

Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt

Danielle Duijmelinck MSc
Prof.dr. Wynand van de Ven
Dr. Rene van Vliet
Dr. Richard van Kleef



2013.08

Ziektekostenverzekering (ZKV)



Overstappedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt

Publicatiedatum

Mei 2013

Auteurs

Daniëlle Duijmelinck MSc

Prof.dr. Wynand van de Ven

Dr. René van Vliet

Dr. Richard van Kleef

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Tel. 010-408 8555

research@bmg.eur.nl

www.bmg.eur.nl



Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport berust geheel bij de auteurs. De in dit rapport genoemde opvattingen komen niet noodzakelijkerwijs overeen met die van de NZa. De auteurs danken medewerkers van de NZa, en in het bijzonder Katalin Katona en Rein Halbersma, voor hun waardevolle opmerkingen op eerdere versies van dit rapport.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding.....	11
2. Literatuuronderzoek naar overstappers op de zorgverzekeringsmarkt.....	15
2.1 Landelijke gegevens	15
2.2 Steekproeven.....	20
2.3 Conclusie	23
3. Data en methode empirisch onderzoek.....	24
3.1 Data.....	24
3.2 Methode.....	25
3.3 Vernieuwende aspecten	30
4. Resultaten empirisch onderzoek	31
4.1 Overstapgedrag en vereveningskenmerken.....	31
4.1.1 Percentage overstappers per afzonderlijk vereveningskenmerk	31
4.1.2 Percentage overstappers voor combinaties van vereveningskenmerken	37
4.1.3 Percentage overstappers voor subgroepen op basis van normkosten	39
4.1.4 Gezamenlijke verklaringskracht vereveningskenmerken.....	39
4.2 Zorgkosten van de overstappers versus de niet-overstappers	40
4.2.1 Kenmerken van de overstappers versus de niet-overstappers.....	40
4.2.2 Zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers.....	42
4.2.3 Zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers per zorgverzekeraar	44
4.3 Conclusie	50
5. Conclusie, discussie en nader onderzoek	51
5.1 Beantwoording onderzoeksvragen.....	51
5.2 Conclusie en discussie	56
5.2.1 Overstapgedrag.....	56
5.2.2 Overstapgedrag en risicoselectie	57
5.3 Nader onderzoek	63
Literatuur	66
Appendix 1. Aanvullende grafieken.....	68
Appendix 2. Figuur 18.....	69

Samenvatting

Een belangrijke doelstelling van gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg is dat concurrerende zorgverzekeraars als belangenbehartigers van hun verzekerden kritisch zorg inkopen bij zorgaanbieders. Verzekerden hebben jaarlijks de mogelijkheid om desgewenst naar een andere zorgverzekeraar over te stappen. Dit stimuleert zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg tegen een redelijke prijs voor hun verzekerden in te kopen. Om de beoogde effecten van gereguleerde concurrentie te behalen is het van belang dat verzekerden geen belemmeringen ervaren om over te stappen.

Een beperkte geneigdheid van bepaalde subgroepen van verzekerden om over te stappen kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars geen of beperkte prikkels hebben om bij hun inkoopbeleid in te spelen op de wensen en preferenties van deze subgroepen. Dit zou kunnen betekenen dat zorgverzekeraars mogelijk niet geïnteresseerd zijn om te investeren in kwalitatief goede zorg voor hen. Dit maakt het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt een belangrijk aandachtspunt voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die goedwerkende zorgmarkten maakt en bewaakt, en toezicht houdt op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Gegeven het cruciale belang van effectieve consumentenkeuzen is inzicht nodig in de vraag welke subgroepen van verzekerden veel, weinig of niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Voorts is het relevant om inzicht te hebben in de mate waarin bij het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt sprake is van risicoselectie en in hoeverre er een 'gelijk speelveld' voor de zorgverzekeraars is. Risicoselectie wordt gedefinieerd als: *“acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd”*.¹

Risicoselectie omvat zowel selectie door de verzekerde ('antiselectie') als selectie door de verzekeraar ('gunstige-risicoselectie'). Bij veel vormen van risicoselectie is sprake van beide ('interacties'): zowel acties van de verzekerden als acties van de zorgverzekeraar. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de zorgverzekeraar verschillende varianten van de zorgverzekering aanbiedt en verzekerden via zelfselectie hun favoriete variant kiezen. In beginsel bestaan er veel acties (door verzekerden en zorgverzekeraars) die als risicoselectie kunnen worden gekwalificeerd, bijvoorbeeld selectieve zorginkoop, selectieve marketing, koppelverkoop, het kiezen voor een vrijwillig eigen risico, aanvullende verzekeringen en collectiviteiten. De meeste van deze acties zijn niet strijdig met de wet.

¹ Deze definitie is gelijk aan de definitie van risicoselectie in Van de Ven *et al.* (2013) omdat het "niet volledig realiseren van de beoogde risicosolidariteit" hetzelfde is als het "niet volledig poolen van de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden". (Inkomenssolidariteit blijft in dit rapport buiten beschouwing.)

De woorden 'doel of gevolg' in de definitie van risicoselectie impliceren dat ook sprake kan zijn van (1) acties met als gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd zonder dat dit het doel van de acties was (omdat de acties een ander doel hadden), of (2) acties met als doel het ondergraven van de beoogde risicosolidariteit zonder dat dit doel wordt gerealiseerd (bijvoorbeeld omdat alle verzekerden of verzekeraars even succesvol zijn in risicoselectie). Veelal is niet duidelijk of marktsegmentatie het doel of het gevolg is van bepaalde acties. Marktsegmentatie waardoor de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd, kan bijvoorbeeld het neveneffect zijn van een doelgroepenbenadering waarbij de betreffende verzekeraar zich om andere redenen richt op dit marktsegment. Daarnaast kan marktsegmentatie het gevolg zijn van de keuze voor een vrijwillig eigen risico door gezonde verzekerden.

Risicoselectie kan leiden tot een afname van de kwaliteit van zorg voor bepaalde groepen verzekerden, bijvoorbeeld chronisch zieken, en tot een afname van de solidariteit en de doelmatigheid op de zorgverzekeringsmarkt. Dit maakt het overstappedrag op de zorgverzekeringsmarkt een belangrijk aandachtspunt voor de NZa, die goedwerkende zorgmarkten maakt en bewaakt, en toezicht houdt op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Voor de marktmeester NZa is het daarom van belang te weten in hoeverre de groepen overstappers en niet-overstappers selectieve groepen verzekerden vormen in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening. Hierbij gaat het niet alleen om de groepen overstappers en niet-overstappers *als geheel*, maar ook om de groepen overstappers (de in- en uitstroom) en niet-overstappers *per zorgverzekeraar*.

Tegen deze achtergrond hebben in dit in opdracht van de NZa uitgevoerde onderzoek, vier onderzoeksvragen over het overstappedrag² van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt centraal gestaan:

1. *Welke subgroepen van verzekerden stappen veel, weinig of niet over naar een andere zorgverzekeraar?*

Het overstapperpercentage tussen leeftijdsgroepen varieert met ten minste een factor 10. Jongeren stappen vaker over dan ouderen. Vrouwen tussen de 18 en 30 jaar stappen circa 20 procent vaker over dan mannen tussen de 18 en 30 jaar. Gezonde verzekerden stappen op iedere leeftijd 10 tot 20 procent vaker over dan ongezonde verzekerden. Voorts stappen

² In dit onderzoek ligt de focus op het overstappedrag van verzekerden per 1 januari 2009. Een overstapper wordt gedefinieerd als een verzekerde die voor de *zorgverzekering* op 1 januari 2009 bij een andere zorgverzekeraar (risicodragers) is verzekerd dan op 31 december 2008.

werknemers bijna twee keer zo vaak over als verzekerden met een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering, en stappen verzekerden met een hoog inkomen of een hoog opleidingsniveau vaker over dan verzekerden met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau. Verzekerden die (waarschijnlijk) in een verzorgingstehuis of verpleegtehuis wonen, stappen relatief weinig over. Naarmate de op basis van de risicoverevening berekende normkosten-2009 van een verzekerde toenemen van een paar honderd euro tot 10.000 euro, daalt het overstappercentage per 1 januari 2009 van circa 5 procent tot 0,5 procent. In totaal stapte in ons onderzoeksbestand circa drie procent van de verzekerden over op 1 januari 2009.

2. *Op basis van welke kenmerken onderscheiden de overstappers zich van de niet-overstappers, bijvoorbeeld in leeftijd, geslacht, gezondheid en zorgkosten?*

De overstappers per 1 januari 2009 zijn gemiddeld relatief jong en gezond, en hebben gemiddeld lagere zorgkosten dan de niet-overstappers. In de drie jaren voor de overstap hebben de overstappers ruim 40 procent lagere zorgkosten dan de niet-overstappers. In de twee jaar na de overstap is dit verschil gereduceerd tot circa 35%. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding kan zijn dat verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar vanwege een gunstige dekking van de aanvullende verzekering voor zorgvormen die complementair zijn aan basiszorg die men in de nabije toekomst verwacht nodig te hebben. Nader onderzoek naar de motieven voor het overstapedrag van verzekerden kan hier helderheid bieden.

3. *In welke mate vormen de overstappers en de niet-overstappers selectieve groepen verzekerden in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening?*

Indien rekening wordt gehouden met de risicoverevening blijken de verschillen in zorgkosten tussen de overstappers en de niet-overstappers op 1 januari 2009, gemiddeld over de twee jaar na de overstap, vrijwel geheel te verdwijnen. Zonder risicoverevening en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie zou de winst op de overstappers, die gemiddeld relatief jong en gezond zijn, na de overstap ruim 500 euro per verzekerde per jaar bedragen. Na toepassing van de risicoverevening wordt over de eerste twee jaar na de overstap op de

overstappers als geheel gemiddeld vrijwel geen winst of verlies gemaakt.³ In het jaar vóór de overstap bedraagt de gemiddelde winst per overstapper 89 euro.

4. *In welke mate vormen de overstappers⁴ en de niet-overstappers **per zorgverzekeraar** selectieve groepen verzekerden in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening?*

Tussen de zorgverzekeraars is sprake van forse verschillen in winst en verlies op de in- en uitstromers per 1 januari 2009. In het eerste jaar na de overstap varieert het gemiddelde financiële resultaat per instromer per zorgverzekeraar, na toepassing van de risicoverevening-2012 en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie, van -94 euro tot +184 euro.⁵ Voor de uitstromers variëren deze bedragen van -192 tot 129 euro. Deze vier uiterste bedragen doen zich bij slechts twee zorgverzekeraars voor.⁶ Verschillen in winst en verlies tussen de zorgverzekeraars doen zich niet alleen voor bij de overstappers, maar ook bij de niet-overstappers (per 1 januari 2009 gemiddeld 97 procent van de verzekerden). In het jaar ná de (niet-)overstap bedraagt het grootste gemiddelde verlies per niet-overstapper 99 euro per jaar en de hoogste gemiddelde winst 86 euro per jaar.

Opvallend is dat de negen zorgverzekeraars met het hoogste verlies per niet-overstapper vrijwel steeds ook verlies maken op de instromers; en dat de zes zorgverzekeraars met de hoogste winst per instromer behoren tot de acht zorgverzekeraars met de hoogste winst per niet-overstapper. Een sterke samenhang in financieel resultaat zoals tussen de niet-overstappers en de instromers doet zich niet voor tussen de niet-overstappers en de uitstromers.

De meest opvallende bevinding betreft zorgverzekeraar 25 (zie Figuur 17). Deze zorgverzekeraar heeft de hoogste winst per niet-overstapper en de hoogste winst per instromer. Daarnaast heeft deze zorgverzekeraar het grootste “verlies” per uitstromer in het jaar ná de overstap, hetgeen gezien vanuit de zorgverzekeraar financieel gunstig is.

De conclusie is dat risicoselectie (bij de in- en uitstroom van verzekerden) de enige verklaring is voor de bevindingen ten aanzien van de significante winsten en verliezen op de in- en uitstromers bij een aantal zorgverzekeraars. Het is hierbij van belang dat risicoselectie zowel selectie door de verzekerde (‘antiselectie’) als selectie door de verzekeraar (‘gunstigerisicoselectie’) omvat. Bij veel vormen van risicoselectie is sprake van beide (‘interacties’):

³ Het verschil tussen de gemiddelde normkosten en de gemiddelde werkelijke zorgkosten kan bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie worden geïnterpreteerd als (een indicatie van) het ‘gemiddelde financiële resultaat’ (winst of verlies).

⁴ i.e. de in- en uitstromers.

⁵ Exclusief de bandbreedte-regeling.

⁶ En dus niet bij in totaal vier verschillende zorgverzekeraars.

zowel acties van de verzekerden als acties van de zorgverzekeraar. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de zorgverzekeraar verschillende varianten van de zorgverzekering aanbiedt en verzekerden via zelfselectie hun favoriete variant kiezen.

In beginsel bestaan er veel acties (door verzekerden en zorgverzekeraars) die als risicoselectie kunnen worden gekwalificeerd, bijvoorbeeld selectieve zorginkoop, selectieve marketing, koppelverkoop, het kiezen voor een vrijwillig eigen risico, aanvullende verzekeringen en collectiviteiten. De meeste van deze acties zijn niet strijdig met de wet.

De conclusie dat bij een aantal zorgverzekeraars op 1 januari 2009 sprake was van risicoselectie roept nieuwe vragen op die van belang zijn om de relevantie van de bevindingen te kunnen duiden, maar op basis van het hier verrichte onderzoek niet kunnen worden beantwoord, zoals:

- Welke vormen van risicoselectie (i.e. selectie-activiteiten) leiden tot deze selectieve in- en uitstroom van verzekerden?
- Is marktsegmentatie het doel of alleen een gevolg (van de selectie-activiteiten)?
- Was de geconstateerde risicoselectie bij de in- en uitstroom op 1 januari 2009 een eenmalig verschijnsel, of is risicoselectie bij de in- en uitstroom van verzekerden een structurele trend die al jaren gaande was vóór 2009, en ook in de jaren na 2009 heeft plaatsgevonden?
- In welke mate zorgt risicoselectie bij het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt voor een 'ongelijk speelveld' voor de zorgverzekeraars?
- In welke mate vormt risicoselectie bij het overstapgedrag een bedreiging voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en voor de door de wetgever beoogde solidariteit?
- In hoeverre is, naast de in dit onderzoek geconstateerde risicoselectie bij het "overstappen naar een *andere zorgverzekeraar*", ook sprake van risicoselectie bij het "overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering bij *dezelfde zorgverzekeraar*"?⁷

Nader onderzoek

Hoewel dit onderzoek een aantal nieuwe bevindingen heeft opgeleverd, roept het ook nieuwe vragen op die met onderstaand nader onderzoek kunnen worden beantwoord.

⁷ Het effect van risicoselectie op het goed functioneren van de zorgmarkten kan bij het overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar hetzelfde zijn als het effect van risicoselectie bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Permanente monitoring van (de motieven voor) het overstapgedrag

De bevinding dat de overstapgeneigdheid verschilt voor subgroepen van verzekerden en dat bij het overstapgedrag op 1 januari 2009 sprake was van risicoselectie, betekent dat het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt van invloed kan zijn op het goed functioneren van de zorgmarkten en op de mate waarin de door de wetgever beoogde publieke belangen, te weten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, worden gerealiseerd. Nader onderzoek kan hier meer inzicht in geven.

Nagaan welke subgroepen van verzekerden overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar

In dit rapport is alleen nagegaan in hoeverre voor subgroepen van verzekerden de geneigdheid tot overstappen naar een *andere zorgverzekeraar* verschilt en in hoeverre bij dit type overstapgedrag sprake was van risicoselectie. Om een vollediger inzicht te krijgen in de mate waarin sprake is van goed functionerende zorgmarkten kan nader onderzoek worden gedaan naar (de motieven voor) het overstapgedrag naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering bij *dezelfde zorgverzekeraar*.

Metten van meerjarig overstapgedrag

De bevinding dat de overstapgeneigdheid op 1 januari 2009 verschilt voor subgroepen van verzekerden, roept de vraag op of het *meerjarig* overstapgedrag ook verschilt voor subgroepen van verzekerden. Nader onderzoek naar het *meerjarig* overstapgedrag van verzekerden (een 'dynamische benadering') kan een goed inzicht geven in de mate waarin sprake is van goed functionerende zorgmarkten. Welke verzekerden stappen (bijna) elk jaar over, en waarom? En welke verzekerden stappen (vrijwel) nooit over, en waarom niet?⁸

Nagaan of in de portefeuille-opbouw bij bepaalde zorgverzekeraars sprake is van risicoselectie

Dit rapport heeft verschillen in winst en verlies tussen zorgverzekeraars op de niet-overstappers aangetoond. Om na te kunnen gaan of deze bevinding het resultaat is van risicoselectie of het resultaat is van doelmatigheidsverschillen tussen zorgverzekeraars, kan nader onderzoek worden gedaan onder de verzekerden van bepaalde zorgverzekeraars (bijvoorbeeld zorgverzekeraars 1 en 25; zie Figuur 17), bijvoorbeeld door een gezondheidsenquête⁹ te houden. Indien deze enquête uitwijst dat sprake is van een qua

⁸ Voor een dergelijk onderzoek moet het hier geanalyseerde gegevensbestand jaarlijks worden uitgebreid met de meest recente gegevens.

⁹ Dat wil zeggen, een enquête waarin uitgebreid naar de gezondheidstoestand van de verzekerden wordt gevraagd. Zie Van de Ven *et al.* (2013, pagina 43-44) voor de wijze waarop hiermee risicoselectie kan worden gemeten.

gezondheid selectief verzekerdenbestand gegeven de risicoverevening, is sprake van risicoselectie in de portefeuille-opbouw van de betreffende zorgverzekeraar(s).

Nagaan of bij de in- en uitstroom per zorgverzekeraar sprake is (geweest) van een structureel patroon van risicoselectie gedurende een reeks van jaren

Onze conclusie is dat bij de in-en uitstroom van verzekerden op 1 januari 2009 sprake was van risicoselectie. Met nader onderzoek kan worden nagegaan of, en indien dit het geval is in welke mate en bij welke zorgverzekeraars, sprake is (geweest) van een structureel patroon van risicoselectie bij de in- en uitstroom van verzekerden gedurende een reeks van jaren. Voor de periode 2009 – 2010 kan dit inzicht worden verkregen door dezelfde analyses als in dit rapport uit te voeren op de in-en uitstromers per 1 januari 2010. Voor de overstappers per 1 januari 2011 en latere jaren kunnen deze analyses nu nog niet worden uitgevoerd omdat de werkelijke kosten (na overstap) pas circa 3 jaar na dato bekend zijn. Wel kan een gezondheidsenquête, zoals boven aangegeven, worden uitgezet onder de overstappers per 1 januari 2013 (bijvoorbeeld bij zorgverzekeraars 4, 7, 8, 19, 21 en 25; zie Figuur 17).

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en onderzoeksvragen

In de Nederlandse gezondheidszorg was de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een belangrijke stap in de richting van gereguleerde concurrentie. Een belangrijke doelstelling van gereguleerde concurrentie is dat concurrerende zorgverzekeraars¹⁰ als belangenbehartigers van hun verzekerden kritisch zorg inkopen bij zorgaanbieders. Om zorgverzekeraars hiertoe te stimuleren, hebben verzekerden jaarlijks de mogelijkheid om desgewenst naar een andere zorgverzekeraar over te stappen (art. 7, lid 1 Zvw).¹¹

Om de beoogde effecten van gereguleerde concurrentie te behalen is het van belang dat verzekerden geen belemmeringen ervaren om over te stappen. Elke zorgverzekeraar is dan ook verplicht om iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied of in het buitenland woont, op diens verzoek te accepteren voor iedere door hem aangeboden variant van de zorgverzekering¹² (art. 3, lid 1 Zvw), ongeacht het medische risico of andere kenmerken van de aspirant- verzekerde.¹³ Dit is de acceptatieplicht van een zorgverzekeraar. Daarnaast geldt voor de zorgverzekering een verbod op premiedifferentiatie. Het verbod op premiedifferentiatie houdt in dat zorgverzekeraars voor iedere aangeboden variant van de zorgverzekering voor al hun verzekerden dezelfde premie in rekening moeten brengen (art. 17, lid 2 Zvw).¹⁴

In eerste instantie lijken verzekerden momenteel geen belemmeringen te ervaren om over te stappen. Op 1 januari 2012 zijn bijvoorbeeld ongeveer één miljoen verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (NZa, 2012). Bij nader inzien blijken de overstapperpercentages voor subgroepen van verzekerden echter te verschillen. Jonge verzekerden stappen bijvoorbeeld vaker over dan oude verzekerden (Roos en Schut, 2012; Vektis, 2012). Een lage overstapgeneigdheid van bepaalde subgroepen van verzekerden behoeft geen probleem te zijn indien alle verzekerden homogene preferenties hebben. Een

¹⁰ Een *zorgverzekeraar* is een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert (art. 1.b Zvw).

¹¹ De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen (art. 7, lid 1 Zvw).

¹² Een *zorgverzekering* is een schadeverzekering die voldoet aan wat daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld en waarvan de te verzekeren prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaat (art. 1.d Zvw). De zorgverzekering is een privaatrechtelijke verzekering die tot stand komt door het sluiten van een overeenkomst tussen een burger en een zorgverzekeraar. In het spraakgebruik wordt een zorgverzekering ook wel een *basisverzekering* genoemd.

¹³ Een zorgverzekeraar is niet verplicht een verzekeringsplichtige te accepteren die zich aanmeldt binnen vijf jaar nadat de betreffende zorgverzekeraar de zorgverzekering heeft beëindigd wegens wanbetaling of opzettelijke misleiding (art. 3, lid 4 Zvw). Als de betrokken verzekerde zich bij een andere zorgverzekeraar aanmeldt mag deze hem niet weigeren.

¹⁴ Aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit mag een premiekorting van maximaal 10% worden gegeven (art. 18 Zvw). Daarnaast zijn premiekortingen toegestaan bij een vrijwillig eigen risico (art. 20 Zvw) en bij een vooruitbetaalde premie.

relatief klein aandeel van kritische verzekerden is in dat geval waarschijnlijk voldoende om zorgverzekeraars in te laten spelen op de preferenties van verzekerden. In de gezondheidszorg blijken preferenties echter allerminst homogeen te zijn. Een beperkte overstapgeneigdheid van bepaalde subgroepen van verzekerden – of beter gezegd een beperkte geneigdheid om te stemmen met de voeten – kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars geen of beperkte prikkels hebben om bij hun inkoopbeleid in te spelen op de wensen en preferenties van deze subgroepen. Dit zou kunnen betekenen dat zorgverzekeraars mogelijk niet geïnteresseerd zijn om te investeren in kwalitatief goede zorg voor hen. Dit maakt het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt een belangrijk aandachtspunt voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die goedwerkende zorgmarkten maakt en bewaakt, en toezicht houdt op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.¹⁵ Gegeven het cruciale belang van effectieve consumentenkeuzen is inzicht nodig in de vraag welke subgroepen van verzekerden veel, weinig of niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Tegen deze achtergrond wordt in dit in opdracht van de NZa uitgevoerde rapport de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

1. Welke subgroepen van verzekerden stappen veel, weinig of niet over naar een andere zorgverzekeraar?

Er zijn voorts aanwijzingen dat de overstappers gemiddeld lagere zorgkosten hebben dan de niet-overstappers (zie bijv. Van Vliet, 2006). Dit roept de vraag op in hoeverre bij het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt sprake is van risicoselectie¹⁶ en in hoeverre er een 'gelijk speelveld' voor de zorgverzekeraars is. Kan een zorgverzekeraar die een gunstig verzekerdenbestand heeft opgebouwd doordat hij relatief veel overstappers heeft aangetrokken, hierdoor een lage premie vragen? En moet een zorgverzekeraar die een ongunstig verzekerdenbestand heeft opgebouwd doordat hij relatief veel overstappers heeft verloren, hierdoor een hoge premie vragen? De wetgever beoogt dit grotendeels tegen te gaan door de zorgverzekeraars vooraf te compenseren voor de verwachte kostenverschillen die samenhangen met verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid van hun verzekerden.¹⁷ Deze compensaties vinden plaats via het ex-ante risicovereveningsmodel (verder: RV-model). Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat de risicoverevening nu nog niet op orde is (zie bijvoorbeeld Van de Ven *et al.*, 2013). Verder heeft eerder onderzoek (Van Vliet,

¹⁵ Zie ook de artikelen 16 en 77 Wet Marktordering Gezondheidszorg (Wmg).

¹⁶ Risicoselectie is gedefinieerd als: “acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicoselectie niet volledig wordt gerealiseerd” (Van de Ven *et al.*, 2013).

¹⁷ Besluit Zorgverzekering 28 juni 2005, Staatsblad 2005 389.

2006) uitgewezen dat het RV-model-2004 de verschillen in zorgkosten tussen de groep ‘overstappers op 1 januari 2001’ en de groep ‘niet-overstappers op 1 januari 2001’ in de voormalige ziekenfondsverzekering vrijwel volledig compenseert. Gezien de vele veranderingen op de zorgverzekeringsmarkt sinds 2001 is het echter de vraag of dit ook nu nog het geval is.¹⁸ Voor de NZa is het een relevante vraag in hoeverre de groepen overstappers en niet-overstappers selectieve groepen verzekerden vormen in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening. Vanuit het oogpunt van risicoselectie is deze vraag niet alleen relevant voor de groepen overstappers en niet-overstappers *als geheel*, maar ook voor de groepen overstappers (de in-en uitstroom) en niet-overstappers *per zorgverzekeraar*. Tegen deze achtergrond worden in dit rapport de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

2. *Op basis van welke kenmerken onderscheiden de overstappers zich van de niet-overstappers, bijvoorbeeld in leeftijd, geslacht, gezondheid en zorgkosten?*
3. *In welke mate vormen de overstappers en de niet-overstappers selectieve groepen verzekerden in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening?*
4. *In welke mate vormen de overstappers¹⁹ en de niet-overstappers **per zorgverzekeraar** selectieve groepen verzekerden in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening?*

Het antwoord op deze vragen geeft een indicatie van de mate waarin bij het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt sprake kan zijn of sprake is van risicoselectie (Van de Ven *et al.*, 2013) en hierdoor een ongelijk speelveld voor de zorgverzekeraars kan bestaan.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen wordt allereerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. De focus van het literatuuronderzoek ligt op de bevindingen van eerder onderzoek naar het overstapgedrag van verzekerden.²⁰ Daarnaast worden nieuwe empirische analyses uitgevoerd om (1) het feitelijke overstapgedrag van verzekerden nauwkeurig in beeld te brengen en (2) na te gaan of de overstappers en de niet-overstappers *als geheel* en *per zorgverzekeraar* selectieve groepen verzekerden vormen in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening.

¹⁸ Enerzijds is sinds 2006 het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier opgeheven en heeft de zorgverzekeringsmarkt betrekking op de gehele bevolking, is meer (premie)informatie over zorgverzekeringen beschikbaar gekomen, hebben zorgverzekeraars meer prikkels en instrumenten voor zorginkoop en productdifferentiatie dan de voormalige ziekenfondsen, en is (mede hierdoor) de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt toegenomen; anderzijds is de risicoverevening sinds 2004 verbeterd.

¹⁹ i.e. de in- en uitstromers.

²⁰ Voor bevindingen van eerder onderzoek ten aanzien van risicoselectie zie Van de Ven *et al.* (2013).

1.2 Definitie overstapper

Op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt zijn verschillende concerns te onderscheiden, die elk bestaan uit één of meer zorgverzekeraars (i.e. risicodragers). Zorgverzekeraars hebben één of meerdere labels (merknamen) in de markt. De naam van een label kan verschillen van de naam van de zorgverzekeraar. Ook kunnen zorgverzekeringen door gevolmachtigden onder eigen label worden aangeboden namens een zorgverzekeraar, waarbij de zorgverzekeraar de risicodrager is. Onder een label kunnen verschillende varianten van de zorgverzekering aangeboden worden, en eenzelfde variant van de zorgverzekering kan onder verschillende labels door verschillende gevolmachtigden worden aangeboden.²¹

Verzekerden hebben de mogelijkheid om per 1 januari desgewenst naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering over te stappen. Als een verzekerde wil overstappen, dient de zorgverzekering vóór 1 januari opgezegd te worden. Tot en met 31 januari kan een nieuwe zorgverzekering worden aangevraagd die met terugwerkende kracht ingaat op 1 januari. Daarnaast mogen verzekerden bij een tussentijdse wijziging van de polisvoorwaarden die voor hen nadelig is²² – bijvoorbeeld een tussentijdse verhoging van de premie – gedurende het jaar overstappen.

In dit onderzoek ligt de focus op het overstapgedrag van verzekerden per 1 januari. In dit rapport wordt een overstapper gedefinieerd als een verzekerde die voor de *zorgverzekering* op 1 januari bij een andere zorgverzekeraar (risicodrager) is verzekerd dan op 31 december in het voorgaande kalenderjaar. Het overstappen naar een ander label of een andere variant van de zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar blijft in dit onderzoek buiten beschouwing. Ook valt het overstapgedrag van verzekerden gedurende het jaar buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

1.3 Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden de bevindingen van het literatuuronderzoek besproken. In hoofdstuk 3 worden de gebruikte data en methode van de empirische analyses toegelicht. In hoofdstuk 4 wordt gerapporteerd over de bevindingen van het empirisch onderzoek. Tot slot geeft hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies, discussiepunten en suggesties voor nader onderzoek.

²¹ Voor een overzicht van de verschillende concerns, zorgverzekeraars, labels en varianten van de zorgverzekering zie Duijmelinck *et al.* (2013, Bijlage 2).

²² Dit geldt niet indien deze wijziging voortkomt uit een wetswijziging (artikel 7, lid 3 Zvw).

2. Literatuuronderzoek naar overstappers op de zorgverzekeringsmarkt

In dit hoofdstuk worden de resultaten van eerdere onderzoeken²³ naar het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden sinds de introductie van de Zvw besproken. Het overstapgedrag van verzekerden op 1 januari 2006 blijft in dit hoofdstuk buiten beschouwing. Op 1 januari 2006 is 18 procent van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dit hoge percentage overstappers kan onder andere verklaard worden door de grote media-aandacht voor de stelselwijziging (NZa, 2007). Daarnaast hadden alle zorgverzekeraars toegezegd iedereen te accepteren voor de vrijwillige aanvullende verzekering²⁴ (Roos en Schut, 2008). Voorts liepen verzekerden die voorheen particulier verzekerd waren, in 2006 voor het eerst niet het risico geweigerd te worden door een andere zorgverzekeraar voor hun zorgverzekering.

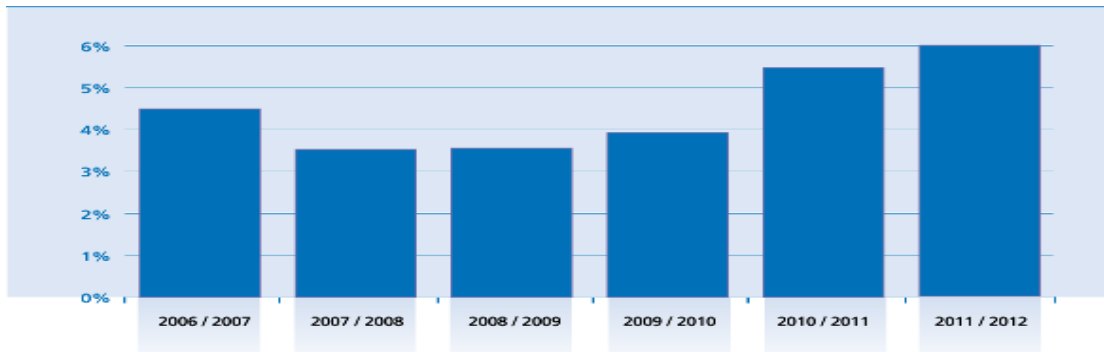
In paragraaf 2.1 wordt aandacht besteed aan landelijke gegevens over het overstapgedrag van verzekerden. In deze paragraaf worden de analyses van Vektis besproken. Vektis brengt jaarlijks op basis van gegevens van zorgverzekeraars, het overstapgedrag van (vrijwel) alle verzekerden in Nederland in beeld (Vektis 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012). Daarnaast wordt ook door middel van representatieve steekproeven, bijvoorbeeld door de NZa en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), het overstapgedrag van verzekerden in kaart gebracht. In paragraaf 2.2 wordt ingegaan op de uitkomsten van deze steekproeven. Tot slot volgt in paragraaf 2.3 een korte conclusie.

2.1 Landelijke gegevens

Figuur 1 laat zien dat de jaarlijkse overstapperpercentages vanaf 2007/2008 geleidelijk zijn toegenomen van circa 3,5 procent tot 6 procent (2011/2012).

²³ Voor zover gepubliceerd vóór 1 januari 2013.

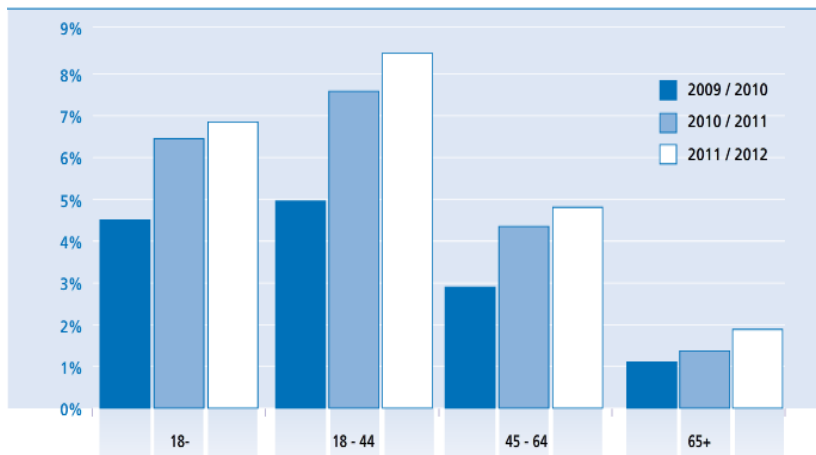
²⁴ Verzekerden kunnen vrijwillig een aanvullende verzekering afsluiten voor zorgvormen die niet of slechts gedeeltelijk vergoed worden door de zorgverzekering.



Figuur 1 Jaarlijks percentage overstappers

Bron: Vektis 2012, p.5

Uit Figuur 2 komt naar voren dat het percentage overstappers het hoogst is onder verzekerden in de leeftijdscategorieën tot 44 jaar. De groep verzekerden jonger dan 18 jaar is mogelijk automatisch met de ouders overgestapt, die zich wellicht in de groep van 18 tot 44-jarigen bevinden (Vektis 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012). Het overstapperpercentage is het laagst onder verzekerden van 65 jaar of ouder (Vektis 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012).



Figuur 2 Percentage overstappers per leeftijdscategorie

Bron: Vektis 2012, p.9

Er zijn geen grote verschillen waarneembaar in het aantal overstappende mannen en het aantal overstappende vrouwen (Vektis 2007, 2008, 2009, 2010, 2012). Voor de overstappers op 1 januari 2012 wordt dit geïllustreerd in Tabel 1. Het aantal overstappende mannen en vrouwen is op 1 januari 2012 ongeveer gelijk verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën (Vektis, 2012).

Tabel 1 Aantal overstappers op 1 januari 2012, uitgesplitst naar geslacht

Leeftijdsklasse	Man	Vrouw
Jonger dan 18 jaar	122.000	117.000
18-44 jaar	236.000	248.000
45-64 jaar	112.000	114.000
65 jaar of ouder	25.000	26.000

Bron: Vektis 2012, p.9

Het overstapgedrag van verzekerden zonder een chronische aandoening verschilt van het overstapgedrag van verzekerden met een chronische aandoening. In Nederland kan ongeveer 16 procent van de verzekerden op basis van hun medicijngebruik aangemerkt worden als chronisch ziek.²⁵ Vektis constateert dat slechts circa 10 procent van alle overstappers bestaat uit chronisch zieken (Vektis, 2010). Dit betekent dat niet-chronisch zieken ongeveer 1,7 keer zo vaak²⁶ overstappen als chronisch zieken.

Tot slot zijn verschillen waarneembaar in het overstapgedrag van verzekerden met een verschillend opleidingsniveau. Verzekerden met een hoog opleidingsniveau stappen relatief vaker over dan verzekerden met een laag opleidingsniveau (Vektis, 2012).

Koppeling gegevens Vektis en CBS

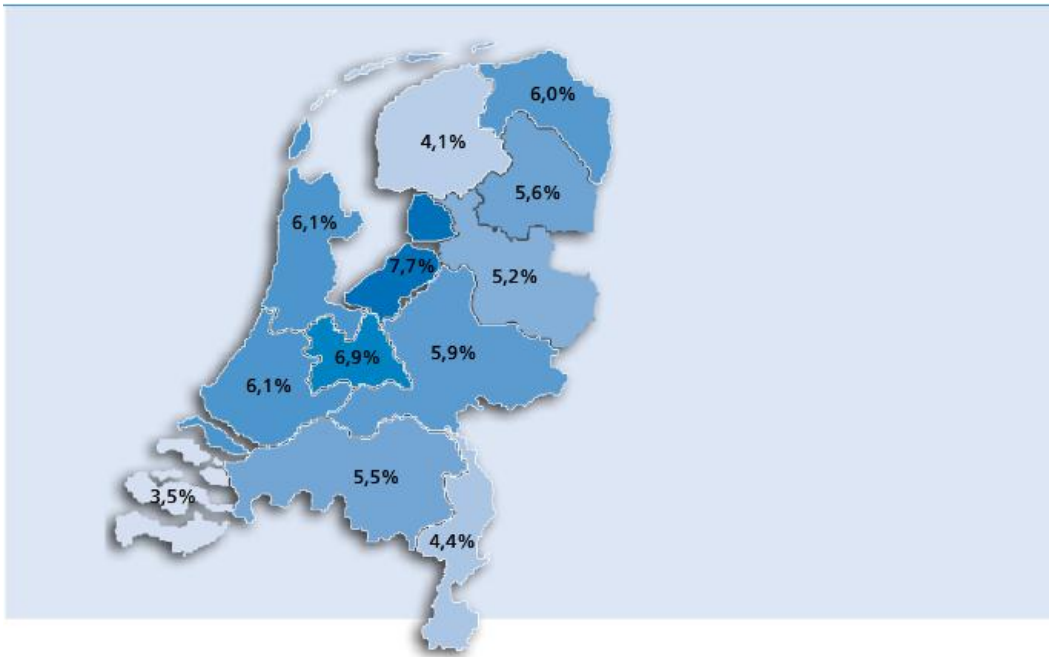
Om 'de overstapper op 1 januari 2012' gedetailleerd in beeld te kunnen brengen, heeft Vektis gegevens van zorgverzekeraars gekoppeld aan gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).²⁷ Dit maakt het mogelijk om iets te kunnen zeggen over het percentage overstappers voor subgroepen van verzekerden op basis van woonregio, sociaaleconomische status en woonsituatie.

In Figuur 3 wordt het percentage overstappers per provincie getoond. Verzekerden die in de provincies Flevoland of Utrecht wonen stappen het meest over, met respectievelijk 7,7 en 6,9 procent. Verzekerden die in Friesland of Zeeland wonen stappen het minst over. In Zeeland is op 1 januari 2012 circa 3,5 procent van de verzekerden overgestapt en in Friesland 4,1 procent. Onderzoek wijst uit dat binnen alle leeftijdscategorieën verzekerden die in de Randstad wonen op 1 januari 2012 vaker zijn overgestapt dan verzekerden die elders wonen (Vektis, 2012).

²⁵ Zie paragraaf 3.2 voor een toelichting van de verschillende categorieën chronische aandoeningen die afgeleid kunnen worden uit het medicijngebruik van een verzekerde (i.e. de FKG's).

²⁶ i.e. (90/84)/(10/16).

²⁷ Vektis is met behulp van de algemene verzekerdengegevens (AVG) tot een lijst van burgerservicenummers van overstappers gekomen. Vervolgens is deze lijst geanonimiseerd gekoppeld aan de databases van het CBS. In totaal konden de kenmerken van 96,5 procent van alle overstappers bepaald worden (Vektis, 2012).

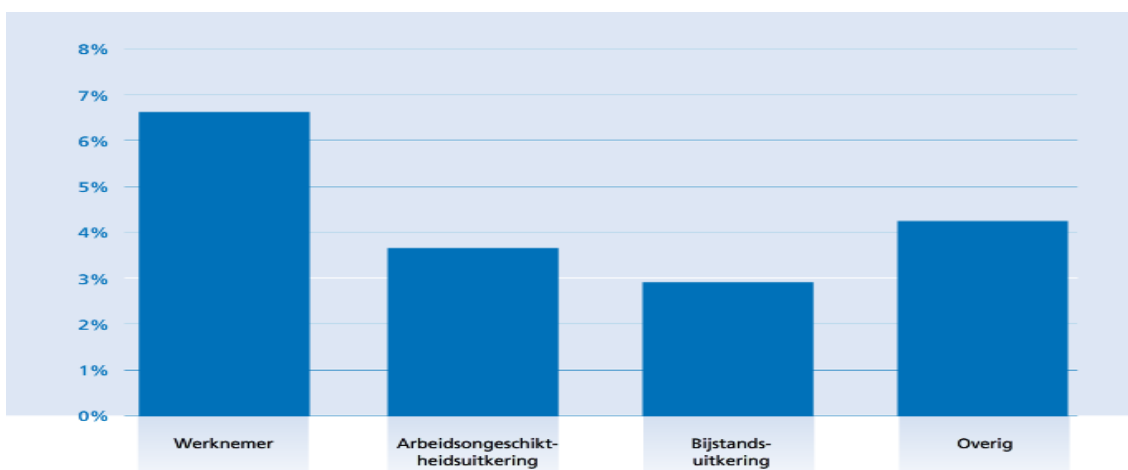


Figuur 3 Percentage overstappers op 1 januari 2012 per provincie

Bron: Vektis 2012, p.10

Verder is per inkomstenbron (i.e. categorie van de aard van het inkomen) in 2009 (Figuur 4) en per huishoudinkomensgroep in 2009 (Figuur 5), het percentage overstappers op 1 januari 2012 bepaald. Het is overigens mogelijk dat verzekerden op 1 januari 2012 niet langer tot de categorieën behoorden waartoe ze in 2009 behoorden.

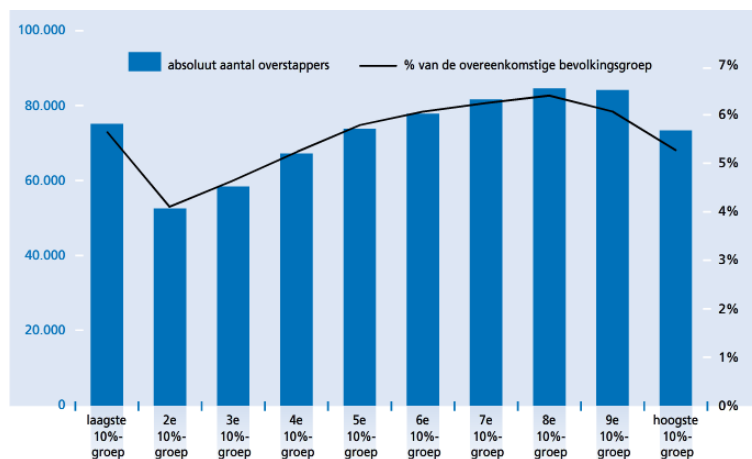
Uit Figuur 4 blijkt dat werknemers op 1 januari 2012 bijna twee keer zo vaak zijn overgestapt als verzekerden met een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering.



Figuur 4 Percentage overstappers (18 jaar en ouder) op 1 januari 2012 per aard van het inkomen in 2009

Bron: Vektis 2012, p.11

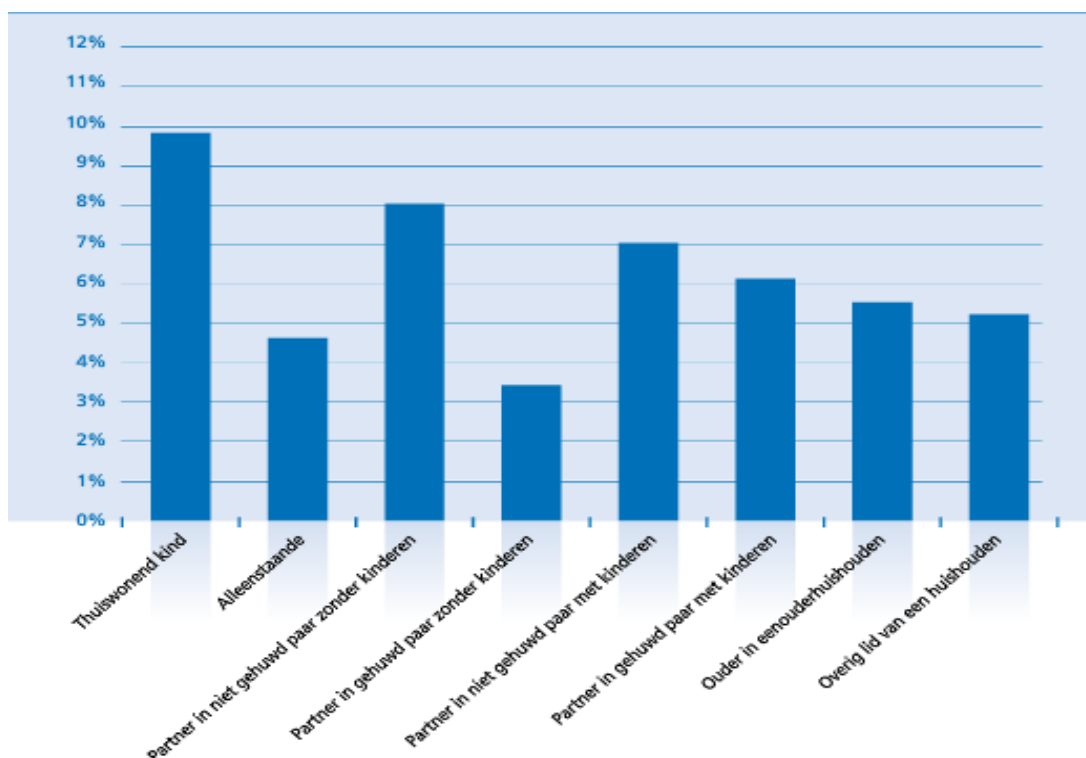
Een andere indicator van de sociaaleconomische status van een verzekerde is het huishoudinkomen. In Figuur 5 wordt het absoluut en relatief aantal overstappers op 1 januari 2012 per huishoudinkomensgroep in 2009 gepresenteerd. Het absoluut en relatief aantal overstappers neemt toe met het huishoudinkomen. De groep met het laagste inkomen vormt hierop een uitzondering. Onder deze groep bevinden zich hoogstwaarschijnlijk veel jongeren die op zichzelf wonen (Vektis, 2012).



Figuur 5 Absoluut en relatief aantal overstappers (18 jaar en ouder) op 1 januari 2012 per huishoudinkomensgroep in 2009

Bron: Vektis 2012, p.13

In Figuur 6 wordt het percentage overstappers op 1 januari 2012 per woonsituatie getoond. Thuiswonende kinderen en ongehuwden zonder kinderen zijn het meest overgestapt. Alleenstaanden en gehuwden zonder kinderen zijn het minst overgestapt. Dit kan mogelijk worden verklaard door de leeftijdsopbouw in de verschillende categorieën. Zo blijkt de categorie van ongehuwden zonder kinderen uit relatief meer jongeren te bestaan dan de categorie gehuwden zonder kinderen (Vektis, 2012).



Figuur 6 Percentage overstappers op 1 januari 2012 per woonsituatie

Bron: Vektis 2012, p.14

2.2 Steekproeven

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa maakt voor de jaarlijkse 'Marktscan van de zorgverzekeringsmarkt' gebruik van de gegevens van Vektis. Daarnaast heeft de NZa in 2007 en 2008 in samenwerking met het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) een enquête uitgezet onder het CentERpanel dat uit ongeveer 2000 huishoudens bestaat (CentERdata, 2012). Door middel van deze enquête is het overstapedrag op 1 januari 2007 en op 1 januari 2008 in kaart gebracht van verzekerden ouder dan 18 jaar. In Tabel 2 worden hiervan de resultaten gepresenteerd.

Ten eerste kan uit Tabel 2 afgeleid worden dat op 1 januari 2007 en op 1 januari 2008 verzekerden in de leeftijdscategorie 18 tot 44 jaar het meest zijn overgestapt. Op 1 januari 2007 stapte zowel in de leeftijdscategorie van 45 tot 65 jaar als in de categorie 'ouder dan 65' 5 procent van de verzekerden over. Op 1 januari 2008 blijkt echter 3 procent van de verzekerden in de leeftijdscategorie van 45 tot 65 jaar te zijn overgestapt en slechtst 1 procent van de verzekerden ouder dan 65 jaar (NZa, 2008).

Ten tweede blijkt dat verzekerden die hun gezondheidstoestand als goed ervaren het meest zijn overgestapt op 1 januari 2007. Op 1 januari 2008 zijn echter geen verschillen

waarneembaar in het overstapgedrag van verzekerden die hun gezondheid als slecht en matig ervaren en verzekerden die hun gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend ervaren.

Ten derde kan geconcludeerd worden dat verzekerden die een hbo- of wetenschappelijke opleiding hebben afgerond, in beide jaren evenveel zijn overgestapt als verzekerden met hoogstens een voltooide vmbo-opleiding. Verzekerden met een havo-, vwo-, of mbo-diploma zijn zowel op 1 januari 2007 als op 1 januari 2008 het meest overgestapt (NZa, 2008).

Ten vierde blijkt dat op 1 januari 2007 partners met kinderen het meest zijn overgestapt. Op 1 januari 2008 zijn juist alleenstaanden met één of meer kinderen het meest overgestapt. Personen zonder kinderen blijken zowel op 1 januari 2007 als op 1 januari 2008 relatief weinig te zijn overgestapt (NZa, 2008).

Ten vijfde blijkt uit dat op 1 januari 2007 de mobiliteit het hoogst was in de drie grote steden en het laagst in Zuid-Nederland. Daarentegen was op 1 januari 2008 de mobiliteit het hoogst in Zuid-Nederland en het laagst in Oost-Nederland (NZa, 2008).

Tabel 2 Percentage overstappers op 1 januari 2007 en op 1 januari 2008

	Overstappercentage op 1 januari 2007	Overstappercentage op 1 januari 2008
Leeftijd		
18-44 jaar	7%	5%
45-65 jaar	5%	3%
Ouder dan 65 jaar	5%	1%
Ervaren gezondheid		
Slecht/matig	5%	3%
Goed	6%	3%
Zeer goed/uitstekend	5%	3%
Opleiding met diploma		
Vmbo en lager	5%	3%
Havo-vwo-mbo	7%	4%
Hbo-wo	5%	3%
Gezinssamenstelling		
Alleenstaand zonder kind(eren)	5%	2%
Alleenstaand met kind(eren)	6%	9%
Twee volwassenen zonder kind(eren)	5%	2%
Twee volwassenen met kind(eren)	7%	4%
Woonregio		
Amsterdam, Rotterdam, Den Haag	8%	3%
West-Nederland (m.u.v. de 3 grote steden)	6%	3%
Noord-Nederland	6%	3%
Oost-Nederland	6%	1%
Zuid-Nederland	4%	4%

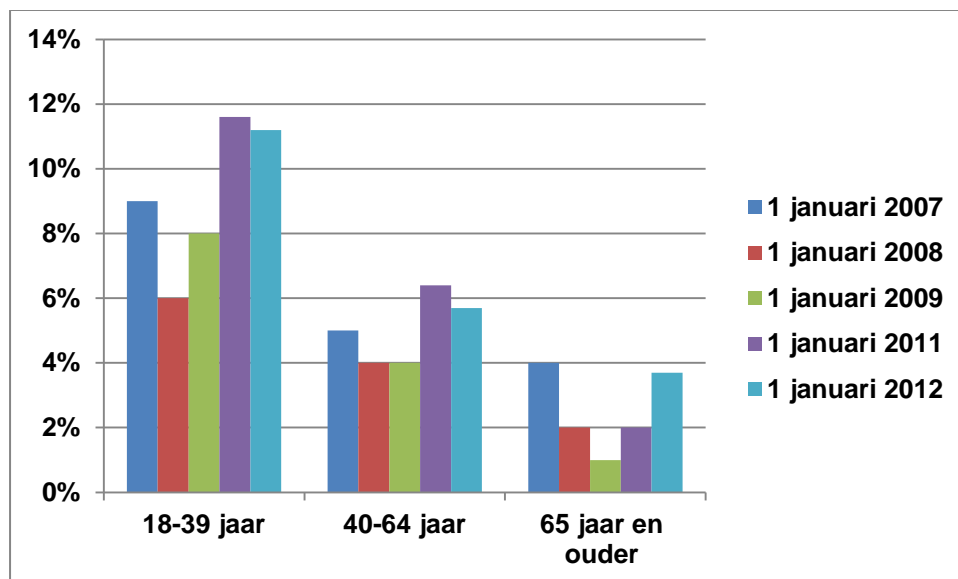
Bron: NZa, 2008

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

Het NIVEL brengt jaarlijks op basis van een steekproef onder ongeveer 2000 leden van hun Consumentenpanel Gezondheidszorg, het overstappedrag van verzekerden ouder dan 18 jaar in beeld. Het NIVEL heeft in zijn publicaties van 2007 en 2008 aangegeven ook de verzekerden die overstappen naar een ander label van dezelfde zorgverzekeraar, te beschouwen als overstappers.²⁸ Op 1 januari 2007 is 6 procent van de verzekerden overgestapt naar een ander label of naar een andere zorgverzekeraar. Op 1 januari 2008 is dit 4 procent. In de overige publicaties van het NIVEL (in 2009, 2011 en 2012) wordt het begrip overstapper niet gedefinieerd.

²⁸ Hierin verschilt de door het NIVEL gehanteerde definitie van *een overstapper* van de door Vektis en de NZa gehanteerde definities. Vektis en de NZa beschouwen een verzekerde namelijk alleen als overstapper, als op 1 januari overgestapt wordt naar een andere zorgverzekeraar. Verzekerden die op 1 januari overstappen naar een ander label dat aangeboden wordt door dezelfde zorgverzekeraar, worden door Vektis en de NZa niet aangemerkt als overstappers.

Ook uit de berekeningen van het NIVEL (zie Figuur 7) komt naar voren dat jongeren vaker overstappen dan ouderen. Het percentage overstappers ouder dan 65 jaar is vanaf 1 januari 2009 wel toegenomen (Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012). De afgelopen jaren bleken voornamelijk de mogelijkheid om deel te nemen aan een collectiviteit, de dekking van de aanvullende verzekering en de premie de belangrijkste redenen te zijn om over te stappen (De Jong & Groenewegen, 2007; de Jong, 2008; Vos & De Jong, 2009; Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2011; Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012).



* In 2010 heeft het NIVEL geen peiling gehouden onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur 7 Percentage overstappers per leeftijdscategorie

Bron: Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012

2.3 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten besproken van eerder onderzoek naar het overstapgedrag van verzekerden ten aanzien van de zorgverzekering. Hieruit blijkt onder andere dat 1) jongeren vaker overstappen dan ouderen, 2) verzekerden zonder een chronische aandoening vaker overstappen dan verzekerden met een chronische aandoening, 3) werknemers bijna twee keer zo vaak overstappen als verzekerden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of bijstandsuitkering, 4) verzekerden die in de Randstad wonen vaker overstappen dan verzekerden die elders wonen, 5) verzekerden met een hoog inkomen vaker overstappen dan verzekerden met een laag inkomen en 6) verzekerden met een hoog opleidingsniveau vaker overstappen dan verzekerden met een laag opleidingsniveau. Er zijn geen grote verschillen in het overstapgedrag tussen mannen en vrouwen.

3. Data en methode empirisch onderzoek

In de volgende hoofdstukken staan de uitkomsten van onze empirische analyses centraal. In dit hoofdstuk worden de gebruikte gegevensbestanden besproken (paragraaf 3.1), wordt aandacht besteed aan de gehanteerde methoden (paragraaf 3.2) en wordt ingegaan op hetgeen dit onderzoek toevoegt aan de reeds bestaande onderzoeken naar het overstapgedrag van verzekerden (paragraaf 3.3).

3.1 Data

De empirische analyses voor dit onderzoek zijn uitgevoerd op gegevensbestanden die eerder zijn gebruikt in het kader van onderzoek betreffende de risicoverevening.²⁹ Deze bestanden bevatten informatie op verzekerdeniveau over onder andere de Zvw-kosten, vereveningskenmerken en inschrijvingen voor de jaren 2006-2010.³⁰

Om praktische redenen worden de empirische analyses beperkt³¹ tot één cohort overstappers. Hierbij is gekozen voor de overstappers op 1 januari 2009, omdat 1) de gegevens voor de jaren 2008 en 2009 vollediger zijn dan die voor 2006 en 2007; 2) van 2009-op-2010 een aantal verschuivingen van volmachten (tussen zorgverzekeraars) hebben plaatsgevonden die de interpretatie van de resultaten zouden bemoeilijken; 3) voor deze overstappers de kostengegevens van drie jaar voor de overstap en twee jaar na de overstap beschikbaar zijn; en 4) voor deze overstappers in de twee jaar na de overstap het vereveningskenmerk MHK (zie paragraaf 3.2) kan worden gebruikt bij de toepassing van de risicoverevening.

De overstappers op 1 januari 2009 kunnen worden opgespoord door de inschrijvingen (i.e. combinatie verzekerde/zorgverzekeraar) in het bestand van 2008 te vergelijken met die in het bestand van 2009. Voor een goede vergelijking zijn alleen zorgverzekeraars meegenomen waarvoor de gegevens over beide jaren beschikbaar zijn. Hierdoor vallen drie zorgverzekeraars³² (die samen circa 4 procent van de Zvw-populatie in hun bestand hebben) af. De empirische analyses hebben hierdoor betrekking op 25 zorgverzekeraars.

²⁹ Deze bestanden zijn samengesteld ten behoeve van de zogenaamde 'Overall Toetsen' van de risicovereveningsmodellen 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013.

³⁰ De normbedragen van de risicovereveningsmodellen van 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013 zijn geschat op kostengegevens en vereveningskenmerken van respectievelijk 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010.

³¹ Mede ingegeven door de beschikbare tijd/budget en benodigde doorlooptijden.

³² In feite zijn twee zorgverzekeraars buiten beschouwing gelaten. Voor één zorgverzekeraar geldt dat de code in de data van 2008 afwijkt van de code in de data van 2009. Het lijkt hierdoor of deze zorgverzekeraar in 2008 een andere zorgverzekeraar is dan in 2009. Daarom wordt hier ook gesproken over drie zorgverzekeraars, terwijl in feite twee zorgverzekeraars buiten beschouwing zijn gelaten.

Daarnaast wordt ook de groep verzekerden zonder woonadres in Nederland – de zogenaamde buitenlanders (circa 1 procent van de Zvw-populatie) – buiten beschouwing gelaten. Buitenlanders vormen qua inschrijvingen een zeer onstabiele groep wat de interpretatie van de resultaten zou bemoeilijken. Bovendien zijn voor een deel van deze buitenlanders de kosten en vereveningskenmerken niet goed geregistreerd. Na de bovengenoemde selecties resulteert een bestand van circa 15,3 miljoen verzekerden, wat neerkomt op een dekingsgraad van 95 procent van de Zvw-populatie in de betreffende jaren. De 4 procent uitval vanwege de afvallende zorgverzekeraars is – in termen van kosten en vereveningskenmerken – nauwelijks selectief. De 1 procent uitval vanwege buitenlanders daarentegen is zeer selectief (i.e. jonge, gezonde mensen). Echter, vanwege de beperkte omvang en het specifieke karakter van deze groep (veelal seizoenarbeiders die in december / januari niet in Nederland zijn en dan geen zorgverzekering hebben) zal het weglaten ervan de resultaten ten aanzien van het overstapgedrag op 1 januari 2009 weinig beïnvloeden.

3.2 Methode

De empirische analyse bestaat uit vijf stappen: 1) het opsporen van de ‘overstappers’ op 1 januari 2009, 2) het definiëren van subgroepen van verzekerden, 3) het bepalen welke subgroepen veel, weinig of niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar, 4) het bepalen van de kenmerken van de overstappers en de niet-overstappers, en 5) het berekenen van de gemiddelde zorgkosten per overstapper versus niet-overstapper, rekening houdend met de vereveningskenmerken.

Stap 1: opsporen van ‘overstappers’

In onze empirische analyse wordt een verzekerde als overstapper aangemerkt als hij of zij op 1 januari 2009 staat ingeschreven bij een andere zorgverzekeraar dan op 31 december 2008.³³ In totaal resulteert deze procedure in circa 438.000 overstappers, wat neerkomt op 2,8 procent van de Zvw-populatie.³⁴

De in dit onderzoek gehanteerde definitie van overstappers komt overeen met de in eerdere onderzoeken van Vektis en de NZa gehanteerde definitie. Zoals in paragraaf 2.2 aangegeven is, hanteert het NIVEL een bredere definitie door ook de overstappers naar een ander label binnen dezelfde zorgverzekeraar als ‘overstappers’ te beschouwen. Een verzekerde die bijvoorbeeld van Univé naar ZEKUR overstapt, wordt in ons onderzoek niet als een overstapper beschouwd, omdat Univé en ZEKUR labels zijn die door dezelfde

³³ Ten behoeve van een consistente definitie en interpretatie van het begrip “overstapper” in verschillende jaren, worden overstappers tussen enkele zorgverzekeraars niet meegeteld, omdat zij bijvoorbeeld zijn samengevoegd.

³⁴ Vektis rapporteerde een overstapperpercentage van 3,5 procent op 1 januari 2009 (Vektis, 2009). Het verschil in overstapperpercentages kan zijn veroorzaakt door verschillen in de onderzoekspopulatie en de definitie van overstapper.

zorgverzekeraar, namelijk Univé Zorg, worden aangeboden. In de onderzoeken van het NIVEL wordt deze verzekerde echter wel als een overstapper aangemerkt.³⁵

Dit kan ertoe leiden dat de in dit onderzoek gepresenteerde overstapperpercentages lager uitvallen dan de door het NIVEL gepresenteerde overstapperpercentages.

Stap 2: definiëren van subgroepen

De volgende stap van de empirische analyse betreft het definiëren van subgroepen van verzekerden. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de vereveningskenmerken in het RV-model van 2012. De indeling in subgroepen vindt plaats door het RV-model-2012 toe te passen op de kosten-2009. Hieronder volgt een korte beschrijving van de vereveningskenmerken.

Het eerste kenmerk betreft de combinatie leeftijd/geslacht. Het RV-model bevat 20 leeftijdsklassen voor mannen en 20 voor vrouwen. De klassen beslaan elk 5 jaar, met uitzondering van de volgende groepen: 0-jarigen, 1-4 jarigen, 15-17 jarigen, 18-24 jarigen en mensen van 90 jaar of ouder.

Het tweede kenmerk betreft de regioclusters. Dit zijn 10 clusters gebaseerd op een ordening van postcodegebieden (4 cijfers) naar de volgende kenmerken:

1. het verschil tussen de normatieve kosten volgens het RV-model zonder regiocriterium en de feitelijke kosten
2. het percentage niet-westerse allochtonen
3. het percentage alleenstaanden
4. de mate van verstedelijking
5. de nabijheid van ziekenhuizen
6. de nabijheid van huisartsen
7. het aantal bedden in een verpleegtehuis.

Het derde kenmerk betreft de combinatie 'aard van het inkomen'/leeftijd. Aard van het inkomen is geoperationaliseerd in 5 – elkaar uitsluitende – hoofdklassen: verzekerden jonger dan 18 jaar of ouder dan 64 jaar, arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, zelfstandigen en overigen (waaronder mensen in loondienst). Voor de laatste vier categorieën zijn interacties met 4 leeftijdsklassen opgenomen, te weten 18-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar en

³⁵ Menzis en Anderzorg zijn daarentegen verschillende zorgverzekeraars (die tot hetzelfde concern behoren). Een verzekerde die van Menzis naar Anderzorg overstapt wordt zowel in dit onderzoek als door het NIVEL als een overstapper beschouwd.

55-64 jaar, waarmee het totaal aantal risicoklassen voor dit vereveningskenmerk uitkomt op 17.

Het vierde kenmerk betreft de zogenaamde Farmacie Kosten Groepen (FKG's). Deze staan voor 25 categorieën van chronische aandoeningen afgeleid uit medicijngebruik in het voorgaande jaar. Verzekerden komen in een FKG terecht als zij in het voorgaande jaar meer dan 180 dagdoseringen van bepaalde (voor die FKG relevante) medicijnen voorgeschreven hebben gekregen.³⁶ Zo komt iemand die in 2008 meer dan 180 dagdoseringen voor insuline heeft gekregen in 2009 in de FKG 'diabetes type I' terecht. Verzekerden zonder een FKG vallen in een aparte categorie (FKG0), waarmee het totaal aantal klassen voor dit vereveningskenmerk uitkomt op 26. Verzekerden kunnen – afhankelijk van hun medicijngebruik in het voorgaande jaar – bij meerdere FKG's zijn ingedeeld.³⁷

Het vijfde kenmerk betreft de zogenaamde Diagnose Kosten Groepen (DKG's). Dit zijn 13 clusters van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) die wijzen op de aanwezigheid van (chronische) aandoeningen die naar verwachting hoge toekomstige kosten met zich meebrengen. In het RV-model van 2012 betreft het hoofdzakelijk een select deel van de klinische DBC's. Verzekerden komen in een DKG terecht als voor hen in het voorgaande jaar één van de betreffende DBC's is afgesloten. De DBC's die onder dezelfde DKG vallen, kunnen zeer heterogeen zijn (zie Tabel 3). Wanneer een verzekerde meerdere, verschillende DBC's heeft ondergaan die tot verschillende DKG's zouden leiden, wordt alleen de DKG meegeteld met de hoogste verwachte kosten (gecorrigeerd voor leeftijd/geslacht en FKG). Verzekerden zonder DKG vallen in een aparte categorie (DKG0), waarmee het totaal aantal klassen voor dit vereveningskenmerk uitkomt op 14.

³⁶ Met uitzondering van de FKG Kanker waarvoor per 2012 niet het aantal dagdoseringen maar het aantal receptregels bepalend is voor het wel of niet opnemen van een verzekerde.

³⁷ Voor de 25 FKG-groepen zie Tabel 6.

Tabel 3 Voorbeelden van DBC's per DKG

DKG	Voorbeelden DBC's
1	Diabetes mellitus Inwendig letsel van buik Epilepsie
2	Astma Borstkanker Inwendig letsel van borst, buik en bekken, brandwonden
3	Osteo-artrose Ziekten van de oesofagus (inclusief letsel) Ventriculaire ritmestoornissen
4	Aandoeningen van lever en galblaas HIV/ aids Longaandoeningen
5	Metastasen Vasculair bepaalde aandoeningen
6	Ziekten van de longcirculatie Cardiologische aandoeningen Chronische obstructieve longziekten (COPD)
7	Aandoeningen grote vaten Immuundeficiënties, bloedziekten Fractuur van de wervelkolom met ruggenmergletsel
8	Degeneratieve ziekten van het centrale zenuwstelsel & perifere vaatziekten Ziekten van de longcirculatie, hartdecompensatie
9	Diabetes met chronische aandoeningen Chronisch ulcus van de huid
10	Aandoeningen van het centrale zenuwstelsel Maligne neoplasma uterus/ cervix
11	Maligne neoplasma mondholte/ farynx/ tractus respiratorius Maligne neoplasma maag/ oesofagus/ overige tractus digestivus
12	Ziekten van hart en longcirculatie Maligne neoplasma pancreas
13	Maligne neoplasma trachea, broncus, long, thorax en mediastinum (incl. metastasen) Maligne neoplasma blaas/ nier/ overige urine-organen

Het zesde kenmerk betreft de combinatie Sociaal Economische Status (SES)/leeftijd. SES is gebaseerd op het huishoudinkomen per hoofd en geoperationaliseerd in 4 hoofdklassen: inkomensdecielen 1-3, inkomensdecielen 4-7, inkomensdecielen 8-10, en mensen die woonachtig zijn op een adres met meer dan 15 bewoners (met een hoge mate van waarschijnlijkheid betreft dit verzorgingstehuizen of verpleegtehuizen). Voor elk van deze hoofdklassen zijn interacties met drie leeftijdscategorieën opgenomen, te weten: 0-17 jaar, 18-64 jaar en 65 jaar of ouder, waarmee het totaal aantal klassen voor dit kenmerk uitkomt op 12.

Het zevende kenmerk betreft Meerjarig Hoge Kosten (MHK). Dit kenmerk is gebaseerd op de hoogte van de kosten in de drie voorgaande jaren en is geoperationaliseerd in 7 klassen:

0. Niet ingedeeld in een van de zes onderstaande klassen

1. Kosten van drie jaar geleden niet in de top-15 procent, maar van de afgelopen twee jaar wel (i.e. de zorgkosten van een verzekerde behoorden drie jaar geleden niet tot de 15 procent hoogst gemaakte zorgkosten van alle verzekerden, maar de afgelopen twee jaar wel).
2. Drie keer kosten in de top-15 procent
3. Drie keer kosten in de top-10 procent
4. Drie keer kosten in de top-7 procent
5. Drie keer kosten in de top-4 procent
6. Drie keer kosten in de top-1,5 procent

Stap 3: bepalen welke subgroepen veel, weinig of niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar

In de derde stap van de empirische analyse wordt voor verschillende (combinaties van) subgroepen bepaald welk percentage van de verzekerden op 1 januari 2009 is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Deze analyse wordt op drie niveaus uitgevoerd, te weten het niveau van 1) afzonderlijke vereveningskenmerken, 2) combinaties van bepaalde vereveningskenmerken en 3) een combinatie van alle vereveningskenmerken tegelijkertijd. Op het eerste niveau wordt simpelweg gekeken naar de overstapperpercentages binnen de risicoklassen van een vereveningskenmerk. Op het tweede niveau wordt op basis van FKG's, DKG's en MHK-klassen een onderscheid gemaakt tussen 'gezonde' verzekerden (i.e. in 2009 niet ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse) en 'ongezonde' verzekerden (i.e. in 2009 ten minste één keer ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse). Op het derde niveau wordt het percentage overstappers afgezet tegen de volgens het RV-mode-2012 verwachte kosten in 2009.

Stap 4: bepalen van de kenmerken van de overstappers en de niet-overstappers

In de vierde stap van de empirische analyse worden de kenmerken van de overstappers vergeleken met de kenmerken van de niet-overstappers. Hierbij wordt nagegaan of de overstappers zich onderscheiden van de niet-overstappers in bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en gezondheid.

Stap 5: gemiddelde kosten per overstapper en niet-overstapper

Tot slot worden voor diverse jaren de gemiddelde kosten per overstapper vergeleken met die per niet-overstapper. Dit gebeurt absoluut, na correctie voor leeftijd/geslacht en na toepassing van het RV-model.

3.3 Vernieuwende aspecten

In dit hoofdstuk zijn de data en methode besproken. Dit is het eerste onderzoek sinds de introductie van de Zvw, waarin het percentage overstappers wordt gedifferentieerd op basis van de FKG, DKG, en MHK-klasse waartoe een verzekerde behoort. Een ander vernieuwend aspect betreft de verdeling in het percentage overstappers onder gezonde verzekerden (i.e. in 2009 niet ingedeeld bij een FKG, DKG, MHK-klasse) en onder ongezonde verzekerden (i.e. in 2009 ten minste één keer ingedeeld bij een FKG, DKG, of MHK-klasse). Verder is sinds de introductie van de Zvw nog niet eerder het percentage overstappers afgezet tegen de volgens het RV-model verwachte kosten. Ook is niet eerder een vergelijking gemaakt van de winst / verlies van de overstappers versus de niet-overstappers, zowel landelijk als per zorgverzekeraar.

4. Resultaten empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek gepresenteerd. In paragraaf 4.1 wordt op basis van de vereveningskenmerken van het RV-model-2012 bepaald welke subgroepen van verzekerden veel, weinig of niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar. In paragraaf 4.2 wordt nagegaan op basis van welke kenmerken de overstappers zich onderscheiden van de niet-overstappers. In paragraaf 4.3 volgt een korte conclusie.

4.1 Overstapgedrag en vereveningskenmerken

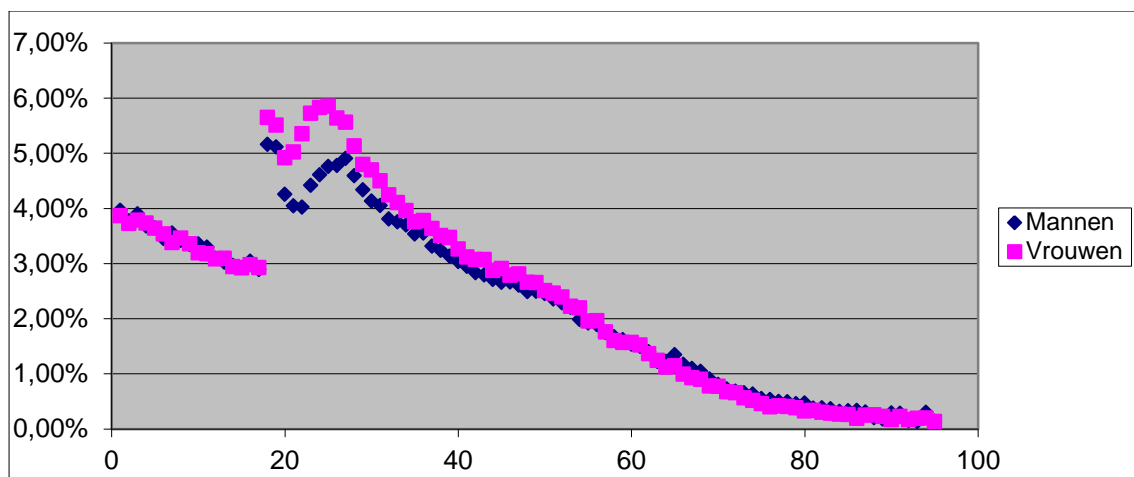
In paragraaf 4.1.1 worden de overstapperpercentages van subgroepen van verzekerden gepresenteerd die berekend zijn op basis van afzonderlijke vereveningskenmerken. In paragraaf 4.1.2 worden overstapperpercentages van subgroepen van verzekerden gepresenteerd die berekend zijn op basis van een combinatie van bepaalde vereveningskenmerken. Daarna wordt in paragraaf 4.1.3 aandacht besteed aan het percentage overstappers als functie van de normkosten. Verder wordt in paragraaf 4.1.4 ingegaan op de gezamenlijke verklaringskracht van de vereveningskenmerken.

4.1.1 Percentage overstappers per afzonderlijk vereveningskenmerk

Percentage overstappers per leeftijd uitgesplitst naar geslacht

Op 1 januari 2009 is 2,78 procent van de mannen overgestapt en 2,85 procent van de vrouwen. Er blijkt dus gemiddeld geen groot verschil te zijn in het overstapgedrag van mannen en vrouwen. Dit resultaat komt globaal overeen met eerder onderzoek van Vektis (Vektis, 2007, 2008, 2009, 2010 en 2012).

In Figuur 8 is het percentage overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd weergegeven, uitgesplitst naar geslacht. Het overstapperpercentage neemt zowel voor mannen als voor vrouwen af met de leeftijd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het percentage overstappers eerst daalt voor verzekerden tot 18 jaar en daarna even toeneemt. Voor mannen blijkt het percentage overstappers het hoogst te zijn onder 18- en 19-jarigen. Een mogelijk verklaring hiervoor is dat verzekerden van 18 jaar voor het eerst zelf een verzekering mogen afsluiten. Voor vrouwen is het percentage overstappers het hoogst onder 24- en 25- jarigen. Op deze leeftijd spelen waarschijnlijk de keuzes van vrouwen over anticonceptie en zwangerschap een rol. Vrouwen tussen de 18 en 30 jaar stappen gemiddeld 20 procent vaker over dan mannen tussen de 18 en 30 jaar. Ook hierbij spelen waarschijnlijk de keuzes die vrouwen in deze leeftijdscategorie maken over anticonceptie en zwangerschap een rol.



Figuur 8 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd uitgesplitst naar geslacht³⁸

Percentage overstappers per regiocluster

In Tabel 4 is het percentage overstappers per regiocluster weergegeven. Tussen regioclusters zijn geen grote verschillen waarneembaar in het overstappedrag van verzekerden. In regiocluster 10 zijn de meeste verzekerden overgestapt, namelijk 3,03 procent. In regiocluster 8 blijkt het overstapperpercentage het laagst te zijn. In deze regio is 2,69 procent van de verzekerden overgestapt op 1 januari 2009.

Tabel 4 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'regiocluster in 2009'

Regiocluster	Omvang subgroep	Overstapperpercentage subgroep
Cluster 1	1.545.739	2,93%
Cluster 2	1.522.670	2,73%
Cluster 3	1.532.367	2,86%
Cluster 4	1.525.448	2,89%
Cluster 5	1.517.903	2,70%
Cluster 6	1.517.686	2,80%
Cluster 7	1.530.503	2,76%
Cluster 8	1.526.525	2,69%
Cluster 9	1.539.125	2,70%
Cluster 10	1.521.586	3,03%

Percentage overstappers per categorie aard van het inkomen

Tabel 5 presenteert het percentage overstappers per categorie aard van het inkomen. Arbeidsongeschikten blijken met een overstapperpercentage van 1,93 procent het minst te zijn

³⁸ Zie appendix 1 voor een grafische weergave van het percentage mannelijke en vrouwelijke overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd, uitgesplitst naar gezonde en ongezonde verzekerden.

overgestapt op 1 januari 2009. Onder de categorie 'overige 18-64 jarigen' is het overstapperpercentage op 1 januari 2009 met 3,40 procent het hoogst.

Tabel 5 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per categorie 'aard van het inkomen in 2009'

Categorie aard van het inkomen	Omvang subgroep	Overstapperpercentage subgroep
0-17 jarigen en 65-plussers	5.645.020	2,15%
Arbeidsongeschikten	763.936	1,93%
Bijstandsgerechtigden	305.628	2,46%
Zelfstandigen	638.012	2,60%
Overige 18-64 jarigen	7.926.957	3,40%

Percentage overstappers per FKG

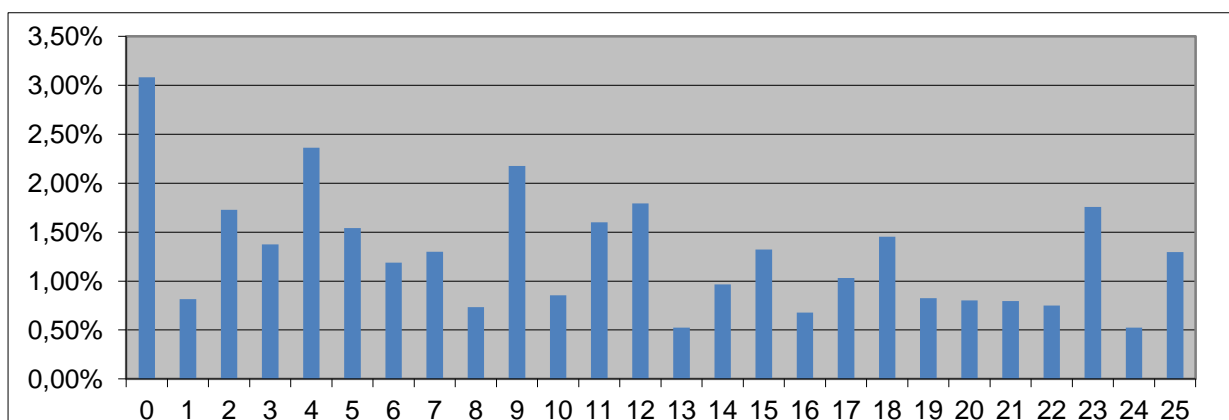
In Tabel 6 en Figuur 9 is het percentage overstappers per FKG weergegeven. Het overstapperpercentage is het hoogst onder verzekerden zonder een FKG. In totaal is 3,08 procent van deze verzekerden op 1 januari 2009 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Verzekerden die in 2009 onder een FKG vallen³⁹ zijn dus minder vaak overgestapt dan verzekerden die toen niet onder een FKG vielen.

De overstapperpercentages van verzekerden die ingedeeld zijn bij de verschillende FKG's lopen sterk uiteen. Het overstapperpercentage van verzekerden die zijn ingedeeld bij een FKG is het hoogst onder verzekerden met een depressie of met astma, respectievelijk 2,36 procent en 2,18 procent. Het percentage overstappers is het laagst onder verzekerden met een nier- of hartaandoening. Binnen deze groepen verzekerden is op 1 januari 2009 slechts 0,52 procent overgestapt.

³⁹ Deze verzekerden zijn in 2009 ingedeeld in een FKG, afgeleid uit hun medicijngebruik in 2008.

Tabel 6 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'FKG in 2009'

FKG in 2009	Omvang subgroep	Overstappercentage subgroep
Geen FKG (FKG 0)	12.755.167	3,08%
Depressie (FKG 4)	400.459	2,36%
Astma (FKG 9)	314.301	2,18%
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa (FKG 12)	28.685	1,79%
HIV/ aids (FKG 23)	9.011	1,76%
Schildklierandoeningen (FKG 2)	224.350	1,73%
Epilepsie (FKG 11)	72.632	1,60%
Neuropatische pijn (FKG 5)	48.013	1,54%
Transplantaties (FKG 18)	19.989	1,45%
Psychose, Alzheimer, verslaving (FKG 3)	71.323	1,38%
Reuma: overige middelen (FKG 15)	39.582	1,32%
Diabetes type II b (FKG 7)	94.142	1,30%
Groeihormonen (FKG 25)	2.539	1,30%
Hoog cholesterol (FKG 6)	645.499	1,19%
Diabetes type I (FKG 17)	188.338	1,03%
Reuma: TNF-alfa-remmers (FKG 14)	14.111	0,97%
Diabetes type II a (FKG 10)	194.126	0,86%
Cystic fibrosis/pancreasenzymen (FKG 19)	4.722	0,82%
Glaucoom (FKG 1)	124.454	0,82%
Aandoeningen hersenen/ruggenmerg (FKG 20)	101.52	0,80%
Kanker (FKG 21)	14.251	0,79%
Hormoongevoelige tumoren (FKG 22)	46.393	0,75%
COPD/zware astma (FKG 8)	157.625	0,73%
Parkinson (FKG 16)	18.724	0,68%
Nieraandoeningen (FKG 24)	11.086	0,52%
Hartaandoeningen (FKG 13)	351.379	0,52%



Figuur 9 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'FKG in 2009'

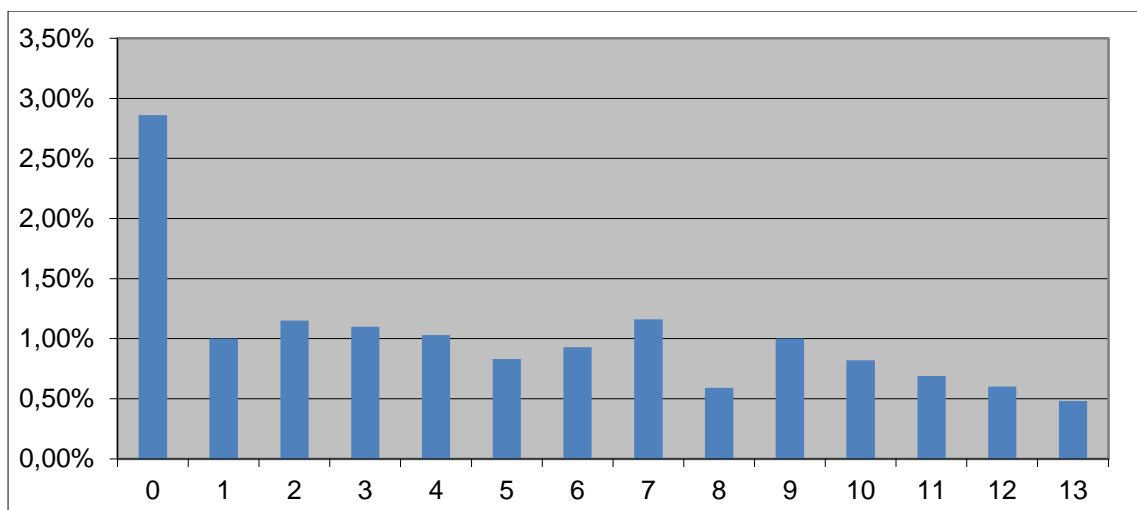
Percentage overstappers per DKG

Tabel 7 en Figuur 10 geven het percentage overstappers per DKG weer. Op 1 januari 2009 is 2,86 procent van de verzekerden die in 2009 niet zijn ingedeeld bij een DKG overgestapt. Verzekerden die in 2009 wél waren ingedeeld bij een DKG⁴⁰ stapten beduidend minder over. Het overstapperpercentage van verzekerden die zijn ingedeeld bij een DKG ligt tussen de 0,48 procent en 1,16 procent. Verzekerden die onder DKG 13 vallen zijn het minst overgestapt. In vergelijking met de overstapperpercentages die gepresenteerd zijn in Tabel 6 en Figuur 9 blijkt dat de overstapperpercentages van verzekerden die onder een FKG vallen hoger liggen dan de overstapperpercentages van verzekerden die onder een DKG vallen. Ook is meer spreiding zichtbaar in het overstapperpercentage tussen verschillende FKG's dan tussen verschillende DKG's

Tabel 7 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'DKG in 2009'

DKG in 2009	Omvang subgroep	Overstapperpercentage
0	14.893.628	2,86%
7	7.546	1,16%
2	68.478	1,15%
3	60.528	1,10%
4	34.290	1,03%
1	67.364	1,00%
9	8.309	1,00%
6	60.469	0,93%
5	27.790	0,83%
10	2.908	0,82%
11	16.242	0,69%
12	7.541	0,60%
8	18.427	0,59%
13	6.033	0,48%

⁴⁰ Deze verzekerden zijn in 2009 ingedeeld in een DKG, afgeleid uit hun ziekenhuisgebruik in 2008.



Figuur 10 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'DKG in 2009'

Percentage overstappers per SES-klasse

In Tabel 8 is het percentage overstappers op 1 januari 2009 per SES-klasse weergegeven. Het percentage overstappers is het hoogst onder verzekerden van wie het huishoudinkomen per hoofd in inkomensdeciël 1 tot en met 3 valt. Verzekerden die hoogstwaarschijnlijk woonachtig zijn in een verzorgingstehuis of verpleegtehuis stapten op 1 januari 2009 het minst over. Onder deze groep verzekerden bedraagt het overstapperpercentage 1,09 procent.

Tabel 8 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'SES-klasse in 2009'

SES-klasse in 2009	Omvang subgroep	Overstapperpercentage subgroep
Mensen woonachtig op een adres met meer dan 15 bewoners	190.224	1,09%
1 ^e t/m 3 ^e inkomensdeciël	4.550.000	3,05%
4 ^e t/m 7 ^e inkomensdeciël	6.096.960	2,67%
8 ^e t/m 10 ^e inkomensdeciël	4.442.368	2,83%

Percentage overstappers per MHK-klasse

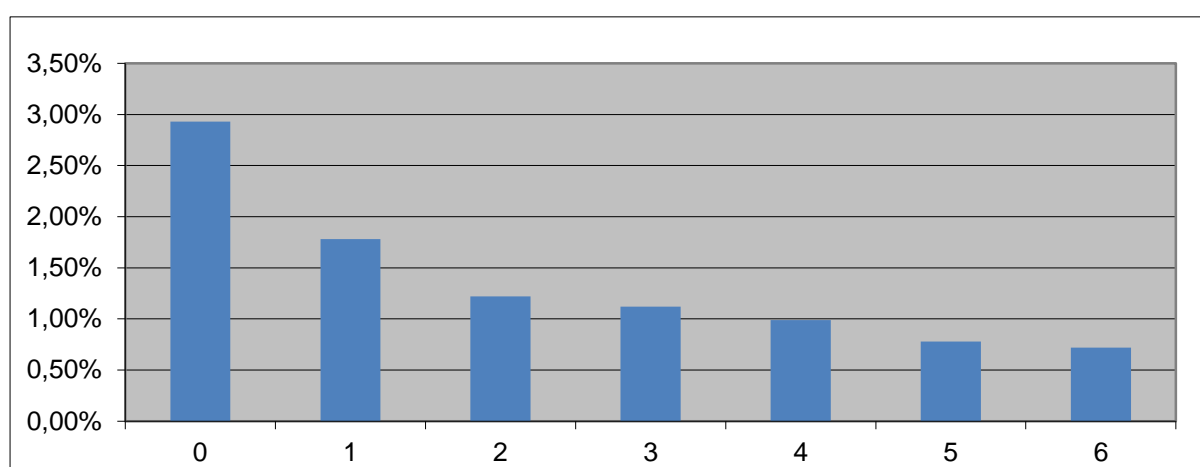
Tabel 9 en Figuur 11 laten het percentage overstappers op 1 januari 2009 per MHK-klasse zien. Geconcludeerd kan worden dat het percentage overstappers het hoogst is onder verzekerden die in 2009 niet zijn ingedeeld bij een MHK-klasse. In totaal is 2,93 procent van hen op 1 januari 2009 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Verzekerden die in 2009 in de MHK-klasse 'drie keer kosten in de top-1,5 procent' vallen, blijken het minst te zijn overgestapt. Slechts 0,72 procent van hen is op 1 januari 2009 overgestapt.

In vergelijking met Tabel 7 en Figuur 10 kan aangegeven worden dat de spreiding in het percentage overstappers van verzekerden die zijn ingedeeld bij een MHK-klasse,

enigszins groter is dan de spreiding in het percentage overstappers van verzekerden die zijn ingedeeld bij een DKG.

Tabel 9 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'MHK-klasse in 2009'

MHK-klasse in 2009	Omvang subgroep	Overstappercentage
Niet ingedeeld	14.171.009	2,93%
Kosten van drie jaar geleden niet in de top-15 procent, maar van de afgelopen twee jaar wel	332.971	1,78%
Drie keer kosten in de top-15 procent	368.826	1,22 %
Drie keer kosten in de top-10 procent	176.435	1,12%
Drie keer kosten in de top-7 procent	128.150	0,99%
Drie keer kosten in de top-4 procent	72.274	0,78%
Drie keer kosten in de top-1,5 procent	29.888	0,72%



Figuur 11 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per 'MHK-klasse in 2009'

4.1.2 Percentage overstappers voor combinaties van vereveningskenmerken

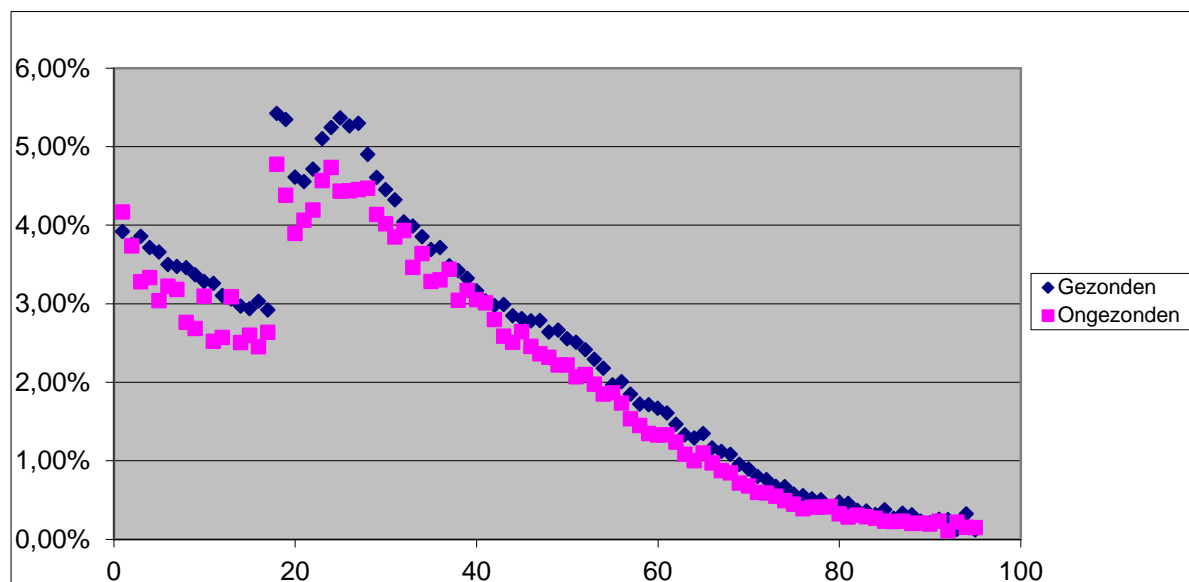
Uit Tabel 10 blijkt dat in totaal 0,98 procent van de verzekerden die in 2009 zijn ingedeeld bij een DKG is overgestapt. Van de verzekerden die zijn ingedeeld bij een FKG is dit 1,46 procent en van de verzekerden die in 2009 zijn ingedeeld bij een MHK-klasse 1,3 procent. Verzekerden die in 2009 zijn ingedeeld bij een DKG blijken dus het minst over te stappen.

Tussen de kenmerken DKG, FKG en MHK-klasse bestaat een grote overlap. Als een onderscheid wordt gemaakt tussen 'gezonde' verzekerden (i.e. in 2009 niet ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse) en 'ongezonde' verzekerden (i.e. in 2009 ten minste één keer ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse), blijkt dat op 1 januari 2009 3,12 procent van de gezonde verzekerden is overgestapt en 1,54 procent van de ongezonde verzekerden. Gezonde verzekerden blijken dus ongeveer tweemaal zo vaak over te stappen als ongezonde verzekerden. In totaal zijn 150.000 verzekerden ingedeeld bij zowel een FKG, een DKG als een MHK-klasse. Van deze groep verzekerden is op 1 januari 2009 0,68 procent overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.

Tabel 10 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per categorie

Kenmerk	Categorie	Omvang subgroep	Overstappercentage
DKG in 2009	Wel ingedeeld bij een DKG	385.924	0,98%
	Niet ingedeeld bij een DKG	14.893.628	2,86%
FKG in 2009	Wel ingedeeld bij een FKG	2.524.386	1,46%
	Niet ingedeeld bij een FKG	12.755.167	3,08%
MHK in 2009	Wel ingedeeld bij een MHK	1.108.544	1,30%
	Niet ingedeeld bij een MHK	14.171.009	2,93%
Combinatie	Ongezonderd	2.969.492	1,54%
	Gezond	12.310.060	3,12%

In Figuur 12 is het percentage overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd weergegeven, opgesplitst naar gezonde en ongezonde verzekerden.

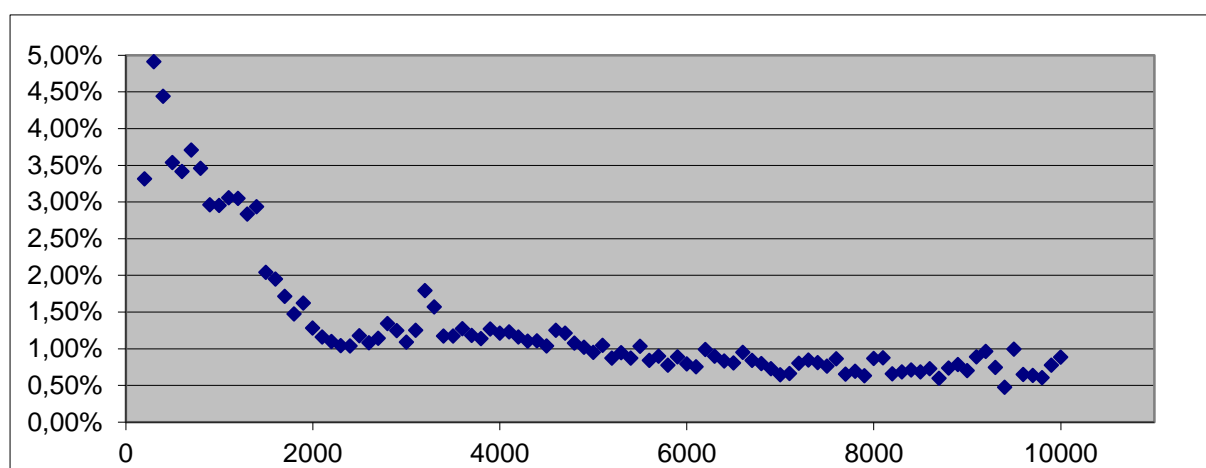


Figuur 12 Percentage overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd uitgesplitst naar gezonde verzekerden en ongezonde verzekerden

Gezonde verzekerden (i.e. in 2009 niet ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse) stappen op iedere leeftijd gemiddeld 10 tot 20 procent vaker over dan ongezonde verzekerden (i.e. in 2009 ten minste één keer ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse). Ook ongezonde kinderen blijken minder vaak over te stappen dan gezonde kinderen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat ouders bij het overstappen rekening houden met de gezondheid van hun kinderen.

4.1.3 Percentage overstappers voor subgroepen op basis van normkosten

In Figuur 13 is het percentage overstappers per 1 januari 2009 als functie van de normkosten-2009 weergegeven. De normkosten-2009 zijn de verwachte kosten-2009 van een verzekerde op basis van alle verzekeringskenmerken volgens het RV-model-2012. Op basis van deze figuur valt te concluderen dat naarmate de normkosten-2009 toenemen (en de gezondheid van verzekerden verslechtert) het overstappercentage daalt van circa vijf procent tot een half procent. Er is vooral een scherpe daling zichtbaar in het percentage overstappers bij de normkosten tussen 0 euro naar 2000 euro. Vervolgens blijft het overstappercentage tot circa 5000 euro redelijk stabiel rond 1 procent. Daarna vindt een geleidelijke daling plaats tot ruim een half procent. De normkosten van een verzekerde die in 2009 niet is ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse (i.e. een gezonde verzekerde) zullen per definitie niet boven circa 4000 euro liggen. Dit betekent dat voor alle verzekerden van wie de normkosten hoger zijn dan 4000 euro geldt dat zij ten minste ingedeeld zijn bij een FKG, een DKG óf een MHK-klasse (i.e. 'ongezonde verzekerden').⁴¹ Voor verzekerden die ingedeeld zijn bij een FKG, een DKG én een MHK-klasse geldt dat hun normkosten altijd boven de 4000 euro liggen.



Figuur 13 Percentage overstappers op 1 januari 2009 als functie van normkosten (geschat op basis van het RV-model-2012)

4.1.4 Gezamenlijke verklaringskracht vereveningskenmerken

Een multivariate logit-analyse wijst uit dat alle vereveningskenmerken van het RV-model-2012 tezamen 3,2 procent verklaren van de variatie in het overstapedrag per 1 januari 2009.⁴² Van deze verklaarde variantie komt 96 procent voor rekening van leeftijd/geslacht. De overige vereveningskenmerken dragen, gegeven leeftijd/geslacht, dus relatief weinig bij aan de verklaring van de verschillen in het overstapedrag van verzekerden. De samenhang

⁴¹ Dit laat onverlet dat de normkosten van verzekerden die zijn ingedeeld bij een FKG, een DKG óf een MHK-klasse ook lager dan 4000 euro kunnen zijn.

⁴² Pseudo R^2 van McFadden (1973).

tussen de overige vereveningskenmerken en het overstapgedrag van verzekerden is dus grotendeels het gevolg van de correlatie tussen de overige vereveningskenmerken en leeftijd/geslacht.

4.2 Zorgkosten van de overstappers versus de niet-overstappers

In paragraaf 4.2.1 wordt nagegaan op basis van welke kenmerken de overstappers per 1 januari 2009 zich onderscheiden van de niet-overstappers. Daarna wordt in paragraaf 4.2.2 aandacht besteed aan de zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers. Hierbij worden de werkelijke zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers gepresenteerd, evenals de verwachte zorgkosten indien rekening is gehouden met de risicoverevening. In paragraaf 4.2.3 wordt bepaald of de overstappers en de niet-overstappers **per zorgverzekeraar** selectieve groepen verzekerden vormen in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening. De resultaten die in paragraaf 4.2.3 gepresenteerd worden geven een indicatie van de mate waarin bij het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt sprake kan zijn of sprake is van risicoselectie.

4.2.1 Kenmerken van de overstappers versus de niet-overstappers

In Tabel 11 en 12 worden de kenmerken van de overstappers op 1 januari 2009 en van de niet-overstappers op 1 januari 2009 gepresenteerd. De overstappers zijn gemiddeld 9 jaar jonger dan de niet-overstappers. Van alle overstappers is 8,6 procent ingedeeld bij een FKG en van alle niet-overstappers is 16,8 procent ingedeeld bij een FKG. Voorts blijkt dat onder de groep overstappers 0,88 procent is ingedeeld bij een DKG, terwijl onder de groep niet-overstappers 2,57 procent is ingedeeld bij een DKG. Daarnaast is 3,4 procent van alle overstappers ingedeeld in een MHK-klasse, terwijl van alle niet-overstappers 7,4 procent is ingedeeld in een MHK-klasse. De groep overstappers bestaat dus in vergelijking met de groep niet-overstappers uit relatief jonge, gezonde verzekerden.

Tabel 11 Kenmerken van de overstappers versus de niet-overstappers op 1 januari 2009

	Niet-overstappers op 1 januari 2009	Overstappers op 1 januari 2009
Percentage vrouw	50,9%	51,6%
Gemiddelde leeftijd	40,0 jaar	30,9 jaar
Percentage ingedeeld in een FKG in 2009	16,8%	8,6%
Percentage ingedeeld in een DKG in 2009	2,57%	0,88%
Percentage ingedeeld in een MHK-klasse in 2009	7,4%	3,4%

Bij een analyse van het vereveningskenmerk 'aard van het inkomen' blijkt dat de groep overstappers een relatieve oververtegenwoordiging bevat van de 'overige 18-64 jarigen' en een relatieve ondervertegenwoordiging van 0-17 jarigen en 65-plussers.

Tabel 12 Kenmerken van de overstappers versus de niet-overstappers op 1 januari 2009

	Niet-overstappers op 1 januari 2009	Overstappers op 1 januari 2009
Percentage per regiocluster		
Cluster 1	10,10%	10,54%
Cluster 2	9,97%	9,69%
Cluster 3	10,02%	10,22%
Cluster 4	9,98%	10,28%
Cluster 5	9,95%	9,56%
Cluster 6	9,93%	9,9%
Cluster 7	10,02%	9,83%
Cluster 8	10,00%	9,57%
Cluster 9	10,08%	9,66%
Cluster 10	9,94%	10,75%
Percentage per categorie 'aard van het inkomen' in 2009		
0-17 jarigen en 65-plussers	37,20%	28,24%
Arbeidsongeschikten	5,05%	3,44%
Bijstandsgerechtigden	2,01%	1,75%
Zelfstandigen	4,19%	3,86%
Overige 18-64 jarigen	51,57%	62,73%
Percentage per SES-klasse in 2009		
Mensen woonachtig op een adres met meer dan 15 bewoners	1,27%	0,48%

1 ^e t/m 3 ^e inkomensdeciël	29,70%	32,34%
4 ^e t/m 7 ^e inkomensdeciël	39,96%	37,89%
8 ^e t/m 10 ^e inkomensdeciël	29,07%	29,29%

In deze paragraaf is ingegaan op de vraag of de overstappers zich onderscheiden van de niet-overstappers in bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en gezondheid. In de volgende paragraaf staat de vraag centraal of de overstappers zich wat betreft hun zorgkosten onderscheiden van de niet-overstappers.

4.2.2 Zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers

In Tabel 13 worden de werkelijke zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers weergegeven. In 2006, 2007 en 2008 – i.e. de drie jaren voorafgaand aan het overstapmoment op 1 januari 2009 – blijken de werkelijke zorgkosten van de overstappers gemiddeld ruim 40 procent lager te zijn dan de werkelijke zorgkosten van de niet-overstappers. In 2009, het jaar ná het overstapmoment op 1 januari 2009, liggen de werkelijke zorgkosten van de overstappers gemiddeld 36 procent lager dan de werkelijke zorgkosten van de niet-overstappers. In 2010, twee jaar na het overstapmoment op 1 januari 2009, liggen de werkelijke zorgkosten van de overstappers gemiddeld 34 procent lager dan de werkelijke zorgkosten van de niet-overstappers.

Tabel 13 Gemiddelde werkelijke zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers op 1 januari 2009

	Gemiddelde werkelijke zorgkosten niet-overstappers op 1 januari 2009 (in euro's)	Gemiddelde werkelijke zorgkosten overstappers op 1 januari 2009 (in euro's)	Relatief verschil ¹
2006	1364	772	-43% ***
2007	1462	851	-42% ***
2008	1483	872	-41% ***
2009	1586	1010	-36% ***
2010	1742	1152	-34% ***

*** significant: $p < 0.01$

¹ De verschillen zijn op de volgende manier berekend: $[(\text{werkelijke zorgkosten overstappers} / \text{werkelijke zorgkosten niet-overstappers}) - 1] \times 100\%$.

Op basis van Tabel 13 kan gesteld worden dat de overstappers in termen van hun werkelijke zorgkosten een selectieve groep verzekerden vormen. Zorgverzekeraars worden via het RV-model echter gecompenseerd voor de verwachte verschillen in de zorgkosten die samenhangen met de leeftijd, het geslacht en de gezondheid van hun verzekerden. In Tabel 14 worden voor de verzekerden die op 1 januari 2009 wel zijn overgestapt (de overstappers) en voor de verzekerden die op 1 januari 2009 niet zijn overgestapt (de niet-overstappers) de verwachte zorgkosten op basis van het RV-model (de zogenaamde normkosten) weergegeven in het jaar vóór de (niet-)overstap en in de twee jaar na de (niet-)overstap.

Deze normkosten zijn in alle drie de jaren voor de overstappers 35 procent lager dan voor de niet-overstappers.

Tabel 14 Gemiddelde 'verwachte jaarlijkse zorgkosten op basis van het RV-model' (de zogenaamde normkosten) van de overstappers en de niet-overstappers op 1 januari 2009

	Gemiddelde normkosten van de niet-overstappers op 1 januari 2009 (in euro's)	Gemiddelde normkosten van de overstappers op 1 januari 2009 (in euro's)	Relatief verschil¹
2008	1480	961	-35% ***
2009	1585	1033	-35% ***
2010	1742	1129	-35% ***

*** significant: $p < 0.01$.

¹ De verschillen zijn op de volgende manier berekend: $[(\text{gemiddelde normkosten van de overstappers} / \text{gemiddelde normkosten van de niet-overstappers}) - 1] \times 100\%$. In 2008 en 2009 zijn de normkosten berekend op basis van het RV-model-2012 en in 2010 op basis van het RV-model-2013, beide exclusief de bandbreedte-regeling.

In Tabel 15 is het verschil weergegeven tussen de gemiddelde normkosten (zie Tabel 14) en de gemiddelde werkelijke zorgkosten (zie Tabel 13) per overstapper en niet-overstapper in het jaar vóór de (niet-)overstap en in de twee jaar na de (niet-)overstap. Het verschil tussen de gemiddelde normkosten en de gemiddelde werkelijke zorgkosten kan bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie worden geïnterpreteerd als (een indicatie van) het 'gemiddelde financiële resultaat' (winst of verlies).⁴³ Uit Tabel 15 blijkt dat de verzekerden die op 1 januari 2009 niet zijn overgestapt (de niet-overstappers), in 2008 en 2009 gemiddeld 4 respectievelijk 1 euro verliesgevend waren op basis van het RV-model-2012. In 2010 blijken de werkelijke zorgkosten van de niet-overstappers gemiddeld gelijk te zijn aan hun normkosten.⁴⁴ De verzekerden die op 1 januari 2009 zijn overgestapt, zijn in het jaar vóór de overstap (2008) 89 euro winstgevend op basis van het RV-model-2012. In het eerste jaar na de overstap is deze winst gereduceerd tot 23 euro, en in het tweede jaar na de overstap is de winst omgeslagen in een verlies van 23 euro per verzekerde op basis van het RV-model-2013. Over de eerste twee jaar na de overstap wordt op de groep overstappers als geheel dus vrijwel geen winst of verlies gemaakt. De daling van het gemiddelde financiële resultaat op de overstappers in de periode 2008 - 2010 is vrijwel geheel toe te schrijven aan een forse stijging van hun werkelijke zorgkosten. De werkelijke

⁴³ Door het toepassen van het RV-model-2012 in plaats van het RV-model-2009 op de kosten-2009 zijn de in dit rapport gepresenteerde winsten en verliezen een onderschatting van de werkelijke winsten en verliezen in 2009 die resulteren na toepassing van het RV-model-2009. De hiervoor benodigde gegevens hadden wij echter niet tot onze beschikking. Hetzelfde geldt voor de kosten-2008. Een belangrijk verschil is dat de voorspelkracht van het RV-model-2012 (door de toevoeging van MHK) groter is dan van die van het RV-model-2008 en het RV-model-2009. Een globale indicatie is dat de gemiddelde winsten en verliezen per subgroep bij het RV-model-2008 en het RV-model-2009 circa een kwart groter zijn dan bij het RV-model-2012 (zie Van de Ven *et al.*, 2013, Tabel 1).

⁴⁴ Bij het RV-model-2013 hebben de DKG's niet meer alleen betrekking op klinische diagnoses (zoals in 2012), maar ook op niet-klinische diagnoses. Het aantal verzekerden dat onder een DKG valt wordt hierdoor verhoogd van circa 2% tot 8%. Naar verwachting neemt hierdoor de voorspelkracht van het RV-model-2013 toe ten opzichte van het RV-model-2012.

zorgkosten van de overstappers stegen in deze periode namelijk met 32 procent, terwijl de stijging in hun normkosten in deze periode circa 17,5 procent bedroeg. Daarentegen stegen in deze periode de werkelijke zorgkosten en de normkosten van de niet-overstappers in gelijke mate, namelijk beide met circa 17,5 procent.

Tabel 15 Gemiddelde financiële resultaat ¹ per overstapper en niet-overstapper (in 2008, 2009 en 2010) bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie

	Gemiddelde financiële resultaat per niet-overstapper op 1 januari 2009	Gemiddelde financiële resultaat per overstapper op 1 januari 2009
2008	-4 ***	89 ***
2009	-1	23 ***
2010	0	-23 ***

*** significant: $p < 0.01$.

¹ Het gemiddelde financiële resultaat is gelijk aan de gemiddelde normkosten (zie Tabel 14) minus de gemiddelde werkelijke zorgkosten (zie Tabel 13).

Vanuit het oogpunt van risicoselectie is het ook interessant om **per zorgverzekeraar** te achterhalen in hoeverre de overstappers en de niet-overstappers selectieve groepen verzekerden vormen in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening. Deze resultaten staan centraal in de volgende paragraaf.

4.2.3 Zorgkosten van de overstappers en de niet-overstappers per zorgverzekeraar

Per zorgverzekeraar is voor subgroepen van verzekerden het gemiddelde financiële resultaat bepaald op basis van het verschil tussen de werkelijke en de verwachte zorgkosten-2009 van verzekerden op grond van het RV-model-2012. Hierbij is per zorgverzekeraar een onderscheid gemaakt tussen de volgende subgroepen van verzekerden: 1) verzekerden die per 1 januari 2009 niet zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (i.e. de niet-overstappers), 2) verzekerden die per 1 januari 2009 bij de betreffende zorgverzekeraar als nieuwe verzekerden verzekerd zijn (i.e. de instromers per 1 januari 2009) en 3) verzekerden die per 1 januari 2009 overgestapt zijn naar een andere zorgverzekeraar (i.e. de uitstromers per 1 januari 2009). De twee laatstgenoemde subgroepen van verzekerden vormen de overstappers op de zorgverzekeringsmarkt op 1 januari 2009.

Uit Tabel 16 blijkt dat het aantal niet-overstappers op 1 januari 2009 per zorgverzekeraar gemiddeld 594.000 bedraagt en varieert van circa 51.600 tot 2.485.000 verzekerden. Het aantal in- en uitstromers per zorgverzekeraar bedraagt gemiddeld 17.200 en varieert van

circa 400 tot 57.200 verzekerden. Het aantal uitstromers op 1 januari 2009 per zorgverzekeraar loopt uiteen van circa 1300 tot 66.900 verzekerden.

Tabel 16 Gemiddeld, minimum en maximaal aantal niet-overstappers, instromers en uitstromers per zorgverzekeraar op 1 januari 2009

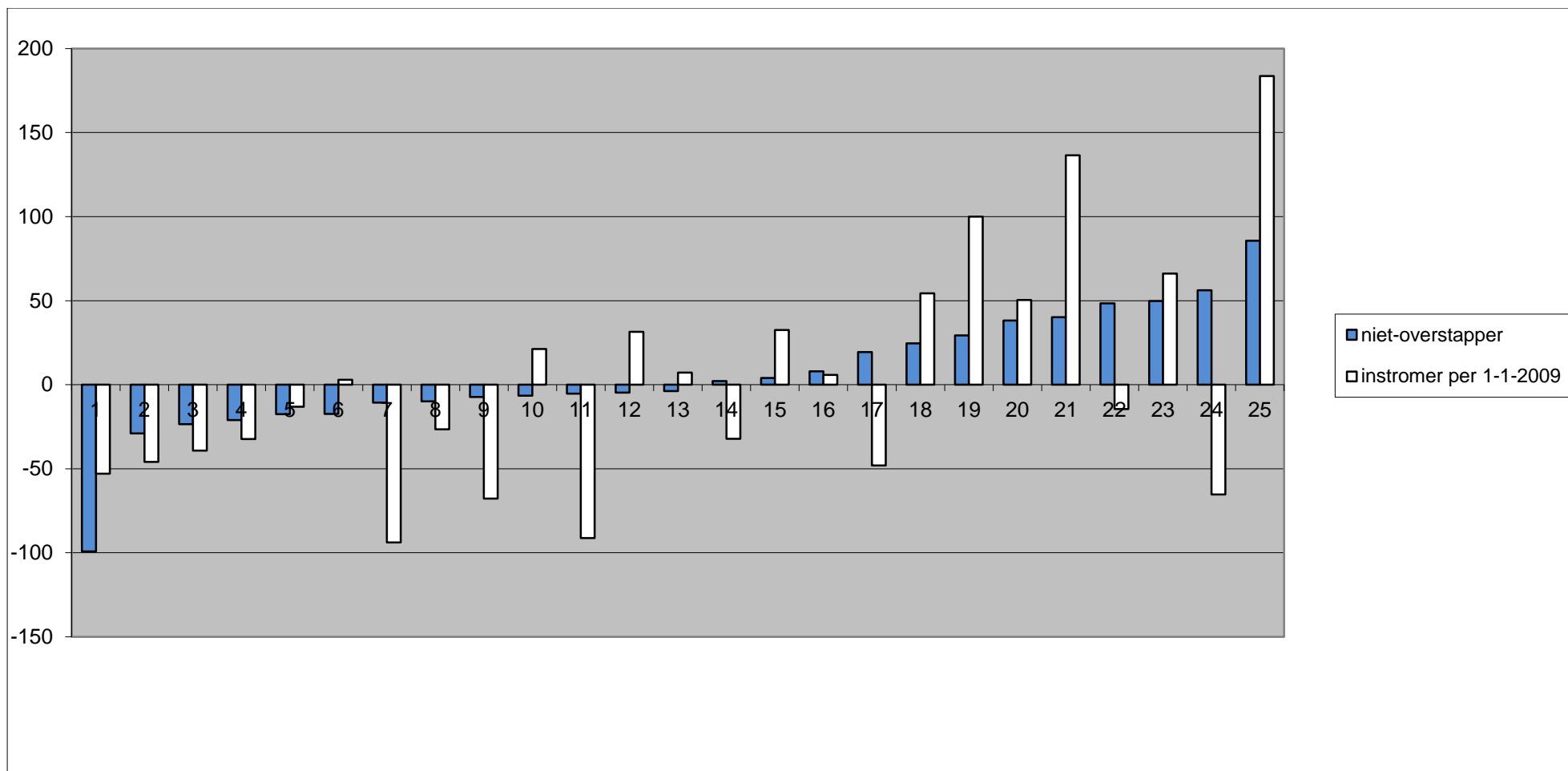
	Niet-overstappers op 1 januari 2009	Instromers op 1 januari 2009	Uitstromers op 1 januari 2009
Gemiddeld aantal per zorgverzekeraar	594.000	17.200	17.200
Minimum aantal per zorgverzekeraar	51.600	400	1300
Maximum aantal per zorgverzekeraar	2.485.000	57.200	66.900

Nb. Het aantal niet-overstappers, instromers en uitstromers *per zorgverzekeraar* worden in dit rapport niet gepresenteerd.

In Figuur 14 wordt het gemiddelde financiële resultaat in 2009 per zorgverzekeraar per niet-overstapper en per instromer op 1 januari 2009 weergegeven.⁴⁵ Er is een sterke samenhang tussen het gemiddelde financiële resultaat per niet-overstapper en het gemiddelde financiële resultaat per instromer (Pearson correlatiecoëfficiënt: 0,590; p-waarde < 0,01). Zeven van de acht zorgverzekeraars met een gemiddeld verlies van 10 euro of meer per niet-overstapper, na toepassing van het RV-model-2012 en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie, lijden tevens een verlies op hun instromers (zorgverzekeraar 1, 2, 3, 4, 5, 7 en 8). Daarnaast geldt dat zes van de acht zorgverzekeraars met een gemiddelde winst van 25 euro of meer op hun niet-overstappers, ook een (forse) winst maken op hun instromers. Verder blijken de zes zorgverzekeraars met een gemiddelde winst van 50 euro of meer per instromer (zorgverzekeraar 18, 19, 20, 21, 23 en 25) te behoren tot de acht zorgverzekeraars met de hoogste gemiddelde winst per niet-overstapper.

Tussen zorgverzekeraars zijn (substantiële) verschillen waarneembaar in het gemiddelde financiële resultaat in 2009 per niet-overstapper en per instromer per 1 januari 2009. Het gemiddelde financiële resultaat in 2009 per niet-overstapper per zorgverzekeraar varieert, na toepassing van het RV-model-2012 en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie, van -99 euro (zorgverzekeraar 1) tot +86 euro (zorgverzekeraar 25). Het gemiddelde financiële resultaat in 2009 per instromer per zorgverzekeraar loopt uiteen, na toepassing van het RV-model-2012 en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie, van -94 euro (zorgverzekeraar 7) tot +184 euro (zorgverzekeraar 25).

⁴⁵ Exclusief de bandbreedte-regeling.



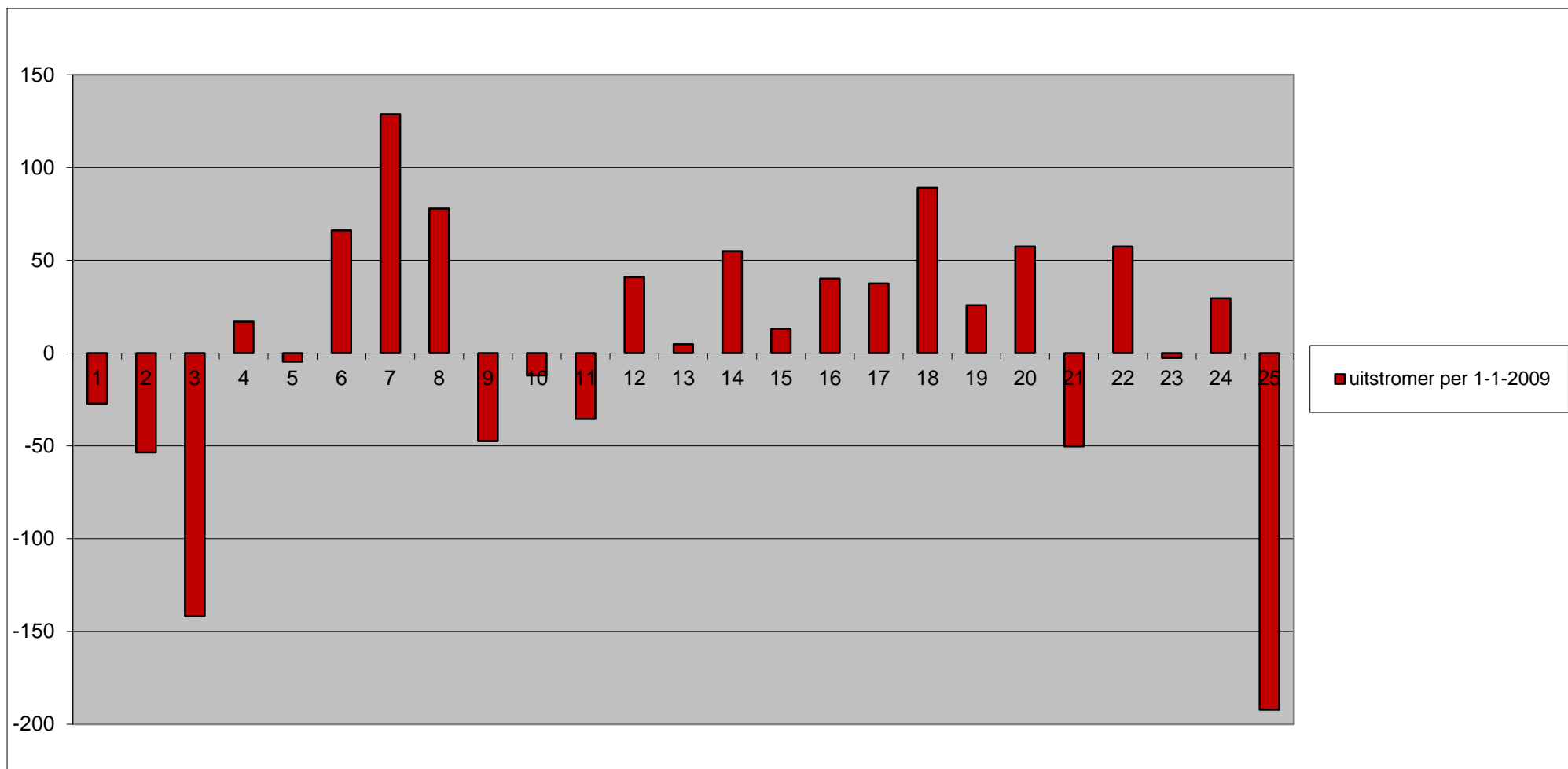
Figuur 14 Gemiddelde financiële resultaat in 2009 per zorgverzekeraar per niet-overstapper en instromer per 1 januari 2009, na toepassing van het RV-model-2012, bij een landelijk-gemiddeld kostendeekkende premie en exclusief de bandbreedte-regeling. (Zorgverzekeraars zijn geordend naar oplopend resultaat per niet-overstapper).

Nb. De gevonden resultaten zijn (voor zowel de niet-overstappers als de instromers) significant ($p < 0,05$) voor zorgverzekeraar 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 en 25.

In Figuur 15 wordt per zorgverzekeraar het gemiddelde financiële resultaat in 2009 van zijn 'uitstromers per 1 januari 2009' weergegeven⁴⁶. Een negatief resultaat is hierbij, gezien vanuit deze zorgverzekeraar, financieel gunstig. Zijn uitstromers zijn dan immers gemiddeld "verliesgevend" ná hun overstap, en dit verlies komt niet ten laste van deze zorgverzekeraar, maar ten laste van een andere zorgverzekeraar. Het gemiddelde financiële resultaat per uitstromer varieert, na toepassing van het RV-model-2012 en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie, van -192 euro (zorgverzekeraar 25) tot 129 euro (zorgverzekeraar 7).

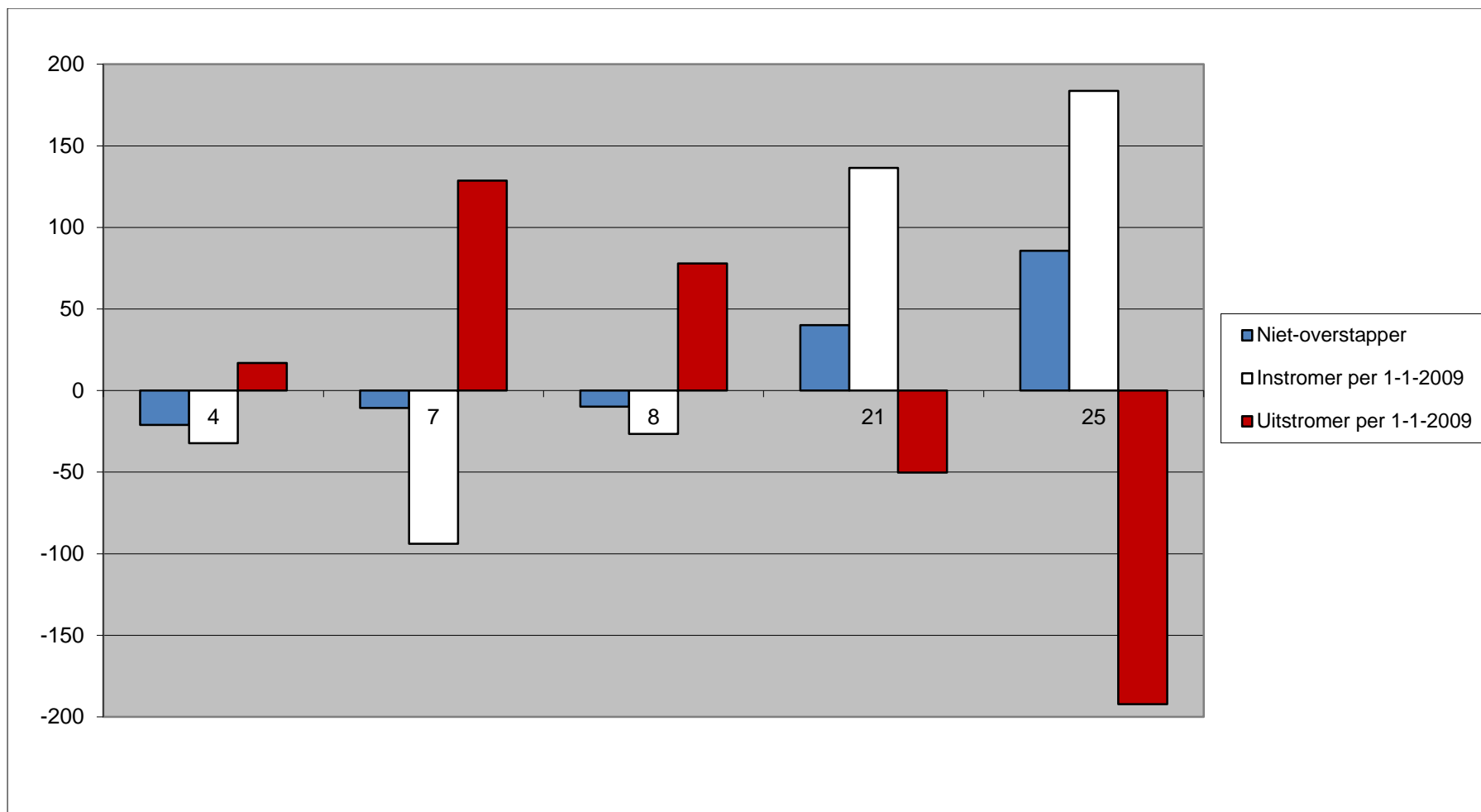
Er is een (zeer) geringe samenhang tussen het gemiddelde financiële resultaat per uitstromer en het gemiddelde financiële resultaat per instromer per 1 januari 2009 (Pearson correlatiecoëfficiënt: -0,312; p-waarde > 0,1). En er is vrijwel geen samenhang tussen het gemiddelde financiële resultaat per uitstromer en het gemiddelde financiële resultaat per niet-overstapper (Pearson correlatiecoëfficiënt: -0,072; p-waarde > 0,1).

⁴⁶ Exclusief de bandbreedte-regeling.



Figuur 15 Gemiddelde financiële resultaat in 2009 per zorgverzekeraar per uitstromer op 1 januari 2009, na toepassing van het RV-model-2012, bij een landelijk-gemiddeld kostendeckende premie en exclusief de bandbreedte-regeling. (De nummering van de zorgverzekeraars is identiek aan de nummering in Figuur 14).

Nb. De gevonden resultaten zijn significant ($p < 0,05$) voor zorgverzekeraar 6, 7, 8, 12, 14, 18, 20 en 25.



Figuur 16 Gemiddelde financiële resultaat in 2009 voor zorgverzekeraar 4, 7, 8, 21 en 25 per niet-overstapper, instromer en uitstromer per 1 januari 2009, na toepassing van het RV-model-2012, bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie en exclusief de bandbreedte-regeling.

Voor zorgverzekeraar 7 zijn de instromers gemiddeld verliesgevend en de uitstromers gemiddeld winstgevend, wat vanuit het oogpunt van de verzekeraar financieel ongunstig is (zie Figuur 16). Ook zijn voor deze zorgverzekeraar de niet-overstappers gemiddeld verliesgevend. Voor zorgverzekeraars 4 en 8 geldt hetzelfde, maar in mindere mate. Voor zorgverzekeraar 25 geldt dat de niet-overstappers en de instromers gemiddeld winstgevend zijn, terwijl de uitstromers gemiddeld verliesgevend zijn, wat vanuit het oogpunt van de verzekeraar financieel zeer gunstig is. Dit geldt ook voor zorgverzekeraar 21, maar in mindere mate (zie Figuur 16).

4.3 Conclusie

Onze empirische analyses wijzen uit dat het overstapgedrag⁴⁷ van subgroepen van verzekerden op 1 januari 2009 uiteenloopt. Zo varieert tussen leeftijdsgroepen het percentage overstappers met ten minste een factor 10. Onder volwassenen loopt het percentage overstappers geleidelijk terug van ruim 5 procent op 20-jarige leeftijd tot minder dan 0,5 procent bij de groep van 75 jaar of ouder. In totaal stapte in ons onderzoeksbestand op 1 januari 2009 circa 3 procent van de verzekerden over. De vereveningskenmerken verklaren gezamenlijk 3,2 procent van de variantie in overstapgedrag. Van deze verklaarde variantie wordt 96 procent verklaard door leeftijd/geslacht. De overige vereveningskenmerken dragen, gegeven leeftijd/geslacht, dus relatief weinig bij aan de verklaring van het overstapgedrag van verzekerden.

De overstappers op 1 januari 2009 zijn gemiddeld relatief jong en gezond, en hebben gemiddeld lagere zorgkosten dan de niet-overstappers. In de drie jaren voor de overstap hebben de overstappers ruim 40 procent lagere zorgkosten dan de niet-overstappers. In de twee jaar na de overstap is dit verschil gereduceerd tot circa 35 procent. Indien rekening wordt gehouden met het RV-model-2012 respectievelijk -2013 en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie, wordt door de zorgverzekeraars gezamenlijk op alle overstappers in de eerste twee jaar na de overstap gemiddeld nauwelijks winst of verlies gemaakt. Er zijn echter wel forse verschillen waarneembaar in de gemiddelde winst of het gemiddelde verlies per in- en uitstromer per zorgverzekeraar. Ook blijken tussen zorgverzekeraars verschillen waarneembaar te zijn in de gemiddelde winst of het gemiddelde verlies per niet-overstapper.

⁴⁷ In dit onderzoek is een overstapper gedefinieerd als een verzekerde die voor de zorgverzekering op 1 januari 2009 bij een andere *zorgverzekeraar* is verzekerd dan op 31 december 2008. Overstappers naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar zijn hierbij buiten beschouwing gebleven.

5. Conclusie, discussie en nader onderzoek

In paragraaf 5.1 wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. In paragraaf 5.2 volgen de belangrijkste conclusies en discussiepunten en in paragraaf 5.3 suggesties voor nader onderzoek.

5.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Onderstaand zullen de vier onderzoeksvragen worden beantwoord.

- 1. Welke subgroepen van verzekerden stappen veel, weinig of niet over naar een andere zorgverzekeraar?*

Eerder onderzoek heeft verschillen in het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden aangetoond: 1) jongeren stappen vaker over dan ouderen, 2) verzekerden zonder een chronische aandoening stappen vaker over dan verzekerden met een chronische aandoening, 3) werknemers stappen vaker over dan verzekerden met een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering, 4) verzekerden die in de Randstad wonen stappen vaker over dan verzekerden die elders wonen, 5) verzekerden met een hoog inkomen stappen vaker over dan verzekerden met een laag inkomen en 6) verzekerden met een hoog opleidingsniveau stappen vaker over dan verzekerden met een laag opleidingsniveau.

De door ons uitgevoerde empirische analyses wijzen uit dat het overstappercentage tussen leeftijdsgroepen varieert met ten minste een factor 10. Zo loopt onder volwassenen het percentage overstappers per 1 januari 2009 geleidelijk terug van ruim 5 procent op 20-jarige leeftijd tot minder dan een 0,5 procent bij de groep van 75 jaar of ouder. Gezonde verzekerden (i.e. in 2009 niet ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse) stappen op iedere leeftijd gemiddeld 10 tot 20 procent vaker over dan ongezonde verzekerden (i.e. in 2009 ten minste één keer ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK-klasse). Vrouwen tussen de 18 en 30 jaar stappen gemiddeld 20 procent vaker over dan mannen tussen de 18 en 30 jaar. Voorts is het percentage overstappers laag onder verzekerden die (waarschijnlijk) woonachtig zijn in een verzorgingstehuis of verpleegtehuis, en onder arbeidsongeschikten. Tot slot blijkt dat het overstappercentage per 1 januari 2009 daalt naarmate de normkosten-2009 (berekend volgens het RV-model 2012) van een verzekerde hoger zijn. Er is vooral een scherpe daling zichtbaar in het percentage overstappers (van circa 5 procent naar 1 procent) indien de normkosten van 0 euro naar 2000 euro gaan. Vervolgens blijft het overstappercentage redelijk stabiel rond 1 procent tot circa 5000 euro. Daarna vindt een geleidelijke daling plaats tot ruim een half procent. Tot normkosten van 10.000 euro per jaar

per verzekerde blijkt het percentage overstappers ten minste 0,5 procent te zijn. In totaal stapte in ons onderzoeksbestand circa drie procent van de verzekerden op 1 januari 2009 over.

De vereveningskenmerken van het RV-model-2012 verklaren gezamenlijk 3,2 procent van de variantie in overstapgedrag per 1 januari 2009. Van deze verklaarde variantie wordt 96 procent verklaard door leeftijd/geslacht. De overige vereveningskenmerken dragen, gegeven leeftijd/geslacht, dus relatief weinig bij aan de verklaring van de verschillen in het overstapgedrag van verzekerden.

2. *Op basis van welke kenmerken onderscheiden de overstappers zich van de niet-overstappers, bijvoorbeeld in leeftijd, geslacht, gezondheid en zorgkosten?*

De overstappers per 1 januari 2009 zijn gemiddeld relatief jong en gezond, en hebben gemiddeld lagere zorgkosten dan de niet-overstappers. Een opvallende bevinding is dat in de drie jaren vóór de overstap, de overstappers ruim 40 procent lagere zorgkosten hebben dan de niet-overstappers en dat dit verschil in de twee jaar na de overstap is gereduceerd tot circa 35%. Van Vliet (2006) kwam tot vergelijkbare bevindingen ten aanzien van de overstappers op 1 januari 2001 in de voormalige ziekenfondssector. Een mogelijke verklaring kan zijn dat verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar vanwege een gunstige dekking van de aanvullende verzekering⁴⁸ voor zorgvormen die complementair zijn aan basiszorg die men in de nabije toekomst verwacht nodig te hebben. Zo is bijvoorbeeld 13 procent van de overstappers op 1 januari 2012 overgestapt vanwege ontevredenheid over de dekking van de aanvullende verzekering bij de huidige zorgverzekeraar (Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012). Hierbij kan het gaan om bijvoorbeeld extra kraamzorg of vergoeding/uitkering na een bevalling, fysiotherapie (in verband met een recent ongeval) of een pruik (in verband met een recent vastgestelde tumor die bestraald moet worden).⁴⁹ Nader onderzoek naar de motieven voor het overstapgedrag van verzekerden kan hier helderheid bieden (zie paragraaf 5.3).

3. *In welke mate vormen de overstappers en de niet-overstappers selectieve groepen verzekerden in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening?*

⁴⁸ Vrijwel alle verzekerden sluiten hun basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar af (Vektis, 2012).

⁴⁹ Het ongeval of de vaststelling van de tumor kan in het late najaar hebben plaatsgevonden zodat de verzekerde vóór 1 januari weet volgend jaar een beroep te zullen doen op de aanvullende verzekering, en daarom overstapt naar een zorgverzekeraar die in de aanvullende verzekering een betere dekking geeft dan de huidige zorgverzekeraar.

Indien rekening wordt gehouden met de risicoverevening-2012 blijken de verschillen in zorgkosten tussen de overstappers en de niet-overstappers, gemiddeld over de twee jaar na de overstap, vrijwel geheel te verdwijnen. Zonder risicoverevening en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie⁵⁰ zou de winst op de overstappers, die gemiddeld relatief jong en gezond zijn, na de overstap ruim 500 euro per verzekerde per jaar bedragen. Na toepassing van de risicoverevening-2012 bedraagt de gemiddelde winst in het eerste jaar na de overstap op 1 januari 2009 23 euro per overstapper. In het tweede jaar na de overstap op 1 januari 2009 bedraagt het gemiddelde verlies per overstapper 23 euro. Over de eerste twee jaar na de overstap wordt op de overstappers over alle zorgverzekeraars gemiddeld dus geen winst of verlies gemaakt. In het jaar vóór de overstap bedraagt de gemiddelde winst per overstapper 89 euro.

4. *In welke mate vormen de overstappers⁵¹ en de niet-overstappers **per zorgverzekeraar** selectieve groepen verzekerden in termen van hun zorgkosten nadat rekening is gehouden met de risicoverevening?*

Hoewel door de zorgverzekeraars gezamenlijk op alle overstappers gemiddeld over de twee jaar na de overstap nauwelijks winst of verlies wordt gemaakt, is hierbij tussen zorgverzekeraars sprake van forse verschillen in winst en verlies op de in- en uitstromers. Het gemiddelde financiële resultaat per instromer per zorgverzekeraar varieert, na toepassing van de risicoverevening-2012⁵² en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie⁵³, van -94 euro tot +184 euro⁵⁴ in het eerste jaar na de overstap op 1 januari 2009. Voor de uitstromers variëren deze bedragen van -192 tot 129 euro. Deze vier uiterste bedragen doen zich bij slechts twee zorgverzekeraars voor (zorgverzekeraar 7 en zorgverzekeraar 25; zie Figuur 17). Voor zorgverzekeraar 7 zijn de in- en uitstroom beide financieel ongunstig (bezien vanuit de zorgverzekeraar) en voor zorgverzekeraar 25 zijn de in- en uitstroom beide financieel zeer gunstig. Verschillen in winst en verlies tussen de zorgverzekeraars doen zich niet alleen voor bij de overstappers, maar ook bij de niet-overstappers (op 1 januari 2009 gemiddeld 97 procent van de verzekerden). In het jaar ná de (niet-)overstap bedraagt het grootste gemiddelde verlies per zorgverzekeraar per niet-overstapper 99 euro per jaar (zorgverzekeraar 1) en de hoogste gemiddelde winst 86 euro per jaar (zorgverzekeraar 25).

⁵⁰ Premie uitsluitend op basis van de zorgkosten en afgezien van administratiekosten, reservevorming, e.d.

⁵¹ i.e. de in- en uitstromers.

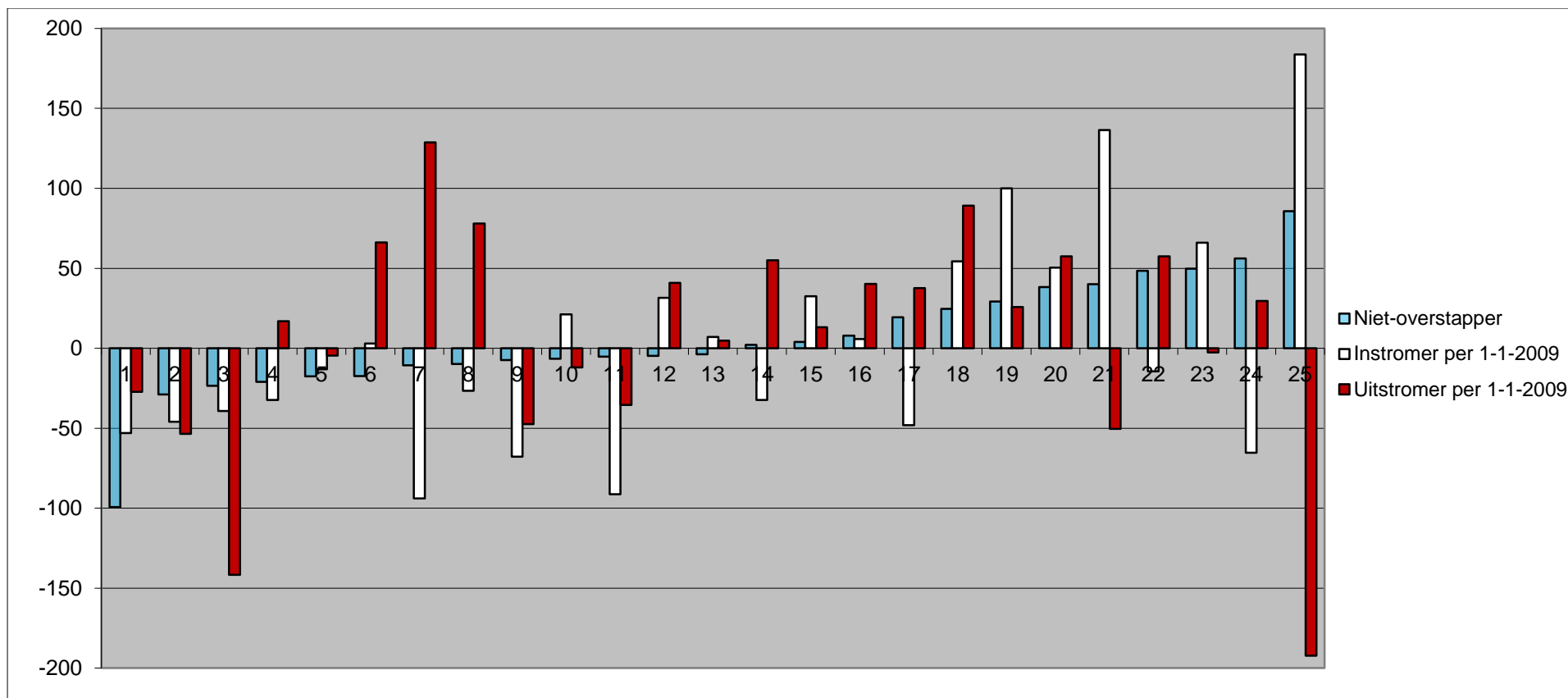
⁵² Exclusief de bandbreedte-regeling.

⁵³ Premie uitsluitend op basis van de zorgkosten en afgezien van administratiekosten, reservevorming, e.d..

⁵⁴ De werkelijke winsten / verliezen-2009 na toepassing van het RV-model-2009 (exclusief de hogekostenverevening) zijn naar schatting circa een kwart hoger dan de hier gepresenteerde winsten / verliezen-2009 na toepassing van het RV-model-2012.

Opvallend is dat de negen zorgverzekeraars met het hoogste verlies per niet-overstapper vrijwel steeds ook verlies maken op de instromers; en dat de zes zorgverzekeraars met de hoogste winst per instromer behoren tot de acht zorgverzekeraars met de hoogste winst per niet-overstapper. Een sterke samenhang in financieel resultaat zoals tussen de niet-overstappers en de instromers doet zich niet voor tussen de niet-overstappers en de uitstromers.

De meest opvallende bevinding betreft zorgverzekeraar 25 (zie Figuur 17). Zorgverzekeraar 25 heeft de hoogste winst per niet-overstapper en de hoogste winst per instromer. Daarnaast heeft deze zorgverzekeraar het grootste "verlies" per uitstromer in het jaar ná de overstap, hetgeen bezien vanuit de zorgverzekeraar financieel gunstig is. Voor zorgverzekeraar 21 geldt hetzelfde patroon, zij het in mindere mate. Het omgekeerde patroon geldt, in wisselende mate, voor zorgverzekeraars 4, 7 en 8: verlies op de niet-overstappers, verlies op de instromers en "winst" op de uitstromers in het jaar ná de overstap.



Figuur 17 Gemiddelde financiële resultaat in 2009 per zorgverzekeraar per niet-overstapper, instromer en uitstromer per 1 januari 2009, na toepassing van het RV-model-2012, bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie en exclusief de bandbreedte-regeling. (Zorgverzekeraars zijn geordend naar oplopend resultaat per niet-overstapper).

Nb. De gevonden resultaten m.b.t. de niet-overstappers en instromers zijn significant ($p < 0,05$) voor zorgverzekeraar 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 en 25.

De gevonden resultaten m.b.t. de uitstromers zijn significant ($p < 0,05$) voor zorgverzekeraar 6, 7, 8, 12, 14, 18, 20 en 25.

5.2 Conclusie en discussie

5.2.1 Overstapgedrag

In dit rapport is een overstapper gedefinieerd als een verzekerde die voor de zorgverzekering op 1 januari bij een andere zorgverzekeraar is verzekerd dan op 31 december in het voorgaande kalenderjaar. Geconcludeerd kan worden dat het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden verschilt. Zo varieert het overstappercentage tussen leeftijdsgroepen met ten minste een factor 10. Jongeren stappen vaker over dan ouderen. Vrouwen tussen de 18 en 30 jaar stappen gemiddeld circa 20 procent vaker over dan mannen tussen de 18 en 30 jaar. Gezonde verzekerden stappen op iedere leeftijd 10 tot 20 procent vaker over dan ongezonde verzekerden. Voorts stappen werknemers bijna twee keer zo vaak over als verzekerden met een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering, en stappen verzekerden met een hoog inkomen of een hoog opleidingsniveau vaker over dan verzekerden met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau. Verzekerden die (waarschijnlijk) in een verzorgingstehuis of verpleegtehuis wonen, stappen relatief weinig over. Naarmate de op basis van de risicoverevening berekende normkosten-2009 van een verzekerde toenemen van een paar honderd euro tot 10.000 euro, daalt het overstappercentage per 1 januari 2009 van circa 5 procent tot 0,5 procent. In totaal stapte in ons onderzoeksbestand circa drie procent van de verzekerden over op 1 januari 2009.

Andere vormen van overstapgedrag, zoals overstappen gedurende het verzekeringsjaar en overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar, zijn in dit rapport buiten beschouwing gebleven. Bij de interpretatie van overstapcijfers en bij een vergelijking van verschillende onderzoeken naar het overstapgedrag van verzekerden, is de gehanteerde definitie van 'een overstapper' van cruciaal belang.

Bij de interpretatie van overstapcijfers dient ook rekening gehouden te worden met volmachten die overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Het label Promovendum werd bijvoorbeeld in 2012 door een gevolmachtigde aangeboden namens zorgverzekeraar Avéro Achmea N.V.. Per 1 januari 2013 biedt Promovendum de zorgverzekering echter aan namens een andere zorgverzekeraar, namelijk VGZ Zorgverzekeraar N.V. Als in dit rapport het overstapgedrag van verzekerden op 1 januari 2013 zou zijn onderzocht, zouden alle verzekerden die bij Promovendum zijn gebleven, als overstappers op 1 januari 2013 zijn aangemerkt, omdat zij op 1 januari 2013 bij een andere zorgverzekeraar verzekerd zijn dan op 31 december 2012. Waarschijnlijk zullen deze verzekerden zichzelf echter niet als overstappers beschouwen.

Verzekerden dienen de vrijheid te hebben om jaarlijks over te stappen naar een andere zorgverzekering. Voor de keuzevrijheid van verzekerden is het hierbij niet van belang in hoeverre deze nieuwe zorgverzekering wordt aangeboden door dezelfde of door een andere zorgverzekeraar. Het gegeven dat verzekerden door over te stappen kenbaar maken niet tevreden te zijn met hun vorige zorgverzekeringsovereenkomst, is voldoende. Daarbij is het mogelijk dat de verzekerden niet bekend zijn met wie hun zorgverzekeraar is. Zo worden op vergelijkingssites (bijvoorbeeld op www.consumentenbond.nl, www.independ.nl en www.verzekeringssite.nl) labels ook als zorgverzekeraars gepresenteerd. Verzekerden die overstappen van bijvoorbeeld het label Pro Life naar het label TakeCareNow! zullen in hun beleving zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, terwijl beide labels door dezelfde zorgverzekeraar aangeboden worden, namelijk Agis Zorgverzekeringen N.V.. In dit onderzoek is alleen nagegaan in hoeverre subgroepen van verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Hierdoor is het overstapgedrag van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt slechts gedeeltelijk waargenomen. Overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar kan namelijk mogelijk ook een indicatie geven van de mate waarin verzekerden de vrijheid ervaren om over te stappen (zie paragraaf 5.3).

5.2.2 Overstapgedrag en risicoselectie

Uit de door ons uitgevoerde empirische analyses blijkt dat het gemiddelde financiële resultaat per (niet-)overstapper per zorgverzekeraar, na toepassing van de risicoverevening-2012 en bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie, voor de overstappers varieert van circa -200 euro tot +200 euro en voor de niet-overstappers van circa -100 euro tot +100 euro in het jaar ná de overstap (zie Figuur 17). Deze verschillen in het gemiddelde financiële resultaat kunnen worden veroorzaakt door doelmatigheid en risicoselectie. Hieronder wordt op beide oorzaken verder ingegaan. Op basis van aanvullende analyses zal worden geconcludeerd dat in ieder geval sprake is van risicoselectie.

Risicoselectie en solidariteit

Een belangrijk oogmerk van de Zvw is het realiseren van risicosolidariteit ten aanzien van zorgverzekeringen. Dit betekent het “*poolen van de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden*”.⁵⁵ Op een concurrerende verzekeringsmarkt kan de risicosolidariteit worden verminderd door enerzijds premiedifferentiatie en anderzijds risicoselectie. Risicoselectie wordt gedefinieerd als: “*acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden*

⁵⁵ Dit rapport gaat uitsluitend in op risicosolidariteit en niet op inkomenssolidariteit.

of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd".⁵⁶

Premiedifferentiatie per product en risicoselectie zijn dus (per definitie) de twee elkaar uitsluitende manieren om risicosolidariteit te verminderen of te verhinderen. Op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt is premiedifferentiatie per product echter vrijwel niet toegestaan en wordt de prikkel tot risicoselectie verminderd door risicoverevening. De risicoverevening beoogt zorgverzekeraars vooraf te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden, die uitsluitend samenhangen met gezondheid, leeftijd en geslacht.⁵⁷ Naarmate het ex-ante vereveningssysteem de zorgverzekeraars beter compenseert voor risicoheterogeniteit (die niet in de premiedifferentiatie per product tot uiting mag komen), neemt (de prikkel tot) risicoselectie af. Bij 'perfecte' risicoverevening worden alle risicogroepen adequaat verevend en bestaat geen prikkel tot risicoselectie. Voor zover er dan nog kosten- en premieverschillen tussen zorgverzekeraars bestaan, zijn deze het gevolg van doelmatigheidsverschillen (en verschillen in inkomsten uit eigen vermogen, winstuitkering, e.d. en verschillen in administratiekosten) tussen de zorgverzekeraars. Premieverschillen die samenhangen met deze kostenverschillen zijn niet strijdig met de beoogde solidariteit. Het is zelfs expliciet de bedoeling van de wetgever dat doelmatigheidsverschillen tussen de concurrerende zorgverzekeraars tot uiting komen in de premie en niet worden afgeroomd via risicoverevening (of andere solidariteitsbijdragen).

Hoewel Nederland internationaal gezien een relatief goede risicoverevening heeft, is de verevening nog niet goed genoeg. Voor diverse groepen van hoogrisico verzekerden (met een substantiële omvang) schieten de financiële compensaties substantieel tekort (Van de Ven *et al.*, 2013). Bij een imperfecte risicoverevening leidt het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op bepaalde groepen van hoogrisico verzekerden (veelal chronisch zieken). Bijgevolg worden verzekerden en zorgverzekeraars geconfronteerd met substantiële prikkels tot risicoselectie.

Risicoselectie omvat zowel selectie door de verzekerde ('antiselectie') als selectie door de verzekeraar ('gunstige-risicoselectie'). Bij veel vormen van risicoselectie is sprake van beide ('interacties'): zowel acties van de verzekerden als acties van de zorgverzekeraar. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de zorgverzekeraar verschillende varianten van de zorgverzekering aanbiedt en verzekerden via zelfselectie hun favoriete variant kiezen. In beginsel bestaan er veel acties (door verzekerden en zorgverzekeraars) die als risicoselectie

⁵⁶ Deze definitie is gelijk aan de definitie van risicoselectie in Van de Ven *et al.* (2013) omdat het "niet volledig realiseren van de beoogde risicosolidariteit" hetzelfde is als het "niet volledig poolen van de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden".

⁵⁷ Besluit Zorgverzekering 28 juni 2005, Staatsblad 2005 389.

kunnen worden gekwalificeerd, bijvoorbeeld selectieve zorginkoop, selectieve marketing, koppelverkoop, het kiezen voor een vrijwillig eigen risico, aanvullende verzekeringen en collectiviteiten. De meeste van deze acties zijn niet strijdig met de wet.

De woorden 'doel of gevolg' in de definitie van risicoselectie impliceren dat ook sprake kan zijn van (1) acties met als *gevolg* dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd zonder dat dit het doel van de acties was (omdat de acties een ander doel hadden), of (2) acties met als *doel* het ondergraven van de beoogde risicosolidariteit zonder dat dit doel wordt gerealiseerd (bijvoorbeeld omdat alle verzekerden of verzekeraars even succesvol zijn in risicoselectie). Veelal is niet duidelijk of marktsegmentatie het doel of het gevolg is van bepaalde acties. Marktsegmentatie waardoor de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd, kan bijvoorbeeld het neveneffect zijn van een doelgroepenbenadering waarbij de betreffende verzekeraar zich om andere redenen richt op dit marktsegment. Daarnaast kan marktsegmentatie het gevolg zijn van de keuze voor een vrijwillig eigen risico door gezonde verzekerden.

Risicoselectie kan een aantal negatieve effecten hebben. Zo zijn vanuit maatschappelijk oogpunt de acties die gekwalificeerd kunnen worden als risicoselectie niet alleen ongewenst vanwege de mogelijkheid dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd (bijvoorbeeld als gezonde verzekerden en chronisch zieken zich concentreren in verschillende polissen met elk een kostendekkende premie), maar ook vanwege mogelijke andere effecten (Van de Ven *et al.*, 2013):

1. risicoselectie kan de toegang tot kwalitatief goede zorg (via de zorgverzekering) bedreigen en een rem zetten op innovaties en kwaliteitsverbetering in de zorg omdat zorgverzekeraars worden ontmoedigd bij hun zorginkoop te investeren in projecten waarmee zij relatief veel verliesgevende verzekerden verwachten aan te trekken
2. risicoselectie kan de doelmatigheid bedreigen omdat risicoselectie voor zorgverzekeraars op korte termijn een meer effectieve manier kan zijn om de schadelast te reduceren dan het bevorderen van doelmatigheid in de zorg.⁵⁸

Risicoselectie kan dus leiden tot een afname van de solidariteit, een afname van de kwaliteit van zorg voor bepaalde groepen verzekerden (bijvoorbeeld chronisch zieken), en een afname van de doelmatigheid op de zorgverzekeringsmarkt. Dit maakt risicoselectie een belangrijk aandachtspunt voor de NZa, die goedwerkende zorgmarkten maakt en bewaakt,

⁵⁸ Voorts levert elke euro die aan risicoselectie wordt besteed (en niet aan zorg) een welvaartsverlies op.

en toezicht houdt op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Risicoselectie of doelmatigheid?

Het aantonen van de aanwezigheid van risicoselectie bij imperfecte risicoverevening is niet eenvoudig, omdat het moeilijk is de kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van risicoselectie te onderscheiden van de kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in doelmatigheid (zie hieronder de twee componenten van 'doelmatigheid'). Het feit dat na correctie voor de risicokenmerken die zijn opgenomen in de risicoverevening, de zorgkosten van zorgverzekeraar A per verzekerde lager zijn dan die van zorgverzekeraar B is niet noodzakelijk een indicatie van de aanwezigheid van risicoselectie, omdat A ook doelmatiger kan zijn dan B.⁵⁹ In dit geval is geen sprake van risicoselectie. Dit kan zich ook voordoen in een situatie met perfecte risicoverevening. Als zorgverzekeraar A echter lagere zorgkosten heeft dan zorgverzekeraar B, omdat A een oververtegenwoordiging heeft van verzekerden voor wie de imperfecte risicoverevening een overcompensatie ('te veel solidariteitsbijdragen') biedt, terwijl B een ondercompensatie ('te weinig solidariteitsbijdragen') ontvangt, is sprake van risicoselectie ('de beoogde solidariteit wordt niet volledig gerealiseerd').

De 'doelmatigheid van een zorgverzekeraar' heeft twee componenten:

- 1 doelmatigheid op verzekeraarsniveau, dat wil zeggen de zorgverzekeraar heeft selectief doelmatige zorgaanbieders gecontracteerd of heeft in de contracten met de zorgaanbieders prikkels tot doelmatigheid opgenomen; en
- 2 doelmatigheid op verzekerde-niveau, dat wil zeggen de verzekerde maakt (bij voorkeur) op doelmatige wijze gebruik van zorg, wil geen onnodige (en voor zijn/haar gezondheid wellicht schadelijke) zorg ontvangen, heeft een voorkeur voor gepaste (=doelmatige) zorg, en heeft een lage 'zorgconsumptiegeneigdheid'.

Deze twee componenten kunnen samengaan, maar kunnen ook afzonderlijk een rol spelen. Bijvoorbeeld een zorgverzekeraar die zelf niet bovenmatige doelmatigheidsinspanningen levert, maar via een effectieve marketingcampagne wel een imago van 'gepaste zorg' heeft verworven, zal relatief veel verzekerden aantrekken die op doelmatige wijze gebruik maken van zorg. Deze zorgverzekeraar zal hierdoor relatief lage zorgkosten hebben. Ondanks dat deze zorgverzekeraar een selectief verzekerdenbestand heeft, is hier geen sprake van

⁵⁹ Of omdat zorgverzekeraar A als gevolg van regulering in het verleden (bijvoorbeeld de Ziekenfondswet) een selectief 'gunstig' verzekerdenbestand heeft. (De relevantie van deze mogelijke verklaring neemt elk jaar verder af.)

risicoselectie. (Deze situatie is immers niet strijdig met de beoogde solidariteit en zou zich ook bij perfecte risicoverevening kunnen voordoen.)

Overstapgedrag en risicoselectie

Zowel risicoselectie als verschillen in doelmatigheid tussen zorgverzekeraars kunnen een mogelijke verklaring vormen voor de in Figuur 17 weergegeven bevindingen. ‘Doelmatigheid op *verzekerde-niveau*’ kan alleen een verklaring vormen als de zorgverzekeraars een duidelijke reputatie hebben voor al dan niet gepaste zorg, of als er (ten minste) een zorgverzekeraar is die een marketingcampagne voert om het imago van gepaste zorg te verwerven. Bij de keuze van een zorgverzekeraar is tot op heden, en was zeker in het najaar van 2008, weinig bekend over de doelmatigheid en reputatie van zorgverzekeraars op het terrein van hun zorginkoop. ‘Doelmatigheid op *verzekerde-niveau*’ kan daarom geen verklaring vormen voor de bevindingen in Figuur 17.

Onderstaand zullen eerst de bevindingen ten aanzien van de uitstromers worden besproken en vervolgens de bevindingen ten aanzien van de instromers en de niet-overstappers.

‘Doelmatigheid op *verzekeraarsniveau*’ kan geen verklaring vormen voor de waargenomen significant van nul verschillende ‘gemiddelde financiële resultaten over 2009 per **uitstromer** op 1 januari 2009’, omdat dit het gemiddelde financiële resultaat is dat is behaald door de gezamenlijke nieuw-gekozen-zorgverzekeraars en niet door de zorgverzekeraar waar de verzekerden zijn uitgestroomd.⁶⁰ Risicoselectie⁶¹ is daarom de enige verklaring voor de bij de 8 zorgverzekeraars⁶² waargenomen significant van nul verschillende ‘gemiddelde financiële resultaten over 2009 per uitstromer op 1 januari 2009’.

‘Doelmatigheid op *verzekeraarsniveau*’ zou een verklaring kunnen vormen voor de waargenomen significant van nul verschillende ‘gemiddelde financiële resultaten over 2009 per **instromer** op 1 januari 2009’, omdat deze financiële resultaten zijn behaald door de zorgverzekeraars bij wie de verzekerden per 1 januari 2009 zijn verzekerd. Om na te gaan hoe realistisch deze verklaring is, hebben we voor de ‘instromers op 1 januari 2009’ voor elke zorgverzekeraar ook gekeken naar het gemiddelde financiële resultaat in 2008 dat is behaald door de gezamenlijke zorgverzekeraars waar de verzekerden per 1 januari 2009 uitstroomden (zie Figuur 18, appendix 2). Voor alle zorgverzekeraars met een positief

⁶⁰ Onder de realistische veronderstelling dat uitstromers bij verschillende zorgverzekeraars terechtkomen.

⁶¹ Risicoselectie omvat zowel selectie door de verzekerde (‘antiselectie’) als selectie door de zorgverzekeraar (‘gunstige-risicoselectie’). De verwachting is dat bij veel vormen van risicoselectie sprake is van beide (‘interacties’): zowel acties van de verzekerden als acties van de zorgverzekeraar.

⁶² Zorgverzekeraars 6, 7, 8, 12, 14, 18, 20 en 25 (zie Figuur 14).

financieel resultaat in 2009 op de 'instromers op 1 januari 2009' blijkt het financieel resultaat in 2008 ook positief en zelfs groter te zijn dan dat in 2009. Dit sluit dus 'doelmatigheid van de nieuwe zorgverzekeraar' als mogelijke verklaring uit. Risicoselectie is daarom de enige verklaring voor de bij 9 zorgverzekeraars⁶³ waargenomen significant van nul verschillende 'gemiddelde winst over 2009 per instromer op 1 januari 2009'.

'Doelmatigheid op verzekeraarsniveau' kan ook bij zorgverzekeraars 17, 22 en 24 geen verklaring vormen voor de waargenomen significant van nul verschillende 'gemiddelde financiële resultaten over 2009 per instromer op 1 januari 2009'. Als doelmatigheid op verzekeraarsniveau bij hen wel een rol zou spelen, is de verwachting dat deze zorgverzekeraars winst zouden maken op hun instromers in 2009, omdat zij in 2009 ook winst maken op hun niet-overstappers (zie Figuur 14). In werkelijkheid is sprake van een verlies op hun instromers (terwijl deze verzekerden in het jaar vóór de overstap wel winstgevend waren; zie Figuur 18). Ook bij deze zorgverzekeraars is risicoselectie dus de enige verklaring voor de gevonden bevindingen.

Bij de zorgverzekeraars 1, 2, 4 en 5 kan 'ondoelmatigheid op verzekeraarsniveau' een verklaring vormen voor de gevonden significante bevindingen. In 2009 maken deze zorgverzekeraars verlies op zowel de niet-overstappers als de instromers, terwijl de instromers in het jaar vóór de overstap bij hun vorige zorgverzekeraar wel winstgevend waren (zie Figuur 18).

De significante verschillen tussen de zorgverzekeraars in de jaarlijkse zorgkosten per **niet-overstapper** na correctie voor de risicokenmerken die zijn opgenomen in de risicoverevening⁶⁴, kunnen niet noodzakelijk (volledig) verklaard worden door risicoselectie, omdat er ook verschillen in doelmatigheid op verzekeraarsniveau kunnen zijn tussen de zorgverzekeraars. Nader onderzoek kan hier duidelijkheid verschaffen (zie paragraaf 5.3). Dit nader onderzoek zou zich in het bijzonder kunnen richten op zes zorgverzekeraars die in 2009 winst maakten op hun instromers waarvoor risicoselectie de enige verklaring is, én winst maakten op de niet-overstappers.⁶⁵ De winst op de niet-overstappers zou mede het resultaat kunnen zijn van risicoselectie bij de instromers in voorgaande jaren.

⁶³ Zorgverzekeraars 6, 10, 12, 18, 19, 20, 21, 23 en 25 (zie Figuur 18, appendix 2).

⁶⁴ Deze verschillen lopen op tot 185 euro per instromer per jaar (zie Figuur 14).

⁶⁵ Zorgverzekeraars 18, 19, 20, 21, 23 en 25 (zie Figuur 14 en Figuur 18).

De conclusie dat (bij de in- en uitstroom van verzekerden⁶⁶) bij een aantal zorgverzekeraars op 1 januari 2009 sprake was van risicoselectie roept nieuwe vragen op die van belang zijn om de relevantie van de bevindingen te kunnen duiden, maar op basis van het hier verrichte onderzoek niet kunnen worden beantwoord, zoals:

- Welke vormen van risicoselectie (i.e. selectie-activiteiten) leiden tot de selectieve in- en uitstroom van verzekerden?
- Is marktsegmentatie het doel of alleen een gevolg (van de selectie-activiteiten)?
- Was de geconstateerde risicoselectie bij de in- en uitstroom op 1 januari 2009 een eenmalig verschijnsel, of is risicoselectie bij de in- en uitstroom van verzekerden een structurele trend die al jaren gaande was vóór 2009, en ook in de jaren na 2009 heeft plaatsgevonden?
- In welke mate zorgt risicoselectie bij het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt voor een 'ongelijk speelveld' voor de zorgverzekeraars?
- In welke mate vormt risicoselectie bij het overstapgedrag een bedreiging voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en voor de door de wetgever beoogde solidariteit?
- In hoeverre is, naast de in dit onderzoek geconstateerde risicoselectie bij het "overstappen naar een *andere zorgverzekeraar*", ook sprake van risicoselectie bij het "overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering bij *dezelfde zorgverzekeraar*"?⁶⁷

5.3 Nader onderzoek

Hoewel dit onderzoek een aantal nieuwe bevindingen heeft opgeleverd, roept het ook vragen op die met onderstaand nader onderzoek kunnen worden beantwoord.

Permanente monitoring van (de motieven voor) het overstapgedrag

De bevinding dat de overstapgeneigdheid⁶⁸ verschilt voor subgroepen van verzekerden en dat bij het overstapgedrag op 1 januari 2009 sprake was van risicoselectie, betekent dat het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt van invloed kan zijn op het goed functioneren van de zorgmarkten en op de mate waarin de door de wetgever beoogde publieke belangen, te weten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, worden gerealiseerd. Nader onderzoek⁶⁹ kan hier meer inzicht in geven.

⁶⁶ en wellicht ook bij de niet-overstappers.

⁶⁷ Het effect van risicoselectie bij het overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar op het goed functioneren van de zorgmarkten, kan hetzelfde zijn als het effect van risicoselectie bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

⁶⁸ En de motieven (zie bijvoorbeeld Strombom *et al.*(2002)).

⁶⁹ Bijvoorbeeld door middel van een gestratificeerde steekproef onder de Nederlandse populatie, waarbij de helft van de steekproef bestaat uit overstappers en de andere helft uit niet-overstappers.

Nagaan welke subgroepen van verzekerden overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar

In dit rapport is alleen nagegaan in hoeverre voor subgroepen van verzekerden de geneigdheid tot overstappen naar een andere zorgverzekeraar verschilt en in hoeverre bij dit type overstapgedrag sprake was van risicoselectie. Om een vollediger inzicht te krijgen in de mate waarin sprake is van goed functionerende zorgmarkten kan nader onderzoek worden gedaan naar (de motieven⁷⁰ voor) het overstapgedrag naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering *bij dezelfde zorgverzekeraar*^{71,72}

Metten van meerjarig overstapgedrag

De bevinding dat de overstapgeneigdheid op 1 januari 2009 verschilt voor subgroepen van verzekerden, roept de vraag op of het meerjarig overstapgedrag ook verschilt voor subgroepen van verzekerden. Nader onderzoek naar het meerjarig overstapgedrag van verzekerden (een 'dynamische benadering') kan een goed inzicht geven in de mate waarin sprake is van goed functionerende zorgmarkten. Welke verzekerden stappen (bijna) elk jaar over, en waarom? En welke verzekerden stappen (vrijwel) nooit over, en waarom niet? Een dynamische bandering maakt het bijvoorbeeld mogelijk om na te gaan of een verzekerde in een bepaald jaar niet is overgestapt, omdat hij of zij in één van de voorgaande jaren al is overgestapt naar een (voor de verzekerde) aantrekkelijke andere zorgverzekeraar.⁷³

Nagaan of in de portefeuille-opbouw bij bepaalde zorgverzekeraars sprake is van risicoselectie

Dit rapport heeft verschillen in winst en verlies tussen zorgverzekeraars op de niet-overstappers aangetoond. Om na te kunnen gaan of deze bevinding het resultaat is van risicoselectie of het resultaat is van doelmatigheidsverschillen tussen zorgverzekeraars, kan nader onderzoek worden gedaan onder de verzekerden van bepaalde zorgverzekeraars (bijvoorbeeld zorgverzekeraars 1 en 25; zie Figuur 17), bijvoorbeeld door een

⁷⁰ Voor een conceptueel denkkader en een vragenlijst die gebruikt kunnen worden om te achterhalen waarom het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden verschilt, zie Duijmelinck *et al.* (2013).

⁷¹ Nagegaan kan worden of Vektis gegevens heeft over het overstapgedrag van verzekerden naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar.

⁷² Deze 'overstappers' vallen niet onder de definitie van overstapper zoals gehanteerd in dit rapport omdat zij op 31 december en de daarop volgende 1 januari bij dezelfde zorgverzekeraar zijn verzekerd. De effecten van (risicoselectie bij) het overstappen naar een 'ander label of een andere variant van de zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar' op het goed functioneren van de zorgmarkten kan echter hetzelfde zijn als het effect van (risicoselectie bij) het overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

⁷³ Om hierbij inzicht te krijgen in de premie- en kwaliteit-gevoeligheid van de consument is het nodig de door de verzekerde betaalde premies alsmede de kwaliteit van de zorgverzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders te kennen.

gezondheidsenquête te houden.⁷⁴ Op deze manier kan worden bepaald of, gegeven de vigerende vereveningformule en gegeven dat bekend is welke subgroepen van verzekerden bij een landelijk-gemiddeld kostendeekkende premie voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn, sprake is van een oververtegenwoordiging van voorspelbaar winst- of verliesgevende verzekerden in het betreffende verzekerdenbestand.⁷⁵ Indien deze enquête uitwijst dat sprake is van een qua gezondheid selectief verzekerdenbestand gegeven de risicoverevening, is sprake van risicoselectie in de portefeuille-opbouw van de betreffende zorgverzekeraar(s).

Nagaan of bij de in- en uitstroom per zorgverzekeraar sprake is (geweest) van een structureel patroon van risicoselectie gedurende een reeks van jaren

Onze conclusie is dat bij de in-en uitstroom van verzekerden op 1 januari 2009 sprake was van risicoselectie. Met nader onderzoek kan worden nagegaan of, en indien dit het geval is in welke mate en bij welke zorgverzekeraars, sprake is (geweest) van een structureel patroon van risicoselectie bij de in- en uitstroom van verzekerden gedurende een reeks van jaren. Voor de periode 2009 – 2010 kan dit inzicht worden verkregen door dezelfde analyses als in dit rapport uit te voeren op de in-en uitstromers per 1 januari 2010. Voor de overstappers per 1 januari 2011 en latere jaren kunnen deze analyses nu nog niet worden uitgevoerd omdat de werkelijke kosten (na overstap) pas circa 3 jaar na dato bekend zijn. Wel kan een gezondheidsenquête, zoals boven aangegeven, worden uitgezet onder de overstappers per 1 januari 2013 (bijvoorbeeld bij zorgverzekeraars 4, 7, 8, 19, 21 en 25; zie Figuur 17).

⁷⁴ Wellicht kan met de in februari 2013 door Motivaction gehouden enquête een eerste globale indicatie van het antwoord op deze vraag worden gegeven. Maar het aantal waarnemingen (circa 1100, dat wil zeggen gemiddeld circa 40 per zorgverzekeraar) is waarschijnlijk te gering voor definitieve conclusies.

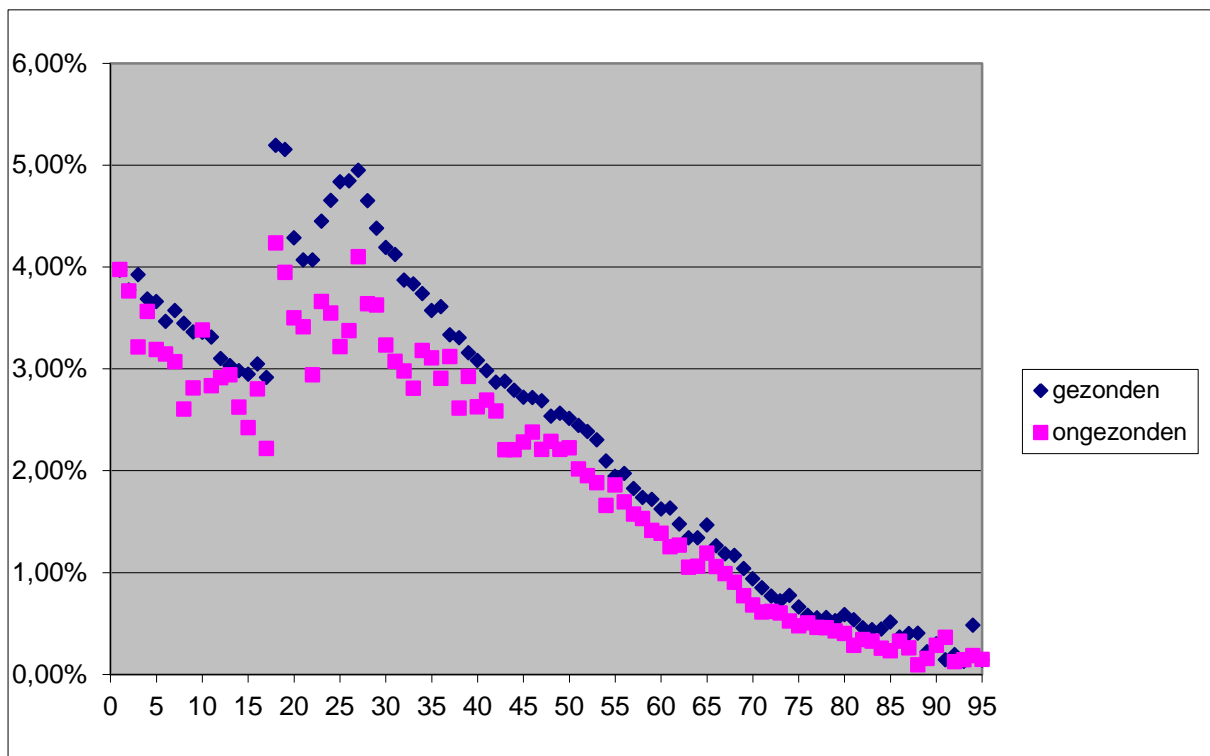
⁷⁵ De enquêtevragen moeten zodanig zijn dat de verzekerden kunnen worden ingedeeld in de relevante subgroepen (zie bijvoorbeeld in Van de Ven *et al.*, 2013, Bijlage 1).

Literatuur

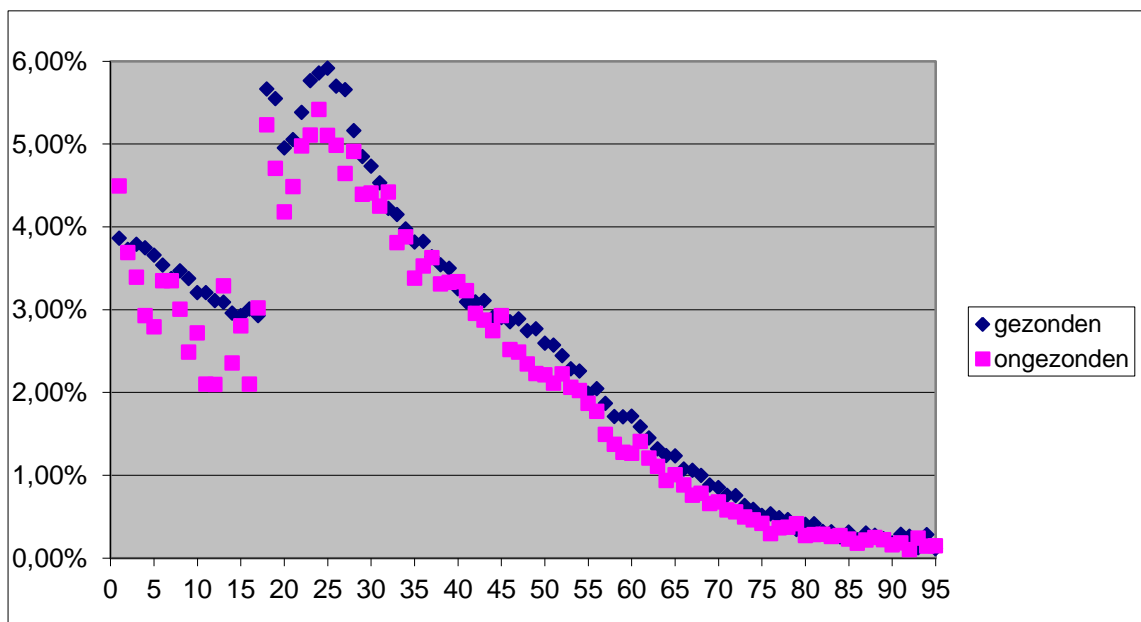
- (CentERdata). 2012. *CentERpanel* (Internet). 12-12-12, [Geraadpleegd op 12-12-12].
Bereikbaar op
http://www.centerdata.nl/nl/TopMenu/Wat_doen_we/Dataverzameling/CentERpanel/
- Duijmelinck, D.M.I.D., T. Laske-Aldershof, I. Mosca & W.P.M.M. van de Ven. 2013.
Belemmeringen voor subgroepen van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekering. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Jong, de. J. & P. Groenwegen. 2007. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug. Collectivisering zet door*. Utrecht: NIVEL.
- Jong, de. J. 2008. *Wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL.
- McFadden, D.S. 1973. 'Conditional logit analysis of qualitative choice behavior', in: P. Zarembka (ed.), *Frontiers in econometrics*, Academic Press, New York.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2007. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De balans 2007*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2008. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008. Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2012. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2008-2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Reitsma-van Rooijen, M., A. Brabers & J. de Jong. 2011. *Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen*. Utrecht: NIVEL.
- Reitsma-van Rooijen, M., A. Brabers & J. de Jong. 2012. *Stijging van het aantal overstappers zet door. De aanvullende verzekering speelt een grotere rol bij het overstappen*. Utrecht: NIVEL.
- Roos, A.F. & F.T. Schut. 2008. 'Risico's van koppeling basis-en aanvullende verzekering' *ESB* 93(4548): 710-713.
- Roos, A.F. & F.T. Schut. 2012. 'Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands', *The European Journal of Health Economics* 13(1): 51-62.
- Strombom, B. A., T.C. Buchmueller & P.J. Feldstein. 2002. 'Switching costs, price sensitivity and health plan choice', *Journal of Health Economics* 21: 89-116.
- Vektis. 2007. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Hoe staat het ervoor in 2007?* Zeist: Vektis.
- Vektis. 2008. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Begin of einde van de rust?* Zeist: Vektis.
- Vektis. 2009. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag 2009*. Zeist: Vektis.
- Vektis. 2010. *Zorgthermometer 2010. Verzekerden in beweging*. Zeist: Vektis.

- Vektis. 2011. *Zorgthermometer. Verzekerden in beweging 2011*. Zeist: Vektis.
- Vektis. 2012. *Zorgthermometer. Verzekerden in beweging 2012*. Zeist: Vektis.
- Ven, W.P.M.M. van de, R.C. van Kleef & R.C.J.A. van Vliet. 2013. *Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten?* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vliet, R.C.J.A. van. 2006. 'Free choice of health plan combined with risk-adjusted capitation payments: are switchers and new enrollees good risks?', *Health Economics* 1; 73-774.
- Vos, L. & J. de Jong. 2009. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL.

Appendix 1. Aanvullende grafieken

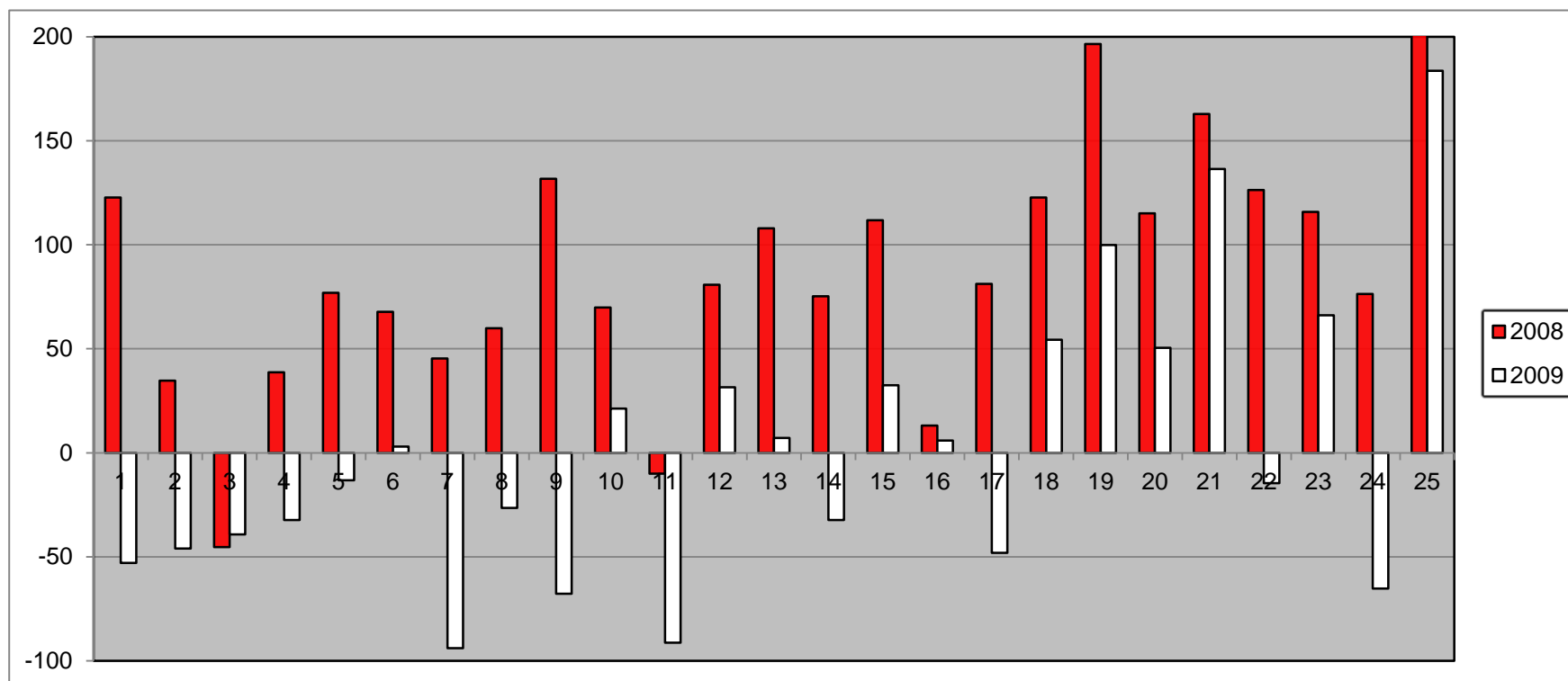


Figuur A1 Percentage mannelijke overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd, opgesplitst naar gezonde en ongezonde verzekerden



Figuur A2 Percentage vrouwelijke overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd, opgesplitst naar gezonde en ongezonde verzekerden

Appendix 2. Figuur 18.



Figuur 18 Gemiddelde financiële resultaat in 2008 en 2009 per zorgverzekeraar per 'instromer bij de betreffende zorgverzekeraar per 1 januari 2009', na toepassing van het RV-model-2012, bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie en exclusief de bandbreedte-regeling. (Zorgverzekeraars zijn geordend naar oplopend resultaat per niet-overstapper in 2009).

Nb. De gevonden resultaten m.b.t. 2008 zijn significant ($p < 0,05$) voor zorgverzekeraar 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, en 25.

De gevonden resultaten m.b.t. 2009 zijn significant ($p < 0,05$) voor zorgverzekeraar 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 en 25.

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl

ISBN 978-94-90420-42-0