

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 480

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 oktober 2013

Tijdens het wetgevingsoverleg van 12 juni jl. 2013 (Kamerstuk 33 605 XVI, nr. 9) heeft mevrouw Leijten gevraagd om een notitie over (de voor- en nadelen van het hebben van een) eigen vermogen bij instellingen en zorgverzekeraars met het oog op het eventueel afkomen van eigen vermogens. Met deze notitie voldoe ik aan dit verzoek. Het eerste deel van deze brief heeft betrekking op zorgaanbieders, het tweede deel handelt over zorgverzekeraars.

Eigen vermogen zorgaanbieders

Eigen vermogen van een zorgaanbieder is de waarde van de bezittingen, links in de balans, minus de schulden, rechts in de balans. Eigen vermogen is niet synoniem met een giro- of banktegoed waarover direct beschikt kan worden. Eigen vermogen ligt voor een belangrijk deel vast in gebouwen en apparatuur. Eigen vermogen is bovendien een momentopname, meestal bij het opmaken van de balans op 31 december van een bepaald jaar.

Eigen vermogen is een boekhoudkundig begrip: boekhoudkundige regels over afschrijving en waardering spelen een belangrijke rol. Wordt de waarde van een gebouw lager ingeschat (op basis van een somber toekomstperspectief – «impairment») dan daalt het eigen vermogen. Wordt de waardering van grond of gebouwen hoger (bijvoorbeeld vanwege een bestemmingsplanwijziging), dan is het eigen vermogen op papier hoger.

Onderdeel van het eigen vermogen vormen reserveringen/voorzieningen; dat zijn middelen die bestemd zijn voor uitgaven die in de toekomst noodzakelijkerwijs gedaan moeten worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om investeringen in gebouwen of apparatuur en reserveringen voor nog uit te betalen vakantiegelden.

Bij een positief exploitatieresultaat (winst) stijgt het eigen vermogen. Een positief exploitatieresultaat kan mede bepaald worden door boekhoudkundige regels en kan daardoor dus ook slechts een waardeverhoging op papier omvatten. Hier hoeven dus niet altijd liquide middelen vrij te komen. Bij een negatief exploitatieresultaat wordt dit vaak ten laste gebracht van het eigen vermogen.

Bij de beoordeling van de financiële positie van instellingen vormt het eigen vermogen weliswaar een belangrijke indicator, maar niet de enige. Voorbeelden van andere belangrijke indicatoren zijn de liquiditeit (het vermogen om op korte termijn aan je verplichtingen te kunnen voldoen), de solvabiliteit (het vermogen te kunnen voldoen aan toekomstige verplichtingen) en de rentabiliteit (de winstgevendheid van de organisatie op de langere termijn). Vaak zijn dergelijke elementen vervat in ratio's.

Een eigen vermogen is noodzakelijk voor een gezonde bedrijfsvoering in een omgeving waarin de risico's toenemen. Eigen vermogen is allereerst nodig voor het opvangen van tegenvallers of verliezen en fluctuaties in de inkomsten. Het vormt als het ware een buffer om de continuïteit van de organisatie te waarborgen.

Eigen vermogen geeft de bank een bepaalde mate van zekerheid dat toekomstige rente- en aflossingsbetalingen gedaan kunnen worden zodat die bereid is investeringen in apparatuur of gebouwen langjarig te financieren.

Een andere belangrijke functie van het eigen vermogen is het financieren van innovatie. Investeringen in een omvangrijke vernieuwing zijn immers niet of nauwelijks te financieren uit de winst- en verliesrekening van het lopend jaar en is evenmin gemakkelijk door schuld te financieren.

Het eigen vermogen wordt vaak gepresenteerd in relatie tot het vreemd vermogen. De verhouding tussen deze twee wordt ook wel de solvabiliteitsratio genoemd. Het geeft aan in welke mate de organisatie in staat is om aan zijn schulden te voldoen en is een maat voor de financiële soliditeit.

Voor zorgaanbieders geldt geen wettelijke norm voor solvabiliteit. Vaak wordt voor zorgaanbieders een solvabiliteitseis van 15–20% genoemd die het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) hanteert. De neiging bestaat om die norm te verabsoluteren. Het WFZ waarschuwt voor de risico's hiervan. Ook andere ratio's en andere criteria wegen immers mee bij het bepalen van de financiële stabiliteit. Bovendien heeft niet elke organisatie eenzelfde eigen vermogen nodig.

Aan de andere kant geldt dat teveel eigen vermogen ook nadelen heeft: deze financiële middelen worden niet productief als investeringen in kwaliteit of innovatie van zorg. Een zorgaanbieder moet echter zelf bepalen hoeveel eigen vermogen nodig is. Dat kan natuurlijk per sector verschillen en hangt af van de risicoperceptie van betrokkenen zelf en het risicoprofiel dat anderen voor die sector aanhouden.

Conclusie

Eigen vermogen is noodzakelijk voor een gezonde bedrijfsvoering van aanbieders. Eigen vermogen is noodzakelijk om fluctuaties in inkomsten op te vangen, om financiering door de bank van investeringen in gebouwen en apparatuur mogelijk te maken en om innovatie te kunnen betalen. Eigen vermogen is niet synoniem met een giro- of banktegoed waarover direct beschikt kan worden.

Beperkingen van overheidswege aan de vermogensopbouw van zorgaanbieders zijn dan ook ongewenst en in tegenstelling met de risico-ontwikkelingen in de sectoren.

De omvang van het eigen vermogen is niet de enige indicator voor financiële stabiliteit, andere indicatoren dienen ook meegewogen te worden. Voor het van overheidswege voorschrijven van een minimum- of maximumomvang van het eigen vermogen zie ik geen aanleiding.

Eigen vermogen zorgverzekeraars

Het eigen vermogen van zorgverzekeraars wordt gevormd door alle bezittingen die zij hebben. Evenals bij zorgaanbieders worden daar de schulden afgetrokken. Het omvat onder andere onroerend goed, beleggingen, banktegoeden en liquide middelen. Deze bezittingen zorgen er mede voor dat zorgverzekeraars hun wettelijke verplichting (wettelijke zorgplicht) en hun contractuele verplichtingen (verzekeringsspolis) richting hun verzekerden kunnen nakomen. Daarnaast geeft het ruimte om te investeren in de zorg en de continuïteit van de zorgverzekeraars te waarborgen. Zorgverzekeraars zijn nagenoeg allemaal op coöperatieve basis georganiseerd. Dit brengt met zich mee dat het eigen vermogen en het rendement dat daarop behaald wordt in de zorgsector blijft. Deze financiële middelen komen ten goede aan de zorg (via investeringen in kwaliteit en innovatie) of aan de verzekerden (via premieverlaging). Kortom, het is van groot belang voor een goede werking van het zorgstelsel dat het eigen vermogen van zorgverzekeraars op peil blijft.

Het belang van een solide eigen vermogenspositie komt ook tot uiting in de Wet financieel toezicht (Wft) waar zorgverzekeraars onder vallen. Op basis van deze wet legt de Minister van Financiën zorgverzekeraars de zogenaamde (minimale) solvabiliteitsratio op. Voor zorgverzekeraars is dat 11% van de totale schadelast. De Nederlandsche Bank (DNB) houdt toezicht op naleving van de eis voor zorgverzekeraars. De hoogte van de eis wordt bepaald aan de hand van een inschatting van het risicoprofiel van de zorgverzekeringssector.

De zorgverzekeraars zijn in het kader van de Wft verplicht om hun eigen vermogen op peil te houden, zodat zij ook in de toekomst hun financiële verplichtingen richting de verzekerden kunnen nakomen. De mate waarin zij hiertoe in staat zijn, bepaalt hun solvabiliteitspositie. Het eigen vermogen van de zorgverzekeraars voldoet op dit moment in ruime mate aan de solvabiliteitsratio. De solvabiliteitsratio, die voor zorgverzekeraars is gedefinieerd als de verhouding tussen het aanwezige eigen vermogen en het vermogen dat een zorgverzekeraar moet aanhouden om aan de solvabiliteitsratio te voldoen, is op peil. Aan het vermogen dat zorgverzekeraars aanhouden om aan de solvabiliteitsratio te voldoen, stelt DNB nadere eisen. Dit gedeelte van het eigen vermogen mag niet vrij worden besteed door zorgverzekeraars, maar moet voldoen aan strikte beleggingseisen die DNB stelt en die het risico beperken.

Daarbij moet wel worden opgemerkt dat het redelijk is dat zorgverzekeraars boven de solvabiliteitsratio een gezonde financiële marge aanhouden. Zorgverzekeraars moeten, als onderdeel van verantwoordelijk financieel beleid, anticiperen op een mogelijke verhoging van de solvabiliteitsratio vanwege nieuwe Europese regelgeving (Solvency II) en de overheveling van zorgtaken van de AWBZ naar de Zvw. Het vermogen dat nodig is om aan de hogere eisen te voldoen, kan alleen gefinancierd worden uit een extra premieverhoging of uit een deel van het eigen vermogen. Dit laatste heeft mijn voorkeur omdat hiermee (grote) fluctuaties in de premieontwikkeling voorkomen kunnen worden.

Bovendien zal de DNB niet afwachten totdat de zorgverzekeraars als gevolg van financiële tegenvallers niet meer aan de eis voldoen. Bij een afnemend eigen vermogen en/of dalende solvabiliteitsratio zullen verschillende vormen van interventie toegepast worden.

Afgezien van de solvabiliteitseis waar het eigen vermogen van elke zorgverzekeraar minimaal aan moet voldoen, mogen zorgverzekeraars zelf bepalen wat zij met hun eigen vermogen doen. Zij kunnen dit inzetten voor premieverlaging of investeren in de verbetering van de zorg. De keuzes die de zorgverzekeraars hierin maken, zijn onderdeel van de wijze waarop zij met elkaar concurreren.

Conclusie

Een solide eigen vermogenspositie is noodzakelijk omdat zorgverzekeraars moeten voldoen aan de solvabiliteitseisen van de DNB. Bovendien moeten zorgverzekeraars in hun solvabiliteitsbeleid ook rekening houden met toekomstige ontwikkelingen. Mij staan geen wettelijke middelen ter beschikking om delen van de vermogenspositie af te romen. Een dergelijk ingrijpen zou ook niet stroken met de filosofie van ons stelsel, waarbij zorgverzekeraars als private partijen met elkaar concurreren. Juist deze concurrentie is dé prikkel voor zorgverzekeraars dat zij de aan hen toevertrouwde middelen op een maatschappelijk verantwoorde wijze besteden.

Gezien de maatschappelijke discussie en de toegenomen prijsgevoeligheid is het zorgverzekeraars duidelijk geworden dat de verzekerde verwacht dat een deel van het eigen vermogen, voor zover het boven de vereiste solvabiliteit uitkomt, moet meewegen in de premiestelling. Hiermee is de afoming van het «overtollige» eigen vermogen een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar die te veel eigen vermogen aanhoudt, zal zichzelf uit de markt prijzen. Het is mijn stellige indruk dat een aantal zorgverzekeraars reeds in 2013 een deel van het eigen vermogen heeft ingezet om de premie lager vast te stellen, en dat een nog groter aantal dat in 2014 zal gaan doen.

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