



WTZ, van vangnet naar valkuil?

Auteur(s):

Schut, F.T.

Werkzaam bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam en lid van de MDW-werkgroep WTZ. Met dank aan René van Vliet en Wynand van de Ven voor waardevol commentaar.

Verschenen in:

ESB, 83e jaargang, nr. 4174, pagina 817, 30 oktober 1998

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg, gezondheidszorg

De voorstellen van het kabinet voor de WTZ zijn slecht voor de bejaarden en voor de concurrentieverhoudingen tussen verzekeraars.

De Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) regelt dat bejaarden en andere hoge risicogroepen tegen een wettelijke maximumpremie een particuliere ziektekostenverzekering kunnen kopen. Verzekeraars lopen bij de uitvoering van de WTZ naawelijks geen financieel risico omdat tekorten, die ontstaan doordat de gemiddelde ziektekosten van WTZ-verzekerden veel hoger zijn dan de maximumpremie, worden omgeslagen over de overige particulier verzekerden. Het gebrek aan financieel risico betekent voor verzekeraars namelijk geen aansporing om zich in te spannen voor een zo doelmatige zorgverlening voor de groep 'veelgebruikers' die onder de WTZ vallen. Zodoende vormt de WTZ niet alleen een vangnet voor verzekerden maar ook een hangmat voor verzekeraars.

In het regeerakkoord is afgesproken om door de volgende twee drastische maatregelen een einde te maken aan de risicoloze uitvoering van de WTZ:

» sluiting van de WTZ voor nieuwe 65-jarigen per 1 juli 1999;

» de omslagregeling WTZ zal vanaf 2001 worden beperkt tot verevening van de kosten boven een bedrag van f 10.000.

Met deze maatregelen lijkt een knoop te zijn doorgelicht in de slepende discussie over een financieel risico in de WTZ. Een oorzaak van de trage besluitvorming is dat het gaat om een kwetsbare groep mensen met hoge verwachte ziektekosten. Om voor deze mensen een betaalbare ziektekostenverzekering te garanderen is een vorm van verplichte kruissubsidiëring noodzakelijk.

Wegens de complexe problematiek werd in het najaar van 1997 een werkgroep ingesteld die moest onderzoeken of en hoe financieel risico in de WTZ op een verantwoorde wijze zou kunnen worden ingevoerd¹. De werkgroep concludeerde dat de invoering van financieel risico via een gecombineerd systeem van risicovergoedingen (vooraf) en kostenvergoedingen boven een bepaalde drempel (achteraf) het best voldoet. Deze bevinding spoort met wetenschappelijke inzichten dat, bij afwezigheid van perfecte risicoclassificatie, een combinatie van prospectieve en retrospectieve vergoedingen de voorkeur verdient². Met de voorgestelde maatregelen wordt voorbijgegaan aan het MDW-rapport. Dit lijkt weinig doordacht en kan belangrijke nadelige gevolgen hebben voor de toegankelijkheid en stabiliteit van de ziektekostenverzekering.

Sluiting voor nieuwe bejaarden

De eerste maatregel betekent dat nieuwe 65-jarigen straks niet langer tegen een maximumpremie een standaardpakketpolis kunnen kopen. Voor deze categorie zal in de Ziekenfondswet (ZFW) een nieuwe inkomensgrens worden vastgelegd, die materieel overeenkomt met de loongrens van werknemers. Degenen met een inkomen boven de nieuwe inkomensgrens zijn dan aangewezen op een gewone ziektekostenpolis, waarvoor geen acceptatieplicht en maximumpremie geldt. Hoeveel nieuwe bejaarden in de toekomst aangewezen zullen zijn op een particuliere verzekering zal afhangen van de nieuwe inkomensgrens. Op dit moment geldt voor AOW-gerechtigden een inkomensgrens van f 39.550. Wanneer deze grens wordt opgetrokken tot de huidige bruto loongrens voor werknemers (f 62.200) dan zal het overgrote deel van de nieuwe bejaarden onder de verplichte ziekenfondsverzekering komen te vallen³. Wanneer daarentegen wordt gekeken naar een vergelijkbaar netto inkomen zal de inkomensgrens voor bejaarden lager komen te liggen.

Bovendien is het de vraag welk inkomensbegrip zal worden gehanteerd. Wanneer bijvoorbeeld het individuele belastbare inkomen als uitgangspunt wordt genomen, zal dit leiden tot een geringere instroom van nieuwe bejaarden in de ZFW.

Omdat ziekenfondsen bij de uitvoering van de Ziekenfondswet sinds een aantal jaren financieel risico lopen (in 1998 voor circa 25% van hun verstrekkingenbudget), leidt de verschuiving van nieuwe bejaarden naar de ZFW inderdaad tot een grotere financiële verantwoordelijkheid voor verzekeraars. Alleen geldt dit financiële risico niet voor de particuliere verzekeraars maar voor de ziekenfondsen.

De sluiting van de WTZ voor nieuwe bejaarden kan voor degenen die aangewezen blijven op een particuliere ziektekostenverzekering

leiden tot toegankelijkheidsproblemen. De maximumpremie voor bejaarden bedraagt in 1998 f 2579 per jaar en dekt slechts ongeveer de helft van de gemiddelde kosten voor 65-plussers (zie [tabel 1](#)). Nieuwe 65-jarigen zullen dus met een forse premieverhoging (minimaal 50%) te maken krijgen.

Tabel 1. Uitgaven aan ziektekosten per particulier verzekerde in 1997^a

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
65-69	4.079	3.700	3.903
70-74	5.178	4.683	4.933
75-79	6.397	5.791	6.063
80-84	7.160	6.452	6.727
85-89	7.471	6.944	7.115
90+	7.728	6.925	7.139
gemiddeld (65+)	5.318	5.115	5.211

a. Het betreft bij de verzekeraars bruto gedeclareerde bedragen exclusief huisarts- en tandartskosten (gemiddeld bedragen de kosten van de huisarts 7% van de kosten van particulier verzekerden).

Bron: VEKTIS, *Financiering van de zorg: Jaarboek 1997*, Zeist 1998, blz. 83.

Een groot probleem is dat op dit moment bijna alle polissen eindigen bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Nieuwe bejaarden die geen recht meer hebben op een standaardpakketpolis moeten dus opnieuw door een verzekeraar worden geaccepteerd, waarbij de verzekeraar vrij is om de verzekeringsvoorwaarden te bepalen. Nu zullen verzekeraars de aankomende bejaarden die reeds bij hen verzekerd zijn waarschijnlijk geen verzekering weigeren. Maar zij kunnen wel op basis van de bij hen bekende schadegegevens de premie differentiëren naar risico. [tabel 1](#) geeft aan dat alleen premiedifferentiatie naar leeftijd reeds aanzienlijk zal kunnen zijn. Maar daarnaast kunnen verzekeraars binnen elke leeftijdsgroep betrekkelijk eenvoudig hoge risicogroepen onderscheiden. Zo bedragen de verwachte ziektekosten van verzekerden met een 'zware' ziekenhuisopname in het afgelopen jaar gemiddeld ruim f 16.000, en van verzekerden in de subgroep die het vorige jaar tot de bovenste 5% van de schadeverdeling behoorde bijna f 19.000⁴. Verder is de kans dat nieuwe bejaarden door een andere ziektekostenverzekeraar worden geaccepteerd gering, zodat zij niet anders kunnen dan genoegen nemen met het aanbod van hun eigen verzekeraar.

Nog afgezien van de betaalbaarheid van de particuliere ziektekostenverzekering voor toekomstige bejaarden is het zeer de vraag of het maatschappelijk aanvaardbaar zal zijn dat ongezonde en, op termijn, oudere bejaarden (75+) met een inkomen boven de inkomensgrens veel meer voor hun ziektekostenpolis zouden moeten betalen dan bejaarden met een inkomen onder deze grens. Hetzelfde kan men zich afvragen over de aanzienlijke ongelijkheid in lastenverdeling tussen 'oude' en 'nieuwe' bejaarden die deze maatregel met zich meebrengt.

De toegankelijkheidsproblemen kunnen worden vermeden indien 'nieuwe bejaarden' via de achterdeur van de zogenaamde meerbetalersregeling alsnog aanspraak kunnen maken op een standaardpakketpolis. De meerbetalersregeling fungeert thans als een soort maximumpremiëgrens omdat het particulier verzekerden het recht geeft om hun eigen polis te vervuilen voor de standaardpakketpolis indien de laatste goedkoper is. Mocht de meerbetalersregeling gehandhaafd blijven, dan zullen nieuwe bejaarden via deze omweg toch weer in de WTZ belanden. In tegenstelling tot de overige WTZ-gerechtigden mogen verzekeraars meerbetalers echter niet onder de omslagregeling brengen waardoor zij op deze verzekerden een onvermijdbaar verlies lijden. Verzekeraars met veel potentiële meerbetalers (60- tot 64-jarigen) zullen dus in de toekomst worden geconfronteerd met forse verliezen. In plaats van toegankelijkheidsproblemen voor verzekerden ontstaan er dan mogelijk solvabiliteitsproblemen voor verzekeraars. Bovendien worden nieuwe bejaarden voor verzekeraars ongewenste klanten en zullen zij zich er wel voor hoeden zich te profileren met een goede zorg-opmaat voor ouderen en chronisch zieken. En daar was het nu juist allemaal om begonnen.

De problemen zullen minder groot zijn naarmate de inkomensgrens voor nieuwe bejaarden hoger wordt vastgesteld. Door alle nieuwe bejaarden toe te laten tot het ziekenfonds kan de invoering van financieel risico voor verzekeraars (i.c. ziekenfondsen) zelfs worden gerealiseerd zonder dat de problemen optreden.

Vergoedingengrens

De tweede maatregel betekent dat verzekeraars volledig financieel verantwoordelijk worden voor schaden van WTZ-verzekerden beneden een drempel van f 10.000. De invoering van deze drempel betekent dat de kostenvergoeding voor WTZ-verzekerden in de omslagregeling wordt teruggebracht van 100% naar circa 50%⁵. De huidige maximumpremie is ongeveer voldoende om de ziektekosten beneden de drempel te financieren. Dus bij een qua ziekterisico gemiddelde verzekerdenportefeuille spelen verzekeraars ongeveer quitte. Dit geldt echter alleen op korte termijn. Omdat er geen nieuwe bejaarden meer tot de WTZ-omslagregeling zullen worden toegelaten, komt de maatregel neer op een soort sterfhuisconstructie. Enerzijds zal de absolute afname van het aantal verzekerden dat onder de omslagregeling valt, leiden tot een verlaging van de WTZ-heffing. Anderzijds zullen de gemiddelde leeftijd en de gemiddelde kosten van de resterende bejaarden in de WTZ sterk toenemen. Door deze vergrijzing zal de maximumpremie op termijn niet meer voldoende zijn om de gemiddelde ziektekosten beneden de drempel te dekken. Verzekeraars met relatief veel bejaarden gaan dus geleidelijk steeds meer verlies lijden, waardoor hun concurrentiepositie verslechtert ten opzichte van verzekeraars met relatief weinig bejaarden. Uit [tabel 2](#) blijkt dat het aantal bejaarden in de WTZ zeer scheef verdeeld is over de particuliere verzekeraars. Op termijn zal de maatregel dus leiden tot een forse verstoring van de concurrentieverhoudingen.

Tabel 2. Spreiding van het aantal WTZ-verzekerden in de omslagregeling over verzekeraars, ingedeeld naar omvang verzekerdenportefeuille (per 1 juli 1997)

aantal part. verzekerden	Aantal verzekerders	WTZ-ers	bejaarde WTZ-ers

		% van totaal aantal verzekerden	
< 20.000	14	0 - 42%	0 - 24%
20.000 - 100.000	19	6 - 30%	3 - 24%
> 100.000	13	2 - 16%	1 - 12%

Bron: Risico in de WTZ, bijlage 13.

Maar ook op korte termijn leidt de maatregel tot problemen. Want de maximumpremie is op korte termijn alleen voldoende om de ziektekosten beneden de drempel te dekken van een qua leeftijdsopbouw en ziekterisico gemiddeld verzekerdenbestand. De feitelijke spreiding van risico's over verzekeraars is echter allerminst evenwichtig, zoals wordt geïllustreerd door [tabel 3](#). Het aandeel van de relatief dure 80-plussers liep medio 1995 zeer sterk uiteen tussen de verschillende verzekeraars. Naar verwachting is de spreiding het meest extreem bij verzekeraars met een kleine bejaardenportefeuille. Maar ook verzekeraars met meer dan 10.000 verzekerden hebben een sterk variërend aandeel 80-plussers. Weliswaar zijn er door verschillende wetswijzigingen sinds medio 1995 aanzienlijke verschuivingen in aantallen bejaarden opgetreden, maar er is geen aanleiding om aan te nemen dat hierdoor de verschillen in leeftijdsopbouw tussen verzekerdenportefeuilles zijn afgenomen.

Tabel 3. Verhouding van het aantal 80+ en 65+ verzekerden bij de verschillende particuliere verzekeraars (per 1 juli 1995)

aantal bejaarden	Aantal verzekeraars	Aantal 80+ als percentage van het aantal 65+ verzekerden				
		gewogen gem.	ongewogen gem.	standaard deviatie	minimum	maximum
< 2.500	16	16,2%	19,5%	9,9%	6,1%	46,4%
2.500-10.000	15	16,7%	17,4%	5,1%	3,3%	29,0%
> 10.000	14	19,9%	18,5%	3,7%	12,5%	24,8%
> 0	45	19,1%	18,4%	6,9%	3,3%	46,4%

Bron: Van de Ven e.a., 1996.

De ongelijke leeftijdsopbouw betekent dat sommige verzekeraars op de uitvoering van de WTZ verlies gaan lijden, terwijl andere verzekeraars op korte termijn winst gaan maken. Daar de gemiddelde ziektekosten van bijvoorbeeld 80-plussers bijna tweemaal zo hoog zijn als die van 65-70 jarigen, kunnen de verliezen en winsten voor verzekeraars met veel respectievelijk weinig oudere bejaarden fors oplopen. Dientengevolge zal de voorgestelde maatregel ook op korte termijn leiden tot een aanzienlijke verstoring van de concurrentieverhoudingen. Verzekeraars met veel en oude WTZ-verzekerden lijden een groot verlies en zullen genoodzaakt zijn de premies voor de overige particulier verzekerden sterk te vergroten. Dit kan leiden tot het vertrek van verzekerden of tot een stagnerende aanwas van nieuwe verzekerden, waardoor de verliezen op de WTZ over een steeds kleinere groep verzekerden moeten worden uitgesmeerd. Aldus kunnen verzekeraars met een groot aandeel WTZ-verzekerden terecht komen in een spiraal van oplopende premies en een afnemend verzekerdenbestand.

Verzekeraars met een qua leeftijdsopbouw ongunstige portefeuille kunnen proberen de dreigende premiespiraal te ontlopen door de vereiste premieopslag vooral af te wentelen op het marktsegment waarop de concurrentie het minst hevig is: de oudere of ongezonde verzekerden met een individueel contract (waarbij de afwentelingsmogelijkheden worden begrensd door de meerbetalersregeling). Deze verzekerden kunnen vaak niet meer van verzekeraar veranderen omdat de meeste verzekeraars bij toetreding op hogere leeftijd forse leeftijdstoelagen in rekening brengen of vanwege ziekten in het verleden niet alle ziektekosten willen dekken. Het gevolg zal zijn dat er een toenemende discrepantie ontstaat tussen de verzekeringsvoorwaarden voor jonge, gezonde en collectief verzekerden enerzijds en voor oudere of chronisch zieke individueel verzekerden anderzijds. Op langere termijn zullen ook verzekeraars met veel 65-70 jarige WTZ-verzekerden in de problemen kunnen komen, hoewel zij de verliezen in latere jaren deels kunnen dekken door gekapitaliseerde winsten in eerdere jaren.

Een eenvoudige manier om de problemen te vermijden is om de retrospectieve kostenvergoeding boven f 10.000 aan te vullen met een prospectieve leeftijd-geslachtsafhankelijke risicovergoeding per WTZ-verzekerde, zoals voorgesteld in het MDW-rapport. Wat dan resteert zijn winsten of verliezen die ontstaan ten gevolge van een mogelijk scheve verdeling van gezondheidsrisico's per leeftijd-geslachtsgroep.

Invoeringskosten

Naast bovengenoemde problemen nopen beide maatregelen bovendien tot de opbouw van een verouderingsvoorziening en het aanhouden van een solvabiliteitsreserve. Doordat de kosten van nieuwe bejaarden niet langer via de omslagregeling worden afgedekt en de kosten van overige WTZ-verzekerden alleen voor zover zij het drempelbedrag van f 10.000 overschrijden, moet op grond van de vereisten van de Verzekeringskamer een verouderingsvoorziening worden opgebouwd. Dit kan fors oplopen. De in het Regeerakkoord voorgestelde maatregelen gaan dus gepaard met aanzienlijke invoeringskosten, die eenvoudig te vermijden zouden zijn door middel van een leeftijdsafhankelijke risicovergoeding, zoals voorgesteld door de MDW-werkgroep.

Conclusie

De opstellers van het regeerakkoord lijken de complexiteit van invoering van financieel risico in de WTZ te hebben onderschat. De voorgestelde maatregelen hebben weliswaar de charme van de eenvoud maar ook belangrijke nadelige consequenties voor de toegankelijkheid en stabiliteit van de ziektekostenverzekering. Bovendien leiden de maatregelen tot concurrentievervalsing op de particuliere verzekeringsmarkt. Tevens resulteren zij in een sterk ongelijke lastenverdeling tussen 'oude' en 'nieuwe' bejaarden en tussen

bejaarden boven en onder de nieuwe inkomensgrens. Tenslotte gaan zij gemoeid met aanzienlijke invoeringskosten wegens de vereiste verouderingsvoorziening.

In het MDW-rapport *Risico in de WTZ* zijn verschillende varianten uitgewerkt, waarbij financieel risico in de WTZ kan worden ingevoerd zonder dat de bovengenoemde problemen zich voordoen. Het is vreemd dat bij de opstelling van het Regeerakkoord van de bevindingen van het MDW-rapport geen gebruik is gemaakt. In plaats van de door de MDW-werkgroep voorgestelde herziening van de WTZ zou financiële risicodragendheid ook zonder de deze problemen kunnen worden ingevoerd door alle bejaarden toe te laten tot de ziekenfondsverzekering. Of een dergelijk radicale oplossing ook politiek haalbaar is, valt te bezien. In elk geval is een herbezinning op de in het Regeerakkoord voorgestelde maatregelen gewenst om te voorkomen dat het vangnet van de WTZ verandert in een valkuil voor verzekerden, verzekeraars en uiteindelijk voor politici zelf

1 MDW-werkgroep WTZ, *Risico in de WTZ*, maart 1998. Voor een samenvatting, zie E. Langeveld en G.W.J.M. Linssen, [De WTZ: een scheurend vangnet?](#), *ESB*, 17 juli 1998, blz. 560-563.

2 E.B. Keeler, G. Carter en J.P. Newhouse, A model of the impact of reimbursement schemes on health plan choice, *Journal of Health Economics*, 1998, blz. 297-320.

3 Ziekenfondsraad, *Rapport werkgroep loongrens*, Amstelveen, 1996.

4 W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut, E.M. van Barneveld, *Vouchers op een concurrerende ziektekostenverzekeringmarkt*, Studie in opdracht van het ministerie van Economische Zaken, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996, blz. 57-60.

5 De gegevens in deze paragraaf zijn grotendeels ontleend aan Van de Ven e.a., hoofdstuk 6.