

Vergaderjaar 2011–2012

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 62**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 mei 2012

Op 5 oktober jl. heb ik tijdens een Algemeen Overleg met de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over fusies in de zorgsector (kamerstuk 32 620, nr. 28), toegezegd nader onderzoek te laten doen naar drempels voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt door nieuwe zorgverzekeraars en naar de rol en positie van de bestaande kleine zorgverzekeraars<sup>1</sup> op de zorgverzekeringsmarkt.

In het najaar 2011 heb ik de NZa gevraagd dit onderzoek uit te voeren. De NZa heeft het onderzoek inmiddels afgerond en de resultaten opgenomen in de Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt. Via deze brief bied ik u de Monitor aan en geef ik een reactie op de conclusies uit het onderzoek.<sup>2</sup>

De algehele conclusie van het onderzoek is dat er volgens de NZa op de zorgverzekeringsmarkt ruimte is voor toetreding en voor kleine zorgverzekeraars met een duidelijk eigen gezicht. Er zijn wel een aantal drempels voor nieuwe toetreders en kleinere zorgverzekeraars. De NZa heeft een aantal aanbevelingen gedaan, die de drempels kleiner kunnen maken, maar naar verwachting niet direct zullen leiden tot meer toetreding. Ik licht de toetredingsdrempels en aanbevelingen van de NZa hieronder toe.

#### **Kapitaaleisen**

Ten eerste ervaren potentiële toetreders en kleine verzekeraars hoge drempels op het terrein van de kapitaaleisen. Het benodigde startkapitaal is hoog, dit vloeit mede voort uit de kapitaaleis die op basis van de Europese regelgeving als Solvency I en II wordt gesteld. In combinatie met de lage winstmarges, de investeringen in opbouw van kennis, expertise en ICT vormt dit een drempel voor toetreding. De drempels zijn echter niet dusdanig dat toetreding niet mogelijk is. Dit blijkt ook uit

<sup>1</sup> De NZa beschouwt op dit moment ONVZ, Zorg en Zekerheid, DSW, ASR en ENO als kleine zorgverzekeraars, zij hebben ieder minder dan 500 000 verzekerden. Er zijn daarnaast vier grote zorgverzekeraars: Achmea, VGZ, CZ en Menzis.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

toetreding op andere verzekeringsmarkten waar dezelfde of zelfs zwaardere eisen gelden. Bovendien acht de NZa de eisen noodzakelijk voor een prudente uitvoering van het zorgverzekeringsbedrijf. Overigens biedt Solvency II de mogelijkheid om voor kleine verzekeraars<sup>1</sup> in lagere regelgeving een verlicht toezichtregime, het zogenaamde Solvency II Basic, in te voeren. Hierdoor wordt toetreding van een kleine zorgverzekeraar vergemakkelijkt. De minister van Financiën is bezig om deze lagere regelgeving vorm te geven.

### **Complexe regelgeving en regeldruk**

Ten tweede is de regelgeving complex en de regeldruk hoog. De overheid zorgt voor borging van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) en schrijft verantwoording voor over bijvoorbeeld de risicovereveningsregeling en de wanbetalersregeling. Hierdoor ontstaan administratieve of uitvoeringslasten bij zorgverzekeraars die een drempel kunnen vormen. Dit wordt versterkt doordat de zorgmarkt in transitie is en transitieprocessen de regeldruk verhogen. Uit de analyse is echter gebleken dat er geen specifieke regelingen zijn aangetroffen die een zodanige drempel opwerpen dat toetreding niet mogelijk is. Wel beveelt de NZa aan dat uitvoeringsregelingen met hoge uitvoeringslasten kritisch worden bekeken op overbodige of onnodige complexe onderdelen. Hierbij kan ik opmerken dat de toezichthouders (DNB en NZa) en de uitvoerder (CVZ) hun informatievraag zoveel mogelijk op elkaar hebben afgestemd en hierop alert blijven bij nieuwe ontwikkelingen. Naar aanleiding van de evaluatie van de wanbetalersregeling<sup>2</sup> wordt reeds gekeken naar vereenvoudiging en verbetering van deze regeling. Tevens zal ik deze aanbeveling van de NZa meenemen in de evaluatie van de Zvw die op het programma staat voor 2012/2013.

### **Afschaffing ex post compensaties**

Ten derde vormt de afschaffing van de ex post compensaties in de risicoverevening een mogelijke drempel voor toetreders en kleine verzekeraars. Vanwege hun kleine schaal zijn kleine zorgverzekeraars relatief gevoelig voor specifieke populaties die niet volledig ex ante worden verevend. 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 van kleine zorgverzekeraars en de ex ante verevening verder door te ontwikkelen.

Ik onderken de druk die de afschaffing van de ex post compensaties in de risicoverevening legt op de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel. Met de uitvoering van een jaarlijks onderzoeksprogramma en in overleg met alle betrokken partijen streef ik er naar het ex ante vereveningsmodel continu te verbeteren en te laten aansluiten op beleidswijzigingen in het zorgaanbod. Op uw verzoek geef ik al expliciet aandacht aan de consequenties van de risicoverevening voor kleine zorgverzekeraars. Of er sprake is van onvoldoende compensatie voor specifieke groepen verzekerden zodat risicoselectie voor deze groepen lonend zou kunnen zijn is onder andere punt van onderzoek door de Commissie Don.

Daarnaast wordt de lange doorlooptijd van de risicoverevening als drempel ervaren omdat dit onzekerheid met zich mee brengt voor het financiële jaarresultaat van de verzekeraar. De doorlooptijd wordt in belangrijke mate bepaald door de ex post compensaties in de risicoverevening in combinatie met de maximale doorlooptijd van dbc's. Dbc's kunnen een jaar openstaan zodat voor een verzekeraar pas medio t+2 zicht komt op de werkelijke dbc-schade van jaar t en daarmee op het vereveningsresultaat na ex post compensaties. Alhoewel het een beperkt aantal dbc's betreft van intensieve en dure behandeltrajecten wordt er op dit

---

<sup>1</sup> Met kleine verzekeraars in dit verband worden verzekeraars bedoeld die premie-inkomsten hebben tussen de 1 en 5 miljoen euro (< +/- 5 000 verzekerden met een jaarpremie van +/- 1 000 euro) (de kleine verzekeraars zoals geduid onder voetnoot 1 behoren niet tot deze categorie).

<sup>2</sup> Kamerstukken 2011–2012, Tweede Kamer, 33 077, nr. 1

moment gekeken of de maximale doorlooptijd kan worden bekort. Dit vraagt echter om wijzigingen in het hele systeem. Dit kost tijd en kan niet op korte termijn worden gerealiseerd.

### **Collectivering van de markt**

Een vierde mogelijke drempel voor toetreding is de toegenomen collectivisering van de markt. Het is voor collectiviteiten mogelijk om over te stappen, maar in de praktijk komt dit zelden voor. Een van de redenen waarom collectiviteiten nauwelijks overstappen ligt mogelijk in het feit dat voor een overstap naar een andere zorgverzekeraar alle individuele deelnemers toestemming moet worden gevraagd om over te stappen. Een andere reden is dat overstappen door de collectiviteiten als belastend wordt ervaren ten opzichte van het te bereiken voordeel met overstappen. Het uitbreiden van marktaandeel door de kleine verzekeraar is hierdoor niet gemakkelijk. Wel kunnen kleine verzekeraars de collectiviteiten juist gebruiken bij het consolideren van hun marktpositie. Door de regionale binding kunnen de voordelen doorgegeven worden aan de individuele verzekerden waardoor de kleinere verzekeraars beter kunnen concurreren met grotere verzekeraars. Gezien het grote en toenemende aantal verzekerden dat collectief verzekerd is, blijft de NZa de ontwikkelingen volgen via haar marktscan zorgverzekeringsmarkt.

### **Belang zorginkoop**

Een laatste drempel voor toetreding kan worden gevormd door het toegenomen belang van zorginkoop. 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 en het kunnen blijven neerzetten van een concurrerende premie. 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. Voor nieuwe toetreders geldt dat zij tegen hogere inkoopkosten aanlopen en hun inkooporganisatie (expertise, netwerk) nog moeten opbouwen. Voor de kleine verzekeraars kan het toegenomen belang van zorginkoop zowel een voordeel als een nadeel zijn afhankelijk van hun schaal van opereren. Als een kleine verzekeraar meer regionaal georiënteerd is, heeft hij vaak een sterke positie als zorginkoper in zijn «thuisregio». Voor kleine verzekeraars die landelijk georiënteerd zijn is zorg inkopen tegen een concurrerende prijs lastiger vanwege hun beperkte schaal. Dergelijke drempels kunnen worden weggenomen door het aansluiten bij een inkooporganisatie (als bijv. Multizorg).

### **Conclusie**

De NZa concludeert dat er op de zorgverzekeringsmarkt ruimte is voor nieuwe zorgverzekeraars en kleine spelers met een duidelijk eigen gezicht. Deze conclusie wordt onderschreven door het feit dat de huidige kleinere zorgverzekeraars hun individuele marktaandelen de afgelopen jaren licht hebben zien groeien. De kleinere verzekeraars hebben zich staande weten te houden en zij zien zelfs nog groeimogelijkheden, bijvoorbeeld op het gebied van specifieke doelgroepen. De drempels voor nieuwe toetreders zijn volgens de NZa niet dusdanig dat toetreding onmogelijk is. Dit blijkt

ook uit enkele initiatieven voor toetreding op de zorgverzekeringsmarkt, al hebben we nog geen daadwerkelijke nieuwe toetreder gezien. Ik volg de nieuwe initiatieven voor toetreding met veel belangstelling.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers