

Ref.: C.L.32.2020

خ.د. ٢٠٢٠-٣٢

مرفق كوفاكس للتوزيع المنصف والعاقل للقاحات

يهدى المدير العام لمنظمة الصحة العالمية (المنظمة) تحياته إلى الدول الأعضاء ويتشرف بالإشارة إلى مرفق اللقاحات العالمي (كوفاكس) التابع لمبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة كوفيد-١٩ (ACT).

في مواجهة الخسائر المأساوية في الأرواح والمعاناة البشرية الفادحة من جراء جائحة كوفيد-١٩، فضلاً عن خسائر الناتج الاقتصادي والحوافز المالية التي تُقدَّر قيمتها بتربليونات الدولارات، هناك حاجة ماسّة إلى إتاحة اللقاحات الفعالة ضد كوفيد-١٩ على نحو عالمي منصف. والطريقة الوحيدة التي يمكن بها فتح أي اقتصاد بشكل كامل هي من خلال حماية البلدان كافة من الخطر الداهم المتمثل في معاودة ظهور العدوى وتفشيها. فلا بد من حل جماعي جريء لإنهاء هذه المرحلة الحادة من الجائحة.

وهذا الحل هو تحديداً ما يقدّمه مرفق "كوفاكس": فمن خلال تنويع الحوافز وتجميع الموارد المالية والعلمية وتحقيق وفورات الحجم، يمكن للحكومات المشاركة تقاسم مخاطر دعم اللقاحات المرشحة غير الناجحة، وضمان إتاحة اللقاحات المنقذة للأرواح أمام الحكومات كافة، والتعاون من أجل التوصل إلى حل عالمي يحمي النظم الصحية وينعش المجتمعات والاقتصادات. فمرفق كوفاكس يدعم البلدان في تأمين نفسها ضد فشل أي لقاح فردي مرشح وضمان الحصول على لقاحات ناجحة بصورة هادفة وفعالة من حيث التكلفة.

إن التعاون من خلال مرفق "كوفاكس" يجسّد فرصة أكبر لتقاسم المكاسب من خلال الحصول على اللقاحات المرشحة الناجحة، كما يمثل فرصة لخفض أسعار هذه اللقاحات، لأن المنافسة في ظل سيناريو المخاطر غير المتقاسمة تؤدي إلى سوق تسودها الفوضى والتلاعب بالأسعار في خضم تنافس فرادى اللاعبين على الموارد المحدودة.

ومرفق "كوفاكس"، الذي تتشارك في قيادته المنظمة مع التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع (Gavi) والائتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة (CEPI)، هو منصة مفتوحة أمام جميع الدول الأعضاء، بما فيها الدول التي ستموّل شراء لقاحاتها بنفسها، وكذلك الدول المشاركة المؤهلة للحصول على دعم لتمويل تكلفتها بواسطة آلية "التزام السوق المسبق" لتحالف غافي، وعددها ٩٢ دولة.

لقد عكفنا على تأسيس مرفق كوفاكس معاً، وأصبحت لدينا الآن الآليات التي تتيح لكل بلد – بما في ذلك البلدان التي لديها التزامات قائمة – الانضمام إلى المرفق للاستفادة من المزايا النسبية التي يتيحها، والمساهمة بدورها في حل هذه المشكلة العالمية من خلال نهج جماعي وليس حمائي.

Organización Mundial de la Salud • World Health Organization

Всемирная организация здравоохранения • 世界卫生组织 • Organisation mondiale de la Santé

ونعرب عن شكرنا لأكثر من ٨٠ دولة مشاركة ممولة ذاتياً أعربت عن اهتمامها بالانضمام إلى مرفق كوفاكس، لتتضم بذلك إلى ٩٢ دولة مشاركة مؤهلة للحصول على الدعم في إطار التزام السوق المسبق. غير أن المرفق يقف الآن عند منعطف حرج وتوقيت حساس، حيث يتعين تقديم التزامات الإمداد باللقاحات لدى مصنعي اللقاحات. ومن ثم، يُرجى من المشاركين الممولين ذاتياً الإعراب عن التزامهم بالانضمام إلى المرفق في موعد أقصاه ٣١ آب/ أغسطس ٢٠٢٠، على أن تُطلب الالتزامات الرسمية بعدها بفترة وجيزة. كما يُرجى من المشاركين المؤهلين للاستفادة من آلية "التزام السوق المسبق" أن يدعموا الجهود الرامية إلى تأمين التمويل اللازم للمرفق. ويمكن توجيه أي أسئلة بشأن مرفق كوفاكس على عنوان البريد الإلكتروني: 5.1.2e@gavi.org.

إن حاجة المجتمع والاقتصاد إلى استعادة عافيتهما تحتم علينا الإسراع في توفير اللقاح وضمان توزيعه على نحو منصف عالمياً وإتاحته لجميع البلدان. والعمل مع مرفق كوفاكس ومن خلاله يتيح للمجتمع الدولي فرصة تحقيق هذا الهدف.

هذا، ويغتنم المدير العام لمنظمة الصحة العالمية هذه الفرصة ليعرب للدول الأعضاء مجدداً عن فائق التقدير والاحترام.

جنيف، ١٧ آب/ أغسطس ٢٠٢٠

Onderlinge solidariteit
tussen zorgverzekeraars
voor financiële effecten
van Corona

*Advies uitwerking van de methodiek
voor stap 2 van de solidariteitsregeling*



Ter bespreking ZoBeCo
13 augustus 2020



Leeswijzer van dit document

Zorgverzekeraars Nederland heeft PwC gevraagd om ten behoeve van de besluitvorming door het ZN-bestuur een advies op te leveren over de invulling van stap 2 van de solidariteitsregeling.

- **Advies 1: Bandbreedtemethodiek – bepalen verwacht vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona**
De bandbreedtemethodiek herverdeelt de financiële effecten als gevolg van Corona in de risicoverevening 2020, die niet in stap 1 zijn ondervangen ten behoeve van het gelijk speelveld. Het herverdelingsbedrag per zorgverzekeraar wordt bepaald op basis van de afwijking van het verschil tussen het verwachte vereveningsresultaat 2020 en het werkelijke vereveningsresultaat 2020 ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De verwachte situatie 2020 dient zo goed als mogelijk de situatie na te bootsen ingeval er geen Corona zou zijn in 2020 en daarin recht wordt gedaan aan de reguliere concurrentieposities. Vier varianten voor het bepalen van de verwachte situatie 2020 zijn onderzocht en uitgewerkt.
- **Advies 2: Bandbreedtemethodiek – keuze drempelbedrag en herverdelingspercentage**
Twee parameters dienen vastgesteld te worden om de bandbreedtemethodiek uit te voeren:

 - Het drempelbedrag per premie-equivalent: wat is de toegestane bandbreedte c.q. wat zijn de financiële effecten die zorgverzekeraars onderling willen dragen?
 - Het herverdelingspercentage: conform welk percentage worden de financiële effecten buiten de bandbreedte herverdeeld?
- **Advies 3: Alternatieve methodiek**
Een voorstel voor een alternatieve methodiek is uitgewerkt.

Dit document beschrijft ons advies op bovenstaande drie onderdelen ten behoeve van besluitvorming over de methodiek van stap 2, inclusief de uitgangspunten en afweging van de voor- en nadelen. Wij onderbouwen onze adviezen en nemen hierin de afwegingen op uitvoerbaarheid/ meetbaarheid, tijdigheid, rechtvaardige verdeling, impact op het level playing field en eenvoud/transparantie mee. Dit advies is een aanvulling op het eerdere advies over art. 33 en grensoverschrijdende zorg, d.d. 5 augustus 2020.

In dit document is nog niet de zuiverheid getoetst van de bandbreedte-methodiek op basis van fictieve cijfers (nu alleen een conceptuele toetsing). Ook is uitvoerbaarheid van de bandbreedte-methodiek nog niet getoetst bij het Zorginstituut. Deze punten volgen op basis van de besluitvorming over de invulling van de methodiek voor stap 2.



Inhoud

01 Aanleiding en doel

02 *Adviezen:* uitwerking van de bandbreedtemethodiek
- Variant verwacht vereveningsresultaat 2020
- Keuze bandbreedteparameters

03 *Advies:* alternatieve methodiek

04 Bijlagen: nadere toelichting en uitwerking



Aanleiding: Financiële effecten als gevolg van Corona zijn onevenredig verdeeld onder zorgverzekeraars

- De Corona pandemie heeft een grote impact gehad op de zorgverlening en daarmee ook de zorgkosten.
- De effecten van Corona verschillen sterk per regio*. Sommige zorgverleners zijn zwaarder getroffen dan anderen, zowel met betrekking tot de Coronazorg als de vraaguitval/ inhaalzorg.
- Zorgverzekeraars hebben te maken met een ongelijke verdeling van de financiële effecten als gevolg van Corona, met tot gevolg een verstoring van het gelijke speelveld.
- De Corona pandemie is een extreme omstandigheid. De oorzaken en de gevolgen van de pandemie liggen buiten de invloedssfeer van zorgverzekeraars. De financiële effecten zijn niet voorzien door zorgverzekeraars.

Doel van de solidariteitsregeling is het gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te bewaken en te behouden. De financiële effecten van Corona worden onderling herverdeeld. Dit om te voorkomen dat deze extreme, onvoorziene situatie de reguliere concurrentieposities tussen zorgverzekeraars ernstig aantast en daardoor de zorgverzekeringsmarkt uit het evenwicht brengt.



Uitgangspunten solidariteitsregeling 2020

- De solidariteitsregeling wordt ingezet voor 2020.
- Deze regeling verdeelt de financiële effecten van Corona evenredig onder zorgverzekeraars. Dit draagt bij aan het gelijk speelveld.
- De regeling bestaat uit twee stappen*:

Stap 1: Onderlinge solidariteit CB-regelingen en art. 33 catastroferegeling

Stap 2: Onderlinge solidariteit voor resterende financiële effecten voor 2020

- De regeling past bij de maatschappelijke rol van zorgverzekeraars. Zij zijn met elkaar verantwoordelijk voor een doelmatige, kwalitatief goede uitvoering van de Zvw.
- Zorgverzekeraars zijn private, risicodragende partijen. De regeling is dusdanig vormgegeven dat zo goed als mogelijk recht wordt gedaan aan de reguliere concurrentieposities op de zorgverzekeringsmarkt.
- Deelname aan de regeling is vrijwillig, zowel stap 1 als stap 2. Vanuit de solidariteitsgedachte en het bewerkstelligen van een volledige rechtvaardige verdeling van de financiële effecten van Corona is het zeer wenselijk dat zorgverzekeraars zowel deelnemen aan stap 1 als aan stap 2. Zie hiervoor de onderbouwing van de noodzaak tot stap 2 en de uitwerking van scenario's ter onderbouwing van de toegevoegde waarde van stap 1 en stap 2 tezamen: slide 11 en 23.

* In opvolging van ons advies, dd. 5 augustus 2020, over de invulling van art. 33 en grensoverschrijdende zorg in de solidariteitsregeling.



Doel van de opdracht: advies over invulling van de solidariteitsregeling en uitwerking van stap 2 in alle facetten

PwC is gevraagd te ondersteunen bij:

1. Advies over de invulling van de solidariteitsregeling (stap 1 en stap 2), gericht op:

- Art. 33 catastroferegeling: Coronakosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling in stap 1
- Grensoverschrijdende zorg: Effecten van grensoverschrijdende zorg in stap 2

– Advies dd. 5 augustus 2020

– Advies dd. 5 augustus 2020

2. Uitwerken stap 2 in alle facetten, in een bandbreedte-methodiek en een alternatieve methodiek

Dit leidt tot een advies over:






- Opstellen van verwacht vereveningsresultaat 2020 zonder effecten van Corona voor de bandbreedte-methodiek
- Keuze van de bandbreedte-parameters
- Opzet voor een alternatieve methodiek

– Slides 15 t/m 23

– Slide 24

– Slide 25

In het opstellen van het advies nemen wij de volgende punten mee:

-  **Uitvoerbaarheid/ meetbaar** de regeling dient goed uitvoerbaar te zijn, zonder buitensporige uitvoeringslasten.
-  **Tijdigheid** bij voorkeur is de doorlooptijd tot uitvoering van de regeling zo kort mogelijk.
-  **Rechtvaardige verdeling** de financiële effecten als gevolg van Corona worden evenredig onder zorgverzekeraars verdeeld.
-  **Impact op level playing field** de uitvoering van de regeling draagt bij aan een gelijk speelveld.
-  **Eenvoud en transparantie** regeling dient zo eenvoudig mogelijk te zijn (gegeven de complexe situatie) en de totstandkoming van de hervdeling is goed uitlegbaar.

Besluitvorming over de invulling van de methodiek van stap 2 betreft een afweging tussen zuiverheid en uitvoerbaarheid.

Scope van de opdracht

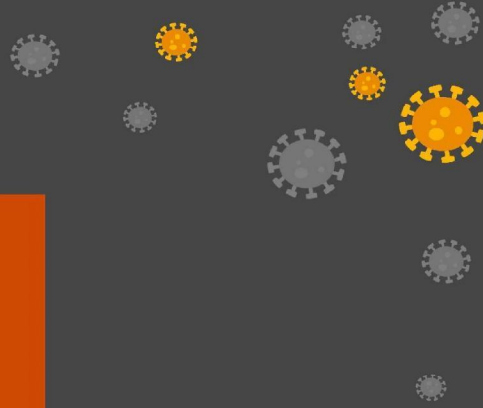
- Wij focussen in deze opdracht op stap 1 (onderdeel 1b) en stap 2 van de solidariteitsregeling voor de **risicovereeniging 2020**.
- Wij werken de **methodiek voor stap 2 conceptueel in alle facetten** uit. Op basis van de uitwerking van deze methodiek in onderhavig document, in aanvulling op een eerdere uitwerking over de invulling van stap 1 en stap 2 gericht op art. 33 catastroferegeling en grensoverschrijdende zorg (dd. 5 augustus 2020) kunnen zorgverzekeraars een besluit nemen over de invulling van stap 1 en de methodiek van stap 2 van de solidariteitsregeling.
- De **zuiverheid** van de opgestelde methodiek wordt getoetst aan de hand van gestileerde voorbeelden: dit zijn fictieve simulaties op realistische cijfers*. Doel van deze conceptuele toetsing is te bepalen of de opgestelde methodiek financiële effecten als gevolg van Corona herverdeelt en daarmee bijdraagt aan het gelijk speelveld. Wij kunnen de werkelijke uitwerking met de herverdelingseffecten en resterende financiële risico's nu niet kwantificeren. De betreffende gegevens zijn nog niet beschikbaar. Voor besluitvorming over de methodiek voor stap 2 is het echter niet noodzakelijk om de financiële effecten gekwantificeerd te hebben. Het is juist wenselijk dat zorgverzekeraars beslissen over deelname aan de solidariteitsregeling op basis van de conceptuele uitwerking van de methodiek en niet op basis van de daadwerkelijke financiële uitwerking van de herverdelingseffecten op haar portefeuille.
- Wij toetsen de **uitvoerbaarheid** van de opgestelde methodiek. Wij treden hierover in overleg met zorgverzekeraars en het Zorginstituut Nederland*. Wij hanteren hierbij de vuistregel dat de solidariteitsregeling zo eenvoudig mogelijk dient te zijn en zoveel als mogelijk aansluit bij bestaande gerelateerde beleidsregels en wet- en regelgeving. *Noot:* het Zorginstituut Nederland besluit, los van deze opdracht, of zij de solidariteitsregeling gaat uitvoeren. De uitvoering van de solidariteitsregeling ligt buiten scope van de opdracht.
- Wij vormen geen oordeel over de deelname van individuele zorgverzekeraars aan de solidariteitsregeling.
- Ook doen wij geen uitspraak over de juridische uitvoerbaarheid van de solidariteitsregeling en de procedure rondom de goedkeuring van deze regeling door de ACM.

Proces

- De uitwerking in onderhavig document is tot stand gekomen in overleg met alle zorgverzekeraars in de CRV-bijeenkomsten: 22 juli, 28 juli, 4 augustus en 11 augustus. Dit waren technische overleggen. In aanvulling hierop is alle input, zowel per e-mail als telefoon, die vanuit individuele zorgverzekeraars is ontvangen meegenomen.
- Tussentijdse versie(s) en adviezen zijn ook besproken in de kerngroep financiën (28 juli en 4 augustus) en de ZoBeCo (6 augustus).
- Vervolgens hebben wij een onafhankelijk advies opgesteld over de methodiek voor stap 2. Dit advies is gebaseerd op de tot ons beschikbare documenten en informatie ten tijde van het opstellen van dit advies.

Adviezen – uitwerking van de bandbreedtemethodiek

- *Variant verwacht vereveningsresultaat 2020*
- *Keuze bandbreedteparameters*



Solidariteitsregeling 2020 bestaat uit 2 stappen

<u>Risicoverevening 2020</u>		<u>Risicoverevening 2021</u>
Stap 1	Stap 2	Stap 3
Onderlinge solidariteit in de CB-regelingen MSZ, MSZ*, GGZ en wijkverpleging (en eventuele toekomstige CB-regelingen), en andere financiële effecten als gevolg van Corona die meetbaar en substantieel zijn.	Onderlinge solidariteit voor resterende risico's door effecten van Corona, door middel van bandbreedtemethodiek of alternatieve (eenvoudigere) methodiek.	Inzet van ex post maatregelen in risicoverevening 2021
Doel: Onderlinge solidariteit voor de extra kosten van de continuïteitsbijdrage en de Corona (meer)kosten onder art. 33, inclusief de bijdrage uit hoofde van art 33.	Doel: De resterende risico's als gevolg van financiële effecten van Corona na stap 1 onderling verdelen onder zorgverzekeraars ten behoeve van het gelijk speelveld.	Doel: Verminderen van onevenredige financiële effecten als gevolg van Corona in de risicoverevening 2021.
Uitgangspunt: Het gaat in deze stap om financiële effecten van Corona die specifiek zijn te identificeren en te isoleren van andere financiële effecten van Corona. Deze effecten zijn meetbaar en substantieel.	Uitgangspunt: Onderlinge solidariteit voor alle resterende financiële effecten van Corona, die niet in stap 1 zijn herverdeeld. Deze stap herverdeelt de resterende financiële effecten van Corona die het gelijk speelveld aantasten. Deze effecten zijn niet allen vooraf goed identificeerbaar. Dit is een reden om te kiezen voor een methodiek die de resterende risico's van Corona opvangt.	* Buiten scope van deze opdracht.
Uitwerking slide 10, in opvolging op het advies dd. 5 augustus 2020	Uitwerking slides 11 t/m 23, in opvolging op het advies dd. 5 augustus 2020	

Uitwerking stap 1 - Uitgangspunten

- Stap 1 bestaat uit twee onderdelen:

Stap 1A: Onderlinge solidariteit CB-regelingen

Stap 1B: Kosten en extra bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling

Uitgangspunten

- Stap 1A en stap 1B hoeven niet noodzakelijk tegelijk te worden afgerekend. De doorlooptijd van stap 1B is langer dan van stap 1A. Het is mogelijk eerst stap 1A af te rekenen en op een later moment stap 1B. Stap 1B kan worden uitgevoerd zodra het vereveningsjaar 2020 definitief is afgesloten, in verband met de kosten in 2020 die onder de catastroferegeling vallen. Naar verwachting kan deze afrekening plaatsvinden in 2024.
- Stap 1A:** zie uitwerking in bijlage 1.1 en 1.2. Dit onderdeel is buiten scope van deze opdracht.
- Stap 1B:** zie uitwerking in bijlage 1.3 en 1.4 op basis van het advies op 5 augustus. In aanvulling hierop geldt:
 - Het ZIN neemt in beleidsregels op welke kosten vallen onder de catastroferegeling. Daarmee wordt ook bepaald onder welke voorwaarden een zorgverzekeraar aanspraak maakt op een bijdrage uit hoofde van deze catastroferegeling. Wij adviseren om bij de definitie van de kosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 in stap 1B 1-op-1 aan te sluiten bij deze beleidsregels voor de uitvoerbaarheid en consistentie met bestaand beleid en regelgeving. .
 - De kosten die vallen onder de catastroferegeling, maar al zijn meegenomen in stap 1A van de solidariteitsregeling, worden *niet* meer in stap 1B ingebracht. Dit is ter voorkoming van een dubbele verrekening van dezelfde kosten.
 - De kosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling worden apart verrekend door een Trusted Third Party (TTP). De TTP saldeert de bijdrage uit hoofde van art. 33 met de kosten onder deze regeling, waardoor uiteindelijk de saldo-bedragen onderling worden herverdeeld. Deze werkwijze blijkt uitvoeringstechnisch gemakkelijker te zijn dan dat individuele zorgverzekeraars zelf de bedragen salderen.

Noodzaak stap 2 – Er zijn resterende financiële effecten van Corona die niet in stap 1 zijn ondervangen en onevenredig zijn verdeeld

In stap 1 zijn reeds substantiële bedragen herverdeeld ten behoeve van het gelijke speelveld (CB-regelingen voor zorginstellingen met omzet > € 5,12b). Echter, er zijn resterende financiële effecten van Corona die *niet* in stap 1 zijn ondervangen en die onevenredig zijn verdeeld. Dit kan leiden tot verstorende effecten voor het gelijk speelveld. Dit geeft de noodzaak aan voor het inregelen van stap 2 van de solidariteitsregeling.

- De omvang van de financiële effecten in stap 2 is op dit moment niet te kwantificeren. Deze informatie is nog niet bekend/ beschikbaar.
Het is daarom op voorhand niet te stellen dat het in stap 2 om geringe bedragen gaat en dat stap 2 daarmee niet nodig zou zijn. Overigens is het ook niet op voorhand vast te stellen dat het om substantiële bedragen gaat.
- Er kunnen financiële effecten optreden op verschillende onderdelen in stap 2 (zie hieronder). Deze afzonderlijke effecten zijn niet allen te isoleren dan wel te kwantificeren, om daarmee deze effecten op een andere wijze in de solidariteitsregeling mee te nemen (als onderdeel van stap 1). Gezien de voorbeelden van mogelijke verstorende effecten is er voldoende aanleiding om stap 2 in te regelen.
- Door stap 2 in te regelen is geborgd dat er onderlinge afspraken zijn over op welke manier financiële effecten als gevolg van Corona worden herverdeeld. Wij zijn van mening dat het goed is om deze afspraken onderling te maken voordat er zicht is op de daadwerkelijke effecten. Ook zijn wij van mening dat stap 2 nodig is in aanvulling op stap 1 om uiteindelijk een rechtvaardige verdeling van de financiële effecten van Corona te bewerkstelligen. Stap 1 op zichzelf zorgt namelijk niet voor een totale rechtvaardige verdeling van alle financiële effecten van Corona. Zie uitwerking van de scenario's: slide 26.

Voorbeelden van verstorende effecten als gevolg van Corona*

Uitwerking: Bijlage 1.4 en 1.5

- Bij de definitieve vereveningsbijdrage 2020 op de volgende onderdelen:
 - 1 – Indeling bij een aantal vereveningskenmerken
 - 2 – Flankerend beleid inclusief Coronakosten
 - 3 – HKC voor de GGZ-kosten
- Vraaguitval/ inhaalzorg bij reguliere zorg die niet onder de CB-regelingen vallen of voor zorgaanbieders die geen gebruik van CB-regeling hebben gemaakt (niet stap 1A)
- Grensoverschrijdende zorg
- Opbrengsten verplicht eigen risico

* Deze lijst is niet limitatief. De gedachte van stap 2 is juist dat deze regeling er voor zorgt om solidair te zijn met alle financiële effecten van Corona, ook die nu nog niet bekend zijn.

Uitwerking stap 2 - Uitgangspunten

- Stap 2 bestaat uit:

Bandbreedemethodiek (dit is de voorkeursmethodiek)

Alternatieve methodiek

Uitgangspunten

- Stap 2 wordt uitgevoerd in opvolging van stap 1. In stap 2 wordt bij het bepalen van het werkelijke vereveningsresultaat 2020 (inclusief de effecten van Corona) uitgegaan van de zorgkosten na de herverdeling van stap 1. Dus de herverdeelde zorgkosten die volgen uit stap 1 worden gebruikt in stap 2 bij het bepalen van het werkelijke vereveningsresultaat.
- In stap 2 dient zo goed als mogelijk recht te worden gedaan aan de reguliere concurrentieposities van zorgverzekeraars. De methodiek is gericht op het herverdelen van financiële effecten als gevolg van Corona; niet de reguliere voor- of nadelen vanuit de risicoverevening
- Er wordt uitgegaan van de **definitieve situaties** van het betreffende vereveningsjaar/jaren o.b.v. definitieve vaststelling(en).
- Stap 2 wordt uitgevoerd op het totale vereveningsresultaat; dit gaat om de deelbedragen variabele zorgkosten, GGZ-kosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico tezamen; en niet op de afzonderlijke deelbedragen.
- Stap 2 houdt **geen** rekening met zorginkoop-effecten, beleggingen, beheerskosten en de solvabiliteitspositie* van individuele zorgverzekeraars. Stap 2 gaat uit van het vereveningsresultaat; niet het financieel resultaat.
- Stap 2 is zoveel als mogelijk gebaseerd op objectieve, eenduidige gronden.

PwC * Dit onderdeel is besproken tijdens de stuurgroep op 30 juli 2020. In dit overleg is vernomen dat de solvabiliteitspositie niet wordt meegenomen in de solidariteitsregeling. Dit onderdeel is daarmee niet verder onderzocht bij de uitwerking van stap 2.

Stap 2 – Conceptuele uitwerking van bandbreedtemethodiek

De bandbreedte-methodiek werkt als volgt:

- a** Bepaal het **verwachte vereveningsresultaat 2020** voor elke zorgverzekeraar; dit is het resultaat zonder de effecten van Corona.
- b** Bepaal het **werkelijke vereveningsresultaat 2020** op basis van definitieve vaststelling 2020 voor elke zorgverzekeraar; dit is het vereveningsresultaat inclusief de effecten van Corona en op basis van de zorgkosten die volgen na de herverdeling in stap 1.
- c** Bepaal de **afwijking** voor elke zorgverzekeraar in het verschil in het vereveningsresultaat ten opzichte van het landelijk gemiddelde.
- Bereken het verschil per zorgverzekeraar tussen het verwachte vereveningsresultaat en het werkelijke vereveningsresultaat per premie-equivalent: dit is onderdeel a minus onderdeel b.
 - Bereken het landelijk gewogen gemiddelde van het verschil in het vereveningsresultaat.
 - Bepaal de afwijking in het verschil in het vereveningsresultaat per zorgverzekeraar (onderdeel i) ten opzichte van het landelijk gemiddelde (onderdeel ii).
- d** Bepaal welke zorgverzekeraars buiten de vooraf vastgestelde bandbreedte vallen. Dit is zowel de afwijking boven als onder het vastgestelde **drempelbedrag** ten opzichte van het landelijk gemiddelde, en de hoogte van deze afwijking.
- e** Bepaal op basis van onderdeel d welke bedragen onderling worden verrekend, conform het vastgestelde **herverdelingspercentage**.
- Indien de onderlinge verrekening in onderdeel e niet budgetneutraal is, wordt het tekort of de overschot evenredig verdeeld over alle zorgverzekeraars om budgetneutraal uit te komen:
- Bepaal het totale bedrag dat dient te worden ingebracht of uitgekeerd om de bandbreedte-methodiek budgetneutraal te krijgen.
 - Bepaal het bedrag per premie-equivalent: bedrag uit onderdeel i van stap f delen door het totaal aantal premie-equivalenten over alle zorgverzekeraars.
 - Bepaal op basis van het aantal premie-equivalenten per zorgverzekeraar de inbreng of ontvangst voor deze zorgverzekeraar.

Advies: slides 15 t/m 23

Advies: slide 24

Advies: slide 25

Bandbreedtemethodiek – 4 varianten uitgewerkt voor het bepalen van verwachte situatie 2020 zonder Corona

- Er zijn 4 varianten onderzocht en uitgewerkt voor het bepalen van de verwachte situatie 2020 zonder Corona:

A1: Definitieve vereveningsresultaat 2019 met correcties voor verzekerdmutaties en modelwijzigingen 2020.

A2: Gemiddelde definitieve vereveningsresultaat van 2019 t/m 2017 met correcties voor verzekerdmutaties en modelwijzigingen 2020.

A3: Verwachte vereveningsresultaat 2020 o.b.v. prognoses van individuele zorgverzekeraars bij de premiestelling 2020.

B1: Definitieve vereveningsresultaat 2020 met achteraf correcties voor de effecten van Corona.

- Deze vier varianten zijn tot stand gekomen in overleg met de CRV. Reacties van de CRV op tussentijdse uitwerkingen zijn meegenomen in het opstellen van de methodiek. In de CRV is door het merendeel van de zorgverzekeraars aangegeven dat de methodiek niet te complex dient te zijn vanwege uitvoerbaarheid. De methodiek dient zo goed als mogelijk de verwachte situatie 2020 te simuleren om daarmee de belangrijkste financiële effecten als gevolg van Corona te herverdelen.
- De varianten beoordelen wij op:

-  *Uitvoerbaarheid/ meetbaar*
-  *Tijdigheid*
-  *Rechtvaardige verdeling*
-  *Impact op level playing field*
-  *Eenvoud en transparantie*

Advies: Variant A2 voor bepalen van de verwachte situatie 2020 in bandbreedtemethodiek

Variant A2 is minder gevoelig voor jaar-specifieke effecten ten behoeve van de representativiteit voor 2020 dan variant A1, met name bij kleine(re) zorgverzekeraars. Wel is deze variant uitvoeringstechnisch complexer dan variant A1. Variant A3 heeft niet de voorkeur vanwege subjectiviteit op onderdelen. Variant B1 past conceptueel niet goed bij stap 2.

	Variant A2 - Voorkeur	Variant A1	Variant A3	Variant B1
Uitvoerbaarheid/ Meetbaar	Technisch uitvoerbaar maar wel complexer in de uitvoering dan variant A1.	Technisch uitvoerbaar en het meest eenvoudig van de onderzochte varianten.	Minder goed uitvoerbaar dan variant A1 en A2, vanwege subjectiviteit op onderdelen.	Uitvoeringstechnisch het meest complex van alle varianten, alle effecten van Corona dienen te worden gedefinieerd.
Tijdigheid	Uitvoerbaar in 2024 (na DV 2020)	Uitvoerbaar in 2024 (na DV 2020)	Uitvoerbaar in 2024 (na DV 2020)	Uitvoerbaar in 2024 (na DV 2020)
Rechtvaardige verdeling	In de verwachte situatie zijn alle reguliere effecten in 2019, 2018 en 2017 gemiddeld, waardoor deze variant minder gevoelig is voor jaar-specifieke effecten dan variant A1 t.b.v. de representativiteit voor 2020. De effecten van Corona, ook die niet waren voorzien of die niet geïsoleerd kunnen worden, komen tot uitdrukking in de bandbreedte (afhankelijk van het drempelbedrag).	In de verwachte situatie zijn alle reguliere effecten in 2019 inbegrepen, die zo goed als mogelijk representatief zijn gemaakt voor 2020. De effecten van Corona, ook die niet waren voorzien of die niet geïsoleerd kunnen worden, komen tot uitdrukking in de bandbreedte (afhankelijk van het drempelbedrag).	De verwachte effecten voor 2020, voortgaand aan Corona, zijn inbegrepen in de prognoses van individuele zorgverzekeraars bij de premiestelling 2020. De effecten van Corona komen tot uitdrukking in de bandbreedte (afhankelijk van het drempelbedrag).	Effecten van Corona die niet waren voorzien worden niet gecorrigeerd. Hierdoor kunnen er nog steeds resterende risico's a.g.v. Corona zijn die het gelijk speelveld verstoren. Deze variant past niet goed bij de conceptuele gedachte van stap 2, afgezien dat deze variant uitvoeringstechnisch complex is.
Impact op level playing field	Hervermdeling van financiële effecten a.g.v. Corona draagt bij aan het level playing field. Dit gebeurt o.b.v. het gemiddelde vereveningsresultaat over 3 voorgaande jaren in relatie tot de werkelijke resultaten 2020. Deze variant is minder gevoelig voor jaar-specifieke effecten dan variant A1.	Hervermdeling van de effecten a.g.v. Corona vindt plaats o.b.v. de verhoudingen in 2019, na correcties voor het representatief maken voor 2020. Deze variant is gevoeliger voor jaar-specifieke effecten dan variant A2, met name bij kleine(re) zorgverzekeraars kan dit zorgen voor relatief grotere fluctuaties dan bij grote(re) zorgverzekeraars.	Inbreng van subjectiviteit door gebruik te maken van prognoses van individuele zorgverzekeraars. Verschillen in de methodiek van deze prognoses, en mogelijk andere (strategische) bedrijfskeuzes worden meegenomen in de herverdeling.	Zie hierboven.
Eenvoud en transparantie	De methodiek en de daaruit volgende uitkomsten zijn goed uitlegbaar, maar complexer dan variant A1.	Methodiek en de daaruit volgende uitkomsten zijn goed uitlegbaar. Deze variant is het meest eenvoudig.	Complex om de subjectiviteit in de cijfers te duiden; geen correcties nodig voor verkerdenmutatie of modelwijzigingen zoals bij variant A1 en A2.	Complex in de uitvoering door de noodzaak tot het definiëren van alle effecten a.g.v. Corona.
Uitwerking op:	Slide 16 en 17	Slide 18 en 19	Slide 20	Slide 21

Methodiek variant A1 – Definitief vereveningsresultaat 2019, met correcties verzekerdenmutatie en modelwijzigingen

Methodiek voor het bepalen van het verwachte vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona

Bijlage 1.10 en 1.11

- In variant A1 is de verwachte situatie 2020 gebaseerd op:

I. Definitief vereveningsresultaat 2019 per zorgverzekeraar

Dit vereveningsresultaat wordt bepaald op basis van de definitieve vaststelling 2019 (uitgevoerd in 2023). Dit is resultaat is het verschil tussen de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage 2019 en de werkelijke zorgkosten 2019.

II. Correctie voor verzekerdenmutatie per 1 januari 2020

Het resultaat uit onderdeel I wordt gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie per 1 januari 2020; zie bijlage 1.9 voor de uitwerking van deze correctie.

III. Correctie voor modelwijzigingen 2019 – 2020

Vervolgens wordt het resultaat uit onderdeel II gecorrigeerd voor de effecten van modelwijzigingen per 2020; zie bijlage 1.10 voor de uitwerking.

Aanvullende correctie ter overweging – nu niet opgenomen in de methodiek voor variant A1

Bijlage 1.13 en 1.14

- Correctie voor zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020**

Variant A1 houdt geen rekening met zorginkoop- en beheersmaatregelen die per 1 januari 2020 zijn ingezet, en die daarmee afwijken van de reguliere effecten en patronen die in 2019 zijn inbegrepen. Op de volgende slide zijn de aannames en voor- en nadelen van variant A1 uiteengezet.

Om rekening te houden met deze zorginkoop – en beheersmaatregelen voor 2020 is het technisch mogelijk om een correctie uit te voeren op het berekende vereveningsresultaat van 2019. Bijlage 1.12 bevat een voorstel voor een correctie. Dit voorstel is gebaseerd op prognoses van individuele zorgverzekeraars ten tijde van de premiestelling 2020.

In de CRV van 11 augustus is deze correctie besproken. Het merendeel van de zorgverzekeraars gaf aan dat de broninformatie voor deze correctie subjectief is en dat het daarmee niet wenselijk is om deze informatie te gebruiken. Om deze reden is deze correctie voor nu niet verder verkend*.

- Correctie voor gewijzigde buitenlandpercentage in vereveningsbijdrage 2020**

Het buitenlandpercentage voor bepaling van de vereveningsbijdrage is gewijzigd per 2020. Deze wijziging is niet inbegrepen in de mutatie op basis van de OT. Het is technisch mogelijk om de verzekerden die worden ingedeeld in de 'buitenland-klasse' dit gewijzigde buitenlandpercentage in 2020 toe te rekenen in de berekening van het verwachte vereveningsresultaat 2020. Deze correctie maakt de uitvoering van deze variant technisch complexer. Naar verwachting is het effect (relatief) beperkt.

PwC * Indien gewenst kunnen wij de mogelijkheden voor deze correctie nader onderzoeken, bijvoorbeeld om mogelijk onderdelen vanuit Solvency II rapportages te gebruiken.

Methodiek variant A1 – Aannames, voor- en nadelen*

Aannames variant A1 (zonder aanvullende correcties)

- Alle reguliere effecten en patronen in 2019 worden meegenomen in de bandbreedte-bepaling. Bij variant A1 wordt verondersteld dat de effecten die er in 2019 zijn, vergelijkbaar zijn in 2020 ingeval er geen Corona zou zijn geweest, bijvoorbeeld op de volgende onderdelen:
 - verzwarende van de zorgvraag van de portefeuille bij huidige verzekerden
 - instroom van nieuwe verzekerden na 1 maart van het vereveningsjaar (LHB)
 - de effecten van reguliere in- en uitstroom (geboorte/immigratie, sterfte/ emigratie)
 - de effecten bij grensoverschrijdende zorg
 - onder- of overschrijding van het MPB (flankerend beleid)
 - opbrengsten van het verplicht eigen risico.
- Het is uitvoeringstechnisch (te) complex om de modelwijzigingen van 2019 naar 2020 één-op-één te corrigeren. In overleg met de CRV is er voor gekozen om de effecten van modelwijzigingen samen te nemen door deze correctie te baseren op de mutatie in het vereveningsresultaat in de OT. Dit is een proxy voor de model-effecten die optreden bij individuele zorgverzekeraars voor 2020.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Van de onderzochte varianten is deze variant het meest eenvoudig. Deze variant is goed uitlegbaar. • Deze variant is gebaseerd op objectieve gronden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effecten van atypische ontwikkelingen bij individuele zorgverzekeraars en zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020 – die in de situatie zonder Corona zouden optreden – worden <i>niet</i> meegenomen. Dit kan op elk van de onderdelen zijn die hierboven zijn vermeld. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat 2019 om deze reden geen goede voorspeller is voor 2020. • Deze variant is gevoelig voor jaar-specifieke effecten in 2019. <p>Impact op een rechtvaardige herverdeling (zuiverheid)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Van individuele zorgverzekeraars met atypische ontwikkelingen of specifieke zorginkoop- of beheersmaatregelen per 2020 worden de positieve verwachte effecten in 2020 niet meegenomen in de bandbreedte. Zij komen hierdoor lager in de bandbreedte uit (lager vereveningsresultaat). Voor andere zorgverzekeraar(s) die negatieve effecten zouden ondervinden van deze ontwikkelingen of maatregelen komen hoger uit in de bandbreedte. Afhankelijk van het drempelbedrag en waar in de bandbreedte de individuele zorgverzekeraar ligt, betekent dit een (grotere) afdracht of (lagere) ontvangst. De mate waarin dit effect optreedt in de herverdeling hangt af de omvang en impact van de atypische ontwikkeling en/ of de specifieke maatregelen. Dit kan voor elke zorgverzekeraar anders zijn.

PwC * Mogelijk zijn er nog aanvullende voor- en nadelen. Naar onze mening zijn de belangrijkste aannames, voor- en nadelen opgenomen.

Methodiek variant A2 – Definitief vereveningsresultaat 2019 t/m 2017, met correcties verzekerdenmutatie en modelwijzigingen

Methodiek voor het bepalen van het verwachte vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona

Bijlage 1.10 en 1.15

- In variant A2 is de verwachte situatie 2020 gebaseerd op:
 - I. **Gemiddelde definitief vereveningsresultaat 2017 t/m 2019 per zorgverzekeraar**
Dit vereveningsresultaat wordt bepaald op basis van de definitieve vaststelling van 2017 t/m 2019 (uitgevoerd in 2021 t/m 2023). Dit is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat (het verschil tussen de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage en de werkelijke zorgkosten) per zorgverzekeraar over deze 3 jaren.
 - II. **Correctie voor verzekerdenmutatie per 1 januari 2020**
Het resultaat uit onderdeel I wordt gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie per 1 januari 2020; zie bijlage 1.9 voor de uitwerking van deze correctie.
 - III. **Correctie voor modelwijzigingen 2017 t/m 2020**
Vervolgens wordt het resultaat uit onderdeel II gecorrigeerd voor de effecten van modelwijzigingen van 2017 t/m 2020; zie bijlage 1.13 voor de uitwerking.

Aanvullende correcties ter overweging – nu *niet* opgenomen in de methodiek voor variant A2

Bijlage 1.13 en 1.14

- **Correctie voor zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020**
Net zoals bij variant A1 wordt geen rekening gehouden met zorginkoop- en beheersmaatregelen die per 1 januari 2020 zijn ingezet, en die daarmee afwijken van de reguliere effecten en patronen die in 2019 zijn inbegrepen. Bij deze variant kan dezelfde correctie worden uitgevoerd als voorgesteld bij variant A1; zie vorige slide en bijlage 1.12.
- **Correctie voor de verzekerdenmutatie 2017 t/m 2019**
Er wordt nu niet gecorrigeerd voor de verzekerdenmutaties 2017 t/m 2019. Het is technisch mogelijk om de verzekerdenmutatie van elk van deze jaren mee te nemen, volgens dezelfde methodiek als de verzekerdenmutatie voor 2020. Deze correctie maakt de uitvoering van deze variant uitvoeringstechnisch complexer. Daarbij heeft deze correctie betrekking op de relatief klein deel van de Zvw-populatie, waardoor gemiddeld genomen mag worden veronderstelt dat de effecten relatief beperkt zijn van deze correctie (afgezien van mogelijk grote(re) effecten bij individuele zorgverzekeraar(s) met een atypische ontwikkeling van de portefeuille).
- **Correctie voor gewijzigde buitenlandpercentage in vereveningsbijdrage 2020**
Zoals bij variant A1 kan er een correctie worden uitgevoerd voor de wijziging van het buitenlandpercentage per 2020 voor de verzekerden die in de 'buitenland-klasse' zijn ingedeeld.

Methodiek variant A2 – Aannames, voor- en nadelen*

Aannames variant A2 (zonder aanvullende correcties)

- Alle reguliere effecten en patronen in 2017, 2018 en 2019 worden meegenomen in de bandbreedte-bepaling. Bij variant A2 wordt verondersteld dat de effecten die er gemiddeld genomen over deze jaren zijn, vergelijkbaar zijn in 2020 ingeval er geen Corona zou zijn geweest, bijvoorbeeld op de volgende onderdelen:
 - verzwaaring van de zorgvraag van de portefeuille bij huidige verzekerden
 - instroom van nieuwe verzekerden na 1 maart van het vereveningsjaar (LHB)
 - de effecten van reguliere in- en uitstroom (geboorte/immigratie, sterfte/ emigratie)
 - de effecten bij grensoverschrijdende zorg
 - onder- of overschrijding van het MPB (flankerend beleid)
 - opbrengsten van het verplicht eigen risico.
- Het is uitvoeringstechnisch (te) complex om de modelwijzigingen van 2017 t/m 2020 één-op-één te corrigeren. In overleg met de CRV is er voor gekozen om de effecten van deze modelwijzigingen samen te nemen door deze correctie te baseren op de mutaties in het vereveningsresultaat in de OT van deze jaren (3 correcties). Dit is een proxy voor de model-effecten die optreden bij individuele zorgverzekeraars voor 2020.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Deze variant is goed uitlegbaar en technisch uitvoerbaar, maar wel complexer dan variant A1. • Deze variant is gebaseerd op objectieve gronden. • Deze variant is minder gevoelig voor jaar-specifieke effecten dan variant A1. Volatiliteit in vereveningsresultaten over de jaren wordt gemitigeerd, waardoor mogelijke voordelen of nadelen van één specifiek jaar voor een individuele zorgverzekeraar(s) afneemt. Dit zorgt voor een stabielere basis voor bepaling van de bandbreedte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effecten van atypische ontwikkelingen bij individuele zorgverzekeraars en zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020 – die in de situatie zonder Corona zouden optreden – worden <i>niet</i> meegenomen. Dit kan op elk van de onderdelen zijn die hierboven zijn vermeld. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat 2019 (en ook 2017 t/m 2019) om deze reden geen goede voorspeller is voor 2020.** • Het effect van verzekerdenmutaties in 2017 t/m 2019 worden niet meegenomen. <p>Impact op een rechtvaardige herverdeling (zuiverheid)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Van individuele zorgverzekeraars met atypische ontwikkelingen of specifieke zorginkoop- of beheersmaatregelen per 2020 worden de positieve verwachte effecten in 2020 niet meegenomen in de bandbreedte. Zij komen hierdoor lager in de bandbreedte uit (lager vereveningsresultaat). Voor andere zorgverzekeraar(s) die negatieve effecten zouden ondervinden van deze ontwikkelingen of maatregelen komen hoger uit in de bandbreedte. Afhankelijk van het drempelbedrag en waar in de bandbreedte de individuele zorgverzekeraar ligt, betekent dit een (grotere) afdracht of (lagere) ontvangst. De mate waarin dit effect optreedt in de herverdeling hangt af de omvang en impact van de atypische ontwikkeling en/ of de specifieke maatregelen. Dit kan voor elke individuele zorgverzekeraar anders zijn.

* Mogelijk zijn er nog aanvullende voor- en nadelen. Naar onze mening zijn de belangrijkste aannames, voor- en nadelen opgenomen.

** Technisch gezien kan voor elke atypische ontwikkeling op de genoemde onderdelen een correctie worden uitgevoerd. Dergelijke correcties maken de uitvoering zeer complex, met mogelijk relatief beperkte verbeteringen. In de CRV is door het merendeel van de zorgverzekeraars aangegeven dat de uitvoering niet te complex dient te zijn.

Methodiek variant A3 – Verwacht vereveningsresultaat 2020 op basis van prognoses individuele zorgverzekeraars

Methodiek voor het bepalen van het verwachte vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona

Bijlage 1.13 en 1.14

- In variant A3 is de verwachte situatie 2020 gebaseerd op:

I. Verwachte vereveningsresultaat 2020 op basis van de prognoses van individuele zorgverzekeraars.

Ten behoeve van de premiestelling stellen zorgverzekeraars prognoses op over het verwachte vereveningsresultaat c.q. de resultaten op zorgactiviteiten. Zie ook bijlage 1.12 en 1.13. In deze prognoses zijn zorgverzekeraars uitgegaan van de verwachte portefeuillesamenstelling 2020, verwachte vereveningsbijdrage voor 2020 op basis van de modelwijzigingen en de effecten van zorginkoop- en beheersmaatregelen. In deze prognoses zijn de effecten van Corona nog niet inbegrepen.

Geen correcties nodig voor verzekerdenuitvoeringen, modelwijzigingen en aanvullende maatregelen, omdat deze effecten zijn inbegrepen in de prognoses.

Voordelen

- Alle effecten zoals de zorgverzekeraar verwacht voor 2020 zijn inbegrepen, er zijn geen aanvullende correcties nodig in het kader van representatief maken voor 2020.
- Deze variant is minder goed uitvoerbaar dan variant A1 en A2, vanwege de subjectiviteit van de prognoses.

Nadelen

- Prognoses van individuele zorgverzekeraars zijn het uitgangspunt. Er wordt een subjectieve component ingebracht in de bandbreedte-methodiek (c.q. de verwachting kan te rooskleurig zijn opgezet). Ingeval de mutaties over afgelopen jaren tussen het verwachte vereveningsresultaat in de premiestelling naar het werkelijk vereveningsresultaat gecorrigeerd wordt, dan wordt een deel van de subjectieve component weggelaten. Deze aanvullende correctie maakt deze variant complex(er).
- Zeer waarschijnlijk is er geen eenduidigheid in het opstellen van het vereveningsresultaat. Er is geen accountantsverklaring op deze prognoses.

Beoordeling:

Vanwege de subjectiviteit van de prognoses door individuele zorgverzekeraar heeft het merendeel van de zorgverzekeraars in de CRV aangegeven deze variant niet wenselijk te vinden als basis voor de bepaling van de verwachte situatie 2020 in de bandbreedte-methodiek.

Voor variant A1 en A2 is het gebruik maken van individuele prognoses of Solvency-II cijfers van zorgverzekeraars opgenomen als een te overwegen correctie.

Methodiek variant B1 – Definitief vereveningsresultaat 2020 met achteraf correcties voor financiële effecten als gevolg van Corona

Methodiek voor het bepalen van het verwachte vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona

- In variant B1 wordt uitgegaan van de definitieve situatie 2020:

I. Definitieve vereveningsresultaat 2020 per zorgverzekeraar

Dit vereveningsresultaat wordt bepaald op basis van de definitieve vaststelling van 2020 (uitgevoerd in 2024). Dit is resultaat is het verschil tussen de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage 2020 en de werkelijke zorgkosten 2020. Hierin zijn de effecten van Corona inbegrepen.

II. Achteraf correcties voor de financiële effecten van Corona

Het is nodig om alle effecten van Corona te definiëren en te isoleren van andere effecten. Op slide 11 en bijlage 1.4 is uiteengezet welke onderdelen onder stap 2 van de solidariteitsregeling vallen. Door een zorgverzekeraar is voorgesteld om enkel voor de volgende effecten te corrigeren: leeftijd/ geslacht, aard van inkomen en sociaaleconomische status, waarbij de peildatum wordt verplaatst naar 31 maart 2020 of 31 december 2019. Deze correctie vereist een nieuwe indeling van verzekerden in de klassen voor 2020 zonder Corona.

Voordelen

- Er wordt uitgegaan van de werkelijke situatie, waardoor er geen correcties nodig zijn en aannames hoeven worden gemaakt over de representativiteit van een voorgaand jaar/jaren voor 2020.
- Reguliere schommelingen in de tussentijdse vaststellingen hebben geen invloed, noch fluctuaties over de jaren.

Nadelen

- Van alle onderzochte varianten is deze variant het meest complex, omdat alle financiële effecten van Corona dienen te worden gedefinieerd.
- Effecten als gevolg van Corona die niet worden verwacht, worden niet gecorrigeerd. Dit ondermijnt de doelstelling van de bandbreedte-methodiek.
- Naar verwachting is deze variant niet zuiver/ nauwkeurig, omdat er aannames gemaakt moeten worden over wat de effecten van Corona zijn. Niet alle effecten zijn waarschijnlijk goed te definiëren.
- Deze variant is 'onvoorspelbaar', omdat nu nog niet kan worden gedefinieerd wat precies de effecten van Corona zijn. Het maken van de afspraken voor de solidariteitsregeling dient dan te worden uitgesteld totdat deze effecten wel bekend zijn.
- Opnieuw indelen van verzekerden op basis van een andere peildatum is naar verwachting uitvoeringstechnisch complex en vraagt meer administratieve belasting ten opzichte van de andere varianten.

Beoordeling:

Vanwege de noodzaak tot het definiëren van de effecten van Corona past deze variant niet bij de gedachte van stap 2. Daarin is juist de bedoeling om resterende effecten, die niet allen goed kunnen worden geïsoleerd, mee te nemen en op basis van de bandbreedte-methodiek de financiële effecten buiten de bandbreedte te herverdelen. In de CRV was het overgrote deel van de zorgverzekeraars ook geen voorstander van deze variant vanwege deze reden.



Grensoverschrijdende zorg in stap 2

Nadere toelichting op de uitwerking van dit onderdeel in stap 2 vanwege het advies dd. 5 augustus

Uitgangspunten

- Onder grensoverschrijdende zorg vallen de financiële effecten van Corona bij grensarbeiders, seizoenarbeiders, geplande buitenlandzorg en incidentele/ spoedeisende hulp in het buitenland.
- Bijlage 1.6 geeft een overzicht van de mogelijke financiële effecten bij deze groepen.
- In de bandbreedte-methodiek wordt bij de verwachte situatie 2020 in variant A1 t/m A3 rekening gehouden met de situatie op basis van 2019. Op deze wijze wordt recht gedaan aan de reguliere voor- en nadelen van grensoverschrijdende zorg conform de situatie in 2019. Variant B1 gaat uit van de definitieve situatie in 2020.

Kwantificering: hoe groot zijn de (verwachte) effecten?

- Bijlage 1.8 geeft inzicht in de buitenlandkosten op basis van Q1 en Q2 raming van 2020.
- De effecten bij geplande buitenlandzorg gaan absoluut om substantiële bedragen. Relatief gezien zijn de totale buitenlandkosten beperkt: circa 1 % van het MPB. Deze effecten zijn onevenredig verdeeld onder zorgverzekeraars. De effecten bij de andere 3 groepen zijn naar verwachting van minder grote orde. Het aandeel seizoenarbeiders en grensarbeiders zijn onevenredig verdeeld onder de zorgverzekeraars. Voor de incidentele buitenlandzorg wordt aangenomen dat dit evenredig is verdeeld onder zorgverzekeraars.

Te overwegen: aanvullende correctie voor de minderkosten in toekomstige jaren via het CAK

- Declaraties vanuit het buitenland komen binnen bij de zorgverzekeraar of via het CAK. Het overgrote deel van de declaraties komt binnen bij zorgverzekeraar zelf (transactiebasis). De declaratie via het CAK komen vertraagd binnen op kasbasis. Bijlage 1.9 geeft een nadere toelichting.
- De minderkosten in het buitenland als gevolg van vraaguittval worden pas zichtbaar in 2022, 2023 of 2024 (of mogelijk zelfs later) doordat er dan minder declaraties binnenkomen dan regulier. Zorgverzekeraars met een relatief groot aandeel van grensoverschrijdende zorg hebben dit voordeel in de zorgkosten in deze toekomstige jaren. Het is nog onbekend wat de omvang van dit voordeel is.
- Het lijkt technisch mogelijk een aanvullende correctie uit te voeren in stap 2 voor dit toekomstige voordeel. Hiervoor dienen aannames te worden gemaakt over het te behalen voordeel. Dit kan worden ingeschat op basis van historische patronen in de CAK declaraties.
- Indien gewenst kan deze correctie nader worden onderzocht en uitgewerkt.

Bandbreedtemethodiek conceptueel toetsen op basis van gestileerde voorbeelden – *Illustratief*

Doel: Dit is conceptuele uitwerking ter illustratie. Deze voorbeelden worden nog nader uitgewerkt met fictieve cijfers om de uitwerking van de methodiek te toetsen.

Onderdeel	Zorgverzekeraar 1: Veel Coronazorg (boven drempel art. 33), ongezonde portefeuille en veel grensoverschrijdende zorg	Zorgverzekeraar 2: Weinig Coronazorg, gezonde portefeuille en weinig grensoverschrijdende zorg	Zorgverzekeraar 3: Landelijke opererend en landelijk gemiddelde portefeuille, Coronazorg onder de drempel art. 33
Stap 1			
Stap 1A: CB-regeling	Ontvangst	Inbreng	Geen effect
Stap 1B: Art 33	Inbreng (vanwege herverdeling bijdrage)	Ontvangst (vanwege herverdeling bijdrage)	Ontvangst (vanwege herverdeling bijdrage)
Stap 2			
Definitief vereveningsresultaat	Positiever vereveningsresultaat dan verwacht	Negatiever vereveningsresultaat dan verwacht	Niet tot nauwelijks effect
Verschild werkelijk en verwacht resultaat	<u>Buiten</u> bandbreedte aan de bovenkant	<u>Buiten</u> bandbreedte aan de onderkant	<u>Binnen</u> bandbreedte
Stap 2: Toepassing BB methodiek	Afdracht	Ontvangst	Geen effect (mogelijk deel financiering ingeval geen budgetneutraliteit)
<i>Toelichting</i>	<ul style="list-style-type: none"> Vraaguitval bij reguliere zorg in Nederland, hierdoor zijn er minderkosten Vraaguitval bij (geplande) zorg in het buitenland, hierdoor zijn er minderkosten. Lagere opbrengsten voor het verplicht eigen risico door vraaguitval, maar vanwege ongezonde portefeuille nog steeds relatief veel opbrengsten voor chronisch zieken Mogelijk wel hogere kosten omtrent CB-regelingen die niet in stap 1 zijn herverdeeld. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen (grote) invloed van vraaguitval Geen tot weinig invloed op zorggebruik door gezonde portefeuille Geen tot weinig invloed op minderkosten in het buitenland. Hogere zorgkosten als gevolg van herverdeling in stap 1 bij CB-regelingen. 	<ul style="list-style-type: none"> Vraaguitval is landelijk gemiddeld Verlaging opbrengsten verplicht eigen risico is landelijk gemiddeld

Advies: bandbreedteparameters - drempelbedrag op € 5 euro tegen 100 % herverdelingspercentage

Advies drempelbedrag

Voorstel voor aan nauwe bandbreedte van € 5 euro

- **Uitgangspunt:** Een nauwe bandbreedte levert meer onderlinge solidariteit, maar grijpt mogelijk in bepaalde mate in op concurrentieverschillen tussen zorgverzekeraars. Een ruime bandbreedte draagt minder bij aan doel van onderlinge solidariteit.
- Om een drempelbedrag te bepalen is de reguliere spreiding in vereveningsresultaten geanalyseerd. Er zijn nog geen gegevens beschikbaar om de effecten in stap 2 te kwantificeren en om op basis daarvan een drempelbedrag te bepalen.
- Op dit moment zijn de werkelijke vereveningsresultaten van 2016 of eerdere jaren beschikbaar bij het Zorginstituut Nederland. Van 2017 komen deze resultaten in september 2020 bekend (2^e VV). Het is niet mogelijk gebleken om binnen de termijnen van deze opdracht de inzichten te ontvangen.
- Daarvoor in de plaats hebben wij de vereveningsresultaten van de OT van 3 jaar geanalyseerd. Merk op dat het gemiddelde vereveningsresultaat op de OT 0 is.
- Op basis hiervan is ingeschat dat een drempelbedrag van € 5 gemiddeld genomen over de jaren een redelijk bedrag kan zijn om enkele ruimte te behouden voor fluctuaties, maar om nog voldoende onderlinge solidariteit te borgen. Dit voorgestelde drempelbedrag is een inschatting. Wij hebben hierbij vastgehouden aan het uitgangspunt dat drempel niet dient te zijn om op voldoende effecten die onevenredig zijn verdeeld onder zorgverzekeraars te herverdelen.

Noot – Indien beschikbaar, is het wenselijk aanvullende informatie te ontvangen om het drempelbedrag dat wordt vastgesteld, nader te onderbouwen.

Advies herverdelingspercentage

Voorstel voor 100% herverdelingspercentage.

Stap 2 ziet toe op rechtvaardige verdeling van de financiële effecten van Corona. Het uitgangspunt van de solidariteitsregeling is om alle onevenredige effecten te herverdelen. Met het percentage van 100% wordt dit doel bewerkstelligt. Een lager herverdelingspercentage impliceert dat er geen volledige solidariteit wenst te zijn over de financiële effecten van Corona. Ons inziens ondermijnt dit de gedachte van de solidariteitsregeling.

Stap 2 – Alternatieve methodiek

Voorkeur voor de bandbreedte-methodiek

- Naar onze mening heeft de bandbreedte-methodiek de voorkeur, omdat dit een geschikte methodiek is om risico's rondom het landelijk gemiddelde af te dekken.
- Van de beschikbare methodieken voor het herverdelen van gelden is de bandbreedte-methodiek relatief eenvoudig.
- Ingeval de financiële effecten op basis van de bandbreedte-methodiek beperkt zouden zijn, bijvoorbeeld ingeval alle zorgverzekeraars binnen de bandbreedte vallen, dan hoeft er geen onderlinge herverdelen meer plaats te vinden.

Alternatieve methodiek dan bandbreedte-methodiek

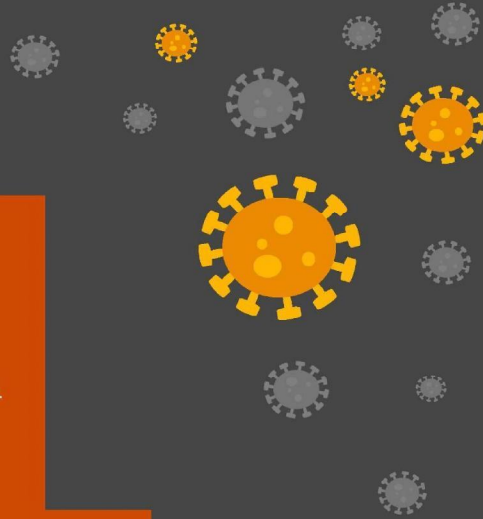
- Een alternatieve methode om (extreme) financiële risico's af te dekken is het toepassen van een *hoog-risicopool*. Dit betekent dat financiële effecten van Corona boven een vastgesteld bedrag onderling worden gedeeld. Om deze risicopool te financieren draagt iedere zorgverzekeraar een evenredig aandeel toe op basis van het aantal premie-equivalenten.
- Voor deze methodiek dient vastgesteld te worden wat de financiële risico's zijn die worden gepoold. Dat kan worden uitgevoerd op basis van een vergelijkbare methodiek als voor de bandbreedte; het verschil met de bandbreedte-methodiek is dat nu niet de afwijking ten opzichte van het landelijk gemiddelde wordt bepaald, maar dat alleen de bedragen die boven de gestelde drempel vallen worden gepoold.
- Deze hoog-risicopool zorgt voor een herverdeling van (extreme) financiële risico's, maar draagt naar verwachting minder bij aan een rechtvaardige verdeling van de financiële effecten dan een bandbreedte-methodiek. Dit is omdat bij de bandbreedte-methodiek afwijkingen rondom het landelijk gemiddeld worden herverdeeld (die buiten de bandbreedte liggen), terwijl bij de hoog-risicopool de herverdeling alleen op de hoogste financiële risico's wordt uitgevoerd.
- Daarmee heeft deze alternatieve methodiek niet de voorkeur.

Eenvoudigere methodiek, maar niet uitvoerbaar

- Directe herverdeling van de betreffende financiële risico's is naar verwachting eenvoudiger dan een bandbreedte-methodiek, mits deze effecten goed zijn te definiëren en goed zijn geregistreerd.
- Als alternatief voor stap 2 achten wij het niet mogelijk om de effecten afzonderlijk te verdelen, zoals in stap 1 gebeurt. Dit is omdat in dat geval de effecten dienen te worden gedefinieerd. Dit is nu juist niet goed mogelijk voor alle verwachte financiële effecten als gevolg van Corona die tot verstoring van het gelijk speelveld kunnen leiden.



Bijlagen — nadere uitwerking
en onderbouwing van de adviezen



Bijlagen

- 1.1 Stap 1A – Kostensoeverheid voor de CB-regelingen
- 1.2 Stap 1A – Resterende effecten omtrent CB-regelingen
- 1.3 Uitwerking stap 1B – Coronakosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling
- 1.4 Afwegingen over advies art. 33 catastroferegeling in stap 1
- 1.5 Noodzaak stap 2 – Voorbeelden van versturende effecten
- 1.6 Mogelijk financiële effecten grensoverschrijdende zorg
- 1.7 Grensoverschrijdende zorg in stap 1 van de solidariteitsregeling levert onnodige complexiteit in de uitvoering
- 1.8 Kwantificering van grensoverschrijdende zorg op basis van Q1 en Q2 2020 cijfers
- 1.9 Declaratiestromen grensoverschrijdende zorg
- 1.10 Variant A1 en A2 – Correctie verzekerdenuitvoering 2019 – 2020
- 1.11 Variant A1 – Correctie modelwijzigingen 2019 – 2020
- 1.12 Modelwijzigingen 2020 ten opzichte van 2019
- 1.13 Variant A1 en A2 – Mogelijkheden correctie zorginkoop- en beheersmaatregelen individuele zorgverzekeraars 2020
- 1.14 Verwachte vereveningsresultaten van individuele zorgverzekeraars 2019 – 2020
- 1.15 Variant A2 – Correcties modelwijzigingen 2017 t/m 2020
- 1.16 Modelwijzigingen 2018 ten opzichte van 2017
- 1.17 Modelwijzigingen 2019 ten opzichte van 2018



1.1 Stap 1A – Kostensolidariteit in CB-regelingen

*Stap 1A is geen onderdeel van de opdracht, deze slide is informatief**

De continuïteitsbijdrage voor medisch-specialistische bestaat uit de volgende onderdelen:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1
Reguliere zorg | <p>Volledige vergoeding van doorlopende kosten en variabele kosten voor de reguliere zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanneemsom voor de reguliere zorg van 97,6%. • Als volume 2020 voor een ziekenhuis toch hoger is dan 80%, dan is er voor al het volume boven de 80% een extra vergoeding bovenop de aanneemsom uitgaande van 14% variabele kosten. <p>Herverdeling: binnen onderdeel 1 het verschil tussen het 100 % aanneemsom (als Corona niet had plaatsgevonden) en de feitelijk betaalde aanneemsom (80 %) en inhaalzorg boven de 80 %.</p> |
| 2
Corona-zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Elk ziekenhuis krijgt een vaste vergoeding voor Corona-meerkosten van 1,3 %. • Daar bovenop krijgt een ziekenhuis extra vergoeding gebaseerd op het aantal ligdagen in de kliniek (EUR 300) en het aantal ligdagen op de IC (EUR 1.600). Produceert een ziekenhuis minder dan 75 % (vooral waarschijnlijk bij een grote tweede Corona-golf), dan wordt voordeel lagere variabele kosten afgetrokken van de extra variabele compensatie boven de 1,3 % vergoeding. <p>Herverdeling: alle in onderdeel 2 aan ziekenhuizen toegekende vergoedingen.</p> |
| 3
Hardheidsclausule | <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijk extra vergoeding indien een een ziekenhuis een negatief resultaat heeft dat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van Corona-effecten op Zvw (basisverzekering en aanvullende verzekering). <p>Herverdeling: alle in onderdeel 3 toegekende vergoedingen op basis van het proces van de hardheidsclausule</p> |
| 4
Parkeren en restaurant | <ul style="list-style-type: none"> • Elk ziekenhuis krijgt een vergoeding voor de gedeerde inkomsten uit parkeren en restaurant. <p>Herverdeling: alle toegekende vergoedingen ter compensatie van gedeerde inkomsten uit parkeren en restaurant</p> |

Verdeelsleutel voor de herverdeling in stap 1A: het deelbedrag variabele zorgkosten uit de lenteherrekening 2020.

Voor de GGZ-kosten en Wijkverpleging wordt stap 1A uitgevoerd op basis van de overeengekomen CB-regelingen. De methodiek is vergelijkbaar als die voor MSZ, afgezien van de verdeelsleutel bij de GGZ-kosten: dat is het deelbedrag GGZ uit de lenteherberekening 2020.

1.2 Stap 1A – Resterende effecten omtrent CB-regelingen

*Stap 1A is geen onderdeel van de opdracht, deze slide is informatief**

- Stap 1A compenseert voor vraaguitval en inhaalzorg voor alle zorgaanbieders die op de voor hen geldende CB-regeling aanspraak hebben gemaakt. Op dit moment vallen hieronder de MSZ, MSZ*, GGZ en wijkverpleging. Dit gaat om zorginstellingen met een omzet van meer dan € 5.1.2b

De volgende kosten omtrent de CB-regelingen zijn op dit moment niet ondervangen in stap A1:

- Financiële effecten, waaronder vraaguitval en inhaalzorg, bij zorgaanbieders met een CB-regeling met omzet kleiner dan € 5.1.2b
 - mondzorg
 - paramedische zorg
 - ziekenvervoer
 - overige kosten
 - kwaliteitsgelden
 - farmaceutische zorg
 - verloskundige zorg
 - hulpmiddelenzorg
 - kraamzorg.
- Financiële effecten bij zorgaanbieders voor wie geen CB-regeling van toepassing is (o.a. huisartsenzorg).
- Financiële effecten bij zorgaanbieders die geen aanspraak hebben gemaakt op een CB-regeling, dan wel aanspraak hebben gemaakt op de NOW-regeling.

Dit zorgt ervoor dat er resterende financiële effecten als gevolg van Corona kunnen zijn na uitvoering van stap 1A. Deze resterende effecten worden ondervangen in stap 2.

1.3 Uitwerking stap 1B – Coronakosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling herverdelen

Uitgangspunten

- De Coronakosten onder art. 33 en een mogelijke bijdrage uit hoofde van art. 33 zijn onevenredig verdeeld over zorgverzekeraars. Enkele zorgverzekeraars bereiken naar verwachting de drempel van 4 % om uit hoofde van art. 33 een bijdrage te ontvangen.
- Om te bepalen welke zorgverzekeraars een bijdrage uit hoofde van art. 33 ontvangen wordt de volgende **grondslag** gebruikt:
 - de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde in 2019 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden uit de ex ante bepaling 2020.
 - de kosten van 2020 en 2021 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door deze grondslag.

Het aandeel Coronakosten moet boven de 4 % uitkomen om in aanmerking te komen voor een bijdrage.

- Verwacht wordt dat de Coronakosten en de bijdrage om substantiële financiële bedragen gaat. Dit geeft aanleiding om alle Coronakosten onder art. 33 en de mogelijke bijdragen die voortvloeien uit toepassing van artikel 33 te betrekken in de solidariteitsregeling om het gelijk speelveld te bewaken.
- Voor een rechtvaardige verdeling en om strategisch gedrag te voorkomen wordt ervan uitgegaan dat zodra de kosten onder art. 33 worden herverdeeld *legelijk* (c.q. in dezelfde stap van de solidariteitsregeling) de mogelijke bijdragen worden herverdeeld.
- Voor de uitvoering is het vereist dat er een eenduidige registratie van de Coronakosten is, zodat deze kosten op een identieke wijze kunnen worden ingebracht.






Alle kosten onder art. 33 en eventuele bijdrage uit hoofde van art. 33 onderling verdelen in stap 1 (onderdeel 1b) van de solidariteitsregeling.

Uitwerking van de uitvoering hiervan in stap 1:

- het gaat om de Coronakosten in 2020 en 2021 tezamen, conform de definities in de Beleidsregels die het Zorginstituut Nederland opstelt over art 33.
- de solidariteitsregeling wordt uitgevoerd nadat de betreffende zorgverzekeraars uit hoofde van art. 33 de bijdrage hebben ontvangen. Herverdeling van de Coronakosten en bijdrage vindt achteraf plaats (en niet voorafgaand aan de aanspraak op art. 33).
- de verdeelsleutel voor de herverdeling vindt plaats naar *ratio van het deelbedrag variabele zorgkosten 2020 o.b.v. de lentesherberekening*. Dit sluit aan bij de werkwijze voor de herverdeling van de continuïteitsbijdragen (stap 1A) en de wijze waarop flankerend beleid wordt uitgevoerd in stap 2.

1.4 Afwegingen in het advies over art. 33 catastroferegeling in stap 1

Als extra toelichting opgenomen vanuit het advies op dd. 5 augustus

<p>Uitvoerbaarheid/ Meetbaar</p> 	<p>In de uitvoering aansluiten bij de definities conform de Beleidsregels van ZIN. Aandachtspunt is de kwaliteit van de registratie van de Coronazorg, en daarmee de effecten voor stap 2 en stap 3.</p>	<p>Invulling van de definities van de kosten onder art. 33 en welke kosten mogen worden ingebracht in de risicovereeniging ligt bij het Zorginstituut Nederland (in overleg met Ministerie VWS, ZN en Nza). De invulling van kosten type 1, specifiek de direct gerelateerde zorg en nazorg, staat nog ter discussie. Op basis van de beleidsregels zijn de kosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 goed te definiëren. Aandachtspunt is de kwaliteit van de registratie van Coronazorg. Zorg die gerelateerd is aan Corona is niet eenduidig en volledig geregistreerd.</p> <p><i>Voorbehoud in het advies: uitvoering van art. 33 in stap 1 is goed uitvoerbaar, gegeven dat wordt aangesloten bij de Beleidsregels die worden opgesteld t.b.v. uitvoerbaarheid door het ZIN en consistentie met bestaande regelgeving. Aandachtspunt is de kwaliteit van de registratie van de Coronazorg (in alle deelsegmenten). Dit heeft impact op de risicovereeniging 2020 (in de zorgkosten) en op indeling in vereveningskenmerken in de risicovereeniging 2021. Met deze effecten dient rekening te worden gehouden in stap 2 en stap 3 van de regeling.</i></p>
<p>Tijdsigheid</p> 	<p>Definitieve uitvoering in 2023. Voorstel voor voorlopige inschattingen van de herverdeling t.b.v. premiestelling 2022 en 2023.</p>	<p>Onder art. 33 vallen de Coronakosten in 2020 en 2021 <u>tezamen</u>. Definitieve uitvoering vindt plaats nadat alle kosten van 2021 bekend zijn: <u>tm 31 december 2022</u> kunnen kosten worden aangeleverd. Definitieve uitvoering van stap 1 vindt dan plaats zodra de bijdrage uit hoofde van art. 33 is vastgesteld door het ZIN; verwacht in 2023.</p> <p><i>Voorstel over tijdsigheid in de uitvoering: na 31 december 2020 een voorlopige inschatting van de te verrekenen bedragen onder stap 1 om de financiële verwachtingen voor individuele zorgverzekeraars te vergroten. Voorstel om dit af te ronden voor de zomer 2021 i.k.v. de premiestelling 2022. In de zomer 2022 een mogelijke herberekening i.k.v. premiestelling 2023.</i></p>
<p>Rechtvaardige verdeling</p> 	<p>Zowel Coronakosten als extra bijdrage</p>	<p>Het is rechtvaardig om bij verdeling van alle Coronakosten rechtstreeks ook de mogelijke bijdrage uit hoofde van art. 33 te herverdelen.</p>
<p>Impact op level playing field</p> 	<p>Onevenredig en substantieel</p>	<p>De Coronakosten zijn onevenredig verdeeld onder de zorgverzekeraars. Daarbij is de verwachting dat slechts enkele zorgverzekeraars de drempel bereiken om een bijdrage vanuit art. 33 te ontvangen. Naar verwachting gaat het om substantiële financiële effecten. Herverdeling van deze kosten en de bijdrage uit hoofde van art. 33 draagt bij aan het gelijk speelveld.</p>
<p>Eenvoudig en transparant</p> 	<p>Eenvoudig en uitlegbaar</p>	<p>Directe herverdeling in stap 1 is eenvoudig en transparant, onder de voorwaarde dat de Coronakosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 goed zijn te definiëren o.b.v. de Beleidsregels.</p>

1.5 Noodzaak stap 2 – Voorbeelden van verstorende effecten

Voorbeelden van verstorende effecten als gevolg van Corona in stap 2*

- **Bij de definitieve vereveningsbijdrage 2020 op de volgende onderdelen:**

- *Indeling bij een aantal vereveningskenmerken*

Indeling van de meeste kenmerken in de risicoverevening 2020 is gebaseerd op declaraties uit 2019 (of voorgaande jaren). Deze kenmerken bevatten geen effecten van Corona. Echter, sociaaleconomische status, aard van inkomen, en leeftijd/geslacht zijn gebaseerd op 2020 en bevatten effecten van Corona. Ook kunnen DKG-GGZ en MHK-GGZ zijn beïnvloed door Corona. DBC's die in 2019 zijn geopend, kunnen in 2020 doorlopen. Mogelijk is er een kortere verblijfs- of behandelingsduur door vraaguitval, met een lichtere DBC tot gevolg. Ook is er mogelijk verzwarend van de zorg vanwege psychische klachten die verergeren bij een bestaande aandoening in 2019. Daarnaast kunnen minderkosten door vraaguitval in 2020 neervallen in 2019 als onderdeel van de DBC die in 2019 is geopend en in 2020 wordt gesloten. Deze minderkosten kunnen dan mogelijk invloed hebben op de indeling bij MHK-GGZ in 2020.

- *Flankerend beleid inclusief Coronakosten*

In 2020 wordt flankerend beleid inclusief de Coronakosten uitgevoerd. De onderlinge herverdeling bij flankerend beleid is afhankelijk van de totale zorgkosten op landelijk niveau. In stap 1 van de solidariteitsregeling zijn de Coronakosten als onderdeel van de CB-regelingen en art. 33 reeds herverdeeld. Stap 2 volgt op stap 1, en daarom dient in stap 2 rekening te worden gehouden met deze onderlinge verrekening, om een rechtvaardige verdeling te realiseren.

- *HKC GGZ-kosten 2020*

In 2020 geldt een HKC voor de GGZ-kosten in 2020. Hierin zijn de effecten van Corona opgenomen. Het is op dit moment nog niet bekend in welke mate Corona de zorgkosten van "dure" GGZ-cliënten beïnvloed en daarmee effect heeft op de herverdeling van de vereveningsbijdrage 2020 bij de HKC.

- **Vraaguitval/ inhaalzorg bij reguliere zorg die niet onder stap 1a vallen – zie bijlage 1.2**

- **Grensoverschrijdende zorg – zie bijlage 1.6**

- **Opbrengsten verplicht eigen risico**

Afhankelijk van de mate van vraaguitval/ inhaalzorg zijn er onevenredige effecten op de opbrengsten van het verplicht eigen risico (lagere opbrengsten door lager zorggebruik). Dit zal met name het geval zijn bij verzekerden met relatief laag zorggebruik, die normaliter een deel of het volledige eigen risico bedrag zouden bereiken, maar nu door de vraaguitval deze zorg niet hebben gebruikt. Bij chronisch zieken of verzekerden met ernstige aandoeningen mag worden verondersteld dat zij voldoende zorg gebruiken in het resterende deel van het jaar om het verplicht eigen risico te bereiken. Vanwege verschillen in portefeuillesamenstellingen en regionale verschillen in vraaguitval/ inhaalzorg, wordt verwacht dat er onevenredige effecten zijn tussen zorgverzekeraars.

* Deze lijst is niet limitatief!

PwC De gedachte van stap 2 is juist dat deze regeling er voor zorgt om solidair te zijn met alle financiële effecten van Corona, ook die nu nog niet bekend zijn.

1.6 Mogelijke financiële effecten grensoverschrijdende zorg

Seizoenarbeiders

Er is een scheve verdeling van seizoenarbeiders over zorgverzekeraars. De effecten van Corona zijn hierdoor ook scheef verdeeld, dit kan zijn:

- Seizoenarbeiders in het thuisland tijdens Coronacrisis: niet verzekerd, geen premie-inkomsten, geen zorgkosten, geen dekking beheerskosten.
- +/- Seizoenarbeiders zijn in Nederland tijdens Coronacrisis: wel verzekerd, wel premie-inkomsten, wel zorgkosten (en mogelijk hoge Coronakosten). Mogelijk minder kosten via CAK, meer in Nederland.

Grensarbeiders (wonend in buitenland)

Er is een scheve verdeling van grensarbeiders over de zorgverzekeraars. De effecten van Corona zijn hierdoor ook scheef verdeeld, dit kan zijn:

- + Grensarbeiders die in Nederland verzekerd zijn, kunnen in Nederland zorg gebruiken. Dit gebeurt relatief weinig (groep met laag zorggebruik in Nederland). De zorg die normaal wordt gebruikt in het buitenland, is met Corona (grotendeels) weggevallen.
- + Verwacht wordt dat er ook zorguitval in het buitenland door Corona is, vergelijkbaar als in Nederland.
- Regulier geldt dat deze zorg in het buitenland niet wordt gebruikt in de risicoverevening voor indeling in de vereveningskenmerken, met uitzondering van MHK.
- + De continuïteitsbijdrage is niet van toepassing op buitenlandse partijen.
- Doordat er geen CB-regeling is voor het buitenland, is het mogelijk dat de zorg in het buitenland sneller wordt opgestart dan in Nederland. Hierdoor vindt er mogelijk eerder c.q. meer inhaalzorg plaats.

Verzekerden in de grensstreek (wonend in Nederland) - Geplande zorg in het buitenland

Er is een scheve verdeling van deze verzekerden over de zorgverzekeraars (regionale verschillen). De effecten van Corona zijn hierdoor ook scheef verdeeld, dit kan zijn:

- + Er is (grote) zorguitval in het buitenland voor een langere periode door de gesloten grenzen. Een deel van deze zorguitval zal gecompenseerd worden met zorg in Nederland (en wordt daarmee ingebracht in de risicoverevening - zorg in het buitenland niet).
- + Ook is de continuïteitsbijdrage niet van toepassing op buitenlandse partijen.
- Doordat er geen CB-regeling is voor het buitenland, is het mogelijk dat de zorg sneller wordt opgestart dan in Nederland. Hierdoor vindt er mogelijk eerder c.q. meer inhaalzorg plaats dan in Nederland.

Verzekerden die gebruik maken van (dure) specialistische zorg in het buitenland - Incidentele zorg

Het is de vraag in hoeverre er sprake is van een scheve verdeling van deze verzekerden tussen zorgverzekeraars; mogelijk hebben zorgverzekeraars met een groter aandeel in de grensstreek, ook eerder dat verzekerden in het buitenland spoedeisende zorg nodig hebben. Aangenomen mag worden dat deze verzekerden evenrediger(er) zijn verdeeld onder de zorgverzekeraars, ten opzichte van andere 3 groepen.

- + Doordat de grenzen dicht zijn geweest, is er geen spoedeisende zorg in het buitenland verleend. Hierdoor zijn er lagere zorgkosten.
- + De continuïteitsbijdrage is niet van toepassing op buitenlandse partijen.



1.7 Grensoverschrijdende zorg in stap 1 van de solidariteitsregeling levert onnodige complexiteit in de uitvoering

De volgende groepen vallen onder grensoverschrijdende zorg:

Groep 1 - Seizoenarbeiders

Groep 2 - Grensarbeiders (wonend in buitenland)

Groep 3 - Verzekerden in de grensstreek (wonend in Nederland) - Geplande zorg in het buitenland

Groep 4 - Verzekerden die gebruik maken van (dure) specialistische zorg in het buitenland - Incidentele zorg

De volgende effecten dienen gedefinieerd te worden:

- Kwantificeren van de premie-inkomstenderving van seizoenarbeiders die in het thuisland bleven tijdens Corona. Iedere zorgverzekeraar levert aan om hoeveel seizoenarbeiders het gaat en over welke periode.
- Voor seizoenarbeiders die wel gebleven zijn in Nederland dient te worden bepaald welke zorg zij regulier ontvangen, en welke zorg zij nu ten tijde van Corona hebben ontvangen. Dit is nodig om te bepalen of er meer- of minderkosten zijn. Hierbij dient ook opgegeven te worden welke zorg zij regulier mogelijk in het buitenland ontvangen en nu in Nederland hebben ontvangen (of niet). Om het reguliere niveau te bepalen kunnen voorgaande jaren worden gebruikt.
- Kwantificering van de vraaguitval en inhaalzorg in het buitenland, en in Nederland. Iedere zorgverzekeraar levert aan wat de reguliere zorg in het buitenland is: de type zorg en de zorgkosten. Ook levert de zorgverzekeraar aan welke zorg in het buitenland is uitgevallen ten tijde van Corona, welke zorg mogelijk in het buitenland wel is geleverd dan wel reeds is ingehaald, en welke zorg nu in Nederland is geleverd in plaats van in het buitenland. Ook hiervoor is het nodig om de type zorg en de zorgkosten in kaart te hebben, om te bepalen welke zorg is vervangen in Nederland en welke zorg is vervallen. Om het reguliere niveau te bepalen kunnen voorgaande jaren worden gebruikt.
- Hierbij dient zowel de declaratiestroom naar de zorgverzekeraar zelf alsmede de declaratiestroom via het CAK te worden meegenomen.

Benodigde gegevens indien in Stap 1 directe verrekening plaatsvindt:

Voorwaarden benodigde gegevens:

- Alle informatie is beschikbaar bij iedere zorgverzekeraar;
- Dit is op een eenduidige manier opgesteld (hierover moet overeenstemming bereikt worden);
- Informatie van voorgaande jaar/ jaren om het reguliere niveau te bepalen;
- Bij voorkeur met accountantsverklaring.

Betreffende de gegevens:

- Aantallen ingeschreven seizoenarbeiders bij de zorgverzekeraars voor 2019 en 2020 (eventueel uitgebreid met 2017 en 2018);
- Premie-inkomsten seizoenarbeiders in 2019 en 2020 (eventueel uitgebreid met 2017 en 2018);
- Prognose zorgkosten buitenland 2020;
- Contractering van buitenlandse ziekenhuizen (e.g. afgesproken aanneemsommen);
- Zorg die niet in het buitenland is geleverd, maar in plaats daarvan in Nederland; en
- Inhaalzorg in het buitenland.

PwC

1.8 Kwantificering grensoverschrijdende zorg op basis van Q1 en Q2 2020 cijfers

Van ZN hebben wij de Q1 en Q2 2020 cijfers ontvangen van de buitenlandkosten. Onderstaande conclusies zijn gebaseerd op deze cijfers. Deze cijfers zijn bedoeld ter indicatie van de omvang van de buitenlandkosten. De minderkosten van de (geplande) buitenland zorg is op dit moment nog niet bekend. Zoals eerder vermeld, komen de minderkosten van de buitenlandzorg via het CAK vertraagd binnen op kasbasis. De cijfers van CAK in deze analyses zijn dan ook gebaseerd op kasbasis (en niet terugkerend naar transactiebasis van het jaar van de verleende zorg).

Conclusie 1: Buitenlandkosten op het totale Zvw-budget zijn relatief beperkt. Echter, deze kosten zijn sterk onevenredig verdeeld onder de zorgverzekeraars.

- Op basis van Q1 raming gaat het om € 5.1.2b. Bij de Q2 is dit € 4.5.1.2b. Dit is een bedrag van € 24 per verzekerde voor buitenlandzorg. Het verschil tussen Q1 en Q2 betreft € 0,32 euro per verzekerde. De spreiding in het verschil tussen de Q1 en Q2 is € 22 per verzekerde.
- Er zijn aantal zorgverzekeraars met een grote oververtegenwoordiging van buitenlandkosten, en anderen met een sterke ondervetegenwoordiging.

Conclusie 2: Overgrote deel van de declaraties komen direct binnen bij de zorgverzekeraar, een kleiner deel (in absolute bedragen nog steeds hoog) via CAK.

- Op basis van de Q1 raming komt 67 % binnen bij de zorgverzekeraar zelf, 1 % is al via CAK ontvangen en 32 % wordt nog ontvangen via CAK. Merk op dit is op kasbasis.
- Op basis van de Q2 raming is dit 51 %, 23 % en 25 %, respectievelijk.

Conclusie 3: In totaal € 5.1.2b minder kosten verwacht bij Q2 ten opzichte van Q1, declaraties via zorgverzekeraar € 5.1.2b minder dan verwacht.

- Bij Q2 2020 worden in totaal € 5.1.2b minder kosten verwacht. Voor de declaraties die direct bij de zorgverzekeraar binnenkomen wordt in totaal € 5.1.2b minder verwacht, dit is € 3,5 euro per verzekerde. Dit kan mogelijk gevolg zijn van vraaguitval in het buitenland.
- Voor de declaratiestroom via het CAK die nog dient te worden ontvangen wordt in Q2 € 5.1.2b minder verwacht. Merk op dit zijn declaraties op kasbasis.

Zoals de bandbreedte-methodiek nu is opgesteld, worden de buitenlandkosten meegenomen in bepaling van de bandbreedte, afgezien van een deel van de declaratiestroom via CAK. Bij de definitieve uitvoering komt dan vanzelf naar voren in welke mate de financiële effecten substantieel zijn en tot uiting komen in onevenredige effecten, die via de bandbreedte-methodiek worden herverdeeld.

1.9 Declaratiestromen grensoverschrijdende zorg

De declaraties van grensoverschrijdende zorg komen via twee stromen binnen:

I – Direct bij de zorgverzekeraar

- Gecontracteerde zorg in het buitenland voor Zwv-verzekerden woonachtig in Nederland.
- Niet gecontracteerde zorg, maar wel toestemming van zorgverzekeraar, voor Zwv-verzekerden woonachtig in Nederland.
- Zorg in het buitenland voor Zwv-verzekerden woonachtig in buitenland.

II – Via het CAK

Op basis van de toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid. Het betreft enkel daadwerkelijk door de zorgverzekeraar goedgekeurde declaraties. Ook voor de risicoverevening, en de kosten per verzekerde bestanden, geldt dat slechts de kosten kunnen worden ingebracht waarvan de zorgverzekeraar de rechtmatigheid heeft vastgesteld. De volgende toepassingen van verordening of verdrag worden onderscheiden:

- Tijdelijk verblijf in het buitenland (Europese verzekeringskaart).
- Toestemmingsgevallen (zorgverzekeraar geeft toestemming voor behandeling in het buitenland; niet noodzakelijk voor gecontracteerde zorgverleners)
- Werknemers wonend in het buitenland o.a. grensarbeiders (permanent werken in Nederland) en seizoenarbeiders (tijdelijk werken in Nederland).

Declaraties van grensoverschrijdende zorg kunnen worden opgenomen in de kosten per verzekerde bestanden. Dit bestand wordt gebruikt de indeling van MHK en MVV. Als er geen informatie bekend is over de verzekerden in het buitenland, dan worden deze verzekerden ingedeeld in de afslagklassen van het kenmerk en krijgen zij een normbedrag op basis van het buitenlandpercentage.

Doorlooptijd declaratiestromen

Voor de kosten per verzekerde bestanden kunnen kosten op transactiebasis worden aangeleverd tot en met 31 december jaar T+2, voor zover op verzekerdenniveau ontvangen en het goedgekeurde declaraties voor de in jaar T verleende zorg betreft.

Kosten van buitenlandzorg via het CAK die na deze doorlooptijd binnenkomen, worden niet meer opgenomen in de kosten per verzekerde bestanden.

1.10 Variant A1 en A2 – Correctie verzekerdenmutatie 2019 – 2020

II. Correctie voor verzekerdenmutatie per 1 januari 2020

Doel

Corrigeren voor wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars per 1 januari 2020. Dit betreft de overstappers. Deze correctie draagt bij aan de representativiteit van 2019 voor 2020.

Aanpak

- Voor elke verzekerde is het vereeningsresultaat 2019 berekend op basis van de definitieve vaststelling 2019.
- Voor elke verzekerde die per 1 januari 2020 is overgestapt wordt het vereeningsresultaat van deze verzekerde van de oude zorgverzekeraar overgezet naar de nieuwe zorgverzekeraar. Dit is een mutatie op verzekerdeniveau.
- De overstappers worden bepaald op basis van de *lenteherberekening 2020*. De lenteherberekening wordt alleen gebruikt om de overstappers te identificeren. Uit navraag bij het Zorginstituut blijkt dat dit het meeste recente moment is met betrekking tot de verzekerdenaantallen voorafgaand aan de Corona-crisis (met peildatum 1 maart 2020).
- In de lenteherberekening wordt een hergewicht gebruikt om de verzekerdenaantallen te schalen naar de verzekerdenraming van het Zorginstituut. Bij het uitvoeren van de verzekerdenmutatie stellen wij voor niet het hergewicht voor schaling naar de verwachte verzekerdenaantallen 2020 te gebruiken maar de 'gebruikelijke' inschrijfduur van deze verzekerde. Ingeval het hergewicht meegenomen zou worden voor alle verzekerden (niet alleen de overstappers), zou dit ervoor zorgen dat de verzekerdenaantallen uitkomen op de verwachte aantallen door het Zorginstituut. Echter, dit kan ook zorgen voor het uitvergroten van effecten op bepaalde specifieke groepen in de portefeuille. In de voorgestelde methodiek wordt nu aangenomen dat de indeling van kenmerken in 2020 zonder Corona vergelijkbaar is met 2019.

Aannames:

- Er wordt aangenomen dat de verzekerdenindeling in 2019 representatief is voor 2020 in de situatie zonder Corona. Dit geldt voor sterfte/ emigratie, geboorte/ immigratie en grensoverschrijdende zorg (seizoensarbeiders, grensarbeiders). Deze aanname gaat niet op bij zorgverzekeraars met een atypische ontwikkeling van de portefeuille in 2020 ten opzichte van 2019.



1.11 Variant A1 – Correctie modelwijzigingen 2019 – 2020

III. Correctie voor modelwijzigingen 2019 – 2020

Doel

Corrigeren voor de modelwijzigingen van 2019 naar 2020 draagt bij aan de representativiteit van 2019 voor 2020. Bijlage 1.11 geeft een uitwerking van de modelwijzigingen 2019 – 2020.

Aanpak

- CRV 28 juli: "Modelwijzigingen 1-op-1 corrigeren is te complex en levert schijn nauwkeurigheid. Modelwijzigingen benaderen op basis van de mutatie in de OT."
- Gebruik de mutatie in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar in de OT voor het model-effect van 2019 naar 2020 (WOR 973).
- Deze mutatie levert een procentuele correctie op het berekende vereveningsresultaat per zorgverzekeraar.
- Het is een correctie per zorgverzekeraar en niet een landelijk gemiddelde correctie. Op deze wijze wordt rekening gehouden met effecten van modelwijzigingen op de portefeuillesamenstelling en doet dit recht aan de huidige concurrentieposities.

Aannames

- De mutatie in de OT is een proxy voor de effecten van modelwijzigingen op de portefeuilles in 2020. De OT resultaten 2019-2020 zijn gebaseerd op de portefeuillesamenstellingen van 2017 (jaar t-3). Effecten van modelwijzigingen in relatie tot ontwikkelingen in portefeuillesamenstellingen na 2017 worden niet meegenomen in deze correctie.
- Dit is een correctie voor het model-effect; in de OT zijn de vereveningsresultaten voor 2019 en 2020 op dezelfde portefeuilles gebaseerd.
- In de OT zijn grensoverschrijdende kosten niet inbegrepen. Deze effecten worden niet meegenomen in deze correctie voor het model-effect.

1.12 Modelwijzigingen 2020 ten opzichte van 2019

	Kenmerk	Wijziging
Ex ante (XA)	FKG's somatisch en psychisch	Regulier onderhoud
	DKGs somatisch en psychisch	Groot onderhoud
	Aard van inkomen (AVI)	Uitbreiding met klassen voor 0-17 jarigen en 65-69 jaar: - 0-17 jarigen worden ingedeeld in nieuwe klassen op basis van de laagste AVI van de volwassenen op hetzelfde adres. - 65-69 jarigen worden ingedeeld in nieuwe klassen op basis van hun AVI van toen zij 65 waren.
	Sociaal economische status (SES)	- De leeftijdsgrens 65 jaar wordt opgeschoven naar 69 jaar. - Bij bepaling adresinkomens worden inkomens van verzekerden in een Wlz-instelling en van verzekerden ingedeeld in DKG-GGZ 15 t/m 18 niet meer meegeteld - Verzekerden ingedeeld in DKG-GGZ 15-18 worden ingedeeld in SES 'zeer laag'. - Volledige jaarincome jaar t-1 wordt meegeteld bij bepaling van adresinkomen, ook als verzekerde deel van het jaar verzekerd was (weging naar inschrijffuur komt te vervallen).
	Personen per adres (PPA)	- De leeftijdsgrens 65 jaar wordt opgeschoven naar 69 jaar. - Uitsluiting van lage ZZP's bij indeling van verzekerden in een Wlz-instelling komt te vervallen.
	Psychische DKG's	- Toevoeging van een klasse voor verzekerden die in het voorafgaende jaar zorg uit de generalistische basis-GGZ ontvingen.
	Buitenland percentages	Wijziging in het percentage voor buitenlanders voor toerekening van het normbedrag van de afslagklasse in 2020 ten opzichte van 2019: - FKG 65% (was 45%) - primaire DKG's 75% (was 50%); - secundaire DKG's 80% (was 60%); - HKG 75% (50%); - FDG 93% (was 75%); - FKG GGZ 65% (was 50%); - DKG GGZ 45% (was 30%)
Ex post (XP)	Invoering HKC	Voor 2020 geldt een HKC voor de GGZ. De drempelwaarde wordt zodanig vastgesteld dat de top-0,5% van GGZ-gebruikers in aanmerking komt voor HKC. Het vergoedingspercentage boven de drempelwaarde is vastgesteld op 75%.
	Criteriumneutraliteit	- Voor FKG geldt partieel klassieke criteriumneutraliteit op de groep risicoklassen 'Groei-stoornissen o.b.v. add-on', 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Immunoglobuline o.b.v. add-on', 'OPD/zware astma o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add-on', 'extreem hoge kosten cluster 1', 'extreem hoge kosten cluster 2' en 'extreem hoge kosten cluster 3'; - Voor primaire DKG's en secundaire DKG's geldt klasseneutraliteit; - Voor MHK geldt partieel klassieke criteriumneutraliteit op de drie topklassen. - Voor DKG GGZ geldt klassieke criteriumneutraliteit. - Voor MVV geldt geen criteriumneutraliteit meer.
Wijzigingen niet van invloed	Deelbedrag Vast	De risicoloze periode voor ex-sluismiddelen liep tot 31 december van het kalenderjaar na het kalenderjaar waarin het geneesmiddel uit de sluis het pakket is ingestroomd. Dit wordt uitgebreid. In modeljaar 2020 geldt de risicoloosheid voor de middelen die in 2018, 2019 of 2020 in het pakket instromen.

1.13 Variant A1 en A2 – Mogelijkheden correctie voor zorginkoop- en beheersmaatregelen individuele zorgverzekeraars voor 2020

Aanleiding voor toegevoegde waarde aanvullende correctie op A1 en A2

- Variant A1 en A2 gaan uit van het vereveningsresultaat 2019 (en voorgaande jaren), aangevuld met correcties voor verzekerdenmutaties en modelwijzingen.
- Door enkele zorgverzekeraars is aangekaart dat het verwachte vereveningsresultaat 2019 (en voorgaande jaren) niet representatief is voor 2020. Dit omdat specifieke zorginkoop- en beheersmaatregelen die per 1 januari 2020 van kracht zijn niet worden meegenomen.
- Ingeval de effecten van deze maatregelen kunnen worden meegenomen in een aanvullende correctie op het verwachte vereveningsresultaat, dan draagt dit bij aan de representativiteit van variant A1 en A2 voor deze atypische ontwikkelingen en/ of maatregelen voor 2020.

Voorstel voor methodiek

- In de prognoses van individuele zorgverzekeraars voor de premiestelling 2020 is niet rekening gehouden met de effecten van Corona.
- Iedere zorgverzekeraar publiceert jaarlijks de onderbouwing van de premie, onderdeel hiervan is het vereveningsresultaat c.q. de resultaten op zorgactiviteiten. Zie hiervoor bijlage 1.13.
- De verwachte vereveningsresultaten van iedere zorgverzekeraar kan worden gebruikt als een (procentuele) correctie op het berekende vereveningsresultaat 2019, na correctie voor verzekerdenmutaties en modelwijzigingen. Bijvoorbeeld een correctie op basis van het verschil in de prognose voor 2019 en 2020.
- Deze correctie is een benadering van de zorginkoop- en beheersmaatregelen van iedere zorgverzekeraar voor 2020.

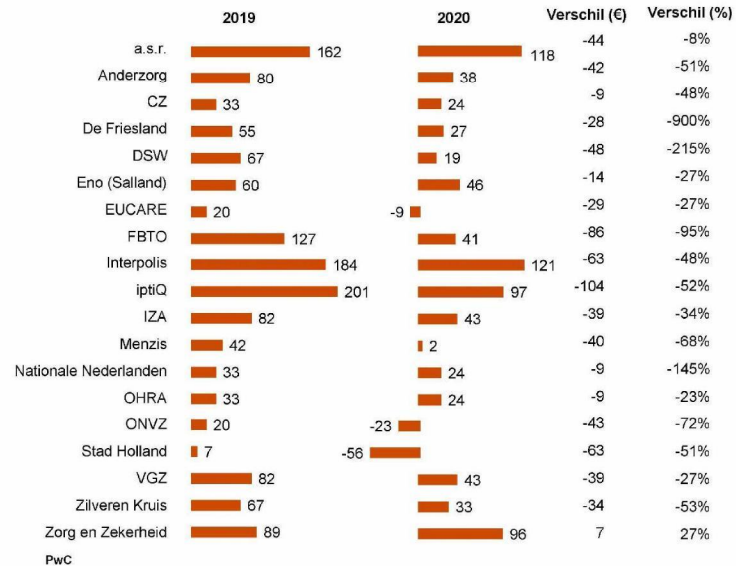
Aannames/ beperkingen

- Er zijn (zeer waarschijnlijk) verschillen in de prognoses van individuele zorgverzekeraars, waardoor het verwachte vereveningsresultaat niet eenduidig is opgesteld. Dit brengt subjectiviteit in de bandbreedte-methodiek.
- Op de gepubliceerde cijfers is geen accountantsverklaring.

Alternatief: door een individuele zorgverzekeraar is aangegeven dat er mogelijk alternatieven zijn door onderdelen vanuit de Solvency II jaarverlagen te gebruiken. Indien gewenst kunnen wij de mogelijkheden voor deze optie verder verkennen.



1.14 Verwachte vereveningsresultaten van individuele zorgverzekeraars voor 2019 en 2020



Deze grafieken laten het verwachte vereveningsresultaat van 2019 en 2020 ten behoeve van de premiestelling van deze jaren zien.

- Elk jaar wordt door alle zorgverzekeraars de opbouw van de premies op de website gepubliceerd. Deze opbouw geeft inzicht in de verschillende kostencomponenten van de premie.
- Een van deze kostencomponenten is het resultaat op risicoverevening en zorginkoop (c.q. resultaat op zorgactiviteiten). Dit is het verschil tussen de verwachte vereveningsbijdrage en de verwachte zorgkosten. In deze prognose zijn verwachte effecten van modelwijzigingen, verzekerdmutaties, zorginkoop- en beheersmaatregelen inbegrepen.
- Deze prognose zijn op onderdelen subjectief. Er kunnen verschillen zijn in de methodiek tussen zorgverzekeraars. Deze prognose is geen onderdeel van de accountantsverklaring.

Bron: websites individuele zorgverzekeraars

1.15 Variant A2 – Correctie modelwijzigingen 2017 t/m 2020

III. Correctie voor modelwijzigingen

Doel

Aangezien wordt uitgegaan van het gemiddelde van 3 jaar dient ook gecorrigeerd te worden voor de modelwijzigingen over deze periode, om zodoende deze jaren representativiteit te maken voor 2020. Bijlage 1.15 en 1.16 geven een uitwerking van de modelwijzigingen voor de periode 2017 t/m 2020.

Aanpak

- De mutatie in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar in de OT voor de modelwijzigingen van 2017 naar 2018, van 2018 naar 2019 en van 2019 naar 2020 worden meegenomen.
- In de berekening van de correctie wordt de mutatie van 2017-2018 met 1/3 gewogen, de mutatie van 2018-2019 met 2/3 en de mutatie 2019-2020 met 1. Deze weging is gedaan om de voorgaande jaren representatief te maken voor 2020.
- Dit levert een (procentuele) correctie op het vereveningsresultaat per zorgverzekeraar.
- Het is een correctie per zorgverzekeraar en niet een landelijk gemiddelde correctie. Op deze wijze wordt rekening gehouden met effecten van modelwijzigingen op de portefeuillesamenstelling en doet dit recht aan de huidige concurrentieposities. Voor nieuwe zorgverzekeraar(s) wordt het landelijk gewogen gemiddelde genomen als procentuele correctie, ingeval dit niet te bepalen is o.b.v. gedetailleerde informatie over de portefeuilles van deze nieuwe zorgverzekeraars.

Aannames

- De mutatie in de OT is een proxy voor de effecten van modelwijzigingen op de portefeuilles in 2020. De OT resultaten zijn gebaseerd op de portefeuillesamenstellingen van *2017, 2016 en 2015*. Effecten van modelwijzigingen in relatie tot ontwikkelingen in portefeuillesamenstellingen na 2017 worden niet meegenomen in deze correctie.
- In de OT zijn grensoverschrijdende kosten niet inbegrepen. Deze effecten worden niet meegenomen in deze correctie voor het model-effect. De buitenlandpercentages zijn gewijzigd over de betreffende jaren (zie bijlage 1.11, 1.15 en 1.16).

Voorstel voor aanvullende correctie: in de berekening van het verwachte vereveningsresultaat voor 2020 is het technisch mogelijk om de verzekerden die worden ingedeeld in de 'buitenland-klasse' dit gewijzigde buitenlandpercentage in 2020 toe te rekenen. Deze correctie maakt de uitvoering technisch complexer. Naar verwachting is het effect van deze correctie (relatief) beperkt.

1.16 Modelwijzigingen 2019 ten opzichte van 2018

	Kenmerk	Wijziging
Ex ante (XA)	FKG's somatisch en psychisch	Groot onderhoud
	FKG's somatisch	<ul style="list-style-type: none"> - Totaal 37 risicoklassen, inclusief de EHK-risicoklassen, en een afslagklasse. - De risicoklasse 'Hoog cholesterol' is vervallen. - De risicoklasse 'Diabetes type I' is gesplitst in 'Diabetes type I met hypertensie' en 'Diabetes type I zonder hypertensie'. - Nieuwe risicoklassen zijn: 'Chronische ontsteking', 'Acromegalie', 'Immunoglobuline o.b.v. add-on' en 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on'. - De DDD-drempel van 180 DDD is voor bepaalde risicoklassen verlaagd naar 90 DDD.
	Regio	- Vereenvoudigd, waarbij het afzonderlijke verklaringsmodel voor de residuele kosten op postcodeniveau is komen te vervallen.
	Meerjarige Hoge Kosten (MHK)	<ul style="list-style-type: none"> - Bij het indelen van de verzekerden worden de kosten van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) betrokken. - Verzekerden woonachtig in het buitenland worden weer ingedeeld bij alle MHK risicoklassen, in plaats van ze, zoals dat in vereveningsjaar 2018 het geval was, in te delen in de afslagklasse waarbij een percentage wordt toegepast op het normbedrag afslag.
	MVV	<ul style="list-style-type: none"> - Criterium VGG is vervangen door MVV: verzekerden worden ingedeeld op basis van over drie voorafgaande jaren gesommeerde kosten voor Verpleging en verzorging (V&V). - Verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling worden ingedeeld in de klasse 'Geen MVV'.
	FKG's psychisch	<ul style="list-style-type: none"> - Totaal negen risicoklassen en een afslagklasse. - De nieuwe risicoklasse 'Chronische stemmingsstoornissen complex' is afgesplitst van de risicoklasse 'Chronische stemmingsstoornissen'. - De risicoklasse 'Angststoornissen' is de andere nieuwe risicoklasse.
Ex ante (XA)	Forfaitaire groep van het Eigen Risico	- De verzekerden die met het Eigen Risicomodul worden ingedeeld zijn de verzekerden van 18 jaar en ouder die zijn ingedeeld in de afslagklassen van de criteria FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's, MHK (de twee laagste klassen), FDG, MVV is hier in 2019 aan toegevoegd.
	Buitenland percentages	<p>Wijziging in het percentage voor buitenlanders voor toerekening van het normbedrag van de afslagklasse in 2020 ten opzichte van 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FKG 45% (was 50%) - secundaire DKG's 60% (was 50%); - HKG 60% (was 55%); - DKG GGZ 30% (was 45%).
Ex post (XP)	Criteriumneutraliteit	<ul style="list-style-type: none"> - Voor het criterium FKG geldt partieel klassieke criteriumneutraliteit op de groep risicoklassen 'Groeiendoornissen o.b.v. add-on', 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Immunoglobuline o.b.v. add-on', 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add-on', 'extreem hoge kosten cluster 1', 'extreem hoge kosten cluster 2' en 'extreem hoge kosten cluster 3'. - Voor primaire DKG's en secundaire DKG's geldt klasse neutraliteit. - Voor MHK geldt partieel klassieke criteriumneutraliteit op de twee topklassen. Voor MVV geldt klassieke criteriumneutraliteit. - Voor DKG GGZ geldt klassieke criteriumneutraliteit.

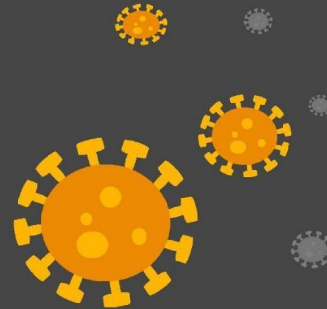
1.17 Modelwijzigingen 2018 ten opzichte van 2017

	Kenmerk	Wijziging
Ex ante (XA)	DKG's somatisch en psychisch	Groot onderhoud
	Deelbedrag gGGZ	- Het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (lGGZ) is samengevoegd met het macro-deelbedrag geestelijke gezondheidszorg (gGGZ). - Het macro-deelbedrag kosten van lGGZ komt daarmee te vervallen.
	Leeftijd/geslacht	- De klasse nuljarigen gesplitst in jongste nuljarigen (geboren in jaar t) en oudste nuljarigen (geboren in jaar t-1).
	Aard Van Inkomen (AVI)	- Een nieuwe klasse 'Hoogopgeleiden 35-44 jaar' toegevoegd.
	Sociaal economische status (SES)	- Verzekerden met Wlz-declaraties worden ingedeeld in de klasse 'SES 1 (zeer laag)'. - De klasse 'Institutioneel huishouden, blijvend' wordt op 1 gegevensjaar (t-1) bepaald, onder de veronderstelling dat verblijf in t-1 leidt tot verblijf in t.
	Personen per adres (PPA)	- De klasse 'Institutioneel huishouden, blijvend' wordt op 1 gegevensjaar (t-1) bepaald, onder de veronderstelling dat verblijf in t-1 leidt tot verblijf in t.
	DKG's somatisch	- Primaire DKG's met 15 positieve klassen en een afslagklasse. - Secundaire DKG's met 7 positieve klassen en een afslagklasse. - Declaraties van dbc's geriatrische revalidatiezorg worden gebruikt.
	Meerjarige Hoge Kosten (MHK)	- De afslagklasse is gesplitst in een nieuwe afslagklasse voor gezonde verzekerden en een positieve klasse. De nieuwe positieve klasse is voor verzekerden met in de afgelopen 3 jaar tenminste 1 keer kosten in de top 30%. - Totaal heeft de MHK nu 8 positieve klassen.
	VGG	- De hoogste klasse gesplitst naar jonger en ouder dan 18 jaar. - Er zijn nu 7 positieve klassen en een afslagklasse.
	DKG's psychisch	- Totaal 17 positieve klassen, waaronder 4 topklassen uit het voormalige criterium lGG, en een afslagklasse.
	MHK GGZ	- In de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro' is een drempel van kosten GGZ in top 98,5% met kosten GGZ >10 euro opgenomen.
	Vervallen criteria	- GGG, GSM, ZVZ en lGG zijn te komen vervallen.
	Buitenland percentages	Wijziging in het percentage voor buitenlanders voor toerekening van het normbedrag van de afslagklasse in 2020 ten opzichte van 2019: - HKG 55 % (was 65 %); - MHK 60 %; - FDG 75 % (was 40 %); - DKG GGZ 45 % (was 40 %).
Ex post (XP)	Criteriumneutraliteit - Voor FKG geldt partiële criteriumneutraliteit voor het criterium FKG op de groep klassen FKG Kanker o.b.v. add-on, FKG Auto-immuunziekten o.b.v. add-on, FKG Groeistoornissen o.b.v. add-on, extreem hoge kosten cluster 1, extreem hoge kosten cluster 2 en extreem hoge kosten cluster 3. - Voor primaire DKG's en secundaire DKG's geldt klasseneutraliteit. - Voor HKG geldt klasseneutraliteit op de klasse 'Vernevelaar met toebehoren'. - Voor DKG GGZ geldt criteriumneutraliteit.	

Contactgegevens

drs. 5.1.2e
 5.1.2e @pwc.com
 5.1.2e 1.2e 1.2e 1.2e 1.2e

dr. 5.1.2e
 5.1.2e @pwc.com
 5.1.2e 1.2e 1.2e 1.2e 1.2e



© 2020 PwC.

PwC is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 51414498), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services B.V. (KvK 54226358), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen.

Dit rapport is door PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial and Insurance Services B.V. (PwC) opgesteld in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland. De informatie die door PwC is gebruikt in het kader van het opstellen van dit rapport is afkomstig uit (openbare) bronnen en gesprekken c.q. overleggen, waarbij is aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. De betrouwbaarheid van de aan PwC ter beschikking gestelde documenten en informatie is door PwC niet geverifieerd of vastgesteld. PwC heeft zich ingespannen op basis van de aan PwC ter beschikking gestelde documenten en informatie een zo gedegen mogelijk rapport en advies op te stellen. Dit rapport is louter bestemd voor informatieve doeleinden en is niet bedoeld voor enig ander gebruik of bestemd voor enig ander doel. PwC heeft geen werkzaamheden uitgevoerd die het karakter dragen van een accountantscontrole. Hoewel PwC zich heeft ingespannen een zo gedegen mogelijk rapport op te stellen en zij bij het opstellen van dit rapport de nodige zorg heeft betracht, versprekt PwC geen enkele expliciete of impliciete verklaring noch biedt PwC enige garantie (en aanzien van de juistheid of volledigheid van de in dit rapport vervatte informatie. U blijft te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk voor eventuele op dit rapport gebaseerde besluitvorming en/of beslissing(en). PwC aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid (ook niet voor nalatigheid) voor de gevolgen van enig handelen of nalaten door u en/of derden op basis van (de inhoud van) dit rapport, en wijst iedere verantwoordelijkheid, zorgplicht en/of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins - af voor enig besluit en/of enige beslissing waaraan (de inhoud van) dit rapport ten grondslag ligt. Dit rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) dit rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht. Alle rechten voorbehouden. PwC verwijst naar de juridische entiteiten zoals omschreven in de legal disclaimer. Zie daarvoor <https://www.pwc.nl/finonze-organisatie/legal-disclaimer.html>.