

Monitor

Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt

Onderzoek naar belemmeringen voor
toetreding en de positie van kleine
zorgverzekeraars

april 2012

Inhoud

Vooraf	7
Bevindingen en aanbevelingen	9
1. Onderzoeksopzet	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Doelstelling onderzoek en afbakening	15
1.3 Onderzoeksaanpak	16
1.4 Leeswijzer	17
2. De zorgverzekeringmarkt	19
2.1 Inleiding	19
2.2 De Zorgverzekeringswet	19
2.3 Marktkenmerken zorgverzekeringsmarkt	20
2.3.1 Concentratie van de zorgverzekeringsmarkt	20
2.3.2 Ontwikkeling van de zorginkoopmarkt	22
2.3.3 Gedrag van verzekerden: overstappen en collectivieren	22
2.4 Financiële positie van zorgverzekeraars	24
2.4.1 Inleiding	24
2.4.2 Exploitatieresultaat en solvabiliteit	24
2.4.3 Uitvoeringskosten	26
2.5 Premie basisverzekering	27
2.6 Samenvatting positie kleine versus grote verzekeraars	28
2.7 Risicoverevening	29
3. Wet- en regelgeving	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Juridisch kader	31
3.3 Regulering van toelating tot de verzekeringsmarkt	33
3.3.1 Sectoroverstijgende regulering	33
3.3.1.1 Solvency II	35
3.3.1.2 Toetredingsbelemmeringen en de positie van kleine verzekeraars	35
3.3.2 Sectorspecifieke regulering	36
3.3.3 Verbetering toetreding en positie kleine verzekeraars	36
3.4 Regulering van het functioneren op de zorgverzekeringsmarkt	37
3.4.1 Sectoroverstijgende regulering	37
3.4.2 Sectorspecifieke regelingen	37
3.4.2.1 Zvw: kern van de zorgverzekering	37
3.4.2.2 Zvw: Bepalingen van overige aard	37
3.4.2.3 Zvw: Regels ter waarborging goede uitvoering Zvw	38
3.4.2.4 Uit de Wmg voortvloeiende beperkingen	39
3.4.3 Verbetering toetreding en positie kleine verzekeraars	39
3.5 Aanvullende verzekering	39
3.6 Uitvoering ABWZ eigen verzekerden	40
3.7 Verbod op verticale integratie en introductie zorgspecifieke fusietoets	40
3.8 Conclusie	41
4. Analyse van de marktstructuur	43
4.1 inleiding	43
4.2 Effecten van toegenomen concentratie	43
4.2.1 Conclusie	44
4.3 Aanvangsinvesteringen	45
4.3.1 Effect benodigde aanvangsinvesteringen	45
4.3.2 Onzeker en onaantrekkelijk investeringsklimaat	45
4.3.3 Conclusie	46

4.4	Schaalgrootte	47
4.4.1	Conclusie	47
4.5	Verdiencapaciteit	48
4.5.1	Effect verdiencapaciteit	48
4.5.2	Conclusie	48
5.	Relatie met verzekerden	49
5.1	Inleiding	49
5.2	Mogelijkheden tot onderscheiden	49
5.2.1	Inleiding	49
5.2.2	De premiestelling	49
5.2.3	De mate van dekking	50
5.2.4	De doelgroep	50
5.2.5	De kwaliteit van ingekochte zorg	51
5.2.6	De verleende service	51
5.2.7	Conclusie	51
5.3	Overstapgedrag	51
5.3.1	Feitelijk overstapgedrag	51
5.3.2	Overstapbereidheid	52
5.3.3	Ervaren overstapbelemmeringen	53
5.3.4	Overstapgedrag en nieuwe toetreders	53
5.3.5	Overstapgedrag en kleine verzekeraars	54
5.3.6	Conclusie	54
5.4	Collectiviteiten	54
5.4.1	inleiding	54
5.4.2	Nieuwe toetreders en kleine verzekeraars	55
5.4.3	Conclusie	56
5.5	Samenhang basis- en aanvullende verzekering	56
5.5.1	Inleiding	56
5.5.2	Effect op toetreding en kleine verzekeraars	57
5.5.3	Conclusie	57
6.	Analyse van de zorginkoopmarkt	59
6.1	Inleiding	59
6.2	Ontwikkelingen in de curatieve zorg	59
6.2.1	Omgaan met de beleidswijzigingen door toetreders en kleine verzekeraars	59
6.2.2	Conclusie	59
6.3	Het effect van het toegenomen belang van zorginkoop	60
6.3.1	Effectieve zorginkoop steeds belangrijker voor verzekeraar	60
6.3.2	Toegenomen belang zorginkoop en toetreding	60
6.3.3	Toegenomen belang zorginkoop en kleine verzekeraars	61
6.3.4	Conclusie	61
6.4	Het effect van wijzigingen in de risicoverevening	61
6.4.1	inleiding	61
6.4.2	Doelstellingen model	62
6.4.3	Ex ante verevening	62
6.4.4	Afschaffing ex post compensaties	62
6.4.5	Uitvoering en verantwoordingslasten.	63
6.4.6	Bevoorschotting	63
6.4.7	Conclusie	63
7.	Toetreding en behoud kleine zorgverzekeraars in verleden en de toekomst	65
7.1	Inleiding	65
7.2	Verleden	65
7.2.1	Concentraties ten tijde van invoering Zvw	65
7.2.2	Concentraties na 2006	65
7.2.3	Geen toetreding sinds 2006	66
7.2.4	Conclusie	66

7.3	Toetredingsinitiatieven op dit moment	67
7.3.1	Conclusie	67
7.4	Initiatieven van kleine verzekeraars om zelfstandige positie te behouden	67
7.4.1	Conclusie	68
7.5	Verwachtingen naar de toekomst	68
7.5.1	Conclusie	69

Vooraf

Voor u ligt rapport Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd onderzoek te doen naar de positie van kleine zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt en naar concrete belemmeringen voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt voor nieuwe zorgverzekeraars. De minister heeft bij de onderzoeksopdracht een zestal onderzoeksvragen voorgelegd. In dit rapport worden deze vragen beantwoord.

Het onderzoek bestaat uit een drietal onderdelen. Als eerste is de zorgverzekeringsmarkt in kaart gebracht. Vervolgens is een economisch-juridische analyse uitgevoerd van de markt, waarbij alle (toetredings)belemmeringen in kaart zijn gebracht. Vervolgens zijn deze belemmeringen getoetst in interviews.

Op grond van deze analyses komt de NZa tot een aantal aanbevelingen om de positie van de kleine zorgverzekeraars op en toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt te verbeteren.

Hierbij bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit rapport.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

Bevindingen en aanbevelingen

Inleiding

De minister heeft de NZa per brief op 8 december 2011 verzocht onderzoek te doen naar de positie van kleine zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt en concrete belemmeringen voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt voor nieuwe zorgverzekeraars. Daartoe heeft de minister de NZa een zestal onderzoeksvragen voorgelegd. De NZa heeft om deze vragen te beantwoorden een analyse uitgevoerd van de belemmeringen op de zorgverzekeringsmarkt voor nieuwe toetreders en kleine zorgverzekeraars. Daartoe is eerst het wettelijk kader in kaart gebracht. Vervolgens is een economische analyse uitgevoerd van de zorgverzekeringsmarkt. Tot slot zijn interviews met diverse relevante partijen gehouden uit het veld. Hierbij zijn ook experts en relevante toezichthouders gesproken.

Als er sprake was van een toetredingsdrempel, is deze getoetst aan de volgende vragen:

- Heeft de geconstateerde drempel gevolgen voor het gelijke speelveld tussen:
 - Kleine en grote zorgverzekeraars?
 - Bestaande zorgverzekeraars en nieuwe toetreders?
- Is de drempel niet gerechtvaardigd vanuit de publieke belangen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid)?
- Is het mogelijk de drempel (gedeeltelijk) weg te nemen?

Als het antwoord op alle vragen 'ja' is doet de NZa aanbevelingen hoe de drempel (geheel of gedeeltelijk) weggenomen kan worden.

Bevindingen

De NZa constateert dat er op de zorgverzekeringsmarkt ruimte is voor toetreding en kleine spelers met een duidelijk eigen gezicht. Op grond van de analyses blijkt het voor nieuwe toetreders mogelijk om binnen enkele jaren een minimaal noodzakelijke schaal te bereiken. De praktijk wijst uit dat er voldoende verzekerdenmobiliteit is om die noodzakelijke massa te behalen. Zorgverzekeraars kunnen zich onderscheiden door zich ten opzichte van hun concurrenten te profileren op onder meer kwaliteit en service. Voorwaarde is wel dat toetreders concurrerende prijzen hanteren. Daartoe is een goede zorginkoop noodzakelijk. Het feit dat er op het moment van het opstellen sprake is van twee potentiële toetreders onderschrijft de conclusie dat toetreding op de zorgverzekeringsmarkt mogelijk is.

Een nieuwe toetreders zal wel een aantal drempels moeten nemen. Dat die drempels er zijn, blijkt uit het feit dat er sinds 2006 nog geen nieuwe toetreding op de markt heeft plaatsgevonden. Zo is bijvoorbeeld het benodigde startkapitaal hoog, vanwege de eisen die Solvency II aan verzekeraars stelt. Dezelfde eisen gelden evenwel voor de markt van schade en levensverzekeringen waar in dezelfde periode negen nieuwe verzekeraars toegetreden.

De afwezigheid van toetreders op de zorgverzekeringsmarkt kan wellicht worden verklaard uit de lage winstmarges op de zorgverzekeringsmarkt en uit het feit dat sprake is van langdurige onzekerheid over de te behalen resultaten. Dit maakt het voor nieuwkomers niet makkelijk om het benodigde kapitaal op de kapitaalmarkt te verkrijgen.

Ten slotte is de regelgeving rondom zorgverzekeringen complex, wat voor partijen een drempel kan vormen om als zorgverzekeraar te

starten. De aanwezigheid van deze toetredingsdrempels ziet de NZa niet direct als negatief. De zorgverzekeringsmarkt is een markt waar we als overheid bepaalde waarborgen willen geven. Er zal altijd een vorm van publieke regulering nodig zijn. Vanwege de grote publieke belangen die in deze sector spelen is het slechts beperkt mogelijk om de bestaande regels dusdanig in te perken dat daarna toetreding eenvoudiger is. Bestaande regels borgen immers de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en zorgen voor verantwoording over de miljarden aan premiegelden die daarmee gemoeid zijn. Daarnaast leiden deze grote publieke belangen er toe dat deze sector door de politiek onder het vergrootglas wordt gelegd.

Bij de beantwoording van de vragen die door de minister zijn gesteld zijn enkele aanbevelingen opgenomen. De verwachting is dat de effecten van deze aanbevelingen op nieuwe toetreding betrekkelijk gering zullen zijn, omdat die vooral op de marges betrekking hebben. Er zijn namelijk geen majeure drempels aangetroffen die eenvoudig weggenomen kunnen worden. De aanbevelingen dragen wel bij aan een goede werking van het stelsel en het zo veel mogelijk beperken van de administratieve lasten.

Hieronder wordt per belemmering nadere toelichting gegeven:

- aanvangsinvesteringen;
- regeldruk;
- gevolgen van de risicoverevening en de afschaffing van de ex post compensaties;
- toegenomen collectivering;
- toegenomen belang zorginkoop.

Aanvangsinvesteringen

Potentiële toetreders en kleine zorgverzekeraars ervaren hoge drempels op het terrein van de kapitaaleisen, zeker in combinatie met de lage winstgevendheid van de sector als geheel. De kapitaaleisen komen voort uit de eisen die op grond van Europese regelgeving dwingend worden opgelegd om de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Het betreft hier onder meer de eisen in het kader van Solvency I en II (zie hieronder). Ondanks dat deze eisen als drempels worden ervaren moet ook worden geconstateerd dat deze niet dusdanig zijn dat toetreding niet mogelijk is. Dat blijkt duidelijk uit het feit dat op andere verzekeringsmarkten, waar dezelfde en zelfs zwaardere eisen gelden, wel sprake is van toetreding.

Andere aanvangsinvesteringen die een drempel vormen, zijn de eisen die specifiek voor deze markt worden gesteld aan kennis en expertise, investeringen in administratieve systemen en ICT. Deze kosten zijn onvermijdelijk omdat ze direct samenhangen met de kenmerken van het aangeboden product en de aard van de markt.

Regeldruk

Ter borging van de publieke belangen stelt de wetgever in de Wft, Zvw en Wmg eisen aan zorgverzekeraars. Uit de analyse blijkt dat er geen specifieke regelingen zijn aangetroffen die een zodanige drempel opwerpen dat toetreding op de zorgverzekeringsmarkt niet mogelijk is. Wel zijn de volgende regelingen aangetroffen die een belemmering voor toetreding dan wel de positie van kleine verzekeraars kunnen vormen:

- De kapitaaleisen die de op grond van de Wft aan zorgverzekeraars worden gesteld. Op grond van Solvency I is een minimum eigen vermogen van 2,3 miljoen euro vereist en moeten zorgverzekeraars een solvabiliteit van 11% van de schade aanhouden. In 2014 komen hier nieuwe eisen van Solvency II bij. Deze eisen zijn vanuit Europese

richtlijnen opgelegd, de Nederlandse wetgever heeft hier maar beperkt invloed op.

- Het geheel aan sectorspecifieke regelingen waarmee een forse administratieve of uitvoeringslast bij de verzekeraars wordt neergelegd. Bijvoorbeeld de verantwoording voor de verevening, de verantwoording naar de NZa en de wanbetalersregeling. Een algehele evaluatie van de sectorspecifieke regels in de Zvw en Wmg kan leiden tot vereenvoudiging van het stelsel, waarmee mogelijk administratieve lasten voor verzekeraars verminderd kunnen worden. Een beperking van de administratieve lasten zal door de kleine verzekeraars worden ervaren als verbetering van hun positie. Het is echter niet de verwachting dat dit toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt substantieel verbetert.

In de zorg gaan vele miljarden aan publieke premiegelden om. Het is noodzakelijk dat over besteding van deze middelen strenge verantwoordingseisen worden gesteld. Deze verantwoordingseisen vormen vanuit hun veelheid een drempel voor kleine zorgverzekeraars. In verhouding tot hun grootte moeten zij een relatief zware administratieve organisatie en interne controle (AO-IC) inrichten.

Veel zorgmarkten zijn in transitie. Deze transitieprocessen verhogen de regeldruk en gaan gepaard met hoge transitiekosten. Vanwege hun beperkte schaal raakt dit vooral kleine zorgverzekeraars. Zij moeten immers dezelfde kosten over minder verzekerden verdelen. Ook weten zorgverzekeraars als gevolg van die transitieprocessen gecombineerd met de doorlooptijd van de verevening pas na jaren wat hun vereveningsresultaat is. De veelheid aan transitieprocessen en de politieke gevoeligheid van de zorgverzekeringsmarkt creëren onzekerheid voor toetreders. Het is belangrijk toetreders reguleringszekerheid te bieden zodat zij een levensvatbaar businessmodel kunnen ontwikkelen.

Risicoverevening en afschaffing ex post compensaties

Uit een analyse die op verzoek van de NZa door onderzoeksbureau APE is verricht dat de risicoverevening geen grote drempels opwerpt voor toetreding en voor kleine zorgverzekeraars. Wel vormt de afschaffing van de ex post compensaties een belemmering voor toetreders en kleine zorgverzekeraars. Oorzaak daarvan is de kleine schaal van deze partijen. Kleine zorgverzekeraars zijn daardoor relatief gevoelig voor specifieke populaties die niet volledig ex ante worden verevend. Afwijkingen werden voorheen ex post gecompenseerd. De afschaffing van de ex post compensaties is wenselijk om zorgverzekeraars meer te prikkelen tot een doelmatige zorginkoop. Ook wordt de uitvoering van de risicoverevening sterk vereenvoudigd. APE acht het vanwege de snelle wijzigingen in regelgeving lastig om up to date te blijven met de risicoverevening. Dit is echter een probleem dat voor alle zorgverzekeraars geldt. Vanwege bovengenoemde problemen is het noodzakelijk dat de ex ante verevening verder wordt doorontwikkeld.

Kleine zorgverzekeraars betogen dat de risicoverevening wel degelijk grote drempels opwerpt. Ook zij wijzen op onvoldoende compensatie voor specifieke populaties. Naast dit punt speelt de lange doorlooptijd van de risicoverevening. Hierdoor ontstaat een lange periode van onzekerheid met betrekking tot het jaarresultaat voor de zorgverzekeraar. Deze punten beperken naar het oordeel van de kleine zorgverzekeraars de mogelijkheden voor toetreding.

De NZa is van mening dat het nuttig is goed te kijken naar de gevolgen van de afschaffing van de ex post compensaties voor toetreding en kleine zorgverzekeraars en de ex ante risicoverevening door te ontwikkelen. Ook kan daarbij worden onderzocht in hoeverre de

doorlooptijd van de risicoverevening kan worden verkort zodat tijdig(er) bekend is wat het jaarresultaat van de zorgverzekeraar is.

Toegenomen collectivering

Voor toetreding is het noodzakelijk dat er voldoende overstappers zijn. Door de toegenomen collectivering van de markt bestaat het risico dat toetreding moeilijker wordt. Zittende verzekeraars zetten de collectiviteiten in om hun verzekerdenpopulatie te consolideren. Het is voor collectiviteiten mogelijk om van verzekeraar te switchen, in de praktijk komt dit echter zelden voor omdat dit te belastend is ten opzichte van het te behalen resultaat .

Toegenomen belang zorginkoop

Door de afschaffing van de ex post compensaties, overgang naar meer vrije prijzen in de curatieve zorg en de afschaffing van het representatiemodel neemt het belang van zorginkoop toe. Door goede zorginkoop kunnen goede contracten worden afgesloten en concurrerende prijzen worden gesteld. Voor kleine landelijk opererende verzekeraars is dit vanwege hun beperkte schaal een drempel. Voor nieuwe toetreders geldt dat zij nog geen netwerk hebben en daarom geconfronteerd worden met hoge inkoopkosten. Aansluiting bij een inkooporganisatie is wenselijk om een concurrerende premie te kunnen voeren.

Antwoorden op de door de minister gestelde vragen

Bij de opdrachtverstrekking voor dit onderzoek heeft de minister een aantal specifieke vragen gesteld. Deze vragen zijn in het onderzoek betrokken. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze vragen.

Vraag 1. Wat zijn beweegredenen geweest van partijen die hebben overwogen of nog overwogen toe te treden, maar er (vooralsnog) van af hebben gezien?

Uit de interviews blijkt dat de belangrijkste redenen zijn: de complexiteit van het vereveningssysteem en de Zvw en de beperkte winstgevendheid, vooral van de basisverzekering. Ook genoemd worden het feit dat het vier jaar duurt voordat een zorgverzekeraar zicht heeft op het financieel resultaat in enig jaar en het politieke spanningsveld waarin de zorgverzekeringsmarkt zich bevindt.¹

Vraag 2. Wat zijn de motieven geweest van partijen die ziektekostenverzekeringen in Nederland hebben aangeboden?

Particuliere ziektekostenverzekeraars moesten zich aanpassen aan het systeem van risicoverevening. Dit leidde tot onzekerheid bij veel particuliere verzekeraars. Om risico's af te dekken kozen deze verzekeraars voor samengaan met concurrenten. Daarnaast had een aantal zorgverzekeraars een particuliere en een ziekenfondspoot. Omdat het onderscheid tussen die twee categorieën kwam te vervallen zijn deze over het algemeen samengegaan onder de Zvw.²

Vraag 3. Wat zijn de motieven van kleinere zorgverzekeraars geweest om de economische zelfstandigheid op te geven en op te gaan in een groter verband?

¹ Zie ook paragraaf 7.2.3.

² Zie ook paragraaf 7.2.1

De in de gesprekken genoemde hoofdredenen zijn:

- onzekerheid over de gevolgen van de invoering van de Zvw;
- het streven van zorgverzekeraars naar optimale schaalgrootte;
- doelmatige zorginkoop;
- de behoefte om een maatschappelijke en politieke rol van betekenis te kunnen spelen
- borging van de continuïteit.³

Vraag 4. Wat zijn volgens de kleinere zorgverzekeraars (niet aangesloten bij de grootste vier) de belangrijkste redenen dat hun marktaandeel de afgelopen jaren niet is toegenomen en welke mogelijkheden zien zij in de toekomst?

Uit de cijferanalyse blijkt dat de marktaandelen van de huidige kleinere zorgverzekeraars als gevolg van autonome groei juist wel zijn toegenomen sinds 2006. De zorgverzekeraars hebben dit beeld desgevraagd bevestigd. Het marktaandeel van de vier grootste zorgverzekeraars is sinds 2006 toegenomen met ongeveer 20%. Deze groei wordt echter volledig verklaard door overnames en fusies.

De bestaande kleine zorgverzekeraars zien naar de toekomst groeimogelijkheden op het vlak van specifieke doelgroepen en combinatiepolissen. Wel zal het nodig zijn dat op het terrein van de verevening slagen worden gemaakt om de risico's voor kleine zorgverzekeraars nader te beperken. In dit kader wijzen verzekeraars op de grote onzekerheden die het gevolg zijn van de invoering van nieuwe, en de wijziging van bestaande, bekostigingssystemen in de zorg. In de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden zien zorgverzekeraars kansen en gevaren. Het is belangrijk dat dit op een goede en kostenneutrale wijze wordt ingevoerd.

Vraag 5. Welke zaken ziet de NZa in aanvulling op de geïnventariseerde signalen uit de praktijk als een belemmering voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt? Wat is er anders in de zienswijze ten opzichte van de analyse die twee jaar geleden door de NZa is uitgevoerd en waarom?

In de bevindingen hierboven wordt uitgebreid ingegaan op deze vraag. De bevindingen van dit onderzoek sluiten op hoofdlijn aan op het onderzoek wat destijds is uitgevoerd. Groot verschil is dat er op dit moment wel sprake lijkt te zijn van toetreding in tegenstelling tot de situatie in 2009.

Hieronder wordt het verschil met de analyse uit 2009 toegelicht.

Allereerst moet worden aangegeven dat destijds een quickscan is uitgevoerd van de toetredingsbelemmeringen. Daarbij kwamen de volgende markten aan de orde: een mogelijk landelijke markt voor zorgverzekeringen, een mogelijk regionale markt voor zorgverzekeringen en de markt voor aanvullende verzekeringen. In het kader van het hier voorliggende onderzoek wordt geconstateerd dat de tendens naar een landelijke zorgverzekeringsmarkt sterk is, en veel minder naar regionale zorgverzekeringsmarkten. Zorgverzekeraars concurreren momenteel bij de verkoop van zorgverzekeringen op een landelijke markt. Enkele kleinere zorgverzekeraars richten zich nog wel op een specifiek kerngebied, maar ook zij bieden hun verzekering landelijk aan.

³ Zie ook paragraaf 7.2.2.

De verzekeringen op de markt van aanvullende verzekeringen zijn zowel bij de vraag als bij het aanbod niet substitueerbaar met de verzekeringen op de markt van basisverzekeringen. Het gaat hierbij dus om twee verschillende markten. Met betrekking tot de markt van de aanvullende verzekeringen is geconstateerd dat de overgrote meerderheid van verzekerden een basisverzekering met aanvullende verzekering afsluit. Voor adequate analyses van de werking van de zorgverzekeringsmarkt is het daarom niet noodzakelijk het onderscheid in markten te maken.

Vraag 6. Wat zijn de mogelijkheden om de gesignaleerde belemmeringen voor nieuwe toetreding weg te nemen, en welke aanbevelingen heeft de NZa om toetreding van nieuwe partijen tot de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen en de concurrentiedruk vanuit de bestaande kleine zorgverzekeraars te verhogen?

Op basis van bovenstaande bevindingen komt de NZa tot de volgende aanbevelingen:

- De risicoverevening kent een lange doorlooptijd. Dit leidt volgens verzekeraars tot onzekerheid. De minister kan laten onderzoeken hoe deze onzekerheid kan worden verkleind. Daarbij kan de minister ook kijken naar doorontwikkeling van de ex ante verevening, met aandacht voor specifieke (regionale) verzekerdersgroepen die mogelijk onvoldoende ex ante worden verevend.
- De markt profiteert van meer reguleringszekerheid. De NZa adviseert dat dit vanuit ministerie en ZBO's zoveel mogelijk wordt bevorderd, zodat (nieuwe) zorgverzekeraars op middellange termijn een beter businessplan kunnen ontwikkelen.
- De toenemende collectivisering kan overstappen en toetreding tegenwerken. In de regelgeving is het mogelijk om ervoor te zorgen dat collectiviteiten snel kunnen wisselen van verzekeraar. Door de manier waarop collectiviteiten nu worden vormgegeven is snel switchen van collectiviteiten niet mogelijk. De NZa monitort dit aspect in haar marktscan Zorgverzekeringsmarkt.
- Ook beveelt de NZa aan dat uitvoeringsregelingen met hoge uitvoeringslasten, zoals bijvoorbeeld de wanbetalersregeling en de risicoverevening door het ministerie en ZBO's kritisch door worden gelicht op overbodige of onnodige complexe onderdelen.

Bij de aanbevelingen tekent de NZa aan dat deze weliswaar de drempels kleiner maken, maar dat dit niet noodzakelijkerwijs direct leidt tot meer toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt.

1. Onderzoeksopzet

1.1 Aanleiding

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn verschillende zorgverzekeraars gefuseerd of gestopt als zorgverzekeraar. Omdat er tegelijkertijd geen nieuwe zorgverzekeraars tot de markt zijn toegetroten, is de markt meer geconcentreerd geraakt. De politieke en maatschappelijke onrust hierover is toegenomen.

Op 5 oktober 2011 heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna: de minister) in het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer gesproken over fusies in de zorgsector. In dat overleg heeft zij de kamer toegezegd nader onderzoek te laten doen naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Waarbij vooral aandacht is voor de positie van de bestaande kleine zorgverzekeraars en concrete toetredingsbelemmeringen tot de zorgverzekeringsmarkt. De minister heeft deze toezegging gedaan vanwege een motie waarin de regering wordt verzocht een zorgspecifieke fusietoets voor zorgverzekeraars te introduceren. De aanleiding voor de motie was onrust over de goedkeuring van de fusie tussen de zorgverzekeraars Achmea en De Friesland.

De minister heeft de NZa per brief op 8 december 2011 verzocht onderzoek te doen naar de positie van kleine zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt en concrete belemmeringen voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt voor nieuwe zorgverzekeraars. Hieronder worden de doelstelling van het onderzoek en de onderzoeksmethodiek nader toegelicht.

1.2 Doelstelling onderzoek en afbakening

Het onderzoek heeft tot doel antwoord te geven op de volgende vragen van VWS (weergegeven zoals opgenomen in de brief van 8 december):

- Wat zijn beweegredenen geweest van partijen die hebben overwogen of nog overwogen toe te treden, maar er (vooralsnog) van af hebben gezien?
- Wat zijn de motieven geweest van partijen die ziektekostenverzekeringen in Nederland hebben aangeboden, maar bij de invoering van de zorgverzekeringswet zijn gestopt?;
- Wat zijn de motieven van kleinere zorgverzekeraars geweest om de economische zelfstandigheid op te geven en op te gaan in een groter verband?
- Wat zijn volgens de kleinere zorgverzekeraars (niet aangesloten bij de grootste vier) de belangrijkste redenen dat hun marktaandeel de afgelopen jaren niet is toegenomen en welke mogelijkheden zien zij in de toekomst?
- Welke zaken ziet de NZa in aanvulling op de geïnventariseerde signalen uit de praktijk als een belemmering voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt? Wat is er anders in de zienswijze ten opzichte van de analyse die twee jaar geleden door de NZa is uitgevoerd en waarom?
- Wat zijn de mogelijkheden om de gesignaleerde belemmeringen voor nieuwe toetreding weg te nemen en welke aanbevelingen heeft de NZa om toetreding van nieuwe partijen tot de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen en de concurrentiedruk vanuit de bestaande kleine zorgverzekeraars te verhogen?

De NZa bekijkt de (on)mogelijkheden voor toetreding en behoud van kleine zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt. Deze markt omvat enkel de basisverzekering. Andere verzekeringen zoals de aanvullende verzekering vallen hier buiten. De aanvullende verzekering wordt wel in het onderzoek betrokken waar dit gevolgen heeft voor toetreding en behoud van kleine zorgverzekeraars.

Onderzoek naar het algeheel functioneren van de zorgverzekeringsmarkt in relatie tot de publieke belangen valt buiten dit onderzoek. Om die reden zullen in dit rapport ook geen uitspraken gedaan worden of kleine zorgverzekeraars en/of nieuwe toetreders noodzakelijk zijn als tegenwicht voor de grote zorgverzekeraars.

In vraag 5 wordt verwezen naar een eerdere analyse van de NZa. Het betreft het onderzoek van de NZa in 2009 naar de mogelijkheden tot toetreding, gepubliceerd in de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009⁴. De voorliggende monitor is een actualisatie van, en een verdieping op, het onderzoek uit 2009. Zo waren conclusies uit de monitor niet onderbouwd door praktijkervaringen van mogelijke toetreders, terwijl er voor dit onderzoek wel gesproken is met verschillende partijen.

1.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen. Eerst is een bureauonderzoek uitgevoerd, daarna zijn interviews gehouden.

Het bureauonderzoek bestaat uit een juridische en een economische analyse. Met deze analyses zijn de belemmeringen voor kleine zorgverzekeraars en/of potentiële toetreders in kaart gebracht. Voor de juridische analyse is Pels Rijcken gevraagd een advies te schrijven waarin de juridische belemmeringen in kaart zijn gebracht en aanbevelingen hoe die vanuit juridisch oogpunt kunnen worden weggenomen.

In de economische analyse zijn de kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt en de gevolgen daarvan voor de kleine zorgverzekeraars en/of potentiële toetreders in kaart gebracht. Daarbij is Rene Goudriaan van onderzoeksbureau APE gevraagd om een advies te geven over de verevening. Daarnaast is een beeld geschetst van toegenomen uittreding op de zorgverzekeringsmarkt tot nu toe.

Vervolgens zijn de bevindingen uit het bureauonderzoek getoetst in interviews. Er is gesproken met bestuurders van de vijf kleine zorgverzekeraars en enkele zorgverzekeraars die al uit de markt zijn teruggetreden. Ook is gesproken met brancheverenigingen, collega toezichthouders en experts. In bijlage 1 bij het rapport is een overzicht opgenomen van de gesprekspartijen. Eventuele nieuwe belemmeringen die uit de gesprekken naar voren zijn gekomen zijn in het bureauonderzoek betrokken.

Uit de bovenstaande analyses komen belemmeringen naar voren voor kleine verzekeraars en/of potentiële toetreders. Voor de belemmeringen is met behulp van de volgende vragen onderzocht of er aanleiding is tot opmerkingen en aanbevelingen:

⁴ NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt – Antwoorden op vragen van het ministerie van VWS over toetreding, verticale integratie en koppelingen aanvullende verzekering-basisverzekering, november 2009.

- Heeft de geconstateerde belemmering gevolgen voor het gelijke speelveld tussen:
 - Kleine en grote zorgverzekeraars?
 - Bestaande zorgverzekeraars en nieuwe toetreders?
- Is de belemmering gerechtvaardigd vanuit de publieke belangen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid)?
- Is het mogelijk de belemmering (gedeeltelijk) weg te nemen?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de zorgverzekeringsmarkt nader beschreven. Daarbij worden de belangrijkste kengetallen weergegeven. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens ingegaan op de uitkomsten van de analyse van de toepasselijke regelgeving. Hoofdstuk 4, 5 en 6 behandelen de economische analyse van de zorgverzekeringsmarkt. Hoofdstuk 4 gaat daarbij in op de marktstructuur. Hoofdstuk 5 gaat in op de relatie met verzekerden en hoofdstuk 6 de rol van de zorginkoop en de risicoverevening. Hoofdstuk 7 behandelt de toetreding en het behoud van kleine zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt in het verleden en de toekomst.

2. De zorgverzekeringsmarkt

2.1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is in 2006 in de plaats gekomen van de Ziekenfondswet (Zfw). Onder de Zfw was er sprake van een duaal zorgstelsel: een publiek ziekenfonds enerzijds en een particuliere zorgverzekering met particulier initiatief en een private grondslag anderzijds.

De verschillen tussen het ziekenfonds en de particuliere zorgverzekering enerzijds en marktimperfecties op het vlak van acceptatie, keuzemogelijkheden, eigen verantwoordelijkheid en financiering anderzijds belemmerden naar het oordeel van de wetgever de keuzevrijheid en mobiliteit van verzekerden. Door deze belemmeringen konden de zorgverzekeraars hun potentiële rol als contractpartij van zorgaanbieders onvoldoende oppakken. De Zorgverzekeringswet moest een gelijk speelveld voor verzekeraars creëren en een systeem van checks en balances in de betrekkingen tussen verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders vormen. Om het systeem van checks en balances te laten werken is het van belang dat zorgverzekeraars voldoende geprikkeld worden door de concurrentiedruk in de markt. Door de toegenomen concentratie in de markt is onrust ontstaan over de vraag of de concurrentiedruk nog in voldoende mate aanwezig is. Bestaande kleine zorgverzekeraars en potentiële nieuwe zorgverzekeraars zouden een rol kunnen spelen om tot meer concurrentie te komen.

Dit hoofdstuk geeft een algemene beschrijving van de zorgverzekeringsmarkt. Er wordt ingegaan op de Zorgverzekeringswet. Aan de hand van kwantitatieve data wordt ingegaan op:

- Marktkenmerken zorgverzekeringsmarkt;
- De financiële positie van zorgverzekeraars;
- Premie basisverzekering;
- Feiten en cijfers kleine en grote zorgverzekeraars vergeleken;
- Risicoverevening.

2.2 De Zorgverzekeringswet

De Zvw kent een sterke doelmatigheidsprikkel doordat zorgverzekeraars als private ondernemers winst kunnen maken. De wetgever heeft deze prikkel nodig geacht om verzekeraars te stimuleren doelmatig zorg in te kopen en zo de kostenontwikkeling in de zorg zo veel mogelijk te drukken. Verzekeraars moeten vervolgens onderling concurreren om de gunst van de verzekerde. Deze concurrentie moet garanderen dat de zorgverzekeraars een scherpe premie stellen en diensten van voldoende niveau aanbieden. Om winst te maken is het voor zorgverzekeraars in een concurrerende markt noodzakelijk dat ze zorginkoop doelmatig inrichten en scherpe tarieven contracteren.

Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is voor alles een sociaal verzekeringsstelsel. Om de solidariteit in het stelsel te borgen kent de Zvw de verzekering- en acceptatieplicht, uniforme verzekeringsdekking en het verbod op premiedifferentiatie. Hetgeen betekent dat zorgverzekeraars verplicht zijn iedereen als verzekerde te accepteren bij een uniform verzekeringspakket met een vaste premie. (dit geldt alleen

voor de BV). De premie is los van de eventuele collectiviteitskorting of korting voor eigen risico voor alle verzekerden op dezelfde polis gelijk.

De zorgverzekeringswet omvat een uitgebreid stelsel van regels met betrekking tot de relatie tussen de zorgverzekeraar en verzekerde en het doeltreffend functioneren van de zorgverzekering. In hoofdstuk drie worden de verschillende regels nader behandeld.

2.3 Marktkenmerken zorgverzekeringsmarkt

De invoering van de Zvw heeft geleid tot een verschuiving van het zorgverzekeringslandschap. Nagenoeg alle particuliere zorgverzekeraars die ten tijde van de Zfw actief waren op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt hebben bij de invoering van de Zvw hun portefeuille overgedragen aan de bestaande ziekenfondsen. In 2005 waren er 29 particuliere ziektekostenverzekeraars en 22 ziekenfondsen. Met de invoering van de Zvw in 2006 waren er 16 zorgverzekeringsconcerns met 33 risicodragers die gezamenlijk 55 verschillende zorgverzekeringen aanboden.

De afgelopen jaren is een aantal kleinere zorgverzekeraars gestopt met het zelfstandig aanbieden van een zorgverzekering en samengegaan met grotere zorgverzekeraars. Als gevolg van deze fusies en overnames zijn er in 2012 nog 9 zorgverzekeringsconcerns over met in totaal 26 risicodragers. Samen bieden zij 59 zorgverzekeringen aan. De vier grootste concerns omvatten 20 risicodragers in 2012 tegenover 16 in 2006. Een aantal risicodragers is in zijn geheel opgehouden met bestaan. Het betreft Confior, OZ, AZVZ en PNO.

In de onderstaande paragrafen wordt op basis van kwantitatieve data dieper ingegaan op de kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt.

2.3.1 Concentratie van de zorgverzekeringsmarkt

In 2012 zijn vijf kleine zorgverzekeraars actief met minder dan 500.000 verzekerden. Dit zijn ONVZ, Zorg en Zekerheid, DSW, ASR en Eno. De grote verzekeraars zijn Achmea, VGZ, CZ en Menzis.

De marktconcentratie wordt door de NZa vanaf 2006 gemeten. Belangrijke indicatoren zijn de Herfindal Hirschmann index (hierna: HHI) en de C4 (de som van de marktaandelen van de vier grootste spelers op de markt).

De HHI is een maatstaf die de concentratiegraad in een regio tot uitdrukking brengt. De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandelen van alle zorgverzekeraars te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is. De NZa gaat er in de marktscans van uit dat in de regel een concentratie een goede werking van de markt kan belemmeren, indien de HHI hoger is dan 2.000 punten. Wanneer de hoogte van de HHI lager is dan 1.000, wordt gesproken van een niet-geconcentreerde markt⁵.

⁵ In haar Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies (2004/C 31/03) geeft de Europese Commissie aan dat het onwaarschijnlijk is dat zij bij het beoordelen van concentraties mededingingsbezwaren zal zien op een markt waar de HHI na de fusie minder dan 1.000 bedraagt. Het is evenzeer onwaarschijnlijk dat de Commissie bezwaren zal zien in geval van een fusie met een HHI na fusie tussen 1.000 en 2.000 en een delta van minder dan 250, of in geval van een fusie met een HHI van meer dan 2.000 en een delta van minder dan 150, behalve wanneer bijzondere omstandigheden zich voordoen.

De ontwikkeling van deze indicatoren ziet er over de jaren 2006-2012 als volgt uit:

Tabel 2.1. Ontwikkeling van de HHI op landelijk niveau, 2005 – 2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ⁶
HHI	1.346	1.625	1.630	2.125	2.119	2.111	2.105	2.285

Bron: Vektis

Tabel 2.2. Gemiddelde ontwikkeling marktaandeel (C4) 2006 – 2012: grote versus kleine verzekeraars (volgens feitelijke concernindeling per jaar)

marktaandeel Zvw	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Grote 4 concerns	71,2%	75,3%	87,9%	87,8%	87,7%	87,6%	90,1%
Kleinere concerns	28,8%	24,7%	12,1%	12,2%	12,3%	12,4%	9,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bronnen: 2006 – 2011 Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag), 2012 CVZ Kwartaalstaten Zorgverzekeraars

In de periode 2006 – 2012 is het marktaandeel van grote verzekeraars gestegen en dat van de alle kleine verzekeraars tezamen gedaald. De concentratie op de markt is toegenomen. Dit beeld wordt verklaard door de overnames die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. Zoals uit de onderstaande tabel blijkt hebben de huidige kleinere zorgverzekeraars, waaronder ONVZ, DSW, Zorg en Zekerheid, Eno en ASR hun individuele marktaandelen in de jaren 2006-2011 echter zien groeien.

Tabel 2.3. Gemiddelde ontwikkeling marktaandeel 2006 – 2011: grote versus kleine verzekeraars (volgens concernindeling 2012)

marktaandeel Zvw	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	91,0%	91,0%	90,9%	90,8%	90,7%	90,7%
Kleinere concerns	9,0%	9,0%	9,1%	9,2%	9,3%	9,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

In 2006 waren er vijf zorgverzekeraars die een regionale zorgverzekeringspolis aanboden. In 2012 zijn er geen zorgverzekeraars meer die een provinciale zorgverzekering aanbieden. Wel zijn er enkele kleine zorgverzekeraars die zich primair op verzekeringsplichtigen in hun kerngebied richten en hun campagnes regionaal organiseren. Deze verzekeraars hanteren echter wel een landelijke polis. Voorts is de transparantie op de markt is toegenomen door het toegenomen gebruik van internet en vergelijkingssites. In haar zienswijze betreffende de fusie van Achmea en de Friesland constateert de NZa in 2011 dat de kenmerken van de markt op provinciaal niveau niet afwijken van het landelijke beeld. Deze ontwikkelingen duiden er op dat de markt op het gebied van de verkoop van zorgverzekeringen een landelijke markt is⁷.

⁶ Dit betreft een raming, gebaseerd op de marktaandelen 2011 en de samenvoeging van Achmea met De Friesland. De effecten van overstappen van verzekerden van 2011 op 2012 zijn nog niet meegenomen.

⁷ Hoofdstuk 3 'Zienswijze vergunningaanvraag concentratie Eureko - Friesland Coöperatie' NZa 2011

Uit de ontwikkeling van de HHI in 2012 blijkt dat deze 2.285 bedraagt en met meer dan 150 punten is gestegen als gevolg van de fusie tussen Achmea en de Friesland. In het kader van de zienswijze⁸ over deze fusie heeft de NZa mede daarom nader onderzoek verricht ten aanzien van de gevolgen voor de publieke belangen van die concentratie op de zorginkoop- en de zorgverzekeringsmarkt. Naar aanleiding daarvan heeft de NZa geconcludeerd dat het niet aannemelijk is dat de concentratie negatieve gevolgen kan hebben voor de publieke belangen op de zorgverzekering- en/of op de zorginkoopmarkt. Voor een nadere onderbouwing hiervan verwijst de NZa naar de betreffende zienswijze.

2.3.2 Ontwikkeling van de zorginkoopmarkt

Met betrekking tot de zorginkoopmarkt geldt dat zorgverzekeraars van oudsher in hun oude ziekenfondsregio's vaak relatief grote marktaandelen hebben. Op grond van de analyse is er geen duidelijke trend zichtbaar in de ontwikkeling van de regionale marktaandelen.

2.3.3 Gedrag van verzekerden: overstappen en collectivieren

In tabel 2.4 is de jaarlijkse verzekerdenmobiliteit in de periode 2006 – 2011 weergegeven (zowel in aantallen als in percentages). De NZa hanteert de instroom als mobiliteitsindicator.

Tabel 2.4. Aantal en percentage overstappers

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal (x 1 mln)	2,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,9
Percentage	17,8%	4,4%	3,6%	3,6%	4,3%	5,5%

Bron: Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

Bij de invoering van de Zvw stapte 18% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Daarnaast waren er binnen de concerns nog 5-10% interne overstappers. Hiermee heeft het aantal overstappers bij de invoering van de Zvw fors gepiekt. Bij de invoering van de Zvw waren de individuele gevolgen voor de verzekerden door de invoering van de nominale premie van ongeveer 1000 euro op jaarbasis relatief groot ten opzichte van de nominale premies onder de Zfw. Ook voor particulier verzekerden leidde de invoering van de nominale premie tot forse premieverschuivingen. Er was op dat moment een relatief groot financieel belang voor de overstappers. In de jaren 2006-2011 bedraagt het aantal overstappers ongeveer 3 tot 5%. Het aantal overstappers is de afgelopen jaren wel weer licht gestegen. Deze percentages zijn iets lager dan het percentage overstappers onder de Zfw. Dit is opvallend omdat bij de invoering van de Zvw de mogelijkheden voor verzekerden om over te stappen zijn vergroot.

Het maximale premieverschil tussen de hoogste en de laagste nominale premie⁹ voor de basisverzekering is in 2011 € 277. Dit was in 2006 € 279. De overstappers hebben in 2011 een overstapwinst behaald op de premie voor de basisverzekering van € 35,8 miljoen. Deze overstapwinst heeft enkel betrekking op de hoogte van de betaalde premie. Hierbij is geen rekening gehouden met een eventueel verschil in de polisvoorwaarden tussen de oude en de nieuwe zorgverzekeraar. Uit een spreidingsoverzicht van de werkelijk betaalde premies (gewogen

⁸ 'Zienswijze_vergunningaanvraag_concentratie_Eureko_-_Friesland_Coöperatie' NZa 2011

⁹ De nominale premie is de premie zonder kortingen voor eigen risico, collectiviteiten en betalingskortingen.

gemiddelde) blijkt dat de verzekerden in 2011 een premie betalen tussen de € 1.222 en € 1.196.

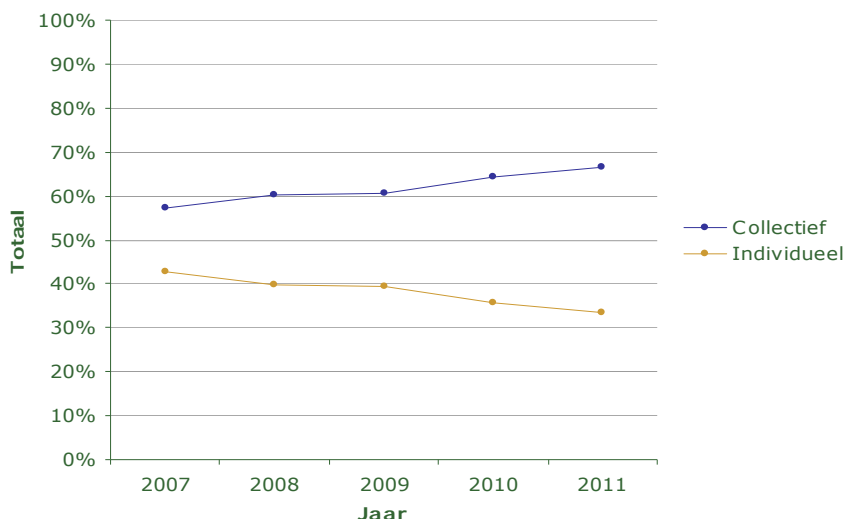
Tabel 2.5. Spreiding van de gewogen gemiddeld betaalde premie per concern

Concernniveau	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hoogste premie	€ 1.108	€ 1.156	€ 1.112	€ 1.097	€ 1.148	€ 1.222
Laagste premie	€ 1.013	€ 1.069	€ 1.036	€ 1.051	€ 1.083	€ 1.196
Spreidingsbreedte	€ 94	€ 87	€ 76	€ 46	€ 64	€ 26

Bron: NZa op basis Vektis uitvraag Mobiliteit en Keuzegedrag

Figuur 2.1 biedt inzicht in de ontwikkeling van het aantal collectief verzekerden ten opzichte van het aantal individueel verzekerden. Bij de invoering van de Zvw hebben veel verzekerden zich bij een collectief aangesloten. Sinds 2006 is het namelijk ook voor niet-werkgevers mogelijk om een collectief contract af te sluiten met een zorgverzekeraar. Daarna is de collectiviteitgraad op landelijk niveau jaarlijks met 2% gegroeid (van 2006 tot 2011 van 27.000 naar ruim 60.000 collectieve contracten). In 2011 is ruim 68% van de verzekerden collectief verzekerd. Inmiddels bestaan er allerlei soorten collectiviteiten die zich richten op specifieke en minder specifieke groepen zoals mensen in de bijstand, leden van een sportvereniging of een ouderenbond, maar ook rekeninghouders van de Rabobank. Veel collectiviteiten staan niet open voor alle individuele verzekerden, maar er zijn er wel die openstaan voor iedereen. Het is dus voor nagenoeg iedere individuele verzekerde mogelijk om zich aan te sluiten bij een collectiviteit¹⁰.

Figuur 2.1. Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden



Bron: NZa

¹⁰ Bijvoorbeeld: Een werkgeverscollectiviteit kan alleen openstaan voor werknemers van die werkgever, maar een collectiviteit als van Independer of Kruidvat staat voor iedereen open.

Tabel 2.6. Percentage verzekerden dat collectief verzekerd is: grote verzekeraars versus kleine verzekeraars (op concernniveau)

Aandeel collectief verzekerden van de	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Grootste 4 concerns	45%	58%	62%	62%	66%	68%
kleinere concerns	33%	43%	46%	48%	49%	52%
Totaal	44%	57%	60%	60%	64%	66%

Bron: NZa

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de grote verzekeraars een hoger percentage aan collectiviteiten aanbieden dan de overige concerns. Dit beeld wordt verkleurd doordat DSW niet met collectiviteiten werkt. Deze zorgverzekeraar heeft geen collectieve contracten in de zin van de Zvw afgesloten. Wanneer daarvoor wordt gecorrigeerd blijkt dat de kleine zorgverzekeraars een even hoge collectiviteitgraad kennen als de vier grootste zorgverzekeraars.

2.4 Financiële positie van zorgverzekeraars

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt aan de hand van financiële kengetallen inzicht gegeven in de financiële positie van zorgverzekeraars. Op de zorgverzekeringsmarkt zijn drie soorten aanbieders actief:

- Zorgverzekeraars die risicodragers zijn, zoals VGZ, de Friesland of Zorg en Zekerheid.
- Volmachten: Aevitea, IAK, Nedasco en Turien. Zij voeren zelf de zorgverzekering uit in volmacht van de risicodrager.¹¹
- Intermediairs, die werken als tussenpersoon en hebben alleen een bemiddelende rol spelen tussen zorgverzekeraar en verzekerde.

De NZa richt haar toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet vooral op de risicodragers. Zij beschikt niet over informatie over de financiële kengetallen van volmachten en intermediairs¹². Er zijn in 2012 vier volmachten op de zorgverzekeringsmarkt actief. Deze bieden polissen aan van vier zorgverzekeraars. In 2006 waren er zes volmachten actief. Het is niet exact bekend hoeveel intermediairs op de markt actief zijn, maar wel dat het een grote groep is (duizenden intermediairs) die een belangrijke speler op de zorgverzekeringsmarkt vormt.

2.4.2 Exploitatieresultaat en solvabiliteit

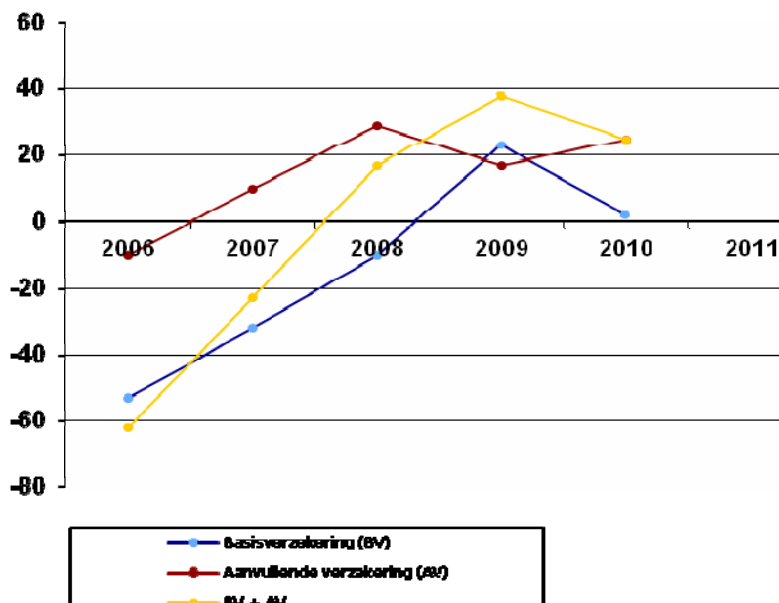
Het exploitatieresultaat is het saldo van de opbrengsten (de omzet) en de bedrijfskosten. Onderstaande grafiek toont het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het

¹¹ Op dit moment zijn er in Nederland ruim 700.000 verzekerden via een volmacht verzekerd.

¹² Tussenpersonen/volmachten optreden op grond van de Wmg en/of Zvw en namens een zorgverzekeraar vallen onder het toezicht van de NZa. Tussenpersonen/volmachten die optreden als zelfstandig adviseur en/of bemiddelaar behoren niet tot het toezichtdomein van de NZa, maar van de AFM.

gemiddelde daarvan per verzekerde van 18 jaar en ouder¹³. Het exploitatieresultaat is conform de opgave aan DNB geschoond voor beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten.

Figuur 2.2. Gemiddeld exploitatieresultaat per verzekerde BV, AV en BV+AV (in Euro)



Bron: DNB, jaarstaten Wft¹⁴

In de onderstaande tabellen wordt nader op deze ontwikkeling ingezoomd en is het exploitatieresultaat, in euro per verzekerde, voor de BV en AV apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns. Het betreft het exploitatieresultaat van de technische rekening exclusief beleggingsopbrengsten.

Tabel 2.7. Gemiddeld exploitatieresultaat BV per verzekerde 18 jaar en ouder

exploitatieresultaat Zvw per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grootste 4 concerns	€ 52-	€ 33-	€ 11-	€ 26	€ 2
Kleinere concerns	€ 70-	€ 21-	€ 0	€ 7-	€ 2
Totaal	€ 53-	€ 32-	€ 10-	€ 23	€ 2

Bron: DNB, jaarstaten Wft

¹³ Bij de analyse van de financiële positie van zorgverzekeraars hanteert de NZa bedragen per verzekerde van 18 jaar of ouder. De reden hiervoor is dat zorgverzekeraars hun bedrijfskosten en overige exploitatieresultaten alleen kunnen dekken door hiervoor een opslag in de premies te verwerken en dat deze premies worden betaald door de verzekerden van 18 jaar of ouder. Hierbij gaat de NZa ervan uit dat beleggingsopbrengsten dienen voor het op peil houden van de solvabiliteit. Alleen voor de uitvoeringskosten van de basisverzekering voor verzekerden jonger dan 18 jaar ontvangen zorgverzekeraars een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

¹⁴ Basis voor alle jaren is de concernindeling 2012. Dit geldt voor alle tabellen in paragraaf 2.4.

Tabel 2.8. Gemiddeld exploitatieresultaat AV per verzekerde 18 jaar en ouder

exploitatie­resultaat AV per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grootste 4 concerns	€ 9-	€ 12	€ 29	€ 18	€ 24
Kleinere concerns	€ 20-	€ 8-	€ 38	€ 14	€ 34
Totaal	€ 10-	€ 10	€ 29	€ 17	€ 25

Bron: DNB, jaarstaten Wft

Het resultaat voor de basisverzekering is vanaf 2009 positief. Na een flinke verbetering van het resultaat in 2009 daalt het in 2010. Bij deze cijfers moet wel de nuancering worden opgenomen dat de cijfers voor de jaren na 2007 nog niet definitief zijn. De definitieve vaststelling van het vereveningsresultaat kan nog leiden tot wijzigingen. Het resultaat op de aanvullende verzekeringen is al sinds 2007 positief. De verbeterde resultaten zijn waarschijnlijk een gevolg van het voorsorteren van zorgverzekeraars op stijgende solvabiliteitseisen. In de onderstaande tabel is de ontwikkeling van de solvabiliteit te zien van de gehele zorgverzekeringsconcerns. Deze is in 2009 gestegen ten opzichte van de eerdere jaren en daalt in 2010.

Tabel 2.9. Gemiddelde solvabiliteitsontwikkeling

solvabiliteit	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	210%	212%	197%	230%	211%	211%
Kleinere concerns	168%	180%	191%	217%	219%	231%
Totaal	206%	209%	196%	229%	212%	213%

bron: DNB, kwartaalsten Q4 van jaar t / Solvabiliteit betreft hele concern, incl. AV

Er is op grond van de cijfers geen duidelijk verschil zichtbaar tussen de grote en de kleine zorgverzekeraars. Dit geldt zowel voor het exploitatieresultaat op de AV en de BV als voor de solvabiliteitsontwikkeling. In het ene jaar doen de grote verzekeraars het beter dan de kleine en in een ander jaar is het beeld weer andersom. Wanneer naar de individuele zorgverzekeraars wordt gekeken zet dit diffuse beeld zich voort.

2.4.3 Uitvoeringskosten

De uitvoeringskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken. De onderstaande tabel toont de gemiddelde uitvoeringskosten per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan.

Tabel 2.10. Gemiddelde ontwikkeling uitvoeringskosten Zvw

Uitvoeringskosten per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grote 4 concerns	€ 94	€ 96	€ 84	€ 79	€ 77
Kleinere concerns	€ 131	€ 103	€ 110	€ 94	€ 76
Totaal	€ 98	€ 96	€ 87	€ 80	€ 77

Bron: DNB, jaarstaten Wft

Tabel 2.11. Gemiddelde ontwikkeling uitvoeringskosten AV

per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grote 4 concerns	€ 37	€ 33	€ 30	€ 40	€ 42
Kleinere concerns	€ 56	€ 50	€ 50	€ 57	€ 55
Totaal	€ 38	€ 35	€ 32	€ 42	€ 43

Bron: DNB, jaarstaten Wft

De bovenstaande tabellen laten een duidelijke ontwikkeling zien in de uitvoeringskosten van de basisverzekering en de aanvullende verzekering. De kosten voor de ZVW zijn de laatste jaren fors afgenomen. Vooral voor de uitvoeringskosten van de kleinere zorgverzekeraars is een scherpe daling zichtbaar. De uitvoeringskosten blijven voor de kleine wel hoger dan voor de grote zorgverzekeraars. Het verschil in uitvoeringskosten wordt volgens de VRZ mede veroorzaakt doordat ONVZ en ASR geen concessiehouder zijn voor de AWBZ. Daardoor zouden zij minder mogelijkheden hebben om vaste kosten door te rekenen aan AWBZ-verzekerden.

2.5 Premie basisverzekering

Hieronder wordt ingegaan op de ontwikkeling van de nominale premie van de basisverzekering vanaf 2006 tot en met 2011. In onderstaande tabel is de (gewogen) gemiddeld betaalde nominale premie per zorgverzekerde van 18 jaar of ouder opgenomen. De collectieve kortingen zijn hierin verwerkt.

Tabel 2.12. Gemiddeld betaalde nominale premie BV

nominale premie	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Grootste 4 concerns	€ 1.024	€ 1.100	€ 1.046	€ 1.058	€ 1.094	€ 1.198
Kleinere concerns	€ 1.055	€ 1.133	€ 1.077	€ 1.072	€ 1.107	€ 1.208
Totaal	€ 1.027	€ 1.103	€ 1.049	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199

Bron: Vektis

Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde nominale premie van de kleine zorgverzekeraars structureel hoger is dan die van de grote zorgverzekeraars. Het verschil bedraagt € 10 op jaarbasis in 2011. Wanneer naar de premies van de individuele concerns wordt gekeken, blijkt dat een individuele kleine zorgverzekeraar niet per se duurder is dan een grote verzekeraar. Ook door de tijd heen zijn hierin verschillen zichtbaar.

Tabel 2.13. Spreiding van de gewogen gemiddeld betaalde premie

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Spreidingsbreedte op concernniveau	€ 94	€ 87	€ 76	€ 46	€ 64	€ 26
Spreidingsbreedte op zorgverzekeraarsniveau	€ 144	€ 155	€ 158	€ 152	€ 160	€ 155
Spreidingsbreedte op polisniveau	€ 238	€ 213	€ 312	€ 280	€ 279	€ 277

Ten slotte valt uit de gedetailleerde gegevens op dat de spreiding tussen concerns de laatste jaren afneemt van € 94 in 2006 naar € 26 in 2011. De spreidingsbreedte op het niveau van de zorgverzekeraar en de polis schommelt, maar is ten opzichte van respectievelijk 2006 en 2007 gestegen. Op basis hiervan kan verondersteld worden dat de keuzemogelijkheden voor de verzekerden in ieder geval niet kleiner geworden zijn. Verzekeraars richten zich de laatste jaren voor de overstapmarkt, onder andere met de internetpolissen, steeds meer op verschillende consumentensegmenten en gaan hier de concurrentie met elkaar aan door verschillende serviceniveaus aan de premie te verbinden. Zorgverzekeraars zichten zich in hun campagnes in belangrijke mate ook op het behoud van verzekerden. Aspecten waar in dat kader op wordt gericht zijn bijvoorbeeld merkbeeld en klanttevredenheid.

2.6 Samenvatting positie kleine versus grote verzekeraars

In onderstaande tabel worden de kengetallen van kleine versus de grote verzekeraars in beeld gebracht. Dit overzicht is grotendeels een samenvatting van de analyse uit de voorgaande paragrafen. Doel hiervan is om eventuele verschillen duidelijker in beeld te brengen.

Tabel 2.14. Vergelijking grote en kleine zorgverzekeraars

	Grote verzekeraars ¹⁵	Kleine verzekeraars ¹⁶
Gemiddelde premiestijging BV voor 2011 ten opzichte van 2006	€ 174	€ 153
Gemiddelde winstontwikkeling per verzekerde? 2006 - 2010	€-47 - € 19	€-68 - € 26
Gemiddelde ontwikkeling landelijk marktaandeel 2006 - 2012 op basis van de concernindeling in 2012	71,2% - 90,1%	28,8% - 9,9%
Gemiddelde ontwikkeling landelijk marktaandeel 2006 - 2011 op basis van de concernindeling van het betreffende jaar	91,0% - 90,7%	9,0% - 9,3%
Gemiddelde solvabiliteitsontwikkeling 2006 - 2011	210% - 211%	168% - 219%
Gemiddelde ontwikkeling uitvoeringskosten AV en BV (€ per verzekerde) 2006 - 2011	€ 100 - € 91	€ 140 - € 97
Uitvoeringskosten AV en BV % van premie omzet) 2006 - 2011	5,6% - 4,0%	7,6% - 4,5%

Bron: NZa

Op grond van deze cijfers vallen enkele zaken op. Ten eerste is het marktaandeel van de vier grootste zorgverzekeraars sinds 2006 flink toegenomen, van ruim 71% naar 90%. Dit is een toename van het marktaandeel van 27% in zes jaar.

¹⁵ Alle risicodragers die tegenwoordig onder Achmea (incl. De Friesland), CZ, Menzis en UVIT vallen.

¹⁶ De huidige kleine zorgverzekeraars: ASR, DSW-SH, Eno, ONVZ, Zorg&Zekerheid

Aan de andere kant constateren we dat de uitvoeringskosten van kleine zorgverzekeraars sterk zijn gedaald. De uitvoeringskosten zijn bij de grote zorgverzekeraars met 9% afgenomen. Bij de kleine met 31%. Ook de winst (BV + AV gezamenlijk) per verzekerde en de solvabiliteit zijn bij kleine verzekeraars toegenomen. Wanneer wordt ingezoomd op het niveau van de concerns moet worden geconstateerd dat er thans geen duidelijk onderscheid bestaat tussen grote en kleine concerns. Er kan niet per definitie worden geconstateerd dat een groot zorgverzekeringsconcern altijd lagere kosten heeft dan een kleine. Dat geldt ook voor de premie en het resultaat.

2.7 Risicoverevening

Zoals in paragraaf 2.2 besproken, is er in Nederland geen sprake van een vrije zorgverzekeringsmarkt. Om de toegankelijkheid van de zorg te borgen gelden de verzekering- en acceptatieplicht, uniforme verzekeringsdekking en het verbod op premiedifferentiatie. Deze regelingen geven zonder aanvullend overheidsbeleid de zorgverzekeraars een prikkel tot selectie van verzekerden. Door de combinatie van de acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie zal een verzekeraar immers genegen zijn om op een of andere manier de slechte risico's uit te selecteren. Om deze risicoselectie tegen te gaan wordt de risicoverevening ingezet. In de risicoverevening worden zorgverzekeraars financieel gecompenseerd voor verzekerden met een voorspelbaar risicoprofiel. Alle zorgverzekeraars krijgen daartoe uit het zorgverzekeringsfonds een vereveningsbijdrage. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is aangewezen als fondsbeheerder. Hieronder wordt het vereveningssysteem kort uiteen gezet¹⁷.

Meer dan de helft van de dekking van het budget krijgt de zorgverzekeraar uit het vereveningsfonds, het resterende deel komt uit de nominale premies en eigen betalingen. Het vereveningsfonds wordt gevoed uit de inkomensafhankelijke bijdragen en de rijksbijdrage voor personen tot 18 jaar. Voor 2012 bedraagt de vereveningsbijdrage € 22,9 mld. De totale begroting voor de Zvw bedraagt in 2012 € 39,2 miljard¹⁸.

De vereveningsbijdrage bestaat uit twee onderdelen. De ex ante vereveningsbijdrage en de ex post compensatie. De ex ante bijdrage is een budget dat voorafgaande aan het kalenderjaar wordt vastgesteld op grond van kenmerken van verzekerden. Dit zijn in ieder geval:

- leeftijd;
- geslacht;
- gezondheidskenmerken zoals FKG's en DKG's¹⁹;
- aard van het inkomen;
- regio;
- sociaal economische status;
- meerjarig hoge kosten.

Enkele van bovengenoemde posten worden achteraf op grond van voorschrijdend inzicht bijgesteld. Zo worden in maart van het lopende

¹⁷ Hiervoor is gebruik gemaakt van de publicatie 'beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet' die door APE (Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv) in opdracht van VWS in 2007 is opgesteld.

¹⁸ Rijksbegroting 2012 http://www.rijksbegroting.nl/2012/voorbereiding/begroting,kst160371_20.html

¹⁹ Farmaciekostengroepen (FKG's) zijn gebaseerd op een inschatting van het extramuraal geneesmiddelengebruik. Diagnosekostengroepen (DKG's) zijn gebaseerd op een inschatting van de zorgkosten op basis van diagnose van verzekerden bij verlaten ziekenhuis.

jaar in ieder geval de verzekerdenkenmerken bijgesteld. Ook de meerjarig hoge kosten worden op latere momenten bijgesteld doordat oude schadejaren nog niet definitief zijn vastgesteld.

Het is voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt cruciaal dat zorgverzekeraars via het risicovereveningsysteem adequaat worden gecompenseerd voor de zorgkosten. Daarom wordt de ex post compensatie toegepast. Deze bestaat voor 2012 uit:

- flankerend beleid;
- verzekerden nacalculatie;
- nacalculatie vaste kosten A-segment en dure medicijnen en kosten GGZ tot 18 jaar;
- Hoge kostencompensatie GGZ vanaf 18 jaar;
- Bandbreedteregeling (deze bedraagt € 22,50 voor de deelbijdragen dbc-zorgproducten in het vrije segment, variabele ziekenhuiskosten en € 7,50 voor de geneeskundige GGZ).

De wetgever is van oordeel dat de ex ante bijdrage de afgelopen jaren zodanig doorontwikkeld is dat de ex post compensatiemechanismen gefaseerd kunnen worden afgeschaft. Daarnaast wordt het beleidsmatig wenselijk gevonden dat zorgverzekeraars financieel verantwoordelijk worden gemaakt voor overschrijdingen in de Zvw. Alleen in de GGZ is nog sprake van relatief grote ex post compensaties (HKV en bandbreedteregeling), omdat het risicovereveningsmodel voor deze zorg nog verbetering behoeft.

Om de risicoverevening uit te kunnen voeren is veel informatie nodig. Daartoe zijn diverse aanleververplichtingen en verantwoordingsverplichtingen opgesteld waar zorgverzekeraars aan dienen te voldoen. Zorgverzekeraars moeten voorafgaand aan het verzekeringsjaar ten behoeve van de ex ante vaststelling van de vereveningsbijdrage verzekerdenkenmerken aanleveren aan het CVZ²⁰. Daarnaast zijn er nog het bestand persoonskenmerken, de FKG-, DKG-opgave en de kwartaal- en jaarstaat die zorgverzekeraars aan het CVZ moeten aanleveren.

²⁰ Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar de aanleveragenda op de website van het CVZ (www.CVZ.nl).

3. Wet- en regelgeving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de effecten van regelgeving op toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt en de positie van kleine zorgverzekeraars. Eerst wordt het juridisch kader geschetst, waarna per onderdeel eventuele belemmeringen worden besproken.

Om de effecten van de regelgeving in kaart te brengen is Pels Rijcken gevraagd een analyse van de wet- en regelgeving te maken. De analyse door Pels Rijcken (bijlage 2) is als input gebruikt voor de beoordeling van de effecten van regelgeving op toetreding. Aan Pels Rijcken zijn de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- Welke belemmering vloeien uit geldende en komende wetgeving voort voor toetreding en voortbestaan van zorgverzekeraars tot de zorgverzekeringsmarkt?
- Welke mogelijkheden zijn er om met wettelijke maatsregelen de toetredingsmogelijkheden en voortbestaan van kleine zorgverzekeraars te verbeteren?

In paragraaf 3.2 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste regels met betrekking tot toetreding en voortbestaan van kleine verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt. In paragraaf 3.3 en 3.4 wordt nader ingegaan op respectievelijk de regels voor toelating tot en voor het functioneren op de zorgverzekeringsmarkt. Tot slot wordt ingegaan op de juridische drempels die gelden voor de aanvullende verzekering (3.5), de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden (3.6) en het verbod op verticale integratie (3.7).

3.2 Juridisch kader

Tabel 3.1 bevat een overzicht van de belangrijkste wettelijke bepalingen die gelden voor het aanbieden van de basisverzekering op de zorgverzekeringsmarkt. Deze bepalingen hebben betrekking op toelating tot de markt of op het functioneren op de markt na toelating. Daarbij is onderscheid te maken tussen sectoroverstijgende en sectorspecifieke regelgeving. Sectoroverstijgende regelgeving richt zich op de markt voor schadeverzekeringen. Sectorspecifieke regelgeving richt zich expliciet op de zorgverzekeringsmarkt.

Tabel 3.1. Overzicht regelgeving voor het aanbieden van de basisverzekering

Niveau regelgeving	Regelgeving bij toelating tot de markt	Regelgeving bij het functioneren op de markt na toelating
Sectoroverstijgend: Wft en lagere regelgeving	<p><u>Wet op het financieel toezicht (Wft)</u></p> <p>Vergunning van De Nederlandse Bank (DNB) noodzakelijk voor Nederlandse partijen met zetel buiten EU/EER. Een buitenlandse verzekeraar met zetel in EU/EER kan toetreden op basis van vergunning verstrekt in lidstaat van herkomst. Gestelde vergunningeisen richten zich op:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. deskundigheid en betrouwbaarheid van beleidsbepalers; 2. bestuur, zeggenschap en rechtsvorm; 3. integere bedrijfsuitoefening/-inrichting; 4. het vereiste kapitaal. 	<p><u>Wet op het financieel toezicht (Wft)</u></p> <p>Vergunningseisen voor toelating blijven gelden na toetreding.</p> <p>Gedragstoezicht</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. informatieverplichting aan (potentiële) cliënt; 2. zorgvuldigheid bij behandeling cliënt; 3. Verbod op nevenbedrijf; 4. Combinatie- en compositieverbod.
Sectorspecifiek: Zvw en Wmg en lagere regelgeving	<p><u>Zorgverzekeringswet (Zvw)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - partij die zorgverzekeringen wil aanbieden moet de hoedanigheid van schadeverzekeraar hebben en beschikken over een vergunning voor de uitoefening het schadebedrijf; - het voornemen om zorgverzekeringen uit te voeren en de ingangsdatum moeten vooraf worden gemeld aan de NZa; - eisen aan statuten vanuit het oogpunt van consumentenbescherming: <ul style="list-style-type: none"> - er moet voorzien zijn in toezicht; - er moeten waarborgen zijn voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden; - verzekerden en verzekeringnemers mogen niet verplicht zijn bij te dragen in tekorten. 	<p><u>Zorgverzekeringswet (Zvw):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Regels die betrekking tot de verzekeringsrelatie: <ul style="list-style-type: none"> - verzekeringsplicht; - acceptatieplicht; - bepalingen over ingang en einde zorgverzekering; - zorgplicht; - uniforme dekking basispakket; - recht op vergoeding van zorg, verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieder; - verbod op premiedifferentiatie; - beperking van het collectiviteitsvoordeel; - verplicht en vrijwillig eigen risico; 2. Regels ter waarborging goede uitvoering Zvw: <ul style="list-style-type: none"> - maatregelen gericht op verzekering van onverzekerden; - zorgverzekeringsfonds en risicoverevening; - Wanbetalerregeling; - compensatie eigen risico; - verantwoordingsverplichtingen aan CVZ en NZa; - verwijzing voor verkrijging medisch specialistische zorg; - overige technische/administratieve regels; <p><u>Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bescherming consument; - kostenbeheersing; - ontwikkeling van de concurrentie; - overige voorschriften voor goede uitvoering van sectorspecifieke wetgeving.

De sectoroverstijgende bepalingen uit tabel 3.1 gelden zowel voor de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering. Er gelden slechts twee sectorspecifieke regels voor de aanvullende verzekering, deze zijn:

- een aanvullende ziektekostenverzekering vervalt voor zover gelijke prestaties deel gaan uitmaken van de basisverzekering (art. 119 Zvw);
- een beding in een aanvullende verzekering dat de aanvullende verzekering eindigt of mag worden opgezegd door de verzekeraar als

de verzekerde een basisverzekering bij een andere verzekeraar afsluit, is nietig ('teggangaan van koppelverkoop') (art. 120 Zvw).

De sectorspecifieke eisen uit de AWBZ zijn relevant in het kader van de toekomstige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Deze sectorspecifieke eisen worden in dit rapport echter niet expliciet behandeld, omdat de wetgeving met betrekking tot de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden nog in ontwikkeling is. In de interviews is met de bestuurders van zorgverzekeraars besproken wat de invloed van de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden betekent voor kleine zorgverzekeraars en voor toetreding (zie hierover paragraaf 3.6.).

3.3 Regulering van toelating tot de verzekeringsmarkt

In deze paragraaf worden de in tabel 3.1 weergegeven regels voor de toelating tot de (zorg)verzekeringsmarkt besproken. De regels voor het functioneren na toelating komen in paragraaf 3.4 aan de orde.

3.3.1 Sectoroverstijgende regulering

De regels die gelden voor toelating tot de markt voor schadeverzekeraars zijn neergelegd in de Wet op het financieel toezicht (Wft) en zijn gebaseerd op drie Europese schaderichtlijnen en levensverzekeringsrichtlijnen. De huidige richtlijn Solvency I is sinds 2002 van kracht. Naar verwachting wordt per 1 januari 2014 Solvency II geïmplementeerd in de landelijke regelgeving. Het is dan voor de Nederlandse wetgever niet meer mogelijk van de Europese richtlijnen af te wijken.

De Wft bepaalt dat voor Nederlandse partijen en voor partijen van buiten de EU/EEU die wensen een verzekeringsbedrijf uit te oefenen op de Nederlandse markt een vergunning van De Nederlandse Bank (DNB) verplicht is. Verzekeraars die hun zetel hebben binnen een andere lidstaat van de EU/EER kunnen op basis van de vergunning in de lidstaat van herkomst ook in de andere lidstaten het verzekeringsbedrijf uitoefenen.

DNB verleent een vergunning aan een verzekeraar als deze kan aantonen dat wordt voldaan aan onder andere:

- 1. deskundigheid en betrouwbaarheid van de (mede-) beleidsbepalers;
 - 2. het bestuur, de zeggenschapsstructuur en de rechtsvorm;
 - 3. integere bedrijfsvoering en de bedrijfsuitoefening; en
 - 4. het vereiste kapitaal.
- Ad 1. De vereiste deskundigheid en betrouwbaarheid verlangen van degenen die het dagelijks beleid bepalen dat zij deskundig zijn in verband met de uitoefening van het bedrijf van verzekeraar en dat hun betrouwbaarheid buiten twijfel staat. De eis van betrouwbaarheid geldt ook voor medebeleidsbepalers en commissarissen. Vanaf 1 juli 2012 worden de eisen van deskundigheid en betrouwbaarheid gecombineerd in één geschiktheidscriterium, dat voor alle (mede)beleidsbepalers en commissarissen zal gelden.
 - Ad 2. Twee natuurlijke personen dienen vanuit Nederland het dagelijks beleid te bepalen. Tevens dient de verzekeraar een raad van commissarissen (of vergelijkbaar toezichtorgaan) te hebben met tenminste drie leden. Er moet sprake zijn van een voldoende transparante zeggenschapsstructuur die een adequate uitoefening van

- het toezicht niet belemmert en houders van een gekwalificeerde deelneming dienen een verklaring van geen bezwaar aan te vragen bij DNB. Ook worden er eisen gesteld aan de rechtsvorm van de verzekeraar en het boekjaar moet gelijk zijn aan het kalenderjaar.
- Ad 3. De verzekeraar dient zijn interne bedrijfsvoering zodanig in te richten dat een beheerste en integere uitoefening van het bedrijf gewaarborgd is. De beheerste uitoefening van het bedrijf ziet op de financiële soliditeit en het adequaat organisatorisch en financieel beheersen van risico's. De integere uitoefening van het verzekeringsbedrijf heeft betrekking op externe aspecten van het verzekeringsbedrijf zoals het tegengaan van belangenverstrengeling en het voorkomen van het begaan van strafbare feiten door de onderneming of werknemers.
 - Ad 4. Er worden eisen gesteld aan het vereiste kapitaal waarover een zorgverzekeraar moet beschikken. Daaronder valt zowel het minimum eigen vermogen als de solvabiliteit van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet beschikken over een minimumbedrag aan eigen vermogen (art. 3:53 Wft) van 2,3 miljoen euro (garantiefonds). Daarnaast moet de verzekeraar over middelen beschikken om de kosten van de inrichting van de administratie en het productienet te kunnen dekken (art. 3:53, lid 2 Wft). Tevens dient een zorgverzekeraar te voldoen aan de solvabiliteitsmarge van 11% van de ziektekosten in 2012²¹

Een nieuwe zorgverzekeraar moet beschikken over het minimum bedrag aan eigen vermogen en middelen ter dekking van operationele kosten. Dit kapitaal moet voor toetreding op de balans staan. Op basis van een prognose voor de eerstvolgende drie jaar moet een nieuwe verzekeraar voldoende solvabel zijn. Dit betekent niet dat deze partij over dit kapitaal op het moment van markttoetreding moet beschikken. Aangetoond moet worden dat indien nodig toegang wordt verkregen tot dit bedrag, bijvoorbeeld doordat een investeerder verklaart hiervoor garant te staan. Als minimumbedrag voor solvabiliteit geldt het bedrag uit het garantiefonds van 2,3 miljoen euro.

Overigens is in art 68 lid 1 van het Besluit prudentiële regels Wft (Bpr) bepaald dat de solvabiliteit voor zorgverzekeraars lager kan worden gesteld dan voor overige schadeverzekeraars. Van deze mogelijkheid is via ministeriële regeling gebruik gemaakt door het minimumbedrag aan solvabiliteit vast te stellen op elf vierentwintigste van de standaard regeling (Stcrt. 2012, 2138)²². Voor de aanvullende verzekering geldt wel de standaardregeling.

DNB past de vergunningvereisten proportioneel toe in haar toezicht met betrekking tot deskundigheid en betrouwbaarheid van de beleidsbepalers, bestuur, zeggenschap en rechtsvorm en de integere bedrijfsuitoefening. Dat wil zeggen dat rekening wordt gehouden met de complexiteit van de onderneming van de vergunningvrager. Voor een groot concern met een complex bedrijf worden sommige regels, bijvoorbeeld over de vereiste aanwezige deskundigheid, strenger toegepast dan voor een verzekeraar van beperkte omvang die een eenvoudig bedrijf voert. Het solvabiliteitspercentage, is echter voor alle zorgverzekeraars gelijk²³.

²¹ Zie advies Pels Rijcken pagina 19-21.

²² Zie advies Pels Rijcken parina 20-21.

²³ Solvency II maakt voor de solvabiliteit een uitzondering voor kleine schadeverzekeraars met maximaal 5 miljoen euro aan bruto premie-inkomsten. De kleine zorgverzekeraars komen hiervoor niet in aanmerking. De kleinste zorgverzekeraar had in 2010 een premieomzet van meer dan 200 miljoen euro.

3.3.1.1 Solvency II

De Solvency II Richtlijn heeft gevolgen voor de eisen die aan een zorgverzekeraar worden gesteld, zowel bij nieuwe toetreders als bij bestaande partijen. Verwachting is dat Solvency II per 1 januari 2014 in werking treedt. Op het moment van het opstellen van dit rapport is er echter nog geen verordening vastgesteld door de Europese commissie. Pas wanneer deze verordening is vastgesteld kunnen lidstaten over gaan tot ratificatie van Solvency II in hun wetgeving.

De Solvency II richtlijn gaat uit van maximumharmonisatie van regelgeving, waardoor mogelijkheden tot afwijking van de Europese normen niet meer mogelijk is. De belangrijkste wijzigingen van Solvency II zien op de kapitaalvereisten en de inrichting van de governance (sleutelfuncties). Waar in het huidige regime bij bepaling van de solvabiliteitseisen vooral wordt gekeken naar de passiefzijde van de balans worden onder Solvency II ook de risico's op de actiefzijde van de balans meegenomen, waarmee de kapitaalvereisten meer worden toegesneden op het risicoprofiel van de desbetreffende verzekeraar. Daarmee wordt een overgang bereikt van een voornamelijk kwantitatieve beoordeling naar een meer kwalitatieve beoordeling, waarbij financiële maar ook organisatorische eisen in onderlinge samenhang zullen worden beoordeeld.

3.3.1.2 Toetredingsbelemmeringen en de positie van kleine verzekeraars

Pels Rijcken concludeert in haar advies dat de sectoroverstijgende regelgeving die toegang tot de schadeverzekeringsmarkt regelt aanzienlijke toetredingsbelemmeringen inhoudt. Op basis van de interviews onderschrijft de NZa deze conclusie. Uit de interviews blijkt vooral dat de eisen die worden gesteld aan het vereiste kapitaal als hoge toetredingsdrempel worden ervaren. Het gaat ten eerste om de 2,3 miljoen aan eigen vermogen plus kapitaal om de kosten van de administratie en het productienet te dekken. Hiernaast is afhankelijk van het aantal verzekerden aanvullend kapitaal nodig om aan de solvabiliteitseis te kunnen voldoen.

Om aan de kapitaalseisen te kunnen voldoen is toegang tot voldoende kapitaal een vereiste. Zowel voor een nieuwe toetreder als een verzekeraar die wil groeien, geldt dat hiervoor, over het algemeen, een samenwerking met een investeerder nodig is. Uit de praktijk blijkt echter dat de zorgverzekeringsmarkt voor investeerders niet interessant is en dat daarmee de toegang tot kapitaal beperkt is. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op dit punt.

De vereniging voor kwaliteitszorgverzekeraars (VRZ) geeft aan dat de huidige solvabiliteitseisen belemmerend werken voor nieuwe en voor bestaande kleine verzekeraars. VRZ stelt voor minder hoge solvabiliteitseisen te hanteren voor kleine zorgverzekeraars. Een lichter regime voor kleine verzekeraars zou gelegitimeerd zijn omdat een eventueel faillissement van een kleine verzekeraar geen groot risico inhoudt voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Daar staat echter tegenover dat kleine verzekeraars vanwege hun beperkte omvang wellicht grotere bedrijfsrisico's lopen dan grote verzekeraars, doordat zij in mindere mate voordeel hebben van uitmideleffecten. In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op deze uitmideleffecten.

Zorgverzekeraars verwachten dat zij onder Solvency II met hogere solvabiliteitseisen te maken krijgen dan nu het geval is. Dit geldt vooral voor de kleinere zorgverzekeraars. DNB heeft aangegeven dat zij deze mening op voorhand niet deelt. Onder het nieuwe regime is de solvabiliteitseis meer afhankelijk van de risico's van de verzekeraar.

Goed risicomangement leidt tot vermindering van het vereiste kapitaal. Wanneer een verzekeraar bijvoorbeeld meer risico's neemt in haar beleggingsbeleid/beleggingen worden de eisen hoger. Voor 2012 ligt de gemiddelde solvabiliteitseis onder Solvency I rond de 11% van de totale schade²⁴. In 2011 bedroeg de solvabiliteitseis 9%. Er is door Financiën/DNB een uitzonderingspositie voor Nederlandse zorgverzekeraars bedongen. Op 21 maart 2012 heeft de Commissie Economische en Monetaire Zaken (ECON) van het Europees Parlement de Richtlijn Omnibus II aangenomen. Hierin is bepaald dat met het opstellen van solvabiliteitseisen rekening wordt gehouden met risicovereveningssystemen. (Er moet overigens nog verdere besluitvorming plaatsvinden om de richtlijn definitief te maken.)

Het belang van de op grond van de Wft gestelde kapitaalseisen is vanuit de publieke belangen bezien evident. De zorgverzekeringswet wordt gefinancierd vanuit publieke middelen en uitgevoerd door zorgverzekeraars die in beginsel winst kunnen uitkeren aan hun leden. De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg dienen te allen tijde te worden geborgd. Daarom dient zo veel mogelijk te worden voorkomen dat een zorgverzekeraar omvalt, of dat ten onrechte gelden uit de zorg wegvloeien. Het is dus noodzakelijk dat eisen aan de integriteit en organisatie van zorgverzekeraars worden gesteld en dat zorgverzekeraars voldoende financiële buffers aanhouden.

3.3.2 Sector specifieke regulering

Naast de sectoroverstijgende regels gelden er op basis van de Zvw nog drie aanvullende voorwaarden voor toelating tot de markt van zorgverzekeringen. Het gaat om de volgende bepalingen:

- de zorgverzekeraar moet beschikken over een vergunning voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf;
- het voornemen om zorgverzekeringen te gaan uitvoeren en de ingangsdatum moeten vooraf worden gemeld aan de NZa;
- eisen aan de statuten vanuit oogpunt van consumentenbescherming:
 - er moet voorzien zijn in toezicht;
 - er moeten waarborgen zijn voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden;
 - verzekerden en verzekeringnemers mogen niet verplicht zijn bij te dragen in tekorten.

Deze eisen zijn een aanvulling op de voorwaarden die aan de vergunningverlening door DNB worden gesteld. Pels Rijcken concludeert dat de drempel voor toelating tot de zorgverzekeringsmarkt op grond van deze eisen zeer beperkt is. Vanuit de interviews wordt dit beeld bevestigd.

3.3.3 Verbetering toetreding en positie kleine verzekeraars

Uit de voorgaande analyse blijkt dat de solvabiliteitseisen die de Wft stelt een drempel vormen voor nieuwe toetreders en voor kleine zorgverzekeraars. Deze drempel kan alleen worden verlaagd door de solvabiliteitseisen aan te passen.

Ten aanzien van het verlagen van de solvabiliteitseisen geldt dat de solvabiliteitseisen hun oorsprong kennen in Europese regelgeving waarvan lidstaten in principe niet af kunnen wijken.

²⁴ Deze eis geldt voor de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekering geldt een eis van 24%.

3.4 Regulering van het functioneren op de zorgverzekeringsmarkt

Deze paragraaf gaat in op de regelgeving op het gebied van het functioneren van de (zorg)verzekeraar na toelating. Eerst wordt ingegaan op sectoroverstijgende en daarna op de sectorspecifieke regelgeving.

3.4.1 Sectoroverstijgende regulering

De vergunningseisen die worden gesteld bij toetreding, gelden onverminderd nadat de verzekeraar is toegetreden tot de markt. Daarnaast stelt de Wft de volgende eisen voor financiële ondernemingen:

- de plicht om de (potentiële) cliënt de informatie te verschaffen die relevant is voor een adequate beoordeling van de aangeboden verzekering (art. 4:20 Wft);
- de plicht om bij de behandeling van de cliënt de nodige zorgvuldigheid in acht nemen (art. 4:25 Wft);
- het verbod om een ander bedrijf uit te oefenen dan waarvoor de vergunning is verleend (art. 3:36 lid 1 Wft).
- het verbod op het combineren van het bedrijf van een schadeverzekeraar en levensverzekeraar binnen één entiteit (art. 228 Wft).

In de interviews zijn de sectoroverstijgende regels niet genoemd als drempel voor toetreding.

3.4.2 Sectorspecifieke regelingen

Met de invoering van de zorgverzekeringswet heeft de wetgever gekozen voor een privaat stelsel dat omkleed is met publiekrechtelijke waarborgen. Deze waarborgen zijn opgenomen in de Zvw en de Wmg en worden hieronder aan de hand van verschillende categorieën toegelicht.

3.4.2.1 Zvw: kern van de zorgverzekering

Een eerste categorie regels uit de zorgverzekeringswet raakt de kern van de publieke doelstellingen van de Zvw. Het betreft ondermeer de verzekering- en acceptatieplicht, uniforme verzekeringsdekking en het verbod op premiedifferentiatie. Deze elementen van de zorgverzekeringswet wijken af van de normale principes van het verzekeringsbedrijf en kunnen potentiële toetreders afschrikken. Het gaat hier om de kern van de zorgverzekeringswet. Het ligt daarom niet voor de hand om hier in te grijpen. In de interviews wordt de noodzaak van deze regels onderschreven. Zorgverzekeraars beschouwen deze regels als een gegeven.

3.4.2.2 Zvw: Bepalingen van overige aard

In het kader van de verwezenlijking van de doelstellingen van de zorgverzekering zijn er in de Zvw en de daarop gebaseerde uitvoeringsregelingen bepalingen opgenomen van technische of administratieve aard. Bij voorschriften van technische aard kan gedacht worden aan de voorwaarden betreffende het begin en einde van de zorgverzekering (art. 5-8 Zvw). Als administratieve bepaling kan gedacht worden aan de verantwoordingsverplichtingen aan de NZa (art. 37-38 Zvw) en de eisen die worden gesteld aan verwerking en verstrekking van gegevens (art. 86-93 Zvw).

Ook zijn bepalingen opgenomen die direct van invloed zijn op de wijze waarop een zorgverzekeraar zich op de markt kan profileren. Voorschriften die van invloed zijn op de profilering op de markt zijn regels die vrijheid van zorgverzekeraars bij het opereren op de markt beperken. Het gaat om:

- de regeling van de zorgplicht (art. 11 Zvw);
- de regeling van de contracteerplicht (art 12 Zvw);
- de rechten van verzekerden bij niet gecontracteerde zorg (art 13 Zvw);
- de toegangsvoorwaarden voor medisch specialistische zorg (art. 14 lid 2);
- de beperkingen van het collectiviteitsvoordeel (art. 18 Zvw);
- de modaliteiten van het eigen risico (art. 19 Zvw).

Conclusie is dat mede op basis van de uitkomsten van de interviews, de hierboven genoemde bepalingen drempels opwerpen bij toetreding tot de markt. Deze bepalingen beperken zorgverzekeraars namelijk in hun vrijheid te opereren op de zorgverzekeringsmarkt. Er is hier wel sprake van een level playingfield omdat deze regels voor alle zorgverzekeraars, zowel groot als klein, van toepassing zijn. De bepalingen zijn vastgesteld om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg te borgen. Er kunnen geen uitspraken worden gedaan over de mate waarin aanpassing van deze regelingen daarom mogelijk is en in hoeverre dat de belemmering tot de zorgverzekeringsmarkt daadwerkelijk zal verminderen.

3.4.2.3 Zvw: Regels ter waarborging goede uitvoering Zvw

Regelgeving ter waarborgen van de Zvw heeft de volgende kenmerken:

- Publiekrechtelijk van aard.
- Grijpt niet direct in in de verzekeringsrelatie.
- En wordt uitgevoerd door een publiekrechtelijk bestuursorgaan.
- Het gaat dan onder andere om de risicoverevening, rijksbijdragen aan het zorgverzekeringsfonds en de wanbetalerregeling.

De risicoverevening is een compensatie voor nadelen die voortvloeien uit de verplichting verzekerden te accepteren voor een uniform pakket tegen een uniforme premie. Met deze regeling worden de verschillen in risico's voor de zorgverzekeraar gecompenseerd en mogelijk ook de toetredingsdrempels verlaagd. Deze regeling kan daarmee niet als toetredingsdrempel aangemerkt worden. Zorgverzekeraars hebben in de gesprekken aangegeven dat zij het daar niet mee eens zijn. Zij zijn van mening dat het systeem nodig is vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie en als zodanig een belemmering vormt. De vrije markt is naar hun oordeel laagdrempeliger.

De risicoverevening brengt administratieve lasten met zich (aanlevering gegevens aan CVZ) die als remmende factor kunnen gelden voor toetreders. Daarnaast blijkt uit de interviews dat met name de werking van het risicovereveningsmodel risico's met zich brengt die een toetredingsbelemmering zijn. De risicoverevening wordt verder behandeld in paragraaf 6.4.

De risicoverevening beperkt, in combinatie met acceptatieplicht, het uniforme basispakket en de uniforme premie de mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om zich op bepaalde doelgroepen te richten. Zoals hierboven beschreven ligt het niet voor de hand hierin in te grijpen, omdat deze combinatie van regels de kern van zorgverzekering bepaalt.

De regels ter waarborging van de goede uitvoering van de Zvw betekenen extra voorwaarden voor het functioneren op de markt ten opzichte van een ander schadeverzekeringsbedrijf en brengen een administratieve last met zich. Gesprekspartners benoemen de complexiteit van het model als een drempel voor toetreding. Ook de werking van het risicovereveningsmodel wordt als drempel ervaren. Deze werking wordt kort besproken in paragraaf 2.7.

3.4.2.4 Uit de Wmg voortvloeiende beperkingen

De regels in de Wmg voor het reguleren van marktgedrag zijn gericht op:

- de bescherming van het consumentenbelang door voorwaarden te stellen aan de overeenkomst tussen verzekerde en zorgverzekeraar (34 Wmg);
- de kostenbeheersing door voorschriften te stellen aan tarieven (art. 35, 37 en 56 Wmg);
- de ontwikkeling van de concurrentie door het stellen van transparantie eisen (art. 35, 40, 47-49 Wmg);
- een goede uitvoering van de sectorspecifieke wetgeving, zoals de verplichting een administratie te voeren waarin specifieke gegevens is vastgelegd (art. 36, 61, 66, 76-89 Wmg).

Zowel Pels Rijcken als de gesprekspartners noemen de regels in de Wmg niet als beperkend voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt, dan wel als beperkend voor de positie van de kleine verzekeraars. Op basis hiervan wordt er van uit gegaan dat aanpassingen van regelgeving geen verbetering opleveren voor toetreding dan wel de kleine verzekeraars.

3.4.3 Verbetering toetreding en positie kleine verzekeraars

Er zijn geen specifieke bepalingen te noemen die op zichzelf een drempel voor toetreding betekenen en in aanmerking komen voor aanpassing. Wel kan een algehele evaluatie van wet- en regelgeving leiden tot vereenvoudiging van het stelsel, waarmee mogelijk administratieve lasten voor verzekeraars verminderd kunnen worden. Een beperking van de administratieve lasten zal door de kleine verzekeraars worden ervaren als verbetering van hun positie. Voor kleine verzekeraars zijn de administratieve lasten vanwege hun beperkte uitvoeringsapparaat een relatief grotere belasting. Het is niet de verwachting dat een vereenvoudiging van het totale stelsel aan wet- en regelgeving toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt substantieel verbetert.

3.5 Aanvullende verzekering

Het verschil in juridische voorschriften met betrekking tot de aanvullende verzekering zit vooral in de sectorspecifieke regels voor het functioneren op de markt. Waar voor de basisverzekering een complex stelsel van regels geldt, zijn voor de aanvullende verzekering slechts twee bepalingen van belang. In de eerste plaats vervalt de aanvullende verzekering voor zover het gaat om prestaties die vallen onder de basisverzekering en ten tweede is bepaald dat een beding, inhoudend dat de basisverzekering eindigt als de aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar wordt afgesloten, nietig is.

Hiermee kent de markt voor de aanvullende verzekering minder drempels voor toetreding dan de basisverzekering. Uit de interviews is niet gebleken dat het regime van de aanvullende verzekering drempels

met zich brengt die bezwarend zijn voor toetreding, dan wel de positie van de kleine verzekeraars.

3.6 Uitvoering ABWZ eigen verzekerden

Het kabinet heeft het voornemen de AWBZ per 1 januari 2013 door zorgverzekeraars uit te laten voeren voor eigen verzekerden. In het voorstel worden de zorgkantoren opgeheven en worden de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ en daarmee zijn zij het eerste aanspreekpunt voor cliënten. Het huidige kabinet laat het besluit over het risicodragend uitvoeren van de AWBZ over aan een volgend kabinet.

Zorgverzekeraars worden strikt formeel niet verplicht de AWBZ uit te voeren. Het kan zo zijn dat verzekerden voor de AWBZ elders verzekerd zijn. Echter wanneer een groot deel van de zorgverzekeraars besluit de AWBZ niet uit te voeren kan er als nog een verplichting worden opgelegd. In de praktijk hebben alle zorgverzekeraars zich op dit moment wel aangemeld voor de AWBZ.

Er kan worden verondersteld dat deze op handen zijnde verandering op dit moment al een rol speelt bij in de beleidskeuzes van bestaande verzekeraars of partijen die als verzekeraar willen toetreden. Ondanks dat definitieve besluitvorming over de uitvoering van AWBZ voor eigen verzekerden nog moet volgen, is aan de gesprekspartners voorgelegd wat deze beleidswijziging betekent voor toetreding, dan wel de rol van de kleine verzekeraars.

In eerste instantie wordt de AWBZ niet risicodragend uitgevoerd, mocht dat wel het geval zijn dan verwachten de gesprekspartners niet dat de AWBZ dusdanig winstgevend zal zijn dat het een interessante markt is voor commerciële toetreders. De gesprekspartners geven aan dat een goede verevening ook voor de AWBZ een noodzakelijk vereiste is. Ook betogen zij dat een mogelijk negatief resultaat niet ten koste mag van de exploitatie van de Zvw. Daarmee zou uitvoering van de AWBZ namelijk een direct risico betekenen voor de zorgverzekeringsmarkt, waarmee toetreding moeilijker wordt en de positie van de kleine verzekeraars verslechtert. Kleine partijen zullen namelijk minder in staat zijn deze verliezen op te vangen.

Uit de gesprekken is verder naar voren gekomen dat de uitvoering van de AWBZ door kleine verzekeraars zowel als een kans als een bedreiging wordt gezien. Aan de ene kant betekent dit dat de verzekeraar de zorg integraal kan inkopen en hiermee meer mogelijkheden heeft voor het aanbieden van een passend en doelmatig zorgaanbod. Aan de andere kant zijn de kleine zorgverzekeraars niet erg enthousiast over de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden, omdat het extra expertise en uitvoeringsdruk betekent (er moeten landelijk gecontracteerd worden) en extra risico's met zich meebrengt voor de bedrijfsvoering. De gesprekspartners menen dat hiermee sprake is van een potentiële extra toetredingsdrempel.

3.7 Verbod op verticale integratie en introductie zorgspecifieke fusietoets

In haar brief van 14 juni 2011 (kenmerk MC-U-3066411) betreffende fusies in de zorgsector en opsplitsingsbevoegdheid IGZ geeft de minister aan dat het kabinet voorbereidingen zal treffen om een verbod in te

voeren op (verticale) integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders:

“Het kabinet acht het ontstaan van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders risicovol voor de werking van het zorgstelsel en daarmee voor de kwaliteit van zorg en de keuzevrijheid van burgers.”²⁵

Zonder de discussie op dit punt over te willen doen, wordt gewezen op de monitor zorgverzekeringsmarkt uit november 2009²⁶, waarin wordt aangegeven dat verticale integratie naast mogelijke negatieve gevolgen voor de consument ook enkele positieve gevolgen kan hebben. Wat betreft deze positieve elementen wordt gesproken over de harmonisatie van het productieproces en efficiencyvoordelen. Het toekomstige verbod op verticale integratie beperkt verzekeraars in mogelijkheden onderscheidend te zijn. De gesprekspartners onderschrijven dat hiermee profilering op de markt beperkt wordt en toetreding in ieder geval niet wordt bevorderd. Uit de gesprekken blijkt overigens ook niet dat het toestaan van verticale integratie toetreding zal bevorderen.

3.8 Conclusie

Uit bovenstaande analyse blijkt dat er geen specifieke regelingen zijn aangetroffen die een zodanige drempel opwerpen dat toetreding op de zorgverzekeringsmarkt niet mogelijk is. Wel zijn de volgende regelingen aangetroffen die een belemmering voor toetreding dan wel de positie van kleine verzekeraars kunnen vormen:

- De kapitaaleisen die de op grond van de Wft aan zorgverzekeraars worden gesteld. Op grond van Solvency I is een minimum eigen vermogen van 2,3 miljoen euro vereist. Daarnaast dienen zorgverzekeraars een solvabiliteit van 11% van de schade aan te houden. De kapitaaleisen zijn noodzakelijk voor een prudente uitvoering van het zorgverzekeringsbedrijf. Met ingang van 2014 worden nieuwe eisen op grond van Solvency II geïmplementeerd. Deze eisen zijn vanuit Europese richtlijnen opgelegd. De Nederlandse wetgever heeft hier maar beperkt invloed op.
- Het geheel aan sectorspecifieke regelingen waarmee een forse administratieve of uitvoeringslast bij de verzekeraars wordt neergelegd. Hierbij kan gedacht worden aan verantwoording voor de verevening, verantwoording naar de NZa en de wanbetalerregeling. Een algehele evaluatie van de sectorspecifieke regels in de Zvw en Wmg kan leiden tot vereenvoudiging van het stelsel, waarmee mogelijk administratieve lasten voor verzekeraars verminderd kunnen worden. Een beperking van de administratieve lasten zal door de kleine verzekeraars worden ervaren als verbetering van hun positie. Het is echter niet de verwachting dat dit toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt substantieel verbetert.

²⁵ Zie brief van het kabinet aan de Tweede Kamer 'Fusies in de zorgsector en opsplitsingsbevoegdheid IGZ' 14 juli 2011, kenmerk MC-U-3066411.

²⁶ Met de betreffende monitor beantwoordt de NZa vragen van het ministerie van VWS over toetreding, verticale integratie en koppelingen aanvullende verzekering – basisverzekering.

4. Analyse van de marktstructuur

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de structuur van de markt (marktkenmerken) waarop de zorgverzekeraars opereren. De volgende onderwerpen worden behandeld:

- Effecten van toegenomen concentratie;
- Aanvangsinvesteringen;
- Benodigde schaalgrootte;
- Verdien capaciteit;

Per onderwerp wordt aangegeven wat het effect is van het betreffende marktkenmerk op toetredingsmogelijkheden en de positie van de kleine verzekeraars.

4.2 Effecten van toegenomen concentratie

Zoals in paragraaf 2.3.1 beschreven, is de markconcentratie de afgelopen jaren gestegen en is er sprake van een geconcentreerde markt (HHI is groter dan 2000). Deze stijging is het gevolg van fusies tussen verschillende zorgverzekeraars en het ontbreken van nieuwe toetreders. Een hoge marktconcentratie kan effect hebben op de inkoopmarkt (de relatie zorgverzekeraar – zorgaanbieder) en/of aan de verkoopmarkt (de relatie zorgverzekeraar – verzekerde).

Inkoopmacht

In 2009 heeft de NZa onderzoek laten doen naar inkoopmacht in de zorgsector²⁷ en mede op basis van dit onderzoek heeft de NZa in 2010 een visiedocument uitgebracht over hetzelfde onderwerp²⁸. Uit het onderzoek is gebleken dat zorgverzekeraars een zekere inkoopmacht hebben. De inkoopmacht van zittende partijen kan een belemmering vormen voor toetreding van nieuwe partijen. Een (grote) verzekeraar met inkoopmacht, door bijvoorbeeld een sterke regionale positie, kan bij de te contracteren zorgaanbieders gunstige voorwaarden en/of lage prijzen bedingen, die hij doorvertaalt in een lagere premie en/of meer kwaliteit voor zijn verzekerden. Toetreders zullen hiertoe niet of minder in staat zijn, omdat zij in elk geval bij aanvang, deze inkoopmacht niet hebben. Dit is een first-mover-advantage wat het voor toetreders lastiger maakt om een concurrerend aanbod te doen richting verzekerden. Een nieuwe toetreders kan zich misschien aansluiten bij een inkooporganisatie zoals Multizorg, waarmee het ontbreken van inkoopmacht beperkt kan worden. De VRZ heeft echter wel aangegeven dat toetreding tot Multizorg zeker geen automatisme is, een toetreders moet aan diverse eisen voldoen en daarnaast participeren in Multizorg. Ook concurrentiële overwegingen kunnen meespelen bij toelating tot een inkooporganisatie.

Verkoopmacht

Een hoge marktconcentratie met een beperkt aantal zorgverzekeraars kan betekenen dat een zorgverzekeraar marktmacht heeft. Dit type zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid misbruik te maken van zijn marktmacht door nieuwe toetreders te belemmeren om toe te treden. Een dominante speler kan in theorie misbruik maken van zijn dominante

²⁷ Inkoopmacht en collectief onderhandelen in de zorgsector, RBB Economics/Freshfields Bruckhaus Deringer, 18 november 2009

²⁸ Visiedocument 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen', www.nza.nl

marktpositie door tijdelijk zeer lage prijzen/premies in rekening te brengen. Dit wordt 'predatory pricing' genoemd. Predatory pricing heeft normaal gesproken tot gevolg dat de dominante speler tijdelijk verlies maakt. Het doel voor de langere termijn is nieuwe toetreders geen kans te geven door voor een nieuwe toetreder het onmogelijk te maken marktaandeel te winnen (of alleen tegen zeer grote verliezen). Wanneer de concurrentiedruk van nieuwe toetreders niet meer aanwezig is, kan de dominante speler zijn prijzen verhogen en weer (monopolie-) winst realiseren.

Het risico op predatory pricing is gegeven de huidige marktstructuur van de zorgverzekeringsmarkt zeer klein. Er is geen sprake van één dominante zorgverzekeraar, maar van enkele grote zorgverzekeraars die ook de mogelijkheid hebben (tijdelijk) hun prijzen naar beneden bij te stellen. Hierdoor wordt predatory pricing erg kostbaar. Vanwege het landelijke karakter van de zorgverzekeringsmarkt is voor een zittende verzekeraar vrijwel onmogelijk zich te richten op het uit de markt drukken van een nieuwe toetreder (in tegenstelling tot bijvoorbeeld een oliemultinational die tegen relatief lage kosten een lokaal benzinstation uit de markt kan prijzen). Dit betekent dat een dominante speler in de zorgverzekeringsmarkt landelijk over de hele breedte zijn prijzen moet verlagen. Dit is een kostbare strategie die alleen denkbaar is indien er in de markt zeer hoge winsten zouden worden behaald. Zoals aangegeven in 2.4 is er sprake van een bescheiden winstontwikkeling in de zorgverzekeringsmarkt die geen ruimte biedt voor dit soort strategieën. Bovendien is het een ongeoorloofde strategie en daarmee zeer risicovol omdat toezichhouders wettelijke mogelijkheden hebben om streng op te treden tegen dergelijk misbruik van marktmacht.

4.2.1 Conclusie

Er is sprake van een bepaalde inkoopmacht. Deze inkoopmacht kan een zogenaamd first-mover-advantage zijn. Hierop wordt in de volgende paragraaf verder ingegaan. Wat betreft de concentratie kan in het algemeen gesteld worden dat de zittende (grotere) zorgverzekeraars voor toetredingsdrempels kunnen zorgen door eventuele schaalvoordelen. De concentratie op de markt is in dit geval het gevolg van grote vaste kosten en de toetredingsdrempel zit in het feit dat het kostenefficiënt is om met een beperkt aantal zorgverzekeraars te opereren op de markt. In de huidige marktstructuur kunnen zorgverzekeraars mogelijk inkoopvoordelen realiseren en doorgeven aan hun verzekerden, waardoor zij een voordeel hebben ten opzichten van nieuwe toetreders.

In de huidige marktstructuur hebben zorgverzekeraars echter niet een zodanig dominante machtspositie dat zij andere bestaande verzekeraars en/of nieuwe toetreders kunnen weren van de markt. Dit wordt onderstreept door het feit dat de marktaandelen van de huidige kleinere zorgverzekeraars in de jaren 2006-2011 zijn gegroeid.

4.3 Aanvangsinvesteringen

4.3.1 Effect benodigde aanvangsinvesteringen

Om tot de zorgverzekeringsmarkt toe te treden zijn investeringen nodig. Deze aanvangsinvesteringen kunnen toetreding belemmeren. De benodigde investeringen kunnen grofweg onderscheiden worden in vier soorten:

- Kapitaalvereisten
 - De kapitaaleisen die op basis van Solvency I en II gelden worden uitgewerkt in paragraaf 3.3.1. De gevraagde investeringen om te voldoen aan de kapitaalvereisten zijn hoog. Deze kosten zijn echter niet verzonken. Wanneer de zorgverzekeraar besluit uit de markt te treden is dit kapitaal nog steeds beschikbaar.
- Kennis en expertise
 - De zorgverzekeringsmarkt is ingewikkeld en voor toetreding is kennis over vigerende regelgeving en de inrichting en werking van het stelsel (vooral met betrekking tot de risicoverevening) noodzakelijk. De benodigde kennis is schaars en daarmee duur. Bovendien is het lastig om de kennis actueel te houden als gevolg van de snelheid en omvang van beleidswijzigingen in de sector.
- Administratieve systemen en ICT
 - De derde benodigde investering is een investering in administratieve systemen en ICT. De verantwoordingsverplichtingen die door toezichthoudende instanties (DNB, CVZ, NZa) worden opgelegd ten aanzien van de AO-IC maken relatief grote investeringen in ICT noodzakelijk. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat de systemen zo specifiek zijn dat er beperkt aanbod is op de markt, waardoor softwareleveranciers hogere prijzen kunnen hanteren. Het betreft hier vanwege het specifieke karakter in hoge mate zogeheten verzonken kosten. Dat wil zeggen dat de verzekeraar deze kosten bij het verlaten van de markt kwijt is. Daarnaast is de invoering van nieuwe ICT systemen voor nieuwe en kleine zorgverzekeraars zo belastend dat dergelijke investeringen hun span of control kunnen overstijgen. Om die reden werken zorgverzekeraars bij dergelijke projecten soms samen.
- Overige investeringen
 - Hierbij kan onder meer gedacht worden aan kosten (leges) die gemaakt worden voor het verkrijgen van vergunningen die worden afgegeven door DNB/AFM en branchegebonden lidmaatschapskosten voor bijvoorbeeld Vecozo en ZN. Ook hier gaat het om verzonken kosten. Ten opzichte van het geheel van de kosten zijn deze kosten echter beperkt. Onder de overige investeringen vallen ook de kosten voor het inrichten van een inkooporganisatie. Hoofdstuk 6 gaat hier nader op in.

4.3.2 Onzeker en onaantrekkelijk investeringsklimaat

De hiervoor beschreven aanvangsinvesteringen bij toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt zijn hoog. In verschillende interviews wordt in dit verband aandacht gevraagd voor het onzekere investeringsklimaat. Daardoor willen toetreders deze investeringen mogelijk niet plegen. Het onzekere investeringsklimaat behelst verschillende elementen:

- De zorgverzekeringsmarkt is in het huidige marktklimaat voor investeerders juist relatief oninteressant. De marges op het belegde vermogen zouden, afgezet tegen de risico-inschatting, laag zijn. Dit maakt het voor nieuwe toetreders en kleine zorgverzekeraars met groeiambities lastig om aan de kapitaalvereisten te voldoen.
- De politiek heeft veel bemoeienis met de zorgsector. Zorgverzekeraars liggen daarbij onder een 'vergrootglas'. De politieke

bemoeienis kan een geheel eigen dynamiek met zich meebrengen en leiden tot onzekere vooruitzichten.

- In de zorg volgen de beleidswijzigingen elkaar in hoog tempo op. Vooral wijzigingen in bekostigingssystemen hebben direct gevolgen voor zorgverzekeraars. Zowel in de kostenprofielen van de verzekerden populaties als in de verevening leidt dit tot verschuivingen. Ook zijn hierdoor in hoge mate investeringen in aanpassing van administratie- en ICT-systemen noodzakelijk.

4.3.3 Conclusie

Het geheel aan aanvangsinvesteringen vormt een behoorlijke toetredingsdrempel. Geïnterviewden ervaren dit ook zo. Toetreding kan belemmerd worden doordat de aanvangsinvesteringen (door de hoge vaste kosten) ertoe bijdragen dat het economisch voordelig is om met een beperkt aantal zorgverzekeraars op de markt actief te zijn. Hier geldt wederom dat de markt schaalvoordelen kent. Een ander effect van de genoemde schaalvoordelen is de zogenaamde first-mover-advantage. De benodigde kennis, expertise en processen maken het moeilijk voor toetredende partijen om de zittende partijen in te halen. Als laatste merkt de NZa op dat een deel van de aanvangsinvesteringen opgebouwd is uit verzonken kosten. Over het algemeen geldt voor dit soort kosten dat banken terughoudend zijn om te investeren. Ook het aantrekken van eigen vermogen is hierdoor lastig.

Het is echter de vraag of de toetredingsdrempel van aanvangsinvesteringen verminderd kan worden:

- Een deel van de aanvangsinvesteringen (i.c. op te bouwen kapitaal en te verkrijgen vergunning) komt direct voort uit noodzakelijke (Europese) regelgeving gericht op het waarborgen van de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Dit deel van de aanvangsinvesteringen vormt weliswaar een toetredingsdrempel, maar deze is wel gerechtvaardigd. Bovendien is er slechts zeer beperkt ruimte voor nationale overheden om af te wijken van geharmoniseerde Europese wetgeving.
- Een ander deel van de aanvangsinvesteringen (i.c. kennis en expertise en deels investeringen in administratieve systemen en ICT) betreft verzonken kosten en is in zekere zin onvermijdelijk, omdat die investeringen direct samenhangen met de kenmerken van het aangeboden product en de aard van de markt.

In de gesprekken is aangegeven dat het investeringsklimaat verbeterd wordt door een snellere afwikkeling van de verevening, waarmee onzekerheid wordt gereduceerd. Op dit moment duurt het 4 jaar voor een verzekeringsjaar door de verzekeraar in de risicoverevening definitief kan worden afgewikkeld. Dit betekent dat een zorgverzekeraar pas na een aantal jaren zicht heeft op zijn definitieve bedrijfsresultaat. Niet onderzocht is hoe groot het effect van verkorting is.

Er zijn ook maatregelen denkbaar die de kern van de zorgverzekering raken en de aantrekkingskracht voor investeerders vergroten. Zoals het bieden van ruimte om in premie te differentiëren. Dit type maatregelen wordt niet wenselijk geacht, omdat hiermee de publieke doelstellingen van de zorgverzekeringsmarkt worden ondermijnd.

Zorgverzekeraars geven aan dat de beleidswijzigingen en de politieke onzekerheid voor de sector, forse gevolgen hebben voor hun bedrijfsvoering. Het verdient daarom aanbeveling om zorgverzekeraars meer reguleringszekerheid te bieden.

4.4 Schaalgrootte

Schaalgrootte speelt een belangrijke rol bij de mate waarin zorgverzekeraars mogelijkheden hebben om de invloed van bedrijfsmatige risico's te beperken. Grotere verzekeraars kunnen hun vaste kosten verdelen over meer verzekerden in vergelijking met kleinere verzekeraars. Ook zijn kleine verzekeraars kwetsbaarder bij veranderingen, vanwege hun beperkte organisatorische omvang. Als laatste profiteren grotere verzekeraars meer van het zogenaamde 'uitmideleffect', waardoor zij minder risico lopen op grote uitschieters in de vereveningsresultaten. Er is een zekere minimale schaal nodig om de onvoorspelbare risico's effectief op te kunnen vangen. Deze kunnen weliswaar worden ondervangen door herverzekering, maar dat is een relatief dure oplossing.

Wat betreft de minimaal gewenste schaalgrootte zijn in de interviews verschillende getallen genoemd. Als minimale schaalgrootte noemen de gesprekspartners een verzekerdenpopulatie van 100.000 verzekerden. Dit is echter niet hard te maken door de NZa. Alle zorgverzekeraars met een omvang kleiner dan 100.000 verzekerden hebben inmiddels wel hun zelfstandigheid opgegeven en de markt verlaten. Er is op dit moment één kleine zorgverzekeraar actief met een omvang net boven deze grens. Middelgrote zorgverzekeraars betogen dat een omvang van 400.000 tot 500.000 verzekerden optimaal is. Enkele zorgverzekeraars die zijn gestopt met het aanbieden van een zorgverzekering betogen dat de optimale omvang rond enkele miljoenen ligt.

In hoofdstuk 2 zijn cijfers getoond van de verzekeraars. Wanneer de financiële resultaten op de aanvullende en de basisverzekering worden gerelateerd aan de omvang van de verzekerdenpopulatie, kan worden geconstateerd dat er geen evenredig verband is. Dit geldt ook voor het resultaat op de risicoverevening. Een kleine zorgverzekeraar doet het niet noodzakelijkerwijs slechter dan een grote. Als gevolg van de wijzigingen de afgelopen jaren in de risicoverevening kan dit beeld nog wel wijzigen.

4.4.1 Conclusie

Al eerder is gesteld dat de markt gekenmerkt wordt door schaalvoordelen. Voor een adequaat functioneren als verzekeraar lijkt een minimum schaalgrootte van 100.000 verzekerden noodzakelijk. Dit valt op grond van de beschikbare informatie echter niet met zekerheid vast te stellen. Ook op basis van de financiële resultaten valt geen duidelijk verband te trekken tussen een bepaalde omvang van de verzekerdenpopulatie en de winstgevendheid.

Uit paragraaf 5.3 blijkt dat er aan de vraagzijde in algemene zin voldoende (potentiële) beweging is om als nieuwe toetreder marktaandeel te kunnen verwerven, waarbij in individuele gevallen grotere groepen verzekerden overstappen. Op basis van dit beeld kan worden verondersteld dat het voor een nieuwe toetreder mogelijk is om binnen 2 of 3 jaar een minimale schaalgrootte te bereiken.

4.5 Verdien capaciteit

4.5.1 Effect verdien capaciteit

In hoofdstuk 2 is ingegaan op het gemiddelde exploitatieresultaat van zorgverzekeraars. Tabel 2.7 en 2.8 tonen het gemiddelde exploitatieresultaat in euro's van zorgverzekeraars per verzekerde op de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Uit tabel 2.7 blijkt dat de zorgverzekeraars de eerste jaren na de introductie van de Zvw negatieve exploitatieresultaten behaalden op de basisverzekering. In 2009 is voor het eerst een positief exploitatieresultaat behaald. De exploitatieresultaten op de aanvullende verzekering zijn weliswaar beter, maar ook daar is geen sprake van hoge winstmarges.

Op basis van de gehouden interviews moet dit beeld enigszins genuanceerd worden. Het resultaat per verzekerde op de betaalde premie is inderdaad beperkt, zeker voor de basisverzekering. De zorgverzekeraars behalen echter wel een positief resultaat op hun aanvullende verzekering en op hun beleggingen. In de interviews wordt betoogd dat wanneer het totale resultaat wordt uitgezet ten opzichte van het totaal geïnvesteerd vermogen de meeste zorgverzekeraars nog een redelijk resultaat weten te behalen. Deze stelling kon op grond van de beschikbare informatie voor dit onderzoek helaas niet worden geverifieerd. Er zit te veel interpretatieruimte in de beschikbare financiële informatie.

De kans is klein dat de winstmarges in de nabije toekomst sterk zullen verbeteren. Dit zal onder meer afhangen van de strategie die de zittende partijen op de markt hanteren. Als de strategie vooral gericht blijft op het op peil houden van de solvabiliteit en het doorgeven van besparingen aan de verzekerden door een zo laag mogelijke premie in rekening te brengen, dan zullen de winstmarges waarschijnlijk structureel laag blijven. Relevant in dit kader is dat het merendeel van de huidige zorgverzekeraars geen winstoogmerk heeft, waardoor de marges laag kunnen worden gehouden. Dit heeft deels te maken met het feit dat zorgverzekeraars anders geen gebruik mogen maken van de reserves die zij onder de Zfw hebben opgebouwd. Deze wachttijd loopt na 10 jaar af. Mogelijk dat de strategie van de zittende zorgverzekeraars dan wel verandert.

4.5.2 Conclusie

De tot op heden behaalde winstmarges op de basisverzekering nodigen niet uit om tot de zorgverzekeringsmarkt toe te treden. Dit geldt in ieder geval voor investeerders met een winstoogmerk. Tegelijkertijd kan de lage verdien capaciteit niet als een formele toetredingsbelemmering worden aangemerkt. De lage verdien capaciteit veroorzaakt namelijk geen ongelijk speelveld tussen kleine en grote zorgverzekeraars.

5. Relatie met verzekerden

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen de verzekeraar en zijn verzekerden geanalyseerd (zorgverzekeringsmarkt). De kernvraag is welk effect de kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt hebben op toetredingsmogelijkheden en de positie van de kleine verzekeraars. De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Mogelijkheden tot onderscheiden;
- Overstapgedrag;
- Collectiviteiten;
- Koppelverkoop.

Per onderwerp wordt aangegeven wat het effect is op toetredingsmogelijkheden en de positie van de kleine verzekeraars.

5.2 Mogelijkheden tot onderscheiden

5.2.1 Inleiding

Verzekeraars hebben verzekerden nodig (zie ook hoofdstuk 4 met betrekking tot schaalgrootte) om te kunnen toetreden dan wel om te kunnen voortbestaan. Om verzekerden binnen te halen en vervolgens te behouden, moeten verzekeraars zich (in voldoende mate) onderscheiden van concurrenten. De vraag is of de zorgverzekeringsmarkt hiervoor voldoende mogelijkheden biedt.

Op hoofdlijnen kan een zorgverzekeraar zich op (een combinatie van) de volgende elementen onderscheiden:

- de premiestelling;
- de mate van dekking;
- de doelgroep;
- de kwaliteit van de ingekochte zorg;
- de verleende service.

5.2.2 De premiestelling

De belangrijkste strategie ter onderscheiding op de zorgverzekeringsmarkt is via de premiestelling, omdat verzekerden hun verzekering vooral op prijs selecteren. Om een lagere premie in rekening te kunnen brengen dan zijn concurrenten kan een zittende verzekeraar of toetreder inzetten op het realiseren van besparingen in zijn uitvoeringskosten en/of in zijn schadelast.

Sinds de introductie van de Zvw zijn de zorgverzekeraars erin geslaagd de uitvoeringskosten substantieel te verlagen. Verder snijden in de kosten levert hooguit een tijdelijk voordeel op ten opzichte van concurrenten en daarnaast is er op dit moment naar verwachting nog maar erg weinig ruimte om besparingen door te voeren. Bovendien beslaan de uitvoeringskosten Zvw slechts 4,1% van de totale premieopbrengsten (2010). Dat betekent dat de premieopbrengsten voor ruim 95% worden aangewend ter dekking van de zorguitgaven. Substantiële besparingen zullen in de toekomst dan ook vooral behaald moeten worden door het verminderen van de schadelast. Opgemerkt wordt dat ook hier schaalvoordelen de positie van kleine landelijk opererende zorgverzekeraars ten opzichte van de grotere minder gunstig maken.

Het beperken van de schadelast kan allereerst plaatsvinden via de zorginkoop. Door scherpe contractafspraken te maken over volumebeperking en prijsverlaging, het verkleinen van praktijkvariatie en het vergroten van richtlijnconform handelen, kan de schadelast beperkt worden. Ook door te investeren in preventie en door verzekerden te belonen voor gezond gedrag kunnen de zorgkosten verlaagd worden. Genoemde mogelijkheden om zorgkosten te verlagen biedt de mogelijkheid een lagere premie te rekenen, waarmee verzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden.

5.2.3 De mate van dekking

Verzekeraars kunnen zich niet onderscheiden op de dekking van de basisverzekering. Wel kunnen zij zich onderscheiden op de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, op de mate van contractering met zorgaanbieders bij een polis met gecontracteerde zorg en of het een natura, dan wel een restitutie of een combinatiepolis betreft.

De aanvullende verzekering biedt wel mogelijkheden om onderscheid te maken op de dekking. Daarnaast hebben verzekeraars de mogelijkheid zich te onderscheiden door het gecombineerd aanbieden van verschillende polissen (integraal pakket) of door zich te richten op bepaalde doelgroepen.

Bij de invoering van de zorgverzekeringswet werd veel verwacht van integrale verzekeringspakketten. Denk aan zorgverzekeringen die in combinatie met andere verzekeringen zoals verzuimpakketten of levensverzekeringen en autoverzekeringen worden aangeboden. Tot op heden wordt hier slechts beperkt gebruik van gemaakt. Naast een enkele kleine zorgverzekeraar richten alleen volmachten en voormalig particuliere zorgverzekeraars zich op deze strategie. Een aantal zorgverzekeraars geeft hierover desgevraagd aan de uitvoering van de zorgverzekeringswet zo complex te vinden dat zij zich liever alleen op hun kernactiviteit richten. Ook wordt aangegeven dat deze markt niet zo interessant is. Zo zou er bijvoorbeeld niet veel vraag zijn naar specifiek verzuimbeleid.

5.2.4 De doelgroep

Een ontwikkeling van de laatste jaren is de doelgroepenpolis. Zorgverzekeraars richten zich hiermee op ogenschijnlijk voorspelbaar winstgevendende groepen verzekerden met een laag risico op hoge kosten. Voorbeelden hiervan zijn diverse internetpolissen en polissen voor hoger opgeleiden en studenten. De vraag is of deze ontwikkeling duidt op risicoselectie, te meer omdat zorgverzekeraars voor deze groep verzekerden een relatief lage vereveningsbijdrage ontvangen. Het ligt eerder voor de hand dat zorgverzekeraars hun marketinginspanningen vooral op deze groep richten, omdat deze jonge (gezonde en prijsbewuste) groep verzekerden eerder van zorgverzekeraar verandert dan de overige verzekerden²⁹.

De doelgroepenstrategie kan ook worden ingezet om niches op de markt te veroveren. Dit kan effectiever zijn dan je richten op de gemiddelde verzekerde. Denk dan bijvoorbeeld aan de Pro Life polis van Agis die zich richt op mensen met een bepaalde levensovertuiging of HollandZorg van Eno, welke zich richt op seizoensarbeiders. Uit de praktijkvoorbeelden

²⁹ Advies Risicoverevening en Toetredingsdrempels, R. Goudriaan APE, 21 maart 2012

blijkt dat het richten op een bepaalde doelgroep mogelijkheden biedt aan zorgverzekeraars.

5.2.5 De kwaliteit van ingekochte zorg

Zowel voor de basisverzekering als voor aanvullende verzekeringen hebben verzekeraars contracteervrijheid. Zij kunnen zelf bepalen of en zo ja bij welke zorgaanbieders zij zorg inkopen voor hun verzekerden. Met het instrument van selectieve contractering kunnen verzekeraars zich van elkaar onderscheiden op kwaliteit van ingekochte zorg. Voor kleine zorgverzekeraars met een sterk regionale focus geldt deze mogelijkheid zeker, omdat zij vaak een intensieve relatie hebben met de zorgaanbieders in de regio en direct invloed kunnen uitoefenen op de verbetering van de kwaliteit van zorg.

5.2.6 De verleende service

De verleende service is het laatste aspect waarop verzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden. Het gaat dan bijvoorbeeld om de wijze waarop en de snelheid waarmee vragen van verzekerden door de verzekeraar worden beantwoord, de afhandelingsnelheid van declaraties of de wijze waarop de zorgbemiddeling door de verzekeraar is vormgegeven. De kleine verzekeraars onderscheiden zich vooral op de verleende service, zo blijkt uit goede klanttevredenheidsscores.

5.2.7 Conclusie

Ten algemene kan gesteld worden dat er een toetredingsdrempel bestaat als er geen product differentiatie meer mogelijk is. In dat geval zijn alle verzekerden al voorzien in hun behoefte door de zittende verzekeraars. Uit bovenstaande concludeert de NZa echter dat de zorgverzekeringsmarkt voldoende mogelijkheden biedt aan zittende verzekeraars en aan nieuwe toetreders om zich van elkaar te onderscheiden. Ook voor kleine verzekeraars blijken strategieën werkbaar, waarbij zij zich kunnen profileren ten opzichte van hun concurrenten. Vooral op de aspecten service en kwaliteit scoren de kleine verzekeraars hoog.

5.3 Overstapgedrag

De mate waarin verzekerden bereid zijn om van verzekering te wisselen heeft invloed op de toetredingsmogelijkheden. In het uiterste geval dat verzekerden nauwelijks te bewegen zijn om van verzekeraar te wisselen, is het voor een nieuwe toetreders onmogelijk een verzekerdenportefeuille op te bouwen. In hoofdstuk 4 is de minimale schaalgrootte al aan de orde gekomen. Deze paragraaf brengt de overstapbereidheid van verzekerden in kaart. Hierbij wordt gekeken naar de volgende indicatoren:

- Het aantal verzekerden dat jaarlijks feitelijk overstapt;
- Overstapbereidheid;
- Motieven om over te stappen;
- Ervaren overstapbelemmeringen.

5.3.1 Feitelijk overstapgedrag

In tabel 2.5 is de jaarlijkse verzekerdenmobiliteit in de periode 2006 – 2011 weergegeven. In deze cijfers zijn overstappers binnen een risicodragers niet meegenomen. Bij de invoering van de Zvw stapte 17,8% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Uit de cijfers blijkt dat in 2007 4,4% van de verzekerden (722.984) is

ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar. In 2008, 2009 en 2010 ligt het overstapperpercentage iets lager dan in 2007. Vanaf 2010 stijgt de mobiliteit echter en in 2011 stroomt 5,5% van de verzekerden (906.313) in bij een andere zorgverzekeraar.

5.3.2 Overstapbereidheid

Naast het feitelijke overstapperpercentage is het van belang te kijken naar de bredere overstapbereidheid van verzekerden. In dat kader is ook het percentage mensen dat rond de jaarwisseling overwogen heeft om te wisselen van zorgverzekeraar, maar dit uiteindelijk niet heeft gedaan, van belang. Uit cijfers van NIVEL blijkt dat een vijfde (20%) van de mensen aangeeft dat ze in 2011 niet gewisseld zijn, maar wel overwogen hebben om te wisselen van zorgverzekeraar.³⁰

Een andere indicator die iets zegt over de overstapbereidheid van verzekerden is de prijselasticiteit. In tabel 5.2 is de prijsgevoeligheid van verzekerden weergegeven in de periode 2007 – 2011.

Tabel 5.2. Prijsgevoeligheid overstappen

	2007	2008	2009	2010	2011
Ongewogen premie (voor overstappen)	€ 1.115	€ 1.077	€ 1.080	€ 1.118	€ 1.214
Gewogen premie (voor overstappen)	€ 1.105	€ 1.050	€ 1.059	€ 1.099	€ 1.201
Gewogen premie (na overstappen)	€ 1.103	€ 1.050	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199
Prijsgevoeligheid	-2,0	-0,4	0,2	-2,5	-1,6
Totale overstapwinst in miljoen €	€ 31,8	€ 7,2	-€ 4,1	€ 50,4	€ 35,8

Bron: NZa berekening prijsgevoeligheid en overstapwinst op basis Vektis uitvraag Mobiliteit en Keuzegedrag

In alle jaren, behalve 2009³¹, is sprake van een negatieve prijsgevoeligheid. Voor 2007, 2010 en 2011 is sprake van een prijselasticiteit die ligt tussen -1,6 en -2,5. Daarmee is er sprake van een elastische vraag. Dat wil zeggen dat het aantal overstappers relatief groter is dan de relatieve prijsverandering. Met andere woorden: het aantal overstappers reageert sterk op een prijsverandering. Dit duidt er op dat verzekerden gevoelig zijn voor premieconcurrentie in de zorgverzekeringsmarkt.

In tabel 5.2 is ook de totale overstapwinst weergegeven die jaarlijks is gerealiseerd in de periode 2007 – 2011. Uit het overzicht blijkt dat de overstappers met elkaar de afgelopen jaren flink wat geld hebben bespaard. Met uitzondering van 2009 lag de jaarlijkse overstapwinst tussen de € 7,2 miljoen (2007) en € 50,4 miljoen (2010). Hierbij moet worden opgemerkt dat dit zuiver de winst op de betaalde premie betreft. Niet onderzocht is in hoeverre de polisvoorwaarden zijn veranderd ten opzichte van de vorige zorgverzekeraar. Als wordt ingezoomd op het niveau van de individuele verzekerde, dan blijkt dat het verschil tussen de duurste en goedkoopste basisverzekering in 2011 € 276,- op jaarbasis bedroeg³². De premie van de duurste polis ligt daarmee ruim 25% boven

³⁰ Margreet Reitsma-van Rooijen, Anne Brabers & Judith de Jong.

Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. Utrecht: NIVEL, 2011

³¹ De positieve prijsgevoeligheid in 2009 wordt grotendeels verklaard door de overstap van een grote collectiviteit naar een duurdere polis.

³² Het gaat hierbij om het verschil tussen de maximale premiegrondslag en de minimale premiegrondslag van de modelovereenkomsten voor de basisverzekering. De premiegrondslag is de prijs exclusief kortingen.

de premie van de goedkoopste polis. Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat voor het contractjaar 2011 de hoogte van de totale premie veruit de belangrijkste reden is geweest om te wisselen: ruim de helft (52%) van de wisselaars geeft dit als reden aan. Overigens is dit percentage toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren.³³

Naast prijsverschillen kunnen ook verschillen in kwaliteit en service redenen zijn om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Voor de beoogde werking van het zorgstelsel zou het zelfs wenselijk zijn als verzekerden hun oordeel niet alleen zouden laten afhangen van de premie, maar ook van de geleverde kwaliteit en service. Uit het onderzoek van NIVEL blijkt echter dat kwaliteit veel minder belangrijk is als reden om over te stappen. De reden "de kwaliteit van zorg die mijn zorgverzekeraar regelt" wordt slechts door 1% aangekruist. Eén op de vijftientig mensen (4%) kruist "de service van mijn zorgverzekeraar" als reden aan.³⁴

Voorgaande resultaten wijzen erop dat in het huidige stelsel vooral sprake is van prijsconcurrentie. Voor het aantrekken en behouden van verzekerden is het hoe dan ook noodzakelijk de premie laag te houden. Mogelijk zal kwaliteit in de toekomst een belangrijkere rol gaan spelen bij de keuze voor een verzekeraar, als zorgverzekeraars meer selectief gaan contracteren. Hierbij moet wel bedacht worden dat premies veel eenvoudiger te vergelijken zijn dan verschillen in de kwaliteit van ingekochte zorg.

5.3.3 Ervaren overstapbelemmeringen

Een deel van de verzekerden stapt niet over, omdat zij belemmeringen ervaren. In het NIVEL onderzoek is gevraagd waarom verzekerden niet overstappen. Zij geven het volgende aan:

- 10% is bang voor (administratieve) problemen indien ze overstappen naar een andere zorgverzekeraar;
- 7% is bang niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering;
- voor 18% was het teveel moeite om te zoeken naar een eventuele andere, betere en/of goedkopere zorgverzekeraar.

Het is opvallend dat deze belemmeringen vaker worden aangegeven als reden om niet te wisselen door de groep mensen die wisselen wel overwogen heeft, dan door de groep die dit niet overwogen heeft.³⁵ Uit voorgaande kan worden geconcludeerd dat er, ondanks de acceptatieplicht, overstapservice van verzekeraars en het bestaan van vergelijkingssites als Kies Beter, door een deel van de verzekerden die overwegen over te stappen nog steeds overstapbelemmeringen worden ervaren.

5.3.4 Overstapgedrag en nieuwe toetreders

Het lijkt erop dat mensen er inmiddels aan gewend zijn dat zij naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen en dat een niet onaanzienlijk aantal verzekerden dit ook daadwerkelijk doet (5,5% van de verzekerden in 2011). Daarnaast geeft nog eens 20% van de mensen

³³ Margreet Reitsma-van Rooijen, Anne Brabers & Judith de Jong. Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. Utrecht: NIVEL, 2011

³⁴ Margreet Reitsma-van Rooijen, Anne Brabers & Judith de Jong. Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. Utrecht: NIVEL, 2011

³⁵ Margreet Reitsma-van Rooijen, Anne Brabers & Judith de Jong. Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. Utrecht: NIVEL, 2011

aan dat ze niet gewisseld zijn, maar wel overwogen hebben om te wisselen van zorgverzekeraar. Aan de vraagzijde lijkt er in algemene zin voldoende (potentiële) beweging te zijn om als nieuwe toetreder marktaandeel te kunnen verwerven. Dit beeld wordt gestaafd door ervaringen uit de praktijk. In individuele gevallen stappen grotere groepen verzekerden over. Zo heeft ASR met de introductie van de Ditzo zorgverzekering in een jaar 90.000 nieuwe verzekerden binnengehaald. Dit moet wel in zoverre worden genuanceerd dat ASR hier heeft kunnen steunen op de kracht van een sterke merknaam. Daarnaast heeft ASR een sterk moederconcern achter zich.

5.3.5 Overstapgedrag en kleine verzekeraars

In het huidige stelsel is vooral sprake van prijsconcurrentie. Voor het aantrekken en vooral ook behouden van verzekerden is het hoe dan ook noodzakelijk de premie laag te houden. De kleine verzekeraars slagen hier vrij goed in. In hoofdstuk 2 is aangegeven dat de gemiddelde nominale premie van de kleine zorgverzekeraars op jaarbasis in 2012 iets hoger ligt (i.c. € 10 op jaarbasis) dan de gemiddelde nominale premie van de grote zorgverzekeraars. Wanneer naar individuele zorgverzekeraars wordt gekeken, blijkt dat een individuele kleine zorgverzekeraar niet per se duurder hoeft te zijn dan een grote verzekeraar. Daarnaast lijken kleinere labels er beter in te slagen een specifieke doelgroep aan te spreken. Door sterk te focussen op merkbeeld en klanttevredenheid hebben zij een grote groep trouwe klanten. Dit is een punt wat in de gesprekken door de kleine zorgverzekeraars duidelijk naar voren is gebracht.

5.3.6 Conclusie

Uit een analyse van het overstapgedrag van verzekerden kan worden geconcludeerd dat er aan de vraagzijde in algemene zin voldoende (potentiële) beweging lijkt te zijn om als nieuwe toetreder marktaandeel te kunnen verwerven. Voor de bestaande kleine verzekeraars geldt dat er vanuit de vraag bezien op de verzekeringsmarkt ruimte lijkt te zijn voor kleine spelers met een duidelijk eigen gezicht. Wel zullen ze een concurrerende premie moeten neerzetten. Uit de cijfers blijkt dat een kleine zorgverzekeraar niet duurder hoeft te zijn dan een grote zorgverzekeraar.

5.4 Collectiviteiten

5.4.1 Inleiding

Een groot deel van de verzekerden is via een collectief verzekerd voor de basisverzekering (en aanvullende verzekeringen). Deze paragraaf beziet het effect van collectiviteiten op toetredingsmogelijkheden en het zelfstandig voortbestaan van kleine verzekeraars.

In juni 2010 heeft het CPB een discussie paper gepubliceerd over collectiviteiten³⁶ waar drie resultaten naar voren zijn gekomen. Ten eerste is gebleken dat er lagere premies gelden voor grote collectiviteiten, bij naturapolissen, bij werkgeverscollectiviteiten, bij nieuwe polissen, en bij zorgverzekeraars die behalve zorg ook andere verzekeringen aanbieden. Daarnaast is gebleken dat regionale collectiviteiten die gesitueerd zijn in het werkgebied van de

³⁶ CPB Discussion Paper 'Health Insurance competition: the effect of group contracts. Jan Boone, Rudy Douven, Carline Droge and Ilaria Mosca, juni 2010

zorgverzekeraar, hogere premies betalen dan andere collectiviteiten. Als derde, een verzekeraar met relatief veel collectiviteiten in zijn werkgebied lijkt een lagere premie te bieden voor individueel verzekerden.

Een verklaring voor de uitkomsten in het paper kan gelegen zijn in de prijselasticiteit. Grote landelijke verzekeraars onderhandelen voor een lagere premie op collectiviteiten zodat ze hun massa aan verzekerden kunnen binden. Kleinere, meer regionale verzekeraars zijn met een hogere premie toch in staat een regionale collectiviteit binnen te houden en geven het behaalde voordeel door aan de verzekerden via een lagere individuele premie. Op die manier kunnen deze verzekeraars toch verzekerden buiten de regio aan zich binden. De NZa concludeerde in 2009 dan ook dat collectiviteiten niet veel wisselen van zorgverzekeraar. Voor regionale collectiviteiten geldt dat zij gericht blijven op de van oudsher dominante zorgverzekeraar in de regio.

5.4.2 Nieuwe toetreders en kleine verzekeraars

Op het eerste gezicht lijkt het grote aantal collectief verzekerden kansen te bieden voor nieuwe toetreders. Door het afsluiten van collectiviteiten kan een nieuwe toetredster mogelijk gemakkelijker en met minder kosten een verzekerdenportefeuille opbouwen dan door het aantrekken van individuele verzekerden. In de gesprekken is opgemerkt dat het verkrijgen van een collectiviteit wel een risico meebrengt voor een nieuwe toetredster. De toetredster kent de populatie in de collectiviteit niet. Dat geldt in het bijzonder voor niet-werkgevercollectiviteiten. Daardoor kan het voor een nieuwe toetredster riskant zijn om zich op collectiviteiten te richten (zie hierover ook paragraaf 6.4 over de risicoverevening).

Een nieuwe toetredster kan op twee manieren proberen een collectiviteit te verkrijgen:

- Door een nieuwe collectiviteit in de markt te zetten. Uit gegevens van de NZa blijkt dat ongeveer 70% van de collectief verzekerden in 2011 aan de oudste collectiviteiten deelneemt. Verzekerden lijken vooral een voorkeur te hebben voor de gevestigde collectiviteiten en minder geneigd te zijn om over te stappen naar nieuwe collectiviteiten.
- Door een bestaande collectiviteit over te nemen op het moment dat het contract afloopt. De NZa concludeerde in 2009 echter al dat collectiviteiten niet veel wisselen van zorgverzekeraar.

Al met al lijkt het niet eenvoudig om als nieuwe toetredster verzekerden aan te trekken via het in de markt zetten van nieuwe collectiviteiten of het overnemen van bestaande collectiviteiten. Een van de redenen waarom collectiviteiten nauwelijks overstappen, ligt waarschijnlijk in het feit dat de meeste collectiviteiten geen zuivere collectiviteiten zijn, maar dat zij slechts faciliterend zijn: Ze worden enkel gebruikt om een korting of enkele andere voordelen te bedingen voor de deelnemers. Dergelijke collectiviteiten moeten voor een overstap naar een andere zorgverzekeraar alle individuele deelnemers toestemming vragen om over te stappen. Zuivere collectiviteiten treden daarentegen zelf als verzekeringnemer op en kunnen zelf overstappen naar een nieuwe zorgverzekeraar. Navraag bij een aantal zorgverzekeraars leert dat het slechts zeer zelden voorkomt dat collectiviteiten zelf optreden als verzekeringnemer. Over het algemeen wordt aangegeven dat werkgevers en andere partijen zoals sociale diensten overstappen als belastend ervaren ten opzichte van het te bereiken voordeel met overstappen.

De bestaande collectiviteiten zijn echter ook nog eens van groot belang voor de zittende verzekeraars. De zittende zorgverzekeraars hebben in

2011 gemiddeld een collectiviteitsgraad van meer dan 50%, zie ook tabel 2.6. Dit betekent dat zorgverzekeraars in hoge mate afhankelijk zijn van collectiviteiten in hun portefeuille. Zittende partijen zal er dan ook veel aan gelegen zijn om hun collectieve contracten te behouden. Indien een collectiviteit dreigt over te stappen zullen zij proberen de betrokken verzekerden alsnog aan zich te binden, desnoods via de oprichting van een nieuwe collectiviteit. Via premiestelling proberen verzekeraars hun verzekerden te binden, zie ook de uitkomsten van het CPB paper³⁷. Kleinere, meer regionale verzekeraars gebruiken de collectiviteiten om verzekerden op landelijk niveau aan zich te kunnen binden door het aanbieden van lagere individuele premie.

5.4.3 Conclusie

Er is ten aanzien van de collectiviteiten en het effect op toetredingsmogelijkheden en het voortbestaan van kleine verzekeraars, geen eenduidige conclusie te trekken. Al met al lijkt het niet eenvoudig om als nieuwe toetreders verzekerden aan te trekken via het in de markt zetten van nieuwe collectiviteiten of het overnemen van bestaande collectiviteiten. Ook het uitbreiden van marktaandeel door de kleine verzekeraar is hierdoor niet gemakkelijk. Wel kunnen kleine verzekeraars de collectiviteiten juist gebruiken bij het consolideren van haar marktpositie. Door de regionale binding kunnen de voordelen doorgegeven worden aan de individueel verzekerden waardoor de kleineren beter kunnen concurreren tegen grotere verzekeraars.

Gezien het grote en toenemende aantal verzekerden wat collectief is verzekerd is het aan te bevelen om de ontwikkelingen op het terrein van de collectiviteiten te blijven volgen. Dat gebeurt op dit moment reeds in de marktscan zorgverzekeringsmarkt.

5.5 Samenhang basis- en aanvullende verzekering

5.5.1 Inleiding

Verschillende ziektekostenverzekeraars koppelen de verkoop van aanvullende verzekeringen aan de verkoop van een basisverzekering.³⁸ Dat kan op verschillende manieren. Zo kan de verzekeraar de verzekerde verplichten gelijk met de aanvullende verzekering een basisverzekering te nemen. Het is ook mogelijk dat de premie voor de aanvullende verzekering hoger is, als niet ook de basisverzekering wordt aangeschaft. Zorgverzekeraars mogen verzekerden, die alleen een aanvullende verzekering willen, weigeren. Echter als de verzekerde een basisverzekering en aanvullende verzekering heeft en vervolgens kiest om de basisverzekering elders af te sluiten, dan mag de verzekeraar de aanvullende verzekering niet teniet doen.

Het staat verzekerden vrij wel of geen aanvullende verzekering af te nemen. Nieuwe toetreders of kleine zorgverzekeraars zijn vrij om alleen een basisverzekering of aanvullende verzekering aan te bieden. Uit de marktscan Zorgverzekeringsmarkt van 2011 blijkt dat 89% van de verzekerden een aanvullende verzekering afsluit. Ook blijkt uit cijfers van de NZa dat in 2011 gemiddeld gezien maar 0,21% van de

³⁷ CPB Discussion Paper 'Health Insurance competition: the effect of group contracts. Jan Boone, Rudy Douven, Carline Droge and Ilaria Mosca, juni 2010

³⁸ Veel is overgenomen uit eerdere documenten van de NZa. Zie voor een uitgebreidere toelichting over koppelverkoop de Deelrapportage Monitor zorgverzekeringsmarkt, november 2009

verzekerden de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft lopen dan de basisverzekering.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht iemand alleen voor een aanvullende verzekering te accepteren. Ze mogen een aanvullende verzekering alleen niet beëindigen indien de basisverzekering wordt beëindigd. Wel mogen zorgverzekeraars in dat geval de premie aanpassen. Dat wordt door veel zorgverzekeraars ook gedaan. Deze premieopslag loopt in sommige gevallen op tot meer dan 100%. Zorgverzekeraars lijken dus geen aanvullende verzekering zonder basisverzekering te willen aanbieden, het kan wel maar het gebeurt niet of nauwelijks.

5.5.2 Effect op toetreding en kleine verzekeraars

Nieuwe toetreders of kleine zorgverzekeraars zijn vrij om alleen een basisverzekering of alleen een aanvullende verzekering aan te bieden. Uit bovenstaande blijkt dat alleen een aanvullende verzekering aanbieden voor geen enkele verzekeraar een interessante optie is. Alleen een basisverzekering aanbieden is geen houdbare situatie omdat verzekerden in grote getallen zowel een basis als een aanvullende verzekering wensen en in de geschetste situatie geen losse aanvullende verzekering zullen afsluiten. Kortom, koppelverkoop lijkt geen keuze voor een verzekeraar, maar gekoppelde verkoop is gewoon het te verkopen product. Daarom werpt koppelverkoop geen extra toetredingsdrempel op.

De voorgaande analyse sluit aan bij hetgeen de NMa constateert in haar besluit over de beoordeling van de concentratie tussen Achmea en De Friesland. Daarbij was niet relevant of er onderscheid werd gemaakt tussen markten voor basisverzekeringen en voor aanvullende zorgverzekeringen³⁹.

5.5.3 Conclusie

De gekoppelde verkoop van de basis- en de aanvullende verzekering is voor zowel toetredende als zittende partijen het te verkopen product. De gangbare praktijk werpt daarmee geen barrières op die alleen betrekking hebben op toetreders of kleine zorgverzekeraars.

³⁹ Besluit zaak 7051/ Eureko B.V. - Coöperatie De Friesland U.A. NMa van 28 december 2010; pagina 4/5: Veruit de meeste verzekerden kiezen ervoor om de aanvullende verzekering af te sluiten bij de zorgverzekeraar waar ook de basisverzekering is afgesloten. Onder die omstandigheden komt een analyse van de gevolgen van een concentratie op de mogelijke markten voor basisverzekeringen en voor aanvullende verzekeringen op hetzelfde neer als een analyse van een niet nader onderverdeelde markt voor zorgverzekeringen.

6. Analyse van de zorginkoopmarkt

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder geanalyseerd (de zorginkoopmarkt). De kernvraag is welk effect de kenmerken van de zorginkoopmarkt hebben op toetredingsmogelijkheden en de positie van de kleine verzekeraars. De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Ontwikkelingen in de curatieve zorg;
- Toegenomen belang van effectieve zorginkoop;
- Wijzigingen in de risicoverevening.

Per onderwerp wordt aangegeven wat het effect is op toetredingsmogelijkheden en de positie van de kleine verzekeraars.

6.2 Ontwikkelingen in de curatieve zorg

De verschillende sectoren van curatieve zorg (i.c. eerstelijnszorg, medisch specialistische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg) ontwikkelen zich eenzelfde kant uit. Het tempo en de precieze vormgeving verschillen maar voor alle drie de sectoren is het uitgangspunt: van aanbodbekostiging naar prestatiebekostiging, meer vrije prijzen en een grotere risicodragendheid voor verzekeraars.

6.2.1 Omgaan met de beleidswijzigingen door toetreders en kleine verzekeraars

Zoals besproken in hoofdstuk 4.3 brengt een markt in transitie onzekerheid met zich mee die (investeerders in) nieuwe toetreders kan afschrikken. Voor kleine verzekeraars kunnen beleidswijzigingen een nadeel opleveren ten opzichte van grote verzekeraars, vanwege de volgende twee redenen:

- De (dreiging van) stelselwijzigingen zijn een behoorlijke belasting voor een verzekeraar. Er moeten veranderingen in de ICT en aanpassingen in de inkooporganisatie worden doorgevoerd. Deze wijzigingen zijn relatief meer belastend voor kleine organisaties.
- De beleidswijzigingen behelzen ook wijzigingen in de bekostiging- en tariefsystemen. Daarmee samenhangend treden verschuivingen op in de schadelast bij verzekerden.

Bij de opstelling van de risicovereveningsmodellen wordt via simulaties weliswaar zo goed mogelijk rekening gehouden met pakketwijzigingen en gewijzigde bekostigingssystemen, maar dit blijft een stilering van de werkelijkheid. Uiteindelijk hebben zorgverzekeraars pas na een aantal jaren definitief duidelijkheid over hun financiële resultaat in de verevening. Voor zorgverzekeraars zijn de effecten van beleidsmaatregelen lastig in te schatten, maar dit is een probleem waar alle zorgverzekeraars mee worstelen; niet specifiek een probleem van kleine zorgverzekeraars of nieuwe toetreders.

6.2.2 Conclusie

Zolang de markt in transitie is, brengt dit onzekerheid met zich die (investeerders in) nieuwe toetreders kan afschrikken. Het is namelijk moeilijk om de resultaten op de verzekerdenpopulatie in te schatten. Dit is echter niet anders voor grote of voor kleine zorgverzekeraars. Dit is anders indien wijzigingen gevolgen hebben voor de interne organisatie

van de zorgverzekeraar, zoals de ICT of de inkooporganisatie. Dan hebben kleine zorgverzekeraars een nadeel ten opzichte van grote verzekeraars.

6.3 Het effect van het toegenomen belang van zorginkoop

6.3.1 Effectieve zorginkoop steeds belangrijker voor verzekeraar

Als gevolg van de stapsgewijze vergroting van risicodragendheid en de toename van het aandeel vrije prijzen in de curatieve zorg krijgen verzekeraars een steeds groter belang bij het in de hand houden van de zorguitgaven. Indien een verzekeraar in vergelijking met zijn concurrenten hogere uitgaven heeft, dan komen deze hogere uitgaven, als gevolg van de afbouw van de ex post verevening, in steeds grotere mate voor rekening van de betreffende verzekeraar zelf. Deze verzekeraar zal zich genoodzaakt zien zijn premie meer te laten stijgen dan zijn concurrenten, waardoor zijn marktpositie verslechtert. Eén van de meest voor de hand liggende instrumenten om de uitgaven te beperken is door contracten af te sluiten met zorgaanbieders waarin scherpe prijzen worden bedongen en het volumerisico zoveel mogelijk wordt afgedekt. Dit laatste kan bijvoorbeeld door plafondaafspraken of lump sum afspraken te maken⁴⁰. Andersom: het ontbreken van contractafspraken behelst een risico op hogere zorguitgaven dan de concurrent die wel contractafspraken heeft gemaakt.⁴¹ Het toegenomen belang van een effectieve zorginkoop voor het beperken van de uitgaven wordt door verzekeraars in de praktijk ook erkend.⁴²

6.3.2 Toegenomen belang zorginkoop en toetreding

In het algemeen vereenvoudigt het toegenomen belang van zorginkoop toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt niet. Door het toegenomen belang van zorginkoop is de meest eenvoudige manier om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt, namelijk door het aanbieden van alleen een zuivere restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg, vanuit bedrijfseconomische optiek waarschijnlijk geen haalbare strategie. Hiermee zullen zij zich immers waarschijnlijk uit de markt moeten prijzen. Daarmee vraagt toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt om kennis, expertise en een netwerk om de zorginkoopfunctie vorm te kunnen geven. Nieuwe toetreders moeten dit opbouwen of inkopen bij een derde partij als Multizorg. Nieuwe toetreders hebben hier een nadeel ten opzichte van zittende zorgverzekeraars die een first mover advantage hebben in de vorm dat zij al een inkooporganisatie en relaties met zorgaanbieders hebben opgebouwd. Daarnaast moet bedacht worden dat het inkopen van zorg op zichzelf genomen vooral voor commerciële schadeverzekeraars een wezensvreemde activiteit is.

⁴⁰ Bij lumpsum afspraken hoeft niet per se een prijsafpraak gemaakt te worden. De prijs kan ook een afgeleide zijn van het aantal patiënten om met de bekostiging tot een afgesproken vast bedrag te komen.

⁴¹ Het is in theorie ook mogelijk als zorgverzekeraar om kosten te beheersen door scherpe vergoedingseisen te stellen aan restitutie. Het risico is echter groot dat dit ten koste gaat van de populariteit bij consumenten en dat daarmee het aantal verzekerden afneemt.

⁴² ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn. Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg; Contractvormen onder DOT. 2011

6.3.3 Toegenomen belang zorginkoop en kleine verzekeraars

Het effect van het toenemende belang van een effectieve zorginkoop op het voortbestaan van kleine verzekeraars is niet eenduidig. In het geval een kleine verzekeraar een landelijke focus heeft en vrij gelijkmatig verzekerden aantrekt uit het gehele land dan kan het toenemende belang van zorginkoop een nadelig effect hebben voor betreffende verzekeraar. Doordat zijn verzekerden verspreid zijn over het gehele land is de betreffende verzekeraar genoodzaakt relatief veel contracten af te sluiten. Er is geen sterke positie die hij met goede contractafspraken weet te verzilveren. De kosten van de zorginkoop per verzekerde (coördinatiekosten) zullen daarnaast waarschijnlijk relatief hoog zijn. In de praktijk vergroten de kleine zorgverzekeraars de concurrentiedruk en beperken zij de coördinatiekosten door bij de zorginkoop buiten de eigen regio gebruik te maken van de diensten van Multizorg.

Indien een kleine verzekeraar vooral een sterke positie heeft in een bepaalde regio en veruit het merendeel van zijn verzekerden afkomstig is uit die regio, dan kan het toenemende belang van zorginkoop juist in het voordeel van deze kleine verzekeraar werken. Er is geen grote noodzaak om te investeren in het afsluiten van contracten door het gehele land. In zijn 'thuisregio' heeft deze kleine verzekeraar mogelijk een sterke positie die hij met goede contractafspraken weet te verzilveren. Op die manier is hij in staat met een relatief kleine inspanning goede contractafspraken te maken voor een substantieel deel van zijn verzekerden.

Op sommige zorgmarkten is nog het representatiemodel van toepassing. In die markten wordt door een zorgverzekeraar namens alle zorgverzekeraars met de zorgaanbieder onderhandeld. In die situatie is altijd sprake van een level playing field. Voor alle zorgverzekeraars gelden namelijk dezelfde voorwaarden.

6.3.4 Conclusie

Het toegenomen belang van effectieve zorginkoop maakt toetreding niet makkelijker. Voor de kleine verzekeraars kan het toegenomen belang van zorginkoop zowel een voordeel als een nadeel zijn afhankelijk van hun schaal van opereren. In algemene zin wordt een zogenaamde first-mover-advantage als toetredingsdrempel gezien. Zittende zorgverzekeraars zijn bij zorginkoop in het voordeel omdat ze al inkooprelaties met bijvoorbeeld ziekenhuizen hebben opgebouwd.

6.4 Het effect van wijzigingen in de risicoverevening

6.4.1 Inleiding

In paragraaf 2.7 is de werking van de risicoverevening besproken en is aangegeven dat de risicoverevening de afgelopen jaren is doorontwikkeld en dat de ex post nacalculatie stapsgewijs is afgeschaft. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de gevolgen van deze veranderingen. Voor de beantwoording van deze vragen is advies gevraagd aan Rene Goudriaan van Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE). Het advies van APE is opgenomen in de analyse en als bijlage 3 bij het rapport gevoegd.

6.4.2 Doelstellingen model

De risicoverevening is bedoeld om prikkels tot risicoselectie weg te nemen. Door de risicoverevening wordt de zorgverzekeraar gecompenseerd voor zijn goede en slechte risico's. Deze compensatie van de goede en slechte risico's kan op zichzelf niet gezien worden als een toetredingsdrempel. Dat geldt in zijn algemeenheid ook voor de werking van het risicovereveningssysteem.

Kleine zorgverzekeraars hebben expliciet aangegeven dat zij het hier niet mee eens zijn. Naar hun oordeel leidt dit mechanisme wel degelijk tot drempels. Deze liggen vooral in het feit dat het voor verzekeraars moeilijk is om het definitieve resultaat op de risicoverevening te voorspellen. Door de lange doorlooptijd van de verevening leidt dit tot een lange periode van onzekerheid over het uiteindelijke bedrijfsresultaat.

6.4.3 Ex ante verevening

De ex ante risicoverevening is geheel gebaseerd op lineaire modellen met vaste bedragen voor leeftijd en geslachtsgroepen en toe of afslagen voor andere verzekerdenkenmerken.

Kleine zorgverzekeraars betogen dat de risicoverevening is gebaseerd op de wet van de grote getallen en het daarmee gepaard gaande uitmiddellend effect. Door hun beperkte verzekerdenpopulatie zijn kleine verzekeraars gevoeliger voor schommelingen in hun populatie. Dit geldt vooral voor kleine regionale verzekeraars die soms worden geconfronteerd met specifieke regionale omstandigheden. Het gaat hier om de zogeheten subgroepen. Daardoor kan het voorkomen dat zij een bovengemiddeld hoge of lage schadelast hebben die niet goed wordt gecompenseerd in ex ante verevening. Zie hierover de opmerkingen die zorgverzekeraars hebben gemaakt in hoofdstuk 7.

Zorgverzekeraars kunnen met het ex ante-model zelf voor hun verzekerden categorieën een globale inschatting maken van de ex ante vereveningsbijdrage. Hiervoor is weinig gespecialiseerde kennis bij de zorgverzekeraars nodig. Verzekeraars beschikken over de meeste benodigde gegevens. Informatie over de sociaal economische status en aard van inkomen zijn voor de verzekeraars echter niet bekend, daarvoor zullen ze een schatting moeten maken. Ook de meerjarig hoge kosten kunnen nog wijzigen. De geschatte bijdrage kan worden gelegd naast de kosten die de verzekeraars maken voor hun verzekerdenpopulatie.

6.4.4 Afschaffing ex post compensaties

Met ingang van 2012 zijn de meeste ex post compensaties afgeschaft. De resterende compensaties worden beschreven in paragraaf 2.7. De invoering van het flankerend beleid heeft echter wel weer tot aanvullende complexiteit geleid. Over het geheel bezien is de risicoverevening wel vereenvoudigd. Vooral de afschaffing van de HKV voor de curatieve zorg vereenvoudigt de complexiteit. De grootste discrepanties tussen ex ante en ex post behoren hiermee tot het verleden.

De ex post compensaties zijn vooral voor de kleine verzekeraars van belang. Door de ex post compensaties worden de risico's tussen de verschillende zorgverzekeraars en de overheid gedeeld die in het ex ante model onvoldoende worden gecompenseerd. Er bestaat een kans dat

door het vervallen van de ex post compensaties de kleine zorgverzekeraars hogere reserves moeten aanhouden of zich gaan proberen te herverzekeren. Herverzekeren is echter duur en daardoor geen optie. Bij de lage marges die gelden op de zorgverzekeringsmarkt zoals is besproken in paragraaf 4.5 leiden deze maatregelen tot een relatief nadeel voor kleine zorgverzekeraars. De afschaffing van de ex post compensaties kan er dus ook toe leiden dat de toetredingsdrempels voor nieuwe toetreders worden vergroot.

6.4.5 Uitvoering en verantwoordingslasten.

In paragraaf 2.7 is al ingegaan op de diverse documenten die zorgverzekeraars moeten aanleveren voor de uitvoering van de risicoverevening en de verantwoordingseisen die daar aan gesteld worden. Deze verplichtingen leiden tot forse uitvoeringskosten zoals automatisering- en accountantskosten. Vanwege de relatief kleine schaal van de kleine verzekeraars en nieuwe toetreders hebben zij op dit vlak een nadeel ten opzicht van de grote zorgverzekeraars en kan er dus een toetredingsdrempel ontstaan.

Het gaat hier om publieke middelen. Het is daarom noodzakelijk dat een goede verantwoording plaatsvindt en dat kritisch wordt gekeken naar de rechtmatige besteding. In de gesprekken hebben zorgverzekeraars dan ook aangegeven begrip te hebben dat er eisen worden gesteld aan de verantwoording.

6.4.6 Bevoorschotting

Nieuwe toetreders hebben aangegeven dat de bevoorschotting vanuit het vereveningsfonds een toetredingsbelemmering kan opwerpen. Voor zorgverzekeraars met een grote instroom nieuwe verzekerden (zoals een nieuwe toetreders) is het lastig om het CVZ tijdig van informatie te voorzien. Dit hoeft echter niet tot liquiditeitsproblemen te leiden. Allereerst kunnen zorgverzekeraars in maart van het lopende polisjaar een eerste herberekening van de verzekerdenstand toesturen. Daarnaast worden declaraties pas in de loop van het jaar ontvangen terwijl wel maandelijks vooraf de premies worden geïnd. Ook kan het CVZ de betalingen aan een zorgverzekeraar aanpassen indien blijkt dat de verwachting is dat de vereveningsbijdrage meer dan 5 procent hoger zal zijn dan bij de laatst toegekende vereveningsbijdrage.

6.4.7 Conclusie

Op grond van de analyse van de risicoverevening wordt geconstateerd dat de risicoverevening geen grote belemmeringen opwerpt. Kleine zorgverzekeraars hebben hierover wel expliciet aangegeven dat zij het hier niet mee eens zijn. Naar hun oordeel leidt de risicoverevening tot een lange periode van onzekerheid. Het verdient daarom aanbeveling de doorlooptijd van de verevening zo kort mogelijk te houden.

Daarnaast kan de afschaffing van de ex post compensaties voor kleine verzekeraars nadeliger uitpakken dan voor grote zorgverzekeraars. De oorzaak daarvan is te vinden in het uitmiddelen effect. Daarnaast zijn de uitvoeringskosten van de risicoverevening voor kleine zorgverzekeraars relatief hoog vanwege hun beperkte verzekerdenpopulatie. Ondanks het feit dat een goede verantwoording vereist is verdient het wel aanbeveling om kritisch te kijken naar de uitvoeringskosten van de risicoverevening.

7. Toetreding en behoud kleine zorgverzekeraars in verleden en de toekomst

7.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in de (on)mogelijkheden voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt, brengt dit hoofdstuk in kaart waarom bepaalde verzekeraars gestopt zijn bij of na de invoering van de Zvw. Ook wordt ingegaan op de bevindingen van gesprekken over potentiële toetredingsinitiatieven op korte termijn.

Vervolgens wordt ingegaan op de positie van kleine zorgverzekeraars. Daarbij wordt ingegaan op de initiatieven die zij tot op heden hebben genomen om hun zelfstandigheid te behouden. Tot slot wordt ingegaan op de verwachtingen op de zorgverzekeringsmarkt voor de komende jaren.

7.2 Verleden

7.2.1 Concentraties ten tijde van invoering Zvw

Kort na invoering van de Zvw heeft een deel van zorgverzekeraars de zelfstandige positie opgegeven en is gefuseerd met of overgenomen door een andere zorgverzekeraar. In 2005 waren er 29 particuliere ziektekostenverzekeraars en 22 ziekenfondsen. Met de invoering van de Zvw in 2006 waren er 16 zorgverzekeringsconcerns met 33 risicodragers.

Tijdens de interviews hebben bestuurders twee redenen genoemd voor deze daling in het aantal verzekeraars:

- De aanpassing van particuliere verzekeraars aan het vereveningssysteem, waar zij in tegenstelling tot de ziekenfondsen niet mee bekend waren, leidde tot onzekerheid. Om risico's af te dekken kozen deze verzekeraars voor samengaan met concurrenten.
- Een aantal zorgverzekeraars had een particuliere en een ziekenfondspoot. Omdat het onderscheid tussen die twee categorieën kwam te vervallen zijn deze over het algemeen samengegaan onder de Zvw.

7.2.2 Concentraties na 2006

De NZa heeft met (oud-)bestuurders gesproken van zorgverzekeraars die na 2006 zijn gestopt met het zelfstandig aanbieden van een zorgverzekering. Het betreft oud-bestuurders van Agis, Azivo, Univé en De Friesland. Uit de gesprekken en de uitvoeringsverslagen⁴³ komen de volgende argumenten naar voren om een zelfstandige positie op te geven:

- De grote onzekerheid bij de invoering van de Zvw. Een aantal verzekeraars voelde zich financieel te kwetsbaar door verzekerdenverlies. Dit gold vooral voor Agis, dat bij de invoering van de Zvw een fors aantal verzekerden verloor. Om het voortbestaan van de verzekeraar veilig te stellen is toen onder aansturing van de Raad

⁴³ Er is ook gekeken naar de uitvoeringsverslagen van PNO en AZVZ.

- van Commissarissen gezocht naar een samenwerkingsverband, wat heeft geleid tot een fusie met Achmea.
- Schaalvergroting. In het veld circuleren verschillende ideeën over wat de ideale omvang van een zorgverzekeraar is. De cijfers variëren van 400.000 tot 2,5 miljoen. Bij die omvang zouden de beheerskosten zoals marketingkosten, en onderhoudskosten voor ICT-systemen maximaal gespreid worden en zouden de risico's in de verevening goed worden uitgemiddeld. Ook draagt schaalvergroting bij aan de positie van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt, zie hierover paragraaf 6.3.3.
 - Kwetsbaarheid voor de uitkomsten van de verevening. Voor grote verzekeraars middelen de uitkomsten van de verevening uit, waardoor risico's van specifieke doelgroepen die ongunstig uit de verevening komen weinig invloed hebben op de bedrijfsresultaten. Voor kleine verzekeraars kan het beschikken over een ongunstige populatie een groot risico op leveren. In dit kader noemen de kleine verzekeraars de afschaffing van de ex-post een extra risico, omdat zij juist afhankelijk zijn van de correctie van onvolkomenheden in de ex ante verevening. Zie verder ook wat over de verevening is overwogen in paragraaf 6.4.
 - Vergroten maatschappelijke en politieke rol. Als grote partij wordt de machtspositie in het veld versterkt.
 - Versterken van innovatieve kracht.
 - Mogelijkheden om een breder pakket aan diensten aan te kunnen bieden.

7.2.3 Geen toetreding sinds 2006

Sinds de invoering van de Zvw in 2006 zijn er nog geen nieuwe toetreders geweest op de zorgverzekeringsmarkt. Wel was er sprake van potentiële toetreders. Uit de gesprekken met potentiële toetreders en de overige gesprekspartners is vernomen wat de belangrijkste drempels zijn die zij zien bij toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt:

- de beperkte winstgevendheid, vooral van de basisverzekering;
- solvabiliteitseisen
- de complexiteit van het vereveningssysteem en de Zvw;
- het feit dat het vier jaar duurt voordat een zorgverzekeraar zicht heeft op het financieel resultaat in enig jaar;
- het politieke spanningsveld waarin de zorgverzekeringsmarkt zich bevindt en de onzekerheid die dit met zich meebrengt;
- bepaalde elementen uit de zorgverzekeringswet, zoals de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, zijn oneigenlijk aan het klassieke verzekeren.

Ter vergelijking waren er in de markt voor schade- en levensverzekeringen waar dezelfde vergunningvereisten van DNB gelden in de periode 2006-2012 negen nieuwe toetreders. Op basis hiervan kan aangenomen worden dat vooral de specifieke kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt en niet het Wft-vergunningstelsel toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt belemmeren.

7.2.4 Conclusie

Uit de gesprekken met oud-bestuurders van zorgverzekeraars die zelfstandigheid hebben opgegeven en partijen die toetreding hebben overwogen komt een aantal zaken naar voren die ook momenteel nog een belemmering kunnen vormen voor kleine zorgverzekeraars of nieuwe toetreders. Het gaat dan vooral om het bezitten van voldoende schaalgrootte voor het uitvoeren van zorginkoop en voor het opvangen van beheerskosten en risico's uit de verevening. Andere belangrijke

drempels zijn de beperkte winstgevendheid, solvabiliteitseisen en de complexiteit van het systeem.

7.3 Toetredingsinitiatieven op dit moment

Er zijn de NZa tot op vandaag twee initiatieven van potentiële toetreders op de zorgverzekeringsmarkt bekend. Een van de twee betreft Anno12. Het andere initiatief is nog zeer pril en bevindt zich momenteel in een verkennende fase. Vanwege de onzekerheden en gevoeligheden over deze laatste partij kan hier inhoudelijk verder niet op ingegaan worden. Slechts kan vermeld worden dat het een samenwerking betreft tussen een buitenlandse verzekeraar en een partij die op dit moment zorgverzekeringen aanbiedt, maar niet zelf als zorgverzekeraar op de markt actief is. Deze partij ziet risico's in het huidige bedrijfsmodel en wil onder meer in het kader van risicospreiding een eigen zorgverzekering aan gaan bieden. Als andere belangrijke reden voor toetreding is genoemd dat deze partij een breed pakket aan verzekeringsproducten wil aanbieden. Als belangrijk struikelblok in de samenwerking is de winstgevendheid op de zorgverzekeringsmarkt genoemd. De buitenlandse investeerder eist namelijk een redelijk rendement op haar financiële inbreng.

Anno12 onderzoekt sinds 2011 de mogelijkheden toe te treden op de markt. Het verdienmodel van Anno12 gaat uit van het beperken van overconsumptie en onderconsumptie. De kapitaalseisen op grond van de Wft worden als belangrijkste toetredingsdrempel genoemd. Starters moeten aantonen dat ze tot drie jaar vooruit solvabel zijn. DNB geeft hierover aan dat de beoogde toetreders bij de vergunningaanvraag een bedrijfsplan in moet dienen dat een onderbouwde prognose bevat voor de eerstkomende drie jaren. Het bedrijfsplan zal over deze periode een waarschijnlijke onderbouwing van groei, kosten-/inkomstenontwikkeling en financiering moeten bevatten. Reden hiervan is dat de continuïteit zo veel mogelijk moet worden geborgd. Het is immers niet wenselijk indien een zorgverzekeraar na enkele jaren failliet zou gaan.

Ook bij de verevening worden belemmeringen gezien. Voorfinanciering vanuit het vereveningsfonds zou tot op heden niet structureel geregeld zijn voor nieuwe toetreders. Daarnaast hebben potentiële nieuwe toetreders nog geen zicht op de kenmerken van hun toekomstige verzekerdenpopulatie. Daardoor is niet bekend wat de gevolgen in de verevening zijn. Om die reden wordt afschaffing van de ex post verevening gezien als een toetredingsdrempel.

7.3.1 Conclusie

Er is sprake van een tweetal potentiële toetreders. Beiden verkeren nog in de verkennende fase. De door hen ervaren toetredingsbelemmeringen sluiten aan op de voorgaande analyse en hebben voornamelijk betrekking op de kapitaalseisen uit de Wft en de gevolgen van de verevening voor de toekomstige verzekerden. De toetreders houden een betoog voor het behoud van de ex post verevening.

7.4 Initiatieven van kleine verzekeraars om zelfstandige positie te behouden

Om concurrerend te kunnen opereren op de zorgverzekeringsmarkt hebben de kleine zorgverzekeraars sinds de invoering van de Zvw fors bezuinigd op de uitvoeringskosten. Dit blijkt ook uit de cijfers in paragraaf 2.4. In 1998 is de vereniging van Nederlandse

Kwaliteitsverzekeraars (VRZ) opgericht door een viertal voormalige ziekenfondsen. VRZ streeft voor de verzekerden van haar leden naar kwaliteitsverbetering, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Daartoe voert VRZ voor haar leden onder meer lobbywerkzaamheden uit richting de politiek en toezichhouders. Op dit moment zijn de leden van VRZ: ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid.

In 2009 is de VRZ gaan samenwerken met Multizorg voor de zorginkoop. Met behulp van Multizorg VRZ wordt door de vijf kleine zorgverzekeraars zorg ingekocht buiten de eigen regio. Multizorg VRZ is opgericht om op een concurrerend niveau in te kunnen kopen. In paragraaf 6.3 wordt hier nader op ingegaan.

Naast deze vormen van samenwerking vindt ook op andere terreinen overleg plaats tussen de kleine zorgverzekeraars. Een belangrijk terrein is de samenwerking op het terrein van de ICT. In het bijzonder geldt dit voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Zo zijn enkele zorgverzekeraars voornemens gezamenlijk van hetzelfde systeem gebruik te maken.

In de interviews is gevraagd in hoeverre de fusie van Achmea en de Friesland een risico is voor de kracht van de samenwerking. Hierop is aangegeven dat dit inderdaad heeft geleid tot een beperking van de concurrentiedruk vanuit Multizorg VRZ. Daarnaast is het politieke gewicht van de samenwerking tussen kleine verzekeraars ook afgenomen. Vanuit dat punt bezien vinden de meeste kleine zorgverzekeraars verdere overnames van kleine verzekeraars niet wenselijk.

7.4.1 Conclusie

Om een zelfstandige positie te kunnen behouden zijn kleine zorgverzekeraars in toenemende mate gaan samenwerken. Vooral op het terrein van inkoop en ICT liggen mogelijkheden om krachten te bundelen.

7.5 Verwachtingen naar de toekomst

De kleine zorgverzekeraars hebben in de interviews aangegeven voor de komende drie tot vijf jaar te blijven streven naar een zelfstandige positie. Dit kan echter wel veranderen als gevolg van bestuurswisselingen of nieuwe beleidsmatige ontwikkelingen in de zorg. Bestuurders geven aan zelfstandig te willen blijven zolang de individuele zorgverzekeraar een toegevoegde waarde richting de verzekerden kan bieden. Hierbij wijzen de bestuurders op aspecten als de relatief hoge kwaliteit van de zorgverzekering en klantwaardering. Daarnaast noemen regionale zorgverzekeraars de hoge mate van klantbinding in de eigen regio. Door de kennis van de eigen regio op het niveau van de verzekerden en de lokale zorgaanbieders kunnen zij een toegevoegde waarde creëren voor hun verzekerden.

In de gesprekken geven de meeste kleine zorgverzekeraars aan in de toekomst te willen blijven groeien tot een omvang van ongeveer 400.000 á 500.000 verzekerden. Ze verwachten deze omvang nodig te hebben om ook in de toekomst te kunnen blijven concurreren op de markt. Ze zien nog groei in combinatiepolissen en specifieke doelgroepen. Op het gebied van combinatiepolissen schatten aanbieders dat die markt maximaal 1,5 miljoen verzekerden bedraagt. Uit de gesprekken blijkt ook dat een verzekeraar overweegt om naast de landelijke polis een regionale polis op te richten. Uit de ervaringen van ASR met haar Ditzo-

zorgverzekering blijkt dat het ook mogelijk is om een geheel nieuwe polis voor een brede doelgroep in de markt te zetten. Een kanttekening die daarbij wel geplaatst moet worden is dat het voor een kleine verzekeraar moeilijk kan zijn te voldoen aan de solvabiliteitseisen als zijn verzekerdenpopulatie ineens flink toeneemt. Bij ASR was dit mogelijk omdat deze verzekeraar onderdeel uitmaakt van een groot concern wat ook andere verzekeringen aanbiedt.

Tegelijk komt uit de gesprekken het beeld naar voren dat zorgverzekeraars momenteel op bestuurlijk niveau veel met elkaar praten en steeds meer samenwerken. Als aanleiding wordt de grote hoeveelheid veranderingen in het zorglandschap genoemd. Het gaat dan hoofdzakelijk om de afschaffing van de ex post nacalculatie, invoering DOT, vrijgeven tarieven farmacie en mondzorg en tot slot de voorgenomen invoering van de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Kleine zorgverzekeraars geven aan dat deze samenwerking noodzakelijk is om zelfstandig te kunnen overleven in de toekomst. Het is van daaruit bezien niet ondenkbeeldig dat op middellange termijn een verdere consolidatie zal plaatsvinden. Daarnaast speelt de bestuurder zelf ook een grote rol bij de vraag of een zorgverzekeraar wel of niet overgaat tot concentratie. In gesprekken wordt aangegeven dat het landschap bij een bestuurswissel enorm kan verschuiven afhankelijk van de visie en de ambities van nieuwe bestuurders.

Ten aanzien van bovengenoemde veranderingen in het zorglandschap wordt de afschaffing van de ex-post verevening als grootste bedreiging voor de toekomst van de kleine verzekeraars genoemd. Zorgverzekeraars zijn bang dat daardoor bepaalde verzekerdenpopulaties onvoldoende worden gecompenseerd. Deze zorg moet in samenhang worden gezien met de veranderingen in de diverse zorgmarkten. Deze werken door in de verevening. Wijzigingen in de zorgmarkten kunnen tot forse schommelingen in het vereveningsresultaat leiden die een kleine zorgverzekeraar niet in één of twee jaar kan opvangen. Zonder nadere maatregelen op het terrein van de ex ante verevening of het behoud van een ex post mechanisme zien een aantal kleine verzekeraars hun voortbestaan bedreigd worden.

7.5.1 Conclusie

Het is lastig te concluderen of er op korte tot middellange termijn nog verdere consolidatie van kleinere verzekeraars zal plaatsvinden. Hoewel zij zelf aangeven nog zelfstandig te willen en kunnen blijven, zijn er ook indicaties voor verdere samenwerking of consolidatie. De afschaffing van de ex-post verevening wordt als grootste bedreiging gezien.