

Discussienotitie COVID-19 en vereveningsmodel 2021

Samenvatting

Met betrekking tot het risicovereveningsmodel 2021 is tijdens het vorige BO afgesproken dat gezamenlijk mogelijkheden worden verkend voor de inzet van ex-post instrumenten om risico's voor 2021 te beperken. Echter, er is een verschil van inzicht tussen verzekeraars/ZN en VWS over de wijze waarop met de kosten van corona moet worden omgegaan.

VWS vindt dat voor de coronakosten de catastroferegeling (artikel 33, Zvw) moet worden gebruikt, eventueel in combinatie met ex post instrumenten voor de reguliere kosten. Verzekeraars willen de coronakosten in de reguliere verevening laten meelopen en ex post instrumenten toepassen op het totaal van de corona en reguliere kosten.

In deze notitie worden beide varianten en voor- en nadelen vanuit verschillende perspectieven beschreven. Kern is dat variant A (VWS) aansluit bij de bestaande wet- en regelgeving. Met deze variant worden de coronakosten gericht gecompenseerd en worden scheefheden in de reguliere kosten, bijvoorbeeld als gevolg van inhaalzorg, naar verwachting ten dele weggenomen. Deze variant betekent wel een inspanning van de verschillende partijen om de variant uit te kunnen voeren.

Variant B (verzekeraars) is eenvoudiger, maar wel in strijd met de bestaande wetgeving. Deze variant kan dus alleen als de wet wordt gewijzigd. Met deze variant worden zowel de coronakosten als scheefheden in de reguliere kosten als gevolg van corona, naar verwachting ten dele weggenomen.

Inleiding

Met betrekking tot het risicovereveningsmodel 2021 is tijdens het vorige BO afgesproken dat gezamenlijk mogelijkheden worden verkend voor de inzet van ex-post instrumenten om risico's voor 2021 te beperken. Echter, er is een verschil van inzicht tussen verzekeraars/ZN en VWS over de wijze waarop met de kosten van corona moet worden omgegaan.

In de Zorgverzekeringswet is een regeling opgenomen voor catastrofes. Met het uitroepen door de WHO van COVID-19 tot pandemie is deze automatisch in werking getreden. VWS is van mening dat de bestaande wet- en regelgeving gerespecteerd moet worden en deze catastroferegeling het instrument is om een extra bijdrage te ontvangen voor de catastrofekosten (coronakosten), inclusief het daarbij geldende eigen risico voor verzekeraars. Indien een verzekeraar geen gebruik maakt van de catastroferegeling, kunnen de catastrofekosten niet ingebracht worden in de reguliere verevening, om op die manier mee te tellen met ex post instrumenten zoals macronacalculatie of met vereveningskenmerken. Dit is in lijn met de geldende wet- en regelgeving.

De verzekeraars en ZN vinden dat de catastroferegeling onvoldoende soelaas biedt. Zij vinden dat het effect van de COVID-19 pandemie niet alleen de catastrofekosten betreft zoals gedefinieerd voor de catastroferegeling, maar ook de overige corona-effecten zoals minderkosten door uitval van reguliere zorg en extra vervolgkosten. Ze zien daarbij een oplossing voor zich waarbij verzekeraars collectief afzien van een beroep op de catastroferegeling in combinatie met ex-post-maatregelen op het totaal van de corona- en reguliere zorgkosten. Omdat VWS begrijpt dat er ook in de reguliere zorg verschuivingen optreden, heeft VWS zich bereid verklaard mee te denken over eventuele (ex post) oplossingen in de reguliere verevening.

Deze discussienotitie, opgesteld door VWS, ZN en Zinl, geeft de uitwerking weer van beide varianten met voor- en nadelen vanuit verschillende perspectieven.

Variant A: huidige situatie

De geldende wet- en regelgeving gaat er vanuit dat er een catastroferegeling is voor incidentele kosten zoals die van een pandemie en dat de risicoverevening zich beperkt tot de reguliere zorg.

De catastroferegeling

Bij het uitroepen van de COVID-19 pandemie, is de catastroferegeling (artikel 33, Zvw) automatisch in werking getreden. De catastroferegeling is in het leven geroepen om te voorkomen dat het risico van onverwachte en incidentele kosten als gevolg van een catastrofe bij verzekeraars zou komen te liggen¹.

- De uitgangssituatie op basis van de geldende wet- en regelgeving is:
 - Een verzekeraar kan een beroep doen op de catastroferegeling;
 - De verzekeraar dient hiervoor een aparte administratie aan te houden van de catastrofekosten;
 - Catastrofekosten die niet ingebracht worden in de catastroferegeling of die niet volledig vergoed worden, blijven voor rekening van de verzekeraar(s)²;
 - Hierbij heeft de wetgever het acceptabel geacht dat een deel van het risico bij de verzekeraar(s) blijft^{3,4}. De zorgkostendrempel is 4% van de ex-ante vereveningsbijdrage, ongeveer 60 euro per verzekerde.

Reguliere risicoverevening en eventuele ex-post

Met de aanwezigheid van de catastroferegeling en een aparte registratie van de catastrofekosten, blijft de reguliere risicoverevening geschoond van catastrofekosten. De effecten van de pandemie op de reguliere zorg, zoals uitval van zorg en inhaalzorg, leveren wel onzekerheden op, zowel voor het totaal aan zorgkosten als voor de verdeling tussen verzekeraars. Hiervoor worden voor verveningsjaar 2021 ex-postinstrumenten verkend.

Variant B: Alternatief voorgesteld door verzekeraars

Verzekeraars kijken anders tegen de materie aan. Zij constateren dat de coronacrisis zich niet alleen door extra kosten kenmerkt, maar ook door minderkosten. De catastroferegeling heeft enkel effect op de catastrofekosten, kosten die direct aan corona te relateren zijn. Het saldo van de overige corona-effecten wordt niet betrokken bij de catastroferegeling, terwijl het zeer aannemelijk is dat ook deze overige kosten scheef verdeeld zijn. Het niet-lineaire karakter van de catastroferegeling kan daarbij juist verstorend werken.

Verzekeraars zien hierin aanleiding om niet te kiezen voor een oplossing voor de catastrofekosten en een oplossing voor de reguliere kosten zoals VWS voorstaat. Zij willen dat de catastrofekosten meelopen in de risicoverevening 2021, zowel in de kosten als in de vereveningskenmerken. Uitgaande van de inzet van een gedegen ex post instrumentarium wordt ook op die manier zowel rekening gehouden met de directe gevolgen van COVID-19 als met de indirecte effecten. Om dubbele financiering van zorgverzekeraars in 2021 te voorkomen, zien zij af van een beroep op de catastroferegeling (artikel 33, Zvw).

Wat zorgverzekeraars betreft heeft het de voorkeur om de effecten van corona in 2021 zo eerlijk en eenvoudig mogelijk op te vangen.

Uitgangspunten:

- Zorgverzekeraars maken geen aanspraak op de catastroferegeling over 2020 en 2021.
- Zorgverzekeraars vangen het risico van de coronacrisis in 2020 volledig op m.b.v. hun reserves (indien nodig).
- De coronacrisis leidt niet enkel tot incidentele meerkosten. De coronacrisis leidt ook tot reguliere vervolgstapen en verschuivingen bij de reguliere kostenverdeling.
- Voor 2021 wordt er gestreefd naar een zo eerlijk en eenvoudig mogelijke verdeling van de catastrofekosten.

Voor- en nadelen van beide varianten vanuit verschillende perspectieven:

1) Macrobeslag van kosten, wie betaalt en loopt het risico?

Uitgangspunt is een risicodragende uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Echter, in het geval van een catastrofe, voorziet de wet in een extra bijdrage (de catastrofebijdrage). Dat

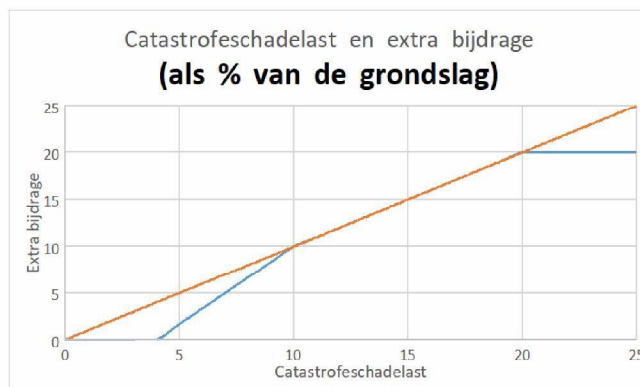
betekent dat in variant A de financiële gevolgen van het catastroferisico door de overheid worden gemitigeerd door middel van een extra bijdrage. Deze extra bijdrage kent een niet-lineair en daarmee wat onvoorspelbaar verloop (zie ook grafiek) : er geldt wel een drempel voor toekenning van deze bijdrage en er zit een maximum aan.

Voor de berekening van de hoogte van de extra bijdrage worden de catastrofekosten gerelateerd aan het product van het aantal verzekerden bij de verzekeraar en de (landelijk) gemiddelde vereveningsbijdrage 2020 per verzekerde. Dit product is de zogenaamde grondslag. Bij de vaststelling van de extra bijdrage gaat het om de gemiddelde vereveningsbijdrage ten tijde van de (definitieve) vaststelling van de vereveningsbijdrage 2020. Die is nu uiteraard nog niet bekend, maar bij de toekenning van de vereveningsbijdrage 2020 bedraagt de gemiddelde vereveningsbijdrage 1.512 euro.

De vast te stellen extra bijdrage bedraagt bij:

- een catastrofeschadelast van 4% of minder van de grondslag: nihil;
- een catastrofeschadelast tussen 4% en 10% van de grondslag: $\frac{5}{3}$ van het verschil tussen de catastrofeschadelast en 4% van de grondslag;
- een catastrofeschadelast van 10% of meer, maar niet meer dan 20% van de grondslag: het bedrag ter grootte van de schadelast;
- een catastrofeschadelast van meer dan 20% van de grondslag: 20% van de grondslag.

In onderstaande figuur is het verband tussen de hoogte van de catastrofeschadelast (rode stippellijn) en de hoogte van de extra bijdrage (blauwe lijn) grafisch weergegeven.



Uit de figuur blijkt dat het bedrag dat voor rekening van de verzekeraar blijft (verschil tussen de rode stippellijn en de blauwe lijn) oploopt als de catastrofekosten tussen 0% en 4% van de grondslag liggen (tot zo'n 60 euro per verzekerde bij 4%). Vervolgens neemt dit bedrag weer af. Tussen 10% en 20% worden alle coronakosten vergoed. Daarna neemt het bedrag dat voor rekening van de verzekeraar blijft weer toe.

In variant A zijn de zorgverzekeraars (nagenoeg) volledig financieel risicodragend voor de reguliere zorgkosten 2020. Naar verwachting zullen een of enkele zorgverzekeraars een extra bijdrage kunnen krijgen uit de catastrofereregeling. Voor 2021 worden ex post compensaties verkend, wat betekent dat een deel van het financiële risico 2021 met betrekking tot de reguliere zorg van de zorgverzekeraars overgaat naar de overheid. In welke mate dat geldt, hangt af van de ruimhartigheid van de ex post compensatie.

In Variant B zien zorgverzekeraars collectief af van de catastrofebijdrage. Zij dragen volledig financieel risico over de zorgkosten 2020, inclusief zorgkosten van patiënten met COVID-19. Voor 2021 geldt dat een eventuele ex post compensatie op het totaal van de reguliere zorgkosten en de catastrofekosten Zvw toegepast wordt. Dat betekent dat een deel van het financiële risico 2021,

ook ten aanzien van de catastrofekosten, van de zorgverzekeraars overgaat naar het zorgverzekeringsfonds. In welke mate dat geldt, hangt af van de ruimhartigheid van de ex post compensatie.

2) Verdeling tussen de verzekeraars

Voor variant A is van belang dat voor zover nu bekend bij geen enkele zorgverzekeraar de catastrofeschadelast meer dan 20% van de grondslag bedraagt. Naar verwachting zal wel een of meer zorgverzekeraar(s) de drempel van 4% behalen. Deze verzekeraars kunnen een beroep doen op de catastrofereregeling en ontvangen (mogelijk) een extra bijdrage. De overige verzekeraars blijven onder de drempel en ontvangen geen extra bijdrage. Daarnaast zullen zorgverzekeraars ten dele gecompenseerd kunnen worden door ex post compensaties 2021 op de reguliere zorgkosten. De scheefheid van bijv. inhaalzorg tussen zorgverzekeraars kan daarmee (ten dele) weggenomen worden.

Voor variant B geldt dat zorgverzekeraars, naast de reguliere zorgkosten 2020 ook de catastrofekosten 2020 dragen. Voor die catastrofekosten worden zij dus niet gecompenseerd, hetgeen in de catastrofereregeling vanaf de drempel wel gebeurt. De ongelijkheid dat de ene verzekeraar harder wordt getroffen door de catastrofe dan de andere is sterker in variant B. Voor 2021 wordt via ex post compensaties een deel van deze ongelijkheid (in reguliere zorg plus catastrofekosten) tussen zorgverzekeraars weggenomen.

3) Chronisch karakter, voorspelkracht van corona/griep en vervolg in de risicovereeniging 2022 en verder

Bij variant A wordt de COVID-19 pandemie conform (de bedoeling van) de geldende wet- en regelgeving als 'incident' behandeld. Voor deze variant geldt dat vanaf 2022 coronazorg geen unieke positie meer in de risicovereeniging kent en er wordt teruggekeerd naar de reguliere situatie. De catastrofe (COVID-19 pandemie) wordt dan als afgesloten beschouwd en coronakosten daarmee als reguliere zorg. De coronakosten van 2020 en 2021 zijn gecompenseerd in de catastrofereregeling en leiden niet tot verzekerdenkenmerken en bijdragen voor 2022. In variant B, waarbij wordt afgezien van het gebruik van de catastrofereregeling is de overgang naar de reguliere situatie niet abrupt. De catastrofe wordt dan 'opgelost' binnen de verevening en coronadeclaraties lopen zowel in 2021 als 2022 mee in de risicovereeniging. Wel zal ook ten aanzien van de ex post compensaties weer worden teruggekeerd naar de reguliere werkwijze.

Wanneer iemand chronisch longpatiënt wordt als gevolg van corona (of de griep), en de behandeling van corona in 2021 leidt tot indeling in een vereveningskenmerk, dan wordt de zorgverzekeraar in 2022 bij variant B expliciet gecompenseerd voor de vervolgkosten (hoe goed en terecht die compensatie is, is dan nog wel de vraag). Wanneer de geldende wet- en regelgeving wordt gevolgd, dan gebeurt dat niet. In beide varianten (A en B) zal onderzoek moeten worden gedaan naar de mate van chroniciteit en de hoogte van vervolgkosten van (gevolgen van) COVID-19 om vast te stellen of de verzekerden met (een ziekte)geschiedenis van COVID-19 in een kenmerk moeten worden ingedeeld.

4) Prikkels (registratie en doelmatigheid)

Variant A vereist een afzonderlijke administratie van catastrofekosten. Qua prikkelwerking is het daarbij een aandachtspunt dat verzekeraars verplicht worden om iets te registreren waarvoor zij vervolgens alleen bij het passeren van de drempel een vergoeding krijgen. Dit betekent dat zorgverzekeraars een financiële prikkel hebben om zo min mogelijk coronakosten te registreren op het moment dat zij geen gebruik willen maken van de catastrofereregeling. Zorgverzekeraars die wel gebruik willen maken van de catastrofereregeling hebben juist een prikkel om zoveel mogelijk kosten als coronakosten aan te merken. Dit levert een risico op vermenging van catastrofekosten en reguliere kosten. Dit vereist dat bij een keuze voor deze variant zo helder mogelijk wordt vastgelegd welke kosten tot de catastrofeschadelast behoren en dat toezicht wordt gehouden op naleving hiervan.

Bij variant B bestaat deze prikkel niet. Daar treedt per definitie vermenging van de catastrofekosten en de reguliere kosten op.

5) Zekerheid / tijdige informatie

Bij zowel variant A als B wordt het reguliere risicovereveningsproces doorlopen. Bij variant B wordt dit proces iets complexer omdat er een aantal extra correcties als gevolg van corona noodzakelijk zijn. Er zijn meer lumpsumbedragen die verwerkt moeten worden en er moet mogelijk rekening gehouden worden met nieuwe/extra producten of tariefsopslagen. Dit is echter niet nieuw in de risicoverevening. Afhankelijk van de gekozen ex-post maatregelen is de uiteindelijke vereveningsbijdrage in beide varianten pas in 2025 definitief. Er wordt ook gesproken over mogelijke herschatting van het model 2021. Merk hierbij op dat herschatting voor zowel variant A als B ervoor zorgt dat het risicovereveningsproces fors muteert en extra onzekerheid met zich meebrengt.

Bij variant A moeten zorgverzekeraars naast de risicoverevening ook rekening houden met mogelijke kosten en bijdragen vanuit artikel 33. Zij hebben pas op 31-12-2021 zekerheid over de omvang van deze post die zowel betrekking heeft op 2020 als 2021. Deze extra onzekerheid leidt mogelijk tot extra risico-opslagen in de premie.

NB. Juridische aspecten

Het bestaan van de catastroferegeling en het compenseren van catastrofekosten via de reguliere risicoverevening gaan niet samen.

Catastrofekosten die niet ingebracht worden in de catastroferegeling of die niet volledig vergoed worden, blijven voor rekening van de verzekeraar(s)¹; De kosten moeten worden gezien als incidenteel en vallen daarmee niet onder de verevening². Hoewel het wel Zw-kosten betreft mogen ze in geen geval leiden tot een hogere vereveningsbijdrage [bijvoorbeeld via (macro)calculatie]. Ook mogen de catastrofekosten niet doorwerken in vereveningscriteria in latere jaren.

Gegeven de huidige wetgeving kunnen catastrofekosten dus niet in de reguliere verevening worden ingebracht als daarin macronacalculatie wordt afgesproken of als ze leiden tot compensatie via vereveningscriteria. Zelfs wanneer hier aan voorbijgegaan zou worden, is het openhouden van de mogelijkheid om een beroep te doen op de catastroferegeling, ook als verzekeraars nu voornemens zijn geen beroep te doen op een extra bijdrage op basis van de catastroferegeling, ongewenst. Een verzekeraar kan dan immers later alsnog besluiten, bijvoorbeeld na een tweede coronagolf, om alsnog een beroep te doen op de catastroferegeling. Afhankelijk van de gekozen ex post maatregelen kan dit leiden tot dubbele compensatie en/of toepassing van verschillende regimes voor verschillende verzekeraars. Alle partijen zijn het erover eens dat dergelijke keuzevariant onuitvoerbaar en onwenselijk is.

Conclusie: Variant B is juridisch alleen mogelijk als de catastroferegeling op enige wijze buiten werking wordt (en ook kan worden) gesteld.

6) Registratie

De COVID-19 pandemie leidt tot verschillende kosten die worden onderscheiden in twee groepen: de directe kosten voor COVID-19 patiënten (ook wel kostensoort 1 genoemd) en de indirecte meerkosten (kostensoorten 2 t/m 5). Het gaat hier om de kosten voor de inhuur van extra personeel, extra materiaal, kosten naar aanleiding van coronamaatregelen, enzovoorts. Om catastrofekosten uit te kunnen sluiten van de risicoverevening moeten deze kosten afzonderlijk geregistreerd worden. In het memo 'uitgangspunten kostensoorten' staat dit voor de kostensoorten 2 tot en met 5 voldoende uitgewerkt. Registratie van kostensoort 2 tot en met 5 is relatief eenvoudig, omdat dit vooral lumpsumbedragen zijn.

Voor kostensoort 1 (directe patiëntgebonden kosten) is een nadere uitwerking nodig. Zorgaanbieders moeten hierbij per verzekerde registreren welke kosten zij maken die het gevolg zijn van de catastrofe. Op deze manier kunnen zowel aan de kosten- als aan de kenmerkenkant de benodigde correcties uitgevoerd worden. Een dergelijke registratie vereist nauwgezette definities over wanneer de declaratie catastrofegeërelateerd is. Deze worden momenteel in overleg tussen ZN, VWS, NZa en ZIN verder vormgegeven. Eenvoudige oplossingen voor eenduidige registratie blijken niet voorhanden. Voor de volgende drie elementen moeten (sluitende) definities opgesteld worden:

- Wie heeft corona (gehad)?
- Wat zijn coronakosten?
- Wat zijn coronavervolgkosten?

Nadat deze definities zijn vastgesteld moeten verzekeraars borgen dat geen van de kosten die in de catastrofereregeling kunnen worden ingebracht in de bestanden zitten die zij aanleveren voor de (reguliere) risicovereeniging. In het proces betekent dit dat de zorgverzekeraars de gegevens voor de risicovereeniging bij ZIN aanleveren en dat de NZa toetst of deze gegevens correct zijn aangeleverd op basis van de accountantscontroles die op deze gegevens worden uitgevoerd. Het verkrijgen van een goedkeurende verklaring op deze bestanden vereist scherpe definities en een goed proces van registratie bij de aanbieders en verzekeraars. Omdat dit proces met terugwerkende kracht moet worden ingevoerd, de definities nog niet exact beschikbaar zijn, en een groot deel van de afspraken over de wijze van compensatie al zijn gemaakt bestaat het risico dat verzekeraars geen goedkeurende verklaring van hun accountant voor de risicovereenigingsgegevens verkrijgen. Als een goedkeurende verklaring ontbreekt voor de verzekeraars, komt er ook geen goedkeurende verklaring bij het fonds. Daarmee is de regelmatigheid en getrouwheid van de uitgaven uit het fonds niet geborgd. Dat heeft mogelijk consequenties voor de definitieve vaststelling van de risicovereenigingsbijdrage 2021.

7) Administratieve lasten: zorgaanbieder / verzekeraar en verzekeraar richting Zinl

In de regelgeving staat opgenomen dat de catastrofereregeling geen noemenswaardige gevolgen mag hebben voor de administratieve lasten voor de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Het Zorginstituut moet de aanvraagprocedure voor de extra bijdrage en de beleidsregels omtrent de betaling van de toegekende extra bijdrage zodanig inrichten dat ze zo weinig mogelijk administratieve lasten voor de zorgverzekeraars opleveren. Dit lijkt op gespannen voet te staan met de verplichting op grond van de wet om coronakosten op patiëntniveau te registreren.

Aandachtspunt daarbij is daarnaast dat in veel sectoren al afspraken zijn gemaakt over de vormgeving van de meerkostenregeling en de continuïteitsbijdrage. Daarbij zijn (nog) geen directe afspraken gemaakt over individuele registratie van de kosten die gerelateerd zijn aan de catastrofe. Het is naar verwachting lastig voor aanbieders om deze registratie met terugwerkende kracht voor de afgelopen maanden te maken.

¹ "Werden voor 2012 in het vereeningsjaar optredende onverwachte kosten nog meegenomen bij de in artikel 34 Zvw geregelde vaststelling van de risicovereenigingsbijdrage over dat jaar, vanaf het vereeningsjaar 2012 zal dat niet meer mogelijk zijn. Dat betekent dat vanaf 2012 artikel 33 zal moeten gebruikt, indien de overheid extra schaden ten gevolge van catastrofes wenst te compenseren."

² "Door catastrofes veroorzaakte zorgkosten die onder de drempel blijven, behoren tot het normale bedrijfsrisico van de zorgverzekeraars en dienen zij derhalve zelf te dragen."

³ "De zorgkostendrempel in het tweede lid van artikel 33 zorgt er voor dat slechts die catastrofes, die aanzienlijke hogere zorgkosten in t en t+1 tot gevolg hebben dan bij de toekenning van de risicovereenigingsbijdrage over t (in t-1) werden verwacht, tot een extra bijdrage leiden."

⁴ "Alle leden van artikel 33 tezamen, leiden ertoe dat de in artikel 134 tot en met 137 van de concept-verordening genoemde catastroferisicogeveallen (pandemieën, grootschalige ongevallen en het risico van hoge zorgkosten bij één zorgverzekeraar) voldoende door de regeling gedekt zijn."

⁵ "Voorts wordt opgemerkt dat de zorgkosten waarvoor een bijdrage op grond van artikel 33 Zvw wordt gegeven, incidenteel zijn (het gaat immers om catastrofes) en derhalve niet mee zullen worden genomen bij het bedrag aan zorgkosten op basis waarvan in jaren na het catastrofejaar de vereeningsbijdragen zullen worden toegekend en vastgesteld".