

Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars

R.C.M.H. Douven en F.T. Schut

*Douven is verbonden aan de sector Conjunctuur en Collectieve Sector van het CPB en Schut aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Met dank aan Marco Ligthart en Wynand van de Ven.
r.douven@cpb.nl*

Effectieve premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars is noodzakelijk voor een goed functionerende zorgmarkt. Aan deze voorwaarde werd niet voldaan in de ziekenfondsverzekering. Het nieuwe zorgstelsel heeft echter een prijzenslag tussen zorgverzekeraars ontketend, waarbij per saldo verlies wordt geleden.

Met het nieuwe zorgstelsel wordt beoogd dat verzekeraars doelmatig zorg gaan inkopen en vervolgens deze doelmatigheidswinsten doorberekenen in hun nominale premiestelling. Hiervoor is premieconcurrentie tussen verzekeraars nodig en die vindt alleen dan plaats wanneer verzekerden daadwerkelijk (dreigen te) stemmen met hun voeten en bij een (te) hoge premie overstappen naar de concurrent. In dit artikel laten we zien dat de concurrentiedruk op de voormalige ziekenfondsmarkt te gering was om zo laag mogelijke nominale premies af te dwingen. Door het ontbreken van sterke winstprikkelers hebben ziekenfondsen deze situatie echter niet uitgebuit door de premies zo hoog mogelijk op te voeren. In scherp contrast daarmee staat de scherpe premieconcurrentie in het nieuwe zorgstelsel, wat heeft geleid tot een per saldo verliesgevende premiestelling.

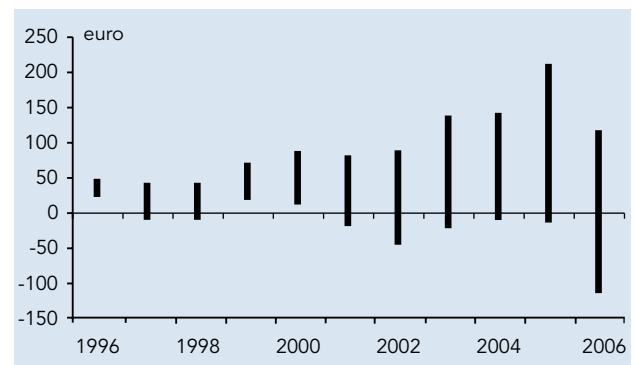
Premieconcurrentie op de ziekenfondsmarkt

In de voormalige ziekenfondsverzekering is al sinds 1996 ervaring opgedaan met gereguleerde concurrentie. Uit een door ons uitgevoerde empirische analyse van het premiebeleid van ziekenfondsen van 1996 tot en met 2004 blijkt echter dat concurrentie een ondergeschikte rol heeft gespeeld bij de premiestelling (Douven & Schut, 2006). Ziekenfondspremies kunnen beter worden verklaard door het streven naar een gezonde financiële positie dan door onderlinge concurrentie of een streven naar winstmaximalisatie. Ziekenfondsen met ongunstige financiële resultaten en reserves konden hun nominale premie verhogen zonder dat dit leidde tot een groot verlies aan verzekerden. De prijsgevoeligheid van ziekenfondsverzekerden was dan ook laag, zoals in verschillende onderzoeken werd aangetoond (Schut & Hassink, 2002; Schut, Greß & Wasem 2003; Van Dijk et al., 2006).

Hoewel alle ziekenfondsen van de geringe prijsgevoeligheid van verzekerden hadden kunnen profiteren door hun nominale premie sterk te verhogen, blijken zij dat over het algemeen niet te hebben gedaan. In figuur 1 valt te zien dat er van 1996 tot en met 2002 weliswaar sprake was van een toenemende variatie in de nominale premiestelling, maar dat de premies altijd redelijk in de buurt lagen van de rekenpremie, die door de overheid

voorafgaand aan de premiëstelling jaarlijks werd vastgesteld. De rekenpremie komt overeen met de door de overheid per premiebetalende verzekerde geraamde zorg- en beheerskosten minus de door de overheid vastgestelde risicovereveningsbijdrage. Bij een correcte raming van de zorguitgaven en beheerskosten, zou de rekenpremie voor zorgverzekeraars gemiddeld genomen precies voldoende moeten zijn om quitte te spelen. In de figuur wordt de rekenpremie weergegeven door de nullijn.

Figuur 1. Premiestelling door zorgverzekeraars (afstand in euro's tot rekenpremie)^a



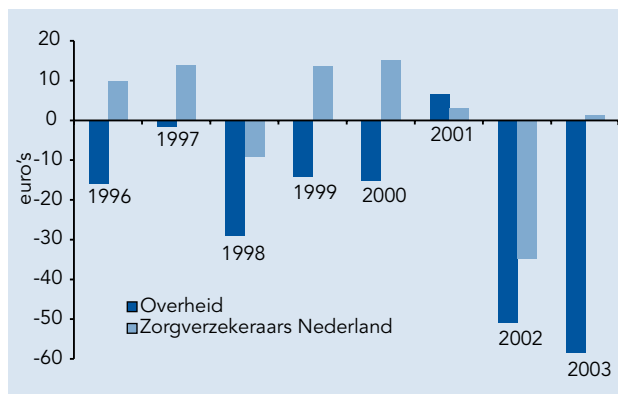
a. In tegenstelling tot de ziekenfondsmarkt bevat de officiële rekenpremie in 2006 alleen nog de verwachte zorguitgaven en niet langer meer de verwachte beheerskosten. In figuur 1 zijn we daarom voor de 'rekenpremie' in 2006 uitgegaan van een minimale kostendekkende nominale premie van €1060 (zie kader).

Bij de afwezigheid van effectieve concurrentiedruk lijkt het sociale karakter van de ziekenfondsen een belangrijke mitigerende invloed te hebben gehad op de hoogte van de nominale premie. Daarnaast leek concurrentie ook niet volledig afwezig. Uit de empirische analyse blijkt dat gedurende 1996-2004 nieuwe toetredende ziekenfondsen een lagere premie stelden dan de zittende ziekenfondsen. Dit kan ook een neerwaarts effect op de nominale premies hebben gehad.

Naast de overheid maakt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) haar eigen raming van de zorguitgaven. Uit ons onderzoek blijkt dat deze raming van invloed was op de premiestelling. Op

grond van deze alternatieve raming konden zorgverzekeraars een aangepaste rekenpremie berekenen om die vervolgens als 'benchmark' voor hun nominale premie te gebruiken. Prijssignalen, zoals het afgeven van een alternatieve raming door ZN, kunnen onzekerheden en mogelijke voorspelfouten van de rekenpremie door de overheid verminderen en zodoende de financiële stabiliteit van individuele verzekeraars vergroten. Achteraf blijkt dit inderdaad het geval te zijn geweest; de ramingen van de zorguitgaven door ZN waren gemiddeld genomen beter (op basis van standaard vergelijkingscriteria) dan die van de overheid. De overheid bleek vaak te laag te zitten met haar inschatting van de rekenpremie omdat zowel zorg- als beheerskosten stelselmatig werden onderschat. Daarentegen waren de door ZN geraamde zorguitgaven meestal te hoog (zie figuur 2).

Figuur 2. Over- of onderschatting van de kostendekkende premie op basis van ramingen van de overheid (rekenpremie) en Zorgverzekeraars Nederland (afstand tot realisaties, in euro's per volwassen verzekerde).



In 2002 en 2003 raamde de overheid de rekenpremie substantieel te laag (voor 2002 gold dat ook voor ZN). Door de versoepeling van de budgettering dankzij invoering van het 'boter-bij-de-vis-principe' (ofwel: meer zorg levert meer geld op), stegen de zorguitgaven explosief en was de stijging ook minder voorspelbaar dan voorheen. Omdat de meeste ziekenfondsen het te lage prijssignaal volgden leden ziekenfondsen flinke verliezen op hun zorguitgaven en teerden ze uiteindelijk in op hun reserves. In figuur 1 is ook te zien dat gedurende de periode 2003-2005 ziekenfondsen hun nominale premie (ten opzichte van de rekenpremie) hoger stelden dan daarvoor. Dit lijkt mede een reactie op de te lage raming van 2002 en de grotere onzekerheid over de ontwikkeling van de zorguitgaven sinds de versoepeling van de budgetteringsregels.

Een bekend nadeel van prijssignalen door overkoepelende instanties als ZN is dat het stilzwijgende afspraken tussen verzekeraars kan bevorderen. Dit nadeel wordt groter wanneer de concurrentiedruk kleiner is. Vandaar ook dat ZN jaarlijks verslag dient uit te brengen aan de NMa over de berekening van hun raming van de zorguitgaven.

Premieconcurrentie in de ZVW

De invoering van de Zorgverzekeringswet betekende voor alle zestien miljoen burgers een radicale aanpassing van hun zorgverzekering. Ziekenfondsverzekerden werden geconfronteerd met een verdrievoudiging van de nominale premie. Daarnaast konden zij voor het eerst kiezen voor een collectief contract, tussen verschillende soorten basispolissen (naturapolissen, restitutiepolissen of een combinatie daarvan) en tussen

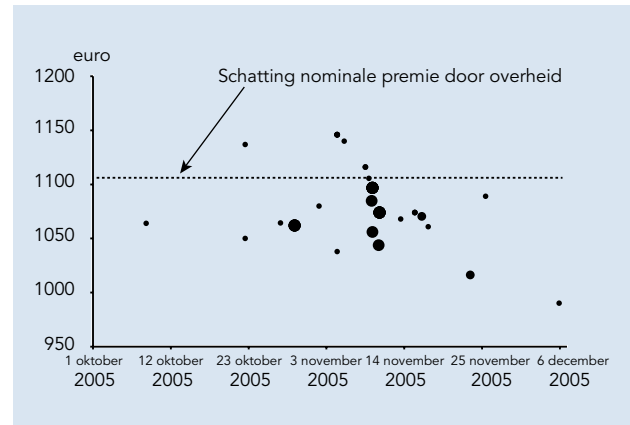
verschillende eigen-risicobedragen (variërend van 100 euro tot 500 euro). Ook particulier verzekerden werden geconfronteerd met een andersoortige premie (zonder leeftijds- of andere toeslagen), andere eigen-risicobedragen en een andere scheiding tussen basis- en aanvullende verzekeringen. Bovendien konden ongezonde en oudere particulier verzekerden die voorheen niet meer door andere verzekeraars werden geaccepteerd, nu (vrij) van zorgverzekeraar veranderen. Dit dankzij de wettelijke acceptatieplicht en de door zorgverzekeraars eenmalig toegezegde non-selecte acceptatie op de aanvullende verzekering. Kortom, in 2006 werden alle burgers min of meer gedwongen om na te denken over een nieuwe zorgverzekering. De grote vraag was niet alleen hoe verzekerden hierop zouden reageren, maar ook hoe verzekeraars hierop zouden anticiperen.

Voor zowel de burgers als de overheid was het van belang hoe hoog de nominale premie zou uitpakken. Een hoge nominale premie zou niet alleen leiden tot koopkrachtdaling, maar ook tot een hogere zorgtoeslag die uit belastingmiddelen zou moeten worden gefinancierd. Voor de bepaling van de hoogte van de zorgtoeslag was het kabinet uitgegaan van een gemiddelde premie voor een basispolis van 1.106 euro per jaar. Elke tien euro die de premie hoger zou uitpakken, zou de schatkist ongeveer zestig miljoen euro aan zorgtoeslag kosten.

Nog in augustus 2005 voorspelden diverse verzekeraars en verzekeringsanalisten dat de nominale premie waarschijnlijk tussen 1.250 euro en 1.300 euro zou uitkomen (FD, 2005; De Telegraaf 2005). Tot opluchting van het kabinet bleek dit sombere scenario geen werkelijkheid te worden. Integendeel, in het najaar van 2005 brak er een ware prijzenslag tussen zorgverzekeraars uit. De trend werd al vroeg in oktober gezet door de relatief kleine zorgverzekeraar DSW die met 1.064 euro (later verlaagd naar 1.050 euro) ruim onder de verwachte premie van 1.106 euro dook. De meeste andere zorgverzekeraars volgden met vergelijkbare premies. In figuur 3 is het proces van premiestelling weergegeven (bij verzekeraars met meer dan één type basispolis is de gemiddelde premie weergegeven). De figuur laat zien dat de meeste (grote) verzekeraars in de eerste twee weken van november 2005 hun premie bekendmaakten. Twee van de drie verzekeraars die het langst hebben gewacht doken ver onder de markt met een premie beneden de 1.000 euro voor hun naturapolis. Uiteindelijk resulteerde een naar marktaandeel gewogen gemiddelde premie voor individuele basispolissen van circa 1.060 euro (variërend van 990 euro tot 1.172 euro). Door de lager dan verwachte nominale premie zou ook de zorgtoeslag neerwaarts moeten worden aangepast. Het kabinet heeft echter besloten de zorgtoeslag niet te verlagen, een gebaar dat de schatkist ongeveer 300 miljoen euro kost. De gemiddelde premie voor individuele polissen lag dermate dicht bij het verwachte minimale kostendekkende niveau (zie tekstbox) dat er voor verzekeraars weinig of geen marge overbleef voor kortingen op collectieve contracten. Niettemin gaven diverse zorgverzekeraars forse premiekortingen aan collectiviteiten. Naast de in de particuliere verzekering gebruikelijke, via de werkgever afgesloten werknemerscollectiviteiten, werden ook aan andere, zogeheten 'open' collectiviteiten premiekortingen geboden, zoals aan leden van vakbonden, sportverenigingen, ouderenbonden en zelfs patiëntenverenigingen. Bij een aandeel van 44 procent collectieve contracten komt de gemiddelde premie voor alle polissen voor 2006 uit op 1.030 euro (waarbij we premiekortingen voor eigen risico's buiten beschouwing hebben gelaten; Vektis, 2006).

Bij een door ons geraamde minimale kostendeekkende premie van minimaal 1.060 euro (zie kader) komt dit neer op een verlies voor de totale markt van ongeveer 375 miljoen euro (30 euro * circa 12,5 miljoen premiebetalende verzekerden). Dit kan worden beschouwd als een ondergrens. Wanneer de raming van 1.106 euro door de overheid als bovengrens wordt genomen, zou een verlies resulteren van 950 miljoen euro (76 euro * 12,5 miljoen). De bandbreedte voor het totale verlies van de zorgverzekeraars in 2006 loopt dus uiteen van 375 tot 950 miljoen euro. Deze verliezen kunnen waarschijnlijk ruim worden gedekt door de vrijvallende reserves van de voormalige particuliere zorgverzekeraars die zijn ontstaan door lagere solvabiliteitseisen (de verplichte reserve bedraagt nu acht procent in plaats van 24 procent van de schadelast). Het Ministerie van VWS rapporteerde op 23 mei 2005 aan de Tweede Kamer dat particuliere zorgverzekeraars een oversolvabiliteit van 2,5 miljard euro hadden ten opzichte van de lagere solvabiliteitseisen.

Figuur 3. Tijdstip van bekendmaking en hoogte van individuele nominale premie (gemiddelde van natura- en restitutiepolis).



Legenda: grootte verzekeraar: • < 0.5 miljoen verzekerden < • < 1.5 miljoen verzekerden < •

Waarom maken zorgverzekeraars in 2006 gemiddeld genomen verlies?

De ontvangsten van zorgverzekeraars bestaan uit nominale premies en risicovereveningsbijdragen, plus een vergoeding voor de beheerskosten van de 'gratis' verzekerde kinderen. Daartegenover staan zorguitgaven en beheerskosten. De invoering van het nieuwe stelsel brengt grote onzekerheden met zich mee ten aanzien van de verwachte zorguitgaven. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars, zoals in de periode 2003-2005 op de ziekenfondsmarkt, deze onzekerheden zouden vertalen in een risico-opslag op de premie van 2006, besloot het kabinet de zorguitgaven die zorgverzekeraars in 2006 moeten terugverdienen via hun nominale premie vast te zetten op gemiddeld 970 euro per premiebetalende verzekerde. Wanneer de gemiddelde zorguitgaven in 2006 hoger of lager uitvallen dan 970 euro, dan worden deze verschillen achteraf volledig gecompenseerd. Verzekeraars hoeven dus in 2006 niet bang te zijn dat de risicovereveningsbijdragen gemiddeld genomen te laag zijn. Niettemin kunnen individuele verzekeraars, vanwege verschillen in doelmatigheid en door imperfecties van de risicoverevening, met hun zorguitgaven hoger of lager uitkomen dan 970 euro. Aangezien het risicovereveningssysteem bij aanvang van het nieuwe zorgstelsel naar verwachting minder goed zal functioneren dan in de ziekenfondsverzekering (Douven, 2005), heeft het kabinet in 2006 een 'vangnet' gecreëerd. Het vangnet houdt in dat zorgverzekeraars die – na verevening en nacalculatie – meer dan 35 euro hoger of lager uitkomen dan 970 euro, het verschil boven de 35 euro voor negentig procent vergoed krijgen (bij overschrijding) of moeten afdragen (bij onderschrijding) (TK, 2006). Voor de doorberekening van de zorguitgaven betekent dit dat een nominale premiestelling van 970 euro gemiddeld gezien correct is en dat individuele verzekeraars weliswaar verliezen of winsten kunnen lopen op de 970 euro, maar dat het door het vangnet niet om grote bedragen gaat.

Naast de 970 euro aan zorgkosten moeten verzekeraars ook de beheerskosten uit de nominale premie betalen. Omgerekend naar kosten per premiebetalende verzekerde bedroegen in 2004 de beheerskosten van ziekenfondsen gemiddeld ongeveer 85 euro, terwijl de beheerskosten van particuliere verzekeraars in

2004 veel hoger uitkomen op ongeveer 150 euro waarbij gecorrigeerd is voor pakketverschillen (Vektis, 2005).

Voor de beheerskosten van de basispolis komt het gewogen gemiddelde uit op 105 euro per premiebetalende verzekerde. Buiten de risicoverevening om ontvangen verzekeraars 15 euro ter compensatie van de beheerskosten voor de 'gratis' verzekerde kinderen tot 18 jaar. Of de beheerskosten in het nieuwe zorgstelsel hoger of lager zullen uitvallen is op voorhand moeilijk in te schatten. Enerzijds leidt de afschaffing van het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars tot minder administratiekosten; en geeft de scherpe premieconcurrentie dan sterkere prikkels tot efficiëntieverbetering. Maar anderzijds kunnen de beheerskosten ten opzichte van die van de ziekenfondsen hoger uitvallen door de invoering van restitutiepolissen, de extra marketinginspanningen en het grote aantal overstappers. Per saldo zullen de gemiddelde beheerskosten echter zeer waarschijnlijk hoger uitkomen. Wanneer onze beheerskostenraming van 105 euro derhalve als ondergrens wordt genomen dan resulteert een minimale kostendeekkende premie van ongeveer 1.060 euro (= 970 + 105 – 15), zoals weergegeven in figuur 1. In 2006 raamde de overheid vooraf een premie van 1.106 euro. De 1.106 euro kan gezien worden als een maximale kostendeekkende premie gezien de hoge opslag van 151 (= 136 + 15) euro op de verwachte zorguitgaven. Al met al dient een kostendeekkende nominale premie dus ten minste 1.060 euro te bedragen. Als de schatting van de gemiddelde premie voor 2006 (inclusief collectiviteitskortingen) van 1.030 euro correct is dan lijden verzekeraars dus gemiddeld genomen verlies.

Een zorgverzekeraar die een jaarlijkse nominale premie van 950 euro vraagt, zoals voor sommige collectieve contracten het geval is, zal dus per verzekerde een fors verlies lijden. Al zou deze verzekeraar in 2006 veel doelmatiger zijn dan andere verzekeraars of qua risicosamenstelling zeer gunstige collectiviteiten weten binnen te halen, dan nog kan door de aanwezigheid van 'het vangnet' een verschil van ten minste 110 (= 1.060 - 950) euro nooit worden overbrugd.

Al met al heeft de invoering van het nieuwe zorgstelsel dus geleid tot sterke toename van de prijsconcurrentie. In figuur 1 is het scherpe contrast te zien met de periode 1996-2005; in 2006 komt de gemiddelde nominale premie voor het eerst uit onder de nullijn. In tegenstelling tot de periode 1996-2005 werden zorgverzekeraars met een hogere premie nu wel afgestraft door weglappende verzekerden. Uit een onderzoek van Vektis met als peildatum 1 maart 2006 volgt dat bijna 2,7 miljoen verzekerden zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (Vektis, 2006), waarvan volgens TNS NIPO bijna de helft vanwege een gunstiger premie.

Gevolgen voor de premiestelling in 2007 en later

De ongekende premieconcurrentie in 2006 is een mooie opsteker voor Minister Hoogervorst en logenstrafte eerdere onheilsvoorspellingen dat zorgverzekeraars hun premies torenhoog zouden opvoeren.

Een belangrijke vraag is wat de gevolgen zijn van de scherpe premieconcurrentie voor de premies van 2007. Door de prijszinslag zullen zorgverzekeraars scherper op de kosten moeten gaan letten. Als het 'vangnet' in 2007 wegvalt (zie tekstbox), zullen zorgverzekeraars die de zorgkosten niet in de hand weten te houden hun premies moeten verhogen of nog een jaar in de reservebuidel moeten tasten. En hoewel de verzekerdenmobiliteit in 2007 waarschijnlijk minder groot zal zijn dan in 2006, kunnen zorgverzekeraars die hun premie verhogen er minder dan in het verleden van uitgaan dat verzekerden hen wel trouw zullen blijven.

Aan de andere kant is het voor de zorgverzekeraars niet zo eenvoudig om de zorgkosten te beïnvloeden. Bovendien zijn zij beducht voor de reputatieschade die zou kunnen ontstaan als zij zorgverleners of verzekerden sterke restricties opleggen (Varkevisser et al., 2006). Voorts hebben zorgverzekeraars eerst nog hun handen vol aan het op orde brengen van hun administratie, terwijl de volgende acceptatieperiode alweer start in november 2006.

Wanneer zorgverzekeraars op wat langere termijn zich intensiever gaan bemoeien met de zorgverlening bestaat natuurlijk ook het risico dat zij gaan beknibbelen op de kwaliteit. Dit risico bestaat vooral als kwaliteit voor verzekerden onvoldoende inzichtelijk is. Het creëren van voldoende transparantie van kwaliteitsverschillen is noodzakelijk om te voorkomen dat concurrentie zich louter richt op de laagste prijs. Een toenemend aantal empirische en experimentele studies laten zien dat naarmate de keuzes talrijker en complexer worden, er een punt is waarbij de consument zich nauwelijks meer inspant, waardoor de kwaliteit van zijn keuzes verslechtert (Frank & Lamirand, 2006).

Zorgverzekeraars kunnen de kosten ook reduceren via risicoselectie. Door middel van selectieve acceptatie of doelgroepenwerving via de aanvullende verzekeringen en collectiviteiten – waarvoor geen acceptatieplicht geldt – kunnen verzekeraars verzekerden proberen te selecteren met een ten opzichte van het risicovereeningssysteem gunstig risicoprofiel. Weliswaar is het huidige risicovereeningssysteem adequaat gebleken in de context van zachte concurrentie in de voormalige ziekenfondssector, maar dat wil niet zeggen dat het ook voldoende garanties biedt tegen risicoselectie in een sterk competitieve omgeving (Van de Ven et al., 2005). Het kabinet heeft dan ook

terecht stappen gezet om het risicovereeningssysteem verder te verbeteren.

Afgezien van de effecten van premieconcurrentie nemen de premies in 2007 ook autonoom toe als gevolg van de wettelijke regel dat vijftig procent van de zorgkosten dient te worden betaald via inkomensafhankelijke bijdragen en vijftig procent via nominale premies. Doordat de nominale premies lager zijn uitgevallen dan de raming van 1.106 euro waarop ook de inkomensafhankelijke bijdragen zijn afgestemd, wordt niet voldaan aan deze 50/50 regel. Op grond van artikel 45 van de Zorgverzekeringswet moet dit in het volgende jaar worden gecorrigeerd. Uitgaande van een gemiddelde premie van 1.030 euro, en rekening houdend met een rijksbijdrage voor kinderen, moet de nominale premie in 2007 derhalve met ongeveer 65 euro worden verhoogd om de scheve verhouding in 2006 weer recht te trekken (zie ook CPB, 2006). Deze premieverhoging komt dus bovenop de te verwachten stijging ter compensatie van gestegen zorgkosten. De burger zal dus in 2007 – ook als de premieslag tussen zorgverzekeraars voortduurt – rekening moeten houden met een fors hogere zorgpremie.

Rudy Douven en Erik Schut

Literatuur

- CPB (2006) *Centraal Economisch Plan 2006*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- De Telegraaf (2005) Zorgpremie VWS van € 1.100 is schijnzekerheid, erkent ZN, 5 augustus.
- Douven, R.C.M.H. (2005) Kwaliteit risicoverevening hangt af van marktontwikkelingen. *Economisch Statistische Berichten*, 1 juli 2005, 290-292.
- Douven, R.C.M.H. & F.T. Schut (2006) *Health plan pricing and managed competition*. CPB-Discussion Paper 61. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Dijk, M. van, M. Pomp, R. Douven, T. Laske-Aldershof, F.T. Schut, W. Boer & A. de Boo (2006) Consumer price sensitivity in health insurance. CPB-Discussion Paper 56. Den Haag: Centraal Planbureau.
- FD (2005) Hogere zorgpremie tegenvaller voor Zalm, 5 augustus.
- Frank R.G. & K. Lamirand (2006) *Choice, price competition and complexity in markets for health insurance*. working paper, 17 april.
- Schut, F.T. & W.H.J. Hassink (2002) Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance. *Journal of Health Economics*, 21, 1009-1029.
- Schut, F.T., S. Greß & J. Wasem (2003) Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3, 117-138.
- TK (2006) Tweede Kamer, Aanhangsel van de Handelingen 672, vergaderjaar 2005-2006, 1431-1432.
- Varkevisser, M., N. Polman & S.A. van der Geest (2006) Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen. *Economisch Statistische Berichten*, 91, 38-40.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.J. Prinsze, D. de Bruijn & F.T. Schut (2005) Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening. *Economisch Statistische Berichten*, 90, 223-225.
- Vektis (2005) *Zorgmonitor 2005, Financiering van de zorg in 2004*. Zeist: Vektis.
- Vektis (2006) *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag*. Zeist: Vektis.