



De WTZ: een scheurend vangnet?

Auteur(s):

Langeveld, E.

Linssen, G.W.J.M.

*Werkzaam bij het ministerie van Economische Zaken. Respectievelijk secretaris en lid van de MDW-werkgroep 'Risico in de WTZ'. Wij danken diverse collega's voor commentaar op een eerdere versie.***Verschenen in:**

ESB, 83e jaargang, nr. 4161, pagina 560, 17 juli 1998

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

De WTZ, het vangnet van de particuliere markt ofwel de zogenaamde 'bejaardenpolis', wordt steeds zwaarder belast. De toenemende druk is zorgwekkend omdat verzekeraars geen enkele reden hebben om doelmatig met de WTZ om te gaan. Voor het voortbestaan van dit vangnet is delen in risico's door verzekeraars van groot belang.

De Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (WTZ) is het vangnet van de particuliere markt voor ziektekostenverzekeringen. De WTZ regelt dat particuliere verzekeraars verplicht zijn een aantal met name genoemde categorieën van personen voor een standaardpakket van vergoedingen als verzekerde te accepteren. De belangrijkste categorieën zijn mensen van 65 jaar en ouder en studenten met recht op studiefinanciering. De dekking van het standaardpakket aan vergoedingen komt vrijwel overeen met het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering. Om de toegang niet alleen formeel, maar ook materieel te garanderen, kent de WTZ een maximumpremie voor de verzekerden.

Omdat de kosten van WTZ-verzekerden in de meeste gevallen hoger liggen dan de maximumpremie, zou de combinatie van acceptatieplicht en maximumpremie de verzekeraars in een moeilijke positie brengen. Daarom worden de meerkosten van de WTZ omgeslagen over alle particuliere verzekerden jonger dan 65 jaar. De hieruit voortvloeiende WTZ-omslagbijdrage bedraagt in 1998 f 360 per particulier verzekerde (in 1996 was dit f 324, zie [tabel 1](#)).

Tabel 1. De WTZ in cijfers, 1996

Aantal WTZ-verzekerden	670.730 personen (14% van de part. verzekerden)
WTZ-schade	f 2.549 mln. (34% van de totale particuliere schade)
WTZ-maximumpremie	
» 65-plussers	f 214,90 per maand
» 65-minners	f 225,50 per maand
WTZ-omslagbijdrage	f 324,- per part. verzekerde (20-64 jaar)

In 1996 is ongeveer 14% van het totaal aantal particulier verzekerden onder de omslagregeling gebracht. Van de totale particuliere schade kwam echter 34% ten laste van de WTZ. De gemiddelde schade van een WTZ-er (ca. f 3800) is dus veel hoger dan van een niet-WTZ-er (ca. f 1044). Dit komt omdat de WTZ vooral 65-plussers bevat. Voor zover de kosten van WTZ-ers boven de maximumpremie uitkomen, worden deze over alle particuliere verzekerden omgeslagen. De conclusie is dat particuliere ziektekostenverzekeraars over 34% van hun schade geen enkel risico lopen. Dit aandeel zal slechts toenemen. De gevolgen voor de houdbaarheid van het vangnet dat de WTZ is, worden in dit artikel besproken. Verschillende opties om het net in de toekomst te behouden worden besproken, waarbij geconcludeerd wordt dat het nodig is dat verzekeraars er een financieel belang bij krijgen om doelmatig met de WTZ-gelden om te gaan. Dit is mogelijk door verzekeraars niet volledig te compenseren voor alle WTZ-uitgaven, maar dit op grond van risicoprofielen te doen.

Een doorzakkend vangnet

Ook in de komende jaren veroorzaken de vergrijzing, de technologische ontwikkeling, de toenemende mondigheid van de burger en het Baumol-effect ¹ een opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg. Er zijn verschillende globale prognoses gemaakt. De Studiegroep begrotingsruimte heeft berekend dat de kosten van de zorg louter op grond van de vergrijzing tot 2040 met circa 2%-punt toenemen tot circa 11% van het bbp ². De Studiegroep heeft eveneens berekend dat wanneer naast het effect van de vergrijzing ook wordt verondersteld dat de zorguitgaven per persoon meegroeien met de welvaart, zoals dat in het verleden ook het geval was, de zorguitgaven met liefst 4,5% van het bbp toenemen. Ter vergelijking: het CPB raamt een stijging van de AOW-uitgaven tot 2040 met ruim 2,5%.

De toenemende druk op de kosten van de zorg uit zich relatief sterk in het WTZ-segment, omdat juist in de WTZ 'veelgebruikers' van zorg verzekerd zijn. De verhouding in gemiddelde ziekenhuiskosten tussen 80-jarige en 40-jarige mannen met derde klasse verzekering is

in de periode 1968-1993 ruwweg verdubbeld, van 4:1 naar 8:1³. De kostenverschillen tussen lage en hoge leeftijdsgroepen nemen toe.

De toenemende druk op de uitgaven maakt een doelmatige uitvoering van de WTZ hard nodig. De WTZ wordt in belangrijke mate door niet-WTZ-verzekerden gefinancierd, namelijk via de omslagbijdrage voor alle particulier verzekerden onder de 65 jaar. Deze binnen de particuliere markt opgelegde solidariteit verplicht de overheid om een doelmatige uitvoering na te streven. Dit is ook noodzakelijk voor het instandhouden van de toegankelijkheid en kwaliteit van de WTZ. Stijgende kosten vertalen zich in een hogere maximumpremie, een hogere omslagbijdrage of in een beperking van het pakket. Als de maximumpremie wordt verhoogd komt de toegankelijkheid van de WTZ op de tocht te staan. Als het pakket wordt beperkt neemt de kwaliteit van de zorg voor WTZ-verzekerden af. En een steeds verder stijgende omslagbijdrage vermindert het draagvlak onder particulier verzekerden voor deze vangnetvoorziening.

Eerdere beleidsvoornemens gestrand

Het voornemen om de kosten in de WTZ te beheersen, is bepaald niet nieuw. Al in 1990 werd aangekondigd dat - om de doelmatigheid te bevorderen - voor verzekeraars risico-elementen in de WTZ-omslagregeling ingevoerd zouden worden⁴. De voorstellen stuitten op grote bezwaren bij de particuliere ziektekostenverzekeraars. Naast technische bezwaren gaf de Verzekeringskamer aan dat invoering van risico in de WTZ gevolgen zou hebben voor de te hanteren solvabiliteitsmarge en voor de vorming van een verouderingsvoorziening. Gegeven al deze 'beren op de weg' werd een ingediend wetsvoorstel in 1994 ingetrokken. Het probleem bleef echter. Ook het kabinet-Kok heeft doelmatigheidsverbetering in de WTZ tot één van de uitgangspunten van het zorgbeleid verklaard⁵. Desalniettemin is het nog steeds niet gekomen tot daadwerkelijke verbetering van de doelmatigheid in de uitvoering van de WTZ.

Doel van financieel risico

De doelmatigheid in de uitvoering van de WTZ kan worden vergroot door particuliere verzekeraars financieel belang te geven bij een doelmatige uitvoering van de WTZ. Het gaat dan om invoering van financieel risico, d.w.z. dat relatief doelmatige verzekeraars financieel voordeel krijgen en relatief ondoelmatige verzekeraars financieel nadeel ondervinden.

De kosten van verzekerden kunnen in drie delen worden onderscheiden. Deze splitsing is relevant voor de vormgeving van de te ontwerpen financiële prikkels. Om welke kosten gaat het dan?

» *Onvermijdbare onvoorspelbare kosten.* Dit zijn bijvoorbeeld de kosten als gevolg van een beenbreuk. Een beenbreuk is onvoorspelbaar en de kosten zijn onvermijdbaar.

» *Onvermijdbare, maar voorspelbare kosten.* Dit zijn bijvoorbeeld de kosten van leeftijdgebonden aandoeningen.

» *Vermijdbare kosten.* Dit zijn kosten als gevolg van ondoelmatig handelen van ziektekostenverzekeraars, het onvoldoende aansluiten van de zorg bij de behoefte van patiënten, of van onvoldoende controle op doelmatig handelen van aanbieders van zorg (bijvoorbeeld onnodig dure zorginkoop).

Het doel van het inbouwen van financieel risico in de uitvoering van de WTZ is het verminderen van de vermijdbare kosten. Doel is niet het verminderen van de onvermijdbare onvoorspelbare kosten. Deze zijn namelijk inherent aan verzekeren. Verzekeraars kunnen dergelijke kosten beperken door gebruik te maken van de 'wet van de grote aantallen' en de portefeuille samen te voegen met andere portefeuilles of te herverzekeren. Doel van risicodragendheid is ook niet het elimineren van onvermijdbare voorspelbare kosten. Dergelijke kosten hangen af van onder andere de leeftijd. En de bestanden van de verzekeraars verschillen, gemeten naar leeftijd, nogal van elkaar. Een verzekeraar met bijvoorbeeld relatief veel 85-jarige verzekerden heeft voorspelbaar hogere kosten dan een verzekeraar met relatief veel 65-jarige verzekerden.

Prikkels

Het inbouwen van financiële prikkels moet leiden tot meer doelmatigheid in de uitvoering. Waar gaat het dan om? Primair gaat het er dan om dat zorgverzekeraars streven naar het verlenen van zorg die goedkoper is (efficiënte zorginkoop) en beter aansluit bij de wensen van de patiënt (zorg op maat). Nu is het probleem dat particuliere zorgverzekeraars zich in het verleden veelal hebben gericht op het vergoeden van de gedeclareerde schades en niet zozeer op een efficiënte inkoop van zorg of het nastreven van zorg op maat. Hoewel ziekenfondsen wel verplicht waren overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders en zodoende onderhandelingen moesten voeren, fungeerden zij de facto vooral als doorgeefluik van de geïnde premies naar de aanbieders van zorg. Met name door de verzekeraarsbudgettering bij de ziekenfondsen en door de toenemende concurrentie op een deel van de particuliere markt, begint dit beeld te veranderen. Een voorbeeld is een in 1995 gestart project van ZAO Zorgverzekeringen om via een goede begeleiding patiënten met een beroerte beter en doelmatiger te helpen. Dit voorbeeld geeft aan dat lagere kosten en betere zorg te behalen zijn. Verzekeraars zouden op dit vlak nog een stuk actiever kunnen zijn. Het invoeren van financiële risicodragendheid geeft hen daar zelf belang bij.

Het inbouwen van financiële prikkels mag echter niet leiden tot beperking van de kwaliteit, de toegankelijkheid en een instabiele markt. Randvoorwaarden bij invoering van risicodragendheid zijn daarom onder andere dat rekening wordt gehouden met het bestand van verzekeraars, dat de maximumpremie wordt gehandhaafd en het pakket niet wordt aangetast.

Risico voor verzekeraars

Het invoeren van een financieel risico in de WTZ kan in beginsel op twee manieren:

» de gemaakte kosten van verzekeraars deels vergoeden. Bijvoorbeeld de kosten boven een bepaald bedrag of alleen de kosten van bepaalde groepen WTZ-verzekerden;

» verzekeraars een vergoeding geven die de voorspelbare, onvermijdbare ziektekosten van zijn WTZ-verzekerden dekt; een

'risicovergoeding'. Zo hebben oudere verzekerden in het algemeen hogere ziektekosten dan jongeren. Voor dit verschil krijgen verzekeraars een vergoeding. De onvoorspelbare kosten worden niet vergoed, deze vormen het normale verzekeraarsrisico.

Gedeeltelijke vergoeding van gemaakte kosten?

Concrete voorstellen voor het gedeeltelijk vergoeden van gemaakte kosten zijn gedaan door partijen uit het veld, onder andere door Zorgverzekeraars Nederland. Het gedeeltelijk vergoeden van gemaakte kosten geeft een prikkel tot kostenbesparingen om zo het opgelegde verlies te beperken. Deze methode heeft als voordelen dat verzekeraars vooraf weten welke schade maximaal voor hun rekening komt en dat het een zeer eenvoudige en transparante manier van vergoeden is. Bovendien is er draagvlak bij de koepelorganisatie, wat de invoering vergemakkelijkt.

Een nadeel is echter dat deze wijze van risico invoeren verzekeraars ongelijk behandelt. De ene verzekeraar heeft relatief meer WTZ-verzekerden en/of een veel 'gezonder' bestand WTZ-verzekerden dan de andere. De verschillen tussen verzekeraars zijn in dit opzicht groot. Een verzekeraar met een relatief groot en ongunstig bestand aan WTZ-verzekerden wordt financieel benadeeld ten opzichte van een maatschappij met een klein, gunstig bestand. Hierdoor moet de maatschappij met het relatief ongunstige bestand, gegeven de in het algemeen niet kostendekkende maximumpremie, een relatief grote premie-opslag doorberekenen aan zijn overige particulier verzekerden, waardoor zijn concurrentiepositie op de rest van de particuliere markt verslechtert. Het invoeren van een dergelijk systeem brengt daardoor instabiliteit in de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen. Bij het gedeeltelijk vergoeden van financieel risico kunnen wijzigingen in portefeuilles grote financiële consequenties hebben voor maatschappijen. Vanwege de gevoeligheden voor bestandsverschillen kunnen WTZ-verzekerden niet het recht krijgen bijvoorbeeld jaarlijks van verzekeraar te veranderen, omdat ze bij een andere verzekeraar beter af zijn (lagere premie, betere zorg op maat etc). WTZ-verzekerden hebben overigens dit recht thans niet.

Niet alleen voor verzekeraars heeft deze manier van invoering van financieel risico een belangrijk nadeel, maar ook voor verzekerden. Verzekeraars lijden een voorspelbaar verlies op het totaal van hun WTZ-verzekerden. Dit verlies is afhankelijk van het voorspelbare risico van WTZ-verzekerden. Afhankelijk van de hoogte van het opgelegde financieel risico is het voor verzekeraars aantrekkelijker om te gaan selecteren onder aankomend WTZ-verzekerden (risicoselectie) dan de schadelast te beheersen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door (groepen) mensen van 55 jaar en ouder slechtere diensten te verlenen, zorg op maat te onthouden en hogere premies te berekenen, in de hoop dat deze verzekerden dan voor hun 65-ste jaar (de leeftijd waarop alle particuliere verzekerden recht krijgen op een WTZ-polis) zullen overstappen naar een andere maatschappij. De toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg kan hierdoor in het geding komen voor verzekerden met een hoog voorspelbaar gezondheidsrisico.

Een ander nadeel vloeit voort uit Europese en nationale regelgeving. Een overheid die particuliere ondernemingen, in dit geval verzekeraars, een onevenredig financieel verlies oplegt bij de uitvoering van een wettelijke taak zal deze verzekeraars hiervoor op enigerlei wijze moeten compenseren. Afhankelijk van de compensatie verdwijnt hierdoor de ratio achter het invoeren van financieel risico voor die verzekeraars die worden gecompenseerd. Ook kunnen verzekeraars dan 'moral hazard'-gedrag gaan vertonen.

Tot slot geven berekeningen van de Verzekeringskamer aan dat het bij deze manier van invoering van financieel risico noodzakelijk is dat verzekeraars veel grotere reserves en voorzieningen moeten gaan aanhouden dan thans. Hierdoor zullen de premies van particulier verzekerden aanzienlijk moeten worden verhoogd (met een percentage ergens tussen de 2,5% en 65%).

Risicovergoedingen

Bij risicovergoedingen krijgen verzekeraars voor elke verzekerde een vergoeding die afhangt van het voorspelbare gezondheidsrisico van de verzekerde. De prikkel die hiervan uitgaat is dat een verzekeraar die relatief doelmatig is, overhoudt van deze risicovergoeding en hierdoor winst maakt op uitvoering van de WTZ. Hierdoor gaan verzekeraars concurreren om WTZ-ers door maximaal in te spelen op hun wensen voor de prijs/kwaliteits-verhouding van de zorg. Dit is een voordeel van invoering van risicovergoedingen. Een tweede voordeel is dat bestandsverschillen tussen verzekeraars geen invloed hebben op hun onderlinge concurrentiepositie. Verzekeraars worden immers gecompenseerd voor het voorspelbare gezondheidsrisico van de verzekerden. Een derde voordeel is dat de keuzevrijheid van WTZ-verzekerden kan worden vergroot. Doordat verzekeraars winst kunnen maken op hun WTZ-verzekerden is het mogelijk dat WTZ-verzekerden het recht krijgen bijvoorbeeld eens per jaar van verzekeraar te veranderen, en het dus aantrekkelijk wordt om WTZ-verzekerden aan te trekken. Verder zijn aanzienlijk minder additionele reserves en voorzieningen nodig dan bij het slechts gedeeltelijk vergoeden van gemaakte kosten (verhoging van de premies van particulier verzekerden met 2%).

Echter, een adequaat systeem van risicovergoedingen bestaat nog niet. De relevante risicofactoren (zoals leeftijd en geslacht) moeten worden bepaald en naar vergoedingen worden vertaald. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen bij de ziekenfondsbudgettering. Dat neemt niet weg dat een systeem van risicovergoedingen de eerste tijd na invoering zal moeten worden verbeterd ('learning by doing'). In die tijd corrigeren risicovergoedingen niet geheel voor verschillen in bestanden van verzekeraars. In deze periode kent deze manier van invoering van risicodragendheid daardoor - in beperktere mate - dezelfde nadelen als de eerste basismethode, het gedeeltelijk vergoeden van gemaakte kosten.

Praktische oplossing

Invoering van een risicovergoeding is op langere termijn de beste optie. Het biedt een prikkel voor doelmatigheid, en waarborgt tegelijkertijd de stabiliteit en toegankelijkheid van het systeem. Tegelijkertijd moeten we echter constateren dat de risicovergoedingen de eerste tijd na invoering nog niet goed genoeg zijn om de onvermijdbare, maar voorspelbare kosten te benaderen. Dat betekent dat de eerste tijd de kans aanwezig is dat de onvolkomenheid van de risicovergoedingen bij een aantal verzekeraars (vooral die met een ongunstig bestand) relatief sterk doorwerkt. Door de onvolkomen risicovergoedingen kunnen sommige verzekeraars enkel en alleen als gevolg van hun bestand aan verzekerden verlies lijden. Tegelijkertijd zullen overigens anderen eveneens als gevolg van hun bestand over houden van de verstrekte risicovergoedingen. Eventuele verliezen zetten de stabiliteit in de markt en de toegankelijkheid van de zorg sterk onder druk. Dit probleem kan worden ondervangen door verzekeraars niet alleen een (voorlopig imperfecte) risicovergoeding te geven, maar daarbovenop ook de gemaakte kosten boven een bepaald drempelbedrag te vergoeden ⁶. Hierdoor wordt het eventueel te lijden verlies voor een verzekeraar aanzienlijk beperkt. De stabiliteit in de markt en de toegankelijkheid van de zorg komen dan niet in gevaar. Ook hoeven relatief weinig additionele reserves en voorzieningen te worden opgebouwd (maximaal 2% van de premies).

Risicovergoedingen, aangevuld met vergoeding van gemaakte kosten boven een bepaald drempelbedrag - in feite een combinatie van de twee basismethoden - is waar het MDW-rapport *Risico in de WTZ* op uitkomt als mogelijke oplossing voor invoering van risicodragendheid in de WTZ ⁷.

De prikkel voor meer doelmatigheid wordt door het invoeren van een maximumbedrag waarboven de gemaakte kosten alsnog aan verzekeraars worden vergoed, kleiner dan wanneer alleen een risicovergoeding wordt ingevoerd. Wordt het kind dan niet met het badwater weggegooid? Cruciaal is de hoogte van de grens van waaraf gemaakte kosten worden vergoed. Deze grens moet niet zo laag worden vastgesteld dat er weinig prikkel voor meer doelmatigheid van uit gaat, maar ook niet zo hoog dat daadwerkelijk instabiliteit kan ontstaan of risicoselectie of het aanbieden van kwalitatief minder goede zorg lonend is voor verzekeraars. Met het verbeteren van de risicovergoedingen kan de grens worden verhoogd van waaraf gemaakte kosten aan verzekeraars worden vergoed en neemt de prikkel tot meer doelmatigheid toe. Bijkomend voordeel is dat verzekeraars tijd hebben om ingespeeld te raken op de nieuwe situatie van risicodragendheid. De hoogte van de grens voor vergoeding van gemaakte kosten is ook juridisch van belang bij de beoordeling of verzekeraars mogelijk een onevenredig verlies wordt opgelegd door de overheid.

Slot

Ondanks alle voornemens is er, mede onder druk van verzekeraars, nog steeds geen risicodragendheid in de WTZ ingevoerd. De MDW-werkgroep heeft de verschillende mogelijkheden voor risicodragendheid op een rij gezet en komt tot de genoemde variant waarbij risicovergoedingen worden aangevuld met een vergoeding van de kosten boven een bepaald drempelbedrag. Invoering hiervan is nodig om de WTZ te kunnen laten voortbestaan als vangnet voor de particuliere markt

1 Het Baumoleffect verklaart een stijgend aandeel van de kosten van gezondheidszorg in het nationale inkomen uit achterblijvende produktiviteit in de zorg bij gelijk oplopende lonen met andere sectoren in de economie.

2 Zie Studiegroep begrotingsruimte, *Op weg naar begrotingsevenwicht, tiende rapport*, 1997, Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25400, nr. 1, hoofdstuk 3. Volgens deze berekeningen wordt ongeveer in 2040 een 'piek' bereikt, en treedt in de periode daarna een lichte daling op. Een deel van de gevolgen van de vergrijzing draagt dus een incidenteel karakter.

3 Zie F.R.M. Rieter, Risico-analyses ziektekosten: De werking van landelijke schadefactoren op het niveau van de verzekeraar, *Het Verzekerings-Archief*, 72-2, 1995, blz. 37-43, en G.W. de Wit, Ziektekostenverzekering: Technische grondslagen van de Nederlandse ziektekostenverzekering, *Het Verzekerings-Archief*, 46, 1969, blz. 141-154.

4 Zie *Werken aan zorgvernieuwing, actieprogramma van het beleid in de jaren negentig*, Kamerstukken II, vergaderjaar 1989-1990, 21545, nr. 1.

5 Zie *Zorg in het regeerakkoord*, Kamerstukken II, vergaderjaar 1994-1995, 25124, nrs. 1-2.

6 Het gaat dan om een vergoeding van de gemaakte kosten voor WTZ-verzekerden per verzekeraar, niet per individuele WTZ-verzekerde.

7 Bij het zoeken naar oplossingen heeft de MDW-werkgroep alleen gekeken naar invoering van risicodragendheid in de WTZ en niet naar bijvoorbeeld beperking van de WTZ-problematiek door groepen WTZ-verzekerden toegang te geven tot de ZFW of door de WTZ eenvoudigweg af te schaffen. De reden hiervoor is dat dergelijke oplossingen niet alleen de WTZ-problematiek betreffen, maar veeleer de structuur van het gehele verzekeringsstelsel in de zorgsector.