

Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars

Verzekerd van goede zorg

DeNederlandscheBank

EUROSYSTEEM

Inhoud

Samenvatting en beleidsaanbevelingen	4
1 Inleiding en leeswijzer	8
2 Werking van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel	10
2.1 Zorgwetten en zorgkosten	10
2.2 Rol van zorgverzekeraars	14
3 Overzicht van de zorgverzekeringssector	18
3.1 Structuur	18
3.2 Omvang	22
3.3 Winstgevendheid	24
3.4 Solvabiliteit	28
4 Ontwikkelingen in de zorgverzekeringssector	33
5 Impact van ontwikkelingen op de zorgverzekeringssector	36
5.1 Impact op zorgverzekeraars als financiële onderneming	36
5.2 Impact op zorgverzekeraars als regisseur in de zorg	38
6 Conclusies	45
Literatuurlijst	47

Samenvatting

4

De zorgverzekeringssector staat voor een aantal grote uitdagingen. Toenemende zorgkosten, veranderend klantgedrag, groeiende (medisch) technologische mogelijkheden en veranderende wet- en regelgeving hebben hun weerslag op de sector. Een duurzame en maatschappelijk dienstbare zorgverzekeringssector vraagt om extra inspanningen van alle betrokkenen: zorgverzekeraars, zorgaanbieders, beleidsmakers en toezichthouders. Zorgverzekeraars moeten hun bedrijfsmodel en risico-management blijven moderniseren en de financiële buffers op peil houden. Daarbij moeten zij tevens genoeg ruimte krijgen om hun huidige, door de wet ingegeven regierol in de zorg te kunnen vervullen zoals beoogd.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke wettelijke en maatschappelijke taak: bijdragen aan betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Maar verschillende ontwikkelingen zetten druk op hun bedrijfsmodel en de mogelijkheden om hun wettelijk beoogde rol te realiseren. Zorgverzekeraars zijn daarbij tevens financiële ondernemingen die soliditeit en stabiliteit moeten nastreven. Een gezonde financiële positie is een randvoorwaarde voor zorgverzekeraars om hun maatschappelijke taak te vervullen. Vanuit haar rol als prudentieel toezichthouder onderzoekt DNB de uitdagingen voor de komende jaren – en doet aanbevelingen om een duurzame en maatschappelijk dienstbare zorgverzekeringssector te borgen. Het huidige stelsel en wettelijke kader, met gereguleerde marktwerking, worden daarbij als gegeven beschouwd.

Soliditeit en stabiliteit

Meerdere politiek-juridische en financieel-economische ontwikkelingen hebben grote impact op de financiële positie en de soliditeit van zorgverzekeraars. Lange doorlooptijden van declaraties en veranderende wet- en regelgeving dragen bij aan onzekerheid over de hoogte van de vergoedingen die zorgverzekeraars moeten uitkeren (de schadelast). De afbouw van de ex-post risicoverevening vergroot daarnaast de volatiliteit van de kapitaalpositie; en een mogelijk verbod op winstuitkering beperkt de mogelijkheden van zorgverzekeraars om de kapitaalpositie te versterken. Tegelijkertijd is het

kapitaalsurplus (aanwezige kapitaal boven de wettelijke solvabiliteitseisen) afgenomen door de gestegen solvabiliteitseisen, dalende resultaten en de inzet van in het verleden behaalde resultaten om premiestijgingen te dempen. De ruimte voor verdere inzet van de reserves wordt daarmee kleiner. Al deze ontwikkelingen verhogen de urgentie van een scherper risicomanagement en robuust kapitaalbeleid om een duurzame en stabiele zorgverzekeringssector te borgen.

Aanvullende verzekeringen dreigen daarnaast verliesgevend te worden en hun toegevoegde waarde te verliezen door veranderend klantgedrag. Polishouders nemen alleen nog een dergelijke verzekering indien zij verwachten van deze zorg gebruik te maken, met als risico dat op termijn bepaalde zorg niet langer tegen een redelijk bedrag verzekeraar is. Een kritische analyse is daarom nodig van de behoeften van de polishouders en de mogelijkheden om daarbij een passend en duurzaam verdienmodel te ontwikkelen.

Kostenbeheersing

De zorgkosten zullen de komende jaren naar verwachting fors stijgen. De druk op de financiering van de zorg, en daarmee op de betaalbaarheid en solidariteit, neemt toe. Kostenbeheersing wordt daarom steeds belangrijker en zorgverzekeraars moeten scherpe keuzes maken voor een duurzaam bedrijfsmodel. Selectieve inkoop en meerjarenafspraken en -polissen met inzet op gepast zorggebruik, preventie, advisering en slim gebruik

van data en ict kunnen daar belangrijke bouwstenen voor zijn. Ook het verder tegengaan van fraude in de zorg blijft van belang. Deze acties tezamen kunnen uiteindelijk tevens een belangrijke bijdrage leveren aan de beheersbaarheid van de totale zorgkosten.

Tegelijkertijd zorgen wijzigingen in overheidsbeleid en regelgeving ervoor dat zorgverzekeraars veel tijd moeten steken in de benodigde aanpassingen van de bedrijfsvoering, wat extra operationele kosten met zich meebrengt. De keuze van de nieuwe regering om geen grote structurele veranderingen in het stelsel door te voeren, maar vooral in te zetten op verbetering van het bestaande stelsel, kan helpen dit te beperken.

Onderscheidend vermogen

Polishouders stellen steeds hogere eisen aan de kwaliteit van de zorg en de dienstverlening van verzekeraars. Dit biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om zich te onderscheiden, wat kan bijdragen aan een toekomstgericht bedrijfsmodel. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld meer transparantie bieden over verschillen in prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de medische behandelingen en zorgaanbieders en/of selectief de best presterende zorgaanbieders contracteren. Ook gerichtere advisering aan polishouders biedt hier mogelijkheden, bijvoorbeeld op het gebied van preventie.

Beleidsaanbevelingen

Om een duurzame, stabiele, efficiënte en maatschappelijke dienstbare zorgverzekeringssector in te toekomst te borgen, doet DNB vanuit haar rol als prudentieel toezichthouder de volgende beleidsaanbevelingen:

Aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en beleidsmakers

1. Verklein de financiële onzekerheid voor zorgverzekeraars door afspraken te maken over snellere informatievoorziening, facturering en afrekening van schadejaren.

Aan beleidsmakers en zorgverzekeraars

2. Blijf het ex-ante risicovereveningssysteem verbeteren zodat een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars wordt geborgd en de inkomsten van zorgverzekeraars beter aansluiten bij de voorspelbare zorgkosten.

Aan zorgverzekeraars

3. Ontwikkel een robuust, passend en uitlegbaar kapitaalbeleid om de financiële soliditeit op (middel)lange termijn te waarborgen. Dit draagt bij aan een maatschappelijk gewenste stabiele premieontwikkeling. Betrek hierbij ook mogelijkheden voor het ontwikkelen van ondernemingsspecifieke parameters en/of (partiële) interne modellen indien de kapitaaleis onvoldoende zou aansluiten op het risicoprofiel van de zorgverzekeraar.
4. Verbeter de schadelastramingen en versterk het risicomanagement rondom schadelastbeheersing om de volatiliteit van de kapitaalpositie te verminderen.

5. Onderzoek de mogelijkheden om het bedrijfsmodel toekomstgericht te maken. Kijk hierbij in het bijzonder naar de aanvullende verzekering. Speel daarnaast proactief in op de mogelijkheden die technologische innovatie en datagebruik bieden om de dienstverlening aan polishouders te verbeteren en preventie te stimuleren. Zet hierbij ook in op (selectieve) meerjarenafspraken met zorgaanbieders waarbij aandacht is voor gepast zorggebruik.

Aan beleidsmakers

6. Onderzoek de mogelijkheden om kostenbeheersing en investeringen in preventie te stimuleren, bijvoorbeeld door meerjarige verzekeringspolissen mogelijk te maken zodat investeringen in preventie meer lonend kunnen worden.

Aan toezichthouders

7. Blijf in Europees verband wijzen op de specifieke karakteristieken van de Nederlandse zorgverzekeringssector om passende kapitaaleisen te borgen. Herijk onder meer de Solvency II kapitaaleis voor de basisverzekering periodiek om te voorkomen dat zorgverzekeraars te veel of te weinig kapitaal moeten aanhouden.
8. Verbeter de samenwerking tussen de verschillende betrokken toezichthouders en versterk het risicogebaseerd en proportioneel toezicht. Deel waar mogelijk data en informatie met elkaar om doublures in uitvragen en werkzaamheden te voorkomen.

1 Inleiding

8 In haar toezicht zet De Nederlandsche Bank (DNB) zich in voor een duurzame, stabiele, efficiënte en maatschappelijk dienstbare verzekeringssector: levens-, schade- en zorgverzekeringen. In dit rapport draait het om de zorgverzekeraars.¹ De zorgverzekeringssector heeft als wettelijke opdracht bij te dragen aan betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg in Nederland. Hierbij is het van belang dat de sector duurzaam en stabiel is. Immers, ook in mindere tijden moeten zorgverzekeraars hun financiële verplichtingen kunnen nakomen. Tegelijkertijd moet de sector efficiënt en maatschappelijk dienstbaar zijn. Dit betekent onder meer dat zorgverzekeraars producten en diensten aanbieden die begrijpelijk zijn, voldoen aan de wensen van de verzekerden en adequaat geprijsd zijn. Dit alles op een markt met voldoende ruimte voor gezonde concurrentie.

Als prudentieel toezichthouder waakt DNB over de financiële soliditeit en integriteit van de zorgverzekeraars. In dit rapport analyseert DNB de impact van verschillende ontwikkelingen op de Nederlandse zorgverzekeringssector in de

komende vijf tot tien jaar. Het huidige zorgstelsel en wettelijke kader, met gereguleerde marktwerking, worden daarbij als gegeven beschouwd, in lijn met het Regeerakkoord 2017-2021. DNB bekijkt de impact van de ontwikkelingen op de soliditeit van zorgverzekeraars en op hun mogelijkheden bij te dragen aan het bereiken van de doelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw): betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg.

Vanuit deze analyse doet DNB beleidsaanbevelingen aan zorgverzekeraars, toezichthouders en beleidsmakers om een duurzame, stabiele, efficiënte en maatschappelijk dienstbare zorgverzekeringssector te borgen.

Leeswijzer

De opbouw van het rapport is als volgt (zie ook figuur 1). In hoofdstuk 2 wordt de werking van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel beschreven en hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de zorgverzekeringssector in Nederland. Hoofdstuk 4 beschrijft actuele ontwikkelingen in de zorgverzekeringssector en in hoofdstuk 5 wordt de impact van deze ontwikkelingen op de zorgverzekeraars behandeld en geëvalueerd aan de hand van vier thema's. Tot slot biedt hoofdstuk 6 overkoepelende conclusies.

¹ In het DNB rapport Visie op de toekomst van de Nederlandse verzekeringssector (2016) staat de toekomst van de schade- en levensverzekeringssector centraal.

Figuur 1 Leeswijzer

Hoofdstuk 1: Inleiding				
Hoofdstuk 2: Nederlandse zorgverzekeringsstelsel				
Zorgwetten en zorgkosten		Rol zorgverzekeraars		
Hoofdstuk 3: Overzicht zorgverzekeringssector				
Structuur	Omvang	Winstgevendheid	Solvabiliteit	
Hoofdstuk 4: Ontwikkelingen				
 Medische en technologische innovatie	 Demografische ontwikkelingen	 Politiek-juridische ontwikkelingen	 Sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen	 Financieel-economische ontwikkelingen
Hoofdstuk 5: Impact van ontwikkelingen				
Zorgverzekeraar als financiële onderneming				
Betaalbaarheid				
Productaanbod en toegankelijkheid				
Kwaliteit				
Hoofdstuk 6: Conclusies				

2 Werking van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel

10

2.1 Zorgstelsel en uitgaven

Het Nederlandse zorgstelsel is gebouwd op vier wettelijke pijlers: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (Jw). Deze wetten beslaan ieder een eigen domein en omvatten in 2016 samen een bedrag van EUR 88 miljard.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Zvw en dit betreft ongeveer de helft van alle zorg in Nederland: EUR 42 miljard (zie grafiek 1). Daarnaast bieden zorgverzekeraars nog aanvullende zorgverzekeringspolissen aan.² De uitvoering van de Wlz ligt bij regionale zorgkantoren. Dit zijn zelfstandig opererende

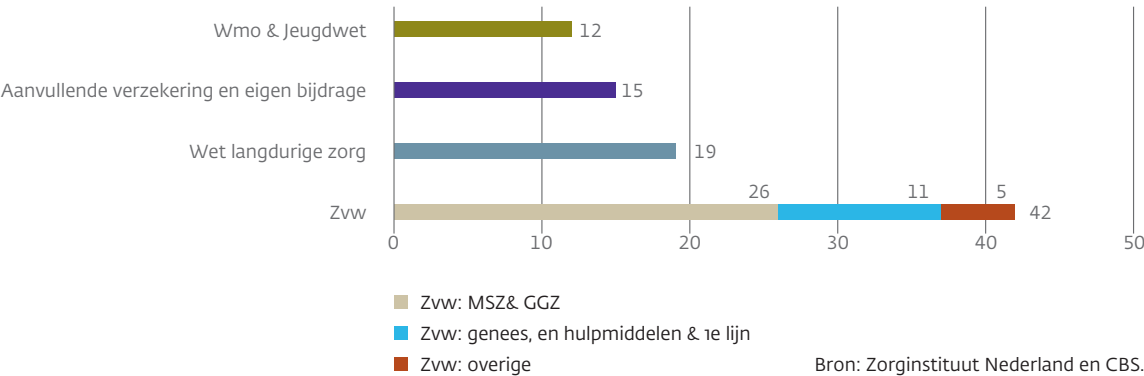
kantoren die nauw gelieerd zijn aan de grootste zorgverzekeraar in de regio. Gemeenten zijn tot slot verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet.

Zorgverzekeringswet

De Zvw verzekert iedereen in Nederland van een breed basispakket aan curatieve zorg en regelt de vergoeding daarvan (zie ook box 1). Van de EUR 42 miljard die de zorgverzekeraars in 2016 hebben uitgekeerd, heeft het merendeel (EUR 26 miljard) betrekking op medisch-specialistische zorg (MSZ) die wordt aangeboden in ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Bezoeken aan de zogenoemde eerste lijn, zoals de huisarts, en het gebruik van genees- en hulpmiddelen kostten ongeveer EUR 11 miljard in 2016 (zie grafiek 1).

Grafiek 1 Kosten van de Nederlandse gezondheidszorg

2016, bedragen in miljard EUR



² Het gaat daarbij om zorg die niet onder de Zvw is verzekerd en betreft onder meer tandheelkundige zorg en fysiotherapie. Zorgverzekeraars zijn vrij om zelf de inhoud van deze polissen te bepalen.

Box 1 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Met de introductie van de Zvw in 2006 heeft Nederland een zorgstelsel met gereguleerde marktwerking. De Zvw beoogt kwalitatief goede zorg te bieden die voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is. De overheid bepaalt daarbij de samenstelling van het verzekerde (basis)pakket; iedere inwoner is verplicht zich te verzekeren. Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is een solidair stelsel in die zin dat 'rijk' voor 'arm' betaalt (via de inkomensafhankelijke bijdrage), 'gezond' voor 'ongezond' en 'jong' voor 'oud' (doordat het verzekerde pakket en de premie voor iedereen gelijk is, ongeacht leeftijd of gezondheid).

De Zvw kent voor de basisverzekering een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie: om de basiszorg toegankelijk te houden moeten zorgverzekeraars iedere polishouder accepteren tegen een gelijke premie. Zorgverzekeraars hebben daarbij een wettelijke zorgplicht: het is hun taak ervoor te zorgen dat voldoende betaalbare en kwalitatief goede zorg beschikbaar is voor de polishouders binnen een redelijke tijd en op een redelijke afstand. Het (verplichte) eigen risico beoogt daarnaast het kostenbewustzijn te verhogen, de zorgconsumptie te beperken en daarmee de zorgpremie te drukken. Polishouders met een laag inkomen hebben tevens recht op zorgtoeslag.

De verzekerde zorg onder de Zvw wordt grofweg voor de helft gefinancierd uit nominale premies en andere eigen betalingen zoals het eigen risico. De andere helft wordt gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdragen via het risicovereveningssysteem (zie box 3).

Soorten zorgverzekeringspolissen

In de Zvw is vastgelegd dat zorgverzekeraars drie soorten verzekeringspolissen mogen aanbieden voor de basisverzekering:

- **Restitutiepolis:** een restitutiepolis geeft de polishouder recht op een vergoeding van de gemaakte zorgkosten door de zorgverzekeraar. De polishouder kiest zelf de zorgaanbieder zonder dat dit van invloed is op de vergoeding, tenzij het door de gekozen zorgaanbieder in rekening gebrachte tarief excessief hoog is. Dan wordt vaak maar een gedeelte van de zorgkosten vergoed.
- **Naturapolis:** een naturapolis geeft de polishouder recht op zorg. Om te garanderen dat de zorg geleverd kan worden, sluit de zorgverzekeraar inkoopcontracten met zorgaanbieders. Gaat de polishouder naar een zorgaanbieder waarmee zijn zorgverzekeraar geen inkoopcontract heeft afgesloten, dan moet de polishouder vaak zelf een gedeelte van de kosten dragen.
- **Combinatiepolis:** een combinatiepolis is een kruising tussen een restitutie- en een naturapolis: per zorgsoort is bepaald of de polishouder recht heeft op zorg of op een vergoeding van de kosten van de geleverde zorg.

De zorgverzekeraar kan ook een van deze drie soorten polissen in de vorm van een collectieve zorgverzekeringspolis aanbieden. Deze polis sluit een zorgverzekeraar bijvoorbeeld af met een werkgever voor zijn werknemers of met een vereniging voor haar leden. In de Zvw is vastgelegd dat de zorgverzekeraars in dat geval een korting van maximaal 10% op de premie mag geven.

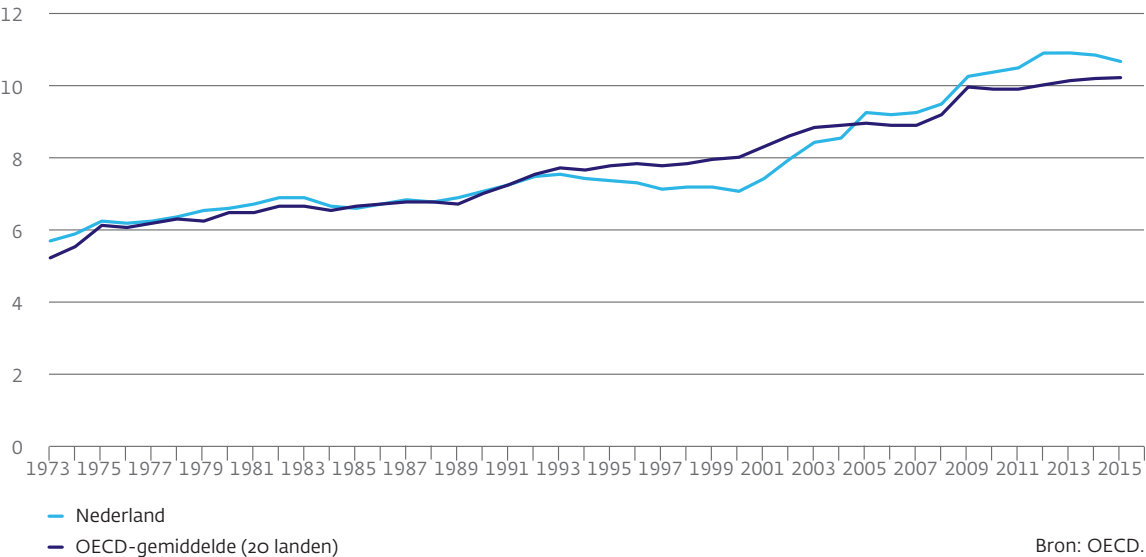
Zorguitgaven

De totale Nederlandse zorguitgaven nemen al decennialang gestaag toe en bedragen ongeveer 10,8% van het bruto binnenlands product (bbp) in 2015 (zie grafiek 2). Sinds 2012 is de kostenstijging echter afgevlakt als gevolg van de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden, de economische crisis en de verhoging van het eigen risico. Daarnaast is per 2012 de risicodragendheid van zorgverzekeraars toegenomen door de afbouw van de ex-post verevening en mede hierdoor is de doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars verder aangescherpt.

In internationaal perspectief zijn de Nederlandse zorguitgaven als percentage van het bbp vergelijkbaar met een grote groep andere landen (zie grafiek 3). Nederland geeft daarbij relatief meer geld uit aan langdurige zorg zoals ouderen- en gehandicaptenzorg, onder meer omdat Nederland in vergelijking met andere landen over uitgebreide collectieve voorzieningen voor ouderen beschikt. Voor wat betreft uitgaven aan de zorg die onder de Zvw valt, staat Nederland op de twintigste plaats (gemeten naar uitgaven als % van het bbp). Nederlanders zijn over het algemeen minder goed op de hoogte van de totale zorgkosten en de verdeling hiervan (zie box 2).

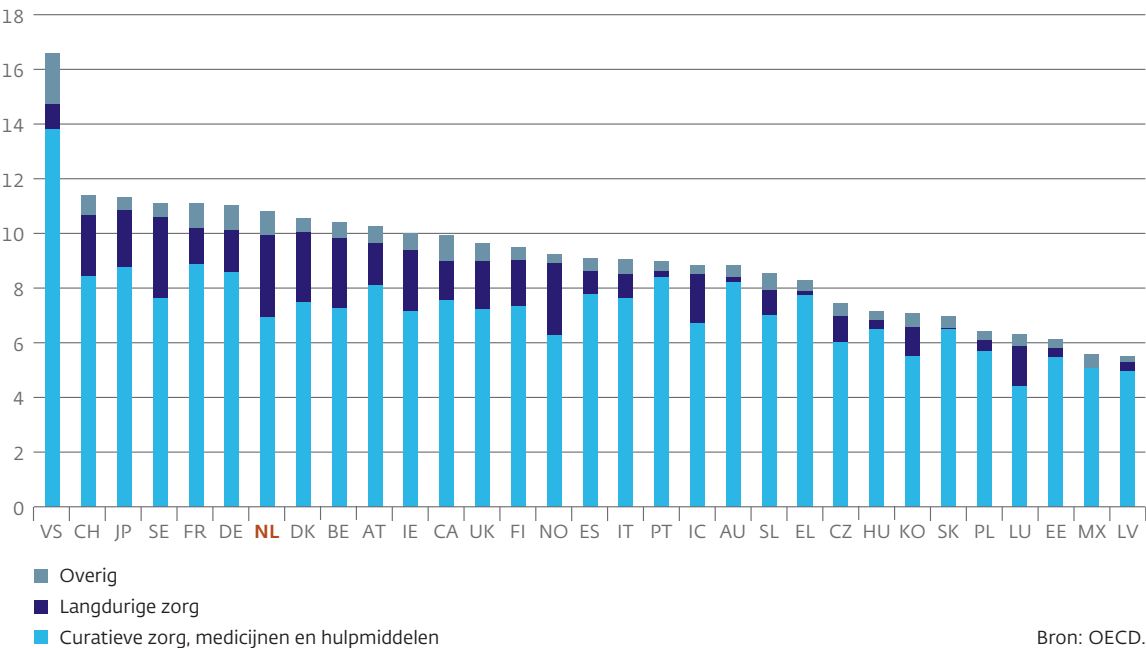
Grafiek 2 Totale zorguitgaven

Als percentage van bbp voor Nederland en OECD



Grafiek 3 Totale zorguitgaven

Als percentage van bbp voor verschillende landen (2015)



Box 2 Kostenbewustzijn

Dat zorg kostbaar is wordt in het algemeen herkend door verzekerden. Toch lijken veel Nederlanders moeite te hebben met het inschatten van de daadwerkelijke zorgkosten. Uit onderzoek van DNB blijkt dat 45% van de Nederlandse bevolking de totale zorgkosten in Nederland onderschat. Vooral de kosten van de langdurige zorg en overheidsuitgaven worden onderschat.¹ Voor wat betreft de curatieve zorg is het beeld meer uiteenlopend. Over het algemeen weten Nederlanders dat de financiering van de zorgkosten evenredig is verdeeld tussen enerzijds polishouders en anderzijds werkgevers en overheid. Ongeveer een kwart van de respondenten heeft echter geen idee welk deel van de zorgkosten door henzelf en welk deel door werkgevers en overheid wordt gefinancierd. Hoogopgeleiden en ouderen hebben daarbij een beter beeld van de hoogte van de zorgkosten in Nederland en de wijze van financiering.

¹ DNB heeft in september 2017 een enquête gedaan onder leden van het CentERpanel van 16 jaar en ouder. 2.314 respondenten, welke een afspiegeling van de Nederlandse samenleving vormen, hebben de vragenlijst volledig ingevuld.

Kwaliteit en toegankelijkheid

Voor de relatief hoge zorguitgaven krijgt de Nederlander wel iets terug, aldus verschillende internationale studies. Nederland scoort goed wat betreft de toegang en de kwaliteit van de zorg in vergelijking met andere Europese landen, zo blijkt uit de tweejaarlijkse studie van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD)³. In Nederland krijgen relatief weinig mensen (minder dan 1% van de bevolking) niet de zorg die ze nodig hebben. Daarnaast komt het relatief weinig voor dat medicijnen onnodig of verkeerd worden voorgeschreven en is het aantal onnodige ziekenhuisbezoeken laag. In een recente studie van het Health Consumer Powerhouse scoort Nederland met een stelsel “zonder echte zwakheden” als de beste van 35 Europese landen (Euro Health Consumer Index 2016). De basis voor het succes is volgens deze studie het stelsel van gereguleerde marktwerking, met onder meer de scheiding tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling.

2.2 Rol van de zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de basisverzekering onder de Zvw. Daarmee hebben zij een bijzondere plek in de

financiële sector. Zorgverzekeraars hebben namelijk twee rollen:

1. Zij zijn een financiële onderneming die in meerdere opzichten vergelijkbaar is met een reguliere schadeverzekeraar;
2. Zij vervullen een bij wet opgedragen regierol in het Nederlandse zorgstelsel⁴

Zorgverzekeraars opereren als private partijen in een sterk gereguleerde markt. Evenals de ‘gewone’ schadeverzekeraars moeten zorgverzekeraars zorgen voor een adequate premiestelling, schadevergoeding, schadelastbeheersing en kapitaalbeleid.

Tegelijkertijd hebben zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht onder de Zvw, waarmee zij verschillen van reguliere schadeverzekeraars. De zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat verzekerden toegang hebben tot kwalitatief goede en betaalbare zorg. Om deze plicht na te komen, onderhandelen zorgverzekeraars namens hun polishouders met zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen, huisartsen en apothekers) over de omvang, de kwaliteit en de prijs van de te leveren zorg. Dit is een belangrijke wettelijke taak. Door scherp te onderhandelen met de zorgaanbieder kan de zorgverzekeraar de prijs van de zorg drukken en daarmee de zorgverzekeringspremie betaalbaar houden. Ook kan de zorgverzekeraar eisen stellen

³ Health at a Glance (OECD, 2015).

⁴ Dit is onder meer vastgelegd in de zorgplicht en wordt nader toegelicht in de Memorie van toelichting bij de Zvw.

aan de kwaliteit van de zorg en de verzekerde hierover adviseren. Op hun beurt concurreren zorgaanbieders onderling voor contracten met zorgverzekeraars. Voor de uitvoering van de basisverzekering hebben zorgverzekeraars twee

primaire inkomstenbronnen: de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdragen die via het risicovereveningssysteem aan zorgverzekeraars worden uitgekeerd (zie ook box 1 en 3).

Box 3 Risicovereveningssysteem

Vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie hebben de zorgverzekeraars recht op een risicovereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Met deze bijdrage kunnen zorgverzekeraars met relatief veel polishouders met grote kans op hoge zorgkosten in hun portefeuille, toch concurreren. Het Zorgverzekeringsfonds wordt beheerd door het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en beslaat ongeveer de helft van de zorgkosten onder de Zvw. Het fonds wordt gevuld met inkomensafhankelijke bijdragen die via de werkgever/belastingdienst worden afgedragen en de rijksbijdrage voor personen tot 18 jaar.

De vereveningsbijdrage wordt bepaald aan de hand van de geschatte zorgkosten in het komende kalenderjaar en wordt jaarlijks geactualiseerd. Deze schatting is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille. Zorgverzekeraars met relatief meer polishouders met hoge kans op zorgkosten ontvangen een hogere vereveningsbijdrage: het doel hiervan is het gelijke speelveld zoveel mogelijk te borgen, zorgverzekeraars te weerhouden van risicoselectie en hen te stimuleren om te concurreren op doelmatigheid en kosten.

Het risicovereveningssysteem is de afgelopen jaren primair een ex ante vereveningssysteem geworden: de vereveningsbijdrage wordt van te voren vastgesteld¹. Met de afbouw van de ex-postverevening (het achteraf vergoeden van de zorguitgaven) zijn de zorgverzekeraars meer risico gaan dragen. De zorgverzekeraar moet immers zien rond te komen met de vereveningsbijdrage en de inkomsten uit de nominale premies, ongeacht de werkelijke zorgkosten in het betreffende kalenderjaar. Dit stimuleert zorgverzekeraars om bij de zorginkoop ook te letten op de hoogte van de prijzen en de zorg doelmatig in te kopen.

¹ Alleen wanneer het volume en zorggebruik significant afwijken van de ramingen kan de ex-ante bijdrage op onderdelen met terugwerkende kracht naar boven of naar beneden worden bijgesteld (dit speelt vooral voor de zogenoemde diagnosekostengroepen – DKGs – en farmaciekostengroepen – FKGs).

Box 4 Toezicht op zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars moeten op verschillende terreinen voldoen aan wet- en regelgeving en staan onder toezicht van de volgende toezichthouders.

- **De Nederlandsche Bank (DNB).** DNB is verantwoordelijk voor het prudentieel en integriteitstoezicht op zorgverzekeraars op grond van de Wet op het financieel toezicht (Wft) en de Sanctiewet. Dit behelst de financiële soliditeit van de onderneming en het voldoen aan voorschriften voor een beheerste en integere bedrijfsvoering, waaronder de beheersing van belangenverstrengeling en sanctieschendingen. Inzet van dit toezicht is dat polishouders erop kunnen vertrouwen dat de verzekeraar de aangegane verplichtingen kan nakomen en daarbij integer handelt.
- **Autoriteit Financiële Markten (AFM).** De AFM is belast met het gedragstoezicht van verzekeraars en bemiddelaars: de manier waarop deze financiële ondernemingen met hun klanten omgaan en informatie verstrekken. De juridische grondslag is de Wft. Voorbeelden waar de AFM op toeziet zijn transparantie door adviseurs en bemiddelaars en klachtenbeleid bij de aanvullende verzekering.
- **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).** De NZa is belast met het gedragstoezicht van verzekeraars die de basisverzekering uitvoeren. De NZa controleert of zorgverzekeraars zich aan de regels van de Zvw en de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg) houden, zoals de acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en de transparantiebepalingen. Indien de doelen van de Zvw (betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg) en daarmee het belang van de verzekerde in het geding komen, grijpt de NZa in.
- **Autoriteit Consument en Markt (ACM).** De ACM ziet toe op naleving van de Mededingingswet om de concurrentie tussen zorgverzekeraars te beschermen. De ACM treedt op tegen kartelvorming en prijsafspraken. Daarnaast toetst de ACM fusies en overnames en is het de toezichthouder op consumentenrecht. Doel hiervan is de welvaart van de consument te bevorderen.
- **Autoriteit Persoonsgegevens (AP).** De AP houdt toezicht op de naleving van de regels in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Zorgverzekeraars beschikken over financiële en gezondheidsinformatie over hun verzekerden. Dit zijn gevoelige persoonsgegevens die veel informatie prijs kunnen geven. Zorgverzekeraars moeten daarom zorgvuldig met deze gegevens omgaan. De Wbp geeft hier regels voor.

Zorgverzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van de polishouder. Polishouders kiezen voor een zorgverzekeraar op basis van verschillende factoren: de premie, de kwaliteit en nabijheid van de ingekochte zorg, imago en de dienstverlening van de verzekeraar. Deze concurrentie stimuleert zorgaanbieders en zorgverzekeraars om doelmatig met de beschikbare middelen om te gaan en zich in te zetten om aan de behoefte van de polishouders te voldoen. Dit veronderstelt wel dat informatieasymmetrie over bovenstaande factoren, zoveel mogelijk wordt beperkt. Zo moeten polishouders tijdig over voldoende informatie beschikken over de verschillende polissen, premies en gecontracteerde zorgaanbieders die zorgverzekeraars aanbieden.

3 Overzicht van de zorgverzekeringssector

18

3.1 Structuur van de zorgverzekeringssector

In Nederland zijn momenteel 32 verzekeraars (risico-dragers) actief, verdeeld over in totaal negen verzekeringsconcerns, die basis- en/of aanvullende verzekeringen aanbieden. De vier grootste concerns hebben bijna 90% van de markt voor basisverzekeringen in handen (zie grafiek 4). Het marktaandeel van de 'grote vier' is sinds 2006 met 2,6 procentpunt afgenomen. De mutaties binnen de marktaandelen

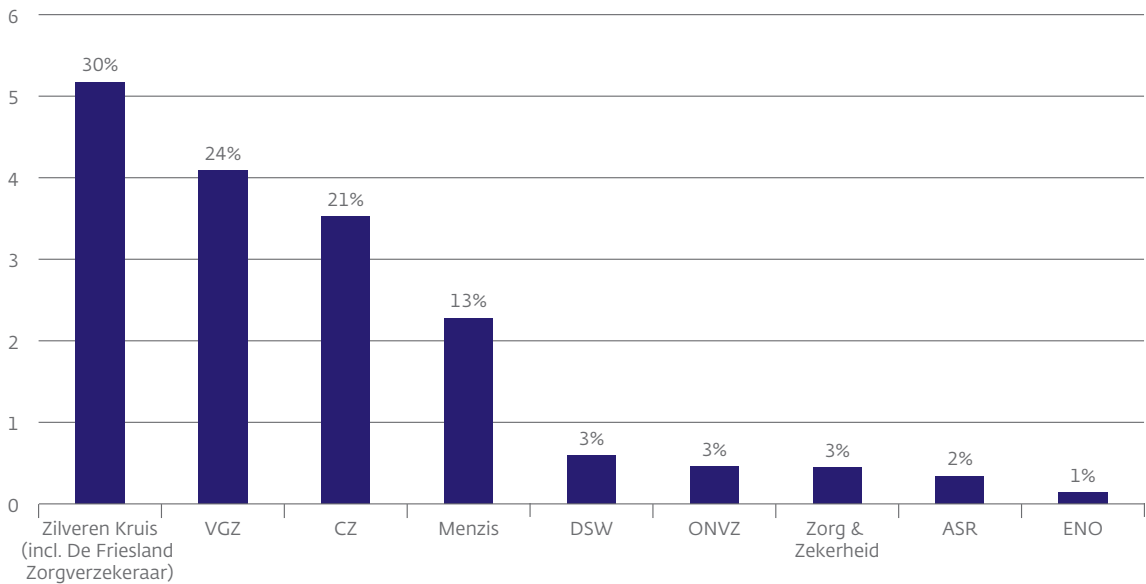
van de grote vier zijn beperkt.⁵ Voor de verkoop van zorgverzekeringen gebruiken verschillende zorgverzekeraars diverse merken ('labels').

Consolidatie en efficiëntie

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is het aantal zorgverzekeraars teruggelopen door fusies en overnames. De concentratiegraad op concernniveau is daarbij de afgelopen jaren licht gedaald (NZa Marktscan 2017). De concentratieratio van de zorgverzekeringsmarkt is groter dan die van

Grafiek 4 Marktaandelen basisverzekering in verzekerden

2017, verzekerden aantallen in miljoenen (linkeras)



Bron: Zorginstituut Nederland.

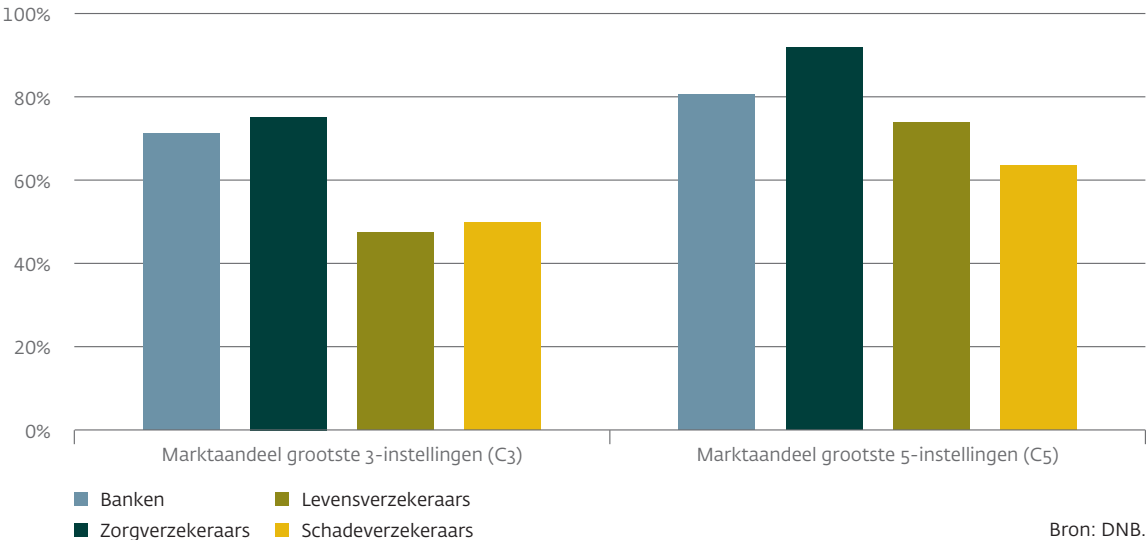
⁵ Gecorrigeerd voor fusies en overnames

de schade- en levensverzekeraars, en vergelijkbaar met banken voor wat betreft de marktaandelen van de grootste drie partijen (zie grafiek 5). In 2018 zal voor het eerst ook een buitenlandse verzekeraar actief worden op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt.

Zorgverzekeraars zijn ondanks de uitbreiding van het takenpakket door de jaren heen efficiënter gaan werken. De beheerskosten van de basisverzekering, uitgedrukt als percentage van de premie, zijn sinds

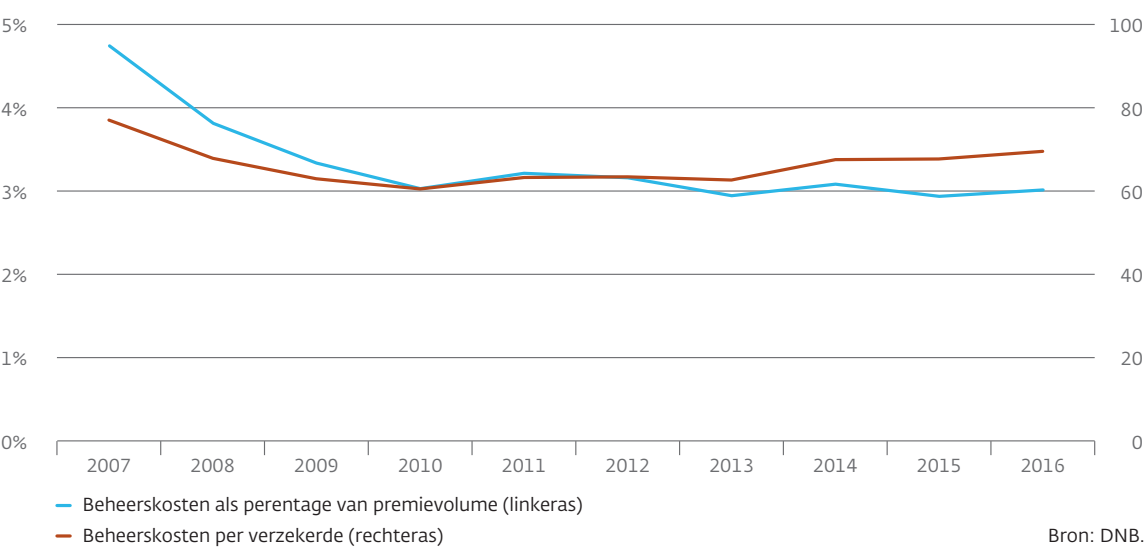
2006 gedaald en stabiliseren zich rond de 3% (zie grafiek 6). Ook de beheerskosten per verzekerde zijn lager dan bij aanvang van het stelsel, al is hier de laatste jaren een lichte stijging zichtbaar, mede als gevolg van de uitbreiding van het takenpakket van zorgverzekeraars. Van elke euro aan nominale zorgpremie gaat momenteel 97 cent naar de zorg. De gemiddelde zorgverzekeraar opereert daarbij efficiënter dan de gemiddelde schadeverzekeraar, waarvoor een kostenratio (beheerskosten als percentage van de premie) van 30% gebruikelijk is.

Grafiek 5 Concentratieratio's gemeten naar activa (banken) en bruto premies (verzekeraars), 2017



Grafiek 6 Beheerskosten basisverzekering

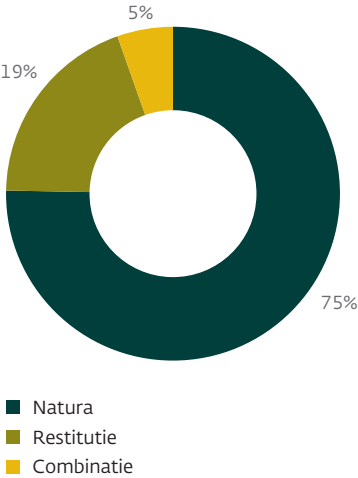
Als percentage van de premie (linkeras) en per verzekerde in EUR (rechteras)



Polissen

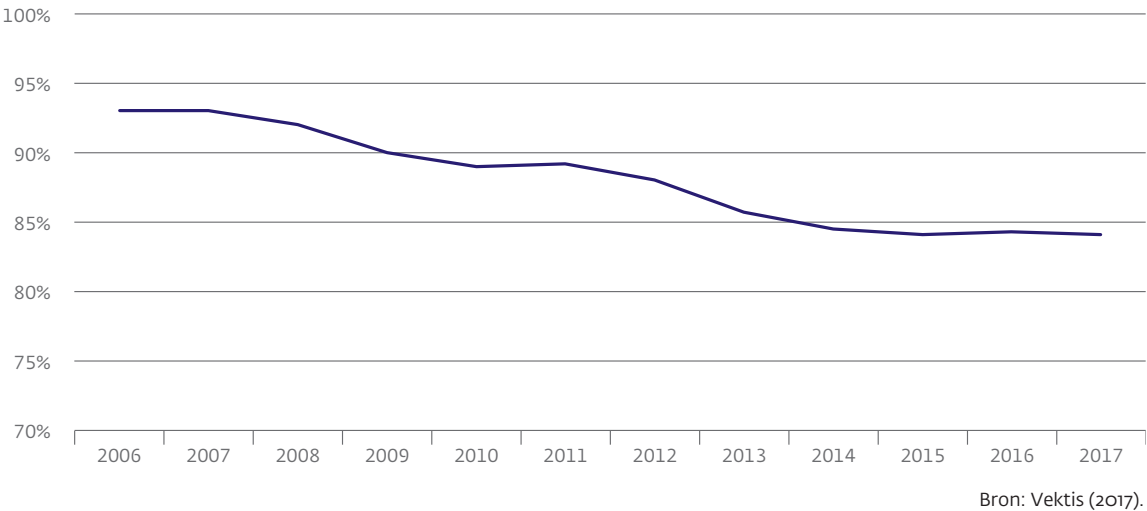
Verreweg de meeste verzekerden maken gebruik van een naturapolis (zie grafiek 7). Het aantal collectief verzekerden stabiliseert zich de laatste jaren rond 70%. Vier van de vijf verzekerden sluit naast de basisverzekering ook een aanvullende verzekering af, maar dit percentage is in elf jaar wel met bijna 10 procentpunt afgenomen (zie grafiek 8). Dit komt met name doordat verzekerden de aanvullende verzekering als te duur ervaren en hierdoor steeds kritischer kijken naar het type dekking dat ze daadwerkelijk nodig hebben. Daarnaast kiezen steeds meer verzekerden voor een extra, vrijwillig eigen risico bovenop het verplichte eigen risico van EUR 385 (zie grafiek 9); de ruime meerderheid (72%) hiervan opteert voor het maximale vrijwillig eigen risico van EUR 500.

Grafiek 7 Verdeling verzekerden naar type polis

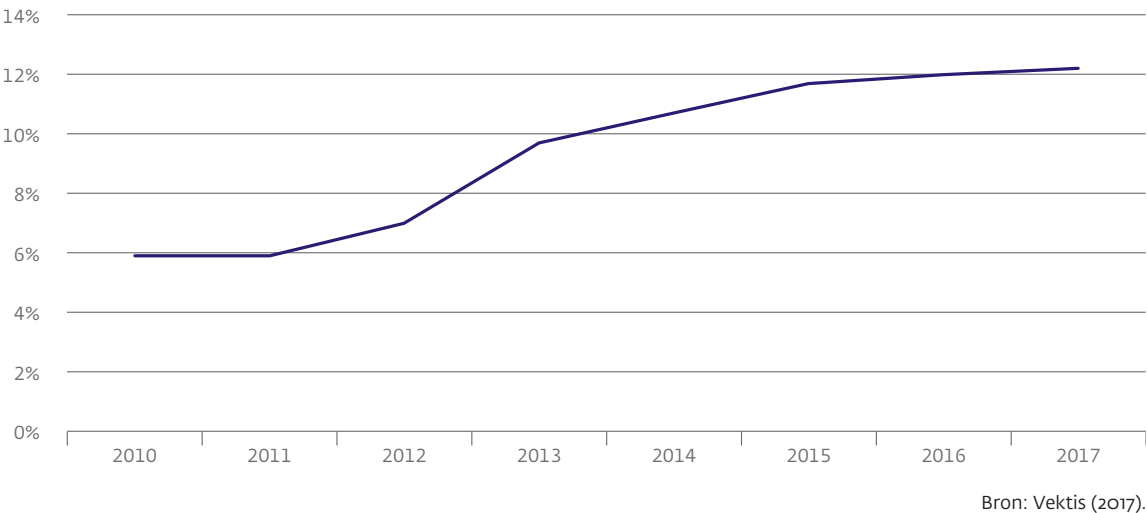


Grafiek 8 Percentage verzekerden met een aanvullende verzekering

21



Grafiek 9 Percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico

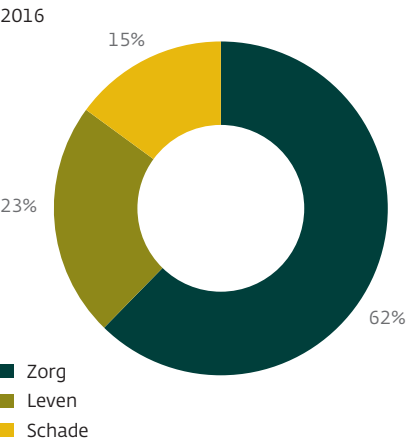


3.2 Omvang van de zorgverzekeringssector

Het totale premievolume van de Nederlandse zorgverzekeringssector bedraagt circa EUR 42 miljard, wat overeenkomt met ongeveer 6% van het bbp (zie grafiek 10). Het leeuwendeel (90%) heeft betrekking op de basiszorg⁶; de rest op de aanvullend verzekerde zorg.

Binnen de Nederlandse verzekeringsmarkt is de zorgverzekeringssector verreweg de grootste: 62% van alle verzekeringspremies wordt betaald voor de zorgverzekering (zie grafiek 11).

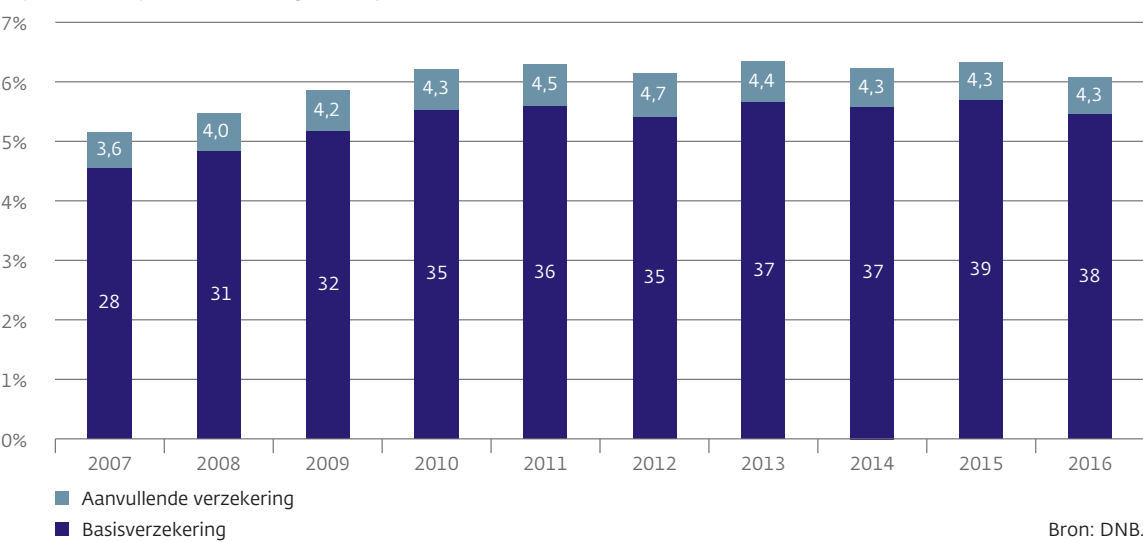
Grafiek 11 Relatieve omvang premievolume Nederlandse verzekeringsmarkt



Bron: DNB.

Grafiek 10 Premievolume zorgverzekeraars

In procenten bbp (linkeras), bedragen in miljard EUR (labels)



Bron: DNB.

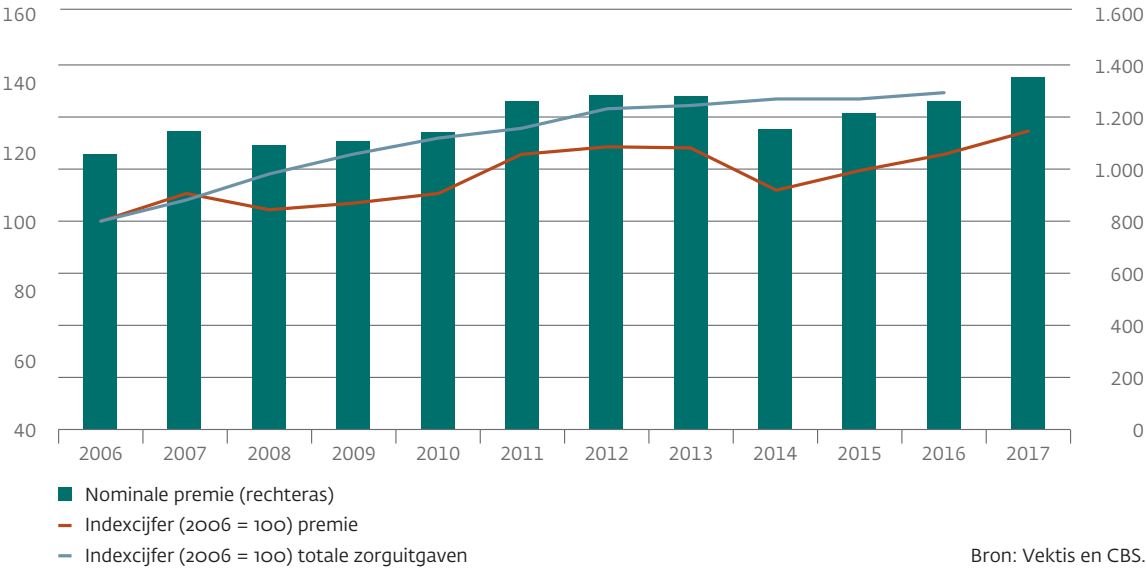
6 Zoals aangegeven in box 1 bestaat grofweg de helft van het premievolume voor de basisverzekering uit nominale premies en andere eigen betalingen. De andere 50% bestaat uit de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen.

De gemiddelde nominale premie is gestaag gestegen sinds de invoering van het zorgverzekeringsstelsel (zie grafiek 12). De nominale premie volgt veelal de ontwikkelingen in de zorgkosten, maar stijgt minder hard. Sinds 2012 hebben meerdere ontwikkelingen een neerwaarts effect gehad op de premie, zoals de hoofdlijnenakkoorden, de verhoging van het eigen risico, de toegenomen doelmatige inkoop

en risicodragendheid van zorgverzekeraars en de inzet van in het verleden behaalde resultaten. Daartegenover staat de opwaartse premiedruk van de recente overheveling van wijkverpleging en de langdurige GGZ naar de Zvw (basispakket), de opkomst van dure geneesmiddelen en de aantrekkende economie⁷.

Grafiek 12 Ontwikkeling nominale premie basisverzekering

Gemiddelde premie in EUR (rechteras) en indexcijfers premie en totale zorguitgaven (linkeras)



7 Zie onder meer de studies van Gupta Strategist (Zorg in het Kielzog van de Economie, 2013) en het CPB (Een raming van de zorguitgaven 2018-2021) voor de relatie tussen economische groei en zorgkosten.

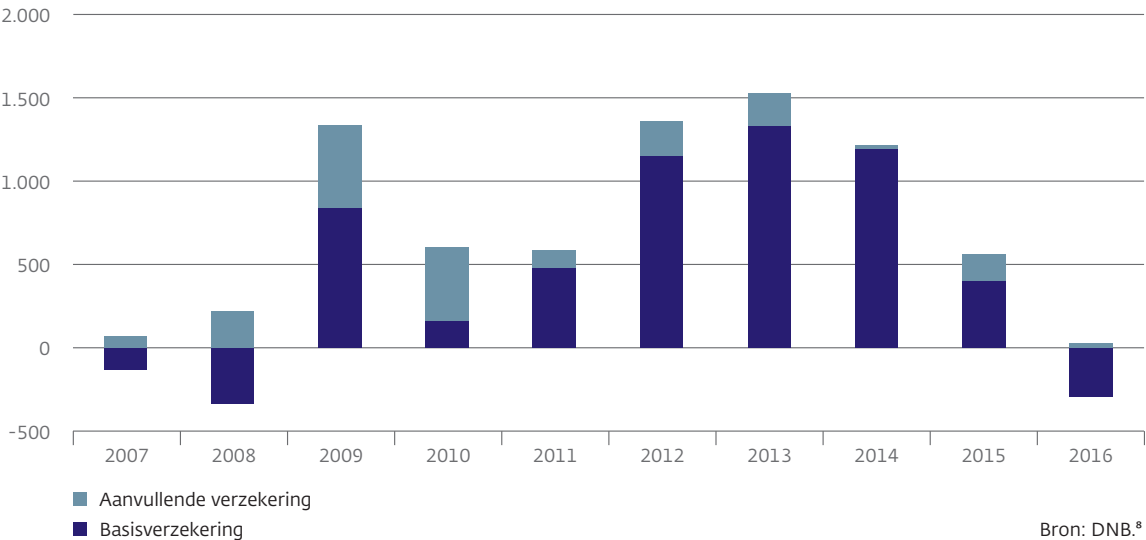
3.3 Winstgevendheid van de zorgverzekeringssector

De resultaten van de Nederlandse zorgverzekeraars vertonen een volatiel verloop (zie grafiek 13). In de eerste jaren na de introductie van de Zvw leden de zorgverzekeraars verlies, veelal omdat zij marktaandeel trachtten te winnen met lage premies. Dit werd deels gefinancierd met de goede resultaten uit de aanvullende zorgverzekering. Daarna brak een periode aan met positieve resultaten op zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering. Recent neemt de winstgevendheid van de basis-

verzekering echter nadrukkelijk af en staat ook het resultaat op de aanvullende zorgverzekering onder druk door veranderend klantgedrag: steeds meer mensen sluiten alleen een aanvullende verzekering af als zij verwachten ook daadwerkelijk van deze zorg gebruik te maken (zie ook hoofdstuk 5.2.2). Zorgverzekeraars zijn voor hun behaalde resultaat afhankelijk van het verzekeringstechnische resultaat en van de beleggingsopbrengsten (zie grafiek 14). Het verzekeringstechnisch resultaat is de resultante van de premie-inkomsten minus de zorg- en beheerskosten. Sinds 2013 is het verzekerings-

Grafiek 13 Netto resultaat zorgverzekeraars uitgesplitst naar basis- en aanvullende verzekering

In miljoen EUR



Bron: DNB.⁸

8 Met de introductie van Solvency II ontvangt DNB geen afzonderlijke gegevens over de resultaten van basis- en aanvullende verzekeringen. De cijfers voor 2016 zijn afgeleid van gegevens uit de jaarrekeningen van zorgverzekeraars.

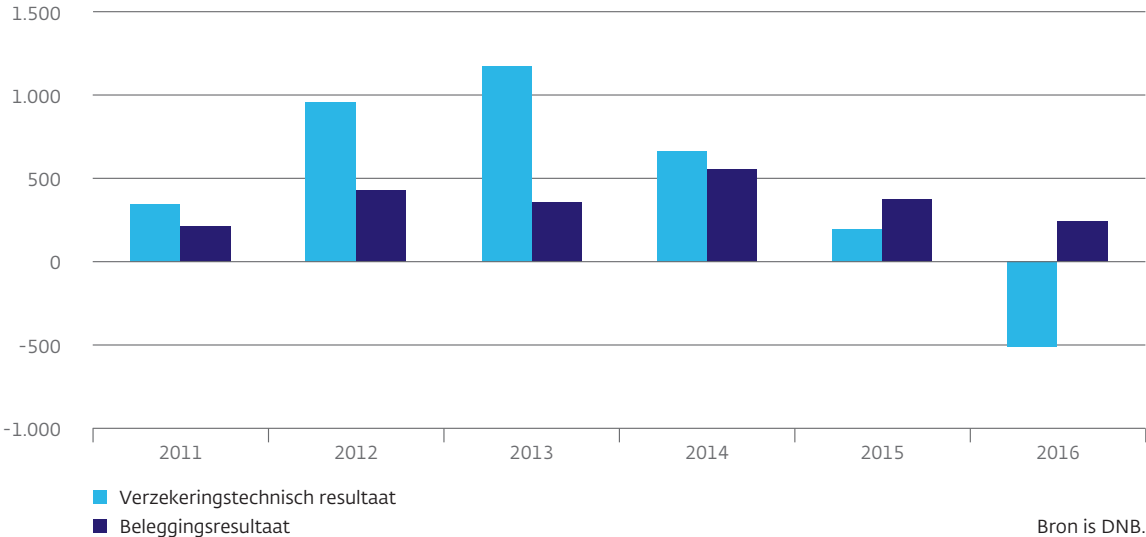
technisch resultaat fors gedaald, mede omdat zorgverzekeraars de hoogte van de premie hebben gedrukt uit concurrentieoverwegingen en onder maatschappelijke druk. Zorgverzekeraars hebben daarbij in het verleden behaalde resultaten ingezet om premiestijgingen te dempen en daarmee eerder behaalde winsten deels teruggegeven aan de verzekerden (zie box 5). Daarnaast zijn de resultaten uit de risicoverevening vanaf 2015 afgenomen. Als gevolg van deze ontwikkelingen is in 2016 het totale netto resultaat voor het eerst sinds 2008 weer negatief.

Zorgverzekeraars ontvangen doorgaans eerst de premies en hoeven pas later de zorgkosten te betalen. Hierdoor beschikken ze over tijdelijke middelen (vermogen) dat zij in de tussentijd

beleggen. De eventuele opbrengsten van deze beleggingen kunnen worden aangewend om het eigen vermogen te versterken en/of de premie te verlagen. Het totale belegd vermogen bedraagt ruim EUR 15 miljard eind 2016. Hierbij staat liquiditeitsmanagement in de regel centraal. De beleggingsportefeuille bestaat over het algemeen uit liquide middelen en niet-complexe beleggingen zoals kredietwaardige staatsobligaties, met recentelijk een lichte verschuiving naar meer zakelijke waarden zoals aandelen en bedrijfsobligaties. Door te beleggen in liquide waarden, kan snel geld beschikbaar zijn wanneer dat nodig is, bijvoorbeeld om aan (onverwachte) tegenvallers te voldoen. Ook kan een liquiditeitsbuffer (deels) worden aangewend wanneer investeringsmogelijkheden in de zorg zich voordoen.

Grafiek 14 Verzekeringstechnisch en beleggingsresultaat zorgverzekeraars

In miljoen EUR



Bron is DNB.

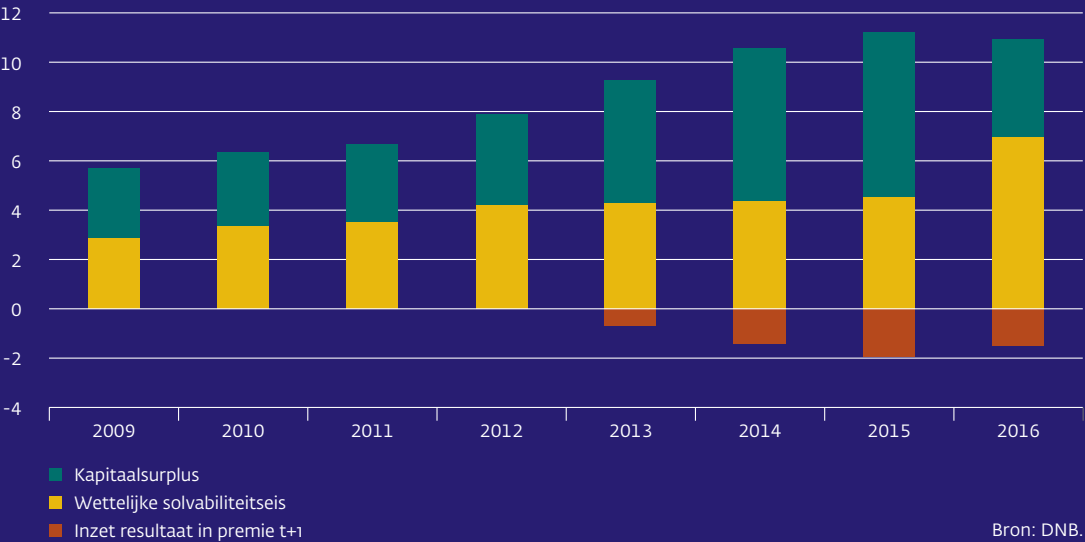
Box 5 Inzet in het verleden behaalde resultaten in premies

Het eigen vermogen van de zorgverzekeraars is de afgelopen jaren toegenomen doordat zij behaalde positieve resultaten hieraan hebben kunnen toevoegen. Een deel van het eigen vermogen moet ter dekking van de wettelijke solvabiliteitseis worden aangehouden. De kapitaaleis is met ingang van Solvency II in 2016 met circa EUR 2,5 miljard gestegen (zie grafiek 15). Daarnaast hanteren zorgverzekeraars een eigen interne normsolvabiliteit boven de wettelijke eis om te voorkomen dat zij bij een tegenvaller direct onder de kapitaaleis zakken. De hoogte van deze veiligheidsmarge is een keuze van de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren in totaal circa EUR 5,5 miljard van hun resultaat ingezet voor premiedemping. Dit was mogelijk dankzij de meevallende verzekeringstechnische resultaten in de jaren na 2010 (zie grafiek 14). Mede hierdoor is het kapitaalsurplus boven de wettelijke kapitaalseis in 2016 afgenomen tot bijna EUR 4 miljard en komt de solvabiliteitsratio dichterbij de eigen interne normsolvabiliteit van zorgverzekeraars.

Grafiek 15 Samenstelling eigen vermogen en inzet resultaat in premie

In miljard EUR



Bron: DNB.

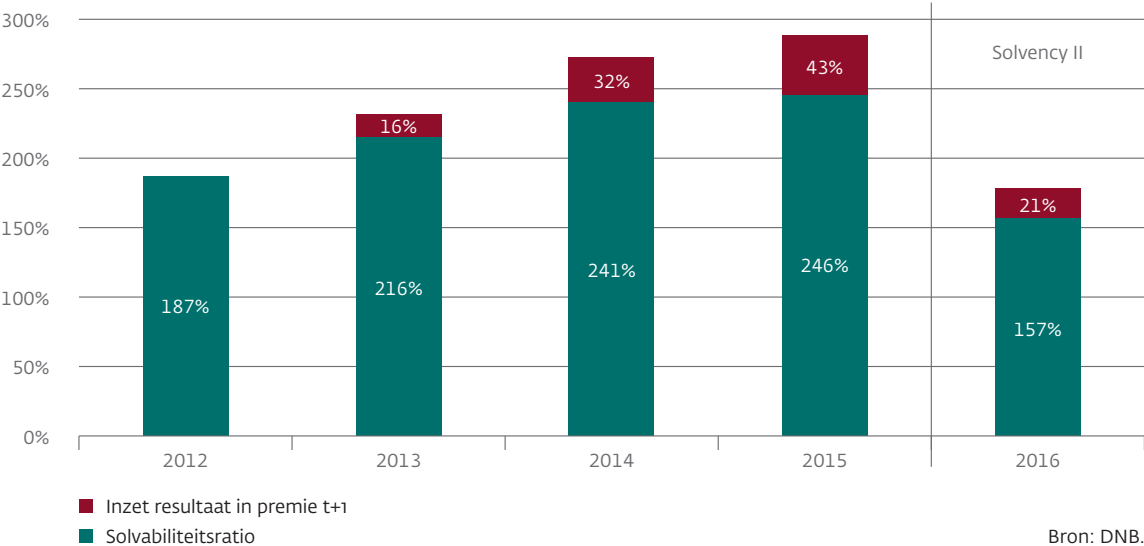
Ondanks dat zorgverzekeraars hun behaalde resultaten inzetten in de premie, neemt het eigen vermogen echter nauwelijks af. Dit is het gevolg van meevallers, onder andere uit de risicoverevening, die zich gedurende het jaar manifesteren, waardoor de gevormde verliesvoorziening voor een groot deel vrijvalt ten gunste van het resultaat. Per saldo daalt het eigen vermogen zodoende minder dan dat zorgverzekeraars voorafgaand aan het jaar, bij het vaststellen van de premie voor het komende jaar ($t+1$), veronderstellen.

3.4 Solvabiliteit van de zorgverzekeringssector

Om de polishouder en andere belanghebbenden te beschermen gelden er solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars. Doel hiervan is te voorkomen dat het voortbestaan van de instelling en de rechten van de polishouder direct in het geding komen bij onvoorziene financiële tegenslag. Afgezet tegen deze wettelijke solvabiliteitseisen is de financiële positie van de zorgverzekeraars over de gehele linie toereikend, maar er zijn wel forse verschillen tussen individuele zorgverzekeraars. De invoering van Solvency II in 2016 heeft geleid

tot een hogere solvabiliteitseis. Daarmee hebben de zorgverzekeraars al in de aanloop naar Solvency II rekening gehouden (zie box 6 voor meer informatie over Solvency II). Eind 2016 bedraagt de gemiddelde solvabiliteitsratio 157%; dat is lager dan in eerdere jaren (zie grafiek 16). Deze daling van de solvabiliteitsratio vloeit voornamelijk voort uit de nieuwe, risicogebaseerde Solvency II-eisen waarmee de solvabiliteit wordt beoordeeld. Daarbij is de kapitaalpositie van de zorgverzekeraars in de afgelopen jaren geslonken omdat ze een deel van hun behaalde resultaten hebben aangewend om de premies te dempen.

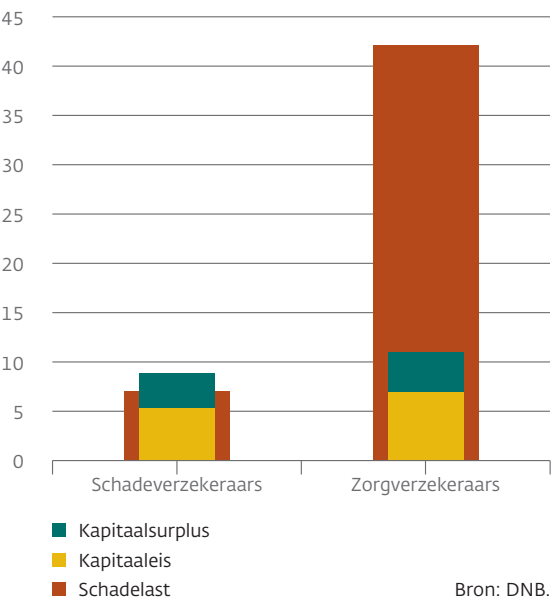
Grafiek 16 Solvabiliteitsratio zorgverzekeraars



Het eigen vermogen van zorgverzekeraars komt overeen met ongeveer een kwart van de jaarlijkse schadelast (zie grafiek 17). In de praktijk betekent dit dat in de meest extreme situatie zorgverzekeraars drie maanden lang de declaraties van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders kunnen blijven doorbetalen zonder dat er premiegelden binnenkomen. Ter vergelijking: het eigen vermogen van schadeverzekeraars bedraagt 1,3 keer de jaarlijkse schadelast die zij uitkeren. Het eigen vermogen van zorgverzekeraars is ten opzichte van andere schadeverzekeraars dus relatief laag, afgezet tegen de jaarlijkse schadelast.

De verklaring hiervoor ligt in de specifieke context waarin zorgverzekeraars opereren. Zo kent de basiszorg een systeem van risicoverevening en is de uit te keren schadelast relatief goed voorspelbaar in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld met betrekking tot chronisch zieken. Daarnaast kunnen schadeverzekeraars bij catastrofes een hoge rekening gepresenteerd krijgen, terwijl er voor zorgverzekeraars een wettelijk vangnet is ter compensatie van een deel van de financiële schade bij calamiteiten (zoals een aardbeving of pandemie). De erkenning van het risicovereveningsstelsel in de kapitaaleis onder Solvency II zorgt tot slot voor een verdere verlaging van het verplicht aan te houden kapitaal ten opzichte van andere schadeverzekeraars.

Grafiek 17 Eigen vermogen in verhouding tot de jaarlijkse schadelast
In miljard EUR



Bron: DNB.

Box 6 Solvency II

Solvency II, het nieuwe prudentiële toezichtkader dat in 2016 in werking is getreden, verandert het prudentieel toezicht en de wijze waarop (zorg)verzekeraars werken en beslissingen nemen. De voornaamste wijzigingen hebben betrekking op de volgende gebieden:

- **Risicogebaseerde kapitaaleisen.** De kapitaaleisen zijn gebaseerd op het onderliggende risico van een activiteit. Dit stimuleert verzekeraars tot een scherper risicobeheer. Gegeven de risicomitigerende werking van het risicovereveningsmodel mogen Nederlandse zorgverzekeraars een afslag toepassen op de Europese solvabiliteitseis, waardoor de wettelijke solvabiliteitseis voor Nederlandse zorgverzekeraars gemiddeld genomen circa 40% lager uitvalt (ten opzichte van andere private Europese zorgverzekeraars).
- **Marktgebaseerde waardering van bezittingen en verplichtingen.** Balansen van verzekeraars worden onder de nieuwe regelgeving zoveel mogelijk op marktbasis gewaardeerd. Gevolg is dat de balans een reëlere afspiegeling is van de daadwerkelijke financiële positie, maar ook dat verzekeraars gevoeliger zijn voor marktontwikkelingen.
- **Governance & risicomanagement.** Solvency II eist versterking van de governance (bijvoorbeeld via de zogenoemde sleutelfuncties) en het risicobeheer. Verzekeraars moeten daarnaast periodiek een inschatting maken van de risico's en verwachtingen in diverse scenario's via de Own Risk and Solvency Assessment (ORSA).
- **Externe rapportage.** Meer uitgebreide rapportages vergroten de transparantie in de sector en geven een beter beeld van de financiële gezondheid en het risicomanagement van een verzekeraar. Hierdoor kunnen analisten, investeerders en andere belanghebbenden een beter beeld krijgen van de financiële positie van een verzekeraar.
- **Harmonisatie regelgeving.** Met de invoering van Solvency II is een belangrijke stap gezet in de verdere harmonisatie van de regelgeving binnen Europa. Dit kan leiden tot bijvoorbeeld meer grensoverschrijdende activiteiten van verzekeraars.

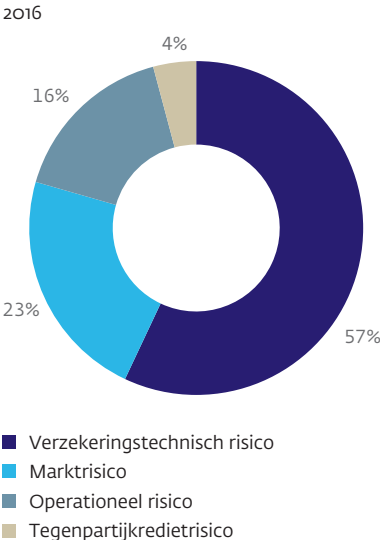
Solvabiliteitseisen

Met de introductie van Solvency II zijn de kapitaaleisen risicogebaseerd. Dit betekent dat het vereiste kapitaal voor iedere zorgverzekeraar apart wordt bepaald op basis van fluctuaties in de schadelast en de daadwerkelijke risico's die een zorgverzekeraar loopt (zie box 7). De opbouw van de wettelijke solvabiliteitseis verschilt per zorgverzekeraar en is gemiddeld genomen als volgt:

- Circa 60% van de solvabiliteitseis is ter dekking van onvoorziene tegenvallers in de schadelast en een mogelijk verkeerde bepaling van de premie: het verzekeringstechnisch risico (zie grafiek 18).
- Een kwart is ter dekking van het marktrisico van risicodragende beleggingen en het kredietrisico op debiteuren.
- Het restant is ter dekking van operationele risico's, zoals verliezen door inadequate of falende interne procedures, personeel of systemen.

In vergelijking met de opbouw van de wettelijke solvabiliteitseis van schadeverzekeraars zijn er twee belangrijke verschillen. Voor schadeverzekeraars is de solvabiliteitseis voor het verzekeringstechnisch risico hoger dan voor zorgverzekeraars: 69% versus 57%. Dit komt onder meer omdat schadeverzekeraars harder geraakt kunnen worden door catastrofes, die onvoorspelbaar zijn en grotere fluctuaties in het vermogen veroorzaken. De solvabiliteitseis voor het operationele risico van schadeverzekeraars is daarentegen veel lager dan bij zorgverzekeraars (4% versus 16% van de kapitaaleis). Onder Solvency II

Grafiek 18 Gemiddelde samenstelling wettelijke solvabiliteitseis zorgverzekeraars



Bron: DNB.

worden operationele risico's namelijk gekoppeld aan de omvang van een verzekeraar (gemeten naar premievolume): falende interne processen of systemen hebben in dat geval immers een grotere impact.

Box 7 Risico's zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars staan bloot aan verschillende risico's, waarvoor kapitaal moet worden aangehouden. Dit betreft onder meer:

- onvoorziene tegenvallers in de zorgkosten
- onvoorziene tegenvallers in de vereveningsbijdrage
- onvoorziene verlieslatende premie op geboden verzekeringsproducten
- waardevermindering van de beleggingsportefeuille
- debiteurenrisico als gevolg van een faillissement van een huisbank
- debiteurenrisico als gevolg van een faillissement van een (voorgefinancierde) zorgaanbieder
- de operationele en reputationele gevolgen van falende processen en IT systemen, (interne) fraude en cybercrime

In de afgelopen jaren hebben bovengenoemde risico's, met uitzondering van een faillissement van een huisbank, zich één of meerdere malen gemanifesteerd bij (diverse) zorgverzekeraars.

4 Ontwikkelingen in de zorgverzekeringssector

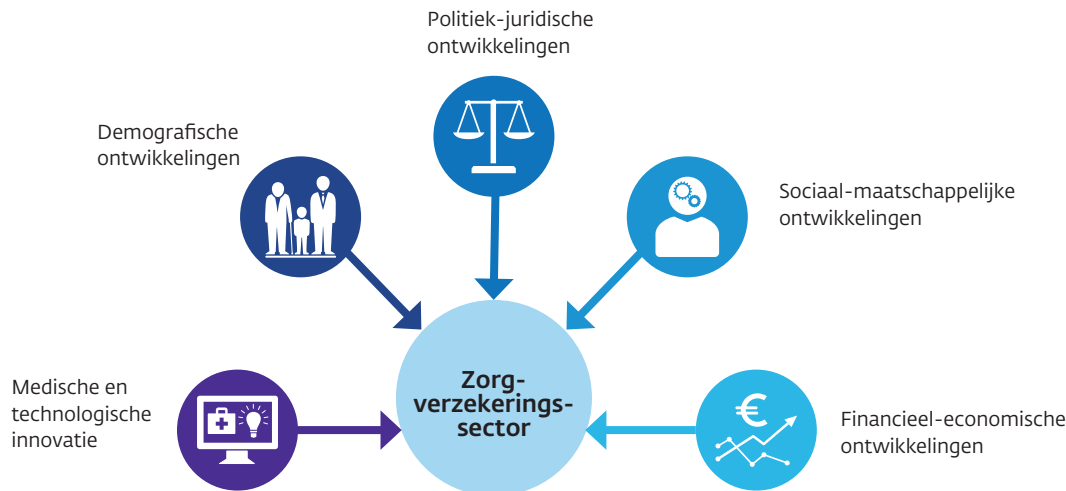
Meerdere ontwikkelingen zijn van invloed op de zorgverzekeringssector in de komende jaren. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de omgeving waarin zorgverzekeraars opereren en brengen kansen, risico's en beperkingen voor zorgverzekeraars met zich mee. DNB signaleert op basis van gesprekken met marktpartijen en externe studies de volgende belangrijkste ontwikkelingen:



1. Medische en technologische ontwikkelingen

Nieuwe behandelmethoden, medische instrumenten en medicijnen, maar ook technologische ontwikkelingen in het algemeen, hebben een grote impact op het zorglandschap en daarmee ook op zorgverzekeraars. Voorbeelden hiervan

zijn de introductie van nieuwe geneesmiddelen, innovaties op het terrein van e-health (zorg op afstand) en meer inzicht in gezondheidskenmerken van verzekerden door het gebruik van big data. Zowel zorgverlening als de dienstverlening van een zorgverzekeraar kan hierdoor steeds beter aansluiten bij de individuele medische situatie en behandelwensen van de polishouder. Ook kunnen zorgverzekeraars met de verbeterde dataverzameling- en analyse een scherper inzicht krijgen in de resultaten van behandelingen. Digitalisering maakt het ook mogelijk dat de verzekerde meer het heft in eigen hand kan nemen bij zijn gezondheid. Het effect van deze innovaties op de zorgkosten is tweeledig. Nieuwe toepassingen die de traditionele zorg ontlasten en de kwaliteit/efficiëntie van de zorg verhogen, kunnen kostenbesparend werken. Maar in andere gevallen zullen dure nieuwe behandelmethoden of medicijnen leiden tot opwaartse druk op de zorgkosten.





2. Demografische ontwikkelingen

Met de voortgaande vergrijzing neemt de zorgbehoefte toe. Tegelijkertijd hebben patiënten steeds vaker meerdere aandoeningen en neemt het aantal ziektes met een chronisch karakter toe. Meer mensen hebben hierdoor langer en meer complexe zorg nodig. Dit zal een opwaartse druk op de zorguitgaven en risicosolidariteit leggen (zie hiervoor ook de ramingen van het CPB⁹).



3. Politiek-juridische ontwikkelingen

Goede, betaalbare en toegankelijke zorg staat politiek en maatschappelijk hoog in het vaandel. Dit resulteert in veel verschillende plannen en ideeën voor de zorg en daarmee ook in regelmatig veranderend beleid en aanpassing van de wet- en regelgeving. Deze veranderingen hebben grote invloed op het speelveld waarin zorgverzekeraars opereren en op hun bedrijfsvoering. Voorbeelden hiervan zijn de afbouw van de ex-post verevening, de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden, de bevroering van het eigen risico en de overheveling van zorg naar de Zvw uit andere domeinen (zie box 8 voor andere voorbeelden).



4. Sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen

Verzekerden en patiënten stellen steeds hogere eisen aan de zorgverlening, dienstverlening en transparantie. Ook willen mensen meer grip op hun eigen gezondheid en zorg. Tegelijkertijd verandert het gedrag van verzekerden, in het bijzonder voor de aanvullende zorgverzekeringen. Steeds meer mensen kiezen alleen een aanvullende polis als zij zeker weten een beroep te doen op dergelijke extra verzekerde zorg. De stijgende zorgkosten zetten de discussie over de verdeling van de zorgkosten en solidariteit binnen de zorg verder op scherp (zoals de bereidheid te betalen voor mensen met een 'ongezonde' levensstijl). Opvallend is verder dat verzekerden doorgaans tevreden zijn over de dienstverlening van hun eigen zorgverzekeraar¹⁰, maar tegelijkertijd lang niet altijd de indruk hebben dat de verzekeraar/verzekeringssector als geheel opkomt voor hun belangen.



5. Financieel-economische ontwikkelingen

Met de aantrekkende economie neemt de zorgconsumptie toe en stijgen de lonen en

⁹ Relevante studies van het CPB zijn onder meer: 'Een raming van de zorguitgaven 2018-2021' (2016), 'Financiering van de zorg op de lange termijn' (2016) en 'Trends in gezondheid en zorg' (2011).

¹⁰ Zie onder meer de jaarlijkse Zorgmonitor van de Consumentenbond (2017). Ook uit onderzoek van DNB blijkt dat de gemiddelde Nederlander tevreden is over de geboden dienstverlening: 72% ervaart die als gemiddeld of goed en 7% zelfs als heel goed. Positieve elementen in de dienstverlening zijn de service, advies en snelle afhandeling van declaraties.

werkgelegenheid in de zorg. De lage rente omgeving maakt het daarnaast lastig om goede rendementen te halen op (laag-risico/korte termijn) investeringen. Tegelijkertijd vermindert het ex-post karakter van het risicovereveningssysteem en gaan de zorgverzekeraars steeds meer risico's zelf dragen. Tot slot zijn er steeds meer mogelijkheden om financiële en medische data te verzamelen en te analyseren, waardoor de kwaliteit en kostprijzen van zorgaanbieders inzichtelijker kunnen worden gemaakt. Dit biedt kansen voor zorgverzekeraars om betere zorg tegen scherpere prijzen in te kopen.

Box 8 Veranderende wet- en regelgeving in de zorgverzekeringssector

Veranderingen in de wet- en regelgeving beïnvloeden de speelruimte en bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. Een paar voorbeelden:

- De overheveling van de wijkverpleging en langdurige GGZ naar de Zvw. Voorheen viel deze zorg onder de voormalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (voorloper Wlz).
- De wijziging van de bekostigingssystematiek voor MSZ en GGZ van dbc-zorgproducten naar dot-zorgproducten.
- De wettelijke doorzettingsmacht van het Zorginstituut Nederland om de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden over te nemen.
- De discussie over de verplichting voor een zorgverzekeraar om een adequaat deel van de zorgkosten te vergoeden aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Een voorstel om deze verplichting af te schaffen is in 2014 afgewezen.
- Het wetsvoorstel voor een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars, dat momenteel bij de Eerste Kamer ligt.
- Privacywetgeving (die kan botsen met informatie-uitwisseling en/of big data toepassingen in het belang van de verzekerden).

5 Impact van de ontwikkelingen op zorgverzekeringssector

36

In de analyse en evaluatie van de impact van de ontwikkelingen maakt DNB onderscheid naar de twee rollen die zorgverzekeraars vervullen: financiële onderneming (5.1) en regisseur in de zorg (5.2), conform hun maatschappelijke en wettelijke taak bij te dragen aan betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg.

5.1 Impact op zorgverzekeraars als financiële onderneming

Een combinatie van politiek-juridische en financieel economische ontwikkelingen kan een grote impact hebben op de financiële positie en daarmee de stabiliteit van zorgverzekeraars. Hierbij is zowel het niveau als de volatiliteit van de kapitaalpositie van belang.

Kapitaalpositie

Zorgverzekeraars worden met meer regels geconfronteerd en de toezichtdruk is toegenomen. Met de invoering van het Solvency II-toezichttraamwerk heeft de zorgverzekeringssector grote stappen gezet op het gebied van beheerste bedrijfsvoering (zie box 6). De Solvency II kapitaaleisen sluiten nauwer aan bij de daadwerkelijke risico's van

zorgverzekeraars en maken de risico's beter zichtbaar. Per saldo zijn de kapitaaleisen daardoor wel toegenomen onder Solvency II en mede hierdoor is het kapitaalsurplus van zorgverzekeraars afgenomen. Daarbij hebben zorgverzekeraars de afgelopen jaren ook in het verleden behaalde resultaten ingezet om de premie van de basisverzekering te drukken.

De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om – waar nodig – de kapitaalbuffers in de toekomst te versterken, kan onder druk komen te staan door een wettelijk verbod op winstuitkering¹¹. Alhoewel dividendinhouding op korte termijn helpt om buffers op peil te houden, kan een wettelijk verbod de herstel mogelijkheden van zorgverzekeraars beperken doordat het aantrekken van intern kapitaal binnen een (zorg)verzekeringsgroep en/of extern kapitaal wordt bemoeilijkt.

Zorgverzekeraars dragen daarnaast steeds meer risico's zelf, doordat het ex-post karakter van het risicovereveningssysteem verder afneemt: er worden steeds minder kosten nagecalculeerd. De ex-ante bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen sluit voor bepaalde zorgsoorten echter (nog) niet goed aan bij de verwachte zorgkosten. De beperktere voorspellende waarde van het vereveningssysteem speelt onder meer voor zorg die recent

¹¹ Afhankelijk van de exacte uitwerking van het wetsvoorstel kunnen er ook directe gevolgen zijn voor de solvabiliteit en structuur van (zorg)verzekeringsgroepen. Zie hiervoor ook de analyse van DNB over de mogelijke gevolgen van het wetsvoorstel voor de solvabiliteit dat naar de Eerste en Tweede Kamer is gestuurd (Reactie DNB op verzoek minister van Financiën inzake initiatiefwetsvoorstel verbod op winstuitkering zorgverzekeraars).

is overgeheveld naar de Zvw. Dit leidt tot extra onzekerheid in het bedrijfsresultaat.

De inschatting van de verzekeringstechnische risico's is daarnaast ook van invloed op de volatiliteit van het bedrijfsresultaat en de financiële positie. Ondanks verbeteringen in de ramingen, blijft het correct inschatten van de zorgkosten op onderdelen voor veel zorgverzekeraars lastig. In het bijzonder geldt dit voor geboortezorg, ambulancevervoer, GGZ en grensoverschrijdende zorg. Daarnaast hebben zorgverzekeraars meer moeite met het inschatten van de kosten van nieuwe zorgsoorten.

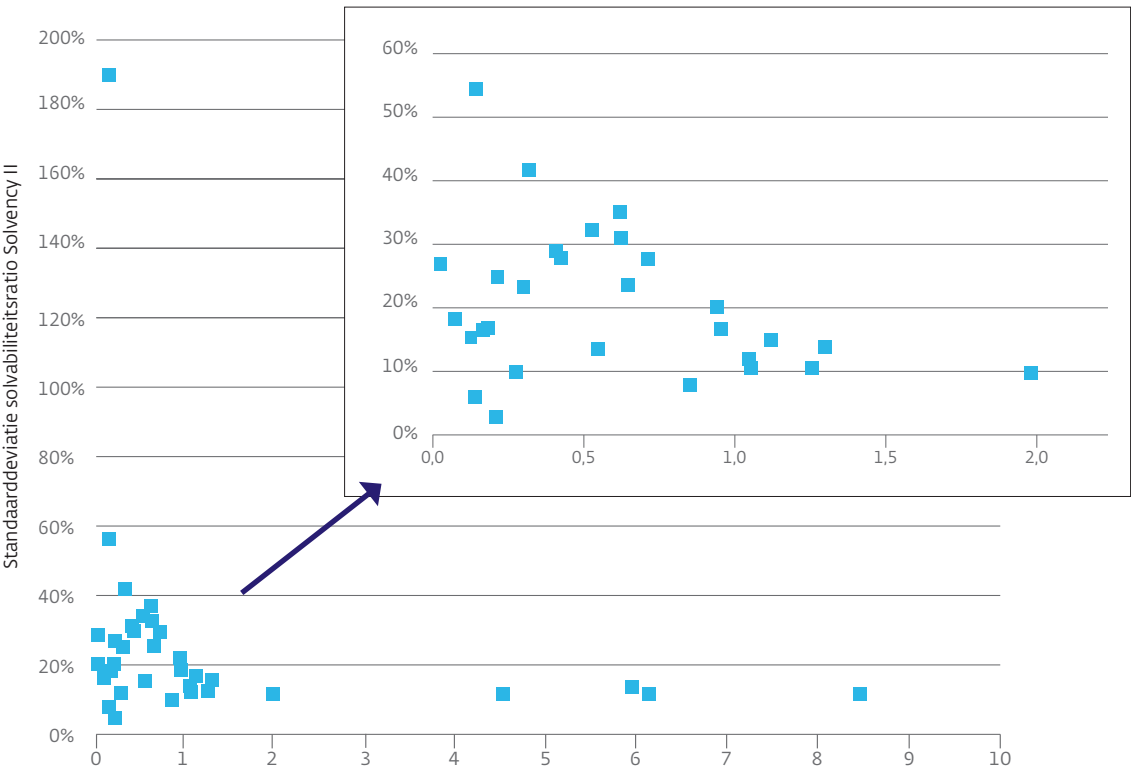
De afwijkingen komen mede doordat declaraties nog steeds een lange doorlooptijd hebben en schadejaren in bepaalde gevallen met een vertraging van twee tot drie jaar worden afgerekend. Ook de bijdragen uit het vereveningsmodel vormen hierbij een inherent risico: deze zijn met onzekerheid omgeven en kunnen met terugwerkende kracht achteraf worden aangepast zodra er meer zicht komt op de daadwerkelijk geleverde zorg (productie) uit voorgaande jaren. Alhoewel de resultaten uit de risicoverevening tussen zorgverzekeraars onderling fors van elkaar kunnen verschillen, hebben deze in de afgelopen jaren in algemene zin geleid tot meevallers bij zorgverzekeraars. Sinds 2015 laten deze resultaten echter een dalende lijn zien.

De afgelopen jaren is het dan ook voorgekomen dat zorgverzekeraars een boekjaar verlieslatend afsloten en ook onder de wettelijke solvabiliteitseis zijn gezakt door een onjuiste initiële inschatting van de zorgkosten en/of vereveningsbijdrage. Uit de eigen gevoeligheidsanalyses van zorgverzekeraars blijkt dat de kapitaalpositie met 4 à 7 procentpunten daalt als de zorgkosten 1% hoger uitvallen. Relatief kleine tegenvallers in de zorgkosten leiden dan ook tot aanzienlijke dalingen in de solvabiliteit van zorgverzekeraars.

Deze ontwikkelingen zetten druk op de kapitaalpositie van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben hun huidige kapitaalbuffers dan ook hard nodig om de volatiliteit in het bedrijfsresultaat op te vangen. Vooral bij kleinere en middelgrote zorgverzekeraars blijkt de kapitaalpositie relatief volatiel (zie grafiek 19)¹². Bij grotere zorgverzekeraars is de kapitaalpositie stabiel, onder meer omdat zij gezien hun omvang minder gevoelig zijn voor concentratierisico's (bijvoorbeeld als gevolg van een onevenwichtige verzekerdenportefeuille). Tot slot kan de volatiliteit van de kapitaalpositie toenemen omdat de balans onder Solvency II zoveel mogelijk op marktbasis worden gewaardeerd. Gevolg is dat verzekeraars hiermee gevoeliger zijn geworden voor marktonwikkelingen.

¹² Eenzelfde beeld ontstaat wanneer gekeken wordt naar de volatiliteit op concernniveau: kleine concerns hebben een volatielere kapitaalpositie ten opzichte van grote concerns.

Grafiek 19 Bewegelijkheid solvabiliteitsratio afgezet naar omvang zorgverzekeraar
Premievolume per jaar in miljard EUR



Evaluatie

Een stabiele zorgverzekeringsector is gebaat bij zorgverzekeraars die hun kapitaalpositie op peil houden. Dat voorkomt dat zij de premie fors moeten verhogen bij (onverwachte) tegenvallers. Een forse premieverhoging kan bovendien gepaard gegaan met een uitstroom van verzekerden en dit kan de houdbaarheid van het bedrijfsmodel onder druk zetten.

Een robuust, passend en uitlegbaar kapitaalbeleid is daarom nodig, toegesneden op de specifieke risico's waaraan individuele zorgverzekeraars bloot staan. Onder Solvency II kunnen verzekeraars de eigen risico's beter inschatten en kapitaaleisen toesnijden op specifieke risico's. Zorgverzekeraars kunnen hierbij ook de mogelijkheden betrekken om ondernemingsspecifieke parameters en/of een intern

model te ontwikkelen voor de berekening van de kapitaaleis, onder de voorwaarden die Solvency II hieraan stelt¹³.

Gelet op de toenemende volatiliteit van de kapitaalpositie is daarnaast een verdere versterking van het risicomanagement van zorgverzekeraars wenselijk, waaronder een verbeterde inschatting van de schadelast. Daarbij helpt ook een verdere verbetering van het ex-ante risicovereveningsmodel en een snellere afwikkeling van declaraties en schadejaren. Daartegenover staat dat wijzigingen in wet- en regelgeving (zoals mogelijke overhevelingen naar de Zvw en/of aanpassingen in de verevening) bijdragen aan (tijdelijke) onzekerheid, wat het preventief aanhouden van hogere buffers in de hand kan werken.

Toezichthouders en beleidsmakers moeten er op hun beurt voor zorgen dat de (kapitaal)eisen blijven aansluiten op de daadwerkelijke risico's van zorgverzekeraars. Alle veranderingen in het speelveld voor de zorgverzekeraars vragen om een periodieke evaluatie en eventuele aanpassing van de kapitaaleisen op basis van nieuwe gegevens. Het is daarbij van belang om ook in Europees verband te blijven wijzen op de specifieke karakteristieken van de Nederlandse zorgverzekeringssector om passende kapitaaleisen te borgen. Het is tot slot ook aan de verschillende toezichthouders om hun

onderlinge samenwerking te verbeteren en daarmee de toezichtdruk voor zorgverzekeraars waar mogelijk te verlagen. Dit past binnen de bredere trend naar meer proportioneel toezicht.

5.2 Impact op zorgverzekeraars als regisseur in de zorg

5.2.1 Betaalbaarheid

De zorgkosten zullen de komende jaren naar verwachting fors stijgen. Dit wordt met name gedreven door demografische, sociaal-maatschappelijke, (medisch) technologische en financieel-economische ontwikkelingen. Het betaalbaar houden van de zorg is dan ook een grote uitdaging voor onder meer de zorgverzekeraars (zie box 9).

Zorgverzekeraars nemen in toenemende mate de regie en onderhandelen scherper met zorgaanbieders over de omvang, de kwaliteit en de prijs van de te leveren zorg. Verbeterde technieken voor dataverzameling en analyse bieden kansen voor zorgverzekeraars: met gerichte informatie kunnen zorgverzekeraars betere zorg tegen scherpere prijzen inkopen en hun dienstverlening aan verzekerden verbeteren. De inkooprelatie is de laatste jaren ook geprofessionaliseerd en zorgverzekeraars maken steeds vaker meerjarenafspraken met zorgaanbieders in de regio.

¹³ Solvency II biedt de mogelijkheid om, na goedkeuring van de toezichthouder en onder strikte voorwaarden, een eigen intern model en/of volatiliteitsparameters te gebruiken voor de berekening van de kapitaaleis, in plaats van het toepassen van de standaardformule.

Box 9 Rol zorgverzekeraars op het gebied van betaalbaarheid

Een van de doelen van de Zvw is de bewaking van de betaalbaarheid van de zorg, wat zich uit in een beheerste premieontwikkeling. De zorgverzekeraars stellen de premie vast en spelen daarmee een belangrijke rol bij het betaalbaar houden van de zorg in Nederland. Factoren die meespelen in de premiebepaling zijn: de kosten van de door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders ingekochte zorg; de hoogte van eigen betalingen zoals het eigen risico; de bedrijfskosten van de zorgverzekeraars; en de mate waarin zij hun financiële reserves inzetten om de premie te drukken (zie box 5).

Zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor het kostenniveau. Zij leveren immers de zorg waar behoefte aan is en maken daarmee de kosten. Door goed in te kopen voor hun verzekerden, kunnen zorgverzekeraars de prijzen drukken en daarmee de zorgkosten indammen. Zorgverzekeraars hebben echter slechts beperkt zicht op de daadwerkelijke kostprijzen van behandelingen en maken daarom veelal lumpsum- of plafondafspraken met zorgaanbieders. 'Te veel' geleverde zorg komt daarmee voor rekening van de zorgaanbieders.

Ook richting verzekerden pakken zorgverzekeraars een actievere rol, wat de betaalbaarheid van de zorg ten goede kan komen. Zorgverzekeraars adviseren en begeleiden verzekerden steeds meer bij de keuze voor een bepaalde behandeling en zorgaanbieder, verbetering van de levensstijl en zinnig en zuinig zorggebruik. De toenemende beschikbaarheid van gegevens over verzekerden en nieuwe ict-toepassingen, zoals apps voor sportieve activiteiten, stimuleren dit verder.

Verschillende ontwikkelingen kunnen zorgverzekeraars echter nog beperken in het zo goed mogelijk uitvoeren van de beoogde regierol. Gebrek aan kennis van en vertrouwen in de rol van zorgverzekeraars kunnen er toe leiden dat polishouders niet altijd de adviezen

van hun zorgverzekeraar over behandelingen en zorgaanbieders ter harte nemen – of zelfs niet weten dat ze voor deze adviezen bij zorgverzekeraars terecht kunnen. Daarnaast staat de verplichte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg op gespannen voet met het selectief inkopen van kwalitatief goede en betaalbare zorg. Als gevolg hiervan komt het sturen van verzekerden naar preferente zorgaanbieders met de beste zorg tegen de beste prijs nog maar in beperkte mate van de grond. Dit speelt met name in de wijkverpleging en de GGZ. In sommige gevallen kan de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg tevens fraude in de hand werken. Frauderende zorgaanbieders kunnen zich zonder contract onttrekken aan het zicht, kwaliteits- en materiële controles van zorgverzekeraars.

Dit maakt het detecteren van fraude in de declaraties lastiger¹⁴, terwijl de zorgaanbieder verzekerd is van een minimumvergoeding voor een behandeling. Anderzijds verlaagt de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wel de toetredingsdrempel voor zorgaanbieders, wat de concurrentie en innovatie in de zorg ten goede kan komen.

In de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden zijn verder afspraken gemaakt over de maximale jaarlijkse zorgkostenstijging. Dit heeft de afgelopen jaren bijgedragen aan de meer gematigde groei van de zorgkosten. Tegelijkertijd beperken deze afspraken de speelruimte van (individuele) zorgverzekeraars, doordat een belangrijk deel van de contracten met zorgaanbieders al min of meer is vastgelegd in de hoofdlijnenakkoorden. Dit speelt in het bijzonder indien er ruimte is voor krimp bij een zorgaanbieder, maar de zorgaanbieder op basis van het hoofdlijnenakkoord de daarin algemeen afgesproken groei 'claimt'.

Wijzigingen in beleid en wet- en regelgeving kunnen tot slot een kostenopdrijvend effect hebben voor zorgverzekeraars. Zo zijn er de afgelopen jaren verschillende zorgtaken overgeheveld naar het basispakket onder de Zvw en is de bekostigingssystematiek voor medisch specialistische zorg aangepast. Deze aanpassingen leiden ertoe dat zorgverzekeraars hun strategie, bedrijfsvoering en ICT-systemen regelmatig moeten aanpassen.

Evaluatie

De stijgende zorgkosten en de druk op betaalbaarheid van de zorg vormen een grote uitdaging. Het dwingt zorgverzekeraars om hun beoogde regierol nog beter op te pakken in de organisatie, coördinatie en samenwerking in de zorgketen. Selectief inkopen van zorg verbetert de prijs-kwaliteitverhouding en draagt bij aan een houdbaar bedrijfsmodel. Daarbij moeten verzekeraars kritisch kijken naar de effectiviteit van behandelingen (inzet op 'zinnige en zuinige zorg'/'gepaste zorg') en meer inzetten op preventie en advisering. Uit onderzoek van DNB blijkt dat een ruime meerderheid van de polishouders ook open staat voor advies van de zorgverzekeraar¹⁵.

Afspraken met zorgaanbieders over controles vooraf ('horizontaal toezicht') kunnen daarnaast onrechtmatigheden en fraude in de zorg voorkomen en daarmee de kosten drukken. De eerste initiatieven tot meerjarenafspraken en professionalisering van de relatie met zorgaanbieders zijn ook al opgestart; het is wenselijk dat dit wordt voortgezet. Daarentegen kan de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgverzekeraars beperken in hun rol, onder andere bij fraudebestrijding. Een goede due diligence op niet-gecontracteerde zorgaanbieders blijft daarom relevant. Aanpassingen in beleid en regelgeving hebben tot slot het takenpakket voor zorgverzekeraars vergroot, maar hun speelruimte verkleind. Dit beperkt zorgverzekeraars bij het invullen van hun beoogde taken.

¹⁴ Zorgaanbieders blijven te allen tijde wel onder het toezicht van de IGZ vallen en tevens gelden er eisen omtrent rechtmatigheid waar de NZa op toeziet.

¹⁵ Dit blijkt uit de enquête die DNB heeft gehouden onder leden van het CentERpanel van 16 jaar en ouder.

5.2.2 Productaanbod en toegankelijkheid

Veranderend klantgedrag en technologische ontwikkelingen hebben impact op het productaanbod en de dienstverlening van zorgverzekeraars. Het onderscheid tussen de verschillende basispolissen vervaagt en het accent verschuift van puur verzekeren naar aanvullende dienstverlening: advisering en preventie worden steeds belangrijker voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en beleidsmakers staan verder voor een fundamentele keuze over de aanvullende verzekering: deze dreigt haar toegevoegde waarde te verliezen en zet in toenemende mate druk op de financiële positie van zorgverzekeraars.

Basisverzekering

Ondanks een recente afname van het aanbod, kunnen polishouders nog altijd kiezen uit 58 verschillende polissen. De verschillen zijn echter klein en ook het onderscheid tussen de restitutiepolis en de naturapolis vervaagt. Toenemende technologische mogelijkheden bieden nieuwe kansen voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden én toegevoegde waarde te leveren voor verzekerden. Dankzij de verbeterde data-analyse krijgen zorgverzekeraars beter inzicht in kwaliteitsverschillen in de zorg en kunnen zij meer gericht advies geven aan polishouders over de benodigde zorg en een gezonde levensstijl. Dit geldt in het bijzonder voor collectieve verzekeringen, waar zorgverzekeraars afspraken kunnen maken met bijvoorbeeld werkgevers over gezonde levensstijl en/of effectieve reïntegratietrajecten bij ziekte. Een verdere differentiatie in het polisaanbod is mogelijk indien verzekerden hun zorgverzekeraar toestemming geven om privégegevens te gebruiken

voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en preventie, binnen de kaders van de Wet bescherming persoonsgegevens.

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering dreigt haar toegevoegde waarde te verliezen door veranderend klantgedrag. Verzekerden nemen een dergelijke verzekering alleen nog indien zij verwachten van deze zorg gebruik te maken. Hierdoor krijgt de aanvullende verzekering steeds meer het karakter van een 'abonnement' waarin de premie overeenkomt met de gemaakte zorgkosten. Het verzekeringsprincipe komt daardoor onder de druk te staan. De aanvullende polissen worden hierdoor veelal verlieslatend en kunnen op termijn zelfs verdwijnen. Op dit moment zien sommige zorgverzekeraars zich al genooddakt de dekking te verkleinen en/of medische selectie toe te passen voor aanvullende verzekeringen. Daarmee komt mogelijk ook de toegankelijkheid van de in deze polissen aangeboden zorg in het geding.

Evaluatie

Voor een efficiënte en maatschappelijk dienstbare verzekeringssector is een gedifferentieerd en transparant productaanbod gewenst. Om de dienstverlening te verbeteren en zich te onderscheiden nemen de zorgverzekeraars initiatieven op het gebied van advisering, begeleiding en preventie. Verdere stappen zijn echter wenselijk en met de verbeterde mogelijkheden tot dataverwerking kunnen zij hierbij ook beter aansluiten bij de individuele behoeften van verzekerden. Daarbij kunnen beleidsmakers

meer ruimte overwegen voor investeringen in preventie en mogelijkheden tot differentiatie. Als een verzekeringspolis bijvoorbeeld niet meer voor slechts één jaar wordt aangegaan, maar ook de mogelijkheid biedt voor een meerjarige verbintenis, dan vergroot dit de mogelijkheden om investeringen te doen die pas op termijn rendement opleveren. Zorgverzekeraars zouden bijvoorbeeld meerjarige (aanvullende) verzekeringen kunnen aanbieden waarin speciale gezondheidsprogramma's zijn opgenomen. Het volgen van dergelijke programma's of voldoen aan andere voorwaarden door de polishouder zou kunnen worden beloond met een premiekorting. Een nadeel van een meerjarige polis is dat het instrument 'stemmen met de voeten' aan kracht inboet, waardoor de concurrentiedruk op zorgverzekeraars kan afnemen.

De verminderde toegevoegde waarde van de aanvullende verzekering bedreigt de verzekerbaarheid van bepaalde risico's en de winstgevendheid van deze polissen voor zorgverzekeraars. Indien de aanvullende verzekering verdwijnt, dan komt de toegankelijkheid van bepaalde zorg in het gedrang. Daardoor kan druk ontstaan op beleidsmakers om deze zorg vervolgens op te nemen in de basisverzekering.

5.2.3 Kwaliteit

Medische en technologische ontwikkelingen vergroten de mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg te meten, te verhogen en daarmee ook de zorgkosten te beperken. Zorgverzekeraars vervullen steeds meer een sturende en faciliterende rol op het gebied van kwaliteit, mede gedreven door de hogere eisen die verzekerden stellen aan de kwaliteit van de zorg en dienstverlening (zie ook box 10).

Box 10 Rol van zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit

De levering van kwalitatief goede zorg is een van de doelen van de Zvw. Zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Zij leveren immers de zorg die gevraagd wordt door de patiënten. Tegelijkertijd zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het contracteren van de zorg en kunnen zij bij de zorginkoop eisen stellen aan de gewenste kwaliteit. Daarmee kunnen zorgverzekeraars 'druk' zetten op zorgaanbieders en stimuleren zij kwaliteitsverbetering en innovatie van de zorg. Hiervoor is het wel nodig dat er indicatoren zijn om het kwaliteitsniveau te meten. Tot op heden worden hiervoor vooral proces- en volume indicatoren gebruikt, maar uitkomstindicatoren die een beter beeld geven van de effectiviteit van een behandeling, worden steeds belangrijker. Ook is er meer aandacht voor een geïntegreerde (regionale) ketenaanpak van zorg en substitutie naar de eerste lijn, zoals de huisarts, om ervoor te zorgen dat zorg op de juiste plek geleverd wordt en daarmee de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg wordt vergroot.

Dit heeft ook geleid tot verdere specialisatie bij zorgaanbieders en naar verwachting zal deze trend de komende jaren doorzetten.

Patiënttevredenheid, uitkomstindicatoren en 'value based healthcare' spelen daarnaast een steeds grotere rol in de kwaliteitsmeting. Patiënten delen vaker hun ervaringen met zorgaanbieders via de ZorgkaartNederland, waardoor het inzicht in kwaliteit van zorg toeneemt. Voor de meeste typen zorg zijn er echter nog steeds geen bruikbare uniforme kwaliteitsindicatoren beschikbaar. Dit maakt het voor zorgverzekeraars moeilijker hun beoogde sturende rol in het zorgverzekeringsstelsel te vervullen, ook omdat investeringen in kwaliteit soms pas op termijn tot gezondheidswinst leiden. Zorgverzekeraars kunnen echter via selectief inkopen het proces van innoveren en verbeteren van kwaliteit verder stimuleren, bijvoorbeeld door afspraken over groei te koppelen aan kwaliteitsindicatoren en/of door zorgaanbieders via spiegelinformatie te motiveren kwaliteitsverbeteringen door te voeren.

Evaluatie

Vanuit het perspectief van een efficiënte en maatschappelijke dienstbare verzekeringssector is het wenselijk dat zorgverzekeraars zorgaanbieders stimuleren de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarvoor is het nodig kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de meting en vergelijking van de prestaties van zorgaanbieders en hierover transparantie te bieden. Dit kan in samenwerking met zorgaanbieders, wetenschappelijke verenigingen, toezichthouders en het ZiNL.

Zorgverzekeraars kunnen zich verder onderscheiden door duidelijk uit te dragen welke rol de kwaliteit van de zorg speelt bij hun inkoopbeleid. En dat helpt verzekerden weer in de keuze van een zorgverzekeraar, een polis of een zorgaanbieder. De verplichting tot (gedeeltelijke) vergoeding van de zorgkosten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder maakt het voor zorgverzekeraars echter lastiger om zorgaanbieders die niet voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen, buiten de deur te houden.

6 Conclusies

Ruim tien jaar geleden is met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet een stelsel van gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg geïntroduceerd. Dit betrof een grote verandering voor de hele sector, waar zorgverzekeraars, zorgaanbieders, polishouders, toezichthouders en beleidsmakers aan moesten wennen. Met de jaren groeien de betrokken partijen in hun rol en geven zij steeds actiever invulling aan hun verantwoordelijkheden. Op veel gebieden zijn er initiatieven ter verbetering van de betaalbaarheid en kwaliteit van de curatieve zorg. Internationaal gezien presteert het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel goed wanneer in samenhang gekeken wordt naar prijs, kwaliteit en toegankelijkheid.

Tegelijkertijd zijn meerdere ontwikkelingen gaande die grote impact hebben op de toekomst van de zorgverzekeringssector. Toenemende zorgkosten, veranderend klantgedrag, groeiende (medisch) technologische mogelijkheden en wijzigingen in wet- en regelgeving vormen grote uitdagingen. Dit vraagt een extra inspanning van alle betrokkenen. Zorgverzekeraars mogen daarbij de financiële soliditeit niet uit het oog verliezen. Zij moeten investeren in een houdbaar bedrijfsmodel en hun risicomanagement blijven moderniseren. Tegelijkertijd hebben zorgverzekeraars een belangrijke maatschappelijke taak en is het wenselijk dat zij ook de ruimte krijgen om hun beoogde regierol in de zorg zo goed mogelijk vorm te kunnen geven. Die ruimte moeten zij vervolgens ook daadwerkelijk benutten: meerjarencontracten met zorgaanbieders, inzet op gepast zorggebruik en preventie spelen daarbij een belangrijke rol.

Soliditeit en stabiliteit

45

Net als reguliere schadeverzekeraars lopen zorgverzekeraars financiële risico's. Met de introductie van Solvency II zijn deze risico's beter zichtbaar en meer tot uiting gekomen in de (kapitaal)eisen. Nu zorgverzekeraars een aantal jaren hun in het verleden behaalde resultaten hebben aangewend voor premiedemping en ook de (verevenings) resultaten afnemen, is het kapitaalsurplus verminderd. Tegelijkertijd is er extra onzekerheid over de financiële resultaten en de schadelast vanwege de afbouw van de ex-post verevening én de lange doorlooptijden van declaraties en schadejaren. Dit alles dwingt zorgverzekeraars om het risicomanagement verder aan te scherpen en robuust kapitaalbeleid te ontwikkelen. Een goed en uitlegbaar kapitaalbeleid is een randvoorwaarde voor een duurzame zorgverzekeringssector met een stabiele premieontwikkeling.

Op hun beurt moeten toezichthouders en beleidsmakers ervoor zorgen dat de (kapitaal) eisen blijven aansluiten op de daadwerkelijke risico's die zorgverzekeraars lopen. De toenemende toezichtdruk vraagt van de betrokken toezichthouders daarnaast om versterkt proportioneel toezicht en meer onderlinge samenwerking om doublures te voorkomen.

Kostenbeheersing

Vergrijzing, dure geneesmiddelen, groeiende technische behandelmogelijkheden en een aantrekkende economie zullen de vraag naar zorg en daarmee de zorgkosten de komende jaren doen toenemen. Dit zet druk op de betaalbaarheid en solidariteit.

Kostenbeheersing wordt daarom steeds belangrijker en dit vraagt om scherpe keuzes van zorgverzekeraars om hun bedrijfsmodel duurzaam en toekomstgericht te maken. Selectieve inkoop, inzet op preventie en gepast zorggebruik, en slim gebruik van data en ict zijn hiervoor bouwstenen. Ook het verder tegengaan van fraude in de zorg blijft in dit kader van belang. Met het investeren in meerjarenafspraken kunnen zorgverzekeraars scherpere keuzes maken bij de inkoop van zorg bij de verschillende zorgaanbieders en dit kan een positief effect hebben op de betaalbaarheid. Door meer transparantie te bieden over prijzen en kwaliteit kunnen zorgverzekeraars tevens het kostenbewustzijn onder verzekerden versterken en hen op deze manier helpen bij het maken van een weloverwogen keuze.

Wijzigingen in beleid en wet- en regelgeving ten aanzien van het zorgstelsel maken dat zorgverzekeraars veel tijd moeten steken in de aanpassing van hun bedrijfsvoering, wat extra operationele kosten met zich meebrengt. Het voornemen van de nieuwe regering om geen grote hervormingen in het stelsel door te voeren maar vooral in te zetten op geleidelijke verbetering, kan helpen om dit te beperken.

Onderscheidend vermogen

Zorgverzekeraars hebben meerdere mogelijkheden om hun dienstverlening uit te breiden en beter aan te sluiten bij de wensen van hun polishouders. Hierdoor kunnen ze zich ook meer onderscheiden, bijvoorbeeld in de vorm van meerjarige verzekeringspolissen. Vooral op het gebied van preventie zijn er kansen, onder meer door de groeiende mogelijkheden van data en ict toepassingen. Het is aan beleidsmakers om te evalueren in hoeverre privacywetgeving op dit vlak knelt. Het inzichtelijk maken van de effectiviteit van de medische behandelingen, de kwaliteit en de prijzen van zorgaanbieders helpt de polishouder verder bij het maken van een goede keuze en dit kan tevens bijdragen aan de betaalbaarheid.

Ten aanzien van de aanvullende verzekering maken polishouders steeds meer een rationele keuze. Polishouders nemen alleen een aanvullende verzekering als zij verwachten daarvan gebruik te gaan maken en zeggen hem weer op als de zorg is geleverd. Deze polissen dreigen verlieslatend te worden en op termijn te verdwijnen. Dit vraagt om een kritische blik van zorgverzekeraars op de behoeften van polishouders en de mogelijkheden om daarbij een passend en duurzaam verdienmodel te ontwikkelen. Indien de zorg in de aanvullende verzekering niet langer tegen een redelijke prijs verzekerd kan worden, kan de overheid onder druk komen te staan om de zorg uit de 'oude' aanvullende verzekering op te nemen in het basispakket. Dat kan de toegankelijkheid van deze zorg bevorderen, maar stelt de betaalbaarheid van basiszorg verder op de proef.

Literatuurlijst

ACM/NZa – Rapport ‘Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars’ - juni 2017	NZa – Rapport ‘Controle op zorgdeclaraties door zorgverzekeraars 2016 – Onderzoeksrapport naar de wijze waarop zorgverzekeraars zorgdeclaraties controleren’ – maart 2017	47
ACM – Rapport ‘Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt’ – januari 2017		
ACM – Tussenrapportage ‘Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen’ – februari 2016	NZa – Rapport ‘Contractering gepast gebruik – Gepast gebruik in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars’ – januari 2017	
Algemene Rekenkamer - Rapport ‘Zorgakkoorden’ – Uitgavenbeheersing in de zorg – december 2016	NZa – Rapport ‘Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2015 – Hoe voeren de zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet uit in 2015?’ – november 2016	
CPB – Studie Gezondheid loont/Tussen keuze en solidariteit – Toekomst voor de zorg – maart 2013	NZa – Marktscan ‘Medisch-specialistische zorg 2016’ – juni 2017	
CPB – Trends in gezondheid en zorg – november 2011	NZa – Monitor ‘Contracteerproces – Medisch-specialistische zorg 2016’ – december 2016	
CPB - Een raming van de zorguitgaven 2018-2021 - maart 2016	NZa – Monitor ‘Collectieve zorgverzekeringen 2016 – De effecten van collectieve zorgverzekeringen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars’ – september 2016	
CPB - Financiering van de zorg op de lange termijn – oktober 2016	NZa – Marktscan ‘Zorgverzekeringsmarkt 2016’ – september 2016	
Gupta Strategists – ‘Zorg in het Kielzog van de Economie’ – september 2013	NZa – Marktscan ‘Zorgverzekeringsmarkt 2017’ – september 2017	
Gupta Strategists – ‘Bedrijfsmodel voor zorgverzekeraars – Mogelijkheden om te concurreren’ – december 2015	OECD – Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU cycle, november 2016	
Health Consumer Powerhouse – Euro Health Consumer Index 2016 – januari 2017	OECD - Health at a Glance - 2015	
NZa – Rapport ‘Zorginkoop voor zorgverzekeringspolissen met beperkende voorwaarden – Selectie van gecontracteerde zorgaanbieders’ - februari 2017		

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving –
*De stem van verzekerden – Advies over legitimiteit en de
governance van zorgverzekeraars* – december 2014

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving –
De zorgagenda voor een gezonde samenleving – april
2017

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving –
*Inkoopsafari – Een verkenning van de praktijk van
zorginkoop* – februari 2017

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving –
Implementatie van e-health vraagt op durf en ruimte –
januari 2017

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving –
*Zorgrelatie centraal – Partnerschap leidend voor
zorginkoop* – oktober 2017

Vektis – *Verzekerden in beeld 2017 – Zorgthermometer* –
Jaargang 22, april 2017

DeNederlandscheBank

EUROSYSTEEM

De Nederlandsche Bank N.V.
Postbus 98, 1000 AB Amsterdam
020 524 91 11
dnb.nl