Ministerie van VWS (2017). [Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet](#). Den Haag: Ministerie van VWS.

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

Nivel (2025). Nivel Zorgregistraties. NZR-003.25.028.

Oskam, M., R.C. van Kleef & R.C.H.M. Douven (2024). [Heteroscedasticity of residual spending after risk equalization: a potential source of selection incentives in health insurance markets with premium regulation](#). European Journal of Health Economics 25: 379-396.

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

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 (2023a). [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 (2023b). [De wetgever moet het doel van de risicoverevening vaststellen](#). Economisch Statistische Berichten 108: 82-85.

Van der Schors W., A.E.M. Brabers & J.D. de Jong (2020). [Does the chronically ill population in the Netherlands switch their health insurer as often as the general population? Empirical evidence from a nationwide survey study](#). BMC Health Services Research 20(1): 376.

Kleef, R.C. van, P. Bakx, F. Eijkenaar, F.T. Schut, W.P.M.M. van de Ven & R.C.J.A. van Vliet (2016). [Hoe problematisch is een onder-of overcompensatie? Position paper: bijdragen aan de fundamentele discussie over de risicoverevening](#). ESHPM.

Van Kleef, R.C., G. Hamstra, L. Pirktl, P.J.A. Stam & A. Holly (2025). [Selection in insurance markets with mandatory coverage and consumer choice – A diagrammatic and empirical exploration](#). EsCHER Working Paper No. 2025005.

Van Kleef, R.C. & R.C.J.A. van Vliet (2025). [Evaluatie risicoverevening 2024 & 2025](#). Rapport ESHPM, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet & Vanhommerig (2026). [Evaluatie risicoverevening 2025: Aanvullende analyses voor acht chronische ICPC-diagnoses](#). Rapport ESHPM, 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 (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.

Van Kleef, R.C., G. Hamstra, L. Pirktl, P.J.A. Stam & Alberto Holly (2025). [Selection in insurance markets with mandatory coverage and consumer choice – A diagrammatic and empirical exploration](#). EsCHER Working Paper 2025005.

Vanhommerig, J.W., R.A. Verheij, K. Hek, L. Ramerman, M. Hooiveld, N.J. Veldhuijzen, R. Veldkamp, C. van Dronkelaar, F.F. Stelma, B.J. Knottnerus, W.M. Meijer, J. Hasselaar & L.I. Overbeek. [Data Resource Profile: Nivel Primary Care Database \(Nivel-PCD\), The Netherlands](#). International Journal of Epidemiology. 2025 Feb 16;54(2): dyaf017.

VWS (2025). [Regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2026](#). Staatscourant nr. 32634.

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 1234, WOR-toetsingskader. Den Haag: Ministerie van VWS.

WOR 1239, PwC (2025). [Tijdelijke oplossing hulpmiddelen](#). PwC.

WOR 1273, Gupta Strategists (2025). Onderzoek risicoverevening 2026: Gegevensfase. Amsterdam, Gupta Strategists.

WOR 1275, Gupta Strategists (2025). Onderzoek risicoverevening 2026: Overall Toets. Amsterdam, Gupta Strategists.

WOR 1277, Gupta Strategists (2025). [Onderzoek risicoverevening 2026: Berekening normbedragen; eindrapportage](#). Amsterdam, Gupta Strategists.

Bijlage 1. Herweging Nivel Zorgregistraties en Gezondheidsmonitor-bestand

Voor de herweging van Nivel Zorgregistraties (2022) en het Gezondheidsmonitor-bestand (2022) naar het WOR-bestand (2023) 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 – $20 \times 10 = 200$ 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 https://en.wikipedia.org/wiki/Iterative_proportional_fitting.

Bij de herweging van Nivel Zorgregistraties van 2022 naar het WOR-bestand van 2023 is rekening gehouden met alle vereveningscriteria van het vereveningssysteem van 2026 (met uitzondering van de vereveningscriteria Ontbrekende Kosten Historie en Personen Per Adres)

plus twee extra indelingen op basis van kwantielen van somatische kosten en GGZ kosten in 2023. Vanwege kleine aantallen zijn FKG47-50 samengevoegd, evenals psychische DKG11-16. Om dezelfde reden is FDG4 samengevoegd met FDG3. Bij de herweging zijn alle instromers in het WOR-bestand per 2023 buiten beschouwing gelaten aangezien die verzekerden in principe sowieso niet voorkomen in Nivel Zorgregistraties 2022. Dit betreft bijvoorbeeld kinderen geboren in 2023 en immigranten in 2023.

Tabel B1 geeft een overzicht van de representativiteit van Nivel Zorgregistraties 2022. In de twee kolommen onder ‘WOR-bestand’ zien we het effect van het buitenbeschouwing laten van instromers: de gemiddelde totale kosten nemen af, hoofdzakelijk 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 Nivel Zorgregistraties *ongewogen* voor de corresponderende Zvw-populatie: de gemiddelde kosten liggen in Nivel Zorgregistraties 32 euro hoger dan in het WOR-bestand (2.988 euro per verzekerdenjaar versus 2.965 euro per verzekerdenjaar). Uit het gemiddelde vereveningsresultaat kan worden opgemaakt dat dit kostenverschil grotendeels wordt opgepikt door het vereveningssysteem. Vergelijking van de kolommen ‘Nivel Zorgregistraties na herweging’ en ‘WOR-bestand excl. instroom’ geeft een beeld van de representativiteit van Nivel Zorgregistraties *herwogen* voor de corresponderende Zvw-populatie: de gemiddelde kosten in de herwogen variant zijn bijna gelijk aan die in het WOR-bestand. Wel is in de herwogen variant sprake van een iets positiever – doch niet statistisch significant – gemiddeld vereveningsresultaat.

Tabel B1. Representativiteit Nivel Zorgregistraties 2022, vóór en ná herweging ^a

		WOR-bestand 2023		Nivel Zorgregistraties 2022	
		totaal	excl. instroom ^b	voor herweging	na herweging
Verzekerdjaren		17.419.286	17.212.757	1.474.567	17.212.757
Somatische zorg	Gem. kosten	2.834	2.812	2.849	2.809
	Gem. resultaat	0	2	0	11
GGZ	Gem. kosten	316	319	335	318
	Gem. resultaat	0	0	-6	2
Eigen risico	Gem. kosten	194	195	197	193
	Gem. resultaat	0	0	0	-2
Totaal ^c	Gem. kosten	2.956	2.935	2.988	2.934
	Gem. resultaat	0	3	-6	11

^a Kosten volgens de definitie van het vereveningssysteem van 2026. Gemiddeld resultaat volgens de ex-ante vereveningsmodellen van 2026 ('RV26') geschat op het WOR-bestand van 2023.

^b Exclusief instroom wil zeggen: exclusief verzekerden in het WOR-bestand van 2023 die *niet* voorkomen in het WOR-bestand van 2022.

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

Bij de herweging van het Gezondheidsmonitor-bestand van 2022 (19+) naar het WOR-bestand van 2023 (18+) is rekening gehouden met alle vereveningscriteria van het vereveningssysteem van 2026 (met uitzondering van de vereveningscriteria Ontbrekende Kosten Historie en Personen Per Adres) plus twee indelingen op basis van kwantielen van somatische kosten en GGZ kosten in 2023. Vanwege kleine aantallen zijn FKG47-50 samengevoegd met FKG44. Om dezelfde reden is FKG22 samengevoegd met FKG20, FDG4 met FDG3, DKG15 met DKG17, DKG21 met DKG19, DKG25 met DKG26, psychische MHK7 met psychische MHK6 en psychische DKG11-16 met psychische DKG10. Bij de herweging zijn alle instromers in het WOR-bestand per 2023 buiten beschouwing gelaten aangezien die mensen in principe sowieso niet voorkomen in de Gezondheidsmonitor.

Tabel B2 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 2023: de gemiddelde totale kosten nemen iets toe (merk op dat we hier kijken naar 18+). Vergelijking van de kolommen 'Gezondheidsmonitor-bestand voor herweging' en 'WOR-bestand excl. Instroom' geeft een beeld van de representativiteit van het Gezondheidsmonitor-bestand voor de corresponderende Zvw-populatie: de gemiddelde kosten liggen in het Gezondheidsmonitor-bestand 719 euro hoger dan in het WOR-bestand (3.987 euro versus 3.268 euro). Dit heeft ermee te maken met dat het Gezondheidsmonitorbestand – by design – een oververtegenwoordiging van ouderen bevat. Vergelijking van de kolommen

‘Gezondheidsmonitor-bestand na herweging’ en ‘WOR-bestand excl. instroom’ 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 20 euro lager dan in het WOR-bestand. Het gemiddelde vereveningsresultaat ligt 22 euro hoger in het Gezondheidsmonitor-bestand. Gemiddeld genomen is het herwogen Gezondheidsmonitor-bestand dus iets gezonder dan het corresponderende WOR-bestand; dat verschil in gezondheid wordt kennelijk niet volledig opgepikt door de vereveningscriteria van het vereveningssysteem 2026.

Tabel B2. Representativiteit Gezondheidsmonitor-bestand 2022, vóór en ná herweging ^a

		WOR-bestand 2023 18+		Gezondheidsmonitor-bestand 2022	
		totaal	excl. instroom ^b	voor herweging	na herweging
Verzekerdjaren		14.164.895	14.060.136	358.298	14.060.136
Somatische zorg	Gem. kosten	3.118	3.132	4.032	3.123
	Gem. resultaat	19	21	151	36
GGZ	Gem. kosten	389	390	229	380
	Gem. resultaat	0	0	6	5
Eigen risico	Gem. kosten	238	239	275	240
	Gem. resultaat	0	0	5	2
Totaal ^c	Gem. kosten	3.268	3.283	3.987	3.263
	Gem. resultaat	19	21	163	43

^a Kosten volgens de definitie van het vereveningssysteem van 2026. Gemiddeld resultaat volgens de ex-ante vereveningsmodellen van 2026 (‘RV26’) geschat op het WOR-bestand van 2023.

^b Exclusief instroom wil zeggen: exclusief verzekerden in het WOR-bestand van 2023 die *niet* voorkomen in het WOR-bestand van 2022.

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

Bijlage 2. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. chronische ICPC

Tabel B3. Prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en vereveningsresultaat na toepassing van RV26 op kostendata/niveau van 2023 (en – ter vergelijking – het vereveningsresultaat na toepassing van RV24 op kostendata/niveau van 2021 en RV25 op kostendata/niveau van 2022) ^a

Subgroepen o.b.v. <i>chronische ICPC-diagnoses</i> in het voorgaande jaar		Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw-kosten 2023 ^b	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar					
				RV26 uitgesplitst (data 2023) ^b			RV24 ^{c,d}	RV25 ^{c,d}	RV26 ^{b,c}
				Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)
A28	Funciebeperking/handicap	0,21	6870	-247	-139	12	43	-508	-374
A79	Maligniteit met onbekende primaire lokalisatie	0,06	18541	-2976	84	27	-4885	-1608	-2865
A90	Multiple aangeboren afwijkingen	0,20	5961	-197	76	20	-458	-512	-101
B28	Funciebeperking/handicap bloed/lymfestelsel	0,03	7215	438	-315	25	603	-309	148
B72	Ziekte van Hodgkin	0,23	10988	-1144	-16	36	147	-1356	-1123
B73	Leukemie	0,16	15473	-779	-4	39	-249	-685	-744
B74	Andere maligniteit bloed/lymfestelsel	0,10	25242	-749	131	35	-2296	-2545	-584
B78	Erfelijke hemolytische anemie	0,33	3978	-124	38	8	-278	-214	-78
B79	Andere aangeboren afwijking bloed/lymfestel	0,05	8157	-902	-80	23	499	0	-960
B83	Purpura/stollingsstoornis/afwijkende trombocyten	0,88	6662	-338	-18	18	-131	90	-338
B90	HIV-infectie (AIDS/ARC)	0,13	13821	192	-60	34	667	772	166
D28	Funciebeperking/handicap spijsverteringsorganen	0,07	9557	-630	-206	25	-1027	-1405	-811
D74	Maligniteit maag	0,05	12629	-1305	-90	27	293	-139	-1368
D75	Maligniteit colon/rectum	0,80	9423	122	-30	24	-140	307	117
D76	Maligniteit pancreas	0,04	15979	-1373	98	28	-1636	-296	-1248
D77	Andere/niet-gespecificeerde maligniteit spijsverteringsorganen	0,22	12276	-1398	17	28	-1202	-2297	-1353
D81	Aangeboren afwijking(en) spijsverteringsorganen	0,50	2657	-336	-22	5	-494	-290	-353
D92	Diverticulose/diverticulitis	2,19	6670	-132	26	21	64	-61	-84
D94	Colitis ulcerosa/chronische enteritis (regionalis)	1,00	7124	-68	8	28	-64	-319	-32
D97	Cirrose/andere leverziekte	1,11	6997	-383	64	27	-397	-264	-291
F28	Funciebeperking/handicap oog/adnexen	0,27	5384	-103	-60	9	-376	-85	-154
F81	Andere aangeboren afwijking(en) oog/adnexen	0,25	3512	-198	-95	8	-69	-366	-285
F83	Retinopathie	0,78	10529	20	23	27	237	180	71
F84	Maculadegeneratie	0,80	9466	278	1	25	78	175	304
F91	Refractie afwijking(en)	5,33	3285	-93	-27	10	-142	-94	-110

Subgroepen o.b.v. <i>chronische ICPC-diagnoses</i> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw-kosten 2023 ^b	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar						
			RV26 uitgesplitst (data 2023) ^b			RV24 ^{c,d}	RV25 ^{c,d}	RV26 ^{b,c}	
			Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)	
F93 Glaucoom/verhoogde oogdruk	2,02	5889	36	7	25	181	133	69	
F94 Blindheid (elke graad/vorm)	0,19	6910	-155	3	16	-32	-284	-136	
H28 Functiebeperking/handicap oor	0,14	5429	-172	-86	17	-312	-38	-242	
H80 Aangeboren afwijking(en) oor	0,15	3236	-279	37	9	-597	-512	-233	
H83 Otosclerose	0,09	4523	42	-47	13	-87	27	7	
H84 Presbyacuis	1,63	7708	251	-2	19	31	98	268	
H85 Akoestisch letsel/lawaaidoofheid	0,36	5303	-24	-25	18	-17	50	-31	
H86 Doofheid/slechthorendheid	2,55	5675	-27	13	16	-141	-156	2	
K28 Functiebeperking/handicap hartvaatstelsel	0,06	7842	-478	62	26	151	27	-390	
K73 Aangeboren afwijking(en) hartvaatstelsel	0,44	4417	-62	33	7	56	131	-22	
K74 Angina pectoris	2,27	8511	55	14	27	146	175	95	
K76 Andere/chronische ischemische hartziekte	1,13	8895	-22	-6	26	231	37	-1	
K77 Decompensatio cordis	1,13	14470	-754	39	31	-524	-524	-684	
K82 Cor pulmonale	0,06	15023	92	49	31	789	-605	172	
K86 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	14,18	5935	105	23	10	82	85	138	
K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging/secundaire hypertensie	1,84	8774	-26	27	23	62	-53	23	
K90 Cerebrovasculair accident (CVA)	1,97	9371	99	29	19	204	175	146	
K91 Atherosclerose [ex. K76,K90]	1,32	7174	242	40	20	16	123	303	
K92 Andere ziekte(n) perifere arteriën	2,44	8326	-410	-17	19	-334	-376	-409	
L28 Functiebeperking/handicap bewegingsapparaat	0,44	7015	-362	77	14	-260	-584	-272	
L82 Aangeboren afwijking(en) bewegingsapparaat	1,37	2699	-70	-7	4	-118	-130	-73	
L84 Artrose/spondylose wervelkolom	1,70	6973	-113	38	24	0	18	-52	
L85 Verworven afwijking(en) wervelkolom	1,02	4191	57	-40	10	-136	-92	27	
L88 Reumatoïde artritis/verwante aandoening(en)	1,47	7447	94	2	26	233	75	121	
L89 Coxartrose	2,62	7608	-220	10	21	-99	-75	-189	
L90 Gonartrose	4,15	7318	-308	21	22	-132	-119	-266	
L91 Andere artrose/verwante aandoening(en)	3,68	6128	27	25	21	89	99	72	
L95 Osteoporose	3,04	7320	6	28	24	-130	-111	58	
L98 Verworven afwijking(en) extremiteiten	4,83	3992	-29	3	12	7	-17	-14	
N28 Functiebeperking/handicap zenuwstelsel	0,06	6582	394	0	12	660	203	407	

Subgroepen o.b.v. <i>chronische ICPC-diagnoses</i> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw-kosten 2023 ^b	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar					
			RV26 uitgesplitst (data 2023) ^b			RV24 ^{c,d}	RV25 ^{c,d}	RV26 ^{b,c}
			Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)
N70 Poliomyelitis/andere enterovirus infectie	0,04	7431	447	129	10	339	707	585
N74 Maligniteit zenuwstelsel	0,07	12012	-1363	33	22	-37	-2020	-1309
N85 Aangeboren afwijking(en) zenuwstelsel	0,12	8441	-323	-2	16	-1868	-576	-310
N86 Multiple sclerose	0,21	14171	158	84	26	-28	-144	268
N87 Parkinsonisme, ziekte van Parkinson	0,28	13649	-354	-74	30	359	-70	-397
N88 Epilepsie (alle vormen)	1,13	6634	16	28	10	62	110	54
P28 Functiebeperking/handicap psychische ziekte	0,10	5869	-345	41	16	206	889	-288
P70 Seniele dementie/Alzheimer	0,56	7587	879	286	3	1903	1194	1169
P72 Schizofrenie	0,27	13815	326	-978	19	41	-855	-633
P80 Persoonlijkeids-/karakterstoornis	1,37	6475	-163	-296	28	-352	-438	-430
P85 Mentale retardatie/intellectuele achterstand	0,59	4797	-8	405	7	171	521	405
R28 Functiebeperking/handicap luchtwegen	0,10	8463	-134	36	18	-1914	-556	-81
R84 Maligniteit bronchus/long	0,29	19004	-515	54	32	-422	153	-429
R85 Andere maligniteit luchtwegen	0,07	12176	-899	-113	30	-960	-1531	-983
R89 Aangeboren afwijking(en) luchtwegen	0,05	6186	196	-5	6	-552	188	197
R91 Chronische bronchitis/bronchiëctasieën	0,69	6823	-318	30	20	-204	-273	-268
R95 Emfyseem/COPD	2,27	9667	-282	39	29	9	-157	-214
R96 Astma	9,43	3873	52	-2	14	41	33	64
S28 Functiebeperking/handicap huid/subcutis	0,08	4989	-227	-174	21	-256	-143	-380
S77 Maligniteit huid/subcutis	4,39	6247	27	17	22	58	0	66
S81 Hemangioom/lymfangioom	1,31	3134	-18	31	10	53	48	23
S83 Andere aangeboren afwijking(en) huid/subcutis	0,35	3139	-11	-12	10	-219	-123	-13
S87 Constitutioneel eczeem	12,35	2778	-58	-12	7	-63	-48	-63
S91 Psoriasis (met of zonder artropathie)	2,87	4997	-61	-11	15	-73	10	-57
T28 Funct.beperking/handicap endocr. klieren/metabolisme/voeding	0,01	8268	-1379	252	28	-1198	-548	-1098
T71 Maligniteit schildklier	0,08	6333	164	73	18	335	-426	254
T78 Persisterende ductus thyreoglossus/cyste	0,11	3400	-65	26	7	-230	-61	-31
T80 Andere aangeboren afwijking endocriene klieren/metabolisme	0,13	7619	-516	58	21	-47	-363	-437
T81 Struma/noduli [ex. T85,T86]	0,56	5362	64	1	16	78	-169	81
T86 Hypothyreoïdie/myxoedeem	2,81	5528	86	21	9	87	98	115

Subgroepen o.b.v. <i>chronische ICPC-diagnoses</i> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw-kosten 2023 ^b	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar					
			RV26 uitgesplitst (data 2023) ^b			RV24 ^{c,d}	RV25 ^{c,d}	RV26 ^{b,c}
			Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)
T90 Diabetes mellitus	6,24	8299	106	19	25	119	141	150
T92 Jicht	2,96	7083	-63	21	21	-195	-218	-21
T93 Vetstofwisselingsstoornis(sen)	8,69	5345	126	11	19	153	112	156
U28 Functiebeperking/handicap urinewegen	0,08	16458	-350	-58	25	-1776	-2424	-383
U75 Maligniteit nier	0,14	12429	-17	38	29	-130	351	51
U76 Maligniteit blaas	0,32	10601	-23	-22	29	-599	-406	-16
U77 Andere maligniteit urinewegen	0,02	13059	-337	27	26	-1426	1068	-285
U85 Aangeboren afwijking(en) urinewegen	0,21	5950	-107	-36	15	-99	-273	-127
U88 Glomerulonephritis/nefrose	0,15	8150	249	83	20	-472	-406	353
W28 Functiebeperking/handicap t.g.v. zwangerschap	0,16	2860	-112	28	16	210	-109	-69
W72 Maligniteit in verband met zwangerschap	0,00	2572	1428	484	26	-809	1852	1937
W76 Zwangerschap complicerende aangeboren afwijking moeder	0,02	3259	116	-784	12	175	-89	-657
X28 Functiebeb./handicap geslachtsorganen vrouw	0,01	5483	-640	-204	25	380	158	-820
X75 Maligniteit cervix uteri	0,25	5108	-202	78	15	-200	-66	-109
X76 Maligniteit borst vrouw	1,47	7175	18	15	24	51	34	57
X77 Andere maligniteit geslachtsorganen vrouw	0,29	8397	-382	62	26	-137	-194	-294
X83 Aangeboren afwijking(en) geslachtsorganen vrouw	0,07	3327	-75	-104	11	-393	-41	-168
X88 Fibroadenoom/polycystische afwijking borsten	1,57	3675	-65	-14	17	7	-53	-62
Y28 Functiebeperking/handicap geslachtsorganen man	0,11	6910	-310	-43	23	405	128	-330
Y77 Maligniteit prostaat	0,71	9567	90	29	31	-272	9	150
Y78 Andere maligniteit geslachtsorganen/borsten man	0,13	4718	-6	-55	33	-185	64	-28
Y82 Hypospadie	0,12	2230	-127	-42	-3	-167	-309	-171
Y84 Andere aangeboren afwijking(en) geslachtsorganen/borsten man	0,08	2431	-426	70	7	187	26	-349
Z28 Sociale functiebeperking/handicap	0,57	5030	-25	-89	11	-11	-133	-102
Ten minste 1 van bovenstaande ICPC-diagnoses	59,40	4046	17	-4	8	12	1	21

^a Subgroepen waarvoor het gemiddelde vereveningsresultaat bij elk van de drie modellen RV24, RV25 en RV26 statistisch significant verschillend is van nul euro hebben wij met **geel** gemarkeerd.

^b Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in Nivel Zorgregistraties 2022 (N=1,5m), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure), met uitzondering van de kolommen 'RV24 (data 2021)' en 'RV25 (data 2022)'; zie noot d.

^c *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van p=0,01.

^d Resultaten afkomstig uit (onderliggende cijfers in) Van Kleef & Van Vliet (2025).

Bijlage 3. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. psychische ICPC

Tabel B4. Prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en vereveningsresultaat na toepassing van RV26 op kostendata/niveau van 2023 (en – ter vergelijking – het vereveningsresultaat na toepassing van RV24 op kostendata/niveau van 2021 en RV25 op kostendata/niveau van 2022) ^a

Subgroepen o.b.v. <u>psychische ICPC-diagnoses</u> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw-kosten 2023 ^b	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar					
			RV26 uitgesplitst (data 2023) ^b			RV24 ^{c,d}	RV25 ^{c,d}	RV26 ^{b,c}
			Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	1,69	4507	-234	-163	30	-212	-223	-367
P02 Crisis/voorbijgaande stressreactie	1,23	5427	-153	-412	39	-409	-404	-526
P03 Down/depressief gevoel	1,25	4826	-218	-191	38	-382	-395	-372
P04 Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag	0,20	4565	-198	-286	33	-113	-288	-451
P05 Zich oud voelen/gedragen	0,04	10600	869	140	17	-911	-572	1026
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	2,71	6482	-255	-115	31	-446	-359	-339
P07 Libido verlies/vermindering	0,05	3250	460	101	38	-90	-151	599
P08 Seksuele bevrediging verlies/vermindering	0,20	4718	-146	-8	24	-592	83	-130
P09 Bezorgdheid over seksuele voorkeur	0,08	6080	-1320	-751	72	-2315	-1669	-1999
P10 Stamelen/stotteren/tics	0,07	2389	-157	-219	10	287	-837	-365
P11 Eetprobleem(en) bij kind	0,09	2994	-406	-61	7	-530	-909	-460
P12 Enuresis [ex. U04]	0,12	2395	-343	36	3	-223	2	-304
P13 Encopresis	0,01	3906	-1224	11	8	-518	-606	-1205
P15 Chronisch alcoholmisbruik	0,47	9974	-1098	-333	35	-773	-1400	-1396
P16 Acueel alcohol misbruik/intoxicatie	0,09	6224	-358	-527	13	-1020	-1563	-872
P17 Nicotineafhankelijkheid	1,18	5618	-427	-106	27	-372	-372	-505
P18 Geneesmiddelmisbruik	0,21	10616	-1132	49	38	-1112	-496	-1045
P19 Drugsmisbruik	0,39	8804	-350	-587	54	-212	-710	-883
P20 Geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen	1,02	7665	-115	29	27	46	-226	-59
P21 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis	1,45	2948	-201	-121	49	-237	-227	-274
P22 Andere zorgen gedrag kind	0,76	2173	-79	-60	8	-87	-131	-130
P23 Andere zorgen gedrag adolescent	0,11	3742	-208	-507	28	-264	-103	-687
P24 Specifiek leerprobleem	0,75	3023	-711	8	4	-619	-554	-700

Subgroepen o.b.v. <i>psychische ICPC-diagnoses</i> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zwv-kosten 2023 ^b	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar						
			RV26 uitgesplitst (data 2023) ^b			RV24 ^{c,d}	RV25 ^{c,d}	RV26 ^{b,c}	
			Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)	
P25 Levensfaseprobleem volwassene	0,08	4546	-89	-71	26	-198	105	-134	
P27 Angst voor psychische ziekte	0,02	5224	-96	-176	31	113	-514	-242	
P28 Functiebeperking/handicap psychische ziekte	0,10	5869	-345	41	16	206	889	-288	
P29 Andere psychische symptomen/klachten	1,29	4661	-107	-262	36	-540	-390	-332	
P70 Dementie	0,56	7587	879	286	3	1903	1194	1169	
P71 Andere organische psychose(n)	0,14	15572	-902	-912	12	-314	-1567	-1803	
P72 Schizofrenie	0,27	13815	326	-978	19	41	-855	-633	
P73 Affectieve psychose	0,22	13150	-244	-1446	41	-1591	-835	-1649	
P74 Angststoornis/angsttoestand	2,49	4918	-81	-170	31	-209	-289	-220	
P75 Somatisatiestoornis	0,13	6755	-200	-270	33	-291	-433	-438	
P76 Depressie	2,81	6610	-117	-273	30	-252	-312	-360	
P77 Suïcidepoging	0,09	17416	-1380	-2353	39	-2183	-3858	-3694	
P78 Overspanning	1,32	3401	-144	-170	29	-394	-219	-285	
P79 Andere neurose	0,23	5385	-35	-562	26	-332	-978	-572	
P80 Persoonlijkeids-/karakterstoornis	1,37	6475	-163	-296	28	-352	-438	-430	
P85 Mentale retardatie/intellectuele achterstand	0,59	4797	-8	405	7	171	521	405	
P98 Andere/niet gespecificeerde psychose(n)	0,18	13989	-268	-1259	27	-1279	-440	-1500	
P99 Andere psychische stoornissen	0,91	5135	-85	-356	34	-455	-421	-407	
Ten minste 1 van de bovenstaande ICPC-diagnoses	20,84	4981	-135	-104	26	-175	-190	-213	

^a Subgroepen waarvoor het gemiddelde vereveningsresultaat bij elk van de drie modellen RV24, RV25 en RV26 statistisch significant verschillend is van nul euro hebben wij met **geel** gemarkeerd.

^b Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Nivel Zorgregistraties 2022 (N=1,5m), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure). Met uitzondering van de kolommen 'RV24 (data 2021)' en 'RV25 (data 2022)'; zie noot d.

^c *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van p=0,01.

^d Resultaten afkomstig uit (onderliggende cijfers in) Van Kleef & Van Vliet (2025).

Bijlage 4. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. de Gezondheidsmonitor

Tabel B6. Prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en vereveningsresultaat na toepassing van RV26 op kostendata/niveau van 2023 (en – ter vergelijking – het vereveningsresultaat na toepassing van RV24 op kostendata/niveau van 2021) ^a

Subgroepen o.b.v. <i>Gezondheidsmonitor</i> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw-kosten 2023	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar				
			RV26 uitgesplitst (data 2023)			RV24 ^{c,d} (data 2021)	RV26 ^c (data 2023)
			Som	GGZ	ER		
<i>Hoe is over het algemeen uw gezondheid?</i>							
Zeer goed	12,45	1135	104	52	-26	137	129
Goed	43,85	2073	138	48	-4	137	183
Matig	19,24	5376	-11	-42	24	-149	-29
Slecht	3,81	11134	-939	-208	34	-1133	-1114
Zeer slecht	0,59	15699	-978	-944	29	-1498	-1892
Onbekend/missing	0,77	4129	-120	-171	1	-169	-291
<i>Heeft u een of meer langdurige ziekten of aandoeningen (>6 maanden)?</i>							
Ja	26,02	6409	-24	-28	25	-30	-27
Nee	53,71	1720	64	24	-10	86	78
Onbekend/missing	0,99	4309	104	-145	4	-57	-36
<i>Bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?</i>							
Ja, ernstig beperkt	3,44	12554	-722	-422	31	-822	-1112
Ja, wel beperkt, maar niet ernstig	22,16	5569	-20	11	25	-60	16
Nee, helemaal niet beperkt	51,57	1648	109	41	-10	152	140
Onbekend/missing	3,54	3337	49	-125	-2	-35	-78
<i>Vier categorieën o.b.v. Body Mass Index (BMI)</i>							
Ondergewicht	1,37	4555	-288	-523	2	-610	-809
Normaal gewicht	36,75	2731	33	5	-4	37	34
Overgewicht	26,62	3276	97	16	3	128	117
Ernstig overgewicht	12,14	4522	-64	19	15	-14	-31
Onbekend/missing	3,84	3828	70	77	1	-177	149

Subgroepen o.b.v. <u>Gezondheidsmonitor</u> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw- kosten 2023	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar				
			RV26 uitgesplitst (data 2023)			RV24 ^{c,d} (data 2021)	RV26 ^e (data 2023)
			Som	GGZ	ER		
<i>Respondent is langer dan 3 maanden geleden besmet geweest met het coronavirus en geeft aan daar nu nog klachten van te hebben.</i>							
Ja	4,27	3662	-172	-12	20	---	-163
Nee	63,56	3297	43	10	1	---	53
Onbekend/missing	12,88	2967	71	-9	-3	---	60
<i>Psychische klachten volgens Mental Health Inventory (MHI-5)</i>							
Geen psychische klachten	60,28	2840	85	65	-4	---	147
Lichte psychische klachten	10,33	4085	-69	38	16	---	-16
Matige psychische klachten	3,32	4926	-165	-178	27	---	-317
Ernstige psychische klachten	2,28	8162	-486	-1445	38	---	-1893
Onbekend/missing	4,50	3333	28	2	2	---	32
<i>Risico op angst en depressie volgens Kessler Psychological Distress Scale</i>							
Geen of laag risico	36,94	2425	174	55	-10	169	219
Matig risico	32,48	3591	-63	64	8	13	9
Hoog risico	7,21	5963	-250	-446	31	-767	-664
Onbekend/missing	4,09	3474	73	-106	0	-17	-33
<i>Heeft u de afgelopen 4 weken last gehad van stress?</i>							
Nee, (bijna) niet	28,14	3438	167	57	-5	210	219
Ja, een beetje stress	33,36	2800	9	68	-1	84	76
Ja, veel stress	12,13	3602	-108	-119	17	-246	-210
Ja, heel veel stress	2,96	5249	-349	-545	29	-887	-864
Onbekend/missing	4,11	3393	57	-89	-1	-76	-33
<i>Heeft u er in de afgelopen 12 maanden weleens serieus over gedacht om een eind te maken aan uw leven?</i>							
Nooit	65,68	2991	72	54	-1	---	125
Een enkele keer	5,20	4747	-197	-142	21	---	-318
Af en toe	1,88	6205	-280	-294	27	---	-547
Vaak	0,58	7721	-276	-659	23	---	-911

Subgroepen o.b.v. <u>Gezondheidsmonitor</u> in het voorgaande jaar	Prev. 2023 (%) ^b	Gem. Zvw-kosten 2023	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar				
			RV26 uitgesplitst (data 2023)			RV24 ^{c,d} (data 2021)	RV26 ^c (data 2023)
			Som	GGZ	ER		
Heel vaak	0,35	13546	-917	-3248	29	---	-4136
Onbekend/missing	7,02	3047	29	-40	0	---	-11
<i>Voldoet aan beweegrichtlijn 2017</i>							
Voldoet niet aan richtlijn	39,72	3993	1	-3	5	-25	3
Voldoet wel aan richtlijn	35,13	2434	78	12	-2	105	88
Onbekend/missing	5,87	3293	23	22	2	68	47
<i>Overmatige drinker (d.w.z. meer dan 21 (man) of 14 (vrouw) glazen per week)</i>							
Nee	71,24	3238	54	8	1	56	63
Ja	5,72	3067	-168	-31	4	-110	-195
Onbekend/missing	3,76	4035	11	9	5	23	24
<i>Rookgedrag</i>							
Nooit gerookt	37,70	2584	86	16	-5	75	96
Gerookt maar gestopt	25,97	4124	60	21	9	81	90
Rookt	13,11	3423	-176	-60	7	-117	-229
Onbekend/missing	3,93	3559	106	15	3	53	125
<i>Kernindicator wekelijkse sporter</i>							
Sport minder dan 1 dag per week	34,70	4197	16	-5	3	7	13
Sport ten minste 1 dag per week	39,38	2441	56	11	0	84	67
Onbekend/missing	6,63	3258	23	28	2	32	54
Totaal Gezondheidsmonitor 2022	80,72	3263	36	5	2	44	43

^a Uitkomsten gebaseerd op verzekerden in de Gezondheidsmonitor 2022 (N=360k), herwogen naar het WOR-bestand 2023 (zie bijlage 1 voor een beschrijving van de herwegingsprocedure). Met uitzondering van de kolom 'RV24 (data 2021)'; zie noot d.

^b T.o.v. de totale Zvw populatie in 2023 (inclusief 18-minners). Per enquêtevraag tellen de percentages niet op tot 100% omdat 1) 19-minners buiten de steekproef van de Gezondheidsmonitor vallen en 2) het Gezondheidsmonitorbestand is herwogen naar de Zvw-populatie (18+) *exclusief instromers per 2023*.

^c *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van p=0,01.

^d Resultaten afkomstig uit (onderliggende cijfers in) Van Kleef & Van Vliet (2025).

Bijlage 5. Uitkomsten voor subgroepen o.b.v. demografische en sociaaleconomische informatie

Tabel B7. Prevalentie, gemiddelde Zvw-kosten en vereveningsresultaat na toepassing van RV26 op kostendata/niveau van 2023 (en – ter vergelijking – het vereveningsresultaat na toepassing van RV24 op kostendata/niveau van 2021 en RV25 op kostendata/niveau van 2022) ^a

	Prev. 2023 (%)	Gem. Zvw- kosten 2023	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar					
			RV26 uitgesplitst (data 2023)			RV24 ^{b,c}	RV25 ^{b,c}	RV26 ^b
			Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)
<i>Leeftijd:</i>								
0-17 jaar	18,68%	1598	-83	0	0	-90	-84	-83
18-34 jaar	21,42%	1841	-61	-12	-2	-70	-74	-76
35-49 jaar	18,05%	2003	-36	-12	-4	-44	-49	-52
50-64 jaar	21,06%	2965	26	9	-3	30	30	32
65-79 jaar	15,73%	5395	124	14	7	144	145	145
80 jaar en ouder	5,06%	8475	201	15	14	238	231	230
Totaal	100%	2956	0	0	0	0	0	0
<i>Sociaal Economische Status (SES):</i>								
Zeer laag	21,77%	4094	29	29	1	43	60	60
Laag	19,56%	3029	6	-5	1	4	-2	1
Gemiddeld	29,35%	2666	-6	-7	0	-9	-13	-14
Hoog	29,32%	2354	-19	-11	-1	-24	-30	-31
Totaal	100%	2956	0	0	0	0	0	0
<i>Aard van Inkomen (AVI):</i>								
70-plussers	14,88%	6831	163	8	11	189	182	183
IVA	1,20%	8892	148	77	16	227	222	241
Arbeidsongeschikten	5,16%	5852	79	-2	8	87	83	86
Bijstandsgerechtigden	3,84%	4168	26	10	3	30	34	39
Studenten	4,00%	1332	-68	-11	-2	-80	-82	-81
Zelfstandigen	10,68%	1550	-57	4	-4	-58	-55	-57
Hoogopgeleiden	6,55%	1683	-69	-12	-3	-80	-81	-84

	Prev. 2023 (%)	Gem. Zvw- kosten 2023	Gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerdenjaar					
			RV26 uitgesplitst (data 2023)			RV24 ^{b,c}	RV25 ^{b,c}	RV26 ^b
			Som	GGZ	ER	(data 2021)	(data 2022)	(data 2023)
Referentiegroep	53,69%	1941	-33	-3	-3	-39	-38	-40
Totaal	100%	2956	0	0	0	0	0	0
<i>Personen per Adres (PPA):</i>								
0-17 jaar	18,68%	1598	-83	0	0	---	-84	-83
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	0,90%	2564	67	568	-67	---	628	568
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, blijvend	0,86%	8135	194	406	35	---	620	635
Wlz-instelling met behandeling, instromend	0,13%	29389	215	-14	39	---	239	241
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, instromend	0,23%	19122	220	-14	37	---	241	243
Eenpersoonshuishouden	13,74%	4790	63	-13	5	---	56	55
Overig	65,46%	2789	6	-10	-1	---	-5	-5
Totaal	100%	2956	0	0	0	---	0	0

^a Uitkomsten gebaseerd op het WOR-bestand 2023, met uitzondering van de kolommen 'RV24 (data 2021)' en 'RV25 (data 2022)'; zie noot c.

^b *Vet/cursief* = statistisch significant verschillend van nul o.b.v. een t-toets en significantieniveau van $p=0,01$.

^c Resultaten afkomstig uit (onderliggende cijfers in) Van Kleef & Van Vliet (2025). Wegens de aanpassing van de PPA-indeling per 2025 zijn de resultaten voor de PPA-classes in deze tabel niet beschikbaar voor RV24.

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