

bulletin



3 Voorwoord

4 Een nieuwe reserveringsmethode

7 Generatie van economische scenario's in de huidige markt

11 Scope Creep en het Solvency II implementatieplan

15 Jeroen Breen in gesprek met: Ruben Wenselaar, vicevoorzitter van de Raad van Bestuur van Menzis

20 Wft geïmplementeerd – stand van zaken

Inhoud

Voorwoord	3
Een nieuwe reserveringsmethode - De onzekerheid in de schadeprognose omlaag	4
Generatie van economische scenario's in de huidige markt: garbage in, garbage out?	7
Scope Creep en het Solvency II implementatieplan	11
Jeroen Breen in gesprek met: Ruben Wenselaar, vice-voorzitter van de Raad van Bestuur van Menzis	15
Wft geïmplementeerd – stand van zaken	20



Voorwoord

Stress uw test of test uw stress

De economische crisis zorgt er onder andere voor dat bepaalde begrippen gemeengoed worden. De gemiddelde Nederlander had een jaar geleden nog nooit van "stress-test" gehoord. Nu is dit een algemeen gehanteerd begrip. De belangstelling hiervoor is natuurlijk veroorzaakt door de stress-test die de Federal Reserve in de VS heeft laten uitvoeren onder de 19 grootste Amerikaanse banken. Vraag is hoe deze banken zich staande zouden houden als de Amerikaanse economie verder verslechtert. Hierbij wordt rekening gehouden met oplopende werkloosheid, lage rente, verder dalende aandelenkoersen etcetera. De uitkomst stemde iedereen redelijk optimistisch. Er was maar een kleine 100 miljard dollar aan kapitaalversterking nodig. Volgens de Amerikaanse minister van Financiën, Timothy Geithner, zal de test een bijdrage leveren aan een herstel van vertrouwen in de financiële sector. Laten we het hopen.

In Europa zijn inmiddels stemmen opgegaan om een dergelijke test ook door Europese verzekeraars en banken te laten uitvoeren. Op zich lijkt me dit prima. Sterker nog: De Nederlandsche Bank heeft verzekeraars gevraagd een stress-test uit te voeren en te rapporteren voor 22 april j.l. In deze test diende te worden uitgegaan van een forse krimp in de economie in 2009 en 2010, terugloop van de handelsfinanciering, sterk dalende huizenprijzen, daling van de rente tot onder 2 % en het verder oplopen van credit spreads.

Is er met deze testen nu iets nieuws onder de zon? Ja en nee. Nee, omdat verzekeraars en pensioenfondsen gewend zijn te denken in termen van waarschijnlijkheden en scenario's. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het bepalen van een ALM-beleid, het vaststellen van economisch kapitaal en de herverzekering van portefeuilles. Een

belangrijke vraag is hierbij altijd welk risico een verzekeraar wenst te accepteren. Dit risico wordt dan uitgedrukt in de kans dat het eigen vermogen negatief wordt en theoretisch dus de kans dat een bedrijf failliet gaat. Zo wordt voor Solvency II een kans van 99,5 % gehanteerd. Dit komt overeen met een kans dat de verzekeraar eens in de 200 jaar omvalt. In zoverre dus niets nieuws.

Het nieuwe zit 'm vooral in het uitdiepen van wat er gebeurt als dat ene jaar van die 200 zich daadwerkelijk voordoet. In de regel werd hier weinig aandacht aan besteed. Vaak werd dit vervelende jaar als "niet realistisch" terzijde geschoven. De kredietcrisis heeft ons geleerd dat het zinvol is zo'n jaar eens nader te bestuderen. Er blijkt dan dat een heleboel initieel gemaakte veronderstellingen niet valide zijn. Wie had gedacht dat er sprake zou zijn van een 'perfect storm' van dalende aandelenkoersen, een dalende (risicovrije) rente en het oplopen van de credit spreads? In die zin is de zwaarte en samenstelling van de klap in het afgelopen jaar (er vanuit gaande dat het slechtste achter de rug is) meer dan de moeite waard om van te leren.

Ik denk dat dit alles ons wederom leert dat modellen maar modellen zijn en dat we ons hierop niet moeten blindstaren. Twee zaken zijn hier van groot belang: zorg dat degenen die beslissingen nemen op basis van deze modellen zich terdege bewust zijn van de beperkingen van de modellen. Hier ligt een taak voor de kwantitatieve beroepsgroep om dit helder voor het voetlicht te krijgen. Tenslotte: Als je met modellen bezig bent, kijk dan ook regelmatig eens uit het raam om te zien wat er in de echte wereld gebeurt en welke risico's de continuïteit van de onderneming werkelijk bedreigen: per definitie lijken dat namelijk altijd de zaken te zijn die nog net niet in de modellen zaten.

Harm Blaak

Telefoon 020 543 30 04
harm.blaak@watsonwyatt.com



Een **nieuwe** reserveringsmethode - Onzekerheid in schadeprognose omlaag

Aid Usman

1 Introductie

Bij het vaststellen van de reserve voor schade- en zorgportefeuilles, wordt het steeds belangrijker om ook de mate van onzekerheid van deze vastgestelde reserve te bepalen. Het is intussen vrij gebruikelijk om dit doen op basis van zogenaamde stochastische driehoeksanalyses, zoals de chain-ladder met bootstrap methode en de probabilistic trend family methode (PTF). De schade-driehoeken die hierbij geanalyseerd worden, bestaan uit schadebedragen, die naar schadedatum en betalings-/ meldingsdatum geaggregeerd worden. Het aggregatieniveau wordt daarbij vaak op maand-, kwartaal- of jaarbasis gekozen.

Het blijkt dat met name voor zorgportefeuilles bij gebruik van driehoeksanalyses de berekende onzekerheid erg hoog is. Bij dit soort portefeuilles worden grote hoeveelheden betalingen gedaan en zou de reserve eigenlijk met meer zekerheid moeten zijn vast te stellen. Eén van de belangrijkste oorzaken van de grote volatiliteit blijkt te liggen in het feit dat zeer veel betalingen in batch

“ **Aan te houden marge op de schadevoorziening kan veel lager** ”

of tapes gepleegd worden. Een tape die bijvoorbeeld eind maart behandeld wordt, daarvan worden de betalingen toegerekend aan het eerste kwartaal en een tape die begin april behandeld wordt, behoort tot het tweede kwartaal. Dit terwijl er misschien tussen de betalingsmomenten slechts enkele dagen zitten.

Dit heeft ons er toe gebracht een methode uit te werken waarbij we de duur tussen schade- en betaaldatum analyseren, een inschatting van het aantal schades maken, rekening houdend met de hiervoor genoemde duur, en een inschatting maken van de gemiddelde schadegrootte. Hieronder zullen we deze methode nader beschrijven.

Het resultaat van de methode is dat we ongeveer dezelfde verwachte reserve schatten, maar dat de standaarddeviatie bij de analyse vele malen kleiner is.

Doordat we bij deze nieuwe methode gebruik maken van alle informatie in de data (basis is de data op declaratieniveau in plaats van op geaggregeerd niveau), leidt dit tot standaarddeviaties die vele malen kleiner zijn. Hetgeen als direct resultaat heeft, dat de aan te houden onzekerheidsmarges ook vele malen kleiner kunnen zijn. In het voorbeeld dat wij hieronder bespreken is de standaarddeviatie ongeveer een factor tien kleiner.

2 De analyse

2.1 De duur dat een claim open staat

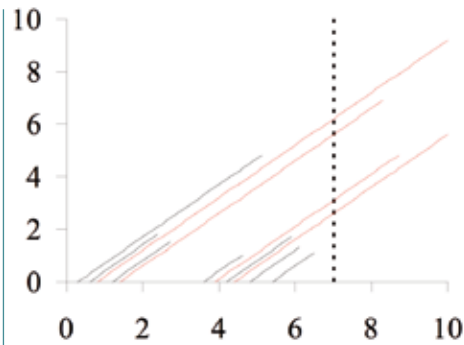
In het schadeafhandelingsproces kunnen we per claim verschillende belangrijke momenten onderscheiden, zoals bijvoorbeeld schadedatum, meldingsdatum en

betaaldatum. Wij focussen ons nu op schade- en betaaldatum, maar dat is niet persé noodzakelijk.

Om een en ander te verhelderen beschouwen we het lexis diagram. De zwarte lijnen representeren de claims die betaald zijn en de rode lijnen de nog niet betaalde claims. Op de x-as staat het tijdstip waarop de schade heeft plaats gevonden en op de y-as staat de duur dat een claim heeft opengestaan. De gestippelde verticale lijn geeft het tijdstip van waarneming weer; alle zwarte lijnen (betaalde en waargenomen claims) eindigen voor deze lijn terwijl de rode lijnen (de nog niet betaalde en niet waargenomen claims) ergens voorbij de verticale lijn zullen eindigen.

We veronderstellen dat de openstaande duur (hierna genoteerd met T) volgens een bepaalde verdeling verdeeld is. In de literatuur worden hiervoor vaak de Weibull en gegeneraliseerde Gamma verdeling genoemd. Wij hebben gemerkt dat een Burr of een gegeneraliseerde Pareto verdeling dit soort duren zeer goed beschrijft. Het probleem bij het schatten van de duurverdeling is dat niet alle claims zijn waargenomen, maar uitsluitend de 'zwarte'. Met behulp van de theorie over incomplete data is het mogelijk deze verdeling toch te schatten. De waargenomen claims zijn ieder afzonderlijk te beschouwen als waarnemingen uit een rechtsafgekapte verdeling met als bovengrens de duur tussen tijdstip van schade en tijdstip van waarneming.

Het is zeer goed voorstelbaar dat bepaalde claims langer openstaan dan andere of dat in een bepaalde periode van het jaar claims langer openstaan dan in een andere periode van het jaar. Om dit te kunnen ondervangen hebben we de algemeen gebruikte theorie en software voor Gegeneraliseerde



Lineaire Modellen (GLM) uitgebreid met verdelingen zoals hierboven genoemd en met de mogelijkheid ook incomplete data te analyseren. De duurverdeling van T kan aldus afhankelijk worden gemaakt van een aantal externe kenmerken. De cumulatieve verdeling van T noteren we met F_T .

2.2 Het aantal claims

Kijkend naar het lexis diagram kunnen we opmerken dat nog niet alle claims bekend zijn. We weten echter dat van alle claims die tijdstip t_c als schadedatum hebben er op het tijdstip van waarneming t_w een bepaalde fractie nog niet bekend is. Deze fractie volgt direct uit de verdeling van de duur zoals hierboven besproken en is gelijk aan de kans dat een claim langer openstaat dan de tijd tussen t_c en t_w te weten $(1 - F_T(t_w - t_c))$.

We hebben, zoals gebruikelijk, verondersteld dat het aantal claims (overdispersed) Poisson verdeeld is. Het valt te bewijzen dat we de parameters van dit Poisson proces kunnen schatten met behulp van een GLM voor de waargenomen claims, waarbij voor iedere waarneming een offset is genomen gelijk aan $\log(F_T(t_w - t_c))$. Omdat we het aantal claims N_i per schadedatum i beschrijven met behulp van een GLM, is het mogelijk rekening te houden met bijzondere schadepatronen zoals de dag van de week, het feit dat bepaalde zorgcomponenten altijd op de eerste dag van de maand in behandeling

Lexis diagram: waargenomen en niet waargenomen claims.

worden genomen of dat in de loop van het jaar verzekerden nog hun maximale vergoeding volmaken. Verder kan er rekening worden gehouden met lengte van maanden en de wijze waarop feestdagen en vakanties vallen. Het is bekend dat dit soort zaken een significante invloed hebben op de uiteindelijke totale schadelast. De verwachting van het aantal schaden per schadedatum i die j dagen openstaan, wordt gegeven door $E(N_{ij}) = E(N_i)(F_T(j) - F_T(j-1))$. Dit aantal schaden is ook weer (overdispersed) Poisson verdeeld. Voor de laatste periode j nemen we F_T gelijk aan 1, waardoor de staart van de driehoek impliciet wordt meevoorspeld.

2.3 De schadegrootte

De verwachte schadegrootte van een individuele claim F kan bepaald worden uit de reeds betaalde schaden met behulp van een GLM zoals dat tegenwoordig bij tarifiering gebruikelijk is. Wij hebben in ons voorbeeld wel nog specifiek een factor voor de duur dat een claim openstaat in de GLM opgenomen. De gemiddelde claimgrootte neemt namelijk af met de tijd.

Omdat we weer gebruik maken van een GLM is het mogelijk dezelfde specifieke kenmerken als voor de schatting van de aantallen, in de schattingsprocedure mee te nemen. Daarnaast kunnen er in het schadegroottemodel een (superimposed) inflatie, als deze aanwezig is, en een verandering in de exposure (wijziging in aantal verzekeren of wijziging in dekking) worden gemodelleerd.

2.4 De reserve en totale schade

Nu de kansverdelingen van de openstaande duur, het aantal schaden

			Niet geaggregeerd			PTF			Bootstrap		
Betaald			Reserve	Schade	Std.Dev.	Reserve	Schade	Std.Dev.	Reserve	Schade	Std.Dev.
2007	Q1	85.174	12	85.186	11	88	85.262	54	58	85.232	378
	Q2	86.271	49	86.319	24	146	86.417	83	252	86.523	720
	Q3	83.374	119	83.493	40	173	83.547	41	924	84.297	1.061
	Q4	96.809	262	97.071	66	381	97.191	88	1.894	98.703	1.464
	Totaal	351.628	442	352.070	81	788	352.416	181	3.128	354.756	2.484
2008	Q1	83.161	586	83.747	107	822	83.983	173	2.221	85.382	1.494
	Q2	87.101	1.467	88.568	190	1.684	88.785	276	3.472	90.573	1.782
	Q3	82.773	5.088	87.861	405	4.113	86.886	707	6.265	89.038	2.241
	Q4	58.880	42.759	101.639	1.361	39.021	97.900	14.488	37.685	96.564	10.117
	Totaal	311.915	49.900	361.815	1.437	45.639	357.554	14.598	49.642	361.557	11.026
	Totaal	663.543	50.342	713.884	1.439	46.428	709.970	14.599	52.770	716.313	11.303

Schadeprognose, reserve en standaarddeviatie volgens drie methoden in 1000 euro's

en de gemiddelde schadegrootte bekend zijn, is het mogelijk voor een willekeurige schadedatum en willekeurige openstaande duur, de verwachting en variantie van de schade te bepalen. Hierbij is X_{ij} de schadegrootte van een claim met schade datum i die j dagen openstaan. De totale schade met betrekking tot claims met schadedatum i , die j dagen openstaat wordt gegeven door $S_{ij} = \sum^{N_{ij}} X_{ij}$

Ook is het mogelijk een schadedriehoek te creëren op dagbasis met betalingen, voorspelde



Drs. L.N. Usman
Tel.: 020 543 30 04
aid.usman@watsonwyatt.com

en gefitte waarden S en de daarbij behorende standaard afwijkingen en variaties.

$$E(S_{ij}) = E(N_{ij})E(X_{ij})$$

$$\text{Var}(S_{ij}) = E(N_{ij})\text{Var}(X_{ij}) + \text{Var}(N_{ij})E^2(X_{ij})$$

De variantie van N is, indien er sprake is van overdispersie, gelijk aan een schaalfactor maal de verwachting van N . We nemen aan dat de S_{ij} 's onderling onafhankelijk zijn. De met voorspellingen uitgebreide driehoek is dan tot ieder gewenst niveau te aggregeren.

3 Een voorbeeld

In bovenstaand voorbeeld beschouwen we de kosten van hulpmiddelen zoals deze vergoed worden door de basisverzekering van een zorgportefeuille. De data is gebaseerd op een bestaande portefeuille, die om herkenning te voorkomen aangepast is. Over de jaren 2007 en 2008 werden tot 1 februari 2009 626 duizend claims betaald voor een waarde van in totaal € 66,4 miljoen.

We hebben de schadeprognoses en de reserves bepaald met behulp van drie verschillende methodes: de hierboven uitgelegde methode op basis van niet geaggregeerde data, de PTF-methode en een bootstrap op basis van chain-ladder. De twee laatste analyses zijn uitgevoerd op

maandbasis. Wij presenteren hiernaast de resultaten op kwartaalbasis. De schattingen van de reserves liggen redelijk dicht bij elkaar. De geschatte standaard afwijking is bij de methode op basis van niet geaggregeerde data veel geringer dan bij de twee andere methoden.

4 Conclusie

Doordat bij de door ons voorgestelde methode geen informatie tijdens het aggregatie proces verloren gaat, wordt er geen extra onzekerheid aan de uiteindelijke schatting van de reserve toegevoegd. Dit betekent dat indien een onzekerheidsmarge van bijvoorbeeld 2 maal de standaarddeviatie wordt aangehouden, dit in het uitgewerkte voorbeeld niet neerkomt op € 25 miljoen maar slechts op € 3 miljoen. De nieuwe methode maakt het mogelijk om veel eerder betrouwbare schadeprognoses te maken.

Summary

The loss of information by aggregation of claims data into loss triangles results in a higher estimated volatility. We developed a method to overcome this. For this purpose we analyse the duration of the time a claim is outstanding based on the theory on truncated data, the number of claims and the severity of the claims. The estimates for the reserve based on this method are about the same as those based on traditional method like the bootstrap for chain ladder and other stochastic methods. The volatility however is much lower for the method based on the individual claims and so the safety margin can be much smaller.



Generatie van economische scenario's in de huidige markt: **garbage in, garbage out?**

Patricia van Beek en Jeffrey Hennen

Inleiding

In een eerder gepubliceerd artikel van Norbert Hilhorst (I&FS Bulletin oktober 2007) is nader ingegaan op de kunst van het stochastisch modelleren en in het bijzonder het genereren van economische scenario files (ESGs). Vraagstukken als de vaststelling van het economische kapitaal, kapitaal management, ALM studies en de pricing van embedded opties en garanties staan centraal bij het stochastisch modelleren en het genereren van toekomstige economische situaties.

Een stochastisch simulatiemodel maakt gebruik van een data file welke bestaat uit een groot aantal scenario's die ieder – voor elk toekomstig projectiejaar – een aantal economische variabelen bevat. Deze variabelen kunnen ondermeer bestaan uit: vooraf geselecteerde punten op de risicovrije rentetermijnstructuur of op de curve voor vastrentende beleggingen met een lagere rating, inflatiepercentages en beleggingsindices met betrekking tot aandelen en onroerend goed.

In het eerder genoemde artikel is al ingegaan op het feit dat het genereren van ESG files niet alleen wetenschap maar ook kunst is: men dient immers een keuze te maken over ondermeer de modellen welke ten grondslag liggen aan de bovengenoemde variabelen. Deze keuzes beïnvloeden de inhoud en in bepaalde mate ook de kwaliteit van de file.

De ESG files moeten 'kloppen' in de zin dat de scenario

file de marktwaarden van bekende en verhandelde financiële instrumenten – zoals bijvoorbeeld de prijs van zero coupon bonds (ZCB) of rentederivaten – moeten kunnen reproduceren. De gekozen modellen waarmee de variabelen gesimuleerd worden, dienen dus zo te worden geparameteriseerd of gefit, dat aan de hand van de economische scenario's de 'marktwaarde' kan worden gereproduceerd voor de 'bekende' waardes. Wanneer dat is aangetoond kan men vervolgens dezelfde file gebruiken om de waarde van niet-geprijsde kasstromen in te schatten.

Dit fitten noemt men ook wel kalibreren. Er zijn verschillende combinaties mogelijk van modellen en parameters om deze kalibratie aan de marktwaarden uit te voeren. Belangrijk is te realiseren dat de uitkomsten afhankelijk zijn van de keuze welke modellen en parameters gebruikt worden. Tevens is de keuze aan welke marktwaarden en instrumenten wordt gekalibreerd van belang.

Door de kredietcrisis is de marktsituatie zodanig dat de kalibratie 'lastiger' is geworden, waardoor de geproduceerde ESG file de waargenomen marktwaardes moeilijker kunnen reproduceren. Hierdoor ontstaan er dus ook problemen met het aantonen van de marktconsistentie van de waardering met deze files van de niet-geprijsde kasstromen, zoals de verzekeringsverplichtingen.

Dit artikel beschrijft de oorzaak en de consequentie van dit

'probleem' waar verzekeraars in hun risiconeutrale waarderingsvraagstukken tegen aan kunnen lopen.

Kalibratie en de huidige economische situatie

In een bepaalde vorm walsen of trekken is de definitie van het woord "kalibreren" in de Dikke Van Dale. In termen van ESGs is dit te vertalen als het kiezen van een verzameling parameters en modellen zodanig dat er een minimaal verschil is tussen de- met de file- gereproduceerde marktwaarde en de werkelijke marktwaarde.

Deze definitie geeft al aan dat er flink gewerkt moet worden om een juiste kalibratie te verkrijgen. Voordat er gekalibreerd kan worden moeten er al een flink aantal keuzes worden gemaakt: Hoeveel scenario's moeten er gegenereerd worden? Welk model gebruik ik voor de nominale rente, de reële rente, voor aandelen, etc.? Al deze keuzes beïnvloeden de uiteindelijke inhoud en kwaliteit van de file en de dus die van de kalibratie. Tevens moet er van te voren worden aangegeven aan welke instrumenten met welke karakteristieken gekalibreerd moet worden: dit zal weer beïnvloed worden door de karakteristieken van de kasstromen die met de ESG file gewaardeerd moeten worden.

De kredietcrisis veroorzaakt onrust op de financiële markten. Rendementen dalen, volatiliteiten stijgen en de discussies of de swaprente nog wel risicovrij kan worden verondersteld bloeien op. In de huidige marktsituatie is de risicovrije rente aanzienlijk volatieler dan wat bijvoorbeeld het geval was eind 2007. Opvallend daarnaast is dat eind 2008 de implied volatiliteit van bijvoorbeeld de 30-jaars rente hoger was dan die van de 10-jaars rente. Dit terwijl

“ Implied volatiliteit: er zit letterlijk een staartje aan! ”

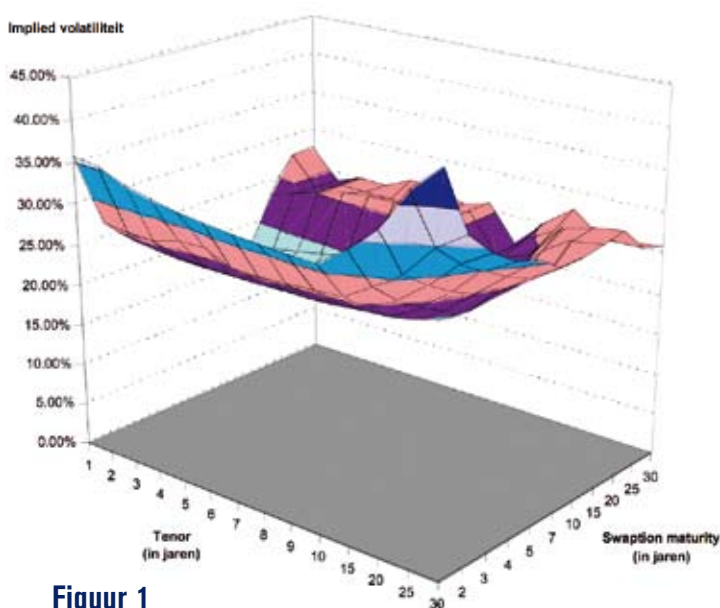
onder "normale" omstandigheden de implied volatiliteit een dalend verloop laat zien naarmate de duur stijgt.

Al met al is de gestelde vraag: is de marktwaarde nog wel de marktwaarde? Een goede kalibratie aan dé 'marktwaarde' is hierdoor een complex probleem. Aan de hand van de kalibratie voor de nominale rente laten we zien waardoor deze complexiteit ontstaat. Om (marktconsistente) waarderings correct te kunnen doen, dient het onderliggende model geen mogelijkheid te bieden om zonder risico te lopen, een rendement te behalen welke hoger is dan het risicovrije rendement ('arbitragevrije waardering'). De risicovrije rentetermijnstructuur en de stochastische ontwikkeling hiervan spelen dan een centrale rol. Aan de hand van de implied volatiliteiten van de initiële rentetermijnstructuur kunnen scenario's bepaald worden die inzicht geven in de toekomstige ontwikkeling ervan.

Onderstaand voorbeeld wordt uitgewerkt aan de hand van een model dat veel wordt gebruikt voor het genereren van scenario's voor de nominale rente het LIBOR Market Model (LMM). Te zien zal zijn dat de traditionele rentemodellen als deze, moeite hebben met de eind 2008 bestaande volatiliteitstructuur. Uitgangspunt van de kalibratie zal zijn de 1-jaars forward rente uit de risicovrije rentetermijnstructuur – gepubliceerd door De Nederlandsche Bank (DNB) – en de implied volatiliteiten in de Europese swapmarkt (zie Figuur 1).

Figuur 2 geeft de volatiliteit weer voor het LMM model welke in combinatie met de DNB curve gebruikt kan worden om toekomstige rentecurves te simuleren. Deze volatiliteitparameters worden in een kalibratiemodel afgeleid door te 'zoeken' voor welke parameters de (kleinste kwadraten) fout tussen de werkelijk waargenomen implied volatiliteit en de gemodelleerde volatiliteit zo klein mogelijk is. Dit blijkt het geval te zijn bij een vrijwel constante volatiliteit ('LMM initial fit').

Duidelijk is te zien dat er verschillen bestaan tussen de LMM gemodelleerde volatiliteit en de markt implied volatiliteit. Het is dan aan de maatschappij zelf om te



Figuur 1

analyseren wat nu het belangrijkste is voor de doeleinde van de ESG: of een 'gemiddeld goede' fit over de hele volatiliteitstructuur, of een preciezere fit welke de implied structuur beter weergeeft (hogere volatiliteit hanteren voor de korte looptijden en lagere volatiliteit voor de langere looptijden). In figuur 2 is naast de initiële curve van het LMM model ook een alternatief opgenomen ('LMM adjusted fit') waarbij ervoor is gekozen om voor de kortere duren beter aan te sluiten bij de markt. Dit heeft echter wel tot gevolg dat de totale kleinste kwadraten fout groter wordt en het model dus eigenlijk minder goed.

De 'normale' volatiliteitstructuur die tot voor de kredietcrisis veelal waargenomen werd, lijkt veel meer op deze 'aangepaste waarde': een lagere implied volatiliteit naarmate de looptijd groter wordt. Normaliter zou de kalibratie dus eenvoudiger zijn en de 'fout' relatief klein. De fitting problemen die we nu zien, ontstaan door de 'vreemde' structuur van de implied volatiliteit: er zit letterlijk een staartje aan!

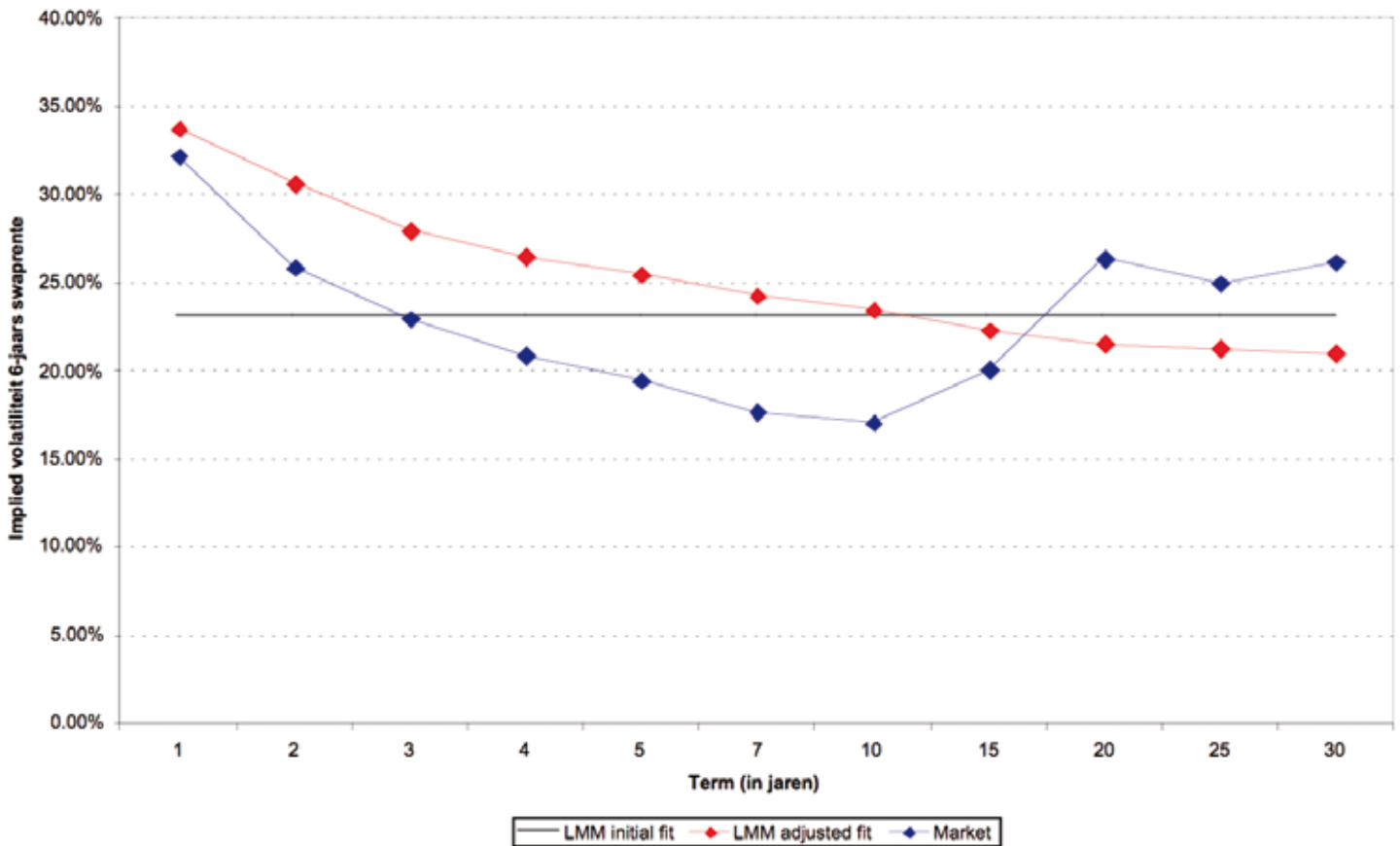
Dit kan ook gevolgen hebben voor de kalibratie van prijsinflatie. Een veel gebruikte methode om de inflatie vast te stellen is om deze af te leiden uit het verschil tussen de reële en nominale rentetermijnstructuur. Voor de reële rente

moet dan ook weer een separaat model geschat worden. De vraag is dan of – door het gebruik van deze twee afzonderlijke modellen – het verschil tussen de nominale en reële rente nog wel een goede afspiegeling is van de toekomstige inflatie.

Consequentie economische scenario's

Doordat de kalibratie aan de waargenomen marktwaarden minder goed is, zullen de economische scenario's uit de ESGs de 'marktwaarden' minder goed kunnen reproduceren. Dit blijkt ook uit de testen op marktconsistentie die standaard dienen te worden uitgevoerd nadat een ESG file is gegenereerd. Een van deze testen is de check op de prijs van zero coupon bonds, waarbij geverifieerd wordt dat een dergelijk instrument ook met de ESG file correct gewaardeerd wordt, wat bijna gezien kan worden als het minimum dat een dergelijk file zou moeten kunnen. Onder de huidige omstandigheden is echter te zien dat niet voor alle duren de prijs die volgt uit de scenario file binnen het betrouwbaarheidsinterval valt en dus voldoende precies gereproduceerd kan worden, terwijl onder "normale" marktomstandigheden dit over het algemeen wel zo is. Ook zullen door de huidige marktomstandigheden met de

Figuur 2: Implied volatiliteit 6-jaars swaprente per 31/12/2008



“ Eens te meer blijkt het genereren van economische scenario's geen standaard proces te zijn wat keer op keer herhaald kan worden ”

hoge volatiliteiten er meer vreemd ogende en extreme scenario's gesimuleerd worden: aandelenrendementen van meer dan 1000% en extreem hoge inflatiepercentages kunnen voorkomen. Nu is dat in principe geen probleem voor een risiconeutrale waardering. Wel kan het echter imperfecties in het kasstroommodel welke 'normaal' niet belangrijk zijn ernstig uitvergrooten met alle gevolgen van dien.

Conclusie

'Vreemde' volatiliteitstructuren, rentemodellen die niet goed aan marktwaarden gekalibreerd kunnen worden, testen op marktconsistentie die afgewezen worden: allemaal problemen die (kunnen) opspelen bij het genereren van economische scenario's in de huidige marktomstandigheden. Dit leidt weer tot vragen als: Is de modelkeuze voor kalibratie aan de marktrente wel juist? Bestaat er wellicht een ander model dat wel een goede kalibratie tot stand kan brengen?

Het was al moeilijk om de achtergrond en de uitkomsten van de ESGs op een begrijpelijk wijze over te brengen op het management en dit maakt het er niet makkelijker op. Terecht gaat men zich afvragen wat de impact is van de huidige marktomstandigheden (garbage in?) op de uitkomsten van de ESG en dus

de marktwaardering (garbage out?).

Zo blijkt eens te meer dat het genereren van economische scenario's geen standaard proces is wat keer op keer herhaald kan worden; veel meer is het een kunst waarbij de te maken keuzes afhankelijk zullen zijn van de marktomstandigheden in het algemeen, het specifieke marktwaardervraagstuk dat moet worden opgelost en de gewenste precisie.



J. Hennen MSc

Tel.: 020 543 30 04

jeffrey.hennen@watsonwyatt.com

Summary

Generation of economic scenarios in the current market: garbage in, garbage out?

The calibration to market values is difficult to achieve in this economic situation. This article describes an example of issues that can occur for building an ESG model for market-consistent valuation problems. One of the problems is the structure of the implied volatility in current markets, standard used interest models have problems fitting to these kind of volatility structures. From this article it appears again that the generation of economic scenarios is not a standard process that can be repeated each time, but it is more an art with choices to make market dependent choices in your ESG model.



Drs. P.J.L. van Beek AAG

Tel.: 020 543 30 04

patricia.van.beek@watsonwyatt.com



Scope Creep en het **Solvency II** implementatieplan

Bas van de Pas

“Scope creep” is een term uit het projectmanagement waarbij ongecontroleerde veranderingen in de ‘scope’ van een project leiden tot budget overschrijdingen. Gevaar hiervoor is met name groot wanneer een project niet goed wordt gedefinieerd of gecontroleerd. Hierdoor moet er geleidelijk meer en meer werk gedaan worden binnen de originele tijdslijnen en budget wat uiteindelijk tot problemen leidt.

Solvency II is in dat opzicht een gevaarlijk project, omdat nog lang niet duidelijk is wat er precies moet gebeuren. Om Solvency II verder invulling te geven legt CEIOPS (de organisatie van Europese verzekering- en pensioentoezichthouders) in de maanden april en juni een zeer groot aantal ‘issues papers’ ter commentariëring voor aan de industrie; dit alleen al geeft een idee over de omvang van het nog in te vullen kader. Al met al lijkt Solvency II dus een ideale kandidaat om ongewild nadere ervaring op te doen met het fenomeen scope creep.

Desalniettemin is het wachten op duidelijk voorschriften en uitgewerkte implementing measures en guidance niet mogelijk, omdat dit nog enige jaren kan vergen, terwijl de implementatie van Solvency II voor eind 2012 voorzien is. Basel II bij banken heeft ons geleerd, dat grote gevaren bij dit soort trajecten ondermeer zijn de onderschatting van

de tijd en inspanning die het kost om:

- de modellen en infrastructuur op orde te brengen;
- de modellen ingebed te krijgen, d.w.z. daadwerkelijk gebruikt te krijgen in de aansturing van de onderneming.

Het lijkt dus zaak om vooral tijdig te beginnen, het gevaar van scope creep te onderkennen en hiermee zo goed mogelijk om te gaan tijdens het project. Het vermijden van scope creep zal niet mogelijk zijn; wel kan men de potentiële problemen die het kan opleveren managen in een op te zetten Solvency II implementatieplan.

Onderstaande wordt een beeld gegeven van hoe men op een gestructureerde manier kan beginnen met een Solvency II traject, terwijl de gevaren van scope creep zo goed mogelijk gemanaged worden.

SII implementatie plan

Over de afgelopen jaren is er veel gepubliceerd met betrekking tot Solvency II. Gegroepeerd zijn de belangrijkste bronnen:

- De Framework Directive van de Europese Commissie;
- Issues Papers en QIS studies van CEIOPS;
- Publicaties van bedrijven, consultants en accountants.

Het eerste document geeft alleen op hoofdlijnen de wetgeving weer en zal verder uitgewerkt worden onder verantwoordelijkheid van CEIOPS; de issues papers en QIS studies zijn hier voorbeelden van. Verder is er al veel gepubliceerd over wat peers doen en wat de mening en interpretatie is van ander stakeholders, wat verzekeraars een idee geeft met betrekking tot hoe bepaalde wetgeving en voorschriften geïnterpreteerd kunnen worden.

Wanneer deze zaken op een rij gezet worden komt men tot een serie 'droge' vereisten waaraan men moet kunnen voldoen en welke betrekking

“ Veel van de 'droge' SII vereisten vragen een maatschappijspecifieke invulling ”

kunnen hebben op wat gerapporteerd zal gaan worden, wat berekend moet kunnen worden en wat de eisen zijn aan de interne organisatie en governance. Deze vereisten komen logischerwijze voor het grootste deel uit de Framework Directive en de Issues Papers.

Veel van deze 'droge' vereisten vragen vervolgens een eigen invulling van de onderneming: Hoe gaat men aan de specifieke governance eisen voldoen? Hoe gaat men aantonen dat risicomanagement informatie gebruikt wordt bij strategische beslissingen? Op welke wijze (technisch gezien) gaat men een projectie maken van het toekomstige aanwezige en vereiste vermogen? Bij het invullen en uitwerken van deze vragen kan het erg nuttig zijn om te beschikken over markt informatie daar men zich ermee kan spiegelen aan en leren van peers.

Om deze reden is de categorie publicaties van andere verzekeraars, consultants en accountants opgenomen in bovenstaand rijtje.

Deze 'droge' eisen tezamen met de gekozen invulling ervan geven een vrij compleet beeld van wat de onderneming op orde moet brengen voordat Solvency II van start gaat. Dit beeld zal -zoals al gesteld- zeker in het begin niet te rigide geïnterpreteerd dienen te worden, maar meer als een 'bewegend doel' aan de horizon. Een Solvency II projectplan en projectieorganisatie dient dus met name erg flexibel ingericht te zijn met ruimte voor tussentijdse wijzigingen die ongetwijfeld gaan komen. Ondanks de bestaande onzekerheid met betrekking tot de verdere invulling van Solvency II, zijn wij wel van mening dat er al voldoende informatie beschikbaar is om een dergelijk (bewegend) doel vast te kunnen stellen.

De logische vervolgstap is om dit overzicht aan eisen te vergelijken met de huidige organisatiestructuur en mogelijkheden binnen de onderneming middels rood-oranje-groen rapportage om daarmee vast te kunnen stellen op welke gebieden wat gedaan moet worden de komende jaren. Een dergelijk gap analyse wordt tenslotte vertaald in een Solvency II implementatieplan waarin vastgelegd wordt welke werkstromen onderscheiden worden, wat de deliverable van elk is, hoe deze samenhangen en wat relevante deadlines en milestones zijn. Onze ervaring leert dat de grootste gaps zullen liggen op

- het snel beschikbaar krijgen van betrouwbare data;
- het snel kunnen genereren van de gewenste informatie;
- de acceptatie en het gebruik van de informatie in de bedrijfsvoering.

Naast overduidelijk IT aspecten zal de projectplanning dus ook veel werk moeten maken van het trainen van mensen in de nieuwe metrics teneinde hen hiermee voldoende vertrouwd te maken, zodat de informatie op een juiste manier gebruikt wordt om de onderneming aan te sturen. Dit laatste aspect mag niet onderschat worden en kan net als het 'oplossen' van de IT uitdagingen gemakkelijk jaren duren.

Wanneer de hiervoor beschreven aanpak gebruikt wordt om zo'n projectplan op te zetten, wordt per definitie rekening gehouden met alle nu bekende wetten, voorgenomen richtlijnen en interpretaties. Naast het invullen van de gaps dient in het implementatieplan speciale aandacht te bestaan voor 'change management', voldoende betrokkenheid van de directie, en training – heel veel training, zowel op het gebied van hoe de cijfers bepaald zijn en wat de beperkingen zijn, als hoe deze te interpreteren en te gebruiken.

Hoe omgaan met scope creep?

Onvermijdelijk zal de scope van het Solvency II project gedurende de implementatie veranderen: regels worden toch net wat anders dan ingeschat, de interpretatie verandert door voortschrijdend inzicht, andere en/of meer informatie dient beschikbaar te komen, de eigen invulling van bepaalde eisen wordt toch weer wat anders ingestoken, men wil in plaats van het standaard model toch een partieel intern model of zelfs een volledig intern model, etc.

In ieder geval zal het erop neerkomen dat er nooit minder gedaan zal hoeven te worden dan in eerste instantie ingeschat en dat de IT en trainingstrajecten meer tijd vragen dan gepland, terwijl de invoerdatum

voor Solvency II zeer waarschijnlijk niet veel meer opgerekt wordt. Mogelijk dat tegen 2011/2012 nog wat rek in de planningen gecreëerd kan worden door er extra budget tegenaan te gooien, maar de kans is groot dat dit dan te laat komt. Enerzijds lenen niet alle aspecten van de Solvency II implementatie zich ervoor opgelost te worden met extra budget (bijvoorbeeld de acceptatie van de nieuwe metrics binnen de onderneming) en anderzijds kan de capaciteit die in de markt beschikbaar is om het project te versnellen tegen die tijd verdwenen zijn.

“ Men moet zeker niet ‘blind’ modellen beginnen te bouwen ”

De meest triviale wijze om de scope creep te managen is dus tijdig te beginnen. De voorgenomen implementatie van Solvency II is oktober 2012 wat dus over ongeveer 3 jaar is. Indien men de start van de implementatie dus nog een half jaar uitstelt, wordt er 1/6 van de beschikbare tijd 'verspeeld'. Wellicht dat men alles al redelijk op orde heeft en dat extra halve jaar kan missen, maar hoe zeker is dat? In ieder geval betekent het kunnen invullen van QIS4 helaas niet dat men achterover kan leunen.

Het tweede dat men kan doen is alle nu al beschikbare informatie gebruiken bij het opstellen van het projectplan en zeker niet de fout te maken direct in de modellen en datawarehouses te duiken. IT is in die zin het fundament van Solvency II en om te weten hoe sterk het fundament



dient te zijn, moet eerst vastgesteld worden op basis van alle nu beschikbare informatie hoe het eindproduct (d.w.z. de benodigde informatie, gewenste rapportages, aansturing onderneming, etc) eruit moet zien. Dit dient dus al direct bij het opstellen van het projectplan meegenomen te worden.

Het derde aspect is 'flexibiliteit'. Gegeven dat het vrijwel zeker is dat de scope en daarmee de invulling van Solvency II zal wijzigen tijdens de implementatie, dient direct vanaf het begin een structuur opgezet te worden welke niet alleen het aanvragen en accepteren van deze wijzigingen faciliteert, maar zelfs potentieel gewenste wijzigingen actief opspoor. Aanvraag voor scope wijzigingen dienen dan vergezeld te worden van een impact analyse op het werk van de verschillende werkstromen, deadlines en budgetten. Beslissingen hierover worden dan genomen door de benoemde eindverantwoordelijke.

Tot slot

In veel landen om ons heen stimuleert het toezicht de verzekeraars om nu echt met Solvency II aan de slag te gaan. In de UK dient men deze zomer plannen voor implementatie in te dienen en een intentie af te geven of men in principe voor een intern model wil gaan of niet. In Duitsland richt het toezicht zich initieel op het aanpakken van de pillar 2 eisen (interne organisatie en governance).

In Nederland is het toezicht van plan de QIS4 berekeningen jaarlijks te herhalen, wat op enige weerstand lijkt te stuiten bij verzekeraars: men heeft nu andere zaken aan het hoofd, er is geen budget/capaciteit voor, het zou geen toegevoegde waarde bieden, etc. Uiteraard zitten hier erg valide punten tussen en lijkt het wellicht vreemd om met iets aan de slag te

gaan wat zover weg lijkt, terwijl de financiële wereld op zijn grondvesten schudt.

Zoals aangeven is de Solvency II implementatie echter een project van de lange adem en lijkt het zeker niet verkeerd dat het toezicht - soms via de achterdeur - druk op de ketel houdt. Eén ding is zeker: indien het invullen van QIS4 met de huidige middelen echt zoveel tijd kost, dan heeft men nog wel wat werk te verzetten de komende tijd.

Wilt u de laatste informatie over Solvency II? Bezoek dan onze website www.eusolvency2.com

Summary

Implementing measures and guidance with respect to Solvency II are work in progress. Therefore, the scope of Solvency II implementation projects will generally be difficult to define and must not be cast in concrete. This article describes how an implementation plan can nonetheless be developed and what can be done to manage a possible scope creep.



Drs. S.F.J. van de Pas
AAG

020 543 30 04
sebastiaan.van.de.pas@watsonwyatt.com



“Ik wil een **normale** leverancier- klantrelatie met ziekenhuizen”

Jeroen Breen in gesprek met: Ruben Wenselaar,
vice-voorzitter van de Raad van Bestuur van Menzis

Drs. Ruben Wenselaar (48) zit nu ruim vijf jaar in de Raad van Bestuur bij zorgverzekeraar Menzis. Hij kwam daar via een omweg. Na zijn studie bedrijfseconomie begon Wenselaar zijn carrière als consultant en fiscalist bij PricewaterhouseCoopers. Daarna werkte hij achtereenvolgens bij DAF Trucks, Fuji Photo Film en Cadans, een van de voorlopers van het huidige UWV. Daar werkte hij vier jaar als financieel directeur, waarna hij overstapte naar Amicon dat na de fusie in 2004 overging in Menzis. Bij de zorgverzekeraar beheert hij de portefeuilles Financiën, ICT en HRM. En die portefeuilles staan centraal in ons gesprek, te beginnen met de financiering van het zorgstelsel.

De kosten van het huidige zorgstelsel stijgen en zullen blijven stijgen

Dat komt vooral door de technologische ontwikkeling in de zorg, meer dan door de vergrijzing. Kijk alleen maar naar de MRI-scan die breed ingezet wordt. Dat zijn geen vervangingskosten, die komen erbovenop. Menzis vindt het huidige zorgstelsel een verbetering. De zorg is voor alle Nederlanders eenduidig gefinancierd en iedereen is fatsoenlijk verzekerd. Bovendien is het gebaseerd op solidariteit wat wij een belangrijk goed vinden. Maar het huidige stelsel regelt niets voor de kostenbeheersing. De uitdaging is, hoe je daar paal en perk aanstelt.

Menzis zet in op twee uitgangspunten: zelfmanagement en een efficiëntere eerstelijnszorg

Wat het eerste betreft, vragen wij ons af waarom er altijd fysiek contact zou moeten zijn met de dokter. Met de huidige techniek kunnen patiënten veel zelf meten en kan de specialist de patiënt goed ondersteunen en volgen. Daarmee voorkom je een hoop extra handen en dus een hoop kosten. Dat moet uiteraard wel in combinatie gaan met de eerstelijnszorg. Daar hechten wij veel belang aan. En dat betekent nóg betere samenwerking tussen huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, thuiszorg, wijkverpleegkundige en sociaal maatschappelijk werk. Maar ook een verschuiving van behandelingen van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Dat is voor de patiënt ook vaak prettiger, want laagdrempeliger en dichterbij. Een derde aspect waar wij op inzetten, is bewustwording en preventie. Dat zie je ook aan onze sponsorprogramma's die vooral inzetten op bewegen, en dan vooral onder de jeugd. Als je bij de jeugd iets kunt bereiken, bespaar je later een hoop zorgkosten.

Wij hebben niet de illusie dat je met deze aanpak de kosten geweldig omlaag brengt

Wat je wel bereikt, is een beheersing van de kostengroei. En dat is voor ons zeer belangrijk, want als je de kosten niet in de hand houdt, dan komt de solidariteit van ons stelsel in gevaar. En die willen wij intact laten zodat iedereen toegang heeft tot de zorg.

Solidariteit is de kern van ons stelsel

Je ziet echter wel een verschuiving in de aanvullende verzekeringen. Daar gaan mensen steeds meer shoppen op basis van hun reële verwachtingen. En uiteraard speelt de markt daarop in. Wij kiezen daar niet voor. Wij kiezen voor solidariteit, ook in de

aanvullende pakketten. Ondanks dat het marketingtechnisch wel interessant is om bepaalde doelgroepen aan te spreken. Maar als je eenmaal begint te schuiven in de solidariteitsgedachte, is het de vraag waar je eindigt. Waar wel angst voor bestaat, als je wat breder kijkt, is in hoeverre de jongeren straks nog bereid zijn om solidair te zijn met de ouderen. Want straks krijgen de jongere generaties alle lasten op hun schouders, van pensioen tot zorg. Ik kan dat niet voorspellen, maar ik denk wel dat de politiek daar nog een zware dobber aan zal hebben.

“ Wij zijn dus wel voor het stimuleren van beter gedrag, en daar mag je ook heel stellig in zijn ”

Differentiatie in de zorg kan soms goed uitpakken

Het hangt ervan af hoe je het aanpakt. Er zijn nu geluiden dat je mensen die ongezond leven, financieel zou moeten straffen. Daar zijn wij geen voorstander van. Ik kan me wel voorstellen dat als de klachten van een patiënt samenhangen met zijn leefpatroon, de eerste lijn stimuleert om het ongezonde gedrag te doorbreken, bijvoorbeeld met dieet- en bewegingsprogramma's. Wij zijn dus wel voor het stimuleren van beter gedrag, en daar mag je ook heel stellig in zijn. Maar als die persoon uiteindelijk niets met die stimulans doet en de programma's links laat liggen, ja dan kun je die persoon niet onthouden van medische zorg. Dat gaat altijd voor.



Je kunt ook differentiëren in het zorgaanbod

Zo heb je de discussie over de bedrijvenpoli's waarbij bedrijven contracten afsluiten voor hun werknemers. Daar zijn wij op tegen. Wel geloven we in arbeidsgerelateerde zorg. Dus kennis en expertise opbouwen rondom werkgerelateerde klachten en behandelingen. Dat kan een hoop efficiency opleveren. En dat geldt ook voor gespecialiseerde zorg voor ouderen of chronisch zieken.

Verder kun je nog differentiëren door meer keuzes aan de verzekerde voor te leggen

Ik kan me voorstellen dat een ambitieuze werknemer zo snel mogelijk geholpen wil worden en weer aan de slag wil. Hij heeft het er dan wel voor over om 150 kilometer om te rijden als hij vandaag nog op die plek geholpen kan worden. Ouderen zullen dat niet zo snel doen; die willen het liefst zorg in de buurt en een behandeling als de kinderen of een buurvrouw erbij kunnen zijn. Je kunt mensen dus wel verschillende mogelijkheden bieden, maar je kunt geen zorg weigeren.

Wij willen verzekerden liever niet financieel sturen of prikkelen

Dus ook geen korting op het eigen risico. Wij vinden financiële prikkels niet zinvol. Bovendien als je mensen

een korting geeft, dan kan het best zo zijn dat die behandeling uiteindelijk duurder voor ons uitpakt. Wij sturen dus alleen op kwaliteit en daar hebben we zelfs extra geld voor over. Kwaliteit is in het belang van de klant. Een neveneffect van kwaliteit is, dat zorg die geborgd is, leidt tot minder vervolgcosten. Dus minder herhaaloperaties en minder medicijngebruik.

Wij zijn voor markt-werking in de zorg, maar als middel, niet als doel

Het moet leiden tot kwalitatief betere, efficiëntere en effectievere zorg. En die marktwerking heeft tijd nodig wil het slagen, alleen al vanwege het grote aantal partijen, en dus belangen, dat er bij betrokken is. Pas over drie of vier jaar kun je zeggen of de ontwikkelingen goed gaan. En in dat proces, moet je het hogere doel in het vizier houden. Je moet niet bij de eerste incidenten al overstap willen gaan of weerstand bieden. En ja, het

heeft gevolgen voor bijvoorbeeld fysiotherapeuten of de farmacie. Maar ook daar zie je een steeds groter draagvlak ontstaan.

De financiering van ziekenhuizen is nu nog verre van ideaal

We werken nu met de DBC-systematiek (diagnosebehandeling-combinatie, red.) waarbij wij als zorgverzekeraar onderhandelen met ziekenhuizen over het zogenaamde B-segment (behandelingen waarvan de tarieven niet door de overheid zijn vastgesteld, red.). Kijk, als verzekeraar willen we kunnen sturen op zorgkosten en op kwaliteit. Daar maak je dus afspraken over met de ziekenhuizen. Maar dan wil je ook weten of die afspraken worden nageleefd zodat je zo snel mogelijk kunt bijsturen. Dat kan niet in de huidige DBC-systematiek. We weten binnen het jaar eigenlijk nauwelijks wat er gebeurt. Aan het einde van het jaar krijgen we ook geen afrekening, die

“ Solidariteit is de kern van ons zorgstelsel en die willen wij intact laten ”

komt pas een jaar later en dan moet het nog de verevening in en dan zijn we weer een jaar later. Anno 2009 zijn we nog bezig met de ziekenhuiskosten van 2005. Zo kun je niet sturen op kwaliteit en op kosten.

Wij willen het liefst een normale leverancier-afnemerrelatie met ziekenhuizen

We willen veel korter op de bal spelen. Dat betekent dat je afspraken maakt over de te leveren zorg, hoe je

“ De actuaris die in staat is om zijn vak te vertalen naar de buitenwereld, die is spekkoper ”

factureert, op welke termijnen en hoe je afrekent. Dat kan dat allemaal veel sneller en transparanter. Daarnaast moeten wij sneller inzicht krijgen in de risicoverevening zodat wij sneller weten hoe onze relatieve positie is. Ik vind een normale relatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar belangrijker dan het sec verhogen van het B-segment: van het percentage te onderhandelen behandelingen. Daarmee verandert er maar weinig. Je moet je bedenken dat ik nu al afspraken maak voor 2010 terwijl alle afgelopen jaren nog openstaan. We weten dus niet eens op basis waarvan we afspraken maken. Ja, op basis van indirecte aannames, maar met een heleboel onzekerheid waarvoor we grote marges moeten inbouwen. Het allerbelangrijkste is om de doorlooptijden sterk terug te brengen. Nu krijgen we de invoering van DBC DOT waarbij de huidige 30.000

DBC's teruggebracht moeten worden naar 2.800 zorgproducten. Ik vind dat wel een goede ontwikkeling, want hoe kun je nu 30.000 DBC's managen? Anderzijds, wie weet welke problemen we tegenkomen als we dat aantal tot een tiende indikken? En verandert er wel iets wezenlijks? Het aantal DBC's is niet zo relevant. Waar het om gaat, is dat ik afspraken tijdig kan volgen en checken zodat ik op die basis nieuwe afspraken kan maken. Dat is en blijft de essentie: een goede leverancier-afnemerrelatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar.

De laatste tijd zag je een aantal ziekenhuizen in problemen komen

En kreeg je ook een discussie of een zorgverzekeraar een ziekenhuis mag financieren. Wij zijn daar geen principiële tegenstander van. Het hangt af van je uitgangspunten. Wij vinden dat een zorgverzekeraar iets heel anders is dan een zorgverlener en dat je die twee functies ook strikt moet scheiden. Maar, als wij merken dat er ergens te weinig zorg wordt geboden, vinden wij wel dat zorgverzekeraars het initiatief moeten kunnen nemen om die zorg te leveren. Als zorgverzekeraar hebben wij tenslotte wel een zorgplicht. Zolang het maar gescheiden activiteiten zijn. In principe doen we dat natuurlijk al bij onze zorgcentra. Dat is een aparte organisatie waarbij onze zorginkopers op dezelfde manier moeten onderhandelen als bij andere zorgcentra. Ik zie niet in waarom dat bij een ziekenhuis anders zou zijn. De principes van keuzevrijheid van onze klanten en het niet-weigeren van klanten van andere verzekeraars staan daar natuurlijk bij voorop.

Kleine zorgverzekeraars krijgen het lastig in het huidige stelsel

Niet omdat ze niet goed presteren, maar door het financieringsstelsel en door de hogere solvabiliteitseisen. Ik

vind dat raar. De verevening moet veel sneller inzicht geven in je risico's. Het zou ideaal zijn als het vereveningsmodel aan de voorkant zo betrouwbaar is, dat je geen nacalculatie meer nodig hebt. Want juist die nacalculatie is één grote black box. Die risico's kun je je als kleine zorgverzekeraar niet permitteren. En dan moeten ze ook nog aan dezelfde eisen – Solvency II en toezicht – voldoen als de grote verzekeraars. Hun lasten wegen dus relatief zwaarder. Ik zou het jammer vinden als daardoor kleine verzekeraars verdwijnen, want ze presteren goed en het zorgt voor een gezonde concurrentie.

Als zorgverzekeraar heb je veel te maken met actuarissen, zeker als je verantwoordelijk bent voor de financiën. We hebben er aardig wat in huis en hun rol is cruciaal. Alleen al voor het berekenen van de premies en het calculeren van de zorgkosten. De basis van ons financiële huishoudboekje steunt dus voor een groot deel op de kennis van actuarissen. Wat lastig was, is en zal blijven, is de vertaalslag die actuarissen kunnen maken naar hun collega's en opdrachtgevers. Een discussie met een actuaaris is heel lastig, vanwege het jargon en de gedetailleerdheid. De actuaaris die in staat is om zijn vak te vertalen naar de buitenwereld, die is spekkoper.

Wat doe ik over tien jaar?

Als ik dat eens zou weten. Kunnen jullie dat niet voor mij voorspellen? Ik ben nu 48 en heb al een rijke werkervaring. Het leuke van mijn huidige werk is, dat ik een rol heb om de organisatie beter te maken en dat ik betrokken ben bij maatschappelijke thema's. Die balans wil ik ook over tien jaar. Dat hoeft niet per se in de zorg te zijn. Het kan ook in een andere sector die er maatschappelijk toe doet. Dat spreekt mij aan.





Wft geïmplementeerd – stand van zaken

Gerard Pater

Met de invoering van de WFT in 2007 zijn de verslagstaten en de toereikendheidstoetsen voor levensverzekeraars, schadeverzekeraars en natura-uitvaartverzekeraars gewijzigd. Verzekeringsmaatschappijen hebben de gewenste wijzigingen doorgevoerd in de verslagstaten en de toereikendheidstoets over het boekjaar 2007. Nu ook het turbulente financiële jaar 2008 achter de rug is, is de interpretatie van een aantal thema's van de nieuwe regelgeving duidelijker geworden.

Verslagstaten

Iedere verzekeraar geeft in de nieuwe verslagstaten aan wat de aard van de verstrekte vergunning is (leven, schade, natura-uitvaart;) en welke waarderingsgrondslagen van toepassing zijn (BW of IFRS). Op basis van deze keuzes zijn bepaalde staten of onderdelen van staten al dan niet van toepassing. Het toezicht van DNB richt zich steeds meer op risicobeheer. In de verslagstaten uit zich dat door de nieuwe staat Organisatie en

risico's (Wft staat 135). De informatie die hierin gerapporteerd wordt, komt grotendeels overeen met de risicoparagraaf in het jaarverslag.

De verzekeraar dient aan te geven in welke mate zij blootstaat aan verschillende risico's, welk beleid wordt gevolgd om deze risico's te beheersen en welke risicobeheersingsstructuur is geïmplementeerd. Voor de belangrijkste risico's moeten de risicoprofielen worden gerapporteerd. Een aantal voorbeelden daarvan zijn:

- valutarisico: posities voor activa en passiva;
- interestrisico: durations voor beleggingen, voorzieningen, vreemd vermogen en derivaten;
- kredietrisico: een overzicht van de ratings van vastrentende beleggingen;
- verzekeringstechnische risico's: risicoprofielen per branche van de verzekeringsrisico's en schaderisico's, resultaten van catastrofe modellen.

Ook moet de gevoeligheid van het resultaat en het eigen vermogen voor de belangrijkste risico's worden gerapporteerd.

Toereikendheidstoets voor levensverzekeraars

De toereikendheidstoets voor levensverzekeraars is meer vergelijkbaar met de Liability Adequacy Test (LAT) onder IFRS. In DNB staat 160 worden de verwachtingswaarde op basis van realistische grondslagen en de risicomarge gerapporteerd. Voor het eerst zal voor boekjaar 2008 ook een analyse van de ontwikkeling van de toereikendheid gedurende het boekjaar worden gerapporteerd.

Uit de Wft blijkt dat de verwachtingswaarde en de risicomarge op het niveau van homogene risicogroepen moeten worden bepaald.

Verwachtingswaarde

De verwachtingswaarde bestaat uit twee componenten: de contante waarde van de geprognosticeerde

kasstromen en de waarde van de embedded options (rendements- en winstdelings garanties).

De geprognosticeerde kasstromen moeten op basis van realistische geachte grondslagen worden bepaald. De daarbij gehanteerde uitgangspunten worden onderbouwd aan de hand van waarnemingen en ervaringscijfers van de betreffende verzekeraar, eventueel aangevuld met geschikte gegevens uit andere bronnen.

De kasstromen moeten contant worden gemaakt met de van toepassing zijnde risicovrije rentetermijnstructuur op het waarderingsmoment. Voor kasstromen in euro's publiceert DNB maandelijks de risicovrije yieldcurve op haar website.

Na goedkeuring door DNB kan worden uitgegaan van een door de verzekeraar zelf vastgestelde rentetermijnstructuur

Voor boekjaar 2007 hebben verzekeraars vrijwel alleen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid voor verplichtingen in buitenlandse valuta.

Gedreven door de bijzondere ontwikkelingen in de financiële markten, is voor boekjaar 2008 het gebruik van alternatieve rentetermijnstructuren nadrukkelijk onderwerp van discussie geweest tussen DNB en een aantal verzekeraars. Uit de discussies blijkt dat DNB hecht aan realistische rentetermijnstructuren waarin kredietrisico ontbreekt. Naast de door DNB gepubliceerde curve kwalificeert ook de ECB AAA curve daartoe.

Voor opties en garanties waarvan de kansverdeling niet symmetrisch is, moet de optiewaarde worden gewaardeerd als onderdeel van de verwachtingswaarde. Dit is bijvoorbeeld het geval bij winstdeling,

“ Na goedkeuring door DNB kan worden uitgegaan van een door de verzekeraar zelf vastgestelde rentetermijnstructuur ”

overrentedeling of rendementsgaranties bij beleggingsverzekeringen. Verzekeringsmaatschappijen gebruiken zowel analytische formules, bijvoorbeeld met Black en Scholes technieken, als stochastische technieken.

Risicomarge

De risicomarge is bedoeld voor risico's die niet in de financiële markten kunnen worden afgedekt. In de praktijk zijn dat voornamelijk verzekeringstechnische risico's (inclusief kostenrisico's) en operationele risico's. Inmiddels is duidelijk dat in het kader van Solvency II de risicomarge bepaald zal gaan worden met de Cost of Capital methode. Waar verzekeringmaatschappijen voor boekjaar 2007 nog diverse methodes hanteerden voor het bepalen van de risicomarge, wordt (voor zover nu bekend) voor boekjaar 2008 door vrijwel alle verzekeraars Cost of Capital gebruikt.

De wijze waarop het vereiste kapitaal wordt bepaald varieert. Zowel Solvency I (of daarvan afgeleid), standaardmodel QIS4, als een intern model komen voor.

Afkoopwaarde restrictie

De combinatie van twee voorschriften heeft tot veel discussie geleid over de afkoopwaarde restrictie. Ten eerste is in de Wft voorgeschreven dat de

toetsvoorziening per verzekering niet lager mag zijn dan de (gegarandeerde) afkoopwaarde en dat negatieve voorzieningen niet zijn toegestaan. Daarnaast is toegestaan dat de overwaarde zoals blijkt uit de toereikendheidstoets, na goedkeuring door DNB en na belasting, kan worden beschouwd als solvabiliteitskapitaal.

De combinatie van beide voorschriften maakt duidelijk dat de afkoopwaarde restrictie verbonden is

“ Toepassing van de afkoopwaarde restrictie op het niveau van homogene risicogroepen heeft gevolgen voor het vaststellen van de minimaal vereiste voorziening ”

met de toereikendheidstoets. Voor 2007 is dit door verzekeringsmaatschappijen op verschillende wijzen geïnterpreteerd.

Een aantal verzekeraars heeft de afkoopwaarde eis (nog) niet betrokken bij de toereikendheidstoets. Bij de verzekeraars die de afkoopwaarde eis wel hebben toegepast, was er grote variatie in het niveau waarop de eis is toegepast; dat varieert van individuele polis tot totale portefeuille.

Mede door de ervaringen bij de verslagstaten van 2007, zijn er in de loop van 2008 vanuit de toezichthouder signalen gekomen over de wijze waarop de afkoopwaarde restrictie geïnterpreteerd moet worden. DNB heeft dit op haar website

geformuleerd in een vraag en antwoord bij het open boek toezicht: “De afkoopwaarde restrictie dient te worden toegepast op het aggregatieniveau van portefeuilles waarbij de onderliggende risico's homogeen verondersteld kunnen worden.”. De voor de hand liggende interpretatie van deze vraag en antwoord is dat de afkoopwaarde restrictie dient te worden toegepast op het niveau van homogene risicogroepen.

Toepassing van de afkoopwaarde restrictie op het niveau van homogene risicogroepen heeft gevolgen voor het vaststellen van de minimaal vereiste voorziening.

Hoewel de consequenties van de afkoopwaarde restrictie niet altijd passend zijn in een bedrijfseconomische benadering, dienen verzekeraars deze regelgeving toe te passen bij het toetsen van de technische voorzieningen.

Minimaal vereiste voorziening per homogene risicogroep

Per homogene risicogroep worden zowel de actuele waarde (= verwachtingswaarde + risicomarge) als de afkoopwaarde bepaald. De hoogste van beide uitkomsten is de minimaal vereiste voorziening per homogene risicogroep.

In de praktijk komt het voor dat bijvoorbeeld bij risicogroepen bestaande uit kapitaalverzekeringen met een nominale uitkering, de actuele waarde hoger is dan de afkoopwaarde. Terwijl bij risicoverzekeringen en beleggingsverzekeringen de afkoopwaarde veelal hoger is. Zo kan de situatie ontstaan dat wanneer op totaalniveau de actuele waarde en afkoopwaarde geaggregeerd zouden worden, de voorziening toereikend

zou zijn. Echter door de aggregatie op het niveau van homogene risicogroepen kan toch een tekort ontstaan.

Toereikendheidstoets voor schadeverzekeraars en natura-uitvaartverzekeraars

Nieuw in de Wft was dat er ook voor schadeverzekeraars en natura-uitvaartverzekeraars een toereikendheidstoets is voorgeschreven.

Voor natura-uitvaartverzekeraars gelden grotendeels dezelfde regels als voor levensverzekeraars. Belangrijkste verschil is dat de afkoopwaarde restrictie niet van toepassing is bij natura-uitvaartverzekeraars.

Bij schadeverzekeraars moeten portefeuilles waarbij de duur van de uitkeringen minimaal 4 jaar is en waarvan de voorzieningen met discontovoet zijn vastgesteld, op min of meer dezelfde methode worden getoetst als leven portefeuilles. In de praktijk komt dat neer op AOV voorzieningen voor ingegane schades. Andere elementen van de voorzieningen van schadeverzekeraars moeten ook worden getoetst, maar dat mag ook een kwalitatieve toets zijn.

Conclusie

De Wft is nu twee jaar van kracht. In 2008 is consensus ontstaan over de interpretatie van de afkoopwaarde restrictie en over de mogelijkheden om een andere rentetermijnstructuur te gebruiken dan de DNB curve.

Voor de afkoopwaarde restrictie is in bedrijfseconomisch perspectief niet passend. Naar verwachting zullen verzekeraars tot de invoering van Solvency II gebonden zijn aan de afkoopwaarde restrictie.

Summary

The Act of Financial Supervision (Wet op het Financieel Toezicht, Wft) was introduced and implemented by insurers for the first time during 2007. The new legislation required changes to the statutory reports as well as a new liability adequacy test.

The first major impact of the Wft enhanced current statutory reports by requiring the disclosure of the insurer's risk exposure, risk policy and risk management structure. Disclosure of credit risk, market risk, underwriting risk, and operational risk are amongst reporting requirements.

The second major impact of the WFT was the requirement of a liability adequacy test similar to the IFRS LAT test. The WFT LAT requires the segmentation of reserves into the following four elements: the present value of future cash flows (PVFP), the time value of financial options and guarantees (TVOG), a risk margin for non-hedgeable risks (MVM), and where applicable, the positive difference between the surrender value and the total of PVFP, TVOG and MVM. The requirement of addition to surrender value is assessed on the level of homogeneous risk groups.

During 2008, discussions between insurers and DNB were sharper due to financial market conditions. The volatile market conditions and the low level of interest rates, created substantially higher required provision levels. These discussions contributed to consensus regarding the interpretation of surrender value requirement and conditions on which a different discount rate is allowed for discounting the liability cash flows.



G.C. Pater AAG

Telefoon 020 543 30 04
gerard.pater@watsonwyatt.com

locaties

AZIË ▪ Bangkok ▪ Beijing ▪ Bengaluru ▪ Delhi
Guangzhou ▪ Hong Kong ▪ Jakarta ▪ Kolkata ▪ Kuala Lumpur
Manila ▪ Melbourne ▪ Mumbai ▪ Seoul ▪ Shanghai ▪ Shenzhen
Singapore ▪ Sydney ▪ Taipei ▪ Tokyo ▪ Wuhan

EUROPA ▪ Amsterdam ▪ Apeldoorn ▪ Birmingham ▪ Bristol
Brussels ▪ Budapest ▪ Dublin ▪ Düsseldorf ▪ Edinburgh
Eindhoven ▪ Frankfurt ▪ Leeds ▪ Lisbon ▪ London ▪ Madrid
Manchester ▪ Milan ▪ Munich ▪ Nieuwegein ▪ Paris ▪ Purmerend
Ratingen ▪ Redhill ▪ Reigate ▪ Rome ▪ Rotterdam ▪ Stockholm
Vienna ▪ Welwyn ▪ Wiesbaden ▪ Zürich

LATIJS-AMERIKA ▪ Bogotá ▪ Buenos Aires ▪ Mexico City
Montevideo ▪ San Juan ▪ Santiago ▪ São Paulo

MIDDEN-OOSTEN ▪ Dubai

NOORD-AMERIKA ▪ Atlanta ▪ Berwyn, Pa. ▪ Boston
Calgary ▪ Charlotte ▪ Chicago ▪ Cincinnati ▪ Cleveland
Columbus ▪ Dallas ▪ Denver ▪ Detroit ▪ Grand Rapids ▪ Herndon
Honolulu ▪ Houston ▪ Irvine ▪ Kitchener-Waterloo ▪ Los Angeles
Madison ▪ Memphis ▪ Miami ▪ Minneapolis ▪ Montréal ▪ New York
Paramus, NJ ▪ Philadelphia ▪ Phoenix ▪ Portland ▪ Rochelle Park, NJ
St Louis ▪ San Diego ▪ San Francisco ▪ Santa Clara ▪ Seattle
Stamford ▪ Tampa ▪ Toronto ▪ Vancouver ▪ Washington, DC

watsonwyatt.nl/insurance

Watson Wyatt Insurance Consulting B.V.
Postbus 75201, 1070 AE, Amsterdam
Tel: +31-20-5433004
Fax: +31-20-5433991

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Gaby Stetter,
tel 020-5433033, gaby.stetter@watsonwyatt.com

Watson Wyatt Insurance Consulting B.V. is de Nederlandse vertegenwoordiger
van de Insurance & Financial Services Practice van Watson Wyatt Ltd.

Disclaimer: "Hoewel wij ernaar streven om correcte en actuele informatie
te verschaffen, kunnen wij niet garanderen dat de informatie juist is op het
moment waarop deze ontvangen wordt of dat de informatie na verloop van tijd
nog steeds juist is. Op grond van de informatie dienen derhalve geen acties te
worden ondernomen zonder voorafgaand deskundig advies."