



Rapport

# Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt

Zaaknummer 15.0703.25

Datum 24 januari 2017

Muzenstraat 41  
2511 WB Den Haag

[www.acm.nl](http://www.acm.nl)  
070 722 20 00

## Inhoudsopgave

<b>Managementsamenvatting .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>7</b>
1.1 Concurrentie tussen zorgverzekeraars speelt een belangrijke rol in het huidige zorgstelsel .....	7
1.2 De concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is niet optimaal .....	7
1.3 Voordelen van meer concurrentie voor de (zorg)consument.....	8
1.4 Doel van dit onderzoek.....	9
<b>2. Aanpak van dit onderzoek .....</b>	<b>11</b>
2.1 Relatie tussen toetredings- en groeidrempels en concurrentie .....	11
2.2 Typen toetreders tot de zorgverzekeringsmarkt .....	11
2.3 Bronnen van informatie voor dit onderzoek.....	12
2.4 Selectie van de onderzochte toetredings- en groeidrempels .....	13
<b>3. Voldoen aan de Europese kapitaaleis als toetredings- en groeidrempel.....</b>	<b>15</b>
3.1 Analyse kader: wanneer is deze drempel onnodig hoog? .....	15
3.2 De economische rechtvaardiging voor kapitaalregulering .....	18
3.3 Verschillen in de rechtvaardiging voor kapitaalregulering tussen typen verzekeraars .....	19
3.4 De 'risicogevoeligheid' van de kapitaaleis .....	21
3.5 Mogelijkheden van zorgverzekeraars om de kapitaalratio te verhogen .....	24
3.6 Conclusie hoofdstuk 3 .....	28
<b>4. Verkrijgen van een DNB-vergunning als toetredingsdrempel.....</b>	<b>30</b>
4.1 Analyse kader: wanneer is deze drempel onnodig hoog? .....	30
4.2 Het vergunningsproces voor nieuwe zorgverzekeraars .....	31
4.3 De beschikbare openbare informatie over het vergunningsproces .....	33
4.4 Mogelijkheden om de openbare informatie over het vergunningsproces te verbeteren.....	34
4.5 Conclusie hoofdstuk 4 .....	36
<b>5. Reguleringonzekerheid als toetredings- en groeidrempel .....</b>	<b>37</b>
5.1 Analyse kader: verband tussen regulering en onzekerheid.....	37
5.2 Drie vormen van reguleringonzekerheid op de zorgverzekeringsmarkt .....	38
5.3 Achterliggende oorzaken voor reguleringonzekerheid .....	42
5.4 Mogelijkheden om reguleringonzekerheid te verminderen .....	43
5.5 Conclusie hoofdstuk 5 .....	44
<b>6. Bibliografie .....</b>	<b>46</b>
<b>Bijlage 1: informatieverzoek aan (zorg)verzekeraars .....</b>	<b>48</b>
<b>Bijlage 2: geïnterviewde marktpartijen tijdens dit onderzoek .....</b>	<b>49</b>

## Managementsamenvatting

### Concurrentie tussen zorgverzekeraars speelt een belangrijke rol in het huidige zorgstelsel

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is in Nederland gekozen voor een stelsel van gereguleerde concurrentie. De Zvw streeft vier doelen na: toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg. Concurrentie tussen zorgverzekeraars is een belangrijk onderdeel van het huidige zorgstelsel omdat die kan bijdragen aan met name de laatste drie doelen. Immers, om te concurreren om de verzekerde moeten zorgverzekeraars zich op een positieve manier van elkaar onderscheiden. Dit kan onder andere door bij zorgaanbieders tegen betaalbare prijzen de beste zorg in te kopen.

### Het verlagen van toetredings- en groeidrempels kan de concurrentie tussen zorgverzekeraars vergroten

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft begin 2016 geconcludeerd dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt niet optimaal is. Een belangrijke reden voor deze conclusie is het bestaan van hoge toetredings- en groeidrempels. Het wegnemen of verlagen van toetredings- en groeidrempels is daarmee een effectieve manier om concurrentie te stimuleren. Toetreding van nieuwe spelers – of zelfs al de dreiging daarvan – zorgt voor meer concurrentie.

Het doel van dit onderzoek is het identificeren van de belangrijkste toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt en hoe deze kunnen worden verlaagd. De belangrijkste drempels zijn volgens dit onderzoek:

- het moeten voldoen aan de Europese kapitaaleis (Solvency II);
- het verkrijgen van een vergunning van de Nederlandsche Bank (DNB); en
- reguleringsonzekerheid bij marktpartijen.

Deze drempels kunnen overigens niet volledig worden weggenomen omdat elke drempel het gevolg is van een specifiek beleidsdoel waar de Nederlandse samenleving van profiteert. De ACM is zich daarvan bewust, en wil met dit onderzoek bevorderen dat het belang van concurrentie voldoende gewicht krijgt.

### Drempel: het moeten voldoen aan de Europese kapitaaleis

Een verplichte hoeveelheid eigen vermogen, gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekeraar, is één van de onderdelen van het nieuwe Europese raamwerk voor prudentieel toezicht (Solvency II). De doelen van Solvency II zijn primair het beschermen van verzekerden en secundair het waarborgen van de financiële stabiliteit. Dit raamwerk is sinds 1 januari 2016 van kracht in Nederland en heeft geleid tot fors hogere kapitaaleisen voor zorgverzekeraars.

De ACM heeft onderzocht of kapitaaleisen een *onnodig* hoge toetredings- en groeidrempel vormen op de zorgverzekeringsmarkt. Daarbij heeft de ACM gekeken naar drie elementen: de rechtvaardiging van kapitaalregulering van zorgverzekeraars, de hoogte van de kapitaaleisen en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om aan de kapitaaleis te voldoen.

**Rechtvaardiging van kapitaalregulering op de zorgverzekeringsmarkt**

Het is voor de ACM niet duidelijk hoe het faillissement van een zorgverzekeraar kan leiden tot grote instabiliteit van het financiële systeem. De verwevenheid van zorgverzekeraars met het financiële systeem is beperkt en de kans op besmetting bij liquiditeitsproblemen relatief laag. Het waarborgen van de financiële stabiliteit is daarom geen sterke rechtvaardiging voor kapitaalregulering van zorgverzekeraars.

Het beschermen van verzekerden biedt wél enige rechtvaardiging vanwege het bestaan van een informatie-asymmetrie tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Verzekerden kunnen de kans op een faillissement minder goed inschatten dan de zorgverzekeraar zelf. Dit geeft zorgverzekeraars mogelijk de prikkel om te weinig kapitaal aan te houden. Hierdoor neemt het risico op een faillissement van een zorgverzekeraar toe, wat kan leiden tot maatschappelijke kosten.

**Hoogte van de kapitaaleis voor zorgverzekeraars**

Het startpunt in het Solvency II-raamwerk bij het berekenen van de kapitaaleis is het gewenste zekerheidsniveau dat een verzekeraar niet failliet gaat. Hoe hoger het zekerheidsniveau, hoe meer kapitaal een verzekeraar verplicht moet aanhouden. Verzekeraars moeten voldoende kapitaal aanhouden zodat de kans minimaal 99,5% is dat zij de komende 12 maanden aan hun verplichtingen kunnen voldoen. De verplichting is voor Nederland nader uitgewerkt en vastgelegd in nationale wetgeving, waarop DNB toezicht houdt. In die wetgeving en uitvoering heeft Nederland enige ruimte voor eigen maatvoering.

Het gewenste zekerheidsniveau binnen het Solvency II-raamwerk is voor alle typen verzekeraars hetzelfde. De schade van een faillissement van een verzekeraar verschilt echter per type verzekeringsmarkt. De ACM betwijfelt of het gewenste zekerheidsniveau, en daarmee de hoogte en maatvoering van de kapitaaleisen op de zorgverzekeringsmarkt, aansluit op de schade van een eventueel faillissement van een zorgverzekeraar.

**Mogelijkheden om aan de kapitaaleis te voldoen**

Naast de twijfel over de hoogte en maatvoering van de kapitaaleisen, constateert de ACM dat potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars met groeiambitie worden beperkt in hun mogelijkheden om aan de kapitaaleis te voldoen.

In de eerste plaats ervaren zorgverzekeraars maatschappelijke en politieke druk om winsten zoveel mogelijk 'terug te geven' aan verzekerden in de vorm van premieverlaging in het volgende jaar. Inzet van winst voor premieverlaging heeft als consequentie dat deze winst niet gebruikt kan worden voor het vergroten van het eigen vermogen, en daarmee de mogelijkheid om later meer klanten aan te trekken. Dit reduceert de prikkel voor kleine zorgverzekeraars om te groeien en haalt zo de scherpte uit het voor het zorgstelsel cruciale concurrentieproces. Ook kan een zorgverzekeraar de teruggegeven winst niet investeren in de ontwikkeling van betere zorg.

Verder is vorig jaar een initiatiefwetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer dat vanaf 1 januari 2018 'alle zorgverzekeraars onder alle omstandigheden' moet verbieden om winst uit te keren aan kapitaalverschaffers. Een dergelijk verbod zal het voor potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars met groeiambitie moeilijker maken om kapitaal aan te trekken. Een kapitaalverschaffer wil immers een redelijke vergoeding op het geïnvesteerde vermogen ontvangen. Krijgt hij die niet, dan zal hij niet in de Nederlandse zorgsector investeren.

**Conclusie ACM**

Zorgverzekeraars worden aan de ene kant geconfronteerd met hoge en mogelijk disproportionele kapitaal-eisen, en aan de andere kant met een beperking van de mogelijkheden om aan de eis te voldoen. Deze combinatie vormt een *onnodig* hoge toetredings- en groeidrempel op de zorgverzekeringsmarkt.

In algemene zin is het wenselijk die vorm en invulling van regulering te kiezen die het marktfalen aanpakt met de kleinst mogelijke verstoring van concurrentie. De ACM heeft niet kunnen vaststellen dat bij de implementatie van Solvency II de gevolgen voor concurrentie voldoende zijn meegenomen. Vanuit concurrentieperspectief is meer onderzoek naar de maatvoering van kapitaalregulering op de zorgverzekeringsmarkt daarom wenselijk. Verder zou deze vorm van regulering hand in hand moeten gaan met de vrijheid voor zorgverzekeraars om zelf te bepalen hoe zij hun winst inzetten.

**Drempel: het verkrijgen van een vergunning**

Een nieuwe zorgverzekeraar moet een vergunning bij DNB aanvragen om de zorgverzekeringsmarkt te betreden. Het doorlopen van het vergunningsproces vormt daarmee een toetredingsdrempel. Het vergunningensysteem bestaat in Nederland om de klanten van financiële ondernemingen te beschermen tegen een faillissement en tegen frauduleus gedrag.

Er is volgens de ACM sprake van een *onnodig* hoge toetredingsdrempel voor nieuwe zorgverzekeraars omdat DNB tot op heden relatief weinig openbare informatie geeft over het vergunningsproces en de eisen waaraan moet worden voldaan. Dit kan leiden tot hogere kosten voor de toetreders en een langere doorlooptijd van de aanvraag. Zonder afbreuk te doen aan de inhoudelijke criteria voor een vergunning, kan deze drempel worden verlaagd door verbetering van de openbare informatie.

**Conclusie ACM**

DNB zal dit jaar in het vergunningsproces van zorgverzekeraars soortgelijke verbeteringen doorvoeren als bij het vergunningsproces voor betaalinstellingen reeds is gedaan. Verder is DNB van plan om periodiek een evaluatie van de behandelde vergunningsaanvragen en de doorgevoerde verbeteringen uit te voeren. De ACM juicht deze initiatieven toe omdat ze een belangrijke toetredingsdrempel op de zorgverzekeringsmarkt zullen verlagen.

**Drempel: reguleringonzekerheid**

Regulering van de zorgverzekeringsmarkt is erop gericht de toegankelijkheid van het zorgstelsel te waarborgen en marktfalen tegen te gaan. Discussie over nieuwe wet- en regelgeving op de zorgverzekeringsmarkt heeft als neveneffect dat het onzekerheid bij potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars creëert. Nieuwe wet- en regelgeving, en de discussies daarover, hoeven echter geen *onnodig* hoge drempel te zijn omdat deze direct kunnen bijdragen aan één of meerdere doelen van de Zvw. De beleidsmaker dient daarbij een expliciete afweging te maken tussen het directe voordeel van de nieuwe wet of regel en de extra onzekerheid die de besluitvorming daarover mogelijk voor het concurrentieproces creëert. Deze afweging kan de ACM in algemene zin niet maken omdat dit per situatie zal verschillen.

Ook de onvermijdelijke imperfecties in de risicoverevening zijn voor potentiële toetreders en kleine verzekeraars een onzekerheid. Zij hebben namelijk eerder te maken met een opbouw van hun verzekerdenbestand die afwijkt van het landelijk gemiddelde. Daardoor zijn zij gevoeliger voor

structurele ondercompensatie van bepaalde groepen verzekerden. In de systematiek van risicoverevening zou de overheid een beleidsmaatregel kunnen overwegen in de vorm van een tijdelijke ex-post correctie voor nieuwe zorgverzekeraars.

Een andere beleidsmaatregel die de overheid zou kunnen overwegen is een tijdelijke, gelimiteerde acceptatieplicht (artikel 3 Zvw) voor nieuwe zorgverzekeraars. Een nieuwe zorgverzekeraar is namelijk verplicht om alle nieuwe verzekerden te accepteren en kan in theorie zó succesvol zijn dat zij in de problemen komt met het aantrekken van voldoende kapitaal. Met dit risico houdt DNB rekening bij het vaststellen van de kapitaaleis. Dit kan worden vermeden door een nieuwe zorgverzekeraar in de eerste jaren na toetreding meer grip te geven op zijn eigen groeipad en de daarbij geldende kapitaaleis.

**Conclusie ACM**

Het is goed als de reguleringsonzekerheid die potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars ervaren, wordt verminderd. Dit zal een belangrijke toetredings- en groeidrempel op de zorgverzekeringmarkt verlagen. De beleidsmaker kan hieraan bijdragen door op structurele basis een expliciete afweging te maken tussen de met nieuwe regulering beoogde maatschappelijke doelstelling en het belang van effectieve concurrentie in het zorgstelsel.

## 1. Inleiding

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Nederland ruilde daarmee een systeem gebaseerd op centrale sturing in voor een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie.<sup>1</sup> Deze wet streeft vier doelen na: toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg.<sup>2</sup> Markt en overheid versterken elkaar om de publieke doelen te realiseren. Binnen dit stelsel moet concurrentie tussen zorgverzekeraars bijdragen aan met name de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg.

### 1.1 Concurrentie tussen zorgverzekeraars speelt een belangrijke rol in het huidige zorgstelsel

Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld met vier stelselwetten: de Zvw, de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet.<sup>3</sup> De zorguitgaven die binnen de Zvw vallen en waarvoor zorgverzekeraars dus de verantwoordelijkheid dragen, zijn sinds 2006 toegenomen van 22 miljard euro naar 46 miljard euro in 2016.<sup>4</sup> In de Zvw gaat momenteel ongeveer 60% van het totale zorgbudget om.

Effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars is een belangrijke randvoorwaarde voor het goed functioneren van het huidige zorgstelsel. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van de verzekerde. Verzekerden kunnen elk jaar overstappen als zij ontevreden zijn over hun huidige zorgverzekeraar of als een andere zorgverzekeraar een betere of goedkopere polis aanbiedt. Om klanten te behouden, moeten zorgverzekeraars hun best blijven doen om kwalitatief goede zorg tegen betaalbare prijzen in te kopen bij zorgaanbieders om zich op een positieve manier te onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Concurrentie tussen zorgverzekeraars kan zodoende tot lagere prijzen en/of betere kwaliteit op de verschillende zorgaanbodmarkten leiden.

Concurrentie is geen doel op zich, maar een middel om de doelstellingen van de Zvw te bereiken. Als zorgverzekeraars onvoldoende met elkaar concurreren, dan is het onwaarschijnlijk dat deze doelen volledig worden gerealiseerd. De ACM wil met dit onderzoek bevorderen dat het belang van concurrentie voldoende gewicht krijgt. In dit rapport doet de ACM geen uitspraken over welk zorgstelsel beter of slechter functioneert dan het andere.

### 1.2 De concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is niet optimaal

De ACM heeft in februari 2016 een tussenrapport over de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt uitgebracht.<sup>5</sup> De conclusie van het tussenrapport is dat er ruimte is voor meer concurrentie tussen zorgverzekeraars. Ook de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) lijkt dit van mening te zijn.<sup>6</sup> In het tussenrapport zijn drie hypothesen geformuleerd voor vervolgonderzoek. Elke hypothese ziet op een eigenschap van de zorgverzekeringsmarkt die

<sup>1</sup> Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet, Kamerstukken II, 2003/2004, 29 763, nr. 3.

<sup>2</sup> (Schipper, januari 2017, p. 16)

<sup>3</sup> (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, februari 2016)

<sup>4</sup> Financieel Beeld Zorg Begroting 2016, zie

[http://www.rijksbegroting.nl/2016/voorbereiding/begroting.kst212352\\_24.html](http://www.rijksbegroting.nl/2016/voorbereiding/begroting.kst212352_24.html)

<sup>5</sup> (Autoriteit Consument en Markt, 2016)

<sup>6</sup> M. ten Katen, Zorgminister: verzekeraars concurreren onvoldoende, *Het Financieele Dagblad*, 15 dec 2015, p. 9.

mogelijk de concurrentie op een negatieve manier beïnvloedt.<sup>7</sup>

- Onnodig hoge toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt beperken de concurrentiedruk vanuit potentiële toetreders en kleine zorgverzekeraars.
- Grote zorgverzekeraars hebben onvoldoende prikkels om zich van elkaar te onderscheiden en daarmee verzekerden te winnen.
- Beperkte transparantie en onnodige complexiteit van het productaanbod beperken de concurrentiedruk vanuit verzekerden op zorgverzekeraars.

Deze hypothesen toetst de ACM in drie afzonderlijke onderzoeken. Hoe meer hypothesen in de vervolgonderzoeken van de ACM worden bevestigd, hoe meer ruimte er is voor het vergroten van de concurrentie. Dit rapport presenteert de uitkomsten van het onderzoek naar de eerstgenoemde hypothese. De uitkomsten van de onderzoeken naar de overige twee hypothesen volgen later.

### 1.3 Voordelen van meer concurrentie voor de (zorg)consument

Op een concurrerende markt worden bedrijven voortdurend geprikkeld om zich te onderscheiden. Dit kan bijvoorbeeld door lagere prijzen te hanteren, hogere kwaliteit te leveren of door vernieuwend te zijn. Doen zij dat niet, dan bestaat er een risico dat afnemers kiezen voor een ander bedrijf. Het huidige zorgstelsel beoogt deze competitieve krachten te benutten om een optimale prijs-kwaliteitverhouding van zorg te helpen realiseren. Hieronder is geïllustreerd welke voordelen meer concurrentie tussen zorgverzekeraars kan opleveren voor de consument.

#### Lagere zorgpremie

Een belangrijk aspect bij de keuze voor een zorgverzekeraar is voor veel consumenten de hoogte van de zorgpremie. De gemiddelde premie voor de basisverzekering bedraagt in 2017 ongeveer 1.300 euro per jaar.<sup>8</sup> De zorgkosten van verzekerden vormen veruit de grootste kostenpost binnen de basisverzekering.<sup>9</sup> Effectieve concurrentie betekent dat zorgverzekeraars geprikkeld worden om de zorgkosten van hun klanten te verlagen om zo een scherpe zorgpremie aan te kunnen bieden. Dit vraagt om goede onderhandelingen met zorgaanbieders en, waar mogelijk, inzetten op preventie. Zo draagt meer concurrentie tussen zorgverzekeraars ook bij aan een doelmatige zorgsector.

#### Betere zorg voor patiënten

Zorgverzekeraars kunnen zich van elkaar onderscheiden door kwalitatief hoogwaardige zorg te vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen hun klanten ook adviseren over het beste zorgaanbod. Effectieve concurrentie stimuleert zorgverzekeraars om – naast goedkopere zorg – ook betere zorg in te kopen, voor zover dat door verzekerden wordt herkend en beloond. Het prikkelen van zorgaanbieders tot meer innovatie in het zorgaanbod is daarvoor een belangrijk instrument. Daarmee leidt concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt tot een betere prijs-kwaliteitverhouding van het zorgaanbod.

---

<sup>7</sup> Eigenschappen van een markt zijn bijvoorbeeld de marktstructuur, het marktgedrag van aanbieders en het marktgedrag van afnemers. Deze hypothesen zijn vergelijkbaar met de hypothese van een *adverse effect on competition* in het mededingingsrecht van het Verenigd Koninkrijk.

<sup>8</sup> Zie <http://www.zorgwijzer.nl/zorgpremie>. Daarnaast betalen verzekerden een inkomensafhankelijke bijdrage die wordt ingehouden op bijvoorbeeld het bruto loon.

<sup>9</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, mei 2015, p. 68)



### Nieuwe soorten verzekeringspolissen

Productdifferentiatie is een andere manier voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden van concurrenten. Verzekerden hebben verschillende voorkeuren en zijn bereid voor de ene polis meer te betalen dan voor de andere. Concurrentie prikkelt zorgverzekeraars om polissen aan te bieden die beter aansluiten bij de behoeften van verzekerden.

#### Box 1: effect van meer concurrentie op de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars

(KPMG, september 2014) spreekt na een uitgebreide evaluatie van de Zvw over een “onwenselijke grote macht bij zorgaanbieders, specifiek de tweedelijns-GGZ, huisartsen en de ziekenhuizen.” Een mogelijk argument tegen het vergroten van concurrentie tussen zorgverzekeraars is dat de onderhandelingsmacht van zorgaanbieders kan toenemen met nadelige gevolgen voor verzekerden. Dit zou ervoor pleiten om geen maatregelen te nemen op de zorgverzekeringsmarkt. De ACM vindt dit geen overtuigend argument om de volgende redenen.

- Bij een gebrek aan concurrentie worden zorgverzekeraars minder geprikkeld om gebruik te maken van eventuele onderhandelingsmacht en het doorgeven van de voordelen aan verzekerden.
- Het in stand houden van de huidige marktposities op de zorgverzekeringsmarkt is hooguit een suboptimale oplossing voor de eventuele disbalans in onderhandelingsmacht. Een betere oplossing is om eventuele marktmacht op zorgaanbodmarkten, waar mogelijk, te verminderen.
- Het is zorgverzekeraars toegestaan om, binnen de grenzen van de Mededingingswet, samen te werken om zodoende inkoopmacht te realiseren.<sup>10</sup> Dit kan tegenwicht bieden aan de onderhandelingsmacht van bepaalde typen zorgaanbieders.

### 1.4 Doel van dit onderzoek

Concurrentie op een markt kan op verschillende manieren worden vergroot. Dit onderzoek gaat over het verlagen van toetredings- en drempels als manier om concurrentie te vergroten.<sup>11</sup> Het doel van dit onderzoek is het identificeren van de belangrijkste drempels op de zorgverzekeringsmarkt en hoe deze kunnen worden verlaagd.

De NZa heeft in 2012 uitgebreid onderzoek gedaan naar toetredingsdrempels op de zorgverzekeringsmarkt.<sup>12</sup> De algehele conclusie van het onderzoek was dat er op deze markt ruimte is voor toetreding. De volgende drempels werden geïdentificeerd: een hoog benodigd startkapitaal, lage winstmarges, langdurige onzekerheid over de te behalen resultaten en de complexe regelgeving rondom zorgverzekeringen. Er zijn verschillende redenen waarom de ACM ervoor heeft gekozen om opnieuw onderzoek te doen naar dit onderwerp.

- Tijdens het onderzoek van de NZa hadden verschillende partijen, waaronder Anno12, interesse om de zorgverzekeringsmarkt te betreden. Dit heeft uiteindelijk niet geleid tot succesvolle toetreding op deze markt. In NZa (2015) zegt de toezichthouder hierover: “op basis van hun ervaringen moeten we constateren dat de drempels voor toetreding hoger zijn

<sup>10</sup> Zie <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-in-de-zorg/samenwerking-tussen-zorgverzekeraars/>

<sup>11</sup> In (Centraal Planbureau, januari 2003, p. 57) worden drie voorwaarden geformuleerd voor effectieve concurrentie op zorgmarkten. Eén van de voorwaarden is lage toetredingsdrempels.

<sup>12</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, april 2012)

dan we in 2012 hadden ingeschat.”<sup>13</sup>

- De zorgverzekeringsmarkt is sinds 2012 op een aantal punten significant gewijzigd, zoals de verdere afbouw van ex-post correcties in de risicoverevening, de introductie van Solvency II en diverse overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zvw. Deze wijzigingen hebben invloed gehad op de mogelijkheden om toe te treden.
- Aan de meeste aanbevelingen uit het rapport van de NZa is door beleidsmakers geen gevolg gegeven.

Dit rapport is als volgt gestructureerd. Hoofdstuk 2 beschrijft op welke wijze dit onderzoek is vormgegeven en op basis van welke criteria de onderzochte drempels zijn geselecteerd. Daarna volgen drie hoofdstukken waarin de drie belangrijkste toetredings- en groeidrempels afzonderlijk worden geanalyseerd. Elk hoofdstuk sluit af met een conclusie voor beleidsmakers.

---

<sup>13</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, mei 2015, p. 21)

## 2. Aanpak van dit onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de ACM het onderzoek naar toetredings- en groeidrempels heeft aangepakt. Paragraaf 2.1 begint met een kort theoretisch kader dat de relatie beschrijft tussen toetredings- en groeidrempels en concurrentie. De volgende paragraaf beschrijft welke typen marktpartijen op de zorgverzekeringsmarkt kunnen toetreden. Paragraaf 2.3 somt de bronnen van informatie van dit onderzoek op. De laatste paragraaf gaat in op de criteria die de ACM heeft gehanteerd voor het selecteren van de onderzochte drempels.

### 2.1 Relatie tussen toetredings- en groeidrempels en concurrentie

Toetreding van nieuwe bedrijven – of de dreiging daarvan – kan de concurrentie op een markt vergroten. Een bedrijf zal alleen toetreden tot een markt als het op basis van zijn *business case* een positief resultaat verwacht te behalen. Dit is in het algemeen afhankelijk van grofweg twee factoren: (i) de verwachte hoogte van de verzonken kosten<sup>14</sup> en (ii) de verwachte winstmarge na toetreding.<sup>15</sup>

In de economische literatuur bestaan uiteenlopende definities van de begrippen ‘toetredingsdrempel’ en ‘groeidrempel.’ De ACM definieert een toetredingsdrempel als datgene wat bijdraagt aan hogere verzonken kosten of een lagere verwachte winstmarge. Een groeidrempel is gedefinieerd als datgene wat het moeilijker maakt voor bestaande aanbieders om hun marktaandeel te vergroten. Beperkt overstapedrag van consumenten is een voorbeeld van zo’n drempel.

De gevestigde marktpartijen hebben minder marktmacht naarmate de druk van toetreding en groei door (potentiële) concurrenten hoger zijn. Bij een significante verslechtering van het productaanbod, zoals een prijsverhoging of kwaliteitsvermindering, lokken de gevestigde marktpartijen namelijk toetreding door nieuwe, efficiëntere bedrijven uit. De nieuwe toetreders moeten dan wel op korte termijn een significant aandeel op de markt kunnen verwerven. De markt is in dat geval - volgens de economische literatuur - *contestable*.<sup>16</sup>

### 2.2 Typen toetreders tot de zorgverzekeringsmarkt

Er zijn verschillende typen ‘toetreders’ denkbaar die op de zorgverzekeringsmarkt in Nederland actief kunnen worden. Ten eerste is het mogelijk dat een geheel nieuwe zorgverzekeraar (zonder of met winstoogmerk) wordt opgericht. Anno12 en Zorgeloos vallen in deze categorie. Een dergelijk initiatief kan zich bijvoorbeeld op een bepaalde provincie van Nederland richten of volledig nationaal actief worden.<sup>17</sup> Verder kan extra concurrentiedruk komen vanuit een bestaande

---

<sup>14</sup> Verzonken kosten (*sunk costs*) zijn de gemaakte vaste kosten die bij sluiting van een bedrijf niet meer terugverdiend kunnen worden. Naarmate de verzonken kosten hoger zijn, zijn de verliezen van een mislukte toetreding hoger. Voorbeelden zijn op maat gemaakte IT-oplossingen of de kosten voor het verkrijgen van goedkeuring van toezichthouders.

<sup>15</sup> De verwachte winstmarge hangt sterk af van de vraag hoe de bestaande bedrijven op de markt zullen reageren op de toetreders (*fight or accomodate*).

<sup>16</sup> W.J. Baumol (1982). Contestable Markets: An Uprising in the Theory of Industry Structure. *The American Economic Review*, pp. 1-15.

<sup>17</sup> Op dit moment zijn alle negen zorgverzekeringsconcerns landelijk actief. Enkele labels van deze concerns zijn

schadeverzekeraar die zijn productaanbod wil uitbreiden met zorgverzekeringen. Ten slotte is toetreding mogelijk door een buitenlandse (zorg)verzekeraar of door een bestaande partij van buiten de verzekeringswereld. In dit rapport wordt het begrip 'toetreders' breed geïnterpreteerd zodat alle bovengenoemde typen toetreders eronder vallen.

### **Box 2: lage winstgevendheid als verklaring voor afwezigheid toetreding**

De lage winstgevendheid op de zorgverzekeringsmarkt is tijdens het marktonderzoek door meerdere marktpartijen genoemd als verklaring voor de afwezigheid van toetreding. Zoals in paragraaf 2.1 beschreven, spelen zowel de verwachte winstgevendheid na toetreding als de verzonken kosten mee in de keuze om wel of niet toe te treden.

De lage winstgevendheid wordt ook als argument gebruikt voor de stelling dat sprake is van voldoende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Met deze gedachtegang is de ACM het oneens om drie redenen.

- Zorgverzekeraars die bij de introductie van de Zvw wettelijke reserves uit het ziekenfondstijdperk hadden ingebracht, mochten tot 1 januari 2016 geen winstoogmerk voeren.<sup>18</sup> Deze termijn is in 2015 verlengd tot 1 januari 2018.<sup>19</sup> Vrijwel alle bestaande zorgverzekeraars hebben momenteel een rechtsvorm zonder winstoogmerk (een onderlinge waarborgmaatschappij). Een lage winstgevendheid van de markt hoeft dus niet het gevolg te zijn van effectieve concurrentie. Het kan ook voortvloeien uit de specifieke doelstellingen van zorgverzekeraars.
- Maatschappelijke en politieke partijen verwachten dat zorgverzekeraars eventuele winsten zoveel mogelijk 'teruggeven' aan verzekerden als premieverlaging in het volgende jaar. Zie paragraaf 3.5 voor meer informatie. Het hanteren van lage premies en lage (of zelfs negatieve) winstmarges kan dus ook een gevolg zijn van maatschappelijke verwachtingen in plaats van concurrentie.
- Een lage mate van winstgevendheid betekent niet automatisch dat de bestaande zorgverzekeraars zo efficiënt mogelijk opereren. Eventuele inefficiënties kunnen het gevolg zijn van verminderde concurrentie. Een nieuwe, efficiënte zorgverzekeraar zou marktaandeel kunnen verwerven door een significant beter of ander aanbod op de markt te zetten. De bestaande aanbieders kunnen hierdoor geprikkeld worden om efficiënter te opereren.

## **2.3 Bronnen van informatie voor dit onderzoek**

De ACM heeft gedurende dit onderzoek via verschillende bronnen informatie verzameld.

- Ten eerste heeft de ACM een informatieverzoek gestuurd naar alle negen Nederlandse zorgverzekeraars, een grote schadeverzekeraar en één van de oprichters van Zorgeloos. Aan hen is gevraagd om voor twaalf mogelijke toetredings- of groeidrempels aan te geven of zij die zien als 'geen belangrijke drempel', een 'belangrijke drempel' of 'een 'zeer belangrijke drempel'.<sup>20</sup> Ook is aan hen gevraagd naar mogelijkheden om de – in hun ogen - belangrijkste

---

regionaal georiënteerd.

<sup>18</sup> Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet, Kamerstukken II, 2003/2004, 29 763, nr. 3, p.69.

<sup>19</sup> Kamerstukken II 2014/2015, 33 683, nr. 41.

<sup>20</sup> De lijst met mogelijke drempels is opgesteld op basis van eerdere studies naar de zorgverzekeringsmarkt. Zie (Nederlandse Zorgautoriteit, april 2012), (KPMG, september 2014), (Institute of Health Policy and Management, maart 2014) en (Gupta Strategists, februari 2015).

- drempels te verlagen (zie bijlage 1 voor de vragenlijst van het informatieverzoek).
- Verder heeft de ACM gesprekken gevoerd met een aantal stakeholders, zoals zorgverzekeraars, een oprichter van Anno 12, toezichthouders, ministeries en een vergelijkingssite. Een overzicht van alle geïnterviewde stakeholders is te vinden in bijlage 2.
  - Ook heeft de ACM desk research gedaan naar de achterliggende oorzaken van de belangrijkste toetredings- en groeidrempels.
  - Ten slotte zijn de resultaten van dit onderzoek – voorafgaand aan de publicatie – geconsulteerd bij de betrokken ministeries en toezichthouders, en bij de bestaande zorgverzekeraars. De veelal waardevolle reacties zijn verwerkt in deze rapportage.

## 2.4 Selectie van de onderzochte toetredings- en groeidrempels

Zoals in hoofdstuk 1 reeds genoemd, is het doel van dit onderzoek om te achterhalen wat momenteel de belangrijkste drempels op de zorgverzekeringsmarkt zijn en hoe deze kunnen worden verlaagd. Om tot een selectie van de drempels te komen, heeft de ACM aan marktpartijen gevraagd om de belangrijkste toetredings- en groeidrempels te benoemen. Tabel 1 geeft de uitkomst van het informatieverzoek weer.

**Tabel 1: belangrijkste toetredings- en groeidrempels volgens de elf bevroegde marktpartijen (bron: informatieverzoek ACM)**

Drempel	Zeer belangrijk	Belangrijk	Niet belangrijk
Solvabiliteitseisen	9	1	1
Politieke onzekerheid	9	1	1
Vergunningstraject	7	1	3
Werking van de risicoverevening	6	1	4
Aanvangsinvesteringen	5	5	1
Beperkingen in het onderscheidend vermogen	2	3	6
Verwachte strategische reactie van grote zorgverzekeraars	2	0	9
Inkoopmacht van grote zorgverzekeraars	1	7	3
Hoge advertentie-uitgaven in de markt	1	2	8
Samenhang van basis- en aanvullende verzekering	1	1	9
Overstapdrempels bij individuele verzekerden	1	0	10
Overstapdrempels bij collectiviteiten	0	1	10

De volgende drie drempels worden veruit het vaakst aangemerkt als 'zeer belangrijke drempel': solvabiliteitseisen, politieke onzekerheid en het vergunningstraject bij DNB.<sup>21</sup> Politieke onzekerheid werd in het informatieverzoek omschreven als onzekerheid over toekomstige wet- en regelgeving op de markt.<sup>22</sup> Solvabiliteitseisen gaan over de hoeveelheid kapitaal die elke zorgverzekeraar verplicht moet aanhouden op basis van Europese regelgeving.

De ACM ziet bij elk van de drie belangrijkste toetredings- en groeidrempels mogelijkheden om de drempel te verlagen. Deze drempels kunnen echter niet volledig worden weggenomen omdat ze het gevolg zijn van een specifiek beleidsdoel waar de consument en de maatschappij van profiteren. Dit rapport spreekt over een 'onnodig' hoge drempel wanneer deze kan worden verlaagd zonder in te boeten aan het beoogde doel ervan. De drempel is dan als het ware 'niet efficiënt'. Het is ook denkbaar dat door het verlagen van de drempel het achterliggende doel minder wordt gerealiseerd. In dat geval dient dit nadeel te worden afgewogen tegen het voordeel van grotere concurrentiedruk. Een dergelijke afweging is aan de beleidsmakers.

---

<sup>21</sup> Naast de twaalf mogelijke drempels die de ACM heeft opgenomen in het informatieverzoek, hadden de (zorg)verzekeraars de optie om andere drempels te benoemen. Geen van de (zorg)verzekeraars heeft hier gebruik van gemaakt.

<sup>22</sup> In het vervolg van dit rapport wordt het begrip 'reguleringsonzekerheid' gehanteerd. Dit begrip is breder dan politieke onzekerheid en omvat ook de invloed van de betrokken ministeries, toezichthouders en maatschappelijke actoren. Ook de werking van de risicoverevening is meegenomen in dit begrip.

### 3. Voldoen aan de Europese kapitaaleis als toetredings- en groeidrempel

“Door het bestaan van kapitaaleisen hanteert [...] een gematigde groei-doelstelling. In afwezigheid van deze eisen zouden wij een grotere groei-doelstelling hanteren.” – een kleine zorgverzekeraar tijdens het marktonderzoek van de ACM.

In 2012 concludeerde de NZa dat “de solvabiliteitseisen die de Wft stelt een drempel vormen voor nieuwe toetreders en voor kleine verzekeraars.” Sinds 2012 is veel veranderd op het gebied van solvabiliteitseisen (hierna: kapitaaleisen). De belangrijkste verandering is de introductie van een nieuw Europees risicogebaseerd toezichtraamwerk voor verzekeraars: Solvency II. Dit nieuwe toezichtraamwerk heeft geleid tot fors hogere kapitaaleisen voor zorgverzekeraars.

Kapitaaleisen worden tegenwoordig door verzekeraars nog steeds gezien als één van de belangrijkste toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt. Bijna alle (zorg)verzekeraars hebben in hun reactie op het informatieverzoek ‘kapitaaleisen’ als een zeer belangrijke drempel aangemerkt (zie tabel 1). Kapitaaleisen zijn van toepassing op zowel basis- als aanvullende verzekeringen.

#### 3.1 Analyse kader: wanneer is deze drempel onnodig hoog?

##### Wat zijn kapitaaleisen?

Eigen vermogen (of kapitaal) gaat over de manier waarop een verzekeraar zich financiert. Kapitaal heeft een bufferfunctie waarmee financiële tegenslagen kunnen worden opgevangen zonder dat de verzekeraar de verschaffers van vreemd vermogen (geleend geld) niet meer kan terugbetalen, en daarmee failliet gaat.<sup>23, 24</sup> Hoe meer een verzekeraar zich financiert met eigen vermogen, hoe kleiner het risico dat de verzekeraar failliet gaat.

In 2009 is de Europese Solvency II-richtlijn aangenomen door het Europees Parlement en de Raad.<sup>25</sup> Vervolgens heeft een aantal wijzigingen van deze richtlijn plaatsgevonden, zoals de Omnibus II-richtlijn in 2014.<sup>26</sup> Verder heeft de Europese Commissie in 2015 nadere regelgeving vastgesteld met een uitvoeringsverordening en heeft de *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (EIOPA)<sup>27</sup> een aantal richtsnoeren en technische standaarden gepubliceerd. Al

---

<sup>23</sup> Eigen vermogen kan net als vreemd vermogen worden gebruikt door een verzekeraar voor bijvoorbeeld investeringen in de organisatie. Zie (Boot & Van Wijnbergen, december 2013, p. 743)

<sup>24</sup> Een belangrijk verschil met eigen vermogen is dat tegenover vreemd vermogen een contractueel vastgelegde vergoeding staat. Bij eigen vermogen is dat niet het geval. De verschaffers van eigen vermogen krijgen een vergoeding die afhankelijk is van de financiële resultaten van het bedrijf.

<sup>25</sup> Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II). Hierna: Solvency II.

<sup>26</sup> Richtlijn 2014/51/EU van het Europees Parlement en de Raad van 16 april 2014 tot wijziging van de Richtlijnen 2003/71/EG en 2009/138/EG, alsmede de Verordeningen (EG) nr. 1060/2009, (EU) nr. 1094/2010 en (EU) nr. 1095/2010.

<sup>27</sup> De EIOPA is een onafhankelijk adviesorgaan voor de Europese Commissie, het Parlement en de Raad. Het geeft advies en voert specifieke juridische, technische en wetenschappelijke taken uit om bij te dragen aan beleid en

deze regels tezamen worden hierna ‘het Solvency II-raamwerk’ genoemd.<sup>28</sup> De meeste regels zijn in Nederland van kracht geworden per 1 januari 2016.

De kapitaaleisen binnen het Solvency II-raamwerk stellen regels aan de hoeveelheid eigen vermogen waarmee een verzekeraar zich financiert.<sup>29</sup> DNB ziet er in Nederland op toe dat een verzekeraar voldoende kapitaal aanhoudt. Verzekeraars vermelden hun kapitaalpositie meestal als percentage van het wettelijk vereiste niveau. Dit wordt hierna de ‘kapitaalratio’ genoemd. Zorgverzekeraar CZ bijvoorbeeld had in 2015, exclusief aanvullende verzekeringen, circa 2,11 miljard euro aan kapitaal op de balans staan en moest circa 1,25 miljard euro aan kapitaal hebben op basis van het Solvency II-raamwerk. De kapitaalratio was in 2015 dus 169%.<sup>30</sup>

### Wanneer zijn kapitaaleisen een toetredings- en groeidrempel?

Kapitaaleisen zijn op zichzelf geen toetredings- of groeidrempel. Kapitaaleisen vormen pas een drempel als een potentiële toetreders of een bestaande zorgverzekeraar met een groeiambitie moeite heeft om aan de gestelde eis te (blijven) voldoen.

Een zorgverzekeraar moet voor elke verzekerde een bepaalde hoeveelheid eigen vermogen op de balans hebben staan. Als een bestaande zorgverzekeraar tijdens het overstapeseizoen zijn klantenbestand vergroot maar zijn kapitaal niet direct vergroot, dan zal de kapitaalratio dalen. Als de kapitaalratio onder de 100% komt, dan zal DNB overgaan tot formele herstelacties.<sup>31</sup> Verzekeraars moeten elk kwartaal hun kapitaalratio aan DNB rapporteren.<sup>32</sup>

Een zorgverzekeraar wiens kapitaalratio het minimumniveau nadert, moet zijn kapitaalratio dus eerst verhogen voordat hij verder kan groeien. Als de zorgverzekeraar dat niet kan, dan kan hij niet verder groeien. Om de groeimogelijkheden van zorgverzekeraars te illustreren, geeft Figuur 1 weer hoeveel nieuwe klanten elk concern in 2015 kon aantrekken totdat een kapitaalratio van 120% zou zijn bereikt.<sup>33</sup> De ACM heeft voor een percentage van 120% gekozen omdat het volgens DNB “zeer onverstandig” is als zorgverzekeraars sturen op een ratio van 100%.<sup>34</sup>

De figuur laat zien dat de vijf kleine zorgverzekeringconcerns in 2015 – zonder maatregelen te nemen om de kapitaalratio te verhogen (zie paragraaf 3.5) – weinig groeimogelijkheden hadden in absolute zin. Gecorrigeerd voor fusies en overnames hebben de vier grootste zorgverzekeraars gezamenlijk slechts 2%-punt marktaandeel verloren sinds 2006.<sup>35</sup> Er is in de afgelopen tien jaar weinig dynamiek geweest in de marktaandelen.

---

wetgeving op Europees en nationaal niveau. Zie <https://eiopa.europa.eu/about-eiopa/missions-and-tasks>.

<sup>28</sup> Voor een beschrijving van alle regelgeving, zie (De Brauw Blackstone Westbroek, januari 2016).

<sup>29</sup> In plaats van een eenvoudige formule op basis van premie, schade en/of voorzieningen onder Solvency I wordt de kapitaalratio onder Solvency II opgebouwd op basis van het daadwerkelijke risicoprofiel van de verzekeraar.

<sup>30</sup> Zie <https://www.cz.nl/over-cz/jaarcijfers/jaarcijfers-basisverzekering-2015>

<sup>31</sup> [https://www.dnb.nl/binaries/Factsheet\\_solvency\\_tcm46-335167.pdf](https://www.dnb.nl/binaries/Factsheet_solvency_tcm46-335167.pdf)

<sup>32</sup> <http://www.toezicht.dnb.nl/2/50-224687.jsp>

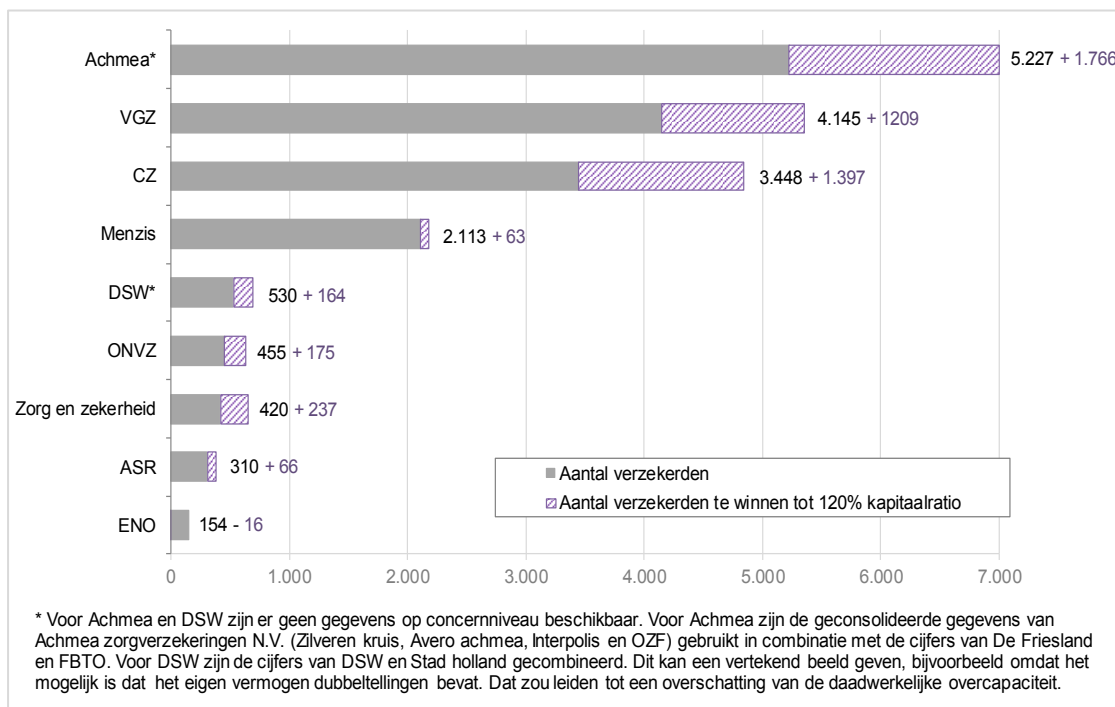
<sup>33</sup> Om deze figuur samen te stellen, is uitgegaan van het aantal verzekerden op 1 februari 2015 en de kapitaalratio in 2015 op basis van Solvency II. De hoeveelheid klanten die een verzekeraar kan aantrekken tot een kapitaalratio van 120%, bedraagt  $\left(\frac{\text{Huidige kapitaalratio}}{120\%} - 100\%\right) \cdot \text{huidige aantal verzekerden}$ .

<sup>34</sup> Bron: (DNB, december 2014, p. 13). Een percentage van 110% of 130% zal het beeld in figuur 1 niet substantieel veranderen.

<sup>35</sup> (Autoriteit Consument en Markt, 2016, p. 15)



**Figuur 1: aantal verzekerden (x 1.000) per concern in 2015 en een schatting van het maximale aantal verzekerden dat elk concern in 2015 kon aantrekken tot een kapitaalratio van 120% (o.b.v Solvency II)**



Deze cijfers hebben alleen betrekking op de basisverzekering. Bron: eerdere basisverzekering 2015 en Verzuim (2015), bewerking ACM.

### Wanneer is deze drempel onnodig hoog?

Hierboven is beschreven dat de kapitaaleisen in combinatie met de moeilijkheden om aan deze eisen te voldoen een toetredings- en groeidrempel kunnen vormen. Dit wil niet zeggen dat deze drempel onder alle omstandigheden onnodig hoog is. Om dit vast te kunnen stellen, is een analyse nodig van drie elementen: de rechtvaardiging van kapitaalregulering van zorgverzekeraars, de hoogte van de kapitaaleisen en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om aan de kapitaaleis te voldoen.

Het vervolg van dit hoofdstuk start met een analyse van de economische rechtvaardiging voor het reguleren van de hoeveelheid kapitaal op verzekeringsmarkten. Als de rechtvaardiging onvoldoende is, dan is elke kapitaaleis onnodig hoog. Bij voldoende rechtvaardiging kan er alsnog sprake zijn van een onnodige hoge drempel. Dit is het geval als aan minimaal één van de onderstaande voorwaarden is voldaan.

- Als het Solvency II-raamwerk onvoldoende rekening houdt met verschillen in de economische rechtvaardiging per type verzekeringsmarkt (paragraaf 3.2 en 3.3).
- Als het Solvency II-raamwerk onvoldoende rekening houdt met het afwijkende risicoprofiel van Nederlandse zorgverzekeraars (paragraaf 3.4).
- Als het voor zorgverzekeraars onnodig moeilijk is om de kapitaalratio te verhogen (paragraaf 3.5)
- Als de Nederlandse overheid onvoldoende rekening houdt met de gevolgen van haar beleid op de risico's en daarmee de kapitaaleisen van zorgverzekeraars.

De ACM zal in het vervolg van dit hoofdstuk alle voorwaarden analyseren behalve het laatste punt. Het is voor de ACM namelijk op basis van openbare bronnen niet objectief vast te stellen of de overheid voldoende rekening houdt met de indirecte gevolgen van haar beleid op de kapitaaleisen van zorgverzekeraars. Overigens merkt de ACM op dat de kapitaaleisen in de afgelopen jaren als gevolg van overheidsbeleid flink zijn gestegen. Dit komt onder andere door diverse overhevelingen van zorg naar de Zvw en de keuze, vanuit het doel van doelmatigheid, om verschillende ex-post correcties in de risicoverevening af te bouwen.

### 3.2 De economische rechtvaardiging voor kapitaalregulering

Een overheid kan verschillende redenen hebben om op een markt in te grijpen via wet- en regelgeving. Een belangrijk motief is dat de markt niet zelf tot een welvaarts optimum komt vanwege het bestaan van één of meerdere marktfalen.<sup>36</sup> In Solvency II worden twee redenen genoemd waarom de kapitaalpositie van verzekeraars is gereguleerd in Europa. De primaire doelstelling is de bescherming van de verzekerde (polishouder).<sup>37</sup> Het secundaire doel is het waarborgen van de financiële stabiliteit.<sup>38</sup> De doelstellingen die worden genoemd in Solvency II berusten volgens de ACM op de constatering dat op verzekeringsmarkten sprake is van twee typen marktfalen: informatie-asymmetrie en externaliteiten.

#### **Informatie-asymmetrie als rechtvaardiging**

Informatie-asymmetrie houdt in dat de ene partij bij het aangaan van een transactie over meer informatie beschikt dan de andere partij. In de context van kapitaalregulering gaat het om informatie over de kans op faillissement van een verzekeraar. In een hypothetische situatie zonder marktfalen hebben consumenten inzicht in de kans dat een verzekeraar failliet gaat en nemen ze dit mee in hun keuzeproces.<sup>39</sup> Zij zullen minder snel kiezen voor een verzekeraar die relatief weinig kapitaal aanhoudt ten opzichte van de risico's waaraan hij staat blootgesteld. Hierdoor wordt de kapitaalpositie een concurrentieparameter en worden verzekeraars geprikkeld om voldoende kapitaal aan te houden.

In de praktijk hebben consumenten echter weinig zicht op de kans dat een verzekeraar failliet gaat, waardoor zij dit niet kunnen meenemen in hun keuzeproces. Daarom kan er weinig disciplinerend effect op verzekeraars verwacht worden van verzekerden die 'met de voeten stemmen.'<sup>40</sup>

Door het bestaan van bovengenoemde informatie-asymmetrie houden verzekeraars mogelijk te weinig kapitaal aan, waardoor de kans op een faillissement groter is dan maatschappelijk gewenst. Dit betekent overigens niet dat een verzekeraar in afwezigheid van kapitaalregulering helemaal geen eigen vermogen zal aanhouden. Een verzekeraar wil immers niet failliet gaan. Bovendien kunnen verschaffers van vreemd vermogen druk op de verzekeraar uitoefenen om voldoende

---

<sup>36</sup> De economische theorie maakt onderscheid tussen de volgende vormen van marktfalen: publieke goederen, externaliteiten, informatie-asymmetrie, marktmacht en niet-rationeel keuzegedrag. Overheidsingrijpen is gerechtvaardigd als (1) er sprake is van een aantoonbaar marktfalen, (2) kapitaaleisen een efficiënte manier is om het onderliggende marktfalen te adresseren en (3) de voordelen van de interventie groter zijn dan de (in)directe kosten.

<sup>37</sup> Artikel 27 van Solvency II.

<sup>38</sup> Artikel 28 van Solvency II.

<sup>39</sup> Hiervoor heeft de verzekerde inzicht nodig in de kapitaalpositie van de verzekeraar en in de risico's waaraan de verzekeraar staat blootgesteld.

<sup>40</sup> (Prudential Regulation Authority, september 2013)

kapitaal aan te houden.<sup>41</sup>

### Externaliteiten als rechtvaardiging

Dit type marktfalen bestaat als de consumptie of productie van een goed of dienst, baten of kosten voor anderen meebrengt. Dit kan leiden tot inefficiënte uitkomsten als consumenten of bedrijven in hun besluitvorming onvoldoende rekening houden met deze externaliteiten. Een bekend voorbeeld van een negatieve externaliteit is het effect van autorijden op het milieu.

Verzekeraars houden mogelijk onvoldoende rekening met de negatieve effecten die een eventueel faillissement heeft voor de stabiliteit van het financiële systeem en de maatschappelijke kosten die daarmee gepaard gaan. Er lijkt echter geen consensus te zijn over de *omvang* van het systeemrisico op verzekeringsmarkten. Tijdens een workshop bij de *Prudential Regulation Authority* (PRA) is met experts uitgebreid gediscussieerd over de economische rechtvaardiging voor kapitaalregulering op verzekeringsmarkten.<sup>42</sup> Tijdens deze workshop werd geconcludeerd dat het *niet* duidelijk is dat het faillissement van een verzekeraar *geen* financiële instabiliteit kan veroorzaken. Aan de andere kant was het volgens de deelnemers aan de workshop ook niet duidelijk hoe het faillissement van een verzekeraar *wél* tot financiële instabiliteit kan leiden.

Het systeemrisico is op verzekeringsmarkten in ieder geval lager dan op bancaire markten.<sup>43</sup> De financiële verwevenheid tussen verzekeraars is over het algemeen kleiner en de kans op besmetting bij liquiditeitsproblemen lager (waarbij in de bancaire sector een *bank run* bij de ene bank kan leiden tot een *bank run* bij andere banken).

### 3.3 Verschillen in de rechtvaardiging voor kapitaalregulering tussen typen verzekeraars

Het startpunt in het Solvency II-raamwerk bij het berekenen van de kapitaaleis is het gewenste zekerheidsniveau dat een verzekeraar niet failliet gaat. Alle verzekeraars moeten voldoende kapitaal aanhouden zodat de kans minimaal 99,5% is dat zij de komende 12 maanden aan hun verplichtingen kunnen voldoen. Er wordt dus impliciet aangenomen dat de omvang en de gevolgen van de eerder genoemde marktfalens voor elk type verzekering hetzelfde zijn. Dit is volgens de ACM een onjuiste veronderstelling.<sup>44</sup>

#### De omvang en de gevolgen van het informatieprobleem verschillen per verzekeringsmarkt

Het informatieprobleem kan groter of kleiner zijn afhankelijk van het type afnemer (consument, bedrijf of een andere verzekeraar). Bedrijven hebben doorgaans een minder grote informatieachterstand ten opzichte van hun verzekeraar dan consumenten.

Ook de potentiële schade voor de verzekerde bij een faillissement verschilt per type verzekering. Bij een levensverzekering bouwt de polishouder bijvoorbeeld vermogensrechten op. Een faillissement kan dan resulteren in korting op de opgebouwde rechten voor alle polishouders. Daarentegen raakt een faillissement van een schadeverzekeraar slechts een deel van de verzekerden. Een groot deel van de klanten zal namelijk relatief snel zonder grote financiële gevolgen een nieuwe verzekering

---

<sup>41</sup> (Harrington, 2005)

<sup>42</sup> De PRA is onderdeel van de Bank of England en is in het Verenigd Koninkrijk de toezichthouder op het gebied van kapitaaleisen voor banken en verzekeraars.

<sup>43</sup> (Harrington, 2005)

<sup>44</sup> Zie ook (Prudential Regulation Authority, september 2013, p. 221)

kunnen afsluiten. De schade van het faillissement is dus voor hen beperkt. Wel is er potentieel grotere schade voor de verzekerden die nog een claim hebben bij de schadeverzekeraar die niet meer kan worden vergoed.

#### **De omvang en de gevolgen van het informatieprobleem op de zorgverzekeringsmarkt**

Op de zorgverzekeringsmarkt is ook sprake van informatie-asymmetrie tussen verzekerde en zorgverzekeraar als het gaat om de kans op faillissement. Deze asymmetrie is niet per definitie groter of kleiner dan op andere verzekeringsmarkten. Als een zorgverzekeraar failliet gaat, dan kan dit op verschillende manieren schadelijk zijn voor een verzekerde of voor een zorgaanbieder.

- Ten eerste zijn verzekerden na het faillissement van hun huidige zorgverzekeraar tijdelijk onverzekerd, terwijl zij wel voor dekking betaald hebben.
- Ten tweede bestaat er een risico voor de verzekerden die nog een vergoeding krijgen van hun huidige zorgverzekeraar voor afgenomen zorg. Dit kan alleen het geval zijn bij verzekerden met een restitutiepolis of bij afname van niet-gecontracteerde zorg.<sup>45</sup> Bij een zorgverzekering kan dit om bijzonder hoge claims gaan, soms van mensen zonder vermogen en met een inkomen op bijstandsniveau.
- Ten slotte kan er schade zijn voor zorgaanbieders als zij vorderingen hebben op de failliete zorgverzekeraar of doordat de financiering voor onderhanden werk (de lopende behandelingen) deels wegvalt.<sup>46</sup>

Op de zorgverzekeringsmarkt bestaat een nationale vangnetregeling die verzekerden beschermt tegen het faillissement van een zorgverzekeraar (artikel 31 Zvw). Als een zorgverzekeraar failliet gaat, dan zal het Zorginstituut Nederland voldoen aan de vorderingen die verzekerden op de zorgverzekeraar hebben. Zo nodig levert de overheid hiervoor een extra bijdrage. Het gaat hier alleen om vergoedingen voor geleverde zorg. Eventueel vooruitbetaalde premies vallen niet onder deze regeling.<sup>47</sup> Ook geldt de regeling niet voor vorderingen van zorgaanbieders op de failliete zorgverzekeraar.

#### **De gevolgen van een faillissement van een zorgverzekeraar voor de financiële stabiliteit**

Het faillissement van een verzekeraar kan gevolgen hebben voor de financiële stabiliteit. Dit systeemrisico verschilt per verzekeringsmarkt. Voor levensverzekeringen is het systeemrisico waarschijnlijk groter dan voor schadeverzekeringen. In theorie zou een faillissement van een zorgverzekeraar op de onderstaande manieren kunnen leiden tot financiële instabiliteit.

- Als de failliete zorgverzekeraar een dermate grote omvang heeft dat de overige zorgverzekeraars niet in staat zijn om de gedupeerde verzekerden over te nemen.
- Als het faillissement van een zorgverzekeraar leidt tot financiële problemen bij andere zorgverzekeraars omdat zij sterk financieel verweven met elkaar zijn.
- Als de failliete zorgverzekeraar onderdeel is van een groter financieel conglomeraat (bv. een breder verzekeringsconcern of bank-verzekeraar) en de financiële problemen bij de zorgverzekeringstak het faillissement van het gehele concern kan veroorzaken.

---

<sup>45</sup> Zie (Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2015, p. 29). Bij een naturopolis heeft de zorgaanbieder juridisch gezien een vordering op de zorgverzekeraar waardoor er geen schade is voor verzekerden bij een eventueel faillissement.

Ongeveer 75% van alle verzekerden had een naturopolis in 2016.

<sup>46</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2015, pp. 27-29)

<sup>47</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2015, p. 29)

Volgens de ACM is geen van de bovenstaande situaties een reëel risico in de praktijk. Ten eerste concludeerde de NZa in 2015 dat de overige zorgverzekeraars in theorie voldoende eigen vermogen hebben om het faillissement van zelfs de grootste zorgverzekeraar op te vangen. Ook op organisatorisch vlak lijken zorgverzekeraars voldoende flexibel, bijvoorbeeld als het gaat om het opschalen van het *callcenter* om nieuwe aanmeldingen te verwerken.<sup>48</sup> Verder lijkt er geen sprake te zijn van sterke financiële verwevenheid tussen zorgverzekeraars. Ten slotte zijn slechts twee van de negen zorgverzekeringsconcerns (Achmea en a.s.r.) onderdeel van een groter concern dat ook andere financiële producten verstrekt.

### Tussenconclusie paragraaf 3.2 en 3.3

Het is voor de ACM niet duidelijk hoe het faillissement van een zorgverzekeraar kan leiden tot grote instabiliteit van het financiële systeem. De verwevenheid van zorgverzekeraars met het financiële systeem is beperkt en de kans op besmetting bij liquiditeitsproblemen relatief laag. Het waarborgen van de financiële stabiliteit is daarom geen sterke rechtvaardiging voor kapitaalregulering van zorgverzekeraars.

Het beschermen van verzekerden biedt wél enige rechtvaardiging vanwege het bestaan van een informatie-asymmetrie tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Verzekerden kunnen de kans op een faillissement minder goed inschatten dan de zorgverzekeraar zelf. Dit geeft zorgverzekeraars mogelijk de prikkel om te weinig kapitaal aan te houden. Hierdoor neemt het risico op een faillissement van een zorgverzekeraar toe, wat kan leiden tot maatschappelijke kosten.

## 3.4 De 'risicogevoeligheid' van de kapitaaleis

De inkomsten en uitgaven van verzekeraars zijn meer of minder volatiel, afhankelijk van het type verzekering en de keuzes die een verzekeraar maakt. Een verzekeraar met een hoog risicoprofiel heeft meer kapitaal nodig om de gewenste maximale faillissementskans te realiseren dan een verzekeraar met een laag risicoprofiel. De mate waarin bij het berekenen van de kapitaaleis rekening wordt gehouden met verschillen in risico's wordt hierna 'risicogevoeligheid' genoemd. In deze paragraaf wordt de maximale faillissementskans van 0,5% bij het berekenen van de kapitaaleisen als gegeven beschouwd.

### Berekening van de kapitaaleis binnen het Solvency II-raamwerk

In het nieuwe Solvency-raamwerk wordt onderscheid gemaakt tussen twee kapitaalratio's: de *Minimum Capital Requirement* (MCR) en de *Solvency Capital Requirement* (SCR).<sup>49</sup> De SCR wordt gelijk gesteld aan de *value-at-risk* (VaR) van het kernvermogen van een verzekeraar met een betrouwbaarheidsgraad van 99,5% over de periode van 12 maanden.<sup>50</sup> Met andere woorden, een verzekeraar moet een hoeveelheid kapitaal aanhouden waarbij hij naar verwachting maar eens per tweehonderd jaar insolvent wordt.<sup>51</sup> In principe moet de SCR voldoende zijn om minimaal de volgende kwantificeerbare risico's te dekken waaraan de verzekeraar is blootgesteld.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2015, pp. 30-31)

<sup>49</sup> Artikelen 103 en 129 van Solvency II.

<sup>50</sup> Artikel 101, lid 3, van Solvency II.

<sup>51</sup> Impact Assessment van Solvency II, p.114.

<sup>52</sup> Artikel 101, lid 4, van Solvency II.

- Verzekeringstechnische risico's: dit zijn risico's die voortvloeien uit het verkopen van verzekeringen. Denk bijvoorbeeld aan een onverwacht hoge schadelast, het risico dat de verzekeraar een te lage premie heeft gezet en het risico dat de verzekeraar inadequate technische voorzieningen heeft getroffen.
- Marktrisico's: dit zijn de risico's op waardedalingen van beleggingen als gevolg van schommelingen in marktprijzen.
- Kredietrisico's: dit zijn de risico's op verliezen door schommelingen in de kredietwaardigheid van tegenpartijen en debiteuren waaraan een verzekeraar in de vorm van een tegenpartijrisico, spreadrisico of marktrisicoconcentratie kan blootstaan.
- Operationele risico's: dit zijn de risico's op verliezen door inadequate of falende interne procedures, personeel of systemen, of door externe gebeurtenissen.

De MCR ligt tussen de 25% en 45% van de SCR en heeft een absolute ondergrens van EUR 2,2 miljoen voor schadeverzekeraars.<sup>53</sup> Als het beschikbare kapitaal van een verzekeraar daalt onder de SCR, dan zal de toezichthouder maatregelen nemen. De ernst van deze maatregelen neemt toe naarmate de hoeveelheid kapitaal verder daalt.<sup>54</sup> Als het beschikbare kapitaal onder de MCR daalt, dan riskeert de verzekeraar dat haar vergunning wordt ingetrokken door de toezichthouder.

### Verschillende methoden voor het vaststellen van de SCR

Er zijn verschillende manieren waarop de SCR kan worden berekend. Het uitgangspunt is een door de Europese Commissie ontwikkelde standaardformule. De standaardformule bestaat uit een aantal (sub)modules voor het berekenen van de kapitaaleisen behorende bij de bovenstaande risicocategorieën. Het gehele Solvency II-raamwerk, en dus ook de standaardformule, dient proportioneel te zijn voor kleine en middelgrote verzekeraars (zie box 3).

De standaardformule is in principe voor alle typen verzekeraars hetzelfde. Wel wordt voor het berekenen van de verzekeringstechnische risico's gebruik gemaakt van aparte modules voor levensverzekeringen (life), schadeverzekeringen (non-life) en zorgverzekeringen (health). Verwachte sterftcijfers van de verzekerden spelen bij levensverzekeringen bijvoorbeeld een grotere rol dan bij schadeverzekeringen. Het gehanteerde zekerheidsniveau van 99,5% blijft echter leidend bij elke module. De module voor verzekeringstechnische risico's is voor zorgverzekeraars veruit de belangrijkste module in termen van kapitaaleisen. Volgens een studie van de EIOPA zijn gemiddeld 63% van de kapitaaleisen voor zorgverzekeraars in Europa toe te schrijven aan de verzekeringstechnische module.<sup>55</sup>

### Box 3: het beginsel van proportionaliteit binnen Solvency II

Eén van de uitgangspunten van het Solvency II-raamwerk is dat alle gestelde eisen proportioneel moeten zijn. Het raamwerk 'mag niet belastend zijn voor kleine en middelgrote verzekeringsondernemingen' (punt 19 van Solvency II). De Europese Commissie heeft onlangs aangekondigd dat zij vóór december 2018 een aantal onderdelen van Solvency II zal evalueren. In dit kader is aan de EIOPA gevraagd om onderzoek te doen naar mogelijkheden om de kapitaaleisen meer proportioneel te maken.<sup>56</sup>

<sup>53</sup> Artikel 129 van Solvency II.

<sup>54</sup> Impact Assessment van Solvency II, p.129.

<sup>55</sup> (European Insurance and Occupational Pensions Authority, maart 2011, p. 12)

<sup>56</sup> <https://eiopa.europa.eu/regulation-supervision/insurance/scr-standard-formula-review>

Als een verzekeraar vindt dat de standaardformule geen recht doet aan het afwijkende risicoprofiel van zijn onderneming, dan kan hij een intern model ontwikkelen. Met het gebruik van een intern model heeft de verzekeraar meer vrijheden in het berekenen van de risico's en de bijbehorende SCR. Het interne model hoeft niet de structuur van het standaardmodel te volgen. Een verzekeraar kan een volledig intern model ontwikkelen, of een combinatie van een intern model en de standaardformule toepassen. In het laatste geval wordt gesproken over een partieel intern model.

Een Nederlandse verzekeraar moet goedkeuring van DNB krijgen voordat hij gebruik kan maken van een (partieel) intern model voor het vaststellen van de SCR. Het interne model moet aan een aantal strenge voorwaarden voldoen.<sup>57</sup> Eén van de voorwaarden is een *use test* waarbij de verzekeraar moet aantonen dat het model in de praktijk een belangrijke rol speelt in het risicomanagement, bij besluitvormingsprocedures en bij de allocatie van economisch kapitaal. Verder worden eisen gesteld aan de statistische kwaliteit van het interne model en normen met betrekking tot de kalibratie, validering en documentatie van het model.

#### **Toepassing van het Solvency II-raamwerk op Nederlandse zorgverzekeraars**

De Nederlandse zorgverzekeringsmarkt wijkt vanuit een risicoperspectief op een aantal punten af van andere verzekeringsmarkten. Dit komt met name door het gereguleerde karakter van de markt. Bijvoorbeeld door de verplichting voor verzekerden om een basisverzekering af te sluiten, de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie, en ten slotte het systeem van risicoverevening. Dit maakt dat de risico's waaraan zorgverzekeraars staan blootgesteld, afwijken van de risico's van andere typen verzekeraars.

In de praktijk maken alle zorgverzekeraars gebruik van het standaardmodel voor het berekenen van de SCR. Het voordeel van het gebruik van het standaardmodel is dat het minder complex is dan een (partieel) intern model. Het zal daarom minder tijd en moeite kosten om de kapitaaleisen op deze manier vast te stellen. Hier staat tegenover dat het standaardmodel minder risicosensitief is. Dit betekent dat minder rekening gehouden kan worden met het afwijkende risicoprofiel van een individuele zorgverzekeraar.

De combinatie van het afwijkende risicoprofiel van zorgverzekeraars en het veelvuldig gebruik van het standaardmodel is de Nederlandse overheid en de Europese Commissie niet ontgaan. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars te veel kapitaal moeten aanhouden of een intern model moeten ontwikkelen, is er binnen het Solvency II-raamwerk een uitzondering gemaakt voor markten waarin met een *Health Risk Equalisation System* (HRES) wordt gewerkt.<sup>58</sup> De Nederlandse zorgverzekeringsmarkt is de enige verzekeringsmarkt in Europa die voor deze uitzonderingsregeling in aanmerking komt.

Door deze uitzonderingsregeling mogen Nederlandse zorgverzekeraars in het standaardmodel lagere standaardafwijkingen hanteren binnen de module voor het verzekeringstechnische risico. Dit leidt tot lagere kapitaaleisen. Volgens een Kamerbrief van de minister van VWS zouden de kapitaaleisen zonder de HRES ongeveer 40% hoger liggen.<sup>59</sup> Dit impliceert dat door deze regeling

---

<sup>57</sup> Artikelen 120 tot en met 125 van Solvency II.

<sup>58</sup> (European Insurance and Occupational Pensions Authority, november 2014, p. 9)

<sup>59</sup> J.R.V.A. Dijsselbloem en E.I. Schippers (25 februari 2015). Solvabiliteit II voor zorgverzekeraars (Kamerbrief).

Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/02/25/kamerbrief-over-solvabiliteit-ii-voor-zorgverzekeraars>

de kapitaaleisen voor zorgverzekeraars gemiddeld 29% lager uitvallen.<sup>60</sup> Dit is een indicatie dat bij het berekenen van de kapitaaleisen, gegeven het gewenste zekerheidsniveau, voldoende rekening wordt gehouden met het afwijkende risicoprofiel van zorgverzekeraars.

#### **Tussenconclusie paragraaf 3.4**

De kapitaaleisen zijn sinds de introductie van het Solvency II-raamwerk risicogebaseerd. Zorgverzekeraars gebruiken allemaal het standaardmodel om de kapitaaleis te berekenen. Hierin kan beperkt rekening worden gehouden met het afwijkende risicoprofiel van de Nederlandse zorgverzekeraars. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars te veel kapitaal moeten aanhouden of een intern model moeten ontwikkelen, is een uitzonderingsregeling getroffen (de HRES). Hierdoor vallen de kapitaaleisen voor Nederlandse zorgverzekeraars in het standaardmodel lager uit dan zonder de regeling. De maximale faillissementskans van 0,5% blijft bij het berekenen van de kapitaaleis overigens het uitgangspunt.

### **3.5 Mogelijkheden van zorgverzekeraars om de kapitaalratio te verhogen**

De vorige drie paragrafen gingen over de rechtvaardiging van kapitaalregulering en de hoogte van de kapitaaleis. Kapitaalregulering vormt pas een toetredings- of groeidrempel als het moeilijk is voor een potentiële toetreders of een zorgverzekeraar met groeiambitie om aan de kapitaaleis te (blijven) voldoen. Deze paragraaf gaat in op de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de kapitaalratio te verhogen. Dit zijn de volgende manieren: (1) het aantrekken van extra kapitaal<sup>61</sup>, (2) winstinhouding en (3) risico-beperkende maatregelen.<sup>62</sup>

Figuur 2 (volgende pagina) geeft een indicatie van de hoeveelheid kapitaal die een zorgverzekeraar op basis van Solvency II moet aanhouden per verzekerde. De gemiddelde hoeveelheid kapitaal per verzekerde per label fluctueerde tussen de 308 en 714 euro in 2015. Dit is het vereiste kapitaal per verzekerde om op een kapitaalratio van 100% uit te komen. Zoals eerder beschreven, streven zorgverzekeraars naar een hoger percentage om de kans te verkleinen dat DNB aanvullende maatregelen moet nemen.

#### **Het aantrekken van extra kapitaal**

Door het aantrekken van extra kapitaal verbetert de verhouding tussen de daadwerkelijke en verplichte hoeveelheid eigen vermogen. Verstrekkers van kapitaal willen over het algemeen een redelijke vergoeding op het geïnvesteerde vermogen ontvangen. De hoogte van de redelijke vergoeding is afhankelijk van de financiële risico's die de kapitaalverschaffer loopt door in de zorgverzekeraar te investeren. De kapitaalverschaffer kan bijvoorbeeld zijn volledige inleg kwijt raken, mocht de zorgverzekeraar failliet gaan. Als deze vergoeding niet wordt geboden, dan zijn investeerders niet bereid om geld in de zorgverzekeraar te investeren. Er is sprake van 'overwinst' als de gerealiseerde winst hoger is dan de redelijke vergoeding op het eigen vermogen.

---

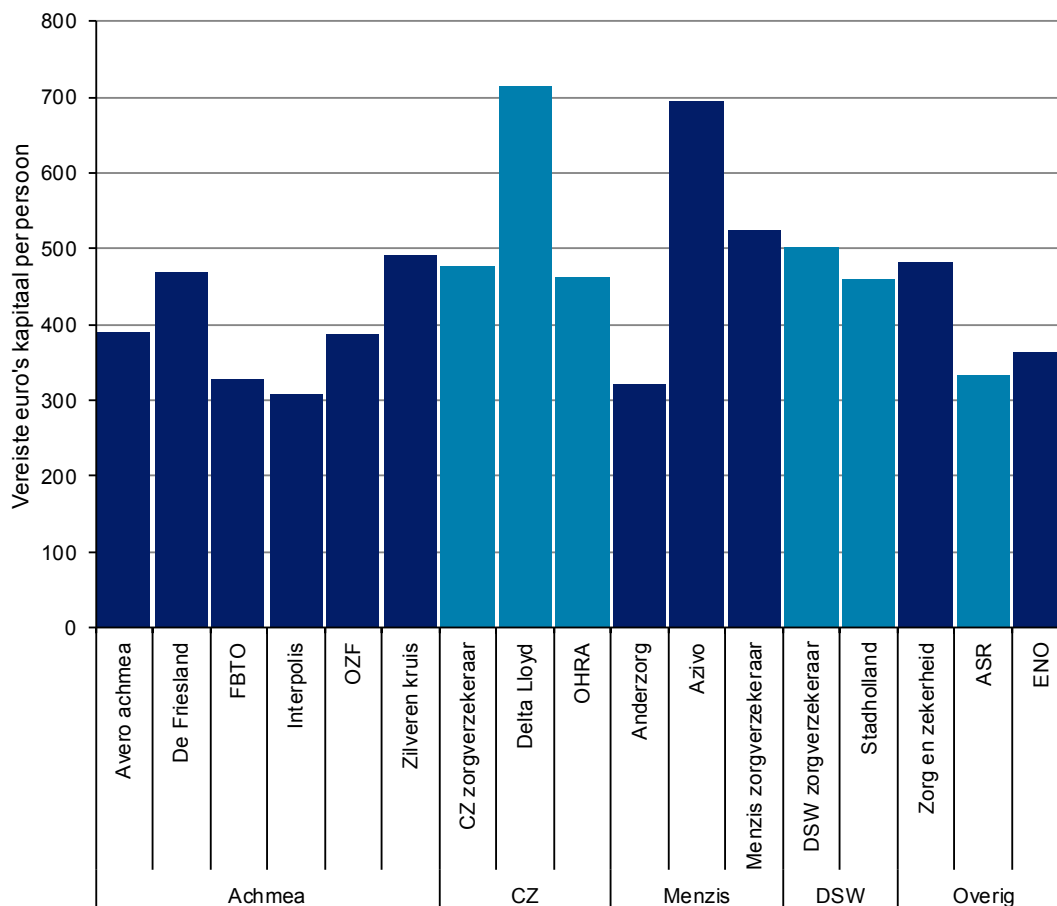
<sup>60</sup> 40% hoger zonder HRES betekent  $(100\% - 140\%) / 140\% = 28,6\%$  lager mét HRES.

<sup>61</sup> Voor een toetreders is dit de enige manier om aan de gestelde kapitaaleis te voldoen.

<sup>62</sup> In theorie kan een zorgverzekeraar ook proberen om verzekerden af te stoten om de kapitaalratio te verhogen. Dit is echter geen optie als een verzekeraar zijn kapitaalratio wil verhogen om groei te faciliteren.



**Figuur 2: Vereiste hoeveelheid kapitaal per verzekerde in 2015 (Solvency II, basisverzekering)**



Bron: Jaarcijfers basisverzekering 2015. VGZ en ONVZ publiceerden geen informatie over de hoeveelheid vereiste kapitaal per verzekerde in 2015.

Tijdens het marktonderzoek van de ACM geven meerdere marktpartijen en overheidsinstanties aan dat het voor een zorgverzekeraar moeilijk is om kapitaal aan te trekken. De volgende redenen zijn genoemd.

- De vele wijzigingen in de wet- en regelgeving op de zorgverzekeringsmarkt (zie Tabel 3) hebben invloed gehad op de verwachte inkomsten en uitgaven van een toetredster. Het creëert een onzekerheid over het rendement dat behaald kan worden op het eigen vermogen. Dit weerhoudt investeerders om kapitaal te verschaffen aan zorgverzekeraars of alleen tegen een relatief hoog verwacht rendement.
- Een zorgverzekeraar weet pas na ongeveer drie jaar wat het financiële resultaat in het betreffende jaar is geweest. Dit komt door de lange verwerkingstijd van zorgdeclaraties en de daaraan gekoppelde vergoedingen uit de risicoverevening. Ook de NZa gaf in haar onderzoek uit 2012 aan dat de langdurige onzekerheid over de te behalen resultaten het moeilijker maakt

- om kapitaal aan te trekken.<sup>63</sup>
- De ervaringen van Anno12, de enige partij die sinds 2006 een vergunning heeft gekregen om toe te treden, tonen aan dat het voor toetreders moeilijk is om voldoende kapitaal aan te trekken. Het startkapitaal werd bijeengebracht door de oprichters, een investeerder en een *crowdfunding*-actie. Om aan de gestelde kapitaaleis bovenop het vereiste startkapitaal te voldoen, werd aan verzekerden gevraagd of zij (naast de nominale premie) een ledencertificaat van 850 euro wilden aanschaffen. Anno12 wilde een jaar na de officiële start tienduizend leden hebben maar het werden er ongeveer 3.000.<sup>64</sup> De oprichters besloten daarom om de activiteiten van Anno12 te staken.

Een relevante ontwikkeling in dit kader is het initiatiefwetsvoorstel dat vorig jaar is ingediend bij de Tweede Kamer dat vanaf 1 januari 2018 'alle zorgverzekeraars onder alle omstandigheden' moet verbieden om winst uit te keren aan kapitaalverschaffers (zie box 4).<sup>65</sup> De Raad van State heeft in november kritisch op het wetsvoorstel gereageerd.<sup>66</sup> In het huidige systeem acht de Raad van State het logisch dat winsten en verliezen voor rekening van de verzekeraar komen en dat winstuitkering daarmee in essentie een vergoeding voor verstrekt kapitaal inclusief risico-opslag is. Ook lijkt zij het verbod op winstuitkering niet te beschouwen als de juiste oplossing voor het veronderstelde probleem. Als winstuitkering mogelijk is door te hoge premies en een gebrek aan concurrentie ziet zij eerder een oplossing in bijvoorbeeld het versterken van de concurrentieprikkels in het stelsel, het verlagen van toetredingsdrempels voor nieuwe verzekeraars of het aanscherpen van het mededingingstoezicht.

Een verbod op winstuitkering zal het voor potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars met groeiambitie moeilijker maken om kapitaal aan te trekken. Een kapitaalverschaffer wil immers een redelijke vergoeding op het geïnvesteerde vermogen ontvangen. Krijgt hij die niet, dan zal hij niet in de Nederlandse zorgsector investeren.

**Box 4: wetsvoorstel houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars<sup>67</sup>**

Het initiatiefvoorstel strekt ertoe in de Zvw te bepalen dat het een zorgverzekeraar verboden is winst uit te keren aan aandeelhouders, leden of werknemers. Winst kan wel worden gebruikt voor doeleinden ter verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Ook kan de winst worden aangewend voor het versterken van de reserves.

De indieners willen met de introductie van een verbod op winstuitkering de maatschappelijke rol en positie van zorgverzekeraars in het zorgstelsel beter verankeren en bewerkstelligen dat de opbrengsten van zorgverzekeraars ten goede komen aan de zorg of aan verzekerden.

Na het indienen van het voorstel (juli 2016) en het advies van de Raad van State (november 2016) zijn er in december 2016 door politieke partijen vragen gesteld over het voorstel en in diezelfde maand hebben de initiatiefnemers gereageerd op deze vragen. Op 5 december 2016 heeft de Vaste Kamercommissie van VWS aangegeven dat de openbare behandeling van het wetsvoorstel

<sup>63</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, april 2012, p. 9)

<sup>64</sup> M. van Beek (19 oktober 2015). Waarom Rob Adolfsen Anno12 niet van de grond kreeg. Geraadpleegd van <http://www.sprout.nl/artikel/waarom-rob-adolfsen-anno12-niet-van-de-grond-kreeg>.

<sup>65</sup> Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel van de leden Leijten, Bruins Slot en Bouwmeester houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars, Kamerstukken II, 2015/2016, 34 522, nr. 3.

<sup>66</sup> Raad van State (2016) Advies W13.16.0228/III.

<sup>67</sup> Bron van de tekst van deze box: [https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34522\\_initiatiefvoorstel\\_leijten](https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34522_initiatiefvoorstel_leijten)

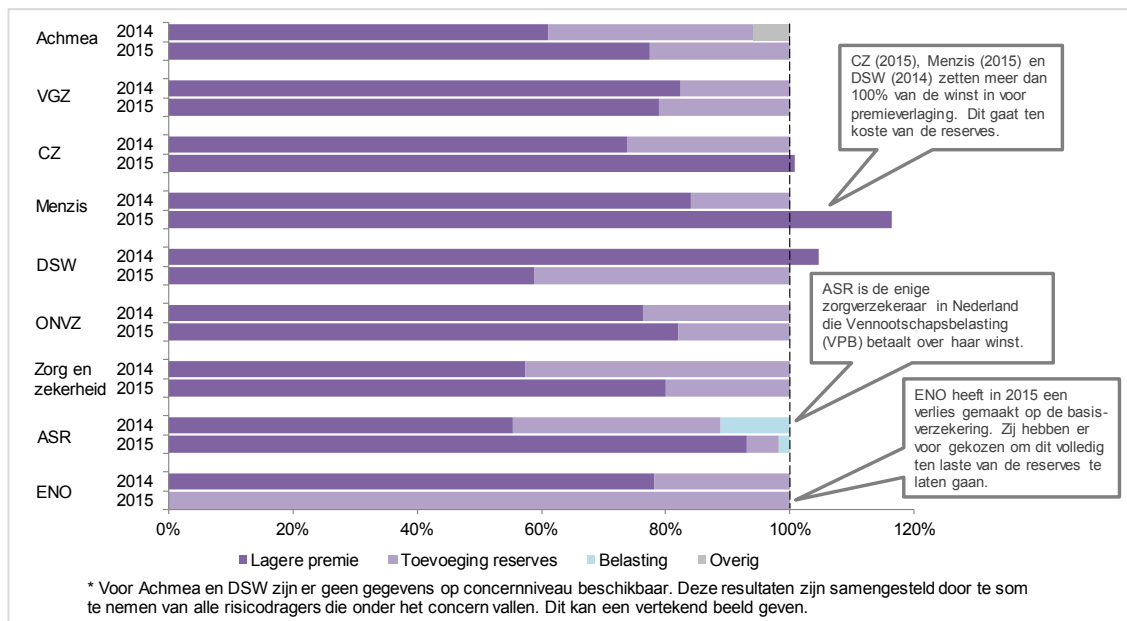
voldoende is voorbereid.<sup>68</sup> Over het wetsvoorstel wordt binnenkort gestemd in de Tweede Kamer.

### Winstinhouding

Een zorgverzekeraar kan de gemaakte winst (1) binnen de organisatie houden (winstinhouding) of (2) uitkeren aan aandeelhouders of aan verzekerden.

- Het deel van de winst dat een zorgverzekeraar in de organisatie houdt, komt in de vorm van een winstreserve op de balans te staan waardoor de kapitaalratio verbetert. De winstreserve is onderdeel van het eigen vermogen. De winstreserve kan de zorgverzekeraar op verschillende manieren gebruiken, zoals het investeren in betere zorg of het aflossen van vreemd vermogen.
- Het deel van de winst dat een zorgverzekeraar als dividend aan aandeelhouders uitkeert, vloeit weg uit de organisatie. Het eigen vermogen neemt dus niet toe en de kapitaalratio blijft onveranderd. Het deel van de winst dat wordt 'teruggegeven' aan verzekerden, gaat via een premieverlaging in het volgende jaar. De zorgverzekeraar stelt dan bewust een (naar verwachting) verlieslatende premie, zodat de winst in jaar T teniet wordt gedaan door een verlies in jaar T+1. Ook dan neemt het eigen vermogen niet toe en blijft de kapitaalratio hetzelfde.

### Besteding winst basisverzekering



Bron: jaarcijfers van zorgverzekeraars over 2014 en 2015, bewerking ACM.

\* 2014 en 2015 waren zorgverzekeraars zich aan het voorbereiden op de introductie van Solvency II en hebben toen relatief veel winst ingehouden. De ACM beschikt niet over cijfers voor 2016.

In de praktijk zetten zorgverzekeraars hun winst grotendeels in voor premieverlagingen in het volgende jaar (zie Figuur 3). De zorgverzekeraars lijken daarmee gehoor te geven aan de wens van de maatschappij en de politiek. Sommige maatschappelijke actoren of politici zijn van mening dat

<sup>68</sup> Kamerstukken II, 2015/2016, 34 522, nr. 6.

‘oversolvabiliteit’ van zorgverzekeraars onwenselijk is omdat het geld niet zou worden besteed.<sup>69</sup> Ook de ministeries van Financiën en VWS gaan er vanuit dat zorgverzekeraars ‘oversolvabiliteit’ teruggeven aan verzekerden.<sup>70</sup> Deze informele druk op zorgverzekeraars heeft de volgende gevolgen voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt:

- Ten eerste maakt dit toetreding door een nieuwe zorgverzekeraar moeilijker omdat hij moet concurreren met zorgverzekeraars die onder de kostprijs hun polissen aanbieden.
- Ten tweede kunnen de bestaande zorgverzekeraars hun kapitaalratio minder verhogen waardoor de ruimte om nieuwe klanten in het volgende jaar aan te trekken minder groot is.
- Ten slotte kunnen de bestaande zorgverzekeraars de teruggegeven winst niet gebruiken voor het investeren in de ontwikkeling van betere zorg.<sup>71</sup>

### **Het verlagen van de risico’s waaraan een zorgverzekeraar staat blootgesteld**

Een andere mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om de kapitaalratio te verhogen, is zijn risicoprofiel te verlagen. Hierdoor hoeft de zorgverzekeraar immers minder kapitaal aan te houden op basis van het Solvency II-raamwerk. In de praktijk zijn deze mogelijkheden echter beperkt. Risico’s zijn nooit volledig te mitigeren en het gaat bovendien gepaard met kosten. Zo kan een conservatiever beleggingsbeleid ten koste gaan van het gerealiseerde rendement, wat weer ten koste gaat van de uiteindelijke winst.

### **Tussenconclusie paragraaf 3.5**

Potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars met groeiambitie worden beperkt in hun mogelijkheden om aan de kapitaalratio te voldoen. Dit komt ten eerste doordat zorgverzekeraars maatschappelijke en politieke druk ervaren om winsten zoveel mogelijk ‘terug te geven’ aan verzekerden in de vorm van een premieverlaging in het volgende jaar. De consequentie hiervan is dat deze winst niet gebruikt kan worden voor het vergroten van het eigen vermogen. Ook kan een zorgverzekeraar de teruggegeven winst niet investeren in de ontwikkeling van betere zorg. Ten tweede komt dit door het initiatiefwetsvoorstel om winstuitkering door zorgverzekeraars te verbieden. Een dergelijk verbod zal het voor potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars met groeiambitie moeilijker maken om kapitaal aan te trekken, omdat zij kapitaalverschaffers geen redelijke vergoeding op het eigen vermogen kunnen bieden. Ten slotte zijn de mogelijkheden om via risico-mitigerende maatregelen de kapitaalratio te verhogen, in de praktijk beperkt.

## **3.6 Conclusie hoofdstuk 3**

Een verplichte hoeveelheid eigen vermogen, gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekeraar, is één van de onderdelen van het nieuwe Europese raamwerk voor prudentieel toezicht (Solvency II). De doelen van Solvency II zijn primair het beschermen van verzekerden en secundair het waarborgen van de financiële stabiliteit.

---

<sup>69</sup> Zie <https://www.consumentenbond.nl/acties/premiejagen2/>

<sup>70</sup> “Zoals aangegeven achten wij het aanhouden van een door de zorgverzekeraar zelf vastgestelde veiligheidsmarge boven de minimale solvabiliteitseis verstandig beleid. Dit is ook in het belang van de verzekerden. Wij gaan ervan uit dat de overige solvabiliteit wordt teruggegeven aan verzekerden via een lagere vaststelling van de premie.” Bron: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/12/13/beantwoording-kamervragen-over-buffers-van-zorgverzekeraars>

<sup>71</sup> Zie bijvoorbeeld <https://www.zorgvisie.nl/kwaliteit/nieuws/2016/6/zorgverzekeraars-investeren-samen-in-draagbare-kunstnier/>

De ACM heeft onderzocht of kapitaaleisen een *onnodig* hoge toetredings- en groeidrempel vormen op de zorgverzekeringsmarkt. Daarbij heeft de ACM gekeken naar drie elementen: de rechtvaardiging van kapitaalregulering van zorgverzekeraars, de hoogte van de kapitaaleisen en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om aan de kapitaaleis te voldoen.

De ACM constateert dat zorgverzekeraars aan de ene kant worden geconfronteerd met hoge en mogelijk disproportionele kapitaaleisen, en aan de andere kant met een beperking van de mogelijkheden om aan de eis te voldoen. Deze combinatie vormt een *onnodig* hoge toetredings- en groeidrempel op de zorgverzekeringsmarkt.

In algemene zin is het wenselijk die vorm en invulling van regulering te kiezen die het marktfalen aanpakt met de kleinst mogelijke verstoring van concurrentie. De ACM heeft niet kunnen vaststellen dat bij de implementatie van Solvency II de gevolgen voor concurrentie voldoende zijn meegenomen. Vanuit concurrentieperspectief is meer onderzoek naar de maatvoering van kapitaalregulering op de zorgverzekeringsmarkt daarom wenselijk. Verder zou deze vorm van regulering hand in hand moeten gaan met de vrijheid voor zorgverzekeraars om zelf te bepalen hoe zij hun winst inzetten.

## 4. Verkrijgen van een DNB-vergunning als toetredingsdrempel

“Het heeft vanaf ons eerste initiatief in 2011 tot september 2014, bijna vier jaar, geduurd om de vergunning voor het voeren van een zorgverzekering rond te krijgen. De eisen voor toelating zijn erg hoog en kosten veel werk.” - Rob Adolfsen (oud-oprichter ANNO12)<sup>72</sup>

Het verkrijgen van een vergunning is door de bevrage (zorg)verzekeraars aangemerkt als één van de belangrijkste toetredingsdrempels op de zorgverzekeringsmarkt. Verzekeraars verwijzen in hun reacties naar het langdurige vergunningstraject van ANNO12. Ook de NZa constateerde in 2015 dat de ‘complexe toetredingsprocedure’ als een grote drempel wordt ervaren.<sup>73</sup>

### 4.1 Analyse kader: wanneer is deze drempel onnodig hoog?

Het is in Nederland verboden om basis- of aanvullende zorgverzekeringen aan te bieden zonder een vergunning van DNB.<sup>74</sup> Een zorgverzekeraar valt in het vergunningensysteem binnen de categorie ‘schadeverzekeraar’. Een bestaande schadeverzekeraar zal zijn vergunning moeten uitbreiden als hij de zorgverzekeringsmarkt wil betreden. Een marktpartij die nog geen vergunning van DNB heeft, zal het gehele vergunningsproces moeten doorlopen. Buitenlandse (zorg)verzekeraars die al een vergunning hebben in een andere lidstaat van Europa, hoeven enkel een notificatieprocedure te doorlopen, zie box 5.

#### **Box 5: notificatieprocedure voor buitenlandse (zorg)verzekeraars**

Een buitenlandse verzekeraar die al in het bezit is van een vergunning in een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte (een zogenaamd Europees paspoort) hoeft geen aparte vergunning aan te vragen bij DNB. Een dergelijke verzekeraar kan via een zogeheten ‘notificatieprocedure’ toetreden tot de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. De verzekeraar doorloopt de procedure via de toezichthouder in de lidstaat van herkomst. DNB zal vervolgens een mededeling van de buitenlandse toezichthouder ontvangen. De notificatieprocedure duurt maximaal twee maanden. Het toezicht op deze verzekeraar wordt gedaan door de toezichthouder in de lidstaat van herkomst. DNB oefent alleen het toezicht op de integriteit van de Nederlandse activiteiten van de verzekeraar uit.

De hoogte van deze toetredingsdrempel verschilt dus per type toetreders (zie paragraaf 2.2).<sup>75</sup> De ACM richt zich in dit hoofdstuk vooral op potentiële toetreders zonder een vergunning, zoals Anno12, omdat zij het gehele vergunningsproces moeten doorlopen en deze drempel het meest ervaren. Het verlagen van deze toetredingsdrempel zal voor de overige typen toetreders overigens ook een positief effect hebben.

<sup>72</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, mei 2015, p. 19)

<sup>73</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, mei 2015, p. 21)

<sup>74</sup> Artikel 2:27 van de Wet op het financieel toezicht.

<sup>75</sup> (Pels Rijcken & Droogleevers Fortuijn, maart 2012, p. 4)

Het vergunningensysteem is opgezet zodat financiële ondernemingen aan bepaalde eisen voldoen. Hiermee worden de klanten beschermd tegen een faillissement<sup>76</sup> en tegen frauduleus gedrag. Ondanks dit maatschappelijke belang, kan het vergunningsproces een onnodig hoge drempel vormen voor toetreders. Volgens de ACM is daar sprake van als aan minimaal één van de onderstaande voorwaarden is voldaan.

- Als de zwaarte van de gestelde eisen niet in verhouding staat tot de doelen van het vergunningensysteem.
- Als de behandelaren van de vergunningsaanvraag zich onnodig streng opstellen richting de aanvrager of zwaardere eisen stellen dan is voorgeschreven.
- Als het voor een potentiële toetreders moeilijk is om vooraf in te schatten hoe de betrokken toezichthouders de aanvraag zullen toetsen. Bijvoorbeeld omdat de aanvrager onvoldoende zicht heeft op de zwaarte van de eisen, het verloop van het proces of welke documentatie vereist is.

In het vervolg van dit hoofdstuk bespreekt de ACM alleen de laatste voorwaarde. Deze keuze is gebaseerd op de gesprekken die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden. Daaruit bleek dat vooral de informatievoorziening door de betrokken toezichthouders tijdens het vergunningsproces als een drempel werd ervaren. Verder is de zwaarte van de kapitaaleisen – één van de belangrijke eisen – reeds in het vorige hoofdstuk besproken. Ten slotte is de tweede voorwaarde niet objectief door de ACM te beoordelen zonder uitgebreide dossierkennis over het verloop van een vergunningsaanvraag.

## 4.2 Het vergunningsproces voor nieuwe zorgverzekeraars

### De eisen waarop de betrokken toezichthouders toetsen

DNB is verantwoordelijk voor het verlenen van vergunningen aan nieuwe zorgverzekeraars. De eisen waaraan een nieuwe zorgverzekeraar moet voldoen, staan beschreven in artikel 2:31 van de Wet op het financieel toezicht (Wft). Een deel van de eisen is direct uitgewerkt in de Wft, voor de andere eisen wordt verwezen naar Algemene Maatregelen van Bestuur.<sup>77</sup> Dit zijn het Besluit markttoegang financiële ondernemingen Wft, het Besluit prudentiële regels Wft en het Besluit reikwijdtebepalingen Wft. Tabel 2 geeft een overzicht van alle eisen en de mate van uitwerking in de Wft dan wel lagere wetgeving.

Verder zal DNB aan de NZa vragen om de modelovereenkomst van de nieuwe zorgverzekeraar te beoordelen aan de hand van de eisen in de Zvw en bijbehorende lagere wetgeving.<sup>78</sup> Een modelovereenkomst is een model van een zorgverzekering.<sup>79</sup> Hierin staan de rechten en plichten van verzekerde en zorgverzekeraar als zij volgens dat model een overeenkomst sluiten. De NZa toetst bijvoorbeeld of het eigen risico goed is opgenomen in de modelovereenkomst.

---

<sup>76</sup> Voldoende kapitaal is één van de eisen om in aanmerking te komen voor een vergunning (zie tabel 3). Na het verlenen van de vergunning zal DNB toezicht blijven houden op de kapitaalpositie.

<sup>77</sup> Voor een uitgebreide beschrijving van alle eisen, zie (Pels Rijcken & Droogleevers Fortuijn, maart 2012, pp. 19-28).

<sup>78</sup> De lagere wetgeving bestaat uit het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.

<sup>79</sup> Brochure aanleveren modelovereenkomsten en reglementen van de NZa (versie augustus 2016), p.5.

Ten slotte moet elke (rechts)persoon die tien procent of meer van de aandelen of zeggenschap heeft in de nieuwe zorgverzekeraar een verklaring van geen bezwaar aanvragen bij DNB.<sup>80</sup> DNB toetst dan onder andere de betrouwbaarheid en geschiktheid van deze eigenaren.

**Tabel 2: overzicht van alle eisen waaraan een nieuwe zorgverzekeraar moet voldoen**

Eisen van artikel 2:31 Wft	Uitgewerkt in de Wft?	Uitgewerkt in lagere wetgeving?
<b>Geschiktheid van de bestuurders</b>	Nee	Beleidsregel geschiktheid 2012
<b>Betrouwbaarheid van de bestuurders</b>	Nee, voor de uitwerking wordt verwezen naar een AMvB (zie hiernaast)	Besluit prudentiële regels Wft artikelen 5 t/m 9
<b>Integriteit van de bedrijfsvoering</b>	Deels, voor een deel van de uitwerking wordt verwezen naar een AMvB (zie hiernaast)	Besluit prudentiële regels Wft artikelen 10 t/m13 en 16
<b>Minimum aantal bestuurders en de vestigingsplaats</b>	Ja, minimaal twee in Nederland	n.v.t.
<b>Zeggenschapsstructuur</b>	Ja, in artikel 3:16 wordt dit verder uitgewerkt	n.v.t.
<b>Inrichting van de bedrijfsvoering</b>	Deels, voor de uitwerking wordt verwezen naar een AMvB (zie hiernaast)	Besluit prudentiële regels Wft artikel 26.2. Dit artikel verwijst naar Solvency II
<b>Minimum aantal leden van de Raad van Commissarissen</b>	Ja, minimaal drie	n.v.t.
<b>Voorgeschreven rechtsvorm</b>	Ja, een naamloze vennootschap, onderlinge waarborgmaatschappij of Europese vennootschap	n.v.t.
<b>Minimum eigen vermogen</b>	Nee, voor de uitwerking wordt verwezen naar een AMvB (zie hiernaast)	Besluit prudentiële regels Wft artikelen 49 en 52. Deze verwijzen naar Solvency II
<b>Voldoende solvabiliteit</b>	Nee, voor de uitwerking wordt verwezen naar een AMvB (zie hiernaast)	Besluit prudentiële regels Wft artikelen 59, 65, 66 en 70. Deze verwijzen naar Solvency II
<b>Reikwijdte van het boekjaar</b>	Ja, het boekjaar dient gelijk te lopen met het kalenderjaar	n.v.t.

### Het verloop van het vergunningsproces

Een nieuwe zorgverzekeraar doorloopt tijdens het vergunningsproces grofweg drie stappen:

- Een potentiële toetreders zal zich grondig moeten voorbereiden om aan te kunnen tonen dat hij aan alle eisen voldoet. DNB kan daarbij ondersteuning bieden in de vorm van een informeel gesprek. De potentiële toetreders moet dan wel een concreet business plan hebben. De haalbaarheid van de voorgenomen plannen wordt in dit informele gesprek besproken. Ook kan een conceptaanvraag worden ingediend. DNB beoordeelt dan de volledigheid en de kwaliteit van de aanvraag.

<sup>80</sup> Artikel 3:95 van de Wft.



- De tweede stap, na bovenstaande facultatieve stap, is het doen van de formele vergunningsaanvraag. De wettelijke beslistermijn is dertien weken. Deze termijn kan worden opgeschort als DNB extra gegevens nodig heeft om de aanvraag te kunnen beoordelen. Gedurende de behandeling is persoonlijk contact tussen aanvrager en DNB mogelijk. Verder zal DNB aan de NZa om goedkeuring vragen met betrekking tot de modelovereenkomst. De vergunningsaanvrager kan rechtstreeks contact hebben met de NZa om te overleggen over de modelovereenkomst.
- De laatste stap is het besluit op de vergunningsaanvraag door DNB. Bij goedkeuring van de aanvraag, zal DNB de toetreders opnemen in het openbare register. Als de toezichthouder de aanvraag wil afwijzen, dan kan de aanvrager hierop reageren voordat een definitief besluit wordt genomen. Als DNB de aanvraag definitief afwijst, dan kan de aanvrager in bezwaar gaan tegen dit besluit.

### 4.3 De beschikbare openbare informatie over het vergunningsproces

#### Openbare informatie op de website van DNB

DNB geeft op haar website informatie over het vergunningsproces voor nieuwe schadeverzekeraars, maar niet over alle onderdelen.<sup>81</sup> De toezichthouder geeft bijvoorbeeld informatie over de beslistermijn en de kosten van de aanvraag. Ook wordt de reikwijdte van het Solvency-raamwerk toegelicht en noemt de website de mogelijkheid voor marktpartijen om algemene vragen te stellen.<sup>82</sup> Advies- en advocatenkantoren maken hier volgens DNB in de praktijk vaak gebruik van.

De website bevat echter geen overzicht of beschrijving van alle eisen zoals genoemd in Tabel 2. Ook vermeldt DNB niet dat de aanvrager een informeel gesprek kan voeren op basis van een concreet business plan. Ten slotte vermeldt de website van DNB niet dat de NZa verantwoordelijk is voor de beoordeling van de modelovereenkomst.

Het huidige aanvraagformulier voor schadeverzekeringen bestaat uit vijf pagina's met vijftien vragen.<sup>83</sup> Het formulier is vrij juridisch en bevat geen uitgebreide beschrijving van de eisen waaraan een aanvrager moet voldoen. Er is geen aparte toelichting op het aanvraagformulier. In het formulier wordt vooral terugverwezen naar de Wft en het Besluit markttoegang financiële ondernemingen Wft. Vraag 9 van het aanvraagformulier bijvoorbeeld ziet er als volgt uit:

#### **9. Gegevens als bedoeld in artikel 12, eerste lid, onderdeel I, van het Besluit markttoegang financiële ondernemingen Wft:**

*Een beschrijving van het voorgenomen beleid met betrekking tot de integere bedrijfsuitoefening, bedoeld in artikel 3:10, eerste lid Wft.*

De aanvrager dient een beschrijving te geven van het voorgenomen beleid met betrekking tot het waarborgen van de integriteit van de bedrijfsvoering. In het aanvraagformulier of op de website van DNB wordt dit echter niet verder uitgelegd. De aanvrager moet daardoor de wet en lagere regelgeving raadplegen om bijvoorbeeld te weten aan welke minimumeisen de bedrijfsvoering moet voldoen. Ook wordt in het aanvraagformulier niet verwezen naar de relevante artikelen in het Besluit prudentiële regels Wft.

<sup>81</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/2/50-227446.jsp> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>82</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/2/50-227454.jsp> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>83</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/4/2/9/50-223432.jsp> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

Het aanvraagformulier voor een verklaring van geen bezwaar is uitgebreider dan het aanvraagformulier voor de vergunning.<sup>84</sup> Het formulier bestaat uit elf pagina's en hierin wordt ruimer omschreven welke gegevens moeten worden aangeleverd. Tijdens het marktonderzoek van de ACM heeft geen marktpartij dit aanvraagformulier als onduidelijk bestempeld.

#### **Openbare informatie op de website van de NZa**

De website van de NZa bevat verschillende documenten die een nieuwe zorgverzekeraar helpen bij het opstellen van een modelovereenkomst.<sup>85</sup>

- Een brochure over het proces van het beoordelen van modelovereenkomsten door de NZa.
- Een toetsingskader dat beschrijft welke elementen van de modelovereenkomst de NZa zal toetsen.<sup>86</sup> De toetreders kan dit kader gebruiken om de modelovereenkomst zelf te toetsen aan de Zvw.
- Een document met alle standpunten die de NZa in het verleden heeft ingenomen bij de beoordelingen van modelovereenkomsten. Deze standpunten zijn opgedeeld in vijf categorieën en vervolgens weer onderverdeeld naar vele specifieke onderwerpen, bijvoorbeeld alle standpunten over kraamzorg of ziekenvervoer.

Verder publiceert de NZa regelmatig nieuwsbrieven op haar website. Alle nieuwsbrieven zijn gecategoriseerd per jaar terug te vinden. Deze worden ook per email verzonden naar alle zorgverzekeraars. Via deze nieuwsbrieven wordt men op de hoogte gehouden van ontwikkelingen rondom de Zvw die van invloed zijn op de modelovereenkomsten.

De mogelijkheid voor toetreders om een informeel gesprek met de NZa aan te gaan over de modelovereenkomst staat overigens niet expliciet vermeld op de website.

#### **4.4 Mogelijkheden om de openbare informatie over het vergunningsproces te verbeteren**

DNB is momenteel naar aanleiding van het Actal-rapport 'regeldruk bij kredietverstrekking' haar vergunningsprocessen aan het verbeteren.<sup>87</sup> In dit rapport is onder meer geconcludeerd dat er voor toetreders veel onduidelijkheden zijn over de beoordeling van een vergunningsaanvraag. Verder trekt Actal de conclusie dat de daadwerkelijke kosten voor toetreders flink hoger zijn dan blijkt uit een raming op basis van de formele eisen.<sup>88</sup>

DNB werkt momenteel aan het transparanter maken van het vergunningsproces alsmede de informatie die DNB nodig heeft om een aanvraag goed te kunnen beoordelen. Deze verbeteringslag

---

<sup>84</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/binaries/50-214089.pdf> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>85</sup> Voor de meest recente versie van deze documenten, zie <https://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/modelovereenkomsten/informatie-over-het-beoordelingsproces/>.

<sup>86</sup> De toetsing van de modelovereenkomst vindt hoofdzakelijk plaats op de artikelen uit hoofdstuk 2 en 3 van de Zvw, hoofdstuk 2 van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.

<sup>87</sup> Actal in samenwerking met (EY, mei 2015). Een belangrijke aanleiding voor dit onderzoek was (Autoriteit Consument en Markt, juni 2014).

<sup>88</sup> (EY, mei 2015, pp. 92-93)

heeft betrekking op alle typen financiële instellingen waar DNB toezicht op houdt.<sup>89</sup> Het vergunningsproces voor betaalinstellingen heeft DNB als eerste opgepakt. De resultaten daarvan zijn inmiddels zichtbaar. Nieuwe betaalinstellingen dienen volgens DNB completere aanvragen in dan voorheen. DNB heeft de volgende verbeteringen doorgevoerd.

- Alle informatie over het vergunningsproces voor betaalinstellingen staat nu op één centrale overzichtspagina.<sup>90</sup> Voorheen was de informatie verspreid over meerdere pagina's op de website van DNB.
- Het vernieuwde aanvraagformulier voor betaalinstellingen bevat meer vragen.<sup>91</sup> De oorspronkelijke vragen zijn opgesplitst in deelvragen die makkelijker en concreter te beantwoorden zijn. Het aanvraagformulier is ook minder juridisch.
- Er is nu een toelichting op dit aanvraagformulier beschikbaar.<sup>92</sup> In deze toelichting worden alle eisen beschreven waaraan een vergunningsaanvrager moet voldoen.
- Verder is een overzicht beschikbaar van alle wetsartikelen die relevant zijn voor een vergunningsaanvraag.<sup>93</sup> Hierin worden alle vereisten opgesomd met de bijbehorende wettelijke grondslag en een link naar de betreffende wetgeving.
- Ten slotte wordt het vergunningsproces in tien duidelijke stappen beschreven.<sup>94</sup> Ook wordt verwezen naar de kosten voor het doorlopende toezicht en worden enkele tips aan aanvragers gegeven om de doorlooptijd van het proces te verkorten.

De ACM heeft aan DNB gevraagd welke verbeteringen in het vergunningsproces voor schadeverzekeraars (inclusief zorg) zij voor ogen heeft. DNB heeft desgevraagd aangegeven dat zij soortgelijke verbeteringen wil doorvoeren als bij het vergunningsproces voor betaalinstellingen reeds is gedaan. Verder zal DNB in het eerste kwartaal van 2017 een 'Digitaal Loket' introduceren.<sup>95</sup> Deze digitale omgeving zal voor al haar verschillende vergunningsprocessen beschikbaar zijn. Een toetredster zal voortaan digitaal een vergunningsaanvraag kunnen indienen en makkelijker kunnen communiceren met de zaakbehandelaren. Ten slotte zal DNB expliciet op haar website vermelden dat een informeel gesprek of een informele toetsing van de businesscase kosteloos kan worden uitgevoerd voordat een marktpartij een vergunningsaanvraag indient.

Verder heeft DNB in het gesprek met de ACM aangegeven dat zij periodiek een evaluatie zal uitvoeren van de behandelde vergunningsaanvragen en de doorgevoerde verbeteringen.

---

<sup>89</sup> Dit zijn de volgende sectoren: banken, elektronische geldinstellingen, verzekeraars, trustkantoren en algemene pensioenfondsen. Alsmede de aanvraagformulieren voor een verklaringen van geen bezwaar.

<sup>90</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/2/50-227436.jsp> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>91</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/binaries/50-235571.pdf> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>92</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/binaries/50-235572.pdf> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>93</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/binaries/50-235575.pdf> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>94</sup> Zie <http://www.toezicht.dnb.nl/binaries/50-235573.pdf> (laatst bekeken op 23 januari 2017)

<sup>95</sup> J.R.V.A. Dijsselbloem (9 juni 2016). Toetredingsbrief (Kamerbrief), p.12. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/09/kamerbrief-over-toetreding-financiele-sector-van-nieuwe-spelers>

#### 4.5 Conclusie hoofdstuk 4

Een nieuwe zorgverzekeraar moet een vergunning bij DNB aanvragen om de zorgverzekeringsmarkt te betreden. Het doorlopen van het vergunningsproces vormt daarmee een toetredingsdrempel. Het vergunningensysteem bestaat in Nederland om de klanten van financiële ondernemingen te beschermen tegen een faillissement en tegen frauduleus gedrag.

Er is volgens de ACM sprake van een *onnodig* hoge toetredingsdrempel voor nieuwe zorgverzekeraars omdat DNB tot op heden relatief weinig openbare informatie geeft over het vergunningsproces en de eisen waaraan moet worden voldaan. Dit kan leiden tot hogere kosten voor de toetreders en een langere doorlooptijd van de aanvraag. Zonder afbreuk te doen aan de inhoudelijke criteria voor een vergunning, kan deze drempel worden verlaagd door verbetering van de openbare informatie.

DNB is op dit moment bezig om al haar vergunningsprocessen te verbeteren. DNB zal dit jaar in het vergunningsproces van zorgverzekeraars soortgelijke verbeteringen doorvoeren als bij het vergunningsproces voor betaalinstellingen reeds is gedaan. Verder is DNB van plan om periodiek een evaluatie van de behandelde vergunningsaanvragen en de doorgevoerde verbeteringen uit te voeren. De ACM juicht deze initiatieven toe omdat ze een belangrijke toetredingsdrempel op de zorgverzekeringsmarkt zullen verlagen.

## 5. Reguleringonzekerheid als toetredings- en groeidrempel

**“De veelheid aan transitieprocessen en de politieke gevoeligheid van de zorgverzekeringsmarkt creëren onzekerheid voor toetreders. Het is belangrijk toetreders reguleringzekerheid te bieden zodat zij een levensvatbaar businessmodel kunnen ontwikkelen.” – NZa (2012, p.11)**

Vrijwel alle bevroegde verzekeraars hebben in hun reactie op het informatieverzoek onzekerheid als een zeer belangrijke toetredings- en groeidrempel aangemerkt (zie Tabel 1). De verzekeraars wijzen op de verschillende stelselwijzigingen in het verleden en de informele druk vanuit de maatschappij en de politiek op het marktgedrag van zorgverzekeraars. Dit zou investeerders afschrikken en innovatie afremmen.

### 5.1 Analyse kader: verband tussen regulering en onzekerheid

De Zvw is gebaseerd op gereguleerde concurrentie met de minister van VWS als beheerder van het regelgevend kader. De rol van deze minister is – naar eigen zeggen – vooral gericht op het realiseren van toegankelijkheid en het aanpakken van marktimperfecties.<sup>96</sup> Dit gebeurt via wet- en regelgeving en via een aantal toezichthouders. De Zvw heeft een aantal ‘pijlers’ zoals een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie.

Het is soms nodig om het regelgevend kader of het toezicht daarop aan te passen. Zoals de minister van VWS het zelf omschrijft: “een stelsel is nooit af en de spelers kunnen hun rol beter pakken.”<sup>97</sup> De politieke besluitvorming over nieuwe regels of de toekomstige mogelijkheid daarvan vormt een onzekerheid voor marktpartijen. Potentiële toetreders of bestaande zorgverzekeraars met vernieuwende ideeën houden daar normaliter rekening mee in de uitwerking van hun bedrijfsplan. Het omgaan met onzekerheid hoort immers bij het ondernemen. Voor sommige onzekerheden kunnen zij een voorziening opnemen voor onverwachte situaties, zodat ze financieel en/of operationeel voorbereid zijn op tegenvallers.

De mate van reguleringonzekerheid kan echter zodanig groot zijn dat potentiële toetreders of bestaande zorgverzekeraars hun plannen gaan uitstellen totdat zij meer zekerheid hebben. In dat geval heeft onzekerheid over de aard van de regulering als neveneffect dat het een toetredings- en groeidrempel opwerpt.<sup>98</sup>

---

<sup>96</sup> (Schipper, januari 2017, p. 17)

<sup>97</sup> (Schipper, januari 2017, p. 18)

<sup>98</sup> Zie (Carlton, 2005, p. 11) voor een theoretische beschrijving van de relatie tussen onzekerheid en toetredingsdrempels. *“The inadequacy of the (static) concept of barriers to entry becomes even more striking when uncertainty is introduced into a dynamic setting in the presence of sunk costs. Indeed the introduction of uncertainty can alter some of our basic intuitions about entry and exit even in competitive markets.”*

## 5.2 Drie vormen van reguleringonzekerheid op de zorgverzekeringsmarkt

Reguleringonzekerheid is een abstract begrip; er is niet één unieke definitie voor. Het is eerder een combinatie van factoren die ertoe leidt dat zorgverzekeraars onzekerheid ervaren. Tijdens het onderzoek is de ACM uiteenlopende voorbeelden tegengekomen die bijdragen aan de reguleringonzekerheid die zorgverzekeraars ervaren. Deze voorbeelden heeft de ACM onderverdeeld in drie categorieën: (1) onzekerheid over het regelgevend kader, (2) onzekerheid over het geaccepteerde marktgedrag van zorgverzekeraars binnen dit kader, en (3) onzekerheid over de inkomsten vanuit de risicoverevening. Dit betekent overigens niet dat elke categorie evenveel bijdraagt aan de onzekerheid die marktpartijen ervaren.

### Onzekerheid over het regelgevend kader

De minister en de leden van de Tweede Kamer kunnen voorstellen doen om het regelgevend kader van de zorgverzekeringsmarkt aan te passen. Een wetsvoorstel wordt meestal ingediend naar aanleiding van nieuwe ontwikkelingen in de maatschappij.<sup>99</sup>

In de afgelopen tien jaar zijn meerdere wetsvoorstellen behandeld in het parlement die betrekking hebben op de zorgverzekeringsmarkt. Uiteindelijk zijn niet al deze wetsvoorstellen aangenomen. Vooral de behandeling van een voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw (beperking van vrije artsenkeuze) leidde tot hevige discussies in de maatschappij en in de politiek. Tabel 3 geeft een overzicht van belangrijke wetsvoorstellen op de zorgverzekeringsmarkt sinds 2006.

Sinds de introductie van de Zvw is vrijwel elk jaar minimaal één wetsvoorstel in behandeling. Daar zitten regelmatig voorstellen bij die een grote impact hebben op de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars, zoals de overheveling van delen van de AWBZ naar de Zvw. Voor zowel toetreders als bestaande zorgverzekeraars is de uitkomst van een wetsvoorstel een onzekere factor waarmee rekening moet worden gehouden in eventuele plannen voor de nabije toekomst.

Kleine zorgverzekeraars worden door deze vorm van onzekerheid meer beïnvloed dan grote verzekeraars. Dit komt omdat (1) grote zorgverzekeraars meer gespecialiseerd personeel in dienst hebben om dit soort aanpassingen door te voeren en (2) de kosten van het bijhouden van de ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving voor een deel *vaste kosten* zijn: deze kosten zijn voor kleine verzekeraars niet lager dan voor grote verzekeraars.

Het aantal wetswijzigingen op de zorgverzekeringsmarkt is relatief hoog in vergelijking met andere verzekeringsmarkten. Dit komt mede doordat zorgverzekeraars een publieke taak uitvoeren. Op de markten voor motorrijtuigen-, inboedel-, woonruimte-, aansprakelijkheid- en reisverzekeringen zijn de afgelopen tien jaar nauwelijks specifieke wijzigingen in wet- en regelgeving doorgevoerd.

---

<sup>99</sup> Zie <https://www.eerstekamer.nl/begrip/wetsvoorstel>

**Tabel 3: overzicht van belangrijke wetsvoorstellen op de zorgverzekeringsmarkt**

Inhoud wetsvoorstel	Datum bekendmaking*	Datum beslissing**	Aangenomen
Vervanging no-claimteruggave door verplicht eigen risico	jul 2007	nov 2007	ja
Tegemoetkoming in de zorgkosten voor illegale vreemdelingen	okt 2007	okt 2008	ja
Aanvullende maatregelen tegen wanbetalers	okt 2008	jul 2009	ja
Introductie van de DOT-bekostiging bij ziekenhuizen	jun 2011	jan 2012	ja
Introductie van de prestatiebekostiging bij ziekenhuizen	mrt 2011	jul 2011	ja
Verbod op verticale integratie door zorgverzekeraars met zorgaanbieders	sep 2012	dec 2014	nee
Wijziging artikel 13 Zvw (beperking van vrije artskeuze)	sep 2012	dec 2014	nee
Wet langdurige zorg (overheveling delen van de AWBZ naar de Zvw)	mrt 2014	dec 2014	ja
Verankeren persoonsgebonden budget in Zvw	jun 2015	mrt 2016	ja
Beperking dekking grensoverschrijdende zorg	okt 2015	<i>In behandeling</i>	
Verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars	jul 2016	<i>In behandeling</i>	

\* Met 'bekendmaking' wordt bedoeld de datum waarop het wetsvoorstel is ingediend bij de Tweede Kamer.

\*\* Met 'beslissing' wordt bedoeld het besluit tijdens een vergadering in de Eerste Kamer.

### **Onzekerheid over het geaccepteerde marktgedrag binnen het kader**

Een tweede vorm van reguleringsonzekerheid die zorgverzekeraars ervaren, is de publieke opinie over het marktgedrag van zorgverzekeraars binnen het gestelde kader. Strategische keuzes van zorgverzekeraars leiden soms tot hevige discussies in de maatschappij of in de politiek. Ook de overheid geeft soms signalen af over wat zij wel en niet wenselijk vindt. Soms leidt een discussie tot een concreet wetsvoorstel (zie Tabel 3) en in andere gevallen wordt de discussie op een andere manier 'afgerond.' Het kan soms lang duren voordat zorgverzekeraars weten wat de uitkomst van een discussie is.

Hieronder worden vier voorbeelden gegeven van dergelijke maatschappelijke discussies in de afgelopen jaren. Elke discussie gaat rechtstreeks over een onderdeel van de bedrijfsvoering van een zorgverzekeraar dat (nog) niet is gereguleerd via wet- en regelgeving en waar zorgverzekeraars zich op zouden kunnen onderscheiden van elkaar.

### Selectieve zorginkoop

Eén van de belangrijkste instrumenten om betere en betaalbare zorg te realiseren, is de selectieve inkoop van zorg.<sup>100</sup> Eind 2013 introduceerden veel zorgverzekeraars een polis op basis van selectieve zorginkoop, een budgetpolis. Deze polis heeft een lagere premie dan de andere polissen maar de verzekerde heeft minder keuzevrijheid tussen gecontracteerde zorgaanbieders (met name ziekenhuizen).<sup>101</sup> In eerste instantie werd verwacht dat deze goedkopere zorgverzekering erg populair zou gaan worden maar dit bleek tegen te vallen.

Er kwam veel kritiek op de budgetpolis vanuit vertegenwoordigers van zorgaanbieders en andere maatschappelijke actoren. Veel verzekerden zouden niet op de hoogte zijn van wat wel en niet wordt vergoed waardoor ze met onverwacht hoge zorgkosten werden geconfronteerd.<sup>102</sup> Meerdere huisartsen kondigden medio 2014 aan te gaan protesteren tegen de – in hun ogen – beperking van de vrije artskeuze.<sup>103</sup> De apothekersorganisatie KNMP zei over de budgetpolis “[het] is patiënten bedrog en zou verboden moeten worden.”<sup>104</sup> Patiëntenorganisatie NPCF riep consumenten eind 2015 op om niet langer te kiezen voor een budgetpolis.<sup>105</sup> Bovenstaande kritiek was voor verschillende zorgverzekeraars een reden om geen budgetpolis meer aan te bieden.

### Marketing/reclame

Vershillende instanties en politieke partijen hebben in het verleden vraagtekens gezet bij de omvang van het marketingbudget van zorgverzekeraars, in het bijzonder de uitgaven aan tv- en radioreclame.<sup>106</sup> Men is van mening dat deze uitgaven te hoog zijn. Om hieraan tegemoet te komen, hebben zorgverzekeraars in 2015 een gezamenlijk actieplan opgesteld.<sup>107</sup> In dit plan hebben de zorgverzekeraars o.a. afgesproken om terughoudend te zijn met commerciële uitingen.<sup>108</sup> De ACM constateert dat de reclame-uitgaven van de grootste vier zorgverzekeraars in 2015 vergelijkbaar zijn met de uitgaven in 2014.<sup>109</sup>

### Besteding van de winst

Zoals in paragraaf 3.5 reeds beschreven, ervaren zorgverzekeraars maatschappelijke en politieke druk om winsten zoveel mogelijk ‘terug te geven’ aan verzekerden in de vorm van premieverlaging in het volgende jaar. In 2014 en 2015 hebben zorgverzekeraars hun winst grotendeels teruggeven. Inzet van winst voor premieverlaging heeft als consequentie dat deze niet gebruikt kan worden voor het vergroten van het eigen vermogen, en daarmee de mogelijkheid om later meer klanten aan te trekken. Ook kan een zorgverzekeraar de teruggegeven winst niet investeren in de ontwikkeling van betere zorg.

---

<sup>100</sup> E.I. Schippers (10 november 2015). Antwoorden op de vragen van de Kamerleden Van Gerven en Leijten (Kamerbrief). Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/11/10/beantwoording-kamervragen-over-selectieve-zorginkoop-en-de-gevolgen-daarvan-voor-zorgaanbieders>

<sup>101</sup> Zorgverzekeraars zijn op basis van artikel 13, eerste lid, van de Zvw wel verplicht om zorg bij een niet-gecontracteerde zorginstelling voor een deel te vergoeden. Dit wordt het ‘hinderpaalcriterium’ genoemd.

<sup>102</sup> Zie <http://nos.nl/artikel/2018878-patient-met-budgetpolis-moet-steeds-vaker-bijbetalen.html>.

<sup>103</sup> Zie <https://www.skipt.nl/actueel/id18579-schippers-kondigt-budgetpolis-aan.html>.

<sup>104</sup> Persbericht van Apothekersorganisatie KNMP d.d. 2 december 2015.

<sup>105</sup> Zie <http://nos.nl/artikel/2072575-patientenfederatie-sluit-geen-budgetpolis-af.html>.

<sup>106</sup> Zie in dit kader de aflevering van consumentenprogramma Kassa van 22 november 2014.

<sup>107</sup> (Zorgverzekeraars Nederland, april 2015)

<sup>108</sup> (Zorgverzekeraars Nederland, april 2015, p. 8)

<sup>109</sup> (BS Health Consultancy, juni 2016, p. 17)



### Aantal polissen op de markt

Volgens onderzoek van VARA Kassa en de Consumentenbond konden consumenten tijdens het overstapseizoen van 2015 - 2016 kiezen uit meer dan 1400 zorgpolissen.<sup>110</sup> Zij wijzen erop dat binnen één zorgverzekeringsconcern vergelijkbare polissen worden aangeboden en spreken over een 'polisjungle'. In 2015 concludeerde de Autoriteit Financiële Markten (AFM) dat er voor een groot aantal van de aangeboden aanvullende verzekeringen weinig grote verschillen zijn in dekking. De AFM is van mening dat het productaanbod hierdoor onnodig onoverzichtelijk wordt voor de verzekerde.

In een poging om polissen te schrappen die inhoudelijk niet verschillen, verplicht de NZa zorgverzekeraars om vanaf 2017 een overzicht op hun website te plaatsen van polissen die "gelijk of nagenoeg gelijk" zijn.<sup>111</sup> Ook de minister van VWS heeft recent aangegeven dat eenzelfde polis op één wijze zou moeten worden aangeboden.<sup>112</sup>

### **Onzekerheid over de inkomsten vanuit de risicoverevening**

Het risicovereveningssysteem moet een gelijk speelveld creëren door alle zorgverzekeraars jaarlijks te compenseren voor verschillen in de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Deze compensatie - de vereveningsbijdrage - vertegenwoordigt een belangrijk deel van de inkomsten van elke zorgverzekeraar. Het Zorginstituut Nederland berekent voor elke zorgverzekeraar de vereveningsbijdrage. Het instituut gebruikt daarvoor modellen waarmee per verzekerde een inschatting kan worden gemaakt van de verwachte zorgkosten in het volgende jaar.<sup>113</sup> De som van de verwachte zorgkosten van alle verzekerden minus de door VWS vastgestelde rekenpremie vormt grofweg de vereveningsbijdrage van een individuele zorgverzekeraar.

De *ex-ante* vereveningsbijdrage wordt in oktober voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar vastgesteld op basis van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie vóór het overstapseizoen. Vervolgens wordt de bijdrage een aantal keer bijgesteld.<sup>114</sup>

- In april van het verzekeringsjaar vindt de 'lenteberekening' plaats. De vereveningsbijdrage wordt dan aangepast op basis van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie na het overstapseizoen.
- Daarna volgen twee voorlopige vaststellingen en een definitieve vaststelling na uiterlijk vier jaar. Deze herberekeningen komen voort uit de introductie van flankerend beleid in 2012. Het betekent onder meer dat kostenoverschrijdingen op macroniveau verdeeld worden over alle zorgverzekeraars. Dit geldt voor alle kosten die niet worden veroorzaakt door meer verzekerden of ongezondere verzekerden dan waarvoor vooraf geraamd was. Dit zorgt voor een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars.<sup>115</sup> Om het flankerend beleid uit te voeren zijn

---

<sup>110</sup> Zie <https://www.consumentenbond.nl/nieuws/2015/polisjungle-door-groot-aantal-zorgpolissen>

<sup>111</sup> Punt 30 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007).

<sup>112</sup> (Schipper, januari 2017)

<sup>113</sup> Er zijn vier vereveningsmodellen waarvan dat voor de somatische zorg de meest geavanceerde is. De andere drie modellen zijn het geneeskundige GGZ-model, het langdurige GGZ-model en het eigen-risicomodel.

<sup>114</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw/zvw+2016>.

<sup>115</sup> (KPMG, 2015, p. 19); Zonder het flankerend beleid zullen zorgverzekeraars met een ongunstig verzekerdenbestand (lees: verzekerden met hoge zorgkosten) naar verwachting hogere verliezen lijden (of lagere winsten behalen) dan zorgverzekeraars met een gunstig verzekerdenbestand als de zorgkosten op macroniveau hoger uitvallen dan geraamd.

alle declaraties van een vereveningsjaar nodig. De declaraties hebben een doorlooptijd van maximaal drie jaar. Pas nadat alle declaraties bekend zijn kan de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage plaatsvinden.

Naast de ex-ante vereveningsbijdrage, bestond er voorheen een aantal *ex-post* correcties in de risicoverevening. De *ex-post* correcties hadden als doel om zorgverzekeraars achteraf te compenseren als de daadwerkelijke zorgkosten van een verzekerde hoger waren dan geschat op basis van de ex-ante vereveningsmodellen. Deze correcties zijn de laatste jaren stapsgewijs afgebouwd.

Door de afbouw van de *ex-post* correcties worden zorgverzekeraars geprikkeld om doelmatiger in te kopen. Deze maatregel draagt daarmee bij aan één van de doelen van de Zvw. Zorgverzekeraars worden hierdoor echter steeds afhankelijker van de voorspelkracht van de ex-ante vereveningsmodellen. De kwaliteit van het risicovereveningssysteem in Nederland staat internationaal hoog aangeschreven. Het ministerie van VWS is - in samenwerking met experts – voortdurend bezig om de voorspelkracht van de ex-ante vereveningsmodellen te verbeteren. Ondanks deze inspanningen is er nog altijd sprake van structurele over- of ondercompensatie voor specifieke groepen van verzekerden.<sup>116</sup>

Veel zorgverzekeraars streven in de praktijk naar een verzekerdenpopulatie die een afspiegeling is van de bevolking.<sup>117</sup> Hoe meer een zorgverzekeraar dat kan realiseren, hoe meer de structurele over- of ondercompensaties binnen de verzekerdenpopulatie tegen elkaar wegvallen. Een zorgverzekeraar zal in dat geval relatief weinig onzekerheid ervaren dat hij onvoldoende inkomsten ontvangt vanuit de risicoverevening.

Een nieuwe zorgverzekeraar zal minder goed dan de bestaande zorgverzekeraars in staat zijn om meteen vanaf de start een verzekerdenpopulatie te hebben die een afspiegeling is van de bevolking. Ook is het mogelijk dat een potentiële toetreders zich wil richten op een specifieke groep verzekerden. Een nieuwe zorgverzekeraar zal daarom meer onzekerheid ervaren dan de bestaande aanbieders dat hij onvoldoende inkomsten ontvangt vanuit de risicoverevening. Deze onzekerheid heeft bovendien een lange duur aangezien de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage na uiterlijk vier jaar plaatsvindt.

### 5.3 Achterliggende oorzaken voor reguleringsonzekerheid

In de vorige paragraaf is beschreven welke vormen van reguleringsonzekerheid zorgverzekeraars ervaren. De ACM ziet een aantal achterliggende oorzaken voor deze onzekerheden.

#### **De zorg heeft een groot aandeel in de collectieve uitgaven**

De collectieve zorguitgaven beslaan in 2017 naar verwachting bijna 29 procent van de totale Rijksuitgaven.<sup>118</sup> Vanwege de omvang en de maatschappelijke relevantie van de zorgsector, heeft iedereen in Nederland er belang bij dat de zorgsector goed functioneert. Daarom krijgt deze sector 'automatisch' veel aandacht van media, bedrijfsleven, wetenschap en overheid. Dit resulteert in veel verschillende meningen en maatschappelijke discussies over diverse onderwerpen in de zorg. Ook het publieke karakter van de zorgverzekeringsmarkt draagt daar aan bij.

---

<sup>116</sup> (Van Veen & De Jonge, 2016, p. 4)

<sup>117</sup> (Nederlandse Zorgautoriteit, september 2016, p. 15)

<sup>118</sup> Economisch Statistische Berichten (2017), jaargang 102, nummer 4745, p. 12.

### **Het huidige zorgstelsel in Nederland bestaat 'pas' tien jaar en is moeilijk internationaal vergelijkbaar**

Het huidige zorgstelsel in Nederland bestaat sinds 2006 en is moeilijk te vergelijken met stelsels elders in de wereld. Er zijn duidelijke verschillen met andere landen in de wijze waarop de organisatie en financiering van zorg is geregeld.<sup>119</sup> Bovendien is er geen zorgstelsel in de wereld dat systematisch beter functioneert dan het andere. Doordat het huidige stelsel ook relatief nieuw is, moet het nog voortdurend worden doorontwikkeld door beleidsmakers. Zwakke punten in het huidige zorgstelsel worden gecorrigeerd via beleidsregels of wetswijzigingen.

### **Grote meningsverschillen tussen politieke partijen over concurrentie in de zorg**

Discussie in de politiek over het huidige zorgstelsel is een inherent onderdeel van het democratische proces en begrijpelijk gezien de omvang van de sector en het maatschappelijk belang. Concurrentie in de zorg is momenteel een belangrijk twistpunt tussen politieke partijen. Sommige partijen vinden dat het huidige zorgstelsel onvoldoende functioneert en moet worden vervangen.<sup>120</sup> Andere partijen willen het huidige zorgstelsel juist verbeteren.<sup>121</sup>

## **5.4 Mogelijkheden om reguleringonzekerheid te verminderen**

Sinds de introductie van de Zvw in 2006 heeft geen enkele nieuwe marktpartij de zorgverzekeringsmarkt succesvol betreden. Verder geven alle bevroagde (zorg)verzekeraars in het marktonderzoek aan dat reguleringonzekerheid één van de belangrijkste toetredings- en groeirempels is. Het zou dus goed zijn, vanuit concurrentieperspectief, als de reguleringonzekerheid die marktpartijen ervaren, wordt verminderd. Dit geeft bestaande zorgverzekeraars en potentiële toetreders een betere basis om strategische beslissingen te nemen, bijvoorbeeld bij de keuze om te investeren in de ontwikkeling van betere zorg. Dit komt de concurrentie en uiteindelijk de consument ten goede.

De ACM realiseert zich dat de achterliggende oorzaken van reguleringonzekerheid nooit volledig zijn weg te nemen. Zo zullen de zorguitgaven ook in de komende decennia een groot deel van de collectieve uitgaven vertegenwoordigen. En politieke partijen zullen ook in de toekomst discussie blijven voeren over dit belangrijke onderdeel van de Nederlandse economie en samenleving.

Verder realiseert de ACM zich dat (discussies over) nieuwe wet- of regelgeving direct kunnen bijdragen aan één of meerdere doelen van de Zvw. De overheid dient daarom altijd een afweging te maken tussen het directe voordeel van de nieuwe wet of regel en de extra onzekerheid die de besluitvorming daarover mogelijk creëert. Deze afweging kan de ACM in algemene zin niet maken omdat dit per situatie zal verschillen. Hieronder wordt een aantal manieren geschetst waarop de overheid onzekerheid op de markt kan verminderen, mits er voldoende politieke en maatschappelijke wil is.

### **Rust en stabiliteit in wet- en regelgeving op de langere termijn**

Potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars nemen strategische beslissingen die een langere tijdshorizon kunnen hebben dan een individuele kabinetsperiode. Bij het nemen van dergelijke beslissingen maken zij onder andere een inschatting van de toekomstige ontwikkeling

---

<sup>119</sup> (Heijink & Struijs, 2015, p. 13)

<sup>120</sup> (Van Loef & Leijten, januari 2017)

<sup>121</sup> Zie <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/standpunten-politieke-partijen-over-zorgverzekering>

van het regelgevend kader op de zorgverzekeringsmarkt. Stabiliteit van wet- en regelgeving op de lange termijn zou het nemen van dit soort beslissingen makkelijker maken.

#### **Minimale inmenging van de overheid op de onderdelen van de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars die niet zijn gereguleerd**

Een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie betekent dat de overheid het regelgevend kader stelt en dat zorgverzekeraars – gegeven dit kader – hun eigen strategische keuzes maken. De overheid beperkt zijn rol idealiter tot het beheren en, waar nodig, aanpassen van het kader. Een voorbeeld van vergaande inmenging is de invloed van de overheid op de winstbesteding van zorgverzekeraars.

#### **Een tijdelijke ex-post correctie binnen de risicoverevening voor nieuwe zorgverzekeraars**

De Minister van VWS schreef in juni 2016 aan de Tweede Kamer dat zij in de toekomst meer aandacht zal besteden aan het spanningsveld tussen de verschillende doelen die het systeem van risicoverevening nastreeft.<sup>122</sup> De Minister wil de afweging tussen deze doelen bij nieuwe besluiten voortaan explicieter gaan maken. Het afbouwen van de ex-post correcties heeft een positief effect op de doelmatigheid van de zorg maar kan negatieve gevolgen hebben voor de toetredingsmogelijkheden van nieuwe zorgverzekeraars. De structurele ondercompensaties van bepaalde groepen verzekerden kan potentiële toetreders afschrikken. In de systematiek van risicoverevening zou de overheid een beleidsmaatregel kunnen overwegen in de vorm van een tijdelijke ex-post correctie voor nieuwe zorgverzekeraars.

#### **Een tijdelijke, gelimiteerde acceptatieplicht voor nieuwe zorgverzekeraars**

Door de huidige interpretatie van de acceptatieplicht (artikel 3 Zvw) kan een nieuwe zorgverzekeraar beperkt invloed uitoefenen op het *aantal* verzekerden dat hij aan wil trekken. Een nieuwe zorgverzekeraar is namelijk verplicht om alle nieuwe verzekerden te accepteren. Een toetreders kan in theorie zó succesvol zijn dat hij in de problemen komt met het aantrekken van voldoende kapitaal. Met dit risico houdt DNB rekening bij het vaststellen van de kapitaaleis.

Deze onzekerheid kan worden vermeden door een nieuwe zorgverzekeraar in de eerste jaren na toetreding de mogelijkheid te geven om een eigen groeipad te hanteren. Bijvoorbeeld maximaal 20.000 verzekerden in het eerste jaar, 40.000 in het tweede jaar en 80.000 in het derde jaar. Hij is dan wel gebonden aan de acceptatieplicht, maar alleen tot dit maximum. Zodra dit maximum bereikt is, accepteert de toetreders geen nieuwe verzekerden meer. Met een tijdelijke, begrensde acceptatieplicht houden nieuwe zorgverzekeraars meer grip op hun eigen groeipad en de daarbij geldende kapitaaleis.

## **5.5 Conclusie hoofdstuk 5**

Regulering van de zorgverzekeringsmarkt is erop gericht de toegankelijkheid van het huidige stelsel te waarborgen en marktfalen tegen te gaan. Besluitvorming over nieuwe wet- en regelgeving op de zorgverzekeringsmarkt – of de toekomstige mogelijkheid daarvan – heeft als neveneffect dat het onzekerheid bij potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars creëert. Deze reguleringonzekerheid vormt een belangrijke toetredings- en groeidrempel op de

---

<sup>122</sup> E.I. Schippers (17 juni 2016). Risicoverevening 2017: nieuwe stappen in verbetering compensatie voor chronisch zieken (Kamerbrief). Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/17/kamerbrief-over-risicoverevening-2017-nieuwe-stappen-in-verbetering-compensatie-voor-chronisch-zieken>

zorgverzekeringsmarkt.

Er hoeft geen sprake te zijn van een *onnodig* hoge drempel omdat (discussies over) nieuwe wet- of regelgeving direct kunnen bijdragen aan één of meerdere doelen van de Zvw. De beleidsmaker dient altijd een afweging te maken tussen het directe voordeel van de nieuwe wet of regel en de extra onzekerheid die de besluitvorming daarover mogelijk creëert. Deze afweging kan de ACM in algemene zin niet maken omdat dit per situatie zal verschillen.

Het is goed als de reguleringsonzekerheid die potentiële toetreders en bestaande zorgverzekeraars ervaren, wordt verminderd. Dit zal een belangrijke toetredings- en groeidrempel op de zorgverzekeringsmarkt verlagen. De beleidsmaker kan hieraan bijdragen door op structurele basis een expliciete afweging te maken tussen de met nieuwe regulering beoogde maatschappelijke doelstelling en het belang van effectieve concurrentie in het zorgstelsel.

## 6. Bibliografie

- Autoriteit Consument en Markt. (2016, februari). *Tussenrapportage concurrentie op markt voor zorgverzekeringen*. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15504/Tussenrapportage-concurrentie-op-markt-voor-zorgverzekeringen/>.
- Autoriteit Consument en Markt. (juni 2014). *Barrières voor toetreding tot de Nederlandse bancaire retailsector*. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/13038/Barrieres-voor-toetreding-tot-de-Nederlandse-bancaire-retailsector/>.
- Autoriteit Financiële Markten. (2015). *Uitkomsten onderzoek Aanvullende Zorgverzekeringen*. <https://www.afm.nl/nl-nl/professionals/nieuws/2015/nov/rapport-aanvullende-zorgverzekeringen>.
- Boot, A., & Van Wijnbergen, S. (december 2013). Bankieren op drijfzand. *Economisch-Statistische Berichten, jaargang 98, nummer 4674 & 4675, 742-745*.
- BS Health Consultancy. (juni 2016). *Zorgverzekeringsmarkt blijft een prijzenmarkt*. <http://www.bshealth.nl/zorgverzekeringsmarkt-blijft-een-prijzenmarkt.html>.
- Carlton, D. W. (2005). *Barriers to entry*.
- Centraal Planbureau. (januari 2003). *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. <https://www.cpb.nl/publicatie/zorg-voor-concurrentie-een-analyse-van-het-nieuwe-zorgstelsel>.
- De Brauw Blackstone Westbroek. (januari 2016). *Solvency II - Heeft u het overzicht nog?* [http://www.debrauw.com/wp-content/uploads/news%20-%20newsletters/Insurance/Solvency\\_II\\_Heeft\\_u\\_het\\_overzicht\\_nog\\_v2.pdf](http://www.debrauw.com/wp-content/uploads/news%20-%20newsletters/Insurance/Solvency_II_Heeft_u_het_overzicht_nog_v2.pdf).
- DNB. (december 2014). *Verzekeringsmiddag 16 december 2014 - Breakout sessie: Eigen Risico Beoordeling*. <http://www.toezicht.dnb.nl/binaries/50-232373.pdf>.
- European Insurance and Occupational Pensions Authority. (maart 2011). *EIOPA Report on the fifth Quantitative Impact Study (QIS5) for Solvency II*. [https://eiopa.europa.eu/Publications/Reports/QIS5\\_Report\\_Final.pdf](https://eiopa.europa.eu/Publications/Reports/QIS5_Report_Final.pdf).
- European Insurance and Occupational Pensions Authority. (november 2014). *Consultation paper on the proposal for draft Implementing Technical Standards with regard to standard deviations in relation to health risk equalization systems*. [https://eiopa.europa.eu/Publications/Consultations/EIOPA\\_EIOPA-CP-14-054 ITS\\_Assessing\\_ext\\_credit\\_assessment.pdf](https://eiopa.europa.eu/Publications/Consultations/EIOPA_EIOPA-CP-14-054 ITS_Assessing_ext_credit_assessment.pdf).
- EY. (mei 2015). *Regeldruk bij kredietverstrekking*. <http://www.ey.com/nl/nl/industries/financial-services/ey-regeldruk-bij-kredietverstrekking>.
- Gupta Strategists. (februari 2015). *Het Bedrijfsmodel van Zorgverzekeraars*. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15482/Studie-Gupta-het-bedrijfsmodel-van-zorgverzekeraars/>.
- Harrington, S. (2005). Capital Adequacy in Insurance and Reinsurance. In H. Scott, *Capital Adequacy beyond Basel: Banking, Securities, and Insurance*. Oxford: Oxford University Press.
- Heijink, R., & Struijs, J. (2015). *Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?*
- Institute of Health Policy and Management. (maart 2014). *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* <http://repub.eur.nl/pub/77339/>.
- KPMG. (2015). *Afschaffing van de macronacalculatie en introductie van het flankerend beleid*.
- KPMG. (september 2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/09/01/evaluatie-zorgverzekeringswet>.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (februari 2016). *Het Nederlandse zorgstelsel*.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (april 2012). *Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt*.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/04/19/monitor-toetredingsdrempels-zorgverzekeringsmarkt>.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (juni 2015). *Risicoverkenning faillissementen ziekenhuizen en zorgverzekeraars*. <https://www.nza.nl/95832/Risicoverkenning-faillissementen-ziekenhuizen-en-zorgverzekeraars>.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (juni 2015). *Verhouding tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering bij de sturing van verzekerden*.  
[https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport\\_Analyse\\_Verhouding\\_tussen\\_de\\_aanvullen\\_de\\_verzekering\\_en\\_de\\_basisverzekering\\_bij\\_de\\_sturing\\_v.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_Analyse_Verhouding_tussen_de_aanvullen_de_verzekering_en_de_basisverzekering_bij_de_sturing_v.pdf).
- Nederlandse Zorgautoriteit. (mei 2015). *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015*.  
[https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan\\_Zorgverzekeringsmarkt\\_2015\\_update\\_mei\\_2016](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt_2015_update_mei_2016).
- Nederlandse Zorgautoriteit. (september 2016). *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016*.  
[https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan\\_Zorgverzekeringsmarkt\\_2016](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt_2016).
- Nederlandse Zorgautoriteit. (september 2016). *Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt: Kwalitatief onderzoek 2016*.  
<https://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-brengt-zorgverzekeringsmarkt-in-kaart/>.
- Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn. (maart 2012). *Toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt in juridisch perspectief*.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/03/16/toetreding-tot-de-zorgverzekeringsmarkt-in-juridisch-perspectief>.
- Prudential Regulation Authority. (september 2013). *The rationale for the prudential regulation and supervision of insurers*.  
<http://www.bankofengland.co.uk/publications/Documents/quarterlybulletin/2013/qb130303.pdf>.
- Schippers, E. (januari 2017). Naar twintig jaar Zorgverzekeringswet. *Economisch-Statistische Berichten, jaargang 102, nummer 4745*, 16-19.
- Van Loef, G., & Leijten, R. (januari 2017). Zorgstelsel op basis van samenwerking stelt patiënt centraal. *Economisch-Statistische Berichten, jaargang 102, nummer 4745*, 26-29.
- Van Veen, S., & De Jonge, R. (2016). *Risicovereveningsmodel: een krachtig instrument met een technische grens*.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/03/01/toekomst-van-de-risicoverevening>.
- Zorgverzekeraars Nederland. (april 2015). *Kern-gezond, Actieplan Zorgverzekeraars Nederland*.  
<https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=266567680>.

## **Bijlage 1: informatieverzoek aan (zorg)verzekeraars**

Zie het aparte PDF-bestand op de website van de ACM.



## Bijlage 2: geïnterviewde marktpartijen tijdens dit onderzoek

Zilveren Kruis Achmea  
Anno12  
ASR  
Centraal Planbureau  
De Nederlandsche Bank  
Independer  
Ministerie van Financiën  
Ministerie van VWS  
Nederlandse Zorgautoriteit  
ONVZ  
PwC  
VRZ Zorgverzekeraars  
Zorgeloos  
Zorginstituut Nederland