

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 365

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 7 december 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Financiën over de brief van 7 oktober 2011 inzake een nadere onderbouwing verhoging solvabiliteitsseisen zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 360).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 6 december 2011. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Bouwmeester, L.T. (PvdA), Staaij, C.G. van der (SGP), Smilde, M.C.A. (CDA), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Koşer Kaya, F. (D66), Wolbert, A.G. (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouweland, E. (PvdD), Leijten, R.M. (SP), Agema, M. (PVV), Veen, E. van der (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Ondervoorzitter, Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Klaver, J.F. (GL), Voortman, L.G.J. (GL), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Mulder, A. (VVD), Straus, K.C.J. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Gerbrands, K. (PVV) en Dille, W.R. (PVV).
Plv. leden: Arib, K. (PvdA), Dijkgraaf, E. (SGP), Omtzigt, P.H. (CDA), Kuiken, A.H. (PvdA), Berndsen, M.A. (D66), Vermeij, R.A. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Kooiman, C.J.E. (SP), Mos, R. de (PVV), Klijnsma, J. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Burg, B.I. van der (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Tongeren, L. van (GL), Sap, J.C.M. (GL), Miltenburg, A. van (VVD), Lodders, W.J.H. (VVD), Liefde, B.C. de (VVD), Ham, B. van der (D66), Bosma, M. (PVV) en Beertema, H.J. (PVV).

1

Houdt het advies van DNB rekening met de specifieke situatie van zorgverzekeraars die voor een sociale zekerheidswet uitvoeren en daarvoor via risicoverevening worden gecompenseerd voor hun kosten die uitgaan boven hun inkomsten in premies? Zo ja, hoe?

Ja. Dit komt onder andere tot uitdrukking in het feit dat DNB is uitgegaan van de minimumvereiste solvabiliteitsmarge zoals die in 2011 geldt voor ziektekostenverzekeraars die de basisverzekering aanbieden. Dit vereiste is, vanwege het risicovereveningssysteem dat voor deze verzekering is opgetuigd, per 1 januari 2010 met vijfachtste verminderd tot 9% ten opzichte van de ca. 24% die voor reguliere schadeverzekeringen geldt. De combinatie van ex ante verevening en ex post compensaties maakt het daarbij mogelijk deze forse reductie door te voeren, vanwege de mitigerende werking op het risicoprofiel die hiervan uitgaat. Echter de maatregelen die het kabinet voorstaat voor 2012 zorgen voor een toename van de risicodragendheid en nopen daarmee tot een beperking van de reductie in 2012.

2, 3 en 17

Houdt het advies van DNB rekening met een verbetering van de ex ante risicoverevening doordat de Meerjarige Hoge kosten als criterium hier nu ook deel van uitmaken? Zo ja, hoe?

Houdt het advies van DNB ook rekening met het handhaven voor 2012 van de bestaande bandbreedteregelingen en met het feit dat de zorgverzekeraars niet over alle kosten volledig risico lopen? Zo ja, hoe?

Heeft DNB rekening gehouden met het feit dat niet voor alle kosten het volledige risico bij de verzekeraar ligt (A-segment, GGZ)?

In zijn advies heeft DNB rekening gehouden met de maatregelen die in de brief «Zorg die loont» (TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 620 no. 6) worden genoemd. Gekeken is naar *alle* kosten die voor rekening van de zorgverzekeraar komen en waarover zij (in de toekomst) risico lopen. Kosten zoals in de GGZ, of het A-segment waarover de verzekeraar geen risico loopt, dragen niet bij aan het risicoprofiel van de verzekeraar. Ook hier is rekening mee gehouden. Ook de gevolgen van de invoering van het nieuwe ex ante vereveningscriterium Meerjarige Hoge kosten en het flankerend beleid, zoals het voornemen van de Regering om het catastroferisico te mitigeren en de te verwachte gedragsaanpassingen van zorgverzekeraars als gevolg van de beperking van de ex post verevening, zijn in het advies meegewogen. Dit geldt ook voor de wijziging van de bandbreedteregeling. Weliswaar blijft de bandbreedte an sich ongewijzigd, maar het middelpunt wijzigt wel. Zo werd tot nu toe gekeken naar het resultaat per individuele zorgverzekeraar. Vanaf 2012 wordt het middelpunt gevormd door het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars. Deze wijziging vergroot de onzekerheid over de financiële consequenties van deze regeling en zorgverzekeraars lopen daardoor een groter risico.

Hoewel op het moment van advisering nog niet alle kabinetsmaatregelen bekend waren, heeft DNB aangegeven dat de geconstateerde trendbreuk in het risicoprofiel van basiszorgverzekeraars ook stand houdt als de bandbreedteregeling of het flankerend beleid net iets anders zou worden ingevuld. Rekeninghoudend hiermee heeft DNB in zijn advies slechts de helft van het maximaal berekende effect op de volatiliteit van de schadelast doorvertaald in de solvabiliteitseis. Met andere woorden, DNB heeft er daarmee voor gekozen om dit risico niet maximaal (terughoudend) mee te nemen in haar advies, mede omdat het daadwerkelijke risicoprofiel van zorgverzekeraars achteraf pas kwantitatief is te berekenen.

Er is aangegeven de solvabiliteitseis met specifiek 2% te verhogen. Op basis van welke berekening bent u precies op dit percentage gekomen? Waarom is een verhoging van 1,5% niet voldoende? Waarom is een verhoging van 2,5% teveel? In hoeverre heeft het uiteindelijk niet verruimen van de bandbreedteregeling een dempende werking gehad? Kan er een overzicht worden gegeven van het risicoprofiel van de zorgverzekeraars in 2012 en de verbinding die op basis daarvan wordt gelegd met een verhoogde solvabiliteitseis van 11%? Is het kabinet het volledig eens met het risicoprofiel dat DNB schetst?

DNB heeft berekend dat de volatiliteit -de centrale grootheid voor het risicoprofiel- van de zorgkosten als gevolg van de kabinetsplannen per 2012 toenemen met 50%. Dit is te zien in tabel 1 (stappen 1 en 2). Deze toename is slechts voor de helft doorvertaald in een stijging van het verzekeringstechnische risico onder Solvency I (+25%). De reden hiervoor is dat de stijging van de volatiliteit voortkomt uit een nieuwe berekening-methodiek, ontwikkeld vanwege de komst van het nieuwe toezicht-raamwerk Solvency II, die echter ook onder Solvency I een beter beeld geeft van het risicoprofiel van verzekeraars.

Bij de Solvency I afslagmethode voor het bepalen van de solvabiliteit voor zorgverzekeraars, is tot vorig jaar een wat grofmaziger modelaanspak gebruikt. Zou de mutatie van het verzekeringstechnische risico met 50% volledig worden doorvertaald onder Solvency I, dan leidt dit mogelijk tot een ongewenste piek in de solvabiliteitseis in aanloop naar het Solvency II regime.

Dit leidt ertoe dat de huidige eis naar het oordeel van DNB zou moeten stijgen van ca. 9% over 2011 naar 11% per 2012. In tabel 1 is de opbouw van de kapitaal-eis uit hoofde van het risicoprofiel van de zorgverzekeraar getoond.

De door DNB geadviseerde verhoging bestaat uit twee delen:

- I. Een component met verhoging uit hoofde van afschaffing macrona-calculatie (inclusief flankerend beleid) ad 1,5 procentpunt
- II. Idem vanwege de overige eerste stappen in de afschaffing van ex post mechanismen in 2012 ad 0,5 procentpunt.

De korte termijn gevolgen voor het risicoprofiel van verzekeraars van de veranderingen in het zorgaanbod, zoals bijvoorbeeld de aanpassing van de declaratiesystematiek door de invoering van DOT («DBC's op weg naar transparantie») zijn niet meegenomen vanwege beperkingen in de data. De veranderingen in het zorgaanbod om de marktwerking te versterken zullen volgens DNB leiden tot een vergroting van de (incidentele) operationele risico's die zorgverzekeraars lopen en daarmee een toename van hun risicoprofiel.

Tabel 1. Effect afbouw ex post verevening op solvabiliteitseis 2012

	Stap	Percentage	Toelichting
0	Uitgangspunt: solvabiliteitseis 2011	9 % (van tot.schade)	In 2010 bepaald als zijnde 24% minus (5/8 ^e × 24%).
1	Uitgangspunt: volatiliteit bij volledige ex post verevening	3,6 % (van nom.premie)	Volgt uit ijkijng van de volatiliteit van de «HRES» parameter onder Solvency II.
2	Volatiliteit met ex post verevening maar <i>zonder</i> macrona-calculatie	5,3 % (van nom.premie)	Als hiervoor, geschoond voor correcties uit hoofde van macrona-calculatie

Stap	Percentage	Toelichting
3	4,5 % (van nom.premie)	$3,6\% + 0,5 \times (5,3 - 3,6) = 4,5\%$. Dit betreft een stijging van het verzekeringstechnisch risico van 25% t.o.v. het uitgangspunt. Het uitgangspunt van 6% voor dit risico moet verhoogd worden met deze 25%. Dit gebeurt bij stap 4.
4	10,5% (van tot.schade)	$1,25 \times 6\% + 3\% = 10,5\%$ ¹ Het effect van de afbouw van de ex post verevening op het operationeel risico en het marktrisico wordt nihil geacht. Vandaar dat dit t.o.v. het uitgangspunt ongewijzigd 3% blijft.
5	11% (van tot. schade)	

¹ Het aandeel verzekeringstechnische risico's voor de basisverzekering uit QIS5 betrof 2/3^o. Toegepast op de solvabiliteitseis uit Solvency I is 6% van de kapitaal eis te relateren aan verzekeringstechnische risico's. Dit deel wordt opgehoogd naar rato van het effect uit stap 3, met +25%. De overige 3% blijft hier constant.

Het kabinet kan zich volledig vinden in deze analyse van de DNB en heeft dit in de brief aan de Tweede Kamer van 5 september jl. (TK, vergaderjaar 2010–2011, 29 689, no.350) ook aangegeven.

5 en 24

*In uw brief geeft u aan dat € 720 miljoen extra kapitaal kan leiden tot een opwaartse premiedruk van € 25 per verzekerde, omdat de helft wordt betaald door de inkomensafhankelijke bijdrage. De verrekening hiervan vindt echter pas een jaar later plaats via de inkomensafhankelijke bijdrage, waardoor zorgverzekeraars niet op voorhand rekening kan houden met dit feit. Klopt het dat er daardoor in feite sprake is van een opwaartse premiedruk van € 50 per verzekerde?
Is het waar dat het inkomensafhankelijke bijdrage van de premie pas een jaar later doorgerekend wordt? Zo ja, is de vooronderstelling dat de premiestijging 50/50 zal worden toegepast dan correct?*

Nee, dit klopt niet. Bij de vaststelling van de inkomensafhankelijke premie 2012 is wél al rekening gehouden met de extra kapitaal eis voor 2012. De verhoging van deze premie leidt tot vergroting van de inkomsten van het Zorgverzekeringsfonds. Door verlaging van de rekenpremie in 2012 krijgen zorgverzekeraars een hogere vereveningsbijdrage en worden deze (extra) inkomsten van het Zorgverzekeringsfonds doorgesluisd naar de zorgverzekeraars. Hiermee wordt de opwaartse druk voor de nominale premie als gevolg van de extra kapitaal eis (€ 25 per verzekerde i.p.v. € 50 per verzekerde) gedempt.

6 en 21

Uw verwachting aangaande de opwaartse premiedruk (€ 25) ten gevolge van het extra aan te houden kapitaal (€ 720 miljoen), impliceert dat de minister uitgaat van 14,4 miljoen betalende verzekerden. Is dit aantal betalende verzekerden wel waar? Zo nee, wat betekent dit dan voor de hoeveelheid extra aan te houden kapitaal en de opwaartse premiedruk? Klopt het dat er in 2012, uitgaande van 12,8 miljoen verzekerden, tussen de € 50 en € 70 premieverhoging per verzekerde zal moeten worden doorgevoerd om het benodigde extra kapitaal tussen de € 720 miljoen en € 900 miljoen op te brengen?

Een stijging van de solvabiliteitseis van 2 procentpunten leidt tot een verhoging van de minimaal vereiste solvabiliteit van ongeveer € 0,72 miljard (2% van de totale jaarschade van € 35,6 miljard; bron: VWS-begroting 2012, bijlage 4, tabel 5, uitgaven en inkomsten Zvw). De helft van dit bedrag wordt via de zogenoemde 50/50-regeling opgevangen door de inkomensafhankelijke premie. Blijft over een bedrag van € 0,36 miljard dat effect kan hebben op de hoogte van de nominale premie 2012. Dit premie-effect bedraagt per verzekerde € 27 (€ 0,36 miljard gedeeld door 13,3 miljoen geraamde premiebetalende verzekerden). Afgerond gaat het om een bedrag van € 25. De raming van 13,3 miljoen premiebetalende verzekerden voor 2012 is gebaseerd op de realisatiecijfers 2011 van het College voor zorgverzekeringen, de door het Centraal Bureau voor de Statistiek geraamde bevolkingsgroei in 2012 en een inschatting van het resultaat van het kabinetsbeleid ter terugdringing van het aantal onverzekerden in 2012.

7, 23 en 26

DNB handhaaft op risicodragerniveau. Daarnaast bestaan concerns feitelijk niet in de financiering van de zorg. Waarom gaat u in het overzicht met solvabiliteitsratio's dan toch uit van concerns? Kunt u de Kamer het overzicht per risicodrager doen toekomen?

Handhaaft DNB de solvabiliteitseisen op concernniveau of op risicodragerniveau?

Waarom is er bij het overzicht van de solvabiliteitsratio's uitgegaan van concernniveau terwijl er wordt gehandhaafd op risicodragers?

DNB handhaaft de solvabiliteitseisen op het niveau van risicodrager/juridische eenheid. In het lopend toezicht wordt de solvabiliteit op concernniveau echter uitdrukkelijk meegenomen. Het toezicht op verzekeraars is in Europa maar ook daarbuiten primair gericht op de juridische eenheid omdat de verzekerde een contract aangaat met deze juridische eenheid. Het gaat er primair om hoe de financiële positie van de juridische eenheden er voor staat. Een concern kan er bijvoorbeeld voor kiezen om een risicodrager af te stoten, te ontmantelen of zelfs failliet te laten gaan. Alleen toezicht houden op het concern is derhalve niet afdoende om de verzekerde voldoende bescherming te bieden. Dit laat onverlet dat het concernverband ook van belang is voor het toezicht. Een concern (bijvoorbeeld de moederonderneming van een juridische eenheid) kan immers kapitaal verplaatsen van de ene naar de andere risicodrager.

Het volledige overzicht van de solvabiliteitsratio's per risicodrager/juridische eenheden ultimo 2010 is te vinden op de website van DNB: <http://www.statistics.dnb.nl/popup.cgi?/usr/statistics/excel/ts3ny.xls>

8

Waarom neemt de minister van Financiën het advies van DNB over, als DNB zelf zegt dat de gevolgen van de afschaffing van de ex post verevening niet precies te kwantificeren is en in het flankerend beleid van dit kabinet zelfs geen aanleiding ziet de solvabiliteitseisen minder sterk te verhogen?

Ik neem het advies over, omdat DNB er voor gekozen heeft om de door DNB gekwantificeerde effecten van de stijging van het risicoprofiel van zorgverzekeraars voor de helft mee te nemen. Voor zover de effecten niet kwantificeerbaar waren zijn ze niet meegenomen (zie beantwoording vraag 2, 3, 4, 10 en 17).

9, 11, 13 en 19

Als DNB aangeeft dat de maatregelen niet precies te kwantificeren zijn, neemt de minister van Financiën in zijn besluit de solvabiliteitseisen te verhogen dan een politieke beslissing?

Bent u zelf niet in staat het risicoprofiel van de zorgverzekeraars in kaart te brengen en de benodigde solvabiliteitseisen vast te stellen?

Op welke grond is gebaseerd dat er nu een solvabiliteitseis van 9 % geldt voor zorgverzekeraars? Wanneer is dat beslist?

Klopt het dat de minister van Financiën kan besluiten het advies van DNB ten aanzien van de solvabiliteitseisen van de zorgverzekeraars niet over te nemen? Heeft de minister van VWS hier nog inspraak? Op welk moment heeft de Kamer inspraak?

In het Besluit prudentiële regels Wft, artikel 68 lid 3 is geregeld dat wanneer de gestelde regels met betrekking tot de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet daartoe aanleiding geven bij ministeriële regeling de kapitaalzeis kan worden opgehoogd tot maximaal circa 24%. Volgens dit besluit is het derhalve aan de minister om te besluiten de kapitaalzeis op te hogen. In die zin kan het een politiek besluit genoemd worden, het is immers niet aan de DNB om dit besluit te nemen.

Onder Solvency II, het nieuwe toezichtsregime dat naar verwachting in 2014 van kracht wordt, zal de Europese verzekerings- en pensioentoezichthouder EIOPA, waarschijnlijk deze bevoegdheid krijgen na advies van DNB. Het advies van DNB zal dan, net als thans het geval is gebaseerd zijn op een kwantitatieve onderbouwing. De exacte vormgeving van de nieuwe procedure is afhankelijk van de uitkomst van de onderhandelingen in de Omnibus II richtlijn. Ik heb in de onderhandelingen al wel bereikt dat er rekening wordt gehouden met de kwaliteiten van de risicoverevening voor de bepaling van de kapitaalzeis van de verzekeringstechische risico's.

Het is aan DNB om het risicoprofiel van de zorgverzekeraars in kaart te brengen en daarmee de benodigde solvabiliteitseisen vast te stellen. Ik mis ondermeer de vertrouwelijke data van zorgverzekeraars en ben zodoende niet voldoende geëquipeerd om de solvabiliteitseisen vast te stellen.

De 9% solvabiliteitseis die thans van toepassing is, is gebaseerd op art. 68 van het hierboven genoemde besluit. In 2009 heb ik op advies van de DNB naar aanleiding van de afbouw van de ex ante compensatiemechanismen de kapitaalzeis voor de jaren 2010 en verder verhoogd van 8% naar 9%.

In de brief van 5 september (TK, vergaderjaar 2010–2011, 29 689, no. 350) is aangegeven dat ik voornemens ben om de kapitaalzeis te verhogen van 9% naar 11% gelet op het advies van DNB dat gekoppeld is aan maatregelen die het kabinet voorstaat voor 2012 waardoor de risicodragendheid van zorgverzekeraars toeneemt. Deze brief is besproken in het Algemeen Overleg in de Tweede Kamer. Deze vragen zijn een directe aanleiding van dit voornemen. Wanneer de Tweede Kamer geen verdere bezwaren ziet, zal ik de kapitaalzeis verhogen van 9% naar 11%, daartoe de betreffende Regeling onder de Wft aanpassen en de betrokkenen hierover informeren. Inmiddels hebben overigens verschillende verzekeraars hun premie voor 2012 bekend gemaakt uitgaande van dit voornemen.

12

Wordt het risico voor zorgverzekeraars niet overschat, aangezien er sprake is van een sterk geconcentreerde markt met vier grote verzekeraars?

Hoeveel zorgverzekeraars zijn de afgelopen 6 jaar jaarlijks onder de gestelde solvabiliteitseisen gegaan door de sterke concurrentie?

Nee. Hoewel de wet van de grote aantallen voor de zorgverzekeringsmarkt zeker opgaat, is het een misvatting te denken dat de zorgverzekeraars die

zich op deze markt begeven gevrijwaard zijn van verzekeringstechnische risico's en het daarbij horende systematisch risico. Het aantal zorgverzekeraars en de mate van concentratie in de sector zijn niet van belang voor de bepaling van de vereiste solvabiliteit. Een nieuwe toetreders in deze markt zou immers met hetzelfde eisenkader te maken krijgen. De factor «concentratie van de zorgverzekeringsmarkt» heeft in het toezicht en daarbij ook in het door DNB gehanteerde model om tot advisering over de nieuwe solvabiliteitseis te komen geen rol gespeeld.

Zorgverzekeraars onder toezicht van de Wet op het financieel toezicht 2007 (Wft 2007) en daarvoor de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993) (de juridische entiteiten die onder toezicht staan) maken jaarlijks de solvabiliteitspositie per ultimo 31 december openbaar.

Deze solvabiliteitscijfers worden medio augustus na het afgesloten boekjaar door DNB gepubliceerd (zie <http://www.statistics.dnb.nl/index.cgi?lang=nl&todo=VerzGeg>).

Uit de gepubliceerde cijfers blijkt dat er vanaf de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 één zorgverzekeraar die de basisverzekering uitvoerde per ultimo boekjaar een solvabiliteitsratio van minder dan 100% heeft gehad en in 2007 één zorgverzekeraar die alleen de aanvullende verzekering uitvoert.

Uit de cijfers van zorgverzekeraars die de basisverzekering uitvoeren van ultimo 2010 blijkt dat bij een verhoging van de eis tot 11% alle zorgverzekeraars individueel uitkomen op een ratio van hoger dan 100%. Een marktbrede verhoging van de premies door de zorgverzekeraars is om die reden dan ook niet noodzakelijk. Wordt hiertoe toch overgegaan, dan liggen hier eerder andere overwegingen aan ten grondslag.

14

Hoe is de solvabiliteitseis op dit moment opgebouwd (welke percentages gelden voor welke risico's)?

Anders dan onder de Solvency II regels die thans in de maak zijn, wordt in het Solvency I regime niet gewerkt met een risicogewogen solvabiliteitseis. Onder Solvency I is de kapitaal eis voor elke zorgverzekeraar identiek, in 2011 9% van de schade (zorgkosten). Onder Solvency II (dat naar verwachting van kracht wordt in 2014) zal de kapitaal eis afhankelijk worden van het individuele risicoprofiel van de verzekeraar. Dit risicoprofiel is niet alleen afhankelijk van het soort verzekering dat verkocht wordt, en in het geval van de zorgverzekeraars de risicomitigerende kwaliteiten van het risicovereveningssysteem, maar ook van bijvoorbeeld de individuele beleggingsmix van de verzekeraar. Tot 2009 bedroeg de eis voor zorgverzekeraars die de basisverzekering uitvoerden ca. 8%, berekend als een mindering van de eis voor reguliere schadeverzekeraars van 24% met een factor $\frac{2}{3}$. Deze verlagingsfactor werd in 2009 niet meer passend (te ruim) bevonden wegens mutaties in de risicoverevening en is teruggebracht naar $\frac{5}{8}$, hetgeen neerkomt om een minimumvereiste solvabiliteitsmarge voor basiszorgverzekeraars van ca. 9%.

15

Heeft de minister van Financiën rekening gehouden met de wijziging in de bandbreedte ruimte?

DNB is in haar advies terughoudend omgesprongen met de te verwachten stijging van het risicoprofiel van zorgverzekeraars door aan de onderkant van de noodzakelijke geachte kapitaalverhoging te gaan zitten (zie beantwoording vragen 2,3,4,10 en 17). De wijziging in de bandbreedte ruimte waartoe is besloten nadat het advies van DNB is ontvangen, heeft daarom geen materieel effect op het advies van DNB.

16

Is de solvabiliteitseis naar boven of beneden afgerond? Zo ja, hoeveel geld is daarmee gemoeid?

Zoals vermeld in het antwoord op de vragen 2, 3 en 17, heeft DNB – vanwege alle onzekerheden die het proces omgeven – in haar berekening bewust slechts de helft van het maximaal berekende effect op de volatiliteit meegenomen in de eis. In die zin is er dus sprake van een neerwaartse afronding. Dit geldt ook voor het niet meenemen van een vergroting van het (incidentele) operationele risico als gevolg van de veranderingen in het zorgaanbod om de marktwerking te versterken (zie het antwoord op de vragen 4 en 10). Een exacte kwantificering van de hoeveelheid geld die hiermee is gemoeid is niet mogelijk. Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 4 is vanwege het feit dat alle effecten van de maatregelen die in de brief «Zorg die loont» op het risicoprofiel lastig te kwantificeren zijn, er voor gekozen om de solvabiliteitseis naar beneden af te ronden.

18

Is er gebruik gemaakt van het onafhankelijke onderzoek dat ZN heeft laten doen door iBMG? Zo neen, waarom niet? Zo ja, waarom zit er verschil in de uitkomst van de vraag wat de solvabiliteitseis moet zijn?

Het betreffende rapport van iBMG is betrokken bij de besluitvorming. Echter, vastgesteld is dat in het rapport is uitgegaan van cijfers die weliswaar geschikt zijn voor het doorrekenen van het risicovereveningssysteem als zodanig, maar niet geschikt zijn voor de berekening van het risicoprofiel van zorgverzekeraars. Zo werd bijvoorbeeld uitgegaan van normbedragen en gemiddelden en niet van de cijfers zoals deze door zorgverzekeraars zelf gerapporteerd worden. Zowel onder Solvency I als straks onder Solvency II is de kapitaalseis gekoppeld aan data zoals deze door de verzekeraar wordt gerapporteerd richting de prudentiële toezichthouder. Het gaat bijvoorbeeld om het vraagstuk welke kans een verzekeraar maakt dat de door de verzekeraar ontvangen premie niet voldoende is om de door de verzekeraar te betalen schade (zorgkosten) te financieren. De kans wordt uitgerekend op basis van de door de verzekeraar gerealiseerde cijfers in voorgaande jaren.

20

Klopt het dat de feitelijke solvabiliteitseis in 2011 8,1% is, omdat de hoge kosten compensatie leidt tot een afslag van 0,9%, en in 2012 er dus een verhoging van 8,1% naar 12% onder zorgverzekeraars zal moeten worden gefinancierd? Komt het totale extra kapitaal daarmee niet boven de geschatte € 720 miljoen te liggen?

Nee. Wij herkennen de gesuggereerde feitelijke solvabiliteitseis van 8,1% niet. In 2011 is er geen sprake geweest van een afslag van 0,9% met het oog op de hoge kosten compensatie. De enige afslag die geldt is die van 5/8^{ste} ten opzichte van de wettelijke verplichte minimumvereiste solvabiliteitsmarge voor reguliere schadeverzekeraars.

De hoge kosten compensatie wordt onder de Wft 2007 beoordeeld als zijnde een herverzekering. Dit betekent dat de schade (zorgkosten) die via de hoge kosten compensatie vergoed werd in mindering mag worden gebracht op de totale schade waarover de kapitaalseis wordt berekend. Oftewel de grondslag waarover de kapitaalseis wordt berekend wordt kleiner en niet de kapitaalseis. Het is afhankelijk van de vraag in hoeverre een zorgverzekeraar in kwestie te maken had met vergoedingen op grond van de hoge kosten compensatie of er sprake was van een vermindering van schade waarover kapitaalseis van toepassing is. Over het algemeen is dit effect relatief gering, juist omdat het bedrag waarop hoge kosten

compensatie van toepassing was de afgelopen jaren is verhoogd en derhalve minder schades (zorgkosten) raakt. Het is lastig te kwantificeren omdat het uitgerekend zou moeten worden per individuele verzekeraar.

22 en 28

Klopt het dat DNB handhaaft op 150% van de solvabiliteitseisen in plaats van de 100% en er van zorgverzekeraars dus hogere buffers worden gevraagd om niet onder toezicht te worden geplaatst? Op welk percentage handhaaft DNB de solvabiliteit? Is dat op 100 procent of op 150? Wanneer het 150 procent betreft, hoeveel meer kapitaal moeten zorgverzekeraars dan aanhouden?

Conform art. 3:132 Wft treedt DNB handhavend op indien de rechten van «(...)verzekeringnemers, verzekerden of gerechtigden op uitkeringen [...] in het gedrang komen». Het open geformuleerde criterium «in het gedrang komen» brengt mee dat niet eerst handhavend wordt opgetreden op het moment dat een zorgverzekeraar door het wettelijk minimumbedrag aan solvabiliteitsmarge van 100% zakt. Ook een snelle en onvoorziene daling van de solvabiliteit kan aanleiding zijn voor het oordeel dat de rechten «in het gedrang komen». In dit licht treffen zorgverzekeraars zelf een adequate aanvullende voorziening om onvoorziene tegenslagen op te vangen; een interne streefratio die hoger is dan de wettelijk voorgeschreven 100 procent.

Overigens is het onjuist dat zorgverzekeraars met bepaalde buffers «niet onder toezicht» worden geplaatst. Alle zorgverzekeraars met een vergunning van DNB vallen onder toezicht van DNB.

25

€ 50 premiestijging impliceert dat er 14,4 miljoen premiebetalers zijn, maar er zijn er ongeveer 12,8 miljoen. Van hoeveel verzekerden is DNB uitgegaan?

DNB is in haar advies uitgegaan van het risicoprofiel van de betrokken ondernemingen, niet van het aantal verzekerden.

27

Zijn PNO en AZVZ nog actief als zorgverzekeraars?

Nee. Wel hebben zij nog een vergunning van DNB en zijn zij als zogenaamde «uitloopmaatschappijen» rapportageplichtig aan DNB.