



Verzekeraars: de winst van for-profit

Auteur(s):

Koeman, J. en F.A. Hoogendijk

Beide auteurs zijn werkzaam bij directie Algemene Economische Politiek van het Ministerie van Economische Zaken. Zij danken Lans Bovenberg, George Gelauff en Piet van der Graaff voor commentaar op een eerdere versie. Een uitgebreide versie van dit artikel is verkrijgbaar bij de auteurs.

J.Koeman@minez.nl

Verschenen in:

ESB, 88e jaargang, nr. 4395, pagina 81, 21 februari 2003

Rubriek:

Trefwoord(en):

Het toelaten van op winst gerichte verzekeraars in het nieuwe zorgstelsel kan belangrijke voordelen bieden.

Het demissionaire kabinet heeft in het strategisch akkoord afgesproken om een nieuwe privaatrechtelijke basisverzekering voor ziektekosten in te voeren. Deze basisverzekering kan ook uitgevoerd worden door commerciële verzekeraars met winstoogmerk. Deze hebben nu nog alleen toegang tot het particuliere segment van de markt voor zorgverzekeringen. Op het ziekenfondssegment, veruit het grootste deel van de markt, worden alleen non-profit ondernemingen toegelaten.

Recent is twijfel ontstaan of toetreding van commerciële verzekeraars wel te verenigen is met Europese regels¹. Wij zullen niet ingaan op deze complexe juridische materie, maar ons vooral richten op het economisch belang van uitvoering door commerciële verzekeraars. Wij gaan in op de vraag waarom non-profit verzekeraars in het verleden zo'n belangrijke rol hebben gespeeld, zelfs toen de overheid zich nog nauwelijks met de markt bemoeide (zie kader). Verder gaan we in op de vraag waarom de overheid de non-profit vorm uiteindelijk verplicht heeft opgelegd. Daarna betogen wij dat de noodzaak om deze organisatievorm verplicht op te leggen in het nieuwe stelsel komt te vervallen en dat het verder toelaten van commerciële partijen belangrijke voordelen heeft die de werking van een nieuw stelsel aanzienlijk kunnen verbeteren.

Verbod op for-profit nodig?

Dat de overheid de non-profit vorm bij het invoeren van de ziekenfondswet verplicht heeft gesteld (zie kader) was destijds een logische stap met het oog op de bescherming van de consument. Op winst gerichte ziekenfondsverzekeraars konden immers (met een vaste premie en een vast pakket) niet meer op premiehoogte en pakketsamenstelling concurreren en zouden dus alleen winst kunnen maken door slechte risico's te weren (risicoselectie) of door te bezuinigen op de kwaliteit. Consumenten konden zich daar nauwelijks tegen weren, omdat de keuzevrijheid beperkt was. Ook was er geen sprake van een transparante markt, waardoor het reputatiemechanisme niet effectief was.

Op een moderne markt voor zorgverzekeringen, waar sprake is van concurrentie tussen verzekeraars, is een verbod op winst om tenminste drie redenen niet meer nodig. Ten eerste is er in het nieuwe stelsel sprake van een acceptatieplicht voor verzekeraars en een systeem van risicoverevening waardoor risicoselectie minder profijtelijk is. De afgelopen jaren is binnen het ziekenfonds veel ervaring opgedaan met zo'n systeem, waarbij middelen uit een centrale kas worden toebedeeld aan verzekeraars op basis van het risicoprofiel van hun verzekerden: naar-mate hun verzekerden een hogere leeftijd hebben of minder gezond zijn, ontvangen verzekeraars een grotere bijdrage uit de centrale kas. De kwaliteit van dit systeem is de laatste jaren flink verbeterd, hoewel verdere verfijning wenselijk is².

Ten tweede kunnen verzekeraars voor een betere kwaliteit (bijvoorbeeld door snelle zorgverlening, vlotte claimafhandeling, of het bieden van hoogwaardige zorg) ook een hogere nominale premie gaan vragen, zodat het bieden van een hogere kwaliteit ook kostendekkend of winstgevend kan zijn. Consumenten kunnen een goede prijs/kwaliteitverhouding afdwingen door van verzekeraar te wisselen. Het reputatiemechanisme zorgt er daarnaast voor dat ook consumenten die al een keuze hebben gemaakt en aan een verzekeraar vast zitten (bijvoorbeeld omdat het verzekerde risico zich heeft voorgedaan) worden beschermd. Eventueel opportunistisch gedrag door een verzekeraar jegens deze groep wordt afgestraft, doordat dit zijn reputatie als goede verzekeraar kan schaden. Daardoor kan hij in de toekomst moeilijker nieuwe klanten aantrekken. De kosten van verlies aan reputatie zijn door de jaren heen fors gestegen. Dit komt enerzijds door de aanwezigheid van een volwassen verzekeringsmarkt met verzekeraars die ook andere verzekeringsproducten aanbieden (inboedelverzekering, lijfrente, enzovoort). Anderzijds kunnen verzekeraars - mede door de snelle verspreiding van informatie dankzij ICT en andere moderne media - sneller dan vroeger een goede reputatie verliezen.

Een derde reden is dat het toezicht op de kwaliteit van de zorgaanbieders en verzekeraars beter ontwikkeld is dan vroeger. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst of zorgaanbieders goede kwaliteitsborgingssystemen hebben. Via de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector kunnen mensen op een laagdrempelige manier via een formele procedure klachten aan de orde stellen. In het nieuwe stelsel zal een toezichthouder erop toezien dat verzekeraars de basisverzekering volgens de regels uitvoeren.

Er zijn wel enkele belangrijke randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan om concurrentie in de zorg goed van de grond te krijgen³. Deze betreffen bijvoorbeeld de beschikbaarheid van goede consumenteninformatie over de premies en zorgkwaliteit en scherp

mededingingstoezicht ⁴.

De winst van for-profit

Als aan genoemde randvoorwaarden is voldaan, kunnen de belangen van de consument in het nieuwe stelsel gewaarborgd worden, zonder het verplicht opleggen van de non-profit status.

Dat opent tevens de mogelijkheid om de voordelen van toelating van commerciële verzekeraars te benutten, waardoor de werking van het nieuwe zorgstelsel aanzienlijk kan worden verbeterd.

For-profit efficiënter...

Ten eerste hebben op winst gerichte instellingen een grotere prikkel om efficiënt te werken dan non-profitinstellingen of overheidsorganisaties. Een belangrijk verschil is dat er een eigenaar of groep van eigenaren is die een direct financieel belang heeft bij een efficiënte bedrijfsvoering. Bij non-profit ondernemingen hebben de consumenten in beginsel ook belang bij goed bestuur, maar zij hebben vaak geen zeggenschap of toezichthoudende bevoegdheden om dat te bevorderen. Bovendien zijn hun belangen vaak diffuus, waardoor zij als groep geen vuist kunnen maken. Verder is toezicht op non-profit ondernemingen ook moeilijker: zij hebben vaak meervoudige kwalitatieve doelstellingen, terwijl commerciële ondernemingen een duidelijke kwantitatieve indicator kennen waarop zij kunnen worden beoordeeld: de winst of het rendement op het geïnvesteerd vermogen. Uit onderzoek blijkt overigens dat concurrentie door for-profit ondernemingen ook non-profit ondernemingen prikkelt om efficiënter te werken ⁵.

Het belang van efficiëntie neemt in het nieuwe zorgstelsel toe: met het loslaten van de aanbodsturing wordt de kostenbeheersing in de zorg vooral afhankelijk van de mate waarin verzekeraars in staat zijn en geprikkeld worden om scherpe contracten af te sluiten.

...innovatiever...

Een tweede voordeel van commerciële ondernemingen is dat zij een grotere prikkel hebben om te innoveren, omdat dit zich in ieder geval tijdelijk in een hogere winst vertaalt voor de ondernemer en de aandeelhouders ⁶. Dat kan geïllustreerd worden met historische voorbeelden. Veel producten en diensten op markten die later zijn gecollectiviseerd (zoals de spoorwegen en de nutsbedrijven) zijn aanvankelijk ontwikkeld door commerciële partijen. Ook diverse verzekeringsvormen (zoals levensverzekeringen) werden aanvankelijk vooral aangeboden door commerciële partijen en pas later overwegend door non-profit ondernemingen. Meer recent blijkt dat het toelaten van ondernemingen met winst oogmerk (onder meer door privatiseringen) in combinatie met deregulering de ontwikkeling van nieuwe diensten op de telecommarkt in een stroom-versnelling heeft gebracht.

Ook in de zorg zullen met de geplande deregulering van het aanbod veel nieuwe mogelijkheden ontstaan en gezien het bovenstaande mag verwacht worden dat vooral commerciële verzekeraars daar snel op zullen inspelen. Zo bestaan er al langere tijd plannen om verzekeraars in de toekomst meer mogelijkheden te geven om eigen instellingen te exploiteren. Uiteindelijk zou deze ontwikkeling kunnen leiden tot het ontstaan van zogenaamde Health Maintenance Organizations (zoals die ook in de vs bestaan): verzekeraars die in eigen beheer ziekenhuiszorg aanbieden.

Verder neemt de behoefte aan integrale verzekeringsdiensten op de terreinen van arbeidsomstandigheden, reïntegratie, zorg en inkomen toe. Op de particuliere verzekeringsmarkt is een ontwikkeling in die richting al waarneembaar. Verzekeraars investeren daar in medische adviescentra en bieden zelf diensten aan op het gebied van arbo-zorg. Deze trend zal zich verder doorzetten nu de privatisering van de ziektewet en de wao verder is uitgebreid. De ontwikkeling van geïntegreerde verzekeringsdiensten heeft ook een belangrijk maatschappelijk voordeel: het kan er toe leiden dat uiteindelijk minder mensen terechtkomen in de publieke wao.

...en flexibeler

Ten derde kunnen commerciële ondernemingen risicodragend vermogen aantrekken op de kapitaalmarkt. Commerciële ondernemingen kunnen daardoor sneller reageren op nieuwe ontwikkelingen en zijn beter in staat om te profiteren van eventuele schaalvoordelen. Non-profitonder-nemingen zijn voor hun groei volledig afhankelijk van vreemd vermogen en ingehouden winst.

Momenteel zijn er slechts enkele particuliere verzekeraars beursgenoteerd. Het is echter niet ondenkbaar dat de behoefte van verzekeraars aan extern eigen vermogen in de toekomst zal toenemen. Allereerst lijken er op de markt voor zorgverzekeringen nog volop mogelijkheden te liggen voor schaalvergroting: het aantal zorgverzekeraars is relatief groot in vergelijking met het aantal aanbieders op andere, vergelijkbare markten. Daarnaast is het denkbaar dat verzekeraars in de toekomst meer op een Europese schaal gaan opereren. Toegang tot de kapitaalmarkt zal het proces van fusies en acquisities, dat hiervan het gevolg zou kunnen zijn, versnellen. Ook als verzekeraars meer mogelijkheden krijgen om zelf zorg aan te bieden, kan er een grotere behoefte aan risicodragend kapitaal ontstaan.

Afsluiting

In het huidige stelsel komen de genoemde voordelen van commerciële verzekeraars, die alleen op de particuliere markt actief mogen zijn, nog onvoldoende naar voren. Zij richten zich nu primair op het selecteren van risico's en het vergoeden van kosten. Dat is echter vooral te wijten aan verkeerde prikkels vanuit de huidige regelgeving. Ten eerste hebben individuele verzekeraars bijna geen mogelijkheid om zich op het vlak van zorginkoop van elkaar te onderscheiden: een groot deel van de afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders over tarieven, hoeveelheden en budgetten wordt momenteel nog op basis van overheidsrichtlijnen en (verplicht) op centraal (landelijk) niveau gemaakt. Ten tweede krijgen ook particuliere verzekeraars een substantieel deel (25 procent) van hun kosten op declaratiebasis vergoed, waardoor zij slechts beperkt belang hebben om aan kostenbeheersing te doen (het betreft hier de kosten die onder de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen vallen).

Beide punten (een gebrek aan ruimte en beperkte prikkels) zullen onder het nieuwe stelsel veranderen. Zo wordt een omgeving gecreëerd

waarin de voordelen van commerciële verzekeraars veel beter dan nu kunnen worden benut en kan de werking van het zorgstelsel worden verbeterd. Het zou dan ook jammer zijn als eu-regels de toetreding van commerciële verzekeraars onmogelijk zouden maken.

De vroegere verzekeringsmarkt¹

In de groeiende behoefte aan ziektekostenverzekeringen in de negentiende eeuw werd voorzien door een grote diversiteit aan instellingen. Er waren fondsen met een filantropisch karakter, fabrieks- en bedrijfstakfondsen en door de arbeidersbeweging opgerichte fondsen. Later kwamen daar de dokters- en apothekersfondsen bij. Deze fondsen hadden alle een non-profitkarakter. Daarnaast waren er op winst gerichte ziekenfondsen. Omdat zij actief waren in gebieden waar de andere fondsen ontbraken, zoals in bepaalde steden en op delen van het platteland, telden zij aanvankelijk meer leden dan de overige fondsen. Tevens boden zij een grotere diversiteit aan verzekeringsvormen en berekenden zij lagere premies dan de andere fondsen. Na een bloeiperiode in de negentiende eeuw vertoonde het aantal op winst gerichte fondsen in de eerste helft van de twintigste eeuw echter een dalende lijn. Ondanks de bloei van de markt bleven grote delen van de bevolking onverzekerd, hetzij vanwege een laag inkomen, hetzij vanwege een hoog risicoprofiel. Als reactie hierop werd in 1941 de ziekenfondswet ingevoerd, die de basis heeft gelegd voor het huidige stelsel met een standaard pakket, een uniforme, inkomensafhankelijke premie in combinatie met een acceptatieplicht voor verzekeraars en een verbod op commerciële uitvoering.

Comparatieve voordelen van non-profit instellingen

Op de vroege verzekeringsmarkt waren commerciële verzekeraars dus aanzienlijk minder succesvol dan non-profit ondernemingen. Non-profit-instellingen hebben namelijk enkele eigenschappen die hen - tegen de achtergrond van de vroegere verzekeringsmarkt - een comparatief voordeel verschaffen ten opzichte van op winst gerichte instellingen².

Ten eerste vormde de non-profit organisatievorm - tegen de achtergrond van de toenmalige marktsituatie met vrijwel geen concurrentie tussen verzekeraars en weinig toezicht - een geloofwaardig signaal naar de consument, dat de onderneming geen misbruik zou maken van machtsposities of van een informatievoorsprong. Non-profit verzekeraars kunnen eventuele winst, die ten koste van de consumenten gerealiseerd zou kunnen worden immers niet uitkeren aan een derde partij. Bij de eerder genoemde op winst gerichte fondsen lag dat anders: zij bestemden een relatief groot deel van de contributiegelden voor de directie respectievelijk de aandeelhouders, met als gevolg een slechte honorering voor artsen en apothekers. Ook waren zij selectief bij de keuze van de artsen, hetgeen ten koste ging van de kwaliteit van de zorg.

Ten tweede was de markt voor zorgverzekeringen aanvankelijk nogal instabiel, onder meer door gebrek aan kennis van statistische methoden en gebrekkig inzicht in de omvang van nieuwe risico's. Dit vertaalde zich in een instabiele kasstroom voor verzekeraars en grote schommelingen in het rendement op het eigen vermogen, waardoor aandeelhouders hoge risicopremies eisten. Dat belemmerde de toetreding van commerciële partijen. Voor non-profit organisaties speelde dit probleem minder, omdat zij instabiele kasstromen gemakkelijk konden opvangen binnen de opgebouwde reserves².

Ten derde hadden de commerciële ondernemingen een sterke prikkel om zich te richten op de meer welgestelden en om groepen met een hoog risicoprofiel te weigeren. Non-profit fondsen boden vaak een inkomensafhankelijke premie en waren vanwege het ontbreken van een winstoogmerk minder selectief waardoor ze een grotere doelgroep hadden. Uiteraard heeft de non-profit vorm ook nadelen (zie hoofdstuk). In de toenmalige marktsituatie wogen de voordelen van de non-profit vorm echter ruimschoots op tegen deze nadelen, zodat non-profit ondernemingen geleidelijk een dominante positie opbouwden.

¹ RVZ, Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen, Zoetermeer, 2002.

² iBMG, iBMG-Manifest - Twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel, Rotterdam, 2002.

³ Zie ook Centraal Planbureau, Zorg voor concurrentie, CPB-document, nr. 28, 2003.

⁴ Het vervullen van deze randvoorwaarden gaat weliswaar gepaard met transactiekosten, maar hier kan geen argument tegen toelating van commerciële verzekeraars aan worden ontleend. Hoewel misschien in mindere mate, zijn deze randvoorwaarden ook bij concurrentie tussen non-profit verzekeraars relevant. Zo blijkt uit onderzoek dat ook non-profit ondernemingen marktmacht kunnen misbruiken door prijzen te hoog vast te stellen. Zie M. Gaynor e.a., Competition among hospitals, NBER Working Paper nr. 9471, 2003.

⁵ Zie Hansmann, op. cit., 1996

⁶ Zie O. Hart, A. Shleiffer en R.W. Vishny, The proper scope of government: theory and an application to prisons, Quarterly Journal of Economics, 1997, blz.1127-1161