

EQUALIS

strategy & modeling

# Bandbreedte- regeling polissen

WOR 1116

Utrecht, 5 augustus 2022

**Ir. Gerrit Hamstra**  
**Saskia Borg, MSc**  
**Dr. Piet Stam**



# EQUALIS

strategy & modeling

**Definitieve rapportage**

## **Bandbreedte-regeling polissen**

**Equalis Strategy & Modeling B.V.**

Jaarbeursplein 6  
3521 AL Utrecht  
[www.equalis.nl](http://www.equalis.nl)

**Contactpersoon**

Gerrit Hamstra  
[Gerrit.Hamstra@Equalis.nl](mailto:Gerrit.Hamstra@Equalis.nl)  
+31 6 1055 2628

## Inhoud

|  |    |
|--|----|
| Managementsamenvatting.....                                  | 5  |
| 1 Inleiding.....   | 10 |
| 1.1 Probleemstelling.....                                    | 11 |
| 1.1.1 Vormgeving en drempelwaarde .....                      | 11 |
| 1.1.2 Effecten.....  | 11 |
| 1.1.3 Voor- en nadelen alternatieven.....                    | 11 |
| 1.2 Gebruikte data en opbouw rapportage.....                 | 12 |
| 1.2.1 Gebruikte data .....                                   | 12 |
| 1.2.2 Opbouw rapportage.....                                 | 12 |
| 2 Vormgeving en drempelwaarde.....                           | 14 |
| 2.1 Kwantitatieve analyse.....                               | 14 |
| 2.1.1 Resultaat van polissen.....                            | 15 |
| 2.1.2 Resultaat van risicodragers.....                       | 17 |
| 2.1.3 Resultaat van concerns.....                            | 18 |
| 2.1.4 Conclusie en discussie .....                           | 19 |
| 2.2 Kwalitatieve analyse.....                                | 19 |
| 2.2.1 Indicatie van resultaat doelmatige zorginkoop .....    | 19 |
| 2.2.2 Impact andere factoren.....                            | 20 |
| 2.2.3 Conclusie en discussie .....                           | 21 |
| 3 Effecten van de bandbreedteregeling.....                   | 23 |
| 3.1.1 Overstappers.....                                      | 23 |
| 3.1.2 Doelmatige inkoop.....                                 | 24 |
| 3.1.3 Gelijk speelveld.....                                  | 26 |
| 3.1.4 Prikkel tot risicoselectie .....                       | 28 |
| 3.1.5 Uitvoerbaarheid.....                                   | 29 |
| 3.1.6 Conclusie en discussie .....                           | 30 |
| 4 Beoordeling alternatieven.....                             | 33 |
| 4.1 Kwalitatieve beoordeling.....                            | 33 |
| 4.2 Beoordeling alternatieve invulling eigenrisicomodel..... | 35 |
| 4.2.1 Normatieve afdracht.....                               | 36 |
| 4.2.2 Resultaatvergelijking.....                             | 37 |
| 4.2.3 Relatie resultaat en gezondheid.....                   | 39 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 4.2.4 | Selectie-effect.....   | 40 |
| 4.2.5 | Uitvoerbaarheid.....   | 41 |
| 4.2.6 | Conclusie en discussie.....  | 41 |
| 5     | Vergelijking bandbreedteregeling met alternatief eigenrisicomodel..... | 43 |
| 5.1.1 | Effect op polissen.....  | 43 |
| 5.1.2 | Effect op risicodragers.....   | 45 |
| 5.1.3 | Effect op concerns.....  | 45 |
| 5.1.4 | Strategische gedragingen.....  | 46 |
| 5.1.5 | Conclusie en discussie.....  | 47 |
| 6     | Conclusies en aanbevelingen.....                                       | 48 |
| 6.1   | Conclusies.....  | 48 |
| 6.2   | Aanbevelingen.....   | 49 |
| 6.2.1 | Toets op juridische uitvoerbaarheid.....                               | 49 |
| 6.2.2 | Toets op technische uitvoerbaarheid.....                               | 49 |
| 6.2.3 | Strategische gedragingen verder onderzoeken.....                       | 50 |
| 6.2.4 | Verdiepend onderzoek naar alternatief eigenrisicomodel.....            | 50 |
| 6.2.5 | Keuze niet-ingezetenen bij bandbreedteregeling.....                    | 50 |
| 7     | Bijlagen.....  | 51 |
| 7.1   | Kwantitatieve analyse drempelwaarde.....                               | 51 |
| 7.2   | Kwalitatieve uitvraag resultaat doelmatige inkoop.....                 | 53 |
| 7.3   | Effect bandbreedteregeling op totaalresultaat.....                     | 55 |
| 7.4   | Verschil somatisch en totaalresultaat na bandbreedteregeling.....      | 58 |
| 7.5   | Effect bandbreedteregeling op overstappers.....                        | 59 |
| 7.6   | Effect bandbreedteregeling op GGAA.....                                | 61 |
| 7.7   | Effect alternatief eigenrisicomodel op resultaat leeftijdsklassen..... | 62 |

## Managementsamenvatting

### Aanleiding

Uit eerder onderzoek (WOR 1074) blijkt dat er een sterk verband bestaat tussen de gezondheid van de verzekerdenportefeuille en het vereveningsresultaat. Dit betekent in de praktijk dat relatief gezonde portefeuilles gemiddeld overgecompenseerd worden en dat relatief ongezonde portefeuilles gemiddeld ondergecompenseerd worden. Voor zover deze onder- en overcompensaties in de premie tot uitdrukking worden gebracht, vermindert dit het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars, de risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde verzekerden en het maken van de juiste prijs-/kwaliteitsafwegingen bij het kiezen van een polis.

In vervolgonderzoek (WOR 1096) is geconcludeerd dat de resultaatsverschillen van overstappers kunnen worden verkleind met een ex-postmaatregel in de vorm van een bandbreedteregeling op het vereveningsresultaat van overstappers. Echter, vanuit mededingings- en juridisch perspectief hebben de ACM en de NZa een negatief advies uitgebracht ten aanzien van deze maatregel. Vanuit mededingingsperspectief heeft inperking van het vereveningsresultaat van de groep overstappers door middel van een drempel als mogelijk nadeel dat verzekerden minder vaak zullen overstappen en daarmee de neerwaartse druk op de premies van polissen vermindert, ook op de premies van brede natura- en restitutiepólissen waar juist relatief veel ongezonde verzekerden verzekerd zijn. Daarnaast zijn er juridische risico's, in het bijzonder omdat door het invoeren van een drempel op overstappers mogelijk een ongelijk speelveld ontstaat tussen enerzijds verzekeraars die er vorig jaar in zijn geslaagd veel gezonde overgecompenseerde overstappers aan te trekken en anderzijds de overige verzekeraars.

Door ZN is een lijst van 14 maatregelen opgesteld die mogelijk als alternatief kunnen dienen voor de bandbreedteregeling op het vereveningsresultaat van overstappers. Dit onderzoek richt zich op het alternatief van een ex-postbandbreedteregeling op polisniveau en een alternatief eigenrisicomodel. Van de overige 12 alternatieven zijn alleen globaal de voor- en nadelen benoemd en de effectiviteit beoordeeld.

### Vormgeving drempelwaarde o.b.v. onderscheid zorginkoop- en populatie-effecten

Het is in dit onderzoek niet mogelijk om een rekenkundige onderbouwing te geven welk deel van het resultaat kan worden toebedeeld aan doelmatige

zorginkoop en welk deel aan populatie-effecten. Ook in de wetenschappelijke literatuur is daar nog geen pasklare methode voor te vinden. Om het populatie-effect toch (deels) te isoleren, is gekeken naar het resultaat als verzekerden over 3 jaren niet waren overstapt. De veronderstelling is dat door de overstappermutaties in die 3 jaren buiten beschouwing te laten, de resultaatverschillen hoofdzakelijk door zorginkoopverschillen worden bepaald en verschillen in populatieopbouw minder een rol spelen. Uit het onderzoek blijkt dat het resultaat van enkele polissen in dit fictieve scenario hoog blijft, maximaal €88 per verzekerde. Op het niveau van risicodragers is het maximum €69 en op concernniveau €36.

Merk daarbij op dat in deze resultaten een onbepaald populatie-effect aanwezig blijft, waardoor deze bedragen een overschatting van het zorginkoopeffect vormen. Dit scenario levert dus een overschatting van de gezochte bovengrens op voor het effect van doelmatige zorginkoop, waarboven afroaming van resterende resultaatverschillen vanuit risicovereveningsperspectief te rechtvaardigen valt. Daar tegenover staat een mogelijke onderschatting van het doelmatigheidseffect doordat dit onderzoek is gebaseerd op OT-data waarin gecorrigeerd is voor tariefverschillen tussen verzekeraars bij ziekenhuis- en GGZ-kosten (dbc's). Tegelijkertijd hebben dezelfde correcties mogelijk ook impact gehad bij het bepalen van de omvang het probleem van (zelf)selectie van overgecompenseerde gezonde verzekerden.

In een kwalitatieve uitvraag geven verzekeraars en experts aan dat het niet mogelijk is om nauwkeurig doelmatigheidseffecten te scheiden van andere effecten. De inschatting van het resultaat dat met doelmatige zorginkoop kon worden bereikt loopt zeer uiteen en de onzekerheid is hierin groot. Tevens geven verzekeraars aan dat doelmatige zorginkoop mogelijk hooguit leidt tot het inhalen van een achterstand ten opzichte van marktgemiddeld resultaat, maar nooit meer dan dat.

Over het algemeen worden er best wat factoren genoemd die het succesvol bereiken van een beter resultaat door doelmatige zorginkoop dempen: naast polissenmerken (type, korting), betreft dit ook marktspecifieke factoren (selectieve inkoop, regionale inkoopafspraken, investering in innovatieve behandelingen, consumptiegeneigdheid), als de invloed van wijzigen in het vereveningsmodel en meer actuele problematiek als de invloed van covid (herstelzorg en inhaalzorg) en arbeidsmarktkrapte.

## **Effecten van de bandbreedteregeling**

De bandbreedteregeling heeft effect op verschillende onderdelen, die sterk afhangen van één- of tweezijdige toepassing, de hoogte van het drempelbedrag en het nacalculatiepercentage. Zo zien we op de overstapmarkt dat het voordeel dat met overstappers is te behalen, sterk wordt ingeperkt. Voor polissen

gericht op gezonde verzekerden gaat het om een afname in het resultaatsvoordeel van 40%-70%<sup>1</sup>.

De effecten van doelmatige zorginkoop zijn niet te onderscheiden van populatie-effecten. In de veronderstelling dat een deel van het af te romen resultaat door zorginkoop is bereikt, hebben we voor een aantal drempelbedragen de impact van de afroming bepaald. Bij een drempelbedrag van €10 leidt dit tot afroming van maximaal €245 mln positief resultaat. Dat wordt nog iets lager als een nacalculatiepercentage minder dan 100% wordt toegepast. Als de drempel op €50 wordt gesteld, gaat het nog om €78 mln. Op de totale zorgkosten is dit een beperkt bedrag, maar voor individuele verzekeraars kan dit mogelijk wel veel impact hebben.

Het aantal polissen waarbij het positieve resultaat wordt afgeroomd, is bij €10 59% en bij €50 32%. In termen van verzekerdenaantallen is dat respectievelijk 41% en 16%. Zoals verwacht zijn het dus vaak de kleinere polissen die worden afgeroomd.

Voor het gelijke speelveld is de relatie tussen resultaat en gezondheid een belangrijke uitkomstmaat. Er is sprake van een volledig gelijk speelveld als er geen verband meer is tussen de vereveningsresultaten van polissen en de gezondheidsverschillen tussen die polissen. We zien dat toepassing van de bandbreedteregeling tot sterke verbetering van het huidige ongelijke speelveld leidt. Zo neemt de richtingscoëfficiënt van de relatie tussen resultaat en gezondheid (het hellingspercentage van de regressielijn) bij 90% nacalculatie en een drempelbedrag van €10 met 57% en 77% af bij respectievelijk een eenzijdige en tweezijdige variant. Bij een drempelbedrag van €50 neemt dit met 26% af voor eenzijdige toepassing en met 34% af voor tweezijdige toepassing. Voor risicodragers zien we vergelijkbare verschillen met het vorige onderzoek.

Bij de impact op de prikkels tot risicoselectie zien we dat het aandeel overstappers relatief ongeveer twee keer hoger is bij afgeroomde polissen ten opzichte het aandeel van alle verzekerden. Bij variant 1 is dat bij een drempelbedrag van €10 66% van de overstappers (t.o.v. 41% onder alle verzekerden), bij een drempelbedrag van €50 is dat 28% (t.o.v. 16% onder alle verzekerden). Ook de hoogte van de GGAA op polisniveau geeft een indicatie van de prikkel tot risicoselectie. Hier zien we een afname van maximaal 67% bij een drempelbedrag van €10 (variant 2). Bij €50 is dit met 19% een stuk minder.

## Beoordeling alternatieven

Van de overige door ons beoordeelde alternatieven is het alternatief eigenrisicomodel het meest opportuun. De andere alternatieven hebben een lage verwachte impact of zijn niet op korte termijn toe te passen.

De uitkomsten van de doorrekening van het alternatieve eigenrisicomodel laten zien dat deze maatregel effectief is in het verbeteren van het gelijke speelveld.

---

<sup>1</sup> Bij een drempelwaarde van €50 en 90% nacalculatie

Verder halveert de relatie tussen resultaat en gezondheid voor zowel de gezondste polissen als de gezondste risicodragers. Dat is vergelijkbaar met de tweezijdige bandbreedteregeling met een drempelwaarde van €30.

Doordat deze maatregel ex ante is, is er geen negatieve invloed op de prikkel tot doelmatige zorginkoop. Daar tegenover staat dat het ook geen invloed heeft op de (zelf)selectie van verzekerden. De prikkel om te sturen op de toekomstige gezondheid van verzekerden blijft dus bestaan bij deze maatregel, al is dit wel minder winstgevend.

Tevens heeft het alternatief eigenrisicomodel impact op specifieke doelgroepen met voorspelbare winsten, zoals relatief jonge verzekerden. Het kan een gewenste gedraging zijn als verzekeraars zich daardoor minder gaan richten op jonge gezonde verzekerden, maar dit moet niet doorschieten in de zin dat verzekeraars zich afwenden van jonge gezonde verzekerden. Merk hierbij op dat voor de gezonde helft van de verzekerdenpopulatie de samenhang tussen gezondheid en het resultaat op het niveau van polissen en risicodragers minder sterk wordt, zoals gewenst, maar niet omslaat.

Ten slotte is de verwachting dat de impact van het eigenrisicomodel voor een deel van de niet-forfaitaire groep van 9,6 mln. verzekerden ook neerslaat op niet-winstgevende individuele verzekerden. Daarnaast zijn er verzekerden in de niet-forfaitaire groep waarvoor de afslag in het huidige eigenrisicomodel groter is dan de gemiddelde afslag in de niet-forfaitaire groep. Voor de niet-winstgevende verzekerden daaronder leidt het alternatief eigenrisicomodel tot een verbetering van het resultaat.

## **Vergelijking impact bandbreedteregeling en alternatief eigenrisicomodel**

Al met al nivelleert een bandbreedteregeling het resultaat van risicodragers en concerns wat vaker dan het alternatief eigenrisicomodel. Beide regelingen leiden mogelijk tot strategische gedragingen bij verzekeraars, al zullen deze gedragingen nog nader empirisch moeten worden onderzocht.

## **Aanbevelingen**

We bevelen aan om de uitkomst van de juridische toets af te wachten alvorens tot besluitvorming wordt overgegaan. VWS en het Zorginstituut toetsen bij haar juristen in hoeverre de verschillende elementen juridisch haalbaar zijn en of er nog andere juridische beperkingen zijn. Gedurende het onderzoek was hierover echter nog geen uitsluitsel.

Ook bevelen we aan om de consequenties van de regelingen voor de uitvoering nader in kaart te brengen. Het Zorginstituut heeft na een eerste toets op hoofdlijnen geen aanwijzingen gevonden dat de regelingen technisch niet uitvoerbaar zouden zijn. Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat in de feitelijke uitvoering keuzes gemaakt zullen moeten worden in de uitwerking van de methodiek met



implicaties voor de uitkomsten. Hierbij kan het zijn dat er moet worden afgeweken van de methodiek die is gehanteerd in dit onderzoek.

Verder bevelen we aan om de mogelijke strategische gedragingen van de in te voeren maatregel nader in kaart te brengen. We hebben een eerste inschatting gemaakt van strategische gedragingen van verzekeraars die mogelijk ontstaan door introductie van één van beide maatregelen. Deze eerste inschatting is echter niet empirisch onderzocht en niet limitatief.

Verder bevelen we verdiepend onderzoek naar mogelijkheden om mogelijke vormgevingen van een alternatief eigenrisicomodel aan. De vormgeving van het eigenrisicomodel in dit rapport vormt één van die mogelijkheden.

Ten slotte bevelen we aan om bij de bestuurlijke afwegingen een besluit te nemen over het al dan niet uitsluiten van niet-ingezetenen bij het uitvoeren van de bandbreedteregeling. Daarbij kan ook de samenhang worden betrokken met de maatregelen die in modeljaar 2023 voor de groep niet-ingezetenen worden getroffen. Bij het uitvoeren van het alternatief eigenrisicomodel dienen de niet-ingezetenen analoog aan dit onderzoek te worden uitgesloten.

## 1 Inleiding

In eerder onderzoek (WOR 1074) is geconcludeerd dat behoud van zeer positief of negatief vereveningsresultaat in de praktijk alleen mogelijk is door jaarlijkse verzekerdenuitvoertes. Dat speelt de ongewenste situatie in de hand dat verzekeraars om de gunst van gezonde verzekerden strijden, wat niet bijdraagt aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Uit dit onderzoek blijkt verder dat, op het niveau van polissen en risicodragers, een sterk verband bestaat tussen de gezondheid van de verzekerdenportefeuille en het vereveningsresultaat. Dit betekent in de praktijk dat relatief gezonde portefeuilles gemiddeld overgecompenseerd en dat relatief ongezonde portefeuilles gemiddeld ondergecompenseerd worden. Voor zover deze onder- en overcompensaties in de premie tot uitdrukking worden gebracht, vermindert dit het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars, de risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde verzekerden en het maken van de juiste prijs-/kwaliteitsafwegingen bij het kiezen van een polis.

In vervolgonderzoek (WOR 1096) is onderzocht of de resultaatverschillen van overstappers kunnen worden verkleind met een ex-postmaatregel in de vorm van een bandbreedteregeling op het vereveningsresultaat van overstappers. Alle onderzochte varianten van de ex-postmaatregel dragen bij aan het verkleinen van het probleem dat er resultaatverschillen ontstaan door overstappers die samenhangen met de gezondheid van de verzekerden. Daarbij kunnen er wel bij alle varianten neveneffecten optreden die ongewenst zijn, met name gedragseffecten van verzekeraars. Ook ontstaan er drempels voor nieuwe toetreders of voor de overname van collectieve contracten. De mate waarin strategisch gedrag is in te zetten en drempels ontstaan, hangt af van de uiteindelijke inrichting van de maatregel.

De inperking van het vereveningsresultaat van de groep overstappers door middel van een drempel heeft vanuit mededingingsperspectief als mogelijk nadeel dat verzekerden minder vaak zullen overstappen en daarmee de neerwaartse druk op de premies van polissen vermindert, ook op de premies van brede natura- en restitutiepolissen waar juist relatief veel ongezonde verzekerden verzekerd zijn. Daarnaast kent het invoeren van een drempel op overstappers juridische risico's, in het bijzonder omdat mogelijk sprake is van een ongelijk speelveld tussen verzekeraars die er vorig jaar in zijn geslaagd veel gezonde overgecompenseerde overstappers aan te trekken en de overige verzekeraars.

Daarom is de wens ontstaan om naar een alternatief te kijken waarbij ex post een bandbreedte (drempel) op polisniveau wordt toegepast. Hierbij wordt het resultaat van een polis boven een bepaalde drempel (in euro's per premie-equivalent) afgeroomd.

## 1.1 Probleemstelling

In dit onderzoek staan de volgende vragen centraal:

- ♦ Op welke manier(en) kan een drempel op polisniveau worden vormgegeven en wat zou dan de hoogte van de drempel moeten zijn, zonder dat de doelmatigheidswinst wordt afgeroomd?
- ♦ Wat zijn de effecten van het invoeren van een bandbreedte op polisniveau?
- ♦ Welke alternatieven zijn er die hetzelfde probleem adresseren en wat zijn hiervan de voor- en nadelen?

### 1.1.1 Vormgeving en drempelwaarde

Bij deze onderzoeksvraag staat centraal hoe tot een goed onderbouwde drempel kan worden vastgesteld. Deze drempel moet namelijk dusdanig worden vastgesteld dat wel het probleem aangepakt wordt (i.e. overcompensatie op gezonde verzekerden verminderen) en dat met voldoende zekerheid geconcludeerd kan worden dat doelmatigheidswinst niet wordt afgeroomd.

### 1.1.2 Effecten

Vervolgens is gekeken naar de effecten van een bandbreedte op polisniveau op: de overstapmarkt, doelmatige zorginkoop, gelijk speelveld en risico-selectieprikkels. Verder is van verschillende varianten van een drempel op polisniveau in kaart gebracht wat het effect is op het vereveningsresultaat, waarbij speciale aandacht is voor het resultaat op polis- en risicodragerniveau. Als laatste is aandacht besteed aan de effecten op de uitvoerbaarheid.

Vanwege de uitvoeringscomplexiteit die het toepassen van een bandbreedte-regeling op de resultaten van een samengevoegd somatisch en GGZ-model met zich meebrengt, is ervoor gekozen om de analyses te baseren op het somatische model. De bandbreedteregeling op polisniveau wordt ook niet toegepast op het model voor de eigen betalingen onder het verplichte eigen risico, omdat dat model mede op de GGZ-kosten is gebaseerd. Het gevolg hiervan is dat afroming van het somatische resultaat kan samengaan met een ongewijzigde genormeerde eigen betaling die volgt uit het eigenrisicomodel wat impact kan hebben op het resultaat van met name gezonde verzekerden. Ten slotte is er een validatie uitgevoerd op de resultaten van toepassing van de regelingen op het somatische model door een vergelijking te maken met het resultaat van het totaal van de drie modellen.

### 1.1.3 Voor- en nadelen alternatieven

Als laatste onderdeel van dit onderzoek is een beknopte kwalitatieve beoordeling gegeven van 13 door VWS aangeleverde alternatieven voor een

bandbreedte op polisniveau. Specifiek zijn de voor- en nadelen van deze alternatieven beschreven met een weging t.o.v. een bandbreedte op polisniveau.

In het startgesprek is besloten om het alternatieve eigenrisicomodel door te rekenen, omdat dit alternatief mogelijk effectief en goed technisch uitvoerbaar is.

## 1.2 Gebruikte data en opbouw rapportage

### 1.2.1 Gebruikte data

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de resultaten van de OT-2022, met aanvullend gevalsnormering voor bevallingen. Een verzekerde wordt aangemerkt als 'bevallen' als meer dan €150 kraamzorgkosten zijn geregistreerd in de OT-2022.

In de OT-2022 zijn correcties gedaan voor tariefverschillen tussen verzekeraars bij ziekenhuis- en GGZ-kosten (dbc's). Daardoor komen verschillen in doelmatigheid mogelijk niet volledig tot uitdrukking. Omdat in het alternatieve databestand van ZIN geen correctie voor bevalling is doorgevoerd en er niet-ingezetenen in het bestand zitten, is er toch voor gekozen om de analyse op basis van de OT-2022 te maken. In dit onderzoek worden niet-ingezetenen uitgesloten bij de doorrekening van de bandbreedteregeling en het alternatieve eigenrisicomodel.

### 1.2.2 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 2 staat de mogelijke vormgeving van de bandbreedteregeling beschreven. Onderdeel van de bandbreedteregeling is de drempelwaarde. Deze drempelwaarde wordt idealiter zo vastgesteld dat doelmatigheidswinst door zorginkoop wordt behouden en voordelen door populatiesamenstelling worden afgeroomd. Er is een kwantitatieve inschatting gemaakt van de populatie-effecten en er is een uitvraag gedaan onder verzekeraars en experts om een inschatting te geven van de maximaal te behalen doelmatigheidswinst.

In hoofdstuk 0 worden de effecten van de bandbreedteregeling voor verschillende drempelwaarden en nacalculatiepercentages doorgerekend.

In hoofdstuk 4 beoordelen we een aantal alternatieve regelingen op haalbaarheid op korte termijn (2023) en verwachte effectiviteit. Hiervan lichten we het meest opportuun alternatief nader uit: een alternatieve invulling van het eigenrisico model.

In hoofdstuk 5 zetten we de effecten van de bandbreedteregeling en het alternatieve eigenrisicomodel op polis-, risicodragers- en concernniveau naast elkaar.

Afsluitend beschrijven we in hoofdstuk 6 de belangrijkste conclusies uit bovenstaande en geven we een aantal aanbevelingen voor vervolg- dan wel verdiepend onderzoek.

## 2 Vormgeving en drempelwaarde

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal hoe hoog de drempel moet worden vastgesteld zodat (idealiter) het positieve resultaat van gezonde verzekerden wordt afgeroomd, zonder dat doelmatigheidswinst verloren gaat. Het is niet goed mogelijk om deze drempelwaarde rekenkundig vast te stellen, gezien het ontbreken van eenduidige rekenmethoden en oormerken van resultaat. Daarom worden in dit hoofdstuk de inzichten aangereikt die de bestuurlijke afwegingen bij de keuze voor een drempelwaarde ondersteunen. Deze inzichten vormen enerzijds een kwantitatieve benadering van historische polisresultaten en anderzijds een kwalitatieve benadering op basis van *expert opinion*.

Het uitgangsmodel voor de bandbreedteregeling is een tweezijdige variant, waarbij het gemiddelde resultaat per verzekerde buiten de bandbreedte (een drempelwaarde in absolute euro's) wordt afgeroomd met een bepaald nacaalculatiepercentage. Het afgeroomde deel wordt vervolgens herverdeeld over alle premie-equivalenten (verzekerden van 18 jaar of ouder). De regeling wordt toegepast na stap 1 van flankerend beleid en op het resultaat van het somatische model.

Bovenstaande uitgangspunten zijn grotendeels gelijk aan die in eerder onderzoek zijn vastgesteld (WOR 1096).

### 2.1 Kwantitatieve analyse

Bij de kwantitatieve analyse kijken we naar de resultaten van polissen in de OT van 2022.

Omdat overstappers een belangrijke rol spelen bij de verdeling van gezonde en ongezonde verzekerden over de polissen, is het resultaat van polissen vastgesteld alsof er geen overstapmutaties zijn geweest. Verzekerden worden toegewezen aan de polis waar zij 3 jaar eerder verzekerd waren. Daarmee wordt het resultaat dus geschoond van de voor- of nadelen van overstapmutaties. Het resultaat dat daarmee behaald wordt, geeft een indicatie van wat er met doelmatige zorginkoop op de bestaande gezondheidsopbouw van de populatie maximaal bereikt is over de 3 onderzochte jaren.

Merk op dat deze indicatie een overschatting is van wat maximaal met doelmatige zorginkoop bereikt kan worden, voor zover de populatiesamenstelling 3 jaar geleden door selectieve overstappers in eerdere jaren is bepaald. Er is niet gecorrigeerd voor het cumulatieve overstapeffect in eerdere jaren omdat daarvoor de data ontbreken. Een andere oorzaak voor de overschatting van het doelmatigheidseffect kunnen overgecompenseerde gezonde verzekerden zijn die hebben besloten om niet over te stappen in de 3 onderzochte jaren. Verder

is sprake van een dalende tendens in het doelmatigheidseffect door verouderen en/of ongezonder worden van de Nederlandse populatie.

Daar tegenover staat een mogelijke onderschatting van het doelmatigheidseffect. Dit wordt veroorzaakt doordat dit onderzoek is gebaseerd op OT-data waarin gecorrigeerd is voor tariefverschillen tussen verzekeraars bij ziekenhuis- en GGZ-kosten (dbc's). Daardoor komen verschillen in doelmatigheid mogelijk niet volledig tot uitdrukking. Tegelijkertijd hebben dezelfde correcties mogelijk ook impact gehad bij het bepalen van de omvang het probleem van (zelf)selectie van overgecompenseerde gezonde verzekerden. Uit WOR 1050 volgt dat, na vervanging van de gedeclareerde bedragen door mediaanbedragen en het toepassen van een afslag prijsarrangementen geneesmiddelen 2019, de resulterende bedragen in OT 2022 voor risicodragers 5,2% lager tot 0,3% hoger zijn.

### **2.1.1 Resultaat van polissen**

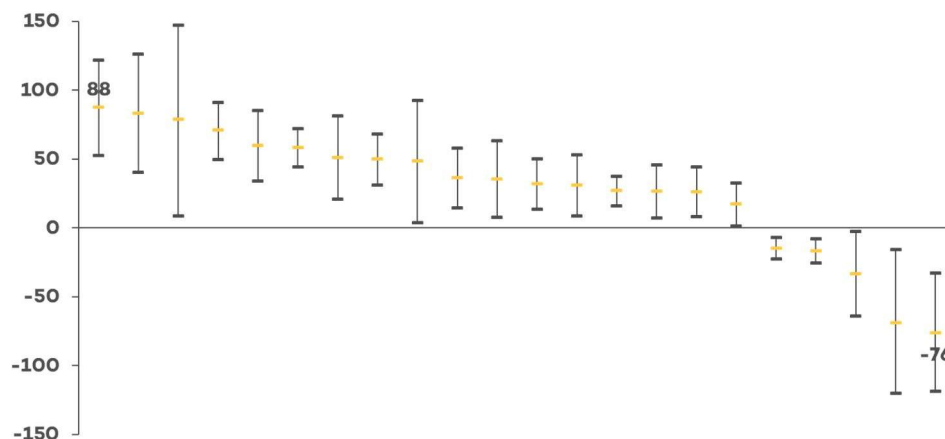
In Figuur 2.1 staat het resultaat van polissen waarbij de populatiesamenstelling van 3 jaren eerder is gebruikt. Omdat het verzekeringsjaar 2019 de grondslag voor OT-2022 is, gaat het hier om de samenstelling van 2016. Door deze methode worden alle nieuwkomers (met name geboorten) niet bij een polis ingedeeld, omdat voor deze groep geen polis bekend is in 2016.

Voor iedere polis is een t-toets uitgevoerd op de resultaten met als nulhypothese dat het gemiddelde resultaat van de verzekerden in die polis gelijk is aan nul. In Figuur 2.1 zijn de betrouwbaarheidsintervallen afgebeeld die uit die t-toetsen volgen.

In Figuur 2.1 staan alleen de polissen met een resultaat dat significant van nul verschilt. In totaal gaat het om 22 polissen met een resultaat variërend van €88 per verzekerde tot €-76 per verzekerde. Dit zijn de resultaten voor het somatisch model. Als we kijken naar totaal resultaat van alle deelmodellen dat varieert het resultaat van €90 tot €-123 (zie bijlage 7.1).

**Figuur 2.1: somatisch resultaat polissen met significante afwijking van nul zonder overstapmutaties over 3 jaren**

(€ per verzekerde met 95%-betrouwbaarheidsinterval, op basis van OT-2022)



Uit bovenstaande figuur blijkt dat er nog steeds grote resultaatverschillen zijn tussen polissen als de overstapmutaties worden uitgesloten. Om deze resultaten nader te duiden, is in Tabel 2.1 een overzicht opgenomen van de kenmerken van deze 22 polissen zoals deze in 2019 (OT 2022) gelden.

Vanwege mogelijke herleidbaarheid is het resultaat zoals dat in 2019 (OT 2022) is behaald, niet opgenomen in de tabel. Dat maakt dat de resultaten zonder overstapmutaties ten opzichte van het daadwerkelijk behaalde resultaat niet in deze tabel te zien is. Nadere duiding in tekst is als volgt: te zien is dat de polis met het beste resultaat geen bijzondere kenmerken heeft. Het is een naturapolis zonder speciale voorwaarden, de gezondheid (gemeten in de gemiddelde bijdrage per verzekerde) is gemiddeld en het resultaat blijft positief zonder overstapmutaties. Het beeld bij de tweede polis ligt meer in lijn met de verwachting. Dit is een restitutiepolis die een veel beter resultaat zou behalen als er geen overstapmutaties waren geweest. Bij polissen met beperkende voorwaarden zien we het omgekeerde effect, daar worden de resultaten slechter als er geen overstapmutaties waren geweest. De impact daarvan verschilt wel tussen de polissen.

Aan de negatieve kant zien we dat er bij uitsluiting van overstapmutaties nog steeds een groot negatief resultaat overblijft. Onder deze restitutiepolissen zie je wel verschillende bewegingen: waar de één (polis 20) een veel beter resultaat zou behalen zonder overstapmutaties, laat de ander (polis 22) juist een omgekeerd effect zien. De afdrank uit deze mutaties is dat er veel verschillende verwachte en onverwachte resultaatbewegingen zijn waar te nemen wanneer overstap wordt uitgesloten. Daaruit kunnen lastig directe conclusies worden getrokken.



**Tabel 2.1: kenmerken van polissen met significant resultaat somatisch**  
 € per verzekerde, populatiesamenstelling 2016, OT-2022

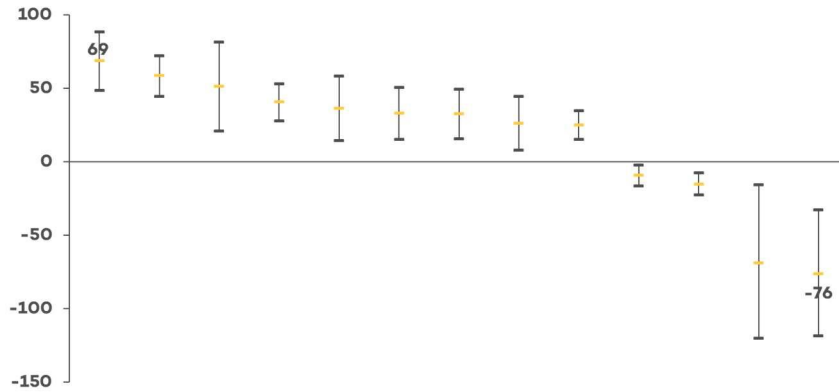
| Nr. | Resultaat pop. 2016 | Type polis                     | Gezondheid |
|-----|---------------------|--------------------------------|------------|
| 1   | 88                  | Overig                         | gemiddeld  |
| 2   | 83                  | Restitutie                     | gemiddeld  |
| 3   | 79                  | 10% laagste pr.                | gezond     |
| 4   | 71                  | Restitutie                     | ongezond   |
| 5   | 60                  | Bep. Voorw. + 10% laagste pr.  | gezond     |
| 6   | 59                  | Bep. Voorw. + korting ER >€250 | gezond     |
| 7   | 51                  | Restitutie                     | gezond     |
| 8   | 50                  | Overig                         | ongezond   |
| 9   | 49                  | Overig                         | ongezond   |
| 10  | 36                  | Overig                         | gezond     |
| 11  | 36                  | Bep. voorwaarden               | gezond     |
| 12  | 32                  | Korting ER >€250               | gezond     |
| 13  | 31                  | Overig                         | gezond     |
| 14  | 27                  | Overig                         | ongezond   |
| 15  | 26                  | Overig                         | gemiddeld  |
| 16  | 26                  | Restitutie                     | gemiddeld  |
| 17  | 17                  | Bep. voorwaarden               | gezond     |
| 18  | -15                 | Overig                         | ongezond   |
| 19  | -17                 | Overig                         | ongezond   |
| 20  | -33                 | Restitutie                     | ongezond   |
| 21  | -69                 | Restitutie                     | ongezond   |
| 22  | -76                 | Restitutie                     | gemiddeld  |

## 2.1.2 Resultaat van risicodragers

De resultaten van de polissen zijn te consolideren naar risicodragers. In Figuur 2.2 staat het resultaat van risicodragers waarbij het resultaat significant van nul verschilt. De resultaten van deze 13 risicodragers variëren van €69 tot €-76. Dus ook op het niveau van risicodragers is er nog steeds sprake van forse resultaatverschillen tussen polissen als overstapmutaties worden uitgesloten. Dit zijn de resultaten voor het somatisch model. Als we kijken naar totaal resultaat van alle deelmodellen dat varieert het resultaat van €69 tot €-82 (zie bijlage 7.1).

**Figuur 2.2: somatisch resultaat risicodragers met significante afwijking van nul zonder overstapmutaties over 3 jaren op polisniveau**

(€ per verzekerde met 95%-betrouwbaarheidsinterval, op basis van OT-2022)

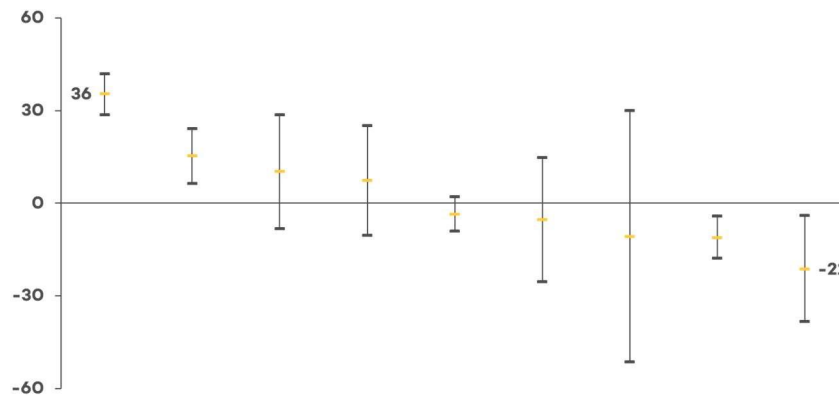


### 2.1.3 Resultaat van concerns

Als we kijken naar het resultaat van concerns (Figuur 2.3) dan zien we dat 4 van 9 concerns<sup>2</sup> een significant van nul verschillend resultaat behalen. De resultaatverschillen zijn (logischerwijs) kleiner dan bij risicodragers en polissen, maar variëren nog steeds van €36 tot €-21. Dit zijn de resultaten voor het somatisch model. Als we kijken naar totaal resultaat van alle deelmodellen dat varieert het resultaat van €38 tot €-25 (zie bijlage 7.1).

**Figuur 2.3: somatisch resultaat van alle concerns zonder overstapmutaties over 3 jaren op polisniveau**

(€ per verzekerde met 95%-betrouwbaarheidsinterval, op basis van OT-2022)



<sup>2</sup> In 2016 waren 9 concerns actief

## 2.1.4 Conclusie en discussie

Het resultaat van enkele polissen is en blijft ook hoog als overstapmutaties worden uitgesloten. Ook geldt voor de helft van de polissen waarbij het resultaat significant van nul verschilt, dat het resultaat groter is dan €36 per verzekerde, oplopend tot €88. Op het niveau van risicodragers is het maximum €69 en op concernniveau €36. De resultaten van het totaal van de drie deelmodellen zijn zeer vergelijkbaar met de resultaten van alleen het somatische model.

We hebben in eerder onderzoek gezien dat jaarlijks ongeveer 9% van de verzekerden van polis wisselt<sup>3</sup>, wat oploopt tot ruim 20% bij polissen met beperkende voorwaarden. Dat betekent dat over de onderzochte periode van 3 jaren gemiddeld genomen 75% van de verzekerden niet is overgestapt (bij polissen met beperkende voorwaarden is dat 50%). Een verklaring voor de goede resultaten van enkele polissen zou dus nog steeds in de gezondheidsopbouw van de populatie kunnen zitten, omdat een groot deel van de verzekerden niet is overgestapt. Daaronder bevinden zich mogelijk selectieve in- en uitstromers uit de jaren vóór 2016. Daarbij is mogelijk ook sprake van een dalende tendens in het doelmatigheidseffect door verouderen en/of ongezonder worden van de populatie. Deze polisresultaten vormen dan ook mogelijk een overschatting van het doelmatigheidseffect. Daar tegenover staat een mogelijke onderschatting van het doelmatigheidseffect doordat dit onderzoek is gebaseerd op OT-data waarin is gecorrigeerd voor tariefverschillen tussen verzekeraars bij ziekenhuis- en GGZ-kosten (dbc's) (WOR 1050).

## 2.2 Kwalitatieve analyse

Naast bovenstaande kwantitatieve analyse is ook op een kwalitatieve manier onderzocht welk resultaat maximaal realiseerbaar is met doelmatige zorginkoop. In de enquête<sup>4</sup> is gevraagd welk resultaat met doelmatige zorginkoop behaald kan worden en in welke mate dat afwijkt van het marktgemiddelde resultaat. Een afwijking van het marktgemiddelde resultaat vertaalt zich uiteindelijk in een vereveningsresultaat dat afwijkt van 0. De volledige enquête staat in bijlage 7.2.

### 2.2.1 Indicatie van resultaat doelmatige zorginkoop

De inschattingen van het resultaat dat met doelmatige zorginkoop kon worden bereikt lopen zeer uiteen en de onzekerheid hierin is groot. Ook is sprake van een grote spreiding per indicatie die wordt gegeven, o.a. per type polis. Bij de meerderheid van de respondenten is geen onderscheid in het resultaat naar type polis aangegeven.

---

<sup>3</sup> Op risicodragerniveau is het overstappercentage rond 6,5%

<sup>4</sup> De uitvraag is toegestuurd aan de financieel directeuren van de 10 concerns alsmede aan experts van de NZa, Tilburg University en ESHPM. Equalis heeft reactie ontvangen van 9 verzekeraars en van 3 experts.

Het voordeel dat verzekeraars denken te bereiken door doelmatige zorginkoop ten opzichte van de concurrenten is loopt eveneens sterk uiteen, waarbij deze tevens afhankelijk is van type polis en van mogelijke andere factoren die van invloed zijn.

Verzekeraars noemen als factoren die impact hebben op het inkoopvoordeel o.a. de korting bij het vrijwillig eigen risico (remgeld) en de korting bij restitutiepolissen. Bij eerstgenoemde is weinig potentieel inkoopvoordeel mogelijk omdat je voornamelijk gezonde verzekerden aantrekt met relatief weinig of geen zorggebruik waarvoor relatief weinig zorginkoopresultaat kan worden behaald, bij laatstgenoemde is er juist veel potentieel inkoopvoordeel te behalen omdat je met korting op restitutiepolissen (nog) meer zorggebruikers aantrekt. In het algemeen kan bij overwegend gezonde verzekerden minder zorginkoopresultaat worden geboekt dan bij overwegend ongezonde verzekerden.

Uit wetenschappelijk onderzoek<sup>5</sup> komt verder naar voren dat ongeveer 10% kostenreductie wordt gerealiseerd bij een verzekeraar die actief zorg inkoop ten opzichte van een verzekeraar die enkel de gedeclareerde kosten vergoed. In de Nederlandse situatie is dat ongeveer €300 per verzekerde. Omdat alle verzekeraars aan zorginkoop doen, zegt dit nog niets over het voordeel dat te behalen is ten opzichte van de concurrenten. Immers, als alle verzekeraars €300 per verzekerde aan zorginkoopvoordeel weten te behalen, dan is (het doelmatigheidseffect in) het vereveningsresultaat voor elke verzekeraar €0 per verzekerde. Als een verzekeraar een beter doelmatigheidseffect weet te realiseren dan de concurrentie, dan leidt dat uiteindelijk tot een positief (doelmatigheidseffect in het) vereveningsresultaat.

Enkele verzekeraars geven aan dat het potentieel te behalen is door een achterstand ten opzichte van het marktgemiddelde resultaat in te lopen. Dat kan in sommige gevallen een grote stap zijn, maar leidt nooit tot een even zo grote verbetering dan het marktgemiddelde resultaat.

## 2.2.2 Impact andere factoren

Er worden ook andere factoren genoemd die het resultaat beïnvloeden dat met doelmatige zorginkoop kan worden gerealiseerd: o.a. selectieve zorginkoop op specifieke zorgsoorten, dekking en consumptiegeneigdheid van verzekerden in het algemeen. Ook aanpassingen aan het risicovereveningsmodel, zoals

---

<sup>5</sup> Trottman M, Zweifel P, Beck K. Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: which is more effective? *J Health Econ.* 2012 Jan;31(1):231-42. doi: 10.1016/j.jhealeco.2011.10.004. Epub 2011 Nov 2. PMID: 22105043. .

In deze Zwitserse studie is getracht een inschatting te maken van in hoeverre kostenverschillen tussen polistypen samenhangen met selectie en in hoeverre met doelmatigheid. De polistypen die zijn onderzocht verschillen op twee dimensies: hoogte vrijwillig eigen risico en wel/geen managed care. In tabel 5 in het artikel kan worden afgeleid dat een managed care plan (IPA) zonder vrijwillig eigen risico leidt tot een doelmatigheidswinst van circa 10% (355/3340) ten opzichte van een fee-for-service plan zonder vrijwillig eigen risico. Je zou deze 10% kunnen zien als een indicatie voor de potentiële doelmatigheidswinst die Nederlandse zorgverzekeraars kunnen boeken met IPA type zorgpolissen zoals die in Zwitserland worden aangeboden.

bevallingszorg, compensatie voor schilverzekerden, ex-postcorrecties en wijzigingen van specifieke kenmerken n.a.v. een groot of regulier onderhoud hebben invloed op het resultaat dat wordt behaald.

Ook is er sprake van een inkoop-effect dat optreedt wanneer de verzekeraar het grootste marktaandeel in een regio heeft. Dit kan een voordeel zijn omdat sprake is van een stevige onderhandelingspositie, maar ook juist een nadeel omdat niet kan worden meegelift op de onderhandelingen van andere verzekeraars. Dit heeft tot op polisniveau effect als een verzekeraar met een specifieke portefeuille voordelige – of juist nadelige – inkoopafspraken heeft gemaakt.

Tevens spelen hier initiatieven op het gebied van innovatieve (nieuwe) zorg een rol: wanneer een verzekeraar hier vanuit bijvoorbeeld preventieoogpunt de handschoen oppakt en een dergelijke innovatie financiert, zullen de hogere kosten niet direct worden gecompenseerd in de vereveningsbijdrage.

Meer actueel speelt de problematiek door regionale verschillen in Covid-zorg (herstelzorg en inhaalzorg) en de krapte op de arbeidsmarkt van zorgprofessionals een rol bij welk resultaat door een verzekeraar kan worden behaald.

Ten slotte merken we op dat de resultaten van de polissen onderling sterk kunnen afwijken, ook al is het zorginkoopbeleid van een concern of risicodragers gelijk voor alle polissen. Die verschillen worden door het verschil in populatieopbouw en/of productvoorwaarden tussen de polissen verklaard (WOR 1074), maar worden ook beïnvloed door een interactie van het zorginkoopbeleid met de populatieopbouw en/of productvoorwaarden. Een voorbeeld van de interactie van zorginkoopbeleid met de productvoorwaarden is als een bepaald ziekenhuis worden uitgesloten door beperkende voorwaarden bij de ene polis, waardoor verzekerden in die polis tarieftechnisch gunstiger ziekenhuizen aandoen. De restitutiepolis vergoedt daarentegen alle ongecontracteerde zorg, dus ook de zorg die door zorgverleners wordt geleverd waar een verzekeraar juist geen contract mee heeft vanwege te hoge tarieven. Het gevolg is dat het resultaat tussen polissen kan verschillen, ondanks uniforme inkoop op het niveau van concern of risicodragers.

### **2.2.3 Conclusie en discussie**

Verzekeraars en experts geven aan dat het niet mogelijk is om nauwkeurig doelmatigheidseffecten te scheiden van andere effecten. Op de enquête kwamen wisselende reacties en hieruit is geen duidelijke drempel voor het doelmatigheidseffect te distilleren. Gemiddeld is het maximale resultaat dat men met doelmatige zorginkoop denkt te bereiken zo'n €99 per verzekerde en het voordeel ten opzichte van concurrenten zo'n €34 per verzekerde.

Over het algemeen worden er best wat factoren genoemd die het succesvol leiden tot een beter resultaat door doelmatige zorginkoop dempen: naast poliskenmerken (type, korting), betreft dit ook marktspecifieke factoren (selectieve inkoop, regionale inkoopafspraken, investering in innovatieve

behandelingen, consumptiegeneigdheid), als de invloed van wijzigen in het vereveningsmodel en meer actuele problematiek als de invloed van covid (herstelzorg en inhaalzorg) en arbeidsmarktkrapte.

### 3 Effecten van de bandbreedteregeling

In navolging van de resultaten uit hoofdstuk 0, is in hoofdstuk 0 doorgerekend wat de effecten zijn van een bandbreedteregeling op polisniveau. De effecten zijn doorgerekend voor verschillende drempelwaarden en nacalculatiepercentages<sup>6</sup>. Tevens is onderscheid gemaakt tussen een eenzijdige variant (V1) en tweezijdige variant (V2). Bij eenzijdige toepassing wordt alleen het positieve resultaat boven de bandbreedte afgeroomd en bij tweezijdige toepassing zowel het positieve resultaat boven de bandbreedte als het negatieve resultaat onder de bandbreedte.

Bij het bepalen van de impact maken we onderscheid tussen de effecten op de overstapmarkt, doelmatige zorginkoop, het gelijke speelveld en de prikkels tot risicoselectie. Ook is nader uitgewerkt welke uitvoeringsaspecten van belang zijn en welke impact de regeling op de uitvoering heeft.

#### 3.1.1 Overstappers

Om het effect op overstappers te bepalen, is het resultaat na toepassing van de regeling vergeleken in twee situaties: 1) de werkelijke samenstelling van de polissen uit 2019 en 2) de samenstelling van polissen uit 2018 alsof er geen overstap is geweest.

In Tabel 3.1 is te zien dat het resultaatverschil door overstappers van 2018 naar 2019 zonder bandbreedteregeling €30,30 is bij polissen met beperkende voorwaarden. Na toepassing van de bandbreedte (drempel €50, 90% nacalculatie) is dit effect bij variant 1 met 60% afgenomen en bij variant 2 met 70%. Ook bij de andere polistypes is een sterke afname van het resultaatverschil door overstappers te zien, hoewel dat bij overige polissen in absolute zin beperkt is. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Daar zien we een vergelijkbaar patroon, maar de afnames liggen 10 tot 15 procentpunten lager.

**Tabel 3.1: Resultaatverschil door overstap van 2018 naar 2019 per polistype**  
(€ per verzekerde, OT-2022, somatisch model, drempelwaarde €50, nacalculatiepercentage 90%)

| Polistype           | Geen BB | V1           | V2           |
|---------------------|---------|--------------|--------------|
| Beperkende voorw.   | 30,3    | 12,0 (-60%)  | 9,2 (-70%)   |
| 10% laagste premies | 31,7    | 20,3 (-36%)  | 17,5 (-45%)  |
| Korting ER >€250    | 16,0    | 5,6 (-65%)   | 4,8 (-70%)   |
| Restitutie          | -28,5   | -24,7 (-13%) | -14,2 (-50%) |
| Overig              | -3,8    | -1,3 (-66%)  | -3,7 (-4%)   |

<sup>6</sup> Drempelwaarden: €100, €75, €50, €30, €20 en €10, nacalculatiepercentages 90% en 50%

In bijlage 7.5 staat een overzicht van de percentages voor alle drempelwaarden en nacalculatiepercentages. In deze bijlage staat ook een overzicht van deze resultaten per risicodrager.

### 3.1.2 Doelmatige inkoop

Er is op voorhand geen drempelwaarde vast te stellen waarbij de doelmatigheidsprikkels voor polissen volledig overeind blijven. Daarom is inzichtelijk gemaakt hoe groot het deel aan resultaat is dat wordt afgeroomd bij de verschillende varianten, hoeveel polissen geraakt worden en hoeveel verzekerden deze polissen bevatten. Hoe meer polissen worden afgeroomd, hoe meer negatief dit doelmatige zorginkoop zal beïnvloeden.

Het resultaat dat buiten de bandbreedte valt, is kleiner naarmate de bandbreedte hoger wordt. In Tabel 3.2 is het totale resultaat dat buiten de bandbreedte valt in miljoenen euro's voor alle drempelwaarden te zien. Hierbij is nog geen nacalculatie toegepast. Bij de laagste drempel van €10 wordt er bij eenzijdige toepassing zo'n €245 mln afgeroomd. Bij tweezijdige toepassing is vanaf een drempelwaarde van €75 het totale resultaat buiten de bandbreedte negatief omdat er meer negatief (€32 mln) dan positief resultaat (€27 mln) wordt afgeroomd. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Deze getallen zijn zeer vergelijkbaar met onderstaande.

**Tabel 3.2 Resultaat buiten de bandbreedte per drempelwaarde en variant**  
(€ x mln, OT 2022, somatisch model, geen nacalculatie)

|         | V1 / V2       |               | V2     |
|---------|---------------|---------------|--------|
| Drempel | Boven drempel | Onder drempel | Totaal |
| €100    | 6             | 20            | -14    |
| €75     | 27            | 32            | -5     |
| €50     | 78            | 57            | 21     |
| €30     | 148           | 89            | 60     |
| €20     | 191           | 146           | 45     |
| €10     | 245           | 224           | 21     |

In Tabel 3.3 is het aantal polissen weergegeven dat binnen de bandbreedte, boven de bovengrens of onder de ondergrens valt. Het aantal polissen dat boven de bovengrens valt, loopt op van 5 bij een drempelwaarde van €100 tot 35 bij een drempelwaarde van €10. Onder de drempelwaarde zijn deze aantallen respectievelijk 4 en 22. Dat betekent dat bij de tweezijdige variant en een drempelwaarde van €10 nog maar 2 polissen ongemoeid blijven door de bandbreedteregeling. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Deze getallen zijn zeer vergelijkbaar met onderstaande. Alleen bij een lage drempelwaarde worden iets minder polissen afgeroomd (30 t.o.v. 35 bij €10).



**Tabel 3.3 Aantal polissen onder de regeling per drempelwaarde en variant**  
(Somatisch model, totaal aantal polissen in OT-2022 is 59)

| Drempel | Binnen bandbreedte |    | Boven drempel | Onder drempel |
|---------|--------------------|----|---------------|---------------|
|         | V1                 | V2 | V1 & V2       | V2            |
| €100    | 54                 | 50 | 5             | 4             |
| €75     | 49                 | 43 | 10            | 6             |
| €50     | 40                 | 30 | 19            | 10            |
| €30     | 35                 | 21 | 24            | 14            |
| €20     | 29                 | 10 | 30            | 19            |
| €10     | 24                 | 2  | 35            | 22            |

In Tabel 3.4 is het aantal verzekerden weergegeven dat binnen de bandbreedte, boven de bovengrens of onder de ondergrens valt. Bij een drempel van €100 valt maar een klein deel van de populatie onder de bandbreedteregeling: 0,3 mln boven de bovengrens en 0,4 mln onder de ondergrens. Wat opvalt is dat het aantal verzekerden dat binnen de bandbreedte van €10 valt bij variant 1 nog relatief hoog is (10 mln) terwijl bij variant 2 dat maar 0,6 mln is. Dat wordt verklaard doordat grote polissen veelal een resultaat hebben dat net onder nul ligt. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Deze getallen zijn zeer vergelijkbaar met onderstaande.

**Tabel 3.4 Aantal verzekerden onder de regeling per drempelwaarde en variant**  
(Somatisch model, verzekerdenjaren x mln, OT 2022, totaal aantal is 17,1 mln)

| Drempel | Binnen bandbreedte |      | Boven drempel | Onder drempel |
|---------|--------------------|------|---------------|---------------|
|         | V1                 | V2   | V1 & V2       | V2            |
| €100    | 16,8               | 16,4 | 0,3           | 0,4           |
| €75     | 15,6               | 14,9 | 1,5           | 0,7           |
| €50     | 14,3               | 13,2 | 2,7           | 1,1           |
| €30     | 13,2               | 11,3 | 3,8           | 1,9           |
| €20     | 12,3               | 5,1  | 4,7           | 7,2           |
| €10     | 10,0               | 0,6  | 7,0           | 9,4           |

In Tabel 3.5 is het herverdelingsbedrag per premie-equivalent weergegeven. Doordat de afroming van boven en onder gesaldeerd wordt bij variant 2, zijn de bedragen bij deze variant relatief klein. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Deze getallen zijn zeer vergelijkbaar met onderstaande.

**Tabel 3.5 Herverdelingsbedrag per premie-equivalent naar drempelwaarde, nacalculatiepercentage en variant**

(Somatisch model, € per verzekerde, OT 2022)

| Drempel | 90%  |      | 50%  |      |
|---------|------|------|------|------|
|         | V1   | V2   | V1   | V2   |
| €100    | 0,4  | -1,1 | 0,2  | -0,6 |
| €75     | 2,0  | -0,4 | 1,1  | -0,2 |
| €50     | 5,8  | 1,6  | 3,2  | 0,9  |
| €30     | 11,0 | 4,4  | 6,1  | 2,5  |
| €20     | 14,2 | 3,4  | 7,9  | 1,9  |
| €10     | 18,2 | 1,6  | 10,1 | 0,9  |

### 3.1.3 Gelijk speelveld

De impact op het (on)gelijke speelveld is uitgedrukt in de verandering van het verband tussen resultaat en gezondheid. Dit wordt uitgedrukt in de richtingscoëfficiënt van het verband tussen vereveningsresultaat ten opzichte van de vereveningsbijdrage. De resultaten van deze analyse op polisniveau staan in Tabel 3.6 en op risicodragerniveau in Tabel 3.7.

**Tabel 3.6 Relatieve verandering van de richtingscoëfficiënt van de gezondste polissen<sup>7</sup> per drempelwaarde en nacalculatiepercentage**

(Somatisch model, % t.o.v. richtingscoëfficiënt zonder bandbreedteregeling: -0,087, hoe blauwer hoe groter het effect en hoe roder hoe kleiner het effect)

| Drempel | 90%  |      | 50%  |      |
|---------|------|------|------|------|
|         | V1   | V2   | V1   | V2   |
| €100    | -3%  | -5%  | -1%  | -3%  |
| €75     | -10% | -15% | -6%  | -8%  |
| €50     | -26% | -34% | -15% | -19% |
| €30     | -43% | -52% | -24% | -29% |
| €20     | -50% | -64% | -28% | -35% |
| €10     | -57% | -77% | -32% | -43% |

<sup>7</sup> De gezondste polissen zijn polissen met een gemiddelde bijdrage lager dan de landelijk gemiddelde bijdrage

**Tabel 3.7 Relatieve verandering van de richtingscoëfficiënt van de gezondste risicodragers<sup>8</sup> per drempelwaarde en nacalculatiepercentage**  
 (Somatisch model, % t.o.v. richtingscoëfficiënt zonder bandbreedteregeling: -0,074, hoe blauwer hoe groter en hoe roder hoe kleiner het effect)

| Drempel | 90%  |      | 50%  |      |
|---------|------|------|------|------|
|         | V1   | V2   | V1   | V2   |
| €100    | 0%   | -2%  | 0%   | -1%  |
| €75     | -7%  | -9%  | -4%  | -5%  |
| €50     | -23% | -25% | -13% | -14% |
| €30     | -37% | -44% | -21% | -24% |
| €20     | -46% | -57% | -25% | -32% |
| €10     | -55% | -74% | -30% | -41% |

Het effect op de relatieve verandering loopt op naarmate de drempel lager ligt. Op zowel polis- als risicodragerniveau is de relatieve verandering bij de hoogste drempel van €100 vrij klein voor alle varianten (-1% t/m -5% op polisniveau en -2% t/m 0% op risicodragerniveau). Bij eenzijdige toepassing is de verandering maximaal -57% op polisniveau en -55% op risicodragerniveau. Bij tweezijdige toepassing is dit maximaal -77% op polisniveau en -74% op risicodragerniveau. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Deze getallen zijn zeer vergelijkbaar met bovenstaande.

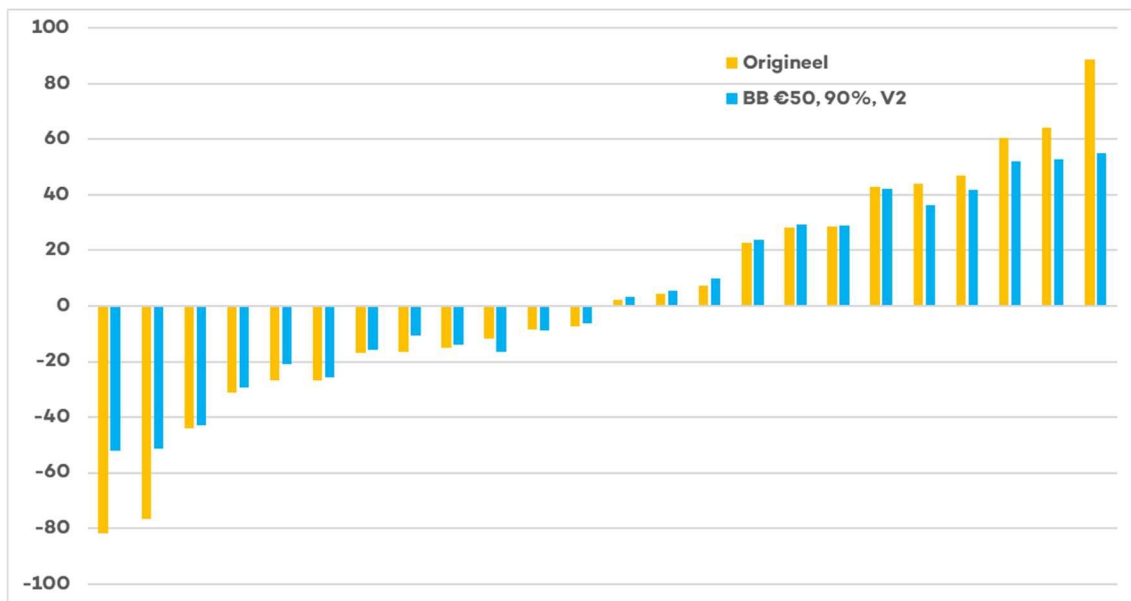
De overstappersregeling uit WOR 1096 behaalde maximaal een verbetering van -45% op polisniveau bij een drempelwaarde van €0 en 100% nacalculatie met de tweezijdige variant. Bij €10 en 90% was de verbetering -37%. De bandbreedteregeling op de gehele polis heeft duidelijk een veel sterker effect op de relatie tussen resultaat en gezondheid dan alleen het toepassen op overstappers.

In is het resultaat van risicodragers weergegeven als origineel resultaat van OT-2022 en na toepassing van de tweezijdige bandbreedte met een drempelwaarde van €50 en nacalculatie van 90% (Figuur 3.1). Hier is een duidelijke nivellerende werking te zien. Polissen met een negatief resultaat zijn stabiel of verbeteren (met een uitzondering) en polissen met een goed resultaat zijn stabiel of verslechteren.

<sup>8</sup> De gezondste risicodragers zijn risicodragers met een gemiddelde bijdrage lager dan de landelijk gemiddelde bijdrage

**Figuur 3.1: resultaat van risicodragers OT-2022 en na bandbreedte**

(Somatisch model, € per verzekerde, drempel €50, nacalc. 90%, tweezijdig)



### 3.1.4 Prikkel tot risicoselectie

Per drempelwaarde is het percentage van de overstappers berekend dat bij een polis is verzekerd die door de bandbreedteregeling wordt afgeroomd. Hoe hoger het percentage, hoe sterker de regeling ingrijpt op risicoselectie. In Tabel 3.8 staat ter referentie naast het percentage overstappers ook het percentage van de gehele populatie.

Het percentage neemt toe naarmate de drempel lager ligt. Bij eenzijdige toepassing wordt ongeveer de helft van de overstappers afgeroomd bij een drempel tussen €10 en €20, bij tweezijdige toepassing is dit bij een drempel tussen €30 en €50. Bij de hoogste drempel van €100 wordt 4%-7% van de overstappers afgeroomd. Bij de laagste drempel van €10 wordt 66%-98% van de overstappers afgeroomd. Deze percentages liggen allemaal een stuk hoger dan bij de algemene populatie. Dat betekent dat overstappers vaker kiezen voor een polis die door de bandbreedteregeling wordt afgeroomd. Dit gaat grofweg om een factor 2 bij variant 1. Bij variant 2 worden verschillen kleiner naarmate de drempelwaarde kleiner wordt. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Deze getallen zijn zeer vergelijkbaar met onderstaande, waarbij alleen het percentage overstappers bij variant 1 en drempelwaarde €75 opvalt. Bij het totaalresultaat valt maar 9% van de overstappers onder de regeling, terwijl dat bij somatisch 18% is.

**Tabel 3.8: Percentage verzekerden van afgeroomde polissen**  
(Somatisch model, OT-2022)

| Drempelwaarde | V1           |                  | V2           |                  |
|---------------|--------------|------------------|--------------|------------------|
|               | Overstappers | Alle verzekerden | Overstappers | Alle verzekerden |
| €100          | 4%           | 2%               | 7%           | 4%               |
| €75           | 18%          | 9%               | 23%          | 13%              |
| €50           | 28%          | 16%              | 40%          | 23%              |
| €30           | 42%          | 22%              | 56%          | 34%              |
| €20           | 47%          | 28%              | 74%          | 70%              |
| €10           | 66%          | 41%              | 98%          | 96%              |

Daarnaast is in Tabel 3.9 de afname in GGAA op polisiniveau in kaart gebracht. Hoe kleiner de GGAA, hoe kleiner de prikkel tot risicoselectie. In bijlage 7.6 staan ook de resultaten voor risicodragers en concerns. Op polisiniveau neemt de GGAA af tot maximaal -37% bij eenzijdige toepassing en -67% bij tweezijdige toepassing (bij drempel van €10 en nacalculatie van 90%). Op risicodragerniveau is dit maximaal -32% bij eenzijdige toepassing en -63% bij tweezijdige toepassing. Op concernniveau is dit maximaal -30% bij eenzijdige toepassing en -67% bij tweezijdige toepassing. In bijlage 7.3 staan de resultaten voor het totaalresultaat. Deze getallen zijn zeer vergelijkbaar met onderstaande.

**Tabel 3.9: GGAA op polisiniveau per variant en drempelwaarde**

(€ per verzekerde en % t.o.v. GGAA zonder regeling, OT 2022, hoe blauwer hoe groter en hoe roder hoe kleiner de afwijking binnen de subgroepen)

| Drempel | 90%  |      |      |      | 50%  |      |      |      |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|         | V1   |      | V2   |      | V1   |      | V2   |      |
|         | GGAA | Δ    | GGAA | Δ    | GGAA | Δ    | GGAA | Δ    |
| Geen    | 37,2 |      | 37,2 |      | 37,2 |      | 37,2 |      |
| €100    | 36,9 | -1%  | 35,9 | -4%  | 37,1 | 0%   | 36,5 | -2%  |
| €75     | 35,7 | -4%  | 34,1 | -8%  | 36,4 | -2%  | 35,5 | -5%  |
| €50     | 32,8 | -12% | 30,0 | -19% | 34,8 | -7%  | 33,2 | -11% |
| €30     | 28,8 | -23% | 24,5 | -34% | 32,6 | -13% | 30,2 | -19% |
| €20     | 26,4 | -29% | 19,3 | -48% | 31,2 | -16% | 27,2 | -27% |
| €10     | 23,5 | -37% | 12,4 | -67% | 29,5 | -21% | 23,4 | -37% |

### 3.1.5 Uitvoerbaarheid

We hebben het Zorginstituut bevestigd over de eventuele impact van de verschillende elementen van de bandbreedteregeling op de technische uitvoerbaarheid. De bandbreedteregeling heeft een aantal onderdelen die voor extra activiteiten in de uitvoering zorgen. Het Zorginstituut heeft de technische uitvoerbaarheid van de bandbreedteregeling op polisiniveau binnen de looptijd van dit onderzoek alleen op hoofdlijnen kunnen beoordelen. Op basis hiervan zijn

geen aanwijzingen gevonden dat de regelingen technisch niet uitvoerbaar zouden zijn. Wel heeft het Zorginstituut geconstateerd dat in de feitelijke uitvoering keuzes gemaakt zullen moeten worden in de uitwerking van de methodiek met implicaties voor de uitkomsten. Hierbij kan het zijn dat er moet worden afgeweken van de methodiek die is gehanteerd in dit onderzoek. De volgende onderwerpen hebben impact op de uitvoering van de bandbreedteregeling:

| Onderwerp  | Impact op de uitvoering   |
|--|---|
| Beschikbaarheid gegevens                         | Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van bestanden van Vektis. Verzekeraars leveren bij Vektis een pakket- en labelcode waarmee een modelovereenkomst is af te leiden. Het Zorginstituut beschikt momenteel niet over gegevens op polisniveau. Deze informatiestroom naar het Zorginstituut moet ingericht worden vanwege de toepassing van de bandbreedte op polisniveau. De precieze invulling van deze informatiestroom is afhankelijk van de uitwerking van de bandbreedte en moet op een later moment worden vastgesteld. |
| Definitie modelovereenkomst                      | Er is op dit moment binnen de risicoverevening geen formele definitie van een modelovereenkomst. Voor uitvoering van de regeling moet hier een juridisch houdbare definitie van worden opgesteld.   |
| Toepassing voor niet-ingezetenen                 | Tegelijkertijd met dit onderzoek vindt een apart onderzoek naar de over- en ondercompensatie van de niet-ingezetenen plaats. De regeling die volgt uit het onderzoek voor niet-ingezetenen werkt mogelijk in op de bandbreedte op polisniveau, en vice versa. In de nabere uitwerking van de bandbreedte op polisniveau moet de samenloop met de uitwerking van de resultaten van het onderzoek voor de niet-ingezetenen worden meegenomen.   |
| Samenloop met andere modellen                    | De bandbreedte komt naast een aantal bestaande regelingen die mogelijk op elkaar inwerken. Dat betekent dat de volgorde mogelijk van belang is en nog vastgesteld dient te worden. Afhankelijk van de uitkomst heeft dit gevolgen voor het afrekenproces van het Zorginstituut.   |
| Gebruik van kosten bij toepassing op polisniveau | In de huidige afrekensystematiek vindt alles plaats op het niveau van risicodrager. Om de regeling op polisniveau uit te voeren moeten de kosten van een polis en de bijdragen naar elkaar geschaald worden. Hiervoor moet een nieuwe systematiek ontwikkeld worden met mogelijk een extra gegevensuitvraag, omdat in de huidige werkwijze de kosten van risicodragers uit de jaarstaten worden overgenomen en het kosten per verzekerde bestand ook geen kosten per polis bevat.   |

### 3.1.6 Conclusie en discussie

De bandbreedteregeling heeft effect op verschillende onderdelen, die sterk afhangen van de hoogte van het drempelbedrag en het nacalculatiepercentage.

Zo zien we op de overstapmarkt dat het voordeel dat met overstappers is te behalen, sterk wordt ingeperkt. Voor polissen gericht op gezonde verzekerden is bij een drempelwaarde van €50 en 90% nacalculatie het voordeel met 40%-70% afgenomen.

De effecten van doelmatige zorginkoop zijn niet te onderscheiden van populatie-effecten. In de veronderstelling dat een deel van het afgeroomde resultaat door zorginkoop is bereikt, weten we dat maximaal €245 mln positief resultaat wordt afgeroomd met een drempelbedrag van €10. Dat wordt nog iets lager door het nacalculatiepercentage. Als de drempel op €50 wordt gesteld, gaat het nog om €78 mln. Op de totale zorgkosten is dit een beperkt bedrag, maar voor een individuele verzekeraar kan het wel veel betekenen. Bij tweezijdige toepassing is vanaf een drempelwaarde van €75 en hoger het totale resultaat buiten de bandbreedte negatief omdat er meer negatief dan positief resultaat wordt afgeroomd.

Het aantal polissen waarbij het positieve resultaat wordt afgeroomd, is bij €10 59% en bij €50 32%. In verzekerdenaantallen is dat respectievelijk 41% en 16%. Zoals verwacht zijn het dus vaak de kleinere polissen die worden afgeroomd. Bij de tweezijdige variant zijn deze percentages achtereenvolgens 97%, 49%, 96% en 22%. Dat betekent dat bij de tweezijdige variant en een drempelwaarde van €10 nog maar een paar polissen ongemoeid blijven door de bandbreedteregeling.

Voor het gelijke speelveld is de relatie tussen resultaat en gezondheid een belangrijke uitkomstmaat. We zien dat de bandbreedteregeling hier sterke verbeteringen laat zien. Zo is bij 90% nacalculatie en een drempelbedrag van €10 de relatie tussen resultaat en gezondheid voor de gezondste polissen met 57% en 77% afgenomen voor respectievelijk variant 1 en 2. Bij een drempelbedrag van €50 zijn deze percentages 26% voor variant 1 en 34% voor variant 2. Voor de gezondste risicodragers zijn deze percentages achtereenvolgens 55%, 74%, 23% en 25%. In vergelijking met de overstappersregeling (WOR 1096) zijn dat goede scores, daar lag het maximale effect op 45% (bij €0 en 100%). Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de overstappersregeling invloed had op een klein deel van de verzekerden, bij de bandbreedte op polisniveau wordt het resultaat van veel meer verzekerden beïnvloed. Voor risicodragers zien we vergelijkbare resultaten.

Bij de impact op de prikkels tot risicoselectie zien we dat overstappers ongeveer twee keer zo vaak kiezen voor een polis die wordt afgeroomd. Bij variant 1 loopt dat op tot 66% van de verzekerden bij een drempelbedrag van €10, bij een drempelbedrag van €50 is dat 28%. Bij variant 2 zijn deze percentages 98% resp. 40%. Ook de hoogte van de GGAA geeft een indicatie van de prikkel tot risicoselectie. Hier zien we voor variant 1 een afname van maximaal 37% bij een drempelbedrag van €10 en maximaal 12% afname bij een drempelbedrag van €50. Bij variant 2 zijn de percentages 67% resp. 19%. Er is nauwelijks verschil tussen het effect van toepassing van de bandbreedteregeling op het

somatisch model en het effect van toepassing op het totaal van het somatische, ggz- en eigenrisicomodel.

Het Zorginstituut heeft de technische uitvoerbaarheid van de bandbreedteregeling op hoofdlijnen beoordeeld. Op basis hiervan zijn geen aanwijzingen gevonden dat de regelingen technisch niet uitvoerbaar zouden zijn. Wel heeft het Zorginstituut geconstateerd dat in de feitelijke uitvoering keuzes gemaakt zullen moeten worden in de uitwerking van de methodiek met implicaties voor de uitkomsten. Hierbij kan het zijn dat er moet worden afgeweken van de methodiek die is gehanteerd in dit onderzoek.



## 4 Beoordeling alternatieven

De te beoordelen alternatieven voor de bandbreedteregeling voor overstappers (WOR 1096) zijn gebaseerd op het aangeleverde stuk van ZN (Eerste uitwerking alternatieve maatregelen gelijk speelveld, Concept, 29-6-'22) en de schriftelijke reactie daarop van VWS. Voor 14 alternatieven geven wij in paragraaf 4.1 een beknopte kwalitatieve uitwerking van de voor- en nadelen. Ook geven we aan of alternatieven (mogelijk) effectief en/of voor het vereveningsjaar 2023 als (deels) haalbaar worden gezien. We hebben onze beoordeling eerder voorgelegd aan VWS, ZIN en ZN en gezamenlijk geconcludeerd dat twee alternatieven als effectief en waarschijnlijk haalbaar voor 2023 kunnen worden gekwalificeerd: tweezijdige bandbreedte op polisniveau en een alternatieve invulling van het eigenrisicomodel. Ten slotte hebben we onze bevindingen informeel besproken met de ACM en NZa.

In paragraaf 4.2 hebben we een specifiek alternatief verder uitgelicht, namelijk alternatief 2 waarbij het eigenrisicomodel anders wordt ingevuld. De impact van deze maatregel op de uitvoering lijkt beperkt en het gaat bovendien uit van een volledige ex-antebepaling. Voor deze maatregel is een doorrekening gemaakt. Hierbij is inzichtelijk gemaakt in hoeverre deze maatregel het selectie-effect beperkt en de relatie tussen resultaat en gezondheid afzwakt. Ter referentie zijn de resultaten van WOR 1096 gebruikt om te beoordelen hoe effectief deze maatregel is.

### 4.1 Kwalitatieve beoordeling

Voor de beoordeling van de alternatieven hebben we onderscheid gemaakt tussen alternatieven die (mogelijk) per 2023 realiseerbaar zijn (Tabel 4.1) en alternatieven die niet eerder dan 2024 kunnen worden geïntroduceerd (Tabel 4.2), geordend naar verwachte effectiviteit.

Van de 3 alternatieven die in 2023 realiseerbaar zijn, is de eerste het huidige onderzoek. Voor de beoordeling wordt naar de inhoud van het rapport verwezen. Het tweede alternatief achtten wij potentieel effectief en hebben daarom voorgesteld een doorrekening hiervoor te maken. De resultaten daarvan staan in paragraaf 4.2. Van het derde alternatief dat (mogelijk) per 2023 kan worden ingevoerd, verwachten wij dat de effectiviteit laag is.

**Tabel 4.1 voor- en nadelen van alternatieven die per 2023 realiseerbaar zijn**

| Nr | Alternatief  | Voor- en nadelen   | Verwachte effectiviteit |
|----|--|--|-------------------------|
| 1  | Tweezijdige bandbreedte op polisniveau                           | Huidige onderzoek  | Hoog                    |
| 2  | Alternatieve invulling eigen risicomodel                         | Een belangrijk voordeel van deze maatregel is dat het een ex ante compensatie is. Bovendien is het goed uitvoerbaar. Daarom hebben wij een doorrekening voor dit alternatief gemaakt.. Zie paragraaf 4.2 voor de resultaten. | Middel                  |
| 3  | Een bandbreedte op risicodragerniveau van €0 en 50% nacalculatie | Dit is feitelijk een variant op de bandbreedteregeling. Door de relatief nacalculatie pakt het niet specifiek genoeg het probleem van risicoselectie aan, het blijft lonend om goede risico's aan te trekken.                | Laag                    |

**Tabel 4.2 voor- en nadelen van alternatieven die na 2023 realiseerbaar zijn**

| Nr | Alternatief   | Voor- en nadelen   | Verwachte effectiviteit |
|----|---|--|-------------------------|
| 4  | Resultaat na overstap deels terug laten komen bij latende verzekeraar               | Voordeel is dat verzekeraars ook verantwoordelijkheid dragen voor vertrekkende verzekerden, waardoor er een prikkel is om ze te behouden. Dit zal in de praktijk te complex in de uitvoering zijn.   | Hoog                    |
| 5  | Gevalsnormering voor toekomstige gezondheid (van overstappers)                      | Effectief om mensen die kosten gaan maken adequaat te compenseren. Het is ook goed uitvoerbaar, maar vraagt wel inzicht in kenmerken van jaar t (dus extra afleiding nodig). Ook de definitie van een overstapper moet eenduidig worden vastgesteld en bij ZIN worden aangeleverd. | Hoog                    |
| 6  | Hoge risico verevening  | Effectief voor in te schatten hoge risico's, niet zozeer voor zelfselectie. Bovendien minder relevant voor gezonde polissen.   | Middel                  |
| 7  | Opnemen polissenmerken in het vereveningsmodel                                      | De relatie tussen resultaat en gezondheid ontstaat op het niveau van polissen. Correctie voor deze kenmerken zal dus effectief zijn. Maar het leidt zeer waarschijnlijk tot aanpassing van de producten waardoor het model niet goed meer aansluit bij de realiteit                | Middel                  |
| 11 | Onderzoeken of er ex-antefactoren zijn die toekomstige gezondheid beter voorspellen | Nuttig om te verkennen, maar ex ante zal nooit (zelf)selectie goed kunnen verevenen  | Middel                  |
| 13 | Via wetgeving diversiteit in het polisaanbod beperken                               | Voordeel is dat er geen complexe oplossingen in de risicoverevening nodig zijn. Maar de verwachting is dat er naar alternatieven gezocht wordt binnen de grenzen van de wetgeving. Vraagt dus een stevige maatregel die mogelijk ook gewenste diversiteit wegneemt.                | Middel                  |

|    |   |  |      |
|----|---|--|------|
| 8  | Onderzoek naar verminderen heterogeniteit van klassen/kenmerken                                   | Verbeterd de ex-antecompensatie maar lost zelfselectie niet op. Past in een groot onderhoud.   | Laag |
| 10 | Verbeteren MHK kenmerk  | Probleem van selectie zit vooral in de spreiding van kosten in jaar t, niet in jaar t-1. Het is zeer de vraag of historische kosten de samenstelling van polissen (door zelfselectie) kan voorspellen/verklaren. | Laag |
| 12 | Kartelafspraken om budgetpolissen af te schaffen  | Dit lijkt ons niet de weg voor een concurrerende markt, er zullen bovendien alternatieven komen die net buiten de afspraak vallen. Het <i>prisoner's dilemma</i> blijft een rol spelen.                          | Laag |
| 14 | Onderzoeken van de mogelijkheid om tweejarige overeenkomst verplicht te stellen voor overstappers | Wij zien hier geen voordeel in. Het is geen goede ontwikkeling voor de overstapmarkt. Bovendien blijven de huidige prikkels bestaan.   | Laag |
| 9  | Constrained regression  | Zeer sterk afhankelijk waar de constraint op wordt toegepast. Voor 2023 sowieso niet meer haalbaar.  | Ntb  |

## 4.2 Beoordeling alternatieve invulling eigenrisicomodel

De aanleiding voor de alternatieve invulling van het eigenrisicomodel is de hypothese dat verzekeraars door de huidige vormgeving te weinig afdragen voor overgecompenseerde gezonde verzekerden en teveel voor ondergecompenseerde ongezonde verzekerden. De over- en ondercompensaties van gezonde en ongezonde verzekerden ontstaan in de risicovereveningsmodellen voor somatische zorg en GGZ. Die risicovereveningsmodellen zijn gebaseerd op de zorgkosten inclusief de eigen betalingen, waardoor de over- en ondercompensaties ook op de eigen betalingen betrekking hebben. Idealiter leidt het eigenrisicomodel daarom tot een adequate inschatting van de eigen betalingen en corrigeert het voor de over- en ondercompensaties uit de risicovereveningsmodellen. Anders gezegd, het eigenrisicomodel zou tot een afdracht van verzekeraars moeten leiden ter hoogte van de compensaties van de risicovereveningsmodellen i.p.v. sec de eigen betalingen. Alleen in dat geval dragen verzekeraars exact zoveel af als zij aan compensatie voor de desbetreffende verzekerden ontvangen. Met de huidige vormgeving van het eigenrisicomodel wordt echter niet ingespeeld op de over- en ondercompensaties, met als gevolg dat verzekeraars voor overgecompenseerde gezonde verzekerden minder afdragen dan zij aan compensatie ontvangen en vice versa.

In het huidige vereveningsmodel voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico wordt een forfaitair bedrag bepaald voor de groep

verzekerden die ingedeeld zijn bij een van de gezondheidskenmerken<sup>9</sup> (de 'forfaitaire groep'). Voor de overige verzekerden wordt een normatief bedrag bepaald op basis van leeftijd, geslacht, regio, AVI en MHK-klassen 0 en 1.

De alternatieve invulling van het eigenrisicomodel bestaat eruit dat voor alle verzekerden een forfaitair bedrag wordt vastgesteld, ongeacht of zij zijn ingedeeld bij een gezondheidskenmerk. Het gevolg hiervan is dat verzekeraars (gemiddeld genomen) meer afdragen voor gezonde verzekerden en minder voor ongezonde verzekerden.<sup>10</sup>

De alternatieve invulling van het eigenrisicomodel komt neer op een uitbreiding van de forfaitaire groep naar de totale groep verzekerden onder de eigenrisicodrempel: voor zowel verzekerden in de huidige forfaitaire groep als de niet-forfaitaire groep wordt bij het alternatieve eigenrisicomodel één en hetzelfde forfaitaire bedrag aangehouden dat verzekeraars moeten afdragen. Als gevolg daarvan wordt de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van ongezonde verzekerden verder tegengegaan.<sup>11</sup>

Deze alternatieve invulling hebben wij beoordeeld als potentieel effectief en technisch goed uitvoerbaar. Bovendien is het een ex-anteoplossing, waardoor er geen impact op doelmatige zorginkoop is (zoals wel het geval is bij de bandbreedteregeling). Daarom is voor deze alternatieve invulling een doorrekening gemaakt. Hiervoor is gebruik gemaakt van de resultaten uit de OT-2022 met correctie voor gevalsnormering van bevallingen<sup>12</sup>.

#### 4.2.1 Normatieve afdracht

Het forfaitaire bedrag is bepaald door het gewogen gemiddelde van de eigenrisicobetalingen van verzekerden te nemen. Op basis van OT-2022 is dit bedrag €228,58.

In Tabel 4.3 staat weergegeven wat het effect is van deze maatregel op de forfaitaire (ongezonde) en niet-forfaitaire (gezonde) groep.

---

<sup>9</sup> FKG, DKG, HKG, FDG, MVV en MHK > 1

<sup>10</sup> Deze alternatieve invulling van het eigenrisicomodel moet nadrukkelijk worden gezien als een maatregel voor de korte termijn. Indien voor deze maatregel wordt gekozen, dan dient dit gepaard te gaan met verdiepend onderzoek naar de mogelijkheden om de vormgeving van het eigenrisicomodel aan te passen op de over- en ondercompensaties van verzekerden. Eén van die mogelijkheden is de alternatieve vormgeving in dit rapport.

<sup>11</sup> Merk op dat dit niet geldt op individueel verzekerdenniveau. Alleen bij polissen en risicodragers is er immers een verband met gezondheid. De overheveling werkt daardoor goed op polisniveau omdat het probleem zich precies daar voordoet (te veel bijdrage voor gezonde verzekerden en te weinig voor ongezonde verzekerden).

<sup>12</sup> Een bevalling is geïdentificeerd als iemand meer dan €150 kosten kraamzorg heeft in het OT-bestand.

**Tabel 4.3: verschillen in bijdrage en resultaat van alternatieve eigenrisicomodel**  
(€ per verzekerde, alleen premie-equivalenten)

| Groep         | Verz. jaren | Eigen betaling | Origineel |           | Alternatief eigenrisicomodel |           |
|---------------|-------------|----------------|-----------|-----------|------------------------------|-----------|
|               |             |                | Inhouding | Resultaat | Inhouding                    | Resultaat |
| Forfaitair    | 4,1 mln     | 355            | 355       | 0         | 229                          | 126       |
| Niet forfait. | 9,6 mln     | 175            | 175       | 0         | 229                          | -54       |

Het alternatieve eigenrisicomodel zorgt voor een resultaatverschuiving van €517 mln van gezonde naar ongezonde verzekerden (resultaat maal verzekerdenjaren). Deze gezondheid is gedefinieerd op basis van de kenmerken in het huidige vereveningsmodel. In werkelijkheid zijn er verzekerden die als gezond worden aangemerkt die eigenlijk ongezond zijn. Met de huidige kenmerken van het risicovereveningsmodel (in dit onderzoek OT 2022) is het niet mogelijk de groep (zgn. schil-) verzekerden te identificeren.

Merk op dat de niet-forfaitaire groep van 9,6 mln. verzekerden naar verwachting ook niet-winstgevende verzekerden zal bevatten. Het alternatief eigenrisicomodel leidt voor deze individuele verzekerden tot afroming van een niet positief resultaat. Daarnaast zijn er verzekerden in de niet-forfaitaire groep waarvoor de afslag in het huidige eigenrisicomodel groter is dan de gemiddelde afslag in de niet-forfaitaire groep. Voor de niet-winstgevende verzekerden daaronder leidt het alternatief eigenrisicomodel tot een verbetering van het resultaat.

In de volgende paragraaf beoordelen we de impact van het alternatief eigenrisicomodel op het totale resultaat van de modellen voor somatische zorg, GGZ en alternatief eigenrisicomodel op polis-, risicodrager- en concernniveau.

## 4.2.2 Resultaatvergelijking

Het effect van de aanpassing van het eigenrisicomodel is dat gezonde verzekerden een lagere compensatie krijgen en ongezonde verzekerden een hogere compensatie. In Tabel 4.4 is te zien dat dit bij polissen met beperkende voorwaarden tot een veel lager resultaat leidt: €25 per verzekerde in plaats van €67 per verzekerde. Ook het resultaat op de 10% polissen met de laagste premie en korting ER groter dan €250 is het resultaat een stuk lager. Het effect op de restitutiepolissen is veel kleiner: daar verbetert het resultaat van €-44 naar €-38.

**Tabel 4.4: resultaat per type polis origineel OT-2022 en alternatief eigenrisicomodel**

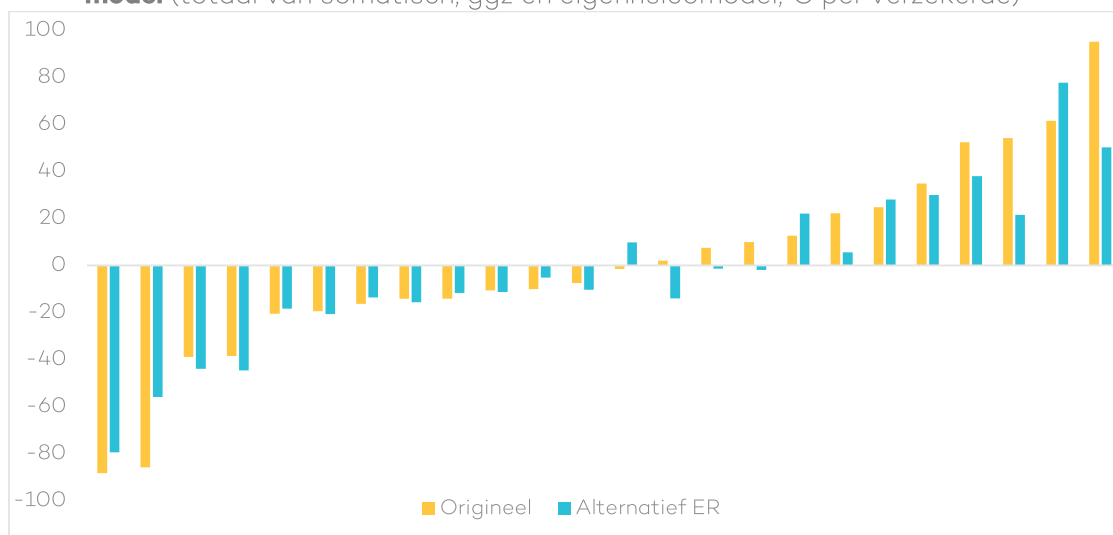
(totaal van somatisch, ggz en eigenrisicomodel, € per verzekerde)

| Polistype           | Origineel | Alternatief ER |
|---------------------|-----------|----------------|
| Beperkende voorw.   | 64        | 25             |
| 10% laagste premies | 54        | 12             |
| Korting ER >€250    | 26        | 6              |
| Restitutie          | -44       | -38            |
| Overig              | -1        | 8              |

De impact van het alternatieve eigenrisicomodel op leeftijdsklassen met voor spelbare winst en/of verlies is weergegeven in de tabel in bijlage 7.7. De GGAA op polisniveau verbetert bij het alternatieve eigenrisicomodel met 22% (van €36 naar €29) en op risicodragerniveau met 1% (van €21,2 naar €20,9).

Ook op het analyiseniveau van risicodragers zien we over het algemeen een nivellerende werking op de resultaten, hoewel de impact op het resultaat verschilt. In Figuur 4.1 is te zien dat bij sommige risicodragers de mutatie vrij groot is en bij andere risicodragers is daar nauwelijks sprake van. Dat laatste geldt voor risicodragers met een gemiddelde samenstelling van gezonde en ongezonde verzekerden op basis van het voorgaande jaar. Op concernniveau (Figuur 4.2) is eenzelfde beeld te zien waar een paar concerns fors inleveren en een paar concerns juist meer resultaat overhouden. Over het algemeen werkt het alternatief eigenrisicomodel nivellerend.

**Figuur 4.1 resultaat van risicodragers OT-2022 en alternatief eigenrisicomodel** (totaal van somatisch, ggz en eigenrisicomodel, € per verzekerde)



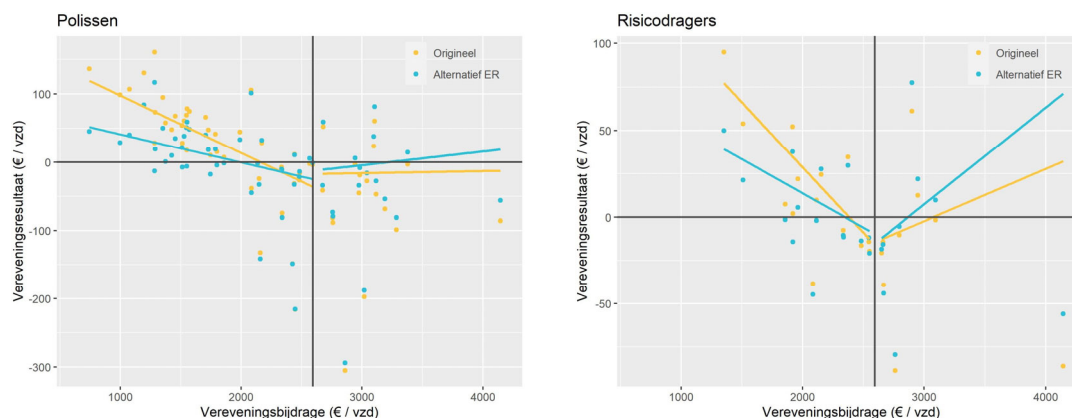
**Figuur 4.2 resultaat van concerns OT-2022 en alternatief eigenrisicodel** (totaal van somatisch, ggz en eigenrisicodel, € per verzekerde)



### 4.2.3 Relatie resultaat en gezondheid

Uit eerder onderzoek is gebleken dat er een sterke relatie is tussen het resultaat en de gezondheid, zowel op polisniveau als op het niveau van risicodragers (WOR 1096). Analoog hieraan hebben we in onderstaande figuren deze relatie opgedeeld in een gezonde en ongezonde helft. In deze figuren is te zien dat op zowel het niveau van polissen als risicodragers de relatie afneemt bij toepassing van het alternatieve eigenrisicodel.

**Figuur 4.3: relatie resultaat en gezondheid voor polissen en risicodragers** (€ per verzekerde, OT-2022)



De richtingscoëfficiënten van de lijnen uit bovenstaande figuren staan in Tabel 4.5. Hierin is te zien dat voor gezonde polissen de relatie meer dan halveert, van  $-0,087$  naar  $-0,041$ . Ook op het niveau van risicodragers is bij de gezonde helft bijna een halvering te zien. Op beide analyseniveaus neemt voor de ongezonde

helpt de relatie toe, maar deze richtingscoëfficiënten zijn geen van alle significant verschillend van nul.

**Tabel 4.5: richtingscoëfficiënten van de relatie tussen resultaat en gezondheid**  
(Met 95% betrouwbaarheidsinterval, \* is significant verschillend van nul)

|                      | Origineel                | Alternatief ER           |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Polissen</b>      |                          |                          |
| Gezonde helft        | -0.084* (-0.109; -0.059) | -0.041* (-0.067; -0.016) |
| Ongezonde helft      | 0.003 (-0.119; 0.125)    | 0.020 (-0.104; 0.144)    |
| Totale populatie     | -0,041* (-0,058; -0,024) | -0,011 (-0,028; 0,005)   |
| <b>Risicodragers</b> |                          |                          |
| Gezonde helft        | -0.075* (-0.111; -0.040) | -0.040* (-0.073; -0.006) |
| Ongezonde helft      | 0.030 (-0.063; 0.123)    | 0.056 (-0.044; 0.155)    |
| Totale populatie     | -0,036* (-0,064; -0,008) | -0,010 (-0,038; 0,018)   |

#### 4.2.4 Selectie-effect

Uit eerder onderzoek volgde dat het resultaat van polissen met zeer goede of zeer slechte resultaten in sterke mate door overstappers wordt bepaald (WOR 1096). Doordat verzekerden keuzes maken en verzekeraars polissen aanbieden die samenhangen met hun verwachte gezondheid, behalen gezonde overstappers zeer positieve en ongezonde overstappers zeer negatieve resultaten (waarbij het gaat om de gezondheid van jaar t). Dit leidt tot een toe- of afname in het resultaat, wat is uitgedrukt in het selectie-effect. Het selectie-effect is berekend als het totale resultaat van instroom minus het totale resultaat van uitstroom gedeeld door het aantal verzekerden in jaar t (blijvers + instroom).

In Tabel 4.6 is te zien dat het selectie-effect voor de verschillende polistypes nauwelijks verandert bij het eigenrisicomodel. Dat wordt verklaard doordat het eigenrisicomodel een ex-antecompensatie biedt, die de eigen verwachting van de verzekerde over zijn/haar gezondheid in het komende jaar niet goed kan voorspellen (net zoals het risicovereveningsmodel dat niet goed lukt). Dat is goed te zien bij de uitstroom; het resultaat dat al behoorlijk negatief is, gaat nog verder omlaag door het alternatieve eigenrisicomodel. In jaar t-1 waren deze verzekerden gezond waardoor hun bijdrage met het alternatieve eigenrisicomodel omlaag gaat, terwijl ze in jaar t ongezond worden en een negatief resultaat behalen. Merk op dat bij het bepalen van het selectie-effect de hoogten van de premies buiten beschouwing zijn gelaten.



**Tabel 4.6: selectie-effect per polistype origineel en alternatief eigenrisicomodel (€ per verzekerde, OT-2022)**

| Polistype           | Origineel |           |                 | Alternatief ER |           |                 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|
|                     | Instroom  | Uitstroom | Selectie-effect | Instroom       | Uitstroom | Selectie-effect |
| Beperkende voorw.   | 109       | -87       | 37              | 75             | -120      | 36              |
| 10% laagste premies | 107       | -121      | 56              | 73             | -156      | 51              |
| Korting ER >€250    | 101       | -38       | 20              | 63             | -64       | 18              |
| Restitutie          | -281      | 49        | -33             | -286           | 38        | -32             |
| Overig              | -23       | -23       | 0               | -37            | -37       | 0               |

## 4.2.5 Uitvoerbaarheid

We hebben het Zorginstituut bevestigd over de eventuele impact van de verschillende elementen van het alternatief eigenrisicomodel op de technische uitvoerbaarheid. Het Zorginstituut heeft de technische uitvoerbaarheid van het alternatief eigenrisicomodel binnen de looptijd van dit onderzoek alleen op hoofdlijnen kunnen beoordelen. Op basis hiervan zijn geen aanwijzingen gevonden dat de regeling technisch niet uitvoerbaar zou zijn. Wel heeft het Zorginstituut geconstateerd dat in de feitelijke uitvoering keuzes gemaakt zullen moeten worden in de uitwerking van de methodiek met implicaties voor de uitkomsten. Hierbij kan het zijn dat er moet worden afgeweken van de methodiek die is gehanteerd in dit onderzoek. Het volgende onderwerp heeft impact op de uitvoering van de bandbreedteregeling:

| Onderwerp         | Impact op de uitvoering  |
|-------------------|--|
| Forfaitair bedrag | In het onderzoek wordt gerekend met een forfaitair bedrag dat gebaseerd is op de betalingen van het eigen risico van verzekerden. Het Zorginstituut heeft momenteel geen informatie over de betalingen eigen risico op individuniveau. In de uitwerking van deze variant moet worden bedacht hoe en door wie het forfaitair bedrag kan worden vastgesteld en welke gegevens daarvoor nodig zijn. |

## 4.2.6 Conclusie en discussie

Het alternatief eigenrisicomodel leidt bij polissen met beperkende voorwaarden, de 10% polissen met de laagste premie en polissen met korting ER tot een veel lager resultaat dan het oorspronkelijke resultaat in OT-2022. Het effect op de restitutiepolissen is veel kleiner. Op het niveau van risicodragers en concerns heeft het alternatief eigenrisicomodel over het algemeen een nivellerende werking.

De uitkomsten van de doorrekening van het alternatieve eigenrisicomodel laten zien dat deze maatregel effectief is. De relatie tussen resultaat en gezondheid

halveert voor zowel de gezondste polissen als de gezondste risicodragers. Dat is een vergelijkbaar resultaat als er een tweezijdige (symmetrische) bandbreedte op het resultaat polissen wordt toegepast met een drempelwaarde van €30 (zie Tabel 3.6 en Tabel 3.7).

Doordat deze maatregel ex ante is, heeft het geen negatieve invloed op de prikkel tot doelmatige zorginkoop. Daar tegenover staat dat het ook geen invloed heeft op de (zelf)selectie van verzekerden. De prikkel om te sturen op de toekomstige gezondheid van verzekerden blijft dus bestaan. Het rendement van het inspelen op deze prikkel zal kleiner zijn.

Het alternatieve eigenrisicomodel zorgt ervoor dat een deel van de bijdrage van gezonde verzekerden verschuift naar ongezonde verzekerden en van jonge verzekerden verschuift naar oudere verzekerden.

Het Zorginstituut heeft de technische uitvoerbaarheid van het alternatief eigenrisicomodel op hoofdlijnen beoordeeld. Op basis hiervan zijn geen aanwijzingen gevonden dat de regelingen technisch niet uitvoerbaar zouden zijn. Wel heeft het Zorginstituut geconstateerd dat in de feitelijke uitvoering keuzes gemaakt zullen moeten worden in de uitwerking van de methodiek met implicaties voor de uitkomsten. Hierbij kan het zijn dat er moet worden afgeweken van de methodiek die is gehanteerd in dit onderzoek.

## 5 Vergelijking bandbreedteregeling met alternatief eigenrisicomodel

Om de resultaten van hoofdstuk 0 en hoofdstuk 4 met elkaar te kunnen vergelijken, zijn in dit hoofdstuk de resultaten van beide alternatieven op polissen, risicodragers en concerns naast elkaar gezet. Tevens geven we een overzicht van mogelijke strategische gedragingen onder verzekeraars die bij één of beide regelingen kunnen optreden.

### 5.1.1 Effect op polissen

Uitsplitsing naar type polis laat zien dat het alternatief eigenrisicomodel met name bij restitutiepolsen nauwelijks effect heeft, terwijl de bandbreedteregeling het negatieve resultaat hier sterk terugdringt (Tabel 5.1). Dat laatste is gewenst voor zover dit negatieve resultaat wordt bepaald door selectieve in- en uitstroom (WOR 1074) en ongewenst voor zover dit samenhangt met de eigenschappen van de restitutiepolis (bijv. het bieden van een ruimere keuze in het geval die tot vergoeding van minder doelmatige zorgaanbieders leidt). Op de andere polistypes zijn de verschillen in impact van de regelingen minder groot.

**Tabel 5.1 Resultaat per type polis bij origineel OT-2022, bandbreedteregelingen (tweezijdig, 90% nacalc., somatisch model) en alternatief eigenrisicomodel** (Totaalresultaat, € per verzekerde, OT 2022)

| Polistype           | OT 2022 | BB: €50 | BB: €30 | Alt. ER |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|
| Beperkende voorw.   | 64      | 43      | 31      | 25      |
| 10% laagste premies | 54      | 40      | 33      | 12      |
| Korting ER >€250    | 26      | 14      | 11      | 6       |
| Restitutie          | -44     | -24     | -17     | -38     |
| Overig              | -1      | -3      | -3      | 8       |

Per type polis zijn de resultaten enigszins vergelijkbaar, maar bij individuele polissen kunnen grote verschillen ontstaan. Vooral bij polissen met een sterk negatief resultaat heeft de bandbreedteregeling veel meer impact (Tabel 5.2). Het alternatieve eigenrisicomodel compenseert maximaal €30 (polis op rij 8), terwijl de resultaten tot meer dan €300 negatief zijn. Bij de meest positieve resultaten zijn de resultaten bij beide regelingen meer vergelijkbaar, met enkele uitzonderingen.

Het resultaat van de bandbreedteregeling is (logischerwijs) meer voorspelbaar dan het alternatieve eigenrisicomodel. Bij deze laatste is de impact afhankelijk van de populatiesamenstelling, waarbij zelfselectie niet wordt gecorrigeerd. Het alternatieve eigenrisicomodel heeft daardoor voor alle polissen met een sterk positief resultaat minder impact dan de bandbreedteregeling.

**Tabel 5.2: Resultaatsverschil per polis na toepassen bandbreedteregeling of alternatief eigenrisicomodel t.o.v. OT2022**

(€ per verzekerde, BB tweezijdig en 90% nacalculatie, hoe blauwer hoe meer het resultaat toeneemt en hoe roder hoe meer het resultaat afneemt)

| Nr | OT 2022 | Delta met OT 2022 |         |         |
|----|---------|-------------------|---------|---------|
|    |         | BB: €50           | BB: €30 | Alt. ER |
| 1  | -305    | 229               | 248     | 11      |
| 2  | -216    | 149               | 168     | 0       |
| 3  | -198    | 133               | 152     | 10      |
| 4  | -148    | 87                | 107     | -1      |
| 5  | -132    | 73                | 93      | -10     |
| 6  | -99     | 43                | 63      | 18      |
| 7  | -88     | 33                | 53      | 8       |
| 8  | -86     | 32                | 51      | 30      |
| 9  | -81     | 27                | 47      | 8       |
| 10 | -75     | 22                | 41      | -6      |
| 11 | -69     | 16                | 36      | 15      |
| 12 | -47     | -1                | 16      | 19      |
| 13 | -45     | -1                | 14      | 11      |
| 14 | -41     | -1                | 11      | 7       |
| 15 | -39     | 0                 | 9       | -6      |
| 16 | -31     | -1                | 2       | -2      |
| 17 | -27     | -1                | 0       | 11      |
| 18 | -26     | -1                | 1       | 4       |
| 19 | -24     | -1                | 1       | -9      |
| 20 | -19     | -1                | 1       | 11      |
| 21 | -16     | -1                | 0       | 2       |
| 22 | -11     | 0                 | 1       | 0       |
| 23 | -8      | 0                 | 1       | -2      |
| 24 | -4      | 0                 | 1       | 3       |
| 25 | -3      | -1                | 0       | 2       |
| 26 | -3      | -1                | 1       | 18      |
| 27 | -3      | -1                | 1       | 9       |
| 28 | -2      | -1                | 1       | 8       |
| 29 | 7       | 0                 | 1       | -9      |
| 30 | 10      | 0                 | 1       | -28     |
| 31 | 12      | -1                | 1       | -1      |
| 32 | 16      | -1                | 0       | -20     |
| 33 | 18      | -1                | 0       | -24     |
| 34 | 24      | -1                | 0       | 14      |
| 35 | 28      | -1                | 1       | -35     |
| 36 | 28      | 0                 | 1       | -41     |
| 37 | 28      | 0                 | 1       | 4       |
| 38 | 42      | -1                | -10     | -22     |
| 39 | 44      | 0                 | -12     | -11     |
| 40 | 48      | -1                | -15     | -29     |
| 41 | 48      | -1                | -15     | -38     |
| 42 | 52      | -2                | -19     | 7       |
| 43 | 54      | -4                | -21     | -33     |
| 44 | 58      | -8                | -24     | -57     |
| 45 | 60      | -10               | -26     | 22      |
| 46 | 61      | -11               | -27     | -23     |
| 47 | 66      | -15               | -32     | -26     |
| 48 | 68      | -17               | -33     | -33     |
| 49 | 69      | -18               | -34     | -18     |
| 50 | 73      | -22               | -38     | -54     |
| 51 | 75      | -23               | -40     | -27     |
| 52 | 79      | -27               | -43     | -20     |
| 53 | 95      | -41               | -58     | -45     |
| 54 | 99      | -45               | -61     | -70     |
| 55 | 106     | -51               | -68     | -5      |
| 56 | 107     | -52               | -68     | -67     |
| 57 | 130     | -73               | -89     | -46     |
| 58 | 136     | -78               | -94     | -91     |
| 59 | 160     | -100              | -116    | -43     |

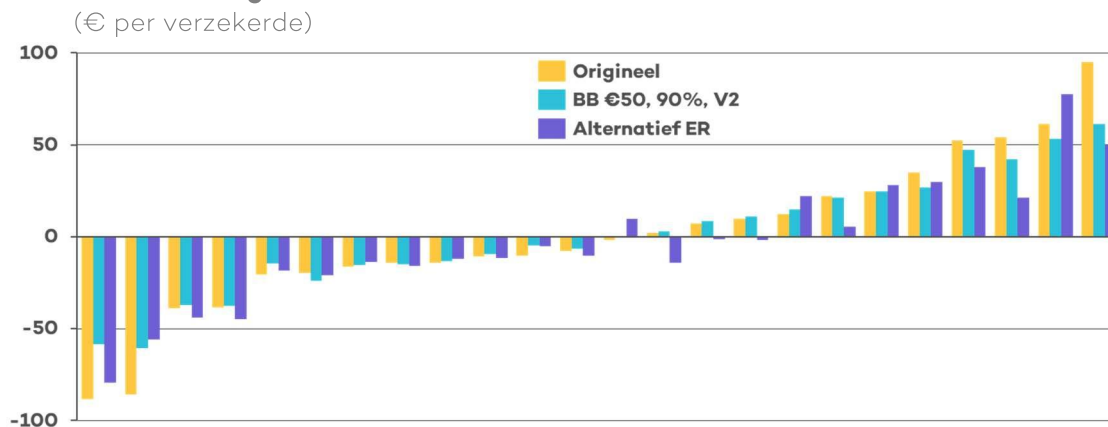
Een gevolg van het ex-postkarakter van de bandbreedteregeling is dat de eindafrekening van een polis afhangt van die van de overige polissen. De

eindafrekening wordt bepaald door het marktgemiddelde ex-postresultaat en het bedrag dat na afroaming per premie-equivalent wordt herverdeeld (zie Tabel 3.5 en Tabel 7.5 voor een inschatting van deze herverdelingsbedragen).

## 5.1.2 Effect op risicodragers

Op risicodragers heeft de bandbreedteregeling wat vaker een nivellerende uitwerking dan het alternatieve eigenrisicomodel (Figuur 5.1). Op een enkele uitzondering na wordt resultaat van risicodragers met een negatief resultaat bij de bandbreedteregeling beter en van risicodragers met een positief resultaat slechter. Bij het alternatieve eigenrisicomodel worden resultaten soms juist versterkt (negatief resultaat wordt negatiever, positief resultaat wordt positiever), maar over het algemeen zien we ook hier een nivellerende werking van de regeling op het resultaat. Op polisniveau zijn de resultaatverschillen van de regelingen t.o.v. het resultaat van OT 2022 sterker dan op risicodragerniveau.

**Figuur 5.1 Resultaat per risicodrager bij origineel OT-2022, bandbreedteregelingen (€50, tweezijdig, 90% nacalc., toegepast op somatisch) en alternatief eigenrisicomodel**

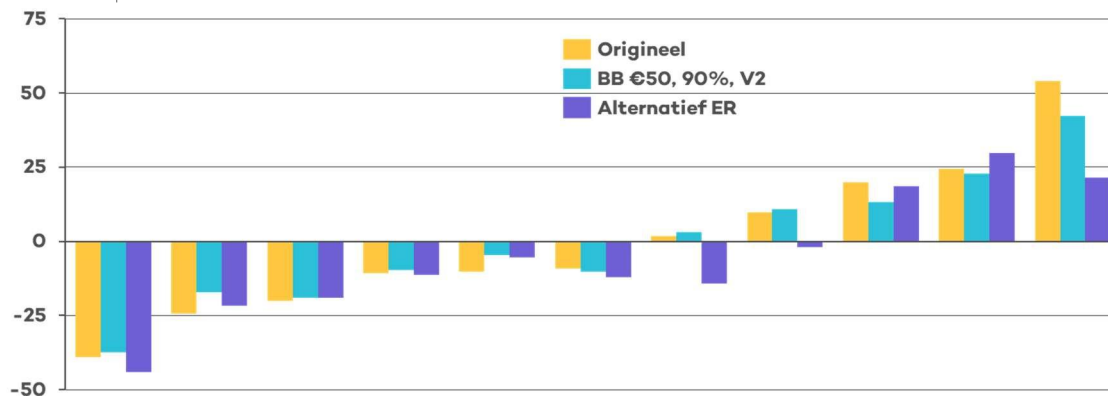


## 5.1.3 Effect op concerns

De consolidatie naar concerns (Figuur 5.2) laat zien dat het effect van de bandbreedteregeling over het algemeen beperkt is: het verschil met het originele resultaat is maximaal €-12 per verzekerde. Net als bij risicodragers is de impact van het alternatieve eigenrisicomodel wat minder nivellerend. De impact is hier maximaal €-33. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat dit een weergave is van de situatie in 2019. Door gewijzigde portefeuilles kan dat in 2023 anders uitpakken.

**Figuur 5.2 Resultaat per concern bij origineel OT-2022, bandbreedteregelingen (€50, tweezijdig, 90% nacalc., toegepast op somatisch) en alternatief eigenrisicomodel**

(€ per verzekerde)



## 5.1.4 Strategische gedragingen

Door de introductie van de bandbreedteregeling of het alternatief eigenrisicomodel ontstaan mogelijk ook strategische gedragingen door verzekeraars. We hebben een eerste inschatting gemaakt van deze mogelijke gedragingen, maar zijn ons ervan bewust dat dit geen uitputtend overzicht is. Het wordt dan ook aanbevolen om – wanneer een regeling daadwerkelijk zal worden toegepast – nader onderzoek te doen naar mogelijke effecten binnen de verzekeraarsmarkt.

Ons inziens zijn de belangrijkste strategische gedragingen als volgt.

Bij een eenzijdige variant van de bandbreedteregeling wordt er niet gecorrigeerd voor negatieve resultaten die door ongunstige instromers ontstaan. Dat doet een tweezijdige variant van de bandbreedteregeling wel. Zo wordt bij een tweezijdige bandbreedte het resultaat van restitutiepolissen verbeterd, waardoor die mogelijk minder snel uit de markt zullen worden gehaald.

Bij een tweezijdige bandbreedteregeling op polisniveau is er een prikkel om verzekerden met negatieve resultaten (administratief) om te zetten naar een andere polis. Daarbij is dit strategisch gedrag voor een grote verzekeraar gemakkelijker in te zetten dan voor een kleine verzekeraar vanwege het verschil in aantal polissen en risicodragers. De prikkel voor het verschuiven van verzekerden met negatieve resultaten neemt af door toepassing van een eenzijdige bandbreedteregeling.

Daarnaast kan bij een bandbreedteregeling zogenaamde populatiesturing optreden waarmee het resultaat tot aan de drempelwaarde wordt aangevuld, waarna de prikkel tot kostenbeheersing vermindert. Voor dezelfde modelovereenkomst met gediversifieerde marketing kunnen ook gunstige risico's worden aangetrokken (naast een meer gemiddelde populatie). Om verzekerden te verleiden, kunnen ruime aanbiedingen (o.a. korting) worden gedaan die vanuit het

oogpunt van ondoelmatigheid ongewenst zijn. Immers, zeer goede resultaten worden door de bandbreedteregeling afgeroomd.

Aangezien de bandbreedteregeling een ex-postmaatregel betreft zijn de door-gerekende effecten mogelijk afhankelijk van anticipatie op deze regeling door verzekeraars. Dit kan ertoe leiden dat de resultaten in de praktijk anders uitpakken dan die in dit onderzoek worden gerapporteerd.

Het alternatieve eigenrisicomodel heeft geen invloed op de (zelf)selectie van verzekerden, waardoor de prikkel om te sturen op hun toekomstige gezondheid blijft bestaan. Die wordt wel minder winstgevend door deze maatregel.

Het alternatieve eigenrisicomodel zorgt ervoor dat een deel van de bijdrage van gezonde verzekerden verschuift naar ongezonde verzekerden. Omdat er een sterke samenhang is tussen leeftijd en gezondheid, betekent dit ook een verschuiving van jonge naar oude verzekerden. In bijlage 7.7 is te zien dat jongeren meer dan €100 per verzekerde inleveren ten gunste van ouderen. Dat zou kunnen betekenen dat verzekeraars zich minder op de jongere doelgroep gaan richten. Dat kan weliswaar een gewenste gedraging zijn, maar dit moet niet doorschieten in de zin dat verzekeraars zich afwenden van jonge gezonde verzekerden. Merk hierbij op dat voor de gezonde helft van de verzekerdenpopulatie de samenhang tussen gezondheid en het resultaat op het niveau van polissen en risicodragers na toepassing van het alternatief eigenrisicomodel halveert, maar blijft bestaan.

## 5.1.5 Conclusie en discussie

Vanuit bovenstaande resultaten is de afdrank dat de bandbreedteregeling een beter voorspelbaar effect heeft op risicodragers- en concernniveau. De impact van het alternatief eigenrisicomodel heeft over het algemeen een wat minder nivellerende werking op het geheel. Per type polis zijn de resultaten enigszins vergelijkbaar, maar bij individuele polissen kunnen grote verschillen ontstaan. Vooral bij polissen met een sterk negatief resultaat heeft de bandbreedteregeling veel meer impact.

Bij beide regelingen treden mogelijk strategisch ongewenste gedragingen op. Verder onderzoek is gewenst om deze nader in kaart te brengen.

## 6 Conclusies en aanbevelingen

### 6.1 Conclusies

Dit onderzoek richt zich op het objectief weergeven van de impact van een bandbreedteregeling op polisniveau, alsmede de impact van een alternatief eigenrisicomodel. Hiertoe is onderzocht hoe een bandbreedteregeling kan worden vormgegeven (hoofdstuk 0), wat de impact is van verschillende varianten van de regeling (hoofdstuk 0), de beoordeling van andere alternatieven en meer specifiek wat de impact is van een alternatief eigenrisicomodel (hoofdstuk 4). Tevens is een vergelijking gemaakt tussen de bandbreedteregeling op polissen en het alternatief eigenrisicomodel (hoofdstuk 0). De resultaten van het onderzoek in voorliggend rapport dienen ter ondersteuning van de besluitvorming op het mogelijk toepassen van de bandbreedteregeling op polisniveau of het alternatief eigenrisicomodel in 2023.

Uit dit onderzoek trekken we de volgende conclusies:

- ◆ Een drempelbedrag waarbij het positieve resultaat van gezonde verzekerden wordt afgeroomd, zonder dat doelmatigheidswinst verloren gaat kan niet empirisch worden vastgesteld. Ook experts geven aan dat het niet mogelijk is om nauwkeurig doelmatigheidseffecten te scheiden van andere effecten en hun inschattingen lopen teveel uiteen om hier een objectieve uitspraak over te kunnen doen;
- ◆ Een bandbreedteregeling heeft effect op verschillende onderdelen van het resultaat van verzekeraars, die sterk afhangen van één- of tweezijdige toepassing, de hoogte van het drempelbedrag en het nacalculatiepercentage.
- ◆ Over het algemeen worden door toepassen van de bandbreedteregeling met name kleine polissen afgeroomd en is het totale bedrag dat wordt afgeroomd beperkt op het totale resultaat. Tevens wordt het voordeel dat met overstappers wordt behaald sterk ingeperkt, neemt het gelijke speelveld toe in termen van de relatie tussen resultaat en gezondheid, en neemt de prikkel tot risicoselectie af;
- ◆ Nadeel van de (eenzijdige en tweezijdige) bandbreedteregeling is dat mogelijk resultaat boven de bandbreedte dat met doelmatige zorginkoop is bereikt wordt afgeroomd. Dit is minder aan de hand naarmate het drempelbedrag hoger is en naarmate het nacalculatiepercentage lager is. Bij een tweezijdige bandbreedteregeling leidt een lager nacalculatiepercentage er tevens toe dat het afkomen van inkoopnadelen wordt beperkt. Tevens is bij een tweezijdige bandbreedteregeling zogenaamde 'gaming' mogelijk door een polis die slechte risico's aantrekt te creëren;



- ♦ Van de door ons beoordeelde alternatieven lijkt het alternatief eigenrisicomodel het meest opportuun. De andere alternatieven hebben een lage verwachte impact of zijn niet op korte termijn toe te passen;
- ♦ Het toepassen van een alternatief eigenrisicomodel lijkt effectief: de maatregel heeft geen negatieve invloed op de prikkel tot doelmatige zorginkoop en het gelijke speelveld neemt toe. Daarentegen heeft het alternatief eigenrisicomodel geen invloed op de (zelf)selectie van verzekerden, alhoewel het rendement ervan kleiner zal zijn. Tevens heeft het alternatief eigenrisicomodel impact op specifieke doelgroepen met voorspelbare winsten, waarbij verliesgevende individuele verzekerden ook kunnen worden geraakt door het alternatief eigenrisicomodel;
- ♦ Al met al is het nivellerende effect van een bandbreedteregeling op zowel risicodragers- als concernniveau wat groter dan het alternatief eigenrisicomodel;
- ♦ Beide regelingen hebben mogelijk strategisch ongewenste gedragingen van verzekeraars tot gevolg. Dit aspect zal moeten worden meegenomen in de bestuurlijke afweging.
- ♦ Het Zorginstituut heeft de technische uitvoerbaarheid van het alternatief eigenrisicomodel op hoofdlijnen beoordeeld. Op basis hiervan zijn geen aanwijzingen gevonden dat de regelingen technisch niet uitvoerbaar zouden zijn.

## 6.2 Aanbevelingen

### 6.2.1 Toets op juridische uitvoerbaarheid

Mocht één van beide regelingen voor vereveningsjaar 2023 worden ingevoerd, dan moeten deze passen binnen de bestaande juridische kaders en technisch uitvoerbaar zijn voor het Zorginstituut. Hiervoor toetsen VWS en het Zorginstituut bij haar juristen in hoeverre de verschillende elementen juridisch haalbaar zijn en of er nog andere juridische beperkingen zijn. Gedurende het onderzoek was hierover nog geen juridisch uitsluitsel, dus onze aanbeveling is om de uitkomst van deze juridische toets af te wachten alvorens tot besluitvorming wordt overgegaan.

### 6.2.2 Toets op technische uitvoerbaarheid

Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat in de feitelijke uitvoering keuzes gemaakt zullen moeten worden in de uitwerking van de methodiek met implicaties voor de uitkomsten. Hierbij kan het zijn dat er moet worden afgeweken van de methodiek die is gehanteerd in dit onderzoek. We bevelen aan om de consequenties van de regelingen voor de uitvoering nader in kaart te brengen.

## **6.2.3 Strategische gedragingen verder onderzoeken**

Door de introductie van de bandbreedteregeling of het alternatief eigenrisico-model ontstaan mogelijk ongewenste strategische gedragingen van verzekeraars. In paragraaf 5.1.4 hebben we hiervoor een eerste inschatting gemaakt. Deze inschatting is niet empirisch onderzocht en niet limitatief. We bevelen dan ook aan om – wanneer een regeling daadwerkelijk zal worden toegepast – de mogelijke gedragseffecten van verzekeraars nader te analyseren.

## **6.2.4 Verdiepend onderzoek naar alternatief eigenrisicomodel**

Bij de beoordeling van de alternatieve invulling van het eigenrisicomodel hebben we een motivatie gegeven waarom het huidige eigenrisicomodel aanpassing behoeft. Het alternatieve eigenrisicomodel en de hier gekozen vormgeving moet nadrukkelijk worden gezien als een maatregel voor de korte termijn. Indien voor deze maatregel wordt gekozen, dan dient dit gepaard te gaan met verdiepend onderzoek naar de mogelijkheden om de vormgeving van het eigenrisicomodel zo goed als mogelijk aan te passen op de over- en ondercompensaties van verzekerden. Eén van die mogelijkheden is de vormgeving van het alternatieve eigenrisicomodel in dit rapport.

## **6.2.5 Keuze niet-ingezetenen bij bandbreedteregeling**

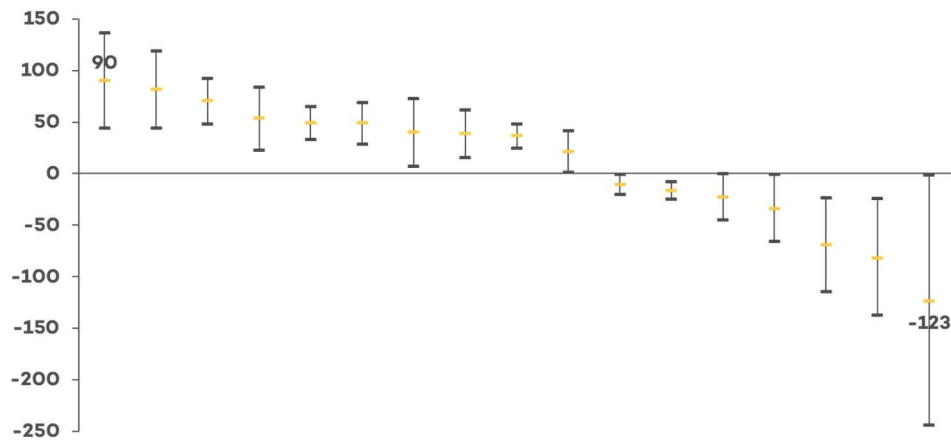
In dit onderzoek worden niet-ingezetenen uitgesloten bij de doorrekening van de bandbreedteregeling en het alternatieve eigenrisicomodel. Het uitsluiten van niet-ingezetenen bij de bandbreedteregeling is bedoeld om dubbeltelling te voorkomen, maar creëert mogelijk een probleem bij uitvoering van de bandbreedteregeling. Dit moet verder uitgezocht worden. Bij de bestuurlijke afwegingen dient een besluit te worden genomen over al dan niet uitsluiten van niet-ingezetenen bij het uitvoeren van de bandbreedteregeling. Daarbij kan ook de samenhang worden betrokken met de maatregelen die in modeljaar 2023 voor de groep niet-ingezetenen worden getroffen. Bij het uitvoeren van het alternatief eigenrisicomodel dienen de niet-ingezetenen analoog aan dit onderzoek te worden uitgesloten.

## 7 Bijlagen

### 7.1 Kwantitatieve analyse drempelwaarde

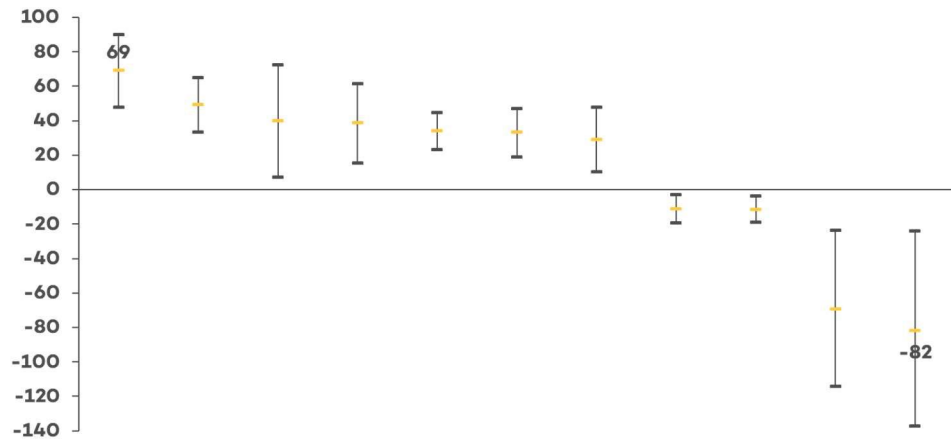
**Figuur 7.1: totaal resultaat polissen met significante afwijking van nul zonder overstapmutaties over 3 jaren**

(€ per verzekerde met 95%-betrouwbaarheidsinterval, op basis van OT-2022)



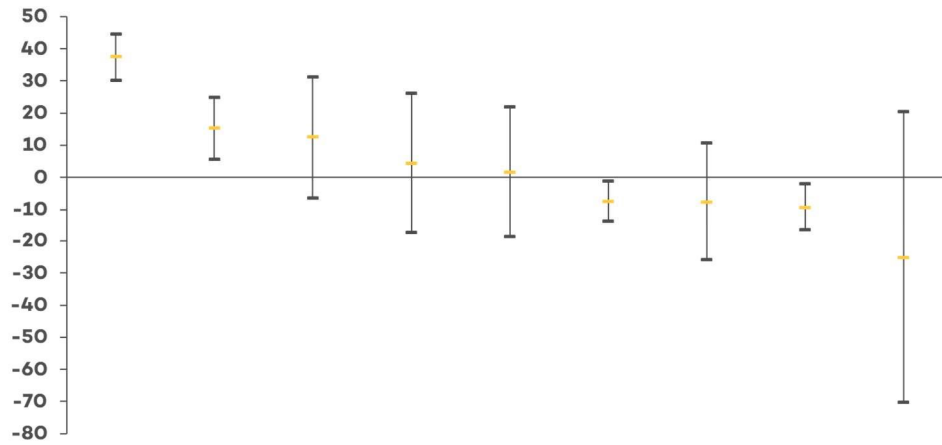
**Figuur 7.2: totaal resultaat risicodragers met significante afwijking van nul zonder overstapmutaties over 3 jaren**

(€ per verzekerde met 95%-betrouwbaarheidsinterval, op basis van OT-2022)



**Figuur 7.3: totaal resultaat concerns met significante afwijking van nul zonder overstapmutaties over 3 jaren**

(€ per verzekerde met 95%-betrouwbaarheidsinterval, op basis van OT-2022)



## 7.2 Kwalitatieve uitvraag resultaat doelmatige inkoop

### Uitvraag aan financieel directeuren van verzekeraars

| Nr | Vraag  | Toelichting  |
|----|--|--|
| 1a | Kunt u een indicatie geven van het resultaat dat met doelmatige zorginkoop kan worden gerealiseerd binnen uw concern?                                | <i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i>                               |
| 1b | Verschilt dat naar type polis*?<br><i>Zo ja, wat is dan per type polis het resultaat dat met doelmatige zorginkoop kan worden gerealiseerd?</i>      | <i>ja/nee/weet ik niet</i><br><i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i> |
| 1c | Zijn er op polisniveau nog andere factoren** die het resultaat dat met doelmatige zorginkoop wordt gerealiseerd beïnvloeden?<br><i>Zo ja, welke?</i> | <i>ja namelijk/nee/weet ik niet</i><br><i>&lt;licht toe&gt;</i>              |
| 2a | Kunt u een indicatie geven van welk voordeel doelmatige zorginkoop kan opleveren ten opzichte van concurrenten (vereveningsresultaat)?               | <i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i>                               |
| 2b | Verschilt dat naar type polis*?<br><i>Zo ja, wat is deze indicatie per type polis?</i>   | <i>ja/nee/weet ik niet</i><br><i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i> |
| 2c | Zijn er op polisniveau nog andere factoren** die het voordeel van doelmatige zorginkoop t.o.v. concurrenten beïnvloeden?<br><i>Zo ja, welke?</i>     | <i>ja namelijk/nee/weet ik niet</i><br><i>&lt;licht toe&gt;</i>              |

Invulformat vraag 1b en 2b

| Uzovi | Naam_ovk_2019 | Po-lis_id | Cate-gorie  | Beper-kende voorw** | Porte-feuil-le-groott e | Popu-latie | Resul-taat zorg-inkoop (1b) | Voor-deel rve re-sul-taat (2b) | Jaar start polis |
|-------|---------------|-----------|-------------|---------------------|-------------------------|------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------|
| 0000  | aabb          | 1         | natura      | j                   | klein                   | ge-zond    |                             |                                | na 2013          |
| 0000  | bbcc          | 2         | resti-tutie | n                   | klein                   | onge-zond  |                             |                                | na 2013          |
|       |               | Etc.      |             |                     |                         |            |                             |                                |                  |

\*gesorteerd naar indeling op type polis o.b.v. categorie – beperkende voorw – portefeuille-grootte – populatie

\*\*naast reeds benoemde polissenmerken

\*\*\*polissen met beperkende voorwaarden worden ook wel aangeduid als budgetpolissen

## Uitvraag aan experts van Nza, Tilburg University en ESHPM

| Nr | Vraag  | Toelichting  |
|----|--|--|
| 1a | Kunt u een indicatie geven van het resultaat dat met doelmatige zorginkoop kan worden gerealiseerd binnen een verzekeraar?                           | <i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i>                               |
| 1b | Verschilt dat naar type polis*?<br><i>Zo ja, wat is dan per type polis het resultaat dat met doelmatige zorginkoop kan worden gerealiseerd?</i>      | <i>ja/nee/weet ik niet</i><br><i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i> |
| 1c | Zijn er op polisniveau nog andere factoren** die het resultaat dat met doelmatige zorginkoop wordt gerealiseerd beïnvloeden?<br><i>Zo ja, welke?</i> | <i>ja namelijk/nee/weet ik niet</i><br><i>&lt;licht toe&gt;</i>              |
| 2a | Kunt u een indicatie geven van welk voordeel doelmatige zorginkoop kan opleveren ten opzichte van concurrenten (vereveningsresultaat)?               | <i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i>                               |
| 2b | Verschilt dat naar type polis*?<br><i>Zo ja, wat is deze indicatie per type polis?</i>   | <i>ja/nee/weet ik niet</i><br><i>in €/verzekerde (min-max), bijv. €5-€10</i> |
| 2c | Zijn er op polisniveau nog andere factoren** die het voordeel van doelmatige zorginkoop t.o.v. concurrenten beïnvloeden?<br><i>Zo ja, welke?</i>     | <i>ja namelijk/nee/weet ik niet</i><br><i>&lt;licht toe&gt;</i>              |

*Invulformat vraag 1b en 2b*

| categorie  | beperkende voorw*** | populatie | portefeuillegrootte |        |       |
|------------|---------------------|-----------|---------------------|--------|-------|
|            |                     |           | klein               | middel | groot |
| natura     | j                   | gezond    |                     |        |       |
| natura     | j                   | ongezond  |                     |        |       |
| natura     | n                   | gezond    |                     |        |       |
| natura     | n                   | ongezond  |                     |        |       |
| restitutie | n                   | gezond    |                     |        |       |
| restitutie | n                   | ongezond  |                     |        |       |
| combinatie | n                   | gezond    |                     |        |       |
| combinatie | n                   | ongezond  |                     |        |       |

\*gesorteerd naar indeling op type polis o.b.v. categorie – beperkende voorw – portefeuillegrootte – populatie

\*\*naast reeds benoemde polissenmerken

\*\*\*polissen met beperkende voorwaarden worden ook wel aangeduid als budgetpolissen

## 7.3 Effect bandbreedteregeling op totaalresultaat

**Tabel 7.1: Resultaatverschil door overstap van 2018 naar 2019 per polistype**  
(€ per verzekerde, OT-2022, totaalresultaat, drempelwaarde €50, nacalculatiepercentage 90%)

| Polistype           | Geen BB | V1          | V2           |
|---------------------|---------|-------------|--------------|
| Beperkende voorw.   | 34,2    | 17,7 (-48%) | 13,7 (-60%)  |
| 10% laagste premies | 35,7    | 27,3 (-24%) | 23,2 (-35%)  |
| Korting ER >€250    | 16,8    | 7,1 (-58%)  | 5,2 (-69%)   |
| Restitutie          | -37,4   | -33,9 (-9%) | -18,8 (-50%) |
| Overig              | -2,6    | -0,4 (-84%) | -3,8 (50%)   |

**Tabel 7.2 Resultaat buiten de bandbreedte per drempelwaarde en variant**  
(€ x mln, OT 2022, totaalresultaat, geen nacalculatie)

| Drempel | V1  | V2  |
|---------|-----|-----|
| €100    | 3   | -28 |
| €75     | 20  | -31 |
| €50     | 66  | -13 |
| €30     | 131 | 16  |
| €20     | 177 | 22  |
| €10     | 240 | 15  |

**Tabel 7.3 Aantal polissen onder de regeling per drempelwaarde en variant**  
(Totaalresultaat, totaal aantal polissen in OT-2022 is 59)

| Drempel | Binnen bandbreedte |    | Boven drempel | Onder drempel |
|---------|--------------------|----|---------------|---------------|
|         | V1                 | V2 | V1 & V2       | V2            |
| €100    | 54                 | 49 | 5             | 5             |
| €75     | 51                 | 42 | 8             | 9             |
| €50     | 41                 | 30 | 18            | 11            |
| €30     | 37                 | 21 | 22            | 16            |
| €20     | 33                 | 14 | 26            | 19            |
| €10     | 29                 | 7  | 30            | 22            |

**Tabel 7.4 Aantal verzekerden onder de regeling per drempelwaarde en variant**  
(Totaalresultaat, verzekerdenjaren x mln, OT 2022, totaal aantal is 17,1 mln)

| Drempel | Binnen bandbreedte |      | Boven drempel | Onder drempel |
|---------|--------------------|------|---------------|---------------|
|         | V1                 | V2   | V1 & V2       | V2            |
| €100    | 16,8               | 16,4 | 0,3           | 0,4           |
| €75     | 16,3               | 15,2 | 0,8           | 1,1           |
| €50     | 14,2               | 13,0 | 2,9           | 1,2           |
| €30     | 13,7               | 11,6 | 3,4           | 2,1           |
| €20     | 11,2               | 6,5  | 5,8           | 4,8           |
| €10     | 10,3               | 2,6  | 6,8           | 7,7           |

**Tabel 7.5 Herverdelingsbedrag per premie-equivalent naar drempelwaarde, nacalculatiepercentage en variant**  
(Totaalresultaat, € per verzekerde, OT 2022)

| Drempel | 90%  |      | 50% |      |
|---------|------|------|-----|------|
|         | V1   | V2   | V1  | V2   |
| €100    | 0,2  | -2,1 | 0,1 | -1,1 |
| €75     | 1,5  | -2,3 | 0,8 | -1,3 |
| €50     | 4,9  | -1,0 | 2,7 | -0,6 |
| €30     | 9,7  | 1,2  | 5,4 | 0,7  |
| €20     | 13,2 | 1,6  | 7,3 | 0,9  |
| €10     | 17,8 | 1,1  | 9,9 | 0,6  |

**Tabel 7.6 Relatieve verandering van de richtingscoëfficiënt van de gezondste polissen<sup>13</sup> per drempelwaarde en nacalculatiepercentage**  
(Totaalresultaat, % t.o.v. richtingscoëfficiënt zonder bandbreedteregeling: -0,087, hoe blauwer hoe groter het effect en hoe roder hoe kleiner het effect)

| Drempel | 90%  |      | 50%  |      |
|---------|------|------|------|------|
|         | V1   | V2   | V1   | V2   |
| €100    | -2%  | -6%  | -1%  | -4%  |
| €75     | -8%  | -15% | -4%  | -9%  |
| €50     | -23% | -33% | -13% | -18% |
| €30     | -37% | -50% | -21% | -28% |
| €20     | -45% | -60% | -25% | -33% |
| €10     | -53% | -73% | -30% | -40% |

<sup>13</sup> De gezondste polissen zijn polissen met een gemiddelde bijdrage lager dan de landelijk gemiddelde bijdrage



**Tabel 7.7 Relatieve verandering van de richtingscoëfficiënt van de gezondste risicodragers<sup>14</sup> per drempelwaarde en nacalculatiepercentage**

(Totaalresultaat, % t.o.v. richtingscoëfficiënt zonder overstappersregeling: -0,074, hoe blauwer hoe groter en hoe roder hoe kleiner het effect)

| Drempel | 90%  |      | 50%  |      |
|---------|------|------|------|------|
|         | V1   | V2   | V1   | V2   |
| €100    | 0%   | -2%  | 0%   | -1%  |
| €75     | -14% | -16% | -8%  | -9%  |
| €50     | -28% | -30% | -15% | -17% |
| €30     | -41% | -50% | -23% | -28% |
| €20     | -49% | -61% | -27% | -34% |
| €10     | -57% | -74% | -31% | -41% |

**Tabel 7.8: Percentage verzekeren van afgeroomde polissen**

(Totaalresultaat, OT-2022)

| Drempel-waarde | V1           |                 | V2           |                 |
|----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|
|                | Overstappers | Alle verzekeren | Overstappers | Alle verzekeren |
| €100           | 4%           | 2%              | 7%           | 4%              |
| €75            | 9%           | 9%              | 20%          | 13%             |
| €50            | 28%          | 16%             | 40%          | 23%             |
| €30            | 32%          | 22%             | 47%          | 34%             |
| €20            | 54%          | 28%             | 76%          | 70%             |
| €10            | 62%          | 41%             | 92%          | 96%             |

**Tabel 7.9: GGAA op polisniveau per variant en drempelwaarde**

(Totaalresultaat, €/verzekerde en % t.o.v. GGAA zonder regeling, OT 2022, hoe blauwer hoe groter en hoe roder hoe kleiner de afwijking binnen de subgroepen)

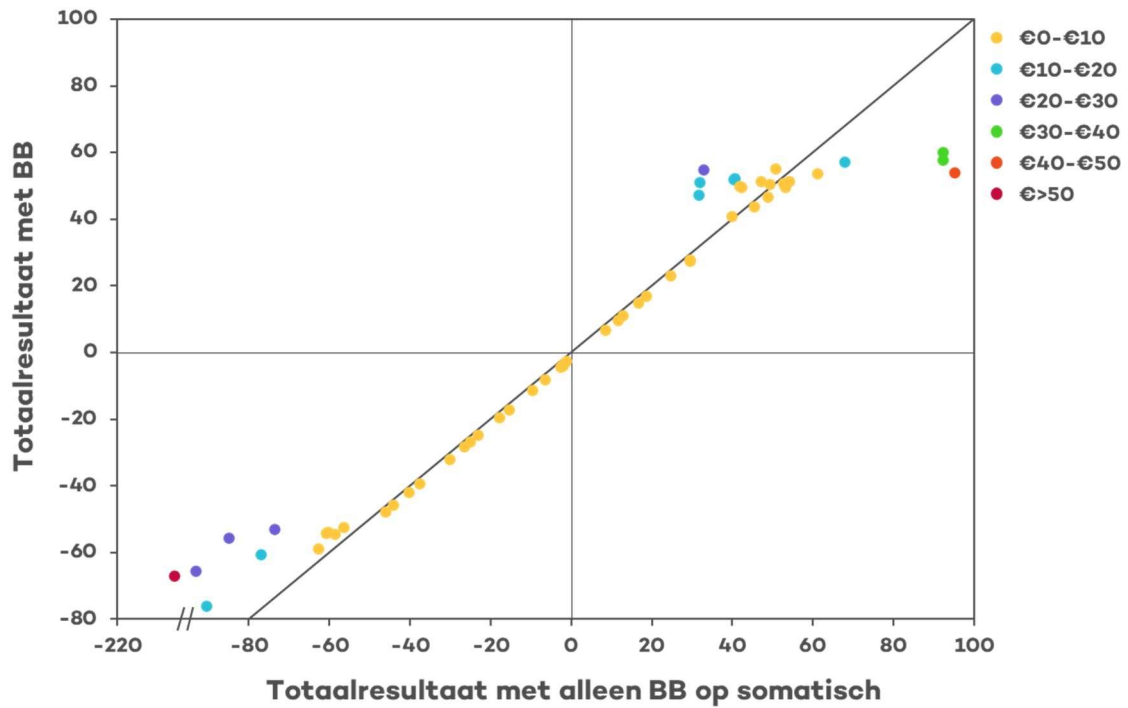
| Drempel | 90%  |      |      |      | 50%  |      |      |      |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|         | V1   |      | V2   |      | V1   |      | V2   |      |
|         | GGAA | Δ    | GGAA | Δ    | GGAA | Δ    | GGAA | Δ    |
| Geen    | 36,3 |      | 36,3 |      | 36,3 |      | 36,3 |      |
| €100    | 36,1 | -1%  | 34,8 | -4%  | 36,2 | 0%   | 35,5 | -2%  |
| €75     | 35,1 | -3%  | 32,9 | -9%  | 35,6 | -2%  | 34,4 | -5%  |
| €50     | 32,4 | -11% | 28,8 | -21% | 34,1 | -6%  | 32,1 | -12% |
| €30     | 29,1 | -20% | 23,2 | -36% | 32,0 | -12% | 29,1 | -20% |
| €20     | 26,9 | -26% | 18,6 | -49% | 30,7 | -15% | 26,5 | -27% |
| €10     | 24,1 | -34% | 11,7 | -68% | 29,0 | -20% | 22,6 | -38% |

<sup>14</sup> De gezondste risicodragers zijn risicodragers met een gemiddelde bijdrage lager dan de landelijk gemiddelde bijdrage

## 7.4 Verschil somatisch en totaalresultaat na bandbreedteregeling

**Figuur 7.4: Relatie tussen totaalresultaat na BB en totaalresultaat na BB op alleen somatisch resultaat (GGZ en ER ongemoeid)**

(€/verzekerde, drempel €50, nacalc. 90%, kleur geeft absolute afwijking)



## 7.5 Effect bandbreedteregeling op overstappers

**Tabel 7.10: Resultaatverschil door overstap van 2018 naar 2019**

(% t.o.v. resultaatverschil (€/verz.) zonder bandbreedte, OT 2022)

| Type polis                              | 90%                  |       | 50%  |      |
|---|----------------------|-------|------|------|
|   | V1                   | V2    | V1   | V2   |
| <b>Beperkende voorwaarden</b>           |                      |       |      |      |
| €100                                    | -5%                  | -9%   | -3%  | -5%  |
| €75                                     | -25%                 | -32%  | -14% | -18% |
| €50                                     | -60%                 | -70%  | -34% | -39% |
| €30                                     | -72%                 | -84%  | -40% | -47% |
| €20                                     | -72%                 | -91%  | -40% | -50% |
| €10                                     | -73%                 | -94%  | -41% | -52% |
| Resultaatverschil 2019 – 2018 zonder BB | 30,3 (68,3 – 38,0)   |       |      |      |
| <b>Laagste 10% premies</b>              |                      |       |      |      |
| €100                                    | -12%                 | -16%  | -7%  | -9%  |
| €75                                     | -28%                 | -34%  | -15% | -19% |
| €50                                     | -36%                 | -45%  | -20% | -25% |
| €30                                     | -55%                 | -67%  | -31% | -37% |
| €20                                     | -67%                 | -85%  | -37% | -47% |
| €10                                     | -77%                 | -97%  | -43% | -54% |
| Resultaatverschil 2019 – 2018 zonder BB | 31,7 (69,4 – 37,7)   |       |      |      |
| <b>Korting ER &gt;250</b>               |                      |       |      |      |
| €100                                    | -9%                  | -8%   | -5%  | -5%  |
| €75                                     | -33%                 | -35%  | -18% | -19% |
| €50                                     | -65%                 | -70%  | -36% | -39% |
| €30                                     | -81%                 | -78%  | -45% | -44% |
| €20                                     | -83%                 | -93%  | -46% | -52% |
| €10                                     | -88%                 | -101% | -49% | -56% |
| Resultaatverschil 2019 – 2018 zonder BB | 16,0 (30,8 – 14,8)   |       |      |      |
| <b>Restitutiepolissen</b>               |                      |       |      |      |
| €100                                    | -1%                  | -17%  | -1%  | -9%  |
| €75                                     | -5%                  | -30%  | -3%  | -16% |
| €50                                     | -13%                 | -50%  | -7%  | -28% |
| €30                                     | -21%                 | -64%  | -12% | -36% |
| €20                                     | -24%                 | -65%  | -13% | -36% |
| €10                                     | -24%                 | -72%  | -14% | -40% |
| Resultaatverschil 2019 – 2018 zonder BB | -28,5 (-32,7 – -4,3) |       |      |      |
| <b>Overige polissen</b>                 |                      |       |      |      |
| €100                                    | -5%                  | 22%   | -3%  | 12%  |
| €75                                     | -28%                 | 15%   | -15% | 8%   |

|  |                    |      |      |      |
|--|--------------------|------|------|------|
| €50                                      | -66%               | -4%  | -37% | -2%  |
| €30                                      | -85%               | -4%  | -47% | -2%  |
| €20                                      | -89%               | -32% | -49% | -18% |
| €10                                      | -99%               | -35% | -55% | -20% |
| Resultaatsverschil 2019 – 2018 zonder BB | -3,8 (-5,9 - -2,0) |      |      |      |

**Tabel 7.11: Resultaatverschil door overstap 2018 naar 2019 per risicodragers**  
(€ per verzekerde, OT 2022, drempel €50, nacalculatie 90%)

| Risicodragers | Geen BB | V1  | V2  |
|---------------|---------|-----|-----|
| 1             | -43     | -40 | -14 |
| 2             | -8      | -5  | 0   |
| 3             | 9       | 11  | 7   |
| 4             | -11     | -14 | -10 |
| 5             | -7      | -4  | -3  |
| 6             | -4      | -1  | -3  |
| 7             | -14     | -3  | -2  |
| 8             | -9      | -6  | -4  |
| 9             | -15     | -11 | -13 |
| 10            | 4       | -2  | 0   |
| 11            | 1       | -12 | -14 |
| 12            | -4      | -2  | -3  |
| 13            | -11     | -8  | -10 |
| 14            | 0       | 3   | 1   |
| 15            | -9      | -6  | -7  |
| 16            | -27     | -24 | -26 |
| 17            | -3      | -1  | -4  |
| 18            | 3       | 2   | -1  |
| 19            | 4       | 10  | 7   |
| 20            | 13      | 4   | 1   |
| 21            | -3      | 3   | 0   |
| 22            | 7       | 4   | 1   |
| 23            | 33      | 7   | 4   |

## 7.6 Effect bandbreedteregeling op GGAA

De onderstaande tabel geeft de GGAA per variant (incl. verandering t.o.v. GGAA zonder regeling) wat als maat voor prikkel tot risicoselectie kan worden gezien.

**Tabel 7.12: GGAA per variant en drempelwaarde**

(€ per verzekerde en % t.o.v. GGAA zonder regeling: OT 2022, hoe blauwer hoe groter de afwijking en hoe roder hoe kleiner de afwijking binnen de subgroepen)

|                           | 90%       |           | 50%       |           |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Drempel                   | V1        | V2        | V1        | V2        |
| <b>Polisniveau</b>        | Δ         |           | Δ         |           |
| Geen                      | 37,2      | 37,2      | 37,2      | 37,2      |
| €100                      | 36,9 -1%  | 35,9 -4%  | 37,1 0%   | 36,5 -2%  |
| €75                       | 35,7 -4%  | 34,1 -8%  | 36,4 -2%  | 35,5 -5%  |
| €50                       | 32,8 -12% | 30,0 -19% | 34,8 -7%  | 33,2 -11% |
| €30                       | 28,8 -23% | 24,5 -34% | 32,6 -13% | 30,2 -19% |
| €20                       | 26,4 -29% | 19,3 -48% | 31,2 -16% | 27,2 -27% |
| €10                       | 23,5 -37% | 12,4 -67% | 29,5 -21% | 23,4 -37% |
| <b>Risicodragerniveau</b> | Δ         |           | Δ         |           |
| Geen                      | 22,1      | 22,1      | 22,1      | 22,1      |
| €100                      | 22,3 1%   | 21,5 -3%  | 22,2 0%   | 21,8 -2%  |
| €75                       | 22,0 -1%  | 20,8 -6%  | 22,1 0%   | 21,4 -3%  |
| €50                       | 20,9 -5%  | 19,0 -14% | 21,5 -3%  | 20,4 -8%  |
| €30                       | 18,8 -15% | 16,1 -27% | 20,3 -8%  | 18,8 -15% |
| €20                       | 17,2 -23% | 12,7 -43% | 19,4 -13% | 16,9 -24% |
| €10                       | 15,1 -32% | 8,1 -63%  | 18,2 -18% | 14,4 -35% |
| <b>Concernniveau</b>      | Δ         |           | Δ         |           |
| Geen                      | 17,5      | 17,5      | 17,5      | 17,5      |
| €100                      | 17,7 1%   | 16,9 -3%  | 17,6 1%   | 17,1 -2%  |
| €75                       | 17,6 1%   | 16,2 -7%  | 17,5 0%   | 16,8 -4%  |
| €50                       | 16,5 -6%  | 14,7 -16% | 16,9 -3%  | 16,0 -9%  |
| €30                       | 14,9 -15% | 12,6 -28% | 16,0 -8%  | 14,8 -16% |
| €20                       | 13,8 -21% | 9,6 -45%  | 15,4 -12% | 13,1 -25% |
| €10                       | 12,3 -30% | 5,8 -67%  | 14,6 -17% | 10,9 -38% |

## 7.7 Effect alternatief eigenrisicomodel op resultaat leeftijdsklassen

**Tabel 7.13 Impact alternatief eigenrisicomodel op LG-categorieën (€ per verzekerde, OT 2022)**

| L5 G | Leeftijdsklasse          | Ge-slacht | Resultaat ER-model OT2022 | Resultaat alt. eigenrisicomodel | Delta ER - OT | Verz.jrn |
|------|--------------------------|-----------|---------------------------|---------------------------------|---------------|----------|
| 1    | 0-jarigen geboren in t   | Man       | 0                         | 0                               | 0             | 42.519   |
| 2    | 0-jarigen geboren in t-1 | Man       | 0                         | 0                               | 0             | 44.002   |
| 3    | 1 t/m 4 jaar             | Man       | 0                         | 0                               | 0             | 353.032  |
| 4    | 5 t/m 9 jaar             | Man       | 0                         | 0                               | 0             | 464.634  |
| 5    | 10 t/m 14 jaar           | Man       | 0                         | 0                               | 0             | 484.875  |
| 6    | 15 t/m 17 jaar           | Man       | 0                         | 0                               | 0             | 312.154  |
| 7    | 18 t/m 24 jaar           | Man       | 3                         | -98                             | -101          | 731.658  |
| 8    | 25 t/m 29 jaar           | Man       | 3                         | -98                             | -101          | 546.352  |
| 9    | 30 t/m 34 jaar           | Man       | 3                         | -92                             | -95           | 530.494  |
| 10   | 35 t/m 39 jaar           | Man       | 4                         | -84                             | -88           | 506.378  |
| 11   | 40 t/m 44 jaar           | Man       | 4                         | -71                             | -75           | 496.914  |
| 12   | 45 t/m 49 jaar           | Man       | 4                         | -54                             | -58           | 592.072  |
| 13   | 50 t/m 54 jaar           | Man       | 4                         | -31                             | -34           | 632.665  |
| 14   | 55 t/m 59 jaar           | Man       | 2                         | 0                               | -2            | 612.464  |
| 15   | 60 t/m 64 jaar           | Man       | -1                        | 33                              | 34            | 547.928  |
| 16   | 65 t/m 69 jaar           | Man       | -5                        | 63                              | 68            | 489.494  |
| 17   | 70 t/m 74 jaar           | Man       | -9                        | 88                              | 97            | 452.428  |
| 18   | 75 t/m 79 jaar           | Man       | -13                       | 110                             | 123           | 290.493  |
| 19   | 80 t/m 84 jaar           | Man       | -15                       | 122                             | 136           | 184.674  |
| 20   | 85 t/m 89 jaar           | Man       | -15                       | 126                             | 141           | 93.065   |
| 21   | 90 jaar en ouder         | Man       | -13                       | 121                             | 134           | 35.952   |
| 22   | 0-jarigen geboren in t   | Vrouw     | 0                         | 0                               | 0             | 40.454   |
| 23   | 0-jarigen geboren in t-1 | Vrouw     | 0                         | 0                               | 0             | 41.716   |
| 24   | 1 t/m 4 jaar             | Vrouw     | 0                         | 0                               | 0             | 335.523  |
| 25   | 5 t/m 9 jaar             | Vrouw     | 0                         | 0                               | 0             | 442.214  |
| 26   | 10 t/m 14 jaar           | Vrouw     | 0                         | 0                               | 0             | 462.415  |
| 27   | 15 t/m 17 jaar           | Vrouw     | 0                         | 0                               | 0             | 297.539  |
| 28   | 18 t/m 24 jaar           | Vrouw     | 2                         | -40                             | -43           | 707.096  |
| 29   | 25 t/m 29 jaar           | Vrouw     | 3                         | -26                             | -29           | 539.716  |
| 30   | 30 t/m 34 jaar           | Vrouw     | 4                         | -11                             | -15           | 528.587  |
| 31   | 35 t/m 39 jaar           | Vrouw     | 5                         | -17                             | -22           | 510.608  |
| 32   | 40 t/m 44 jaar           | Vrouw     | 5                         | -17                             | -22           | 506.486  |
| 33   | 45 t/m 49 jaar           | Vrouw     | 4                         | -6                              | -11           | 602.837  |
| 34   | 50 t/m 54 jaar           | Vrouw     | 3                         | 11                              | 8             | 631.392  |
| 35   | 55 t/m 59 jaar           | Vrouw     | 2                         | 26                              | 24            | 615.881  |
| 36   | 60 t/m 64 jaar           | Vrouw     | 0                         | 45                              | 45            | 554.027  |
| 37   | 65 t/m 69 jaar           | Vrouw     | -3                        | 66                              | 69            | 499.575  |
| 38   | 70 t/m 74 jaar           | Vrouw     | -7                        | 88                              | 95            | 474.999  |
| 39   | 75 t/m 79 jaar           | Vrouw     | -10                       | 106                             | 117           | 328.733  |
| 40   | 80 t/m 84 jaar           | Vrouw     | -12                       | 117                             | 129           | 243.166  |
| 41   | 85 t/m 89 jaar           | Vrouw     | -11                       | 115                             | 125           | 159.432  |
| 42   | 90 jaar en ouder         | Vrouw     | -6                        | 99                              | 104           | 92.047   |



