

Risico en rendement op de zorgverzekeringsmarkt

Door de toegenomen concurrentie hebben consumenten de afgelopen drie jaar geprofiteerd van scherpe zorgpremies. Omdat de financiële buffers van zorgverzekeraars zijn geslonken en de risico's toenemen, komt hier echter verandering in. Alleen als zorgverzekeraars meer ruimte krijgen om hun zorgkosten te beheersen wordt de druk op premies structureel verlicht.

Bijna drie jaar geleden is het Nederlandse zorgstelsel herzien. Sinds de invoering van het nieuwe stelsel heeft een scherpe concurrentiestrijd plaatsgevonden waardoor de winst van zorgverzekeraars onder druk is komen te staan en de financiële buffers zijn geslonken. Hier wordt eerst beschouwd wat de gedeeltelijke afbouw van de risicoverevening betekent voor verzekeraars. Daarna wordt bezien in hoeverre de posities van winstgerichte en niet-winstgerichte zorgverzekeraars verschillen.

Financiële buffers en risico's van zorgverzekeraars

Het Nederlandse zorgstelsel kent een basisverzekering en een aanvullende verzekering. De zorgverzekeraars verkopen deze verzekeringen doorgaans aan polishouders via afzonderlijke juridische entiteiten. Daarbij stelt De Nederlandsche Bank, ter bescherming van de belangen van de polishouders, eisen aan het aanwezige kapitaal (de financiële buffers in de vorm van eigen vermogen en achtergestelde leningen) om de kans te verkleinen dat een entiteit failliet gaat door hoge zorgkosten of grote beleggingsverliezen. Voor entiteiten die de basisverzekering uitvoeren, bedraagt het vereiste kapitaal acht procent van de gemiddelde schade van de voorgaande drie schadejaren en voor entiteiten die de aanvullende verzekering aanbieden bedraagt het vereiste kapitaal 24 procent. Aan de solvabiliteitsratio, als verhouding tussen het aanwezige kapitaal en het vereiste kapitaal, kan worden afgemeten of de financiële buffers toereikend zijn.

De hogere kapitaaleis voor de aanvullende verzekering komt voort uit de grotere mogelijke fluctuaties van de zorguitgaven omdat een compensatie achteraf van financiële tegenvallers, zoals de risicoverevening bij de basisverzekering, ontbreekt. Over het algemeen geldt dat bij grotere risico's de financiële buffers en/of de winstmarge hoger moeten zijn om de kans te beperken dat onverwacht hoge zorgkosten tot een faillissement leiden (de faillissementskans). Het actuariële model van Amsler

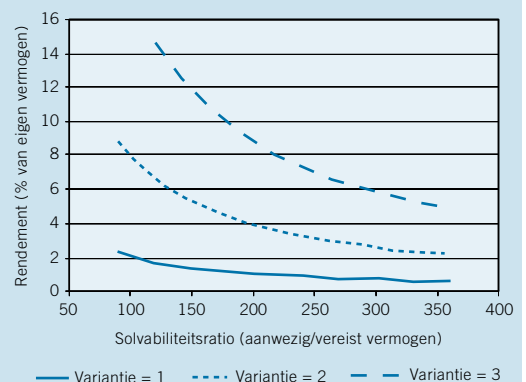
(1978) is een manier om voor een individuele zorgverzekeraar het verband te beschouwen tussen het verzekeringstechnische risico en het rendement op verzekeringsactiviteiten. Figuur 1 geeft op basis van het model dit verband weer tussen rendement op het zorgbedrijf en de solvabiliteitsratio bij verschillende verzekeringstechnische risico's, gedefinieerd als variantie in een normaal verdeelde schadelast. De faillissementskans is, conform het Europese solvabiliteitsraamwerk Solvency II, vastgesteld op 0,5 procent. Dat houdt in dat de financiële buffers grosso modo eens in de tweehonderd jaar tekort mogen schieten. Als de solvabiliteitsratio gelijk blijft, vereist meer risico een hoger rendement. Verder laat de figuur zien dat in absolute zin het vereiste rendement steeds sneller stijgt als het risico toeneemt of de solvabiliteitsratio daalt. Dit is zeer relevant voor de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt omdat de risicodragendheid toeneemt terwijl de financiële buffers zijn afgenomen.

Impact van grotere risicodragendheid

Het is evident dat het vereiste rendement per Nederlandse zorgverzekeraar verschilt en afhangt van zijn solvabiliteitsratio en verzekeringstechnische risico. Een zorgverzekeraar kan bij de basisverzekering zijn verzekeringstechnische risico minder goed beïnvloeden dan bij de particuliere verzekering in het oude stelsel. Vanwege de acceptatieplicht is de beheersing van de zorguitgaven door selectie aan de poort, zoals voorheen mogelijk was, immers uitgesloten. Bij de aanvullende zorgverzekering, waarvoor geen acceptatieplicht geldt, is de tendens wel zichtbaar dat zorgverzekeraars steeds selectiever worden

Figuur 1

Winstgevendheid en kapitaal afhankelijk van verzekeringstechnisch risico (variantie¹).



¹ Een hogere variantie komt neer op grotere schommelingen in de schadelast van een zorgverzekeraar

om het verzekeringstechnische risico te reduceren. In de huidige overgangsjaren na de stelselherziening vindt er, vanwege de geringe beïnvloedbaarheid van de zorguitgaven, maar ook vanwege de grote onzekerheden daaromtrent, via de risicoverevening van de basisverzekering op grote schaal financiële compensatie plaats. Deze compensatie wordt zowel ex ante als ex post gegeven. De risico's die werkelijk voor rekening van de zorgverzekeraar komen, zijn daarmee zeer beperkt. Bij het huidige gemiddelde schadeprofiel met een variantie van ongeveer een, en een gemiddelde solvabiliteitsratio boven tweehonderd procent bedraagt het rendement circa een procent (figuur 1). Hierbij zij wel aangetekend dat er grote verschillen zijn tussen de afzonderlijke zorgverzekeraars en dat het verzekeringstechnische risico moeilijk is in te schatten vanwege problemen in de risicoverevening en problemen in de Diagnosebehandelingcombinatie-systematiek (DBC-systematiek; DNB, 2008). Een van de kernideeën achter de stelselherziening is dat zorgverzekeraars in toenemende mate risicodragend moeten worden, opdat zij sterker worden geprikkeld tot een betere beheersing van de zorguitgaven. In dat kader wordt in 2009 de ex post-verevening aanzienlijk afgebouwd, onder een gelijktijdige verbetering van de ex ante-verevening om te waarborgen dat de concurrentie niet wordt verstoord door de acceptatieplicht. Als die afbouw tot een hogere variantie in de schadelast leidt, zal de verzekeraar, zoals figuur 1 laat zien, een hoger rendement moeten behalen. Dit kan via de uitgavekant met kostenbesparingen dan wel via de inkomstenkant door hogere premies. Om de premies gelijk te houden is het daarom cruciaal dat de beïnvloedbaarheid van de zorguitgaven toeneemt. Het verruimen van de mogelijkheden van selectieve contractering van zorg draagt hieraan bij. Verzekerden met naturapolissen kunnen in dat geval naar kostenefficiënte aanbieders worden gestuurd. Hoewel de risico's thans beperkt zijn, werd in de afgelopen jaren, door de felle concurrentiestrijd, het vereiste rendement op verzekeringsactiviteiten niet gehaald. Bij de meeste verzekeraars werd het negatieve rendement op het pure verzekeringsbedrijf echter gecompenseerd door een uitstekend beleggingsresultaat. Voor de grootste verzekeraars ligt het gezamenlijke totaalrendement (ROE) daardoor op circa twee procent. Deze situatie is echter niet houdbaar. De dalende solvabiliteitsratio en toenemende risicodragendheid vergroten langs twee kanten de druk op het vereiste rendement, zoals blijkt uit figuur 1. Tegenlertijd is het beursklimaat verslechterd. Als de ruimte voor kostenbesparingen beperkt blijft ontstaat er druk op de premies.

Verschillen tussen winstgerichte en niet-winstgerichte zorgverzekeraars

Na de stelselherziening heeft zich een consolidatieproces afgespeeld. Daardoor zijn er halverwege 2008 nog maar elf zorgverzekeringconcerns over, waarvan het overgrote deel het karakter heeft van een onderlinge waarborgmaatschappij (niet-commercieel). Deze maatschappijen zijn niet gericht op het creëren van aandeelhouderswaarde, maar op het creëren van waarde voor hun leden, dus voor verzekerden, via lage premies en voldoende kwaliteit. Een voor de hand liggende vraag is in hoeverre de winstgerichte en niet-winstgerichte partijen zich een verschillend rendement kunnen permitteren, en dus het hybride karakter van de zorgverzekeringsmarkt levensvatbaar blijft. De huidige ROE van ongeveer twee procent lijkt voor winstgerichte verzekeraars absoluut te laag. Het risicovrije rendement vormt ten minste een ondergrens voor het rendement dat op het in de zorgmarkt geïnvesteerde kapitaal moet worden behaald. Het kapitaal zou immers, als de verzekeraar zijn zorgdivisie sluit, ook risicovrij kunnen worden belegd. Afgaande op de korte rente in de afgelopen jaren ligt die ondergrens op ongeveer twee à drie procent. Het ligt voor de hand dat niet-commerciële verzekeraars hun strategie uit het oude stelsel doorzetten en een nulplus-resultaat nastreven, waarbij zij de solvabiliteit op peil houden en extra besparingen niet oppotten maar in de vorm van lagere premie ten gunste van de polishouders laten komen. Daarom ligt voor niet-commerciële verzekeraars de ondergrens wellicht lager en dichterbij de theoretische ondergrens in figuur 1. Dat er sinds de stelselwijziging geen verzekeraars zijn toegetreden, duidt erop dat de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt uit commercieel oogpunt niet erg aantrekkelijk is. Toch is het niet uitgesloten dat er ruimte blijft voor commerciële verzeke-

raars. Zij zullen bijvoorbeeld meer dan de onderlinge waarborgmaatschappijen geprikkeld worden tot benutting van nieuwe mogelijkheden en beheersing van de zorguitgaven. Ook kunnen zij zorgverzekering gebruiken als verkoopkanaal om winstgevend levens- en schadeproducten te verkopen. Deze *cross-selling* is vooral aantrekkelijk bij collectiviteiten, vanwege de *economies of scope* ten aanzien van de marketingkosten, preventie-inspanningen en het risicobeheer. De toenemende collectiviteitsgraad zorgt ervoor dat dit motief aan terrein wint. Cross-selling kan commerciële verzekeraars doen besluiten verliezen op de basisverzekering voor lief te nemen in ruil voor hogere winsten op andere verzekeringsproducten. Dit is een houdbare strategie zolang met bijstortingen vanuit het concern de solvabiliteit van de zorgentiteit op peil wordt gehouden.

Tot besluit

Of de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt op termijn, nadat alle overgangsproblemen zijn overwonnen, zijn hybride karakter behoudt, is op voorhand onduidelijk. Onderzoek van Bikker en Gorter (2008) laat in ieder geval zien dat niet-commerciële, of onderlinge, schadeverzekeraars lagere bedrijfskosten hebben dan commerciële schadeverzekeraars. De toekomst zal moeten uitwijzen in hoeverre commerciële zorgverzekeraars hun bedrijfskosten verder omlaag kunnen brengen en hun concurrentieachterstand wat betreft het vereiste resultaat kunnen goedmaken met cross-selling en/of een innovatievere beheersing van de zorgkosten. Omdat de zorgkosten circa 93 procent van de totale kosten vormen, liggen daar in principe grote mogelijkheden. Uiteindelijk is een polishouder gebaat bij een gezonde zorgverzekeringssector, waarin op langere termijn het rendement in verhouding staat tot de risico's. Wie de risico's draagt, hangt af van het uiteindelijke karakter van de zorgverzekeringsmarkt. In een concurrerende markt wordt een schok bij commerciële verzekeraars deels door aandeelhouders opgevangen in de vorm van minder winst of een lager eigen vermogen. De premies zullen in dat geval minder snel worden aangepast. Indien er alleen onderlinge zorgverzekeraars overblijven die een nulplus-resultaat nastreven, dan worden onverwachte fluctuaties in de zorguitgaven eerder doorvertaald in de premies van het daaropvolgende jaar. Immers, bij niet-beursgenoteerde verzekeraars ontbreekt de aandeelhouder die buffers kan aanzuiveren. Het dalende aantal commerciële verzekeraars zorgt daarmee voor een risicoverschuiving van aandeelhouders naar polishouders. De premievolatiliteit neemt hierdoor toe.

LITERATUUR

Amsler, M.H. (1978) *Équation générale d'équilibre d'un risque collectif*. Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Heft 2.

Bikker, J.A. en J.K. Gorter (2008) *Performance of the Dutch non-life insurance industry: competition, efficiency and focus*. DNB working paper No. 164.

DNB (2008) *Kwartaalbericht maart*. Amsterdam: DNB.