



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

t.a.v. 5.1.2e

DGCZ

Postbus 20350

2500 EJ DEN HAAG

2020048060

Datum 24 november 2020
 Betreft Verzoek tot uitvoering private pooling 2020

Zorginstituut NederlandFondsen
Risicoverevening,
Beheerskosten & SubsidiesWillem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 5.1.2e

Contactpersoon5.1.2e
+31 (0)6 5.1.2e**Onze referentie**
2020048060

Geachte mevrouw 5.1.2e

Tijdens de Bestuurlijke Overleggen over de risicoverevening 2020/2021 zijn de gevolgen van de Corona pandemie uitgebreid besproken. De gewijzigde zorgvraag en de verschillende maatregelen die zijn getroffen om continuïteit van zorg te bewerkstelligen hebben impact op de uitvoering en uitkomsten van het risicovereveningsmodel voor 2020.

Het gelijk speelveld voor zorgverzekeraars is een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van het zorgstelsel op de korte en lange termijn. De zorgverzekeraars zijn overeengekomen dat een aanvullende pooling gewenst is. Deze aanvullende pooling betreft onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars en staat buiten de specifieke overheidsregelingen. De private pooling vindt plaats nadat de uitkomsten uit het reguliere proces van verevening bekend zijn en heeft als doel om de effecten op de marktverhoudingen te beperken. Voor 2020 heeft de Autoriteit Consument en Markt geen bezwaar tegen deze pooling¹.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft Zorginstituut Nederland verzocht om een uitvoerende bijdrage aan de private pooling voor 2020 en 2021 te leveren. Wij hebben aangegeven deze rol te kunnen vervullen. Immers, wij beschikken over alle noodzakelijke gegevens voor de berekeningen en kunnen hiermee bijdragen aan het functioneren van het zorgstelsel in deze uitzonderlijke situatie.

Mede gezien de positieve reactie van de minister tijdens de Bestuurlijke overleggen, verzoek ik u formeel in te stemmen met de uitvoering van deze tijdelijke nevenactiviteit zodat wij met ZN nadere afspraken kunnen maken over de door ons uit te voeren werkzaamheden in 2020. Voor de uitvoering van een pooling voor 2021 zullen wij op een later moment een apart besluit nemen en u om separate instemming verzoeken.

In een eerste fase maken we een gezamenlijk plan van aanpak over de werkwijze (stappenplan). Na deze eerste fase zullen we definitief besluiten om tot feitelijke

¹ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-zorgverzekeraars-mogen-gezamenlijk-zorgaanbieders-financieel-steunen-tijdens-coronacrisis>

uitvoering over te gaan. Voor deze eerste fase maken we nu afspraken met ZN over de condities waaronder we deze kunnen uitvoeren. Dat betekent ook dat we de impact op onze organisatie en de inzet van onze medewerkers daarin bespreken.

Zorginstituut Nederland
Fondsen
Risicoverevening,
Beheerskosten & Subsidies

Datum
24 november 2020

Onze referentie
2020048060

Wij waarborgen dat onze onafhankelijke positie als uitvoerder van de risicoverevening niet in gevaar komt en dat de reguliere werkzaamheden hierdoor niet worden belast. Dit borgen wij onder andere doordat de resultaten van onze werkzaamheden geen formele beslissingen van het Zorginstituut zijn en dat de financiële afwikkeling volledig bij ZN en de zorgverzekeraars ligt. Vanzelfsprekend voeren wij deze werkzaamheden uit binnen de toepasselijke wet en regelgeving. Voor deze extra werkzaamheden ontvangen wij bovendien een passende (kostprijs) vergoeding van de zorgverzekeraars.

Ik vertrouw erop dat door onze inzet/betrokkenheid wij een passende, extra bijdrage leveren aan het goed functioneren van het Nederlandse zorgstelsel, met behoud van onze eigen, onafhankelijke positie.

Hoogachtend,



Bijlage 1. Verzoek ZN voor uitvoering van de berekeningen voor de private pooling



Zorginstituut Nederland

5.1.2e

Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp Verzoek medewerking Zorginstituut in uitvoering onderlinge solidariteitsafspraken van zorgverzekeraars
Datum 10 november
Uw kenmerk --
Ons kenmerk B-20-5415
Contactpersoon 5.1.2e

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 5.1.2e
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte heer 5.1.2e

Zorgverzekeraars hebben vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid er gezamenlijk voor gekozen om ten tijde van de COVID-crisis de continuïteit van zorgverlening voorop te stellen om zo invulling te kunnen geven aan hun zorgplicht. Ondanks dat de COVID-crisis niet alle zorgverzekeraars in gelijke mate heeft getroffen en het verdere verloop van COVID zeer onzeker is, realiseerden zorgverzekeraars zich direct dat gezamenlijk handelen nodig zou zijn om deze crisis het hoofd te bieden. Dat hebben zorgverzekeraars gedaan op basis van de afspraak dat ze onderling solidair zijn in het opvangen van de COVID-effecten en dat het level playing field tussen zorgverzekeraars door COVID niet mag worden verstoord. Doel daarbij is uiteraard niet iets af te doen aan de reguliere concurrentie tussen zorgverzekeraars, maar juist in het belang van de verzekerden een eerlijk speelveld te waarborgen.

De afgelopen maanden is gebleken dat het volledig borgen van het level playing field door middel van (aanpassing van) de risicoverevening niet mogelijk bleek. Zorgverzekeraars zijn daarom een traject gestart om onderling aanvullende solidariteitsafspraken te maken waarmee de versturende effecten van COVID in 2020 en 2021 worden gemitigeerd en het level playing field wordt geborgd.

In de bestuurlijke en directeuren overleggen over de vormgeving van de risicoverevening 2021 is meermaals gesproken over de voortgang in het maken van deze onderlinge solidariteitsafspraken. Door zorgverzekeraars is aangegeven dat zij in het kader van de uitwerking van de solidariteitsafspraken graag gebruik maken van nader te bepalen in dit kader relevante data die beschikbaar zijn bij het Zorginstituut. Daarnaast hebben zorgverzekeraars benadrukt dat het wenselijk is dat de berekeningen door een onafhankelijke partij worden uitgevoerd.

Het Zorginstituut heeft zich bereid verklaard om de uitvoering van deze door verzekeraars gemaakte, onderlinge afspraken voor het risicovereveningsjaar 2020 en 2021 te faciliteren, mits uitvoerbaar en inpasbaar in de reguliere werkzaamheden van het Zorginstituut. Enerzijds door mee te denken over de uitvoerbaarheid van deze afspraken en anderzijds door de berekeningen van deze afspraken uit te voeren op de verschillende tussentijdse, afgesproken momenten (inclusief een dry-run begin 2021). Hierbij wordt onderkend dat deze uitkomsten geen besluiten zijn van het Zorginstituut en dat het Zorginstituut geen partij is in de financiële transactie, die volgen uit deze berekeningen. Bovendien wordt benadrukt dat bij de uitvoering van de berekeningen door het Zorginstituut AVG wetgeving zal moeten worden nageleefd. Daarnaast zouden er mededingingstechnische aspecten een rol kunnen spelen. Ook daar wordt uiteraard rekening mee gehouden voor zover aangewezen.

Nu hebben de zorgverzekeraars (onder nadrukkelijk voorbehoud van goedkeuring door de ACM) inmiddels overeenstemming bereikt over de methodiek om de onderlinge solidariteit en daarmee het level playing field in 2020 én 2021 in 4 stappen te borgen. In de bijlagen bij deze brief is deze methodiek nader uitgewerkt. Het is van belang om de methodiek verder uit te werken tot een concreet stappenplan (i.e. handleiding) waarbij voor elke stap exact duidelijk is hoe de berekening wordt uitgevoerd en welke keuzes nog gemaakt moeten worden. De methodiek beschrijft de inhoudelijke lijn van de berekening, maar het ligt in de lijn der verwachting dat bij het uitwerken van een concreet stappenplan op basis van een zogenaamde dry-run alle te maken keuzes in detail inzichtelijk worden om de afgesproken methodiek uit te voeren.

Zorgverzekeraars verzoeken het Zorginstituut om in samenwerking met zorgverzekeraars en PWC om de methodiek voor de stappen 1, 2 en 4 te vertalen naar een gedetailleerd stappenplan, vooralsnog in de eerste plaats voor 2020. De beoogde rol van het Zorginstituut daarbij is om proefberekeningen uit te voeren op basis van input van de zorgverzekeraars en daarmee de keuzes die door zorgverzekeraars gemaakt moeten worden inzichtelijk te maken. Vervolgens zullen de zorgverzekeraars een besluit nemen over de te nemen keuzes, die vervolgens door het Zorginstituut ook op deze wijze worden ingebed in het stappenplan/ handleiding. In een later stadium zullen de zorgverzekeraars op basis van de uitgewerkte methodiek aan het Zorginstituut verzoeken om in een tweede fase de uiteindelijke berekeningen uit te voeren. Dat verzoek zullen de zorgverzekeraars doen nadat het stappenplan is uitgewerkt en uitvoerbaar is gebleken.

Het Zorginstituut en de zorgverzekeraars maken als eerste onderdeel voor de eerste fase afspraken over de planning, de gewenste resultaten en de kosten voor de uitvoering van de werkzaamheden. Vervolgens worden nadere afspraken gemaakt over de uitvoering van de regeling door het Zorginstituut, waaronder de planning van de uitvoering (inclusief tussentijdse informatievoorziening), de wijze van rapporteren en verantwoorden.

Graag vernemen wij van u of het Zorginstituut mee kan werken aan het uitwerken van het concrete stappenplan (eerste fase) ten behoeve van de solidariteitsafspraken zoals in deze brief omschreven, en vervolgens de tweede fase (uitvoering van de solidariteitsafspraken).

Met vriendelijk groet,



drs. R.A.A.M. Coolen MCM
directeur a.i.

Bijlagen:

- Onderzoek PWC: Onderlinge solidariteit tussen zorgverzekeraars voor financiële effecten van Corona (Advies uitwerking van de methodiek voor stap 2 van de solidariteitsregeling)
- Onderzoek PWC en Equalis: Eindrapportage advies en uitwerking (onderlinge solidariteit in 2021 voor financiële effecten COVID-19).

Onderlinge solidariteit tussen zorgverzekeraars voor financiële effecten van Corona

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



Eindrapportage
21 augustus 2020

Managementsamenvatting (1/3)

Inregelen van stap 2 van de solidariteitsregeling borgt gelijk speelveld en beschermt financiële positie van individuele zorgverzekeraar(s)

Zorgverzekeraars hebben te maken met een ongelijke verdeling van de financiële effecten als gevolg van Corona. Doel van de solidariteitsregeling is om verstoring van de markt te voorkomen. In stap 1 van de solidariteitsregeling worden de kosten van de CB-regelingen en de kosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 herverdeeld. In stap 2 worden de financiële effecten die niet in stap 1 zijn ondervangen, herverdeeld. De omvang van deze resterende financiële effecten is nu *niet* te kwantificeren. De resterende financiële effecten zouden tot verstoring van een gelijk speelveld kunnen leiden. Met het inregelen van stap 2 wordt het gelijk speelveld geborgd en zijn individuele zorgverzekeraars beschermd tegen substantiële financiële effecten van Corona. Het is voor individuele zorgverzekeraars nu niet goed in te schatten of er voor- of nadeel is van de solidariteitsregeling, vanwege de onzekerheden over de effecten van Corona. Ingeval de saldo-effecten achteraf beperkt blijken te zijn, is stap 2 dusdanig vormgegeven dat herverdeling niet nodig is en dan ook niet plaatsvindt.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft PwC gevraagd om stap 2 van de solidariteitsregeling conceptueel in de techniek uit te werken en een advies uit te brengen over de methodiek van deze stap. Dit document is bedoeld voor besluitvorming door het ZN-bestuur over de methodiek voor stap 2 van de solidariteitsregeling. Na besluitvorming over de methodiek dient de praktische uitvoerbaarheid van de gekozen methodiek nog getoetst te worden bij de Trusted Third Party (Zorginstituut Nederland of andere partij) en te worden vastgelegd in een overeenkomst/ regeling. Ook dient de juridische haalbaarheid met goedkeuring door de ACM nog te worden uitgevoerd. Beide onderdelen zijn buiten scope van deze opdracht.

Uitgangspunt: een methodiek die zo goed als mogelijk de verwachte situatie 2020 benadert om de financiële effecten van Corona te ondervangen, gegeven dat de methodiek uitvoerbaar is

Wij hebben ernaar gestreefd een methodiek op te stellen, die zo goed als mogelijk de financiële effecten van Corona ondervangt en tegelijkertijd de reguliere concurrentieposities zo goed als mogelijk in stand houdt. Hierbij houden wij rekening met de uitvoerbaarheid van de methodiek. Wij hebben in de technische uitwerking gefocust op die onderdelen en effecten die naar verwachting (relatief) het grootste effect hebben op verstoring van het gelijk speelveld. Op dit moment is er op onderdelen (te) weinig informatie om de verwachte effecten van Corona in beeld te hebben en de methodiek tot op alle details te verfijnen. Wij hebben de methodiek opgesteld op basis van de huidige inzichten en informatie. De keuze voor een methodiek vraagt om een afweging tussen zuiverheid en uitvoerbaarheid.

Bandbreedtemethodiek: variant A2 heeft de voorkeur, indien het mitigeren van gevoeligheid voor jaar-specifieke effecten van voldoende belang wordt geacht. Indien zorgverzekeraars dit niet van belang vinden, heeft variant A1 de voorkeur, omdat deze variant uitvoeringstechnisch minder complex is.

Wij hebben vier varianten van de bandbreedtemethodiek onderzocht. Voor het opstellen van de verwachte situatie 2020 zonder de effecten van Corona, stellen wij de volgende twee varianten voor:

- Variant A2: het definitief vereveningsresultaat 2017 t/m 2019, met correcties voor verzekerdenmutaties en modelwijzigingen.
- Variant A1: het definitief vereveningsresultaat 2019, met correcties voor verzekerdenmutaties en modelwijzigingen.

Wij geven de voorkeur aan variant A2 boven A1, omdat jaar-specifieke effecten worden gemitigeerd. De impact hiervan speelt vooral bij kleine(re) zorgverzekeraars. Echter, variant A2 is uitvoeringstechnisch op alle onderdelen complexer dan variant A1. Als de zorgverzekeraars de gevoeligheid van jaar-specifieke effecten in 2019 niet van dermate groot belang achten, adviseren wij variant A1 te hanteren. Dit omdat deze variant minder complex is in de uitvoering. De andere twee onderzochte varianten hebben niet de voorkeur boven A1 en A2.



Managementsamenvatting (2/3)

Correcties op variant A1 en A2 voor buitenlandverzekerden en gewijzigd buitenlandpercentage zijn technisch mogelijk – overwegen mee te nemen in stap 2

Voor zowel variant A1 als A2 stellen wij aanvullende correcties voor om de zuiverheid van de methodiek te verbeteren. Dit zijn specifieke correcties die recht doen aan inhoudelijke reacties en verzoeken van zorgverzekeraars. De complexiteit van de uitvoering neemt hierdoor wel toe. Het is technisch mogelijk buitenlandverzekerden (grensarbeiders en seizoenarbeiders) mee te nemen bij het bepalen van het model-effect op basis van de OT. Dit betekent dat de OT opnieuw wordt uitgevoerd om buitenlandverzekerden in te delen conform de reguliere beleidsregels. Ook is het technisch mogelijk te corrigeren voor de gewijzigde buitenlandpercentages voor bepaling van de vereveningsbijdrage voor buitenlandverzekerden per 2020. De praktische uitvoerbaarheid van deze correcties dient nog onderzocht te worden, waaronder afstemming met andere partijen over toestemming c.q. verstrekking van de benodigde gegevens.

Correctie voor toekomstige minderkosten voor kosten van buitenlandzorg via het CAK is technisch mogelijk – overwegen niet mee te nemen in stap 2 maar te agenderen voor onderzoek in 2022 bij de overgang van CAK-declaraties van kasbasis naar transactiebasis

Door vertraging van de declaraties van buitenlandzorg via het CAK vallen minderkosten als gevolg van vraagtulval in het buitenland neer in toekomstige jaren. Het is technisch mogelijk de toekomstige minderkosten voor buitenlandzorg via het CAK mee te nemen in stap 2. Echter, wij stellen voor deze correctie achterwege te laten in de regeling voor 2020 en te agenderen bij de overgang van CAK-declaraties in 2022 van kasbasis naar transactiebasis. Dit is om stap 2 betrekking te laten hebben op financiële effecten in 2020. Bij opvolging van dit voorstel betekent het dat kosten van grensoverschrijdende zorg die direct bij de zorgverzekeraar binnenkomen worden meegenomen in stap 2 conform de reguliere procedures over de omgang van deze kosten in de risicoverevening, en de (minder)kosten van grensoverschrijdende zorg via het CAK die na reguliere aanleveringstermijn binnenkomen niet.

Effecten van atypische ontwikkelingen in de portefeuille en zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020 zijn technisch niet goed te ondervangen in variant A1 en A2 – bij keuze voor deze varianten meenemen in overweging bij bepaling van drempelbedrag

Zowel variant A2 als A1 houdt geen rekening met atypische ontwikkelingen en zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020. Wij hebben de technische mogelijkheden in verschillende opties onderzocht: twee verschillende invullingen voor variant A3 (prognose bij premiestelling of een onderdeel van de premiereserve Solvency II van individuele zorgverzekeraars) en een aanvullende correctie op A1 en A2. Deze opties blijken subjectiviteit in te brengen in de methodiek. Deze opties hebben daarom niet de voorkeur. Variant B1 (definitief vereveningsresultaat 2020, met achteraf corrigeren voor Corona-effecten) past conceptueel niet bij de gedachte van stap 2 van de solidariteitsregeling en heeft daarom niet de voorkeur.

Voorstel voor een smalle bandbreedte met een bepaalde marge (advies om niet hoger te gaan dan 10 euro) met een 100 % herverdelingspercentage

De keuze van het drempelbedrag is bestuurlijk van aard. Er is nu (te) weinig informatie om een drempelbedrag cijfermatig te onderbouwen. Verschillende scenario's zijn uitgewerkt met een impactanalyse op de solvabiliteitsposities van zorgverzekeraars, om deze keuze te faciliteren. Vanuit de solidariteitsgedachte adviseren wij een smalle bandbreedte, met enige marge om technische beperkingen van de methodiek te ondervangen. Op basis van de impactanalyse lijkt een drempelbedrag van maximaal € 10 passend. Het voorstel voor het herverdelingspercentage is 100 %. Dit is vanuit de gedachte tot het nastreven van de beoogde solidariteit met de financiële effecten van Corona buiten de gestelde bandbreedte. Een lager herverdelingspercentage verlaagt de onderlinge solidariteit en laat daarmee in bepaalde mate (alhoewel afgezwakt) in stand dat zorgverzekeraars verschillend worden geraakt door Corona. Hoe lager het herverdelingspercentage, hoe meer de verschillen in de effecten van Corona in stand blijven, die kunnen leiden tot verstoring van de markt. Buiten scope van deze opdracht is de toetsing bij de ACM welk drempelbedrag en herverdelingspercentage zij wenselijk acht.

Managementsamenvatting (3/3)

Alternatieve methodiek en eenvoudigere methodiek dan bandbreedtemethodiek zijn onderzocht – beide verdienen niet de voorkeur boven de bandbreedtemethodiek

Een alternatieve methodiek is een Corona hoog-risicopool. De werkelijke vereveningsresultaten inclusief de effecten van Corona boven een bepaald drempelbedrag (zowel positief als negatief) komen in de pooling terecht. Alle bedragen in de hoog-risicopool worden onderling evenredig herverdeeld onder zorgverzekeraars. Iedere zorgverzekeraar draagt evenredig bij aan financiering van deze pool. Bij deze methodiek wordt niet uitgegaan van het verschil met de verwachte situatie 2020 zonder de effecten van Corona. Dit betekent uitvoeringstechnisch een vereenvoudiging; echter dit gaat ten koste van de zuiverheid van de methodiek om de huidige concurrentieposities en daarbovenop de financiële effecten als gevolg van Corona goed te ondervangen. Conceptueel past de bandbreedtemethodiek beter bij de gedachte van de solidariteitsregeling dan een Corona hoog-risicopool.

Een eenvoudigere methodiek dan de bandbreedtemethodiek is directe verrekening van de financiële effecten van Corona (zoals in stap 1 gebeurd). Dit is geen haalbare optie, omdat de financiële effecten van Corona die in stap 2 worden ondervangen niet allen zijn te definiëren en zijn voorzien op dit moment. Dit is juist de reden om een bandbreedte-methodiek op te stellen om deze effecten van Corona te ondervangen en te herverdelen ten behoeve van het gelijk speelveld.

Voor uitvoering van de solidariteitsregeling is het van belang dat informatie van alle zorgverzekeraars gebruikt kan worden

Ten behoeve van de uitvoering van de solidariteitsregeling is het van belang dat de informatie van alle zorgverzekeraars, ook ingeval een zorgverzekeraar(s) besluit niet deel te nemen aan stap 2, kan worden gebruikt dan wel kan worden aangeleverd. Alleen als alle zorgverzekeraars hun gegevens aanleveren, kan de solidariteitsregeling volledig uitgevoerd worden, rekening houdend met alle verzekerdenmutaties.



Opvolging ZoBeCo 13 augustus

Op 13 augustus is er ingestemd in de ZoBeCo met opname van art 33. catastroferegeling in stap 1 (onderdeel 1B) en met opname van grensoverschrijdende zorg onder stap 2. Tijdens dit overleg zijn er nog vier punten gedefinieerd, die nader dienen te worden onderzocht als onderdeel van de uitwerking van de methodiek in stap 2, ten behoeve van de besluitvorming. Deze punten zijn opgevolgd en uitgewerkt in onderhavig document:

- 

1: Variant A3 op basis van de premievoorziening Solvency II is onderzocht
 Variant A3 voor het bepalen van het verwachte vereveningsresultaat 2020 was gebaseerd op het verwachte vereveningsresultaat ten tijde van de premiestelling van iedere zorgverzekeraar. Als alternatief is onderzocht om deze variant te baseren op (een onderdeel van) de premievoorziening bij Solvency II.

Slides 20, 27 en 28
- 

2: Aanvullende informatie voor bestuurlijke keuze voor het drempelbedrag is geïnventariseerd
 Er is (te) weinig informatie beschikbaar om dit drempelbedrag cijfermatig te onderbouwen. Op verzoek is aan alle zorgverzekeraars gevraagd om de beschikbare informatie over de verwachte effecten van de zorginkoop- en beheersmaatregelen aan te leveren. Hier zijn wisselende reacties op gekomen. Op basis van deze reacties concluderen wij dat er geen aanvullende informatie beschikbaar is om de bestuurlijke keuze verder te faciliteren. Als alternatief hebben wij verschillende scenario's uiteengezet, met een impactanalyse op de solvabiliteit.

Slides 31 t/m 33
- 

3: Correctie voor buitenlandverzekerden bij variant A1 en A2 is technisch mogelijk
 Bij variant A1 (2019 als basis) en variant A2 (2017 t/m 2019 als basis) is de correctie voor de modelwijzigingen bepaald op basis van de mutatie in de OT. In de OT zijn buitenlandverzekerden (grensarbeiders en seizoenarbeiders) niet inbegrepen. Er is gevraagd de technische mogelijkheden te onderzoeken op welke wijze deze verzekerden kunnen worden meegenomen bij de correctie van het modeleffect bij variant A1 en A2.

Slides 21 en 24 (en bijlagen)
- 

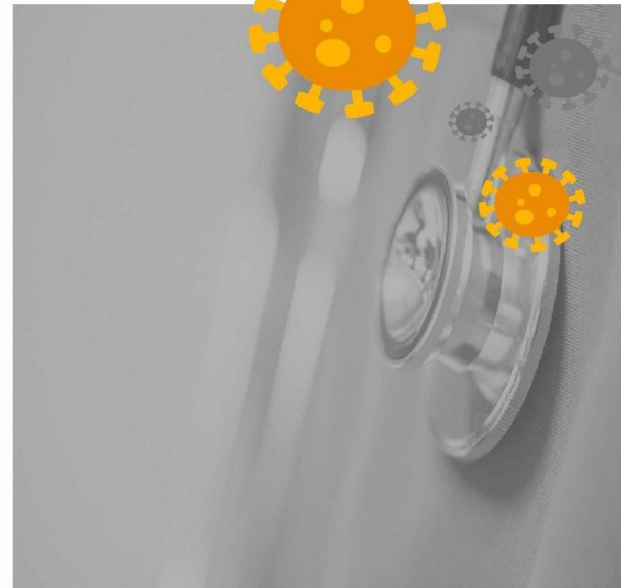
4: Correctie voor toekomstige minderkosten CAK bij variant A1 en A2 is technisch mogelijk – ter overweging
 De declaraties van buitenlandzorg via het CAK komen binnen op kasbasis. De minderkosten in het buitenland als gevolg van Corona komen in toekomstige jaren na 2020 te vallen. Er is gevraagd te onderzoeken of en op welke wijze het technisch mogelijk is om deze minderkosten mee te nemen in de herverdeling van de financiële effecten van Corona in 2020. Dit is een aanvullende correctie op variant A1 en A2.

Slides 21 en 24 (en bijlagen)

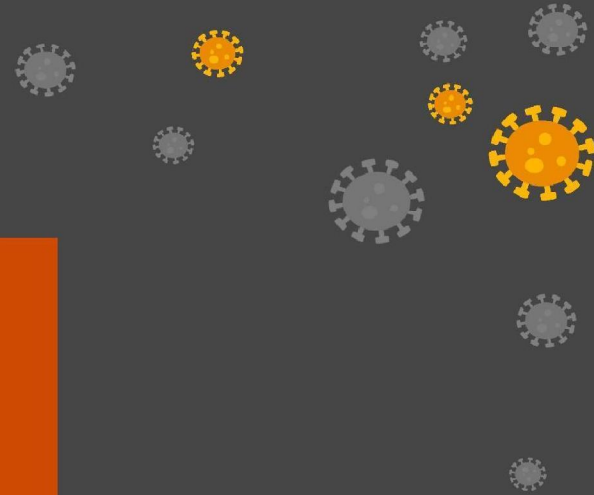
In dit document zijn bovenstaande punten meegenomen in de technische uitwerking van stap 2. Ook zijn in dit document nog aanvullende punten op basis van de technische bespreking in de CRV van 18 augustus 2020, de bespreking in de kerngroep financiën op 18 augustus 2020 en de bespreking in de ZoBeCo van 20 augustus verwerkt.

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 en doel



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 gelijk 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 Zorgverzekeringswet.
- 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 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 31.

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

2. Uitwerken stap 2 conceptueel in de techniek in alle facetten, in een bandbreedtemethodiek en een alternatieve methodiek

Dit leidt tot een advies over:






- Opstellen van verwacht vereveningsresultaat 2020 zonder effecten van Corona voor de bandbreedtemethodiek.
- Keuze van de bandbreedteparameters.
- Voorstel voor een alternatieve methodiek.

Slides 20 t/m 30

Slides 31 t/m 33

Slide 34

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

-  **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** de regeling is zo eenvoudig mogelijk (gegeven de complexe situatie) en de totstandkoming van de herverdeling is goed uitlegbaar.

Besluitvorming over de invulling van de methodiek van stap 2 vraagt om 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** uit. Op basis van de technische uitwerking van de methodiek in onderliggend document, in aanvulling op de eerdere uitwerking en het advies met dd. 5 augustus 2020, kunnen zorgverzekeraars een besluit nemen over de methodiek van stap 2 van de solidariteitsregeling.
- Ons advies over de methodiek van stap 2 is gebaseerd op de tot ons beschikbare documentatie en informatie ten tijde van het opstellen van dit advies. Binnen de gestelde tijdslijnen van dit onderzoek hebben wij getracht tot een zo goed mogelijke methodiek te komen, die technisch uitvoerbaar is.
- De **zuiverheid** van de opgestelde methodiek is 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 de 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 hebben in het opstellen van de methodiek meegenomen in welke mate de voorgestelde methodiek **technisch uitvoerbaar** is. 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. Om de technische uitvoerbaarheid in te schatten zijn overleggen geweest met zorgverzekeraars en het Zorginstituut Nederland. De **praktische uitvoerbaarheid** van de methodiek door de Trusted Third Party (het Zorginstituut Nederland of een andere partij) is nog *niet* uitgewerkt en getoetst; bijvoorbeeld:
 - welke bestanden aangeleverd dienen te worden door wie op welk moment;
 - het uitschrijven van de gekozen methodiek in detail zodat er eenduidigheid is over de definities en de berekeningswijze bij de uitvoering van de regeling;
 - de operationele invulling en benodigdheden bij de Trusted Third Party om deze regeling uit te voeren.
- De praktische uitvoering van de solidariteitsregeling ligt buiten scope van de opdracht. Dit volgt op basis van besluitvorming over de methodiek van stap 2.
- Wij vormen geen oordeel over de deelname van individuele zorgverzekeraars aan de solidariteitsregeling. Dit is een besluit vanuit iedere zorgverzekeraar. Ingeval een zorgverzekeraar(s) niet zou deelnemen, is het voor de uitvoering van de solidariteitsregeling wel van belang dat er informatie van deze zorgverzekeraar wordt gedeeld c.q. mag worden gebruikt (bijvoorbeeld om bij variant A1 en A2 de correctie voor de verzekerdenmutatie goed te kunnen uitvoeren). Wij adviseren dit punt mee te nemen in de besluitvorming over de deelname aan stap 2 van de solidariteitsregeling.
- De beoordeling van de juridische uitvoerbaarheid van de solidariteitsregeling en de procedure rondom de goedkeuring van deze regeling door de ACM ligt buiten scope van deze opdracht.

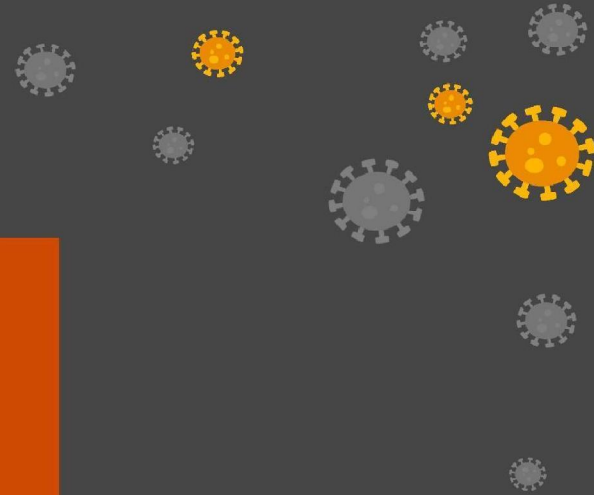
Proces

- Het onderzoek is uitgevoerd in overleg met zorgverzekeraars. Tussentijdse uitwerkingen zijn in diverse overleggen besproken, zowel technische als bestuurlijke overleggen.
- In aanvulling op deze overleggen is input opgehaald bij zorgverzekeraars, zowel op schrift als per telefoon.
- Op basis van alle ontvangen documentatie/ informatie en de overleggen zijn wij gekomen tot de uitwerking van stap 2 in onderliggend document en ons advies.

Wanneer?	Wie?	Wat?
20 juli	Stuurgroep	Plan van Aanpak met definities en uitgangspunten.
22 juli	Technisch overleg CRV	Plan van Aanpak met definities en uitgangspunten.
28 juli	Technisch overleg CRV	Eerste uitwerking bandbreedte-methodiek, inclusief uitgangspunten.
28 juli	Kerngroep Financiën	Eerste uitwerking bandbreedte-methodiek, inclusief uitgangspunten.
30 juli	Stuurgroep	Nadere uitwerking bandbreedte-methodiek.
4 aug	Technisch overleg CRV	Advies art. 33 en grensoverschrijdende zorg in de solidariteitsregeling.
4 aug	Kerngroep Financiën	Advies art. 33 en grensoverschrijdende zorg in de solidariteitsregeling.
6 aug	ZoBeCo	Nadere uitwerking bandbreedte-methodiek en alternatieve methodiek (stap 2).
11 aug	Technisch overleg CRV	Uitwerking en advies stap 2.
11 aug	ZoBeCo	Uitwerking en advies stap 2.
17 aug	Stuurgroep	Uitwerking en advies stap 2, inclusief verwerking bespreekpunten vanuit ZoBeCo.
18 aug	Technisch overleg CRV	Uitwerking en advies stap 2, inclusief verwerking bespreekpunten vanuit ZoBeCo.
19 aug	Stuurgroep	Finale uitwerking stap 2 (onderliggend document).
20 aug	ZoBeCo	Finale uitwerking stap 2 (onderliggend document).

Adviezen – uitwerking van methodiek stap 2

- *Variant verwacht vereveningsresultaat 2020 bandbreedtemethodiek*
- *Keuze bandbreedteparameters*
- *Voorstel alternatieve methodiek*



Solidariteitsregeling 2020 bestaat uit 2 stappen

<i>Risicoverevening 2020</i>		<i>Risicoverevening 2021</i>
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 financiële effecten als gevolg 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 resterende effecten zijn niet allen vooraf goed identificeerbaar. Dit is een reden om te kiezen voor een methodiek die de resterende financiële effecten als gevolg van Corona opvangt.	* Buiten scope van deze opdracht.
Uitwerking slide 15, in opvolging op het advies dd. 5 augustus 2020	Uitwerking slides 16 t/m 34, 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 de kosten van 2020 en 2021 die onder de catastroferegeling vallen bekend zijn. Naar verwachting kan deze afrekening plaatsvinden in 2024.
- **Stap 1A:** zie toelichting 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 Zorginstituut Nederland 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 één-op-één aan te sluiten bij deze beleidsregels voor de uitvoerbaarheid en consistentie met bestaand beleid en wet- 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 herverdeeld. Dit is ter voorkoming van een dubbele verrekening van dezelfde kosten. Bij de uitwerking van de praktische uitvoerbaarheid dienen de definities van de kosten onder stap 1A en 1B eenduidig en consistent te worden vastgelegd.
 - De herverdeling van stap 1B vindt plaats *nadat* het Zorginstituut Nederland art. 33 catastroferegeling heeft uitgevoerd. De zorgverzekeraars leveren voor uitvoering van de catastroferegeling dan ook de benodigde informatie (en Coronakosten) aan het Zorginstituut Nederland conform de opgestelde beleidsregels; en niet de zorgkosten na herverdeling van stap 1B.
 - De herverdeling van de kosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling worden apart berekend 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 > € 10 miljoen). Echter, er zijn resterende financiële effecten van Corona die *niet* in stap 1 zijn ondervangen en die onevenredig zijn verdeeld. Dit kan leiden tot versturende 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 versturende 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 31.

Voorbeelden van versturende effecten als gevolg van Corona*

- 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

Uitwerking: Bijlage 1.2 en 1.5

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

Uitwerking stap 2 - Uitgangspunten

- Stap 2 bestaat uit:

Bandbreedtemethodiek (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 op basis van de 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.

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. Advies: slides 20 t/m 30
- 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.
- i. Bereken het verschil per zorgverzekeraar tussen het verwachte vereveningsresultaat en het werkelijke vereveningsresultaat per premie-equivalent: dit is onderdeel a minus onderdeel b.
 - ii. Bereken het landelijk gewogen gemiddelde van het verschil in het vereveningsresultaat*.
 - iii. 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. Advies: slide 31 t/m 33
- e** Bepaal op basis van onderdeel d welke bedragen onderling worden verrekend, conform het vastgestelde **herverdelingspercentage**. Advies: slide 31 t/m 33
- f** 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:
- i. Bepaal het totale bedrag dat dient te worden ingebracht of uitgekeerd om de bandbreedte-methodiek budgetneutraal te krijgen.
 - ii. Bepaal het bedrag per premie-equivalent: bedrag uit onderdeel i van stap f delen door het totaal aantal premie-equivalenten over alle zorgverzekeraars.
 - iii. Bepaal op basis van het aantal premie-equivalenten per zorgverzekeraar de inbreng of ontvangst voor deze zorgverzekeraar.

PwC * Indien het MPB van de verwachte situatie gelijk is aan die van de werkelijke situatie is dit nul.

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 verzekerdenmutaties en modelwijzigingen 2020.

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

A3: Verwachte vereveningsresultaat 2020 op basis van onderdeel van de premiereserve Solency II van individuele zorgverzekeraars

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

Aanvullende correcties op varianten

- Deze vier varianten zijn tot stand gekomen in overleg met de CRV. 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 benaderen om de belangrijkste financiële effecten als gevolg van Corona te herverdelen.
- Aanvullende correcties op de varianten zijn onderzocht om op onderdelen de zuiverheid van de methodiek te verbeteren, in afweging van de toename in complexiteit van de uitvoering. Deze correcties zijn voortgekomen uit reacties van aantal zorgverzekeraars met betrekking tot de technische invulling van variant A1 en A2.
- De varianten beoordelen wij op:

-  *Uitvoerbaarheid/ meetbaar*
-  *Tijdsigheid*
-  *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, omdat wordt uitgegaan van drie historische jaren. Uit analyses op de aangeleverde vereveningsresultaten 2016 t/m 2019 door individuele zorgverzekeraars maken wij op dat er behoorlijke fluctuaties over de jaren kunnen optreden, met name grotere fluctuaties bij kleine(re) zorgverzekeraars dan bij grote zorgverzekeraars*. Echter, A2 is uitvoeringstechnisch op alle onderdelen complex en meer belastend 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 (onder voorbehoud)	Variant A1	Variant A3	Variant B1
Uitvoerbaarheid/ Meetbaar	Technisch uitvoerbaar maar wel complex 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 beleid en interpretatie verschillen tussen zorgverzekeraars.	Uitvoeringstechnisch het meest complex van alle varianten, alle effecten van Corona dienen te worden gedefinieerd.
Tijdsigheid	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, voorafgaand aan Corona, zijn inbegrepen in de onderdelen van de premievoorziening Solvency II van iedere zorgverzekeraar. De effecten van Corona komen tot uitdrukking in de bandbreedte (afhankelijk van het drempelbedrag), ingeval de prognoses eenduidig zijn afgeleid.	Effecten van Corona die niet waren voorzien worden niet gecorrigeerd. Hierdoor kunnen er nog steeds resterende risico's als gevolg van 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	Herverdeling van financiële effecten als gevolg van Corona draagt bij aan het level playing field. Dit gebeurt op basis van 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.	Herverdeling van de effecten als gevolg van 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.	Zorgverzekeraars stellen op basis van eigen beleid de premievoorziening vast. Een proces is nodig om een eenduidige grondslag vast te stellen en de afleiding uit te voeren. Indien dit proces niet goed mogelijk is leidt dit tot subjectiviteit in de methodiek.	Zie hierboven.
Eenvoud en transparantie	De methodiek en de daaruit volgende uitkomsten zijn uitlegbaar, maar op alle onderdelen complex dan variant A1.	Methodiek en de daaruit volgende uitkomsten zijn goed uitlegbaar. Deze variant is het meest eenvoudig.	Complex om eenduidigheid in de cijfers te krijgen; 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 als gevolg van Corona.
Uitwerking op:	Slide 25 t/m 27	Slide 22 t/m 24	Slide 28 en 29	Slide 30

* Wij hebben de aangeleverde, vertrouwelijke informatie gebruikt om inzicht te krijgen in de fluctuaties van de vereveningsresultaten over de jaren, waarbij door meerdere zorgverzekeraars is aangegeven 2019 nog met PwC voorzichtigheid te interpreteren. Er zijn nog geen afspraken over of en in welke vorm/ mate er terugg koppeling plaatsvindt over de resultaten aan individuele zorgverzekeraars. Om deze reden hebben wij in deze rapportage voor de zorgvuldigheid nog geen cijfers opgenomen.

Methodiek variant A1 – Definitief vereveningsresultaat 2019, inclusief verzekerdenmutatie en modelwijzigingen (1/2)

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

Bijlage 2.2 en 2.3

- 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 2.2 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 2.3 voor de uitwerking.

Aanvullende correcties ter overweging

Bijlage 2.5 t/m 2.7

- Correctie voor buitenlandverzekerden bij modeleffect op basis van OT: technisch uitvoerbaar, advies mee te nemen**

In het modeleffect (onderdeel III) wordt het effect op buitenlandverzekerden niet meegenomen. Hiervoor kan worden gecorrigeerd door de OT opnieuw uit te voeren inclusief buitenlanders of apart voor buitenlanders. Deze correctie is technisch mogelijk en verbetert de zuiverheid. Met deze correctie worden een aantal technische bezwaren van zorgverzekeraars weggenomen.

- Correctie voor gewijzigde buitenlandpercentage in vereveningsbijdrage 2020: technisch uitvoerbaar, advies mee te nemen**

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, maar verbetert de zuiverheid - ondanks dat naar verwachting het effect (relatief) beperkt is. Met deze correctie worden een aantal technische bezwaren van zorgverzekeraars weggenomen.

- Correctie voor toekomstige minderkosten CAK: technisch uitvoerbaar (met aannames), advies om niet mee te nemen maar te agenderen voor 2022**

Dit is een correctie voor de minderkosten van de buitenlandzorg via het CAK die in toekomstige vereveningsjaren (na de reguliere aanleveringstermijnen voor 2020) binnenkomen op kasbasis. De minderkosten in het buitenland als gevolg van vraaguital worden zichtbaar doordat er minder declaraties binnenkomen dan regulier. Doordat het enkele jaren kan duren voordat alle declaraties van het CAK binnen zijn, heeft het de voorkeur om een correctie uit te voeren in plaats van de uitvoering van de solidariteitsregeling te vertragen met de benodigde tijdsperiode. Deze correctie is technisch mogelijk, echter aannames zijn nodig. Het advies is om dit punt te agenderen bij de wijziging in 2022 van de CAK-declaraties van kasbasis naar transactiebasis.

Methodiek variant A1 – Definitief vereveningsresultaat 2019, inclusief verzekerdenmutatie en modelwijzigingen (2/2)

Aanvullende correctie ter overweging

Bijlage 1.11 en 2.4

- **Correctie voor zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020: er is geen geschikte technische oplossing gevonden op variant A1 om deze effecten mee te nemen**

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 in 2019. De volgende slide zet de aannames en voor- en nadelen van variant A1 uiteen.

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 1.11 en 2.4 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.

Een alternatief, zoals voorgesteld door een zorgverzekeraar, is variant A3: zie slide A3.

Er is geen geschikte technische oplossing gevonden voor variant A1 om de zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020 goed mee te kunnen in de berekening van het verwachte vereveningsresultaat 2020.

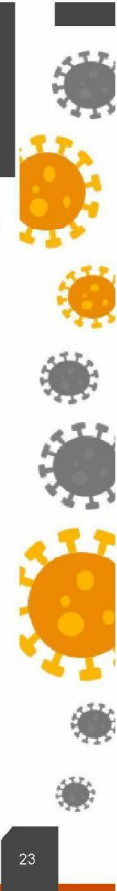
Methodiek variant A1 – Aannames, voor- en nadelen*

Aannames variant A1 (inclusief de voorgestelde aanvullende correcties voor buitenlandverzekerden en buitenlandpercentages)

- Alle reguliere effecten en patronen in 2019 worden meegenomen in de bandbreedtebepaling. 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:
 - verzwaring 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)
 - onder- of overschrijding van het MPB (flankerend beleid)**
 - kosten van buitenlandzorg (die bij zorgverzekeraar direct binnenkomen – voor declaratiestroom via het CAK zie bijlagen voor toelichting)
 - 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 de buitenlandverzekerden (grensarbeiders en seizoenarbeiders) in de OT wordt gecorrigeerd, indien correctie wordt uitgevoerd.

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. • Bij een zorgverzekeraar met een sterke instroom per 1 januari 2020 is er onzekerheid over de uitkomst van de bandbreedteregeling op tussentijdse momenten voor de definitieve vaststelling, doordat zij de historie van deze nieuwe verzekerden niet kennen. • Deze variant is gevoelig voor jaar-specifieke effecten in 2019. <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <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 van 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.
 ** In de praktische uitvoering van de gekozen methodiek kan bepaald worden om de vereveningsresultaten van de verwachte situatie te schalen naar het MPB-niveau van de werkelijke situatie zodat een verschil in onder- of overschrijding van het MPB wordt gecorrigeerd.



Methodiek variant A2 – Definitief vereveningsresultaat 2019 t/m 2017, inclusief verzekerdenmutaties en modelwijzigingen (1/2)

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

Bijlage 2.8 en 2.9

- 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 vereveningsresultaat (het verschil tussen de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage en de werkelijke zorgkosten) per zorgverzekeraar over deze 3 jaren.

II. Correctie voor verzekerdenmutaties 2017 t/m 2020

Het resultaat uit onderdeel I wordt gecorrigeerd voor de verzekerdenmutaties van 2017 t/m 2020; zie bijlage 2.2 en 2.9 voor de uitwerking van deze correctie. Dit wordt voor elk jaar uitgevoerd om daarmee elk jaar representatief te maken voor 2020.

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 2.10 voor de uitwerking. Dit wordt ook voor elk jaar uitgevoerd om daarmee elk jaar representatief te maken voor 2020.

Aanvullende correcties ter overweging

Bijlage 2.5 t/m 2.7

- Correctie voor buitenlandverzekerden bij modeleffect op basis van OT: technisch uitvoerbaar, advies mee te nemen**

In het modeleffect (onderdeel III) wordt het effect op buitenlandverzekerden (grensarbeiders en seizoenarbeiders) niet meegenomen. Hiervoor kan worden gecorrigeerd door de OT opnieuw uit te voeren inclusief buitenlanders of apart voor de buitenlanders. Deze correctie is technisch mogelijk en verbetert de zuiverheid. Met deze correctie worden een aantal technische bezwaren van zorgverzekeraars weggenomen.

- Correctie voor gewijzigde buitenlandpercentage in vereveningsbijdrage 2020: technisch uitvoerbaar, advies mee te nemen**

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, maar verbetert de zuiverheid - ondanks dat naar verwachting het effect (relatief) beperkt is. Met deze correctie worden een aantal technische bezwaren van zorgverzekeraars weggenomen.

- Correctie voor toekomstige minderkosten CAK: technisch uitvoerbaar (met aannames), advies om niet mee te nemen maar te agenderen voor 2022**

Dit is een correctie voor de minderkosten van de buitenlandzorg via het CAK die in toekomstige vereveningsjaren (na 2020) binnenkomen op kasbasis. De minderkosten in het buitenland als gevolg van vraagtulval worden zichtbaar doordat er minder declaraties binnenkomen dan regulier. Doordat het enkele jaren kan duren voordat alle declaraties van het CAK binnen zijn, heeft het de voorkeur om een correctie uit te voeren in plaats van de uitvoering van de solidariteitsregeling te vertragen met de benodigde tijdsperiode. Deze correctie is technisch mogelijk, echter aannames zijn nodig. Het advies is om dit punt te agenderen bij de wijziging in 2022 naar transactiebasis.

Methodiek variant A2 – Definitief vereveningsresultaat 2019 t/m 2017, inclusief verzekerdenmutaties en modelwijzigingen (2/2)

Aanvullende correctie ter overweging

Bijlage 1.11 en 2.4

- **Correctie voor zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020: er is geen geschikte technische oplossing gevonden om de effecten mee te nemen**

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 in 2019. De volgende slide zet de aannames en voor- en nadelen van variant A1 uiteen.

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 1.11 en 2.4 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.

Een alternatief, zoals voorgesteld door een zorgverzekeraar, is variant A3. Ook die variant blijkt op onderdelen subjectiviteit in te brengen.

Er is geen geschikte technische oplossing gevonden om de zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020 goed mee te kunnen in de berekening van het verwachte vereveningsresultaat.

Methodiek variant A2 – Aannames, voor- en nadelen*

Aannames variant A2 (inclusief de voorgestelde aanvullende correcties voor buitenlandverzekerden en buitenlandpercentages)

- Alle reguliere effecten en patronen in 2017, 2018 en 2019 worden meegenomen in de bandbreedtebepaling. Bij variant A2 wordt veronderstelt 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:
 - verzwaring 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)
 - onder- of overschrijding van het MPB (flankerend beleid)**
 - kosten van buitenlandzorg (die bij zorgverzekeraar direct binnenkomen – voor declaratiestroom via het CAK zie bijlagen voor toelichting)
 - 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. Dit is een proxy voor de model-effecten die optreden bij individuele zorgverzekeraars. Voor de buitenlandverzekerden (grensarbeiders en seizoenarbeiders) in de OT wordt gecorrigeerd, indien de correctie wordt uitgevoerd.
- Voor nieuwe zorgverzekeraars op de markt in 2018 en 2019 is er geen volledige historie. Zij krijgen het vereveningsresultaat van de jaren dat zij aanwezig zijn op de markt.

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 en 2018) om deze reden geen goede voorspeller is voor 2020. • Bij een zorgverzekeraar met een sterke instroom per 1 januari 2020 is er onzekerheid over de uitkomst van de bandbreedteregeling op tussentijdse momenten voor de definitieve vaststelling, doordat zij de historie van deze nieuwe verzekerden niet kennen. <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.
 ** In de praktische uitvoering van de gekozen methodiek kan bepaald worden om de vereveningsresultaten van de verwachte situatie te schalen naar het MPB-niveau van de werkelijke situatie zodat een verschil in onder- of overschrijding van het MPB wordt gecorrigeerd.



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

Variante A3 is als een alternatief aangedragen voor variant A1 en A2. De aanleiding hiertoe is om de verwachte effecten door individuele zorgverzekeraars, bijvoorbeeld als gevolg van zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020, beter mee te kunnen nemen.

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

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

I. Het verwachte vereveningsresultaat 2020 op basis van de Solvency II premiereserve van individuele zorgverzekeraars.

De bepaling van de Solvency II premiereserve is onderdeel van het reguliere Solvency II rapportageproces. De premiereserve is gedefinieerd als het verschil tussen de nog te ontvangen premies en de verplichtingen (c.q. zorgkosten) behorend bij de toekomstige risicoperiode, waarbij ook rekening wordt gehouden met beheerskosten (schadebehandelkosten en overige bedrijfskosten). In de bepaling van de Solvency II premievoorziening zijn (mutaties in) de verzekerdenportefeuille en (wijzigingen in) de basisdekking inbegrepen, gegeven het moment waarop de voorziening is vastgesteld. Op onderdelen van het Solvency II proces vindt een accountantscontrole plaats.

Aanpak

- Technisch gezien kunnen de berekeningen onderliggend aan de premievoorziening worden gebruikt om het verwachte vereveningsresultaat 2020 van iedere zorgverzekeraar te bepalen. Dit gaat om het afleiden van de onderdelen: zorgkosten (na aftrek van het verplicht eigen risico) en de vereveningsbijdrage, om zodoende het vereveningsresultaat af te leiden uit de premievoorziening Solvency II.
- De methodiek voor vaststelling van de premievoorziening verschilt tussen zorgverzekeraars. Zo bestaan er binnen de Nederlandse zorgverzekeringmarkt interpretatieverschillen over hoe Solvency II berekeningen worden uitgevoerd. Een voorbeeld is de behandeling van vooruitbetaalde (jaar)premies. Sommige zorgverzekeraars brengen deze in mindering op de premiereserve, terwijl andere zorgverzekeraars dat niet doen.
- Om het verwachte vereveningsresultaat 2020 uit de premievoorziening Solvency II te kunnen gebruiken voor de bepaling van de bandbreedte is het nodig om op een eenduidige wijze het vereveningsresultaat af te leiden. De totstandkoming van deze voorziening en de afleiding naar de relevante onderdelen dient voor elke zorgverzekeraar te worden uitgevoerd. Van belang is dat duidelijk wordt bepaald hoe het vereveningsresultaat wordt gedefinieerd en afgeleid (i.e. een eenduidige grondslag dient te worden vastgesteld). Hiervoor is het nodig dat per zorgverzekeraar het beleid en de berekeningen voor de totstandkoming van premievoorziening, specifiek de afleiding naar de relevante onderdelen, wordt beoordeeld. Vervolgens kan het vereveningsresultaat conform de vastgestelde definitie van de grondslag worden afgeleid. De vaststelling van de eenduidige grondslag, de beoordeling en de afleiding kan worden uitgevoerd door een Trusted Third Party/ de betreffende accountants.
- De onderliggende berekeningen en informatie om het verwachte vereveningsresultaat uit de Solvency II premievoorziening af te leiden is niet openbaar. Uitvoering van de solidariteitsregeling vraagt dat iedere zorgverzekeraar de benodigde informatie aanlevert.

PwC * In een eerdere uitwerking is A3 uitgewerkt op basis van de prognoses van individuele zorgverzekeraars ten tijde van de premiestelling. Bij deze variant zijn toen als belangrijke nadelen aangegeven dat er op onderdelen subjectiviteit in de methodiek komt en dat er op deze prognoses geen accountantsverklaring is afgegeven.

Methodiek variant A3 – Aannames, voor- en nadelen*

Aannames

- De verwachtingen van individuele zorgverzekeraars ten tijde van Solvency II rapportage geeft de verwachte situatie 2020 zonder de effecten van Corona weer. Reguliere afwijkingen van individuele prognoses tot de werkelijke situatie komen in de bandbreedtemethodiek terecht.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> De premievoorziening houdt rekening met de verwachte portefeuille op basis van het moment van de vaststelling van Solvency II voorzieningen, verwachte effecten van wijzigingen in basispakket en verwachte effecten van zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020. De verwachte situatie kan al in 2020 worden afgeleid (eerder dan bij variant A1 en A2 waarbij dit plaatsvindt na de definitieve vaststelling van 2019); echter de regeling kan uiteindelijk pas worden uitgevoerd zodra de werkelijke vereveningsresultaten van 2020 bekend zijn (in 2024). 	<ul style="list-style-type: none"> Een van de uitgangspunten van Solvency II is dat aannames <i>best estimate</i> (BE) zijn. Echter, elke zorgverzekeraar heeft hier omtrent een eigen beleid c.q. interpretatie. Verschillende zorgverzekeraars hebben daarbij aangegeven dat de premievoorziening is opgebouwd uit onderliggende onderdelen, die niet allen goed van elkaar te scheiden zijn. Hierdoor zijn de voorzieningen niet direct onderling vergelijkbaar c.q. eenduidig. De interpretatieverschillen dienen te worden weggelaten om te komen tot een eenduidige grondslag. Uitvoeringstechnisch is deze variant complexer dan variant A1 en A2, vanwege de interpretatieverschillen en daaropvolgend het benodigde vaststellings- en beoordelingsproces van de Trusted Third Party/ accountants om te komen tot een eenduidige grondslag. Verschillende partijen kunnen een ander oordeel hebben over hoe de grondslag tot stand dient te komen en hoe de relevante onderdelen dienen te worden afgeleid. Indien de afleiding om te komen tot een eenduidige grondslag niet goed mogelijk is, betekent dit dat de verschillen tussen zorgverzekeraars tot uiting komen in de bepaling van de bandbreedte-methodiek. De zuiverheid van de bandbreedtemethodiek wordt beïnvloed in de mate waarin deze verschillen er zijn. Alle reguliere afwijkingen van individuele prognoses ten opzichte van de werkelijke situatie komen in de bandbreedtemethodiek terecht (zuiverheid van de methodiek). Ten tijde van de Solvency II rapportage is er nog geen volledig inzicht in de werkelijke portefeuillesamenstelling; dit is nog een inschatting (timing is eerder dan lenteherberekening). Op de uiteindelijk te gebruiken informatie (i.e. afgeleide onderdelen van de premiereserve) zit geen accountantsverklaring.
<p>Beoordeling/ advies: Het is technisch mogelijk is om op basis van berekeningen onderliggend aan de Solvency II premievoorziening tot een verwachte situatie van het vereveningsresultaat 2020 van iedere zorgverzekeraar te komen. Echter, deze variant heeft <i>niet</i> de voorkeur boven variant A1 en A2. Dit is vanwege de interpretatieverschillen tussen zorgverzekeraars, en daaropvolgend het benodigde vaststellings- en beoordelingsproces. Dit maakt dat deze variant uitvoeringstechnisch complexer is dan variant A1 en A2. Bovendien kan niet één-op-één gebruik worden gemaakt van de rapportages waar een accountantsverklaring op is afgegeven. Daarbij komen reguliere afwijkingen van individuele prognoses van zorgverzekeraars in de bandbreedtemethodiek terecht.</p>	

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



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 15 en bijlage 1.5 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 bandbreedtemethodiek.
- Naar verwachting is deze variant niet zuiver, 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 bandbreedtemethodiek de financiële effecten buiten de bandbreedte te herverdelen. In de CRV was het overgrote deel van de zorgverzekeraars geen voorstander van deze variant om deze reden.



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

Doel: Dit is conceptuele uitwerking ter illustratie. De methodiek is met fictieve cijfers uitgewerkt in een apart document.

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
Verskil 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

Bandbreedteparameters: bestuurlijke keuze hoogte van drempelbedrag en herverdelingspercentage (1/3)

Er is (te) weinig informatie beschikbaar om het drempelbedrag met herverdelingspercentage cijfermatig te onderbouwen. Daarom is de hoogte van het drempelbedrag en het herverdelingspercentage een bestuurlijke keuze. Onzes inziens heeft het de voorkeur om een smal drempelbedrag vast te stellen (niet hoger dan € 10), met een herverdelingspercentage van 100%.

Uitgangspunten

- Een nauwe bandbreedte en een hoger herverdelingspercentage levert meer onderlinge solidariteit, maar grijpt mogelijk in bepaalde mate in op concurrentieverschillen tussen zorgverzekeraars. Een ruime bandbreedte en een lager herverdelingspercentage draagt minder bij aan het doel van onderlinge solidariteit.
- Op basis van de reactie van de ACM bij de uitwerking van stap 1A, maken wij op dat de volgende uitgangspunten van belang zijn bij de invulling van stap 2:
 - Een regeling die als vangnet fungeert wordt positief ontvangen. Een solidariteitsregeling waarin alle Coronakosten worden verdeeld wordt minder positief ontvangen, mits is aangetoond dat de Coronacrisis leidt tot problemen in de marktstructuur c.q. verstoring van de landelijke markt. Het enkel financieel raken van individuele zorgverzekeraars zonder dat dit leidt tot verstoring in de markt lijkt niet voldoende om een herverdeling tussen zorgverzekeraars uit te mogen voeren.
 - Het hanteren van een drempelbedrag groter dan 0 euro lijkt gewenst (omdat de voorgestelde methodieken voor het bepalen van de verwachte situatie 2020 niet 100 % zuiver is).
 - De drempel moet dermate hoog zijn dat er rekening wordt gehouden met de huidige concurrentieposities, het aanwenden van financiële reserves van individuele zorgverzekeraars en eventuele bijdragen vanuit de catastrofereregeling (dit laatste is opgenomen in stap 1B). De zorgverzekeraar dient geloofwaardig dermate substantieel financieel nadeel (of voordeel) te voelen, dat zou leiden tot verstoring van goed functioneren van de markt, in het kader van de kwaliteit van zorg, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Aanpak voor inventarisatie van drempelbedrag en herverdelingspercentage

- Er is (te) weinig informatie beschikbaar om vast te stellen wat een adequaat drempelbedrag met herverdelingspercentage is.
- 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^o VV). Het is niet mogelijk gebleken om binnen de termijnen van deze opdracht de inzichten te ontvangen.
- Wij hebben inzicht verkregen in de OT resultaten van 2017 tot en met 2020. Deze cijfers geven een indicatie van de reguliere spreiding ten tijde van de OT; echter verschillende zorgverzekeraars hebben aangegeven dat deze informatie geen goede indicatie is voor het bepalen van het drempelbedrag.
- Ten behoeve van de bestuurlijke keuze van het drempelbedrag en het herverdelingspercentage zijn verschillende opties uitgewerkt: zie volgende slide.

Bandbreedteparameters: bestuurlijke keuze hoogte van drempelbedrag en herverdelingspercentage (2/3)

- In onderstaande analyse hebben wij een indicatie gegeven van de impact van de hoogte van het drempelbedrag op de SCR-ratio. Dit is de impact op de SCR-ratio van de effecten van Corona die de zorgverzekeraar zelf draagt bij een bepaald drempelbedrag.

Bedragen in € 1.000	Beschikbaar eigen vermogen ¹	SCR ¹	#verzekerden 1-1-2020 ²	SCR-Ratio 2019	Drempelbedrag ³ € 5		Drempelbedrag ³ € 10		Drempelbedrag ³ € 30	
					Financiële impact ⁴	Impact op SCR-ratio in %- punt ⁵	Financiële impact ⁴	Impact op SCR- ratio in %-punt ⁵	Financiële impact ⁴	Impact op SCR-ratio in %-punt ⁵
Achmea Zorg	3.311.000	2.102.000	4.860.860	158%	19.443	-0,9%	38.887	-1,8%	116.661	-5,5%
Menzis	1.569.544	1.004.192	2.211.811	156%	8.847	-0,9%	17.694	-1,8%	53.083	-5,3%
CZ	2.525.533	1.642.203	3.734.243	154%	14.937	-0,9%	29.874	-1,8%	89.622	-5,5%
VGZ	2.531.680	1.767.823	3.871.789	143%	15.487	-0,9%	30.974	-1,8%	92.923	-5,3%
DSW	433.396	299.100	734.572	145%	2.938	-1,0%	5.877	-2,0%	17.630	-5,9%
Eno	109.466	67.945	182.138	161%	729	-1,1%	1.457	-2,1%	4.371	-6,4%
A.S.R.	168.058	114.113	423.054	147%	1.692	-1,5%	3.384	-3,0%	10.153	-8,9%
ONVZ	271.511	196.426	418.275	138%	1.673	-0,9%	3.346	-1,7%	10.039	-5,1%
Zorg en Zekerheid	412.104	245.595	482.181	168%	1.929	-0,8%	3.857	-1,6%	11.572	-4,7%
IptiQ	57.289	30.612	204.110	187%	816	-2,7%	1.632	-5,3%	4.899	-16,0%
EUCARE	29.856	19.904	177.951	150%	712	-3,6%	1.423	-7,2%	4.271	-21,5%

1. uit jaarrekening/SFCR.

2. Vektis overstappers - uit bestand 19 mei 2020 ontvangen van ZN.

3. Drempelbedrag: bedrag per premie-equivalent ten opzichte van landelijk gemiddelde.

4. van Coronakosten per zorgverzekeraar: aanname 1) premie-equivalent 80% van aantal verzekerden, aanname 2) impact van Coronakosten op Own Funds na vennootschapsbelasting.

5. Aanname: impact van Coronakosten, inclusief daling van de Own Funds, heeft geen significante impact op de SCR.

Voorstel voor drempelbedrag

Op basis van bovenstaande analyse, in combinatie met de gestelde uitgangspunten, stellen wij voor een smalle bandbreedte te hanteren, maximaal € 10. In dit geval blijft de impact voor individuele zorgverzekeraars voor het zelf dragen van de effecten van Corona beperkt ten behoeve van het gelijk speelveld. Bij een ruimere bandbreedte blijven er grote(re) verschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van de effecten van Corona bestaan. Met enige marge in de bandbreedte kunnen technische beperkingen van een variant worden opgevangen. *Noot* – de afstemming met de ACM over welk drempelbedrag wenselijk is, valt buiten deze opdracht.

PwC

Bandbreedteparameters: bestuurlijke keuze hoogte van drempelbedrag en herverdelingspercentage (3/3)

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 bewerkstelligd. Een lager herverdelingspercentage impliceert dat er geen volledige solidariteit wenst te zijn over de financiële effecten van Corona buiten de gestelde bandbreedte. Onzes inziens ondermijnt dit de gedachte van de solidariteitsregeling.
- *Noot* – de afstemming met de ACM over welk herverdelingspercentage wenselijk is, valt buiten deze opdracht.

Alternatieve methodiek heeft niet de voorkeur

De bandbreedtemethodiek verdient de voorkeur boven de alternatieve methodiek. De alternatieve methodiek houdt namelijk geen rekening met het verwachte vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona, en daarmee de reguliere concurrentieposities. De bandbreedte-methodiek past daarmee conceptueel beter bij de gedachte van de solidariteitsregeling en doet beter recht aan de reguliere concurrentieposities dan deze alternatieve methodiek

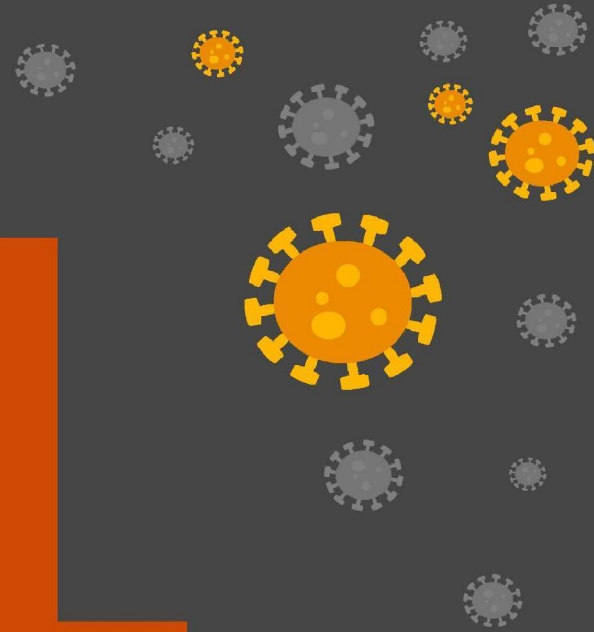
Alternatieve methodiek: Corona hoog risicopool

- Een alternatieve methode om (extreme) financiële risico's af te dekken is het toepassen van een *Corona hoog-risicopool*. Dit betekent dat financiële effecten van Corona boven en onder een vastgesteld bedrag onderling worden herverdeeld. 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 het gestelde drempelbedrag 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. Zorgverzekeraars die regulier al in de uitschieters vallen, zullen dan ook 'direct' in de risicopool terechtkomen. Deze methodiek houdt niet op een adequate wijze rekening met de huidige concurrentieposities.
- Daarmee heeft deze alternatieve methodiek niet de voorkeur boven de bandbreedtemethodiek.

Eenvoudigere methodiek, maar niet uitvoerbaar en conceptueel niet passend bij gedachte van stap 2

- 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.
- Wij achten het niet mogelijk om de financiële effecten afzonderlijk te herverdelen in stap 2, zoals in stap 1 gebeurt. Dit is omdat in dat geval alle effecten dienen te worden gedefinieerd. Dit is nu juist niet goed mogelijk voor alle voorziene en onvoorziene financiële effecten als gevolg van Corona die tot verstoring van het gelijk speelveld kunnen leiden.
- Wij hebben daarmee geen andere methodiek gevonden, die beter past en werkt dan de bandbreedtemethodiek.

Bijlagen I – nadere toelichting
ten behoeve van de adviezen



Bijlagen I

- 1.1 Stap 1A – Kosten solidariteit voor de CB-regelingen
- 1.2 Stap 1A – Resterende effecten omtrent CB-regelingen
- 1.3 Uitgangspunten 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 Grensoverschrijdende zorg in stap 2
- 1.7 Mogelijk financiële effecten grensoverschrijdende zorg
- 1.8 Grensoverschrijdende zorg in stap 1 van de solidariteitsregeling levert onnodige complexiteit in de uitvoering
- 1.9 Kwantificering van grensoverschrijdende zorg op basis van Q1 en Q2 2020 cijfers
- 1.10 Declaratiestromen grensoverschrijdende zorg
- 1.11 Voorbeeld analyse uitlooppatronen declaraties buitenlandzorg via CAK
- 1.12 Verwachte vereveningsresultaten van individuele zorgverzekeraars 2019 – 2020
- 1.13 Modelwijzigingen 2018 ten opzichte van 2017
- 1.14 Modelwijzigingen 2019 ten opzichte van 2018
- 1.15 Modelwijzigingen 2020 ten opzichte van 2019

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

Volledige vergoeding van doorlopende kosten en variabele kosten voor de reguliere zorg:

- 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.

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 %.

2 Corona-zorg

- 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.

Herverdeling: alle in onderdeel 2 aan ziekenhuizen toegekende vergoedingen.

3 Hardheidsclausule

- Mogelijk extra vergoeding indien 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).

Herverdeling: alle in onderdeel 3 toegekende vergoedingen op basis van het proces van de hardheidsclausule

4 Parkeren en restaurant

- Elk ziekenhuis krijgt een vergoeding voor de gedeerde inkomsten uit parkeren en restaurant.

Herverdeling: alle toegekende vergoedingen ter compensatie van gedeerde inkomsten uit parkeren en restaurant

Verdeelsleutel voor de herverdeling in stap 1A: het deelbedrag variabele zorgkosten uit de lenterrekening 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 lenterberekening 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 € 10 miljoen.

De volgende kosten omtrent de CB-regelingen zijn op dit moment niet ondervangen in stap 1A:

- Financiële effecten, waaronder vraaguitval en inhaalzorg, bij zorgaanbieders met een CB-regeling met omzet kleiner dan € 10 miljoen:
 - 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 Uitgangspunten stap 1B – Coronakosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling herverdelen

Als toelichting opgenomen vanuit het advies op dd. 5 augustus






- 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 tegelijk (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 meegenomen in de berekening van de herverdeling.

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

Als 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>Vorbehoud in het advies: uitvoering van art. 33 in stap 1 is goed uitvoerbaar, gegeven dat wordt aangesloten bij de Beleidsregels die worden opgesteld ten behoeve van uitvoerbaarheid en consistentie met bestaande regelgeving. Aandachtspunt is de kwaliteit van de registratie van de Coronazorg (in alle deelssegmenten). Dit heeft impact op de risicovereeniging 2020 (in de zorgkosten) en op indeling in vereeningskenmerken in de risicovereeniging 2021. Met deze effecten dient rekening te worden gehouden in stap 2 en stap 3 van de regeling.</p>
<p>Tijdsheid</p> 	<p>Definitieve uitvoering in 2023/ 2024. 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 <i>tezamen</i>. 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 nadat de bijdrage uit hoofde van art. 33 is vastgesteld door het ZIN: dit wordt verwacht in <u>2023</u>. Uitvoering in 2023/ 2024 lijkt haalbaar.</p> <p>Voorstel over tijdsheid 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 in kader van de premiestelling 2022. In de zomer 2022 een mogelijke herberekening in kader van de premiestelling 2023.</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>Eenvoud en transparantie</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 Voorbeelden van versturende financiële effecten die in stap 2 kunnen optreden

Voorbeelden van versturende effecten als gevolg van Corona in stap 2 – deze lijst is *niet* uitputtend*

- **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 verzwaaring 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 (top 0,5 % van de GGZ-gebruikers met 75 % vergoeding). In bepaling van de HKC-pool zijn de effecten van Corona inbegrepen. Het is op dit moment nog niet bekend in welke mate Corona de zorgkosten van 'dure' GGZ-cliënten beïnvloed en daarmee welk effect Corona heeft op de vereveningsbijdrage 2020 na toepassing van 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 bedrag te bereiken. Vanwege verschillen in portefeuillesamenstellingen en regionale verschillen in vraaguitval/ inhaalzorg, kunnen er onevenredige effecten tussen zorgverzekeraars optreden.

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 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 1.7 geeft een overzicht van de mogelijke financiële effecten bij deze groepen.
- In de bandbreedtemethodiek wordt bij de verwachte situatie 2020 in variant A1 en A2 rekening gehouden met de situatie in 2019 (en voorgaande jaren). Op deze wijze wordt recht gedaan aan de reguliere voor- en nadelen van grensoverschrijdende zorg conform de situatie in 2019 (en voorgaande jaren). Variant A3 gaat uit van een onderdeel in de Solvency II rapportage, waarbij mag worden verondersteld dat de zorgverzekeraar de grensoverschrijdende zorg heeft meegenomen. Variant B1 gaat uit van de definitieve situatie in 2020.

Kwantificering: hoe groot zijn de (verwachte) effecten?

- Bijlage 1.9 geeft inzicht in de buitenlandkosten op basis van Q1 en Q2 raming van 2020.
- De effecten bij geplande buitenlandzorg gaan 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.

Ter overweging: correctie voor de minderkosten in toekomstige jaren via het CAK op variant A1 en A2 is technisch mogelijk of meenemen in 2022

- Declaraties vanuit het buitenland komen binnen bij de zorgverzekeraar of via het CAK. Het overgrote deel van de declaraties komt binnen bij de zorgverzekeraar zelf (transactiebasis). De declaraties via het CAK komen vertraagd binnen op kasbasis. Bijlage 1.10 geeft een nadere toelichting.
- De minderkosten in het buitenland als gevolg van vraagtival 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 is 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. Zie bijlage 2.7 en 2.8.
- In 2022 wordt de declaratiestroom van het CAK omgezet van kasbasis naar transactiebasis. Een alternatief is om geen correctie in 2020 uit te voeren, maar om dit mee te nemen bij het onderzoek en de overgang in 2022.

1.7 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 normaliter 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 vereeningskenmerken, 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.

1.8 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.

1.9 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 nu 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 teruggerekend 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 € 400 miljoen. Bij de Q2 is dit € 410 miljoen. 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 ondervertegenwoordiging.

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 € 9 miljoen minder kosten verwacht bij Q2 ten opzichte van Q1, declaraties via zorgverzekeraar € 60 miljoen minder dan verwacht.

- Bij Q2 2020 worden in totaal € 9 miljoen minder kosten verwacht. Voor de declaraties die direct bij de zorgverzekeraar binnenkomen wordt in totaal € 61 miljoen 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 € 19 miljoen 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 naar voren in welke mate de financiële effecten substantieel zijn en tot uiting komen in onevenredige effecten, die via de bandbreedte-methodiek worden herverdeeld.

1.10 Declaratiestromen grensoverschrijdende zorg

De declaraties van grensoverschrijdende zorg komen via twee stromen binnen:

I – Direct bij de zorgverzekeraar

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

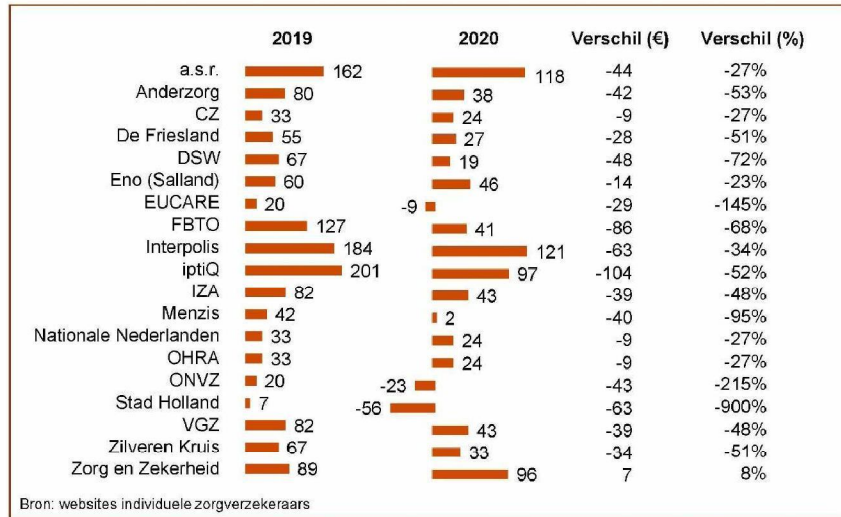
Doorlooptijd declaratiestromen

Voor de kosten per verzekerde bestanden kunnen kosten op transactiebasis worden aangeleverd tot en met 31 december jaar T+2, voor zover op verzekerdeniveau 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.

1.11 Verwachte vereveningsresultaten van individuele zorgverzekeraars voor 2019 en 2020

- 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, verzekerdenmutaties, 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.

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



1.12 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 (IGGZ) is samengevoegd met het macro-deelbedrag geestelijke gezondheidszorg (gGGZ). - Het macro-deelbedrag kosten van IGGZ 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 IGG, 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 IGG 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.

PwC

48

1.13 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 anti-stolling', '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	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
	Forfaitaire groep van het Eigen Risico	<ul style="list-style-type: none"> - 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 'Groeistoornissen 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.

1.14 Modelwijzigingen 2020 ten opzichte van 2019

	Kenmerk	Wijziging
Ex ante (XA)	FKG's somatisch en psychisch	Regulier onderhoud
	DKG's 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 Wiz-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 inschrijfduur 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 Wiz-instelling komt te vervallen.
	Psychische DKG's	- Toevoeging van een klasse voor verzekerden die in het voorafgaande 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% (60%); - FDG 90% (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 'Groeistoornissen 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 klassieke criteriumneutraliteit; - 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.

Bijlagen II – nadere
technische uitwerking ten behoeve
van de adviezen



Bijlagen II

Nadere technische uitwerking ten behoeve van de adviezen

- 2.1 Uitwerking stap 1B – Coronakosten en bijdrage uit hoofde van art. 33 catastroferegeling
- 2.2 Variant A1 – Correctie verzekerenmutatie 2020
- 2.3 Variant A1 – Correctie modelwijzigingen 2019 – 2020
- 2.4 Variant A1 en A2 – Mogelijkheden correctie zorginkoop- en beheersmaatregelen individuele zorgverzekeraars 2020
- 2.5 Variant A1 en A2 – Mogelijkheden correctie voor buitenlandverzekerden bij modeffect op basis van OT
- 2.6 Variant A1 en A2 – Mogelijkheden correctie voor toekomstige minderkosten buitenlandzorg via het CAK
- 2.7 Uitlooppatronen van declaraties buitenlandzorg via het CAK
- 2.8 Variant A2 – Correctie verzekerenmutatie 2017 t/m 2020
- 2.9 Variant A2 – Correctie modelwijzigingen 2017 t/m 2020

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

Doel

De Coronakosten onder art. 33 en een mogelijke bijdrage uit hoofde van art. 33 evenredig verdelen over zorgverzekeraars.

Aanpak berekening

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

De solidariteitsregeling wordt uitgevoerd nadat de betreffende zorgverzekeraars uit hoofde van art. 33 de bijdrage hebben ontvangen. Hervdeling van de Coronakosten en bijdrage vindt achteraf plaats (en niet voorafgaand aan de aanspraak op art. 33).

De berekening van de herverdeling wordt als volgt uitgevoerd:

- A. Zorgverzekeraars die deelnemen aan stap 1 van de solidariteitsregeling brengen hun Coronakosten in. Het gaat om de Coronakosten in 2020 en 2021 tezamen, conform de definities in de beleidsregels die het Zorginstituut Nederland opstelt. Coronakosten die verrekend zijn in stap 1A, kunnen niet meer ingebracht worden in stap 1B.
- B. Zorgverzekeraars die deelnemen aan stap 1 van de solidariteitsregeling brengen daarnaast apart hun bijdrage uit hoofde van art. 33 in (indien van toepassing).
- C. Een TTP zorgt voor de herverdeling van de kosten en de bijdrage. De verdeelsleutel voor de herverdeling vindt plaats naar *ratio van het deelbedrag variabele zorgkosten 2020 op basis van de lenteherberekening*. 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.

Aandachtspunt

De kwaliteit van en eenduidigheid in de registratie van de Coronazorg en kosten, in alle deelsegmenten.

2.2 Variant A1 – Correctie verzekerdenuitmutatie 2020

II. Correctie voor verzekerdenuitmutatie 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 berekening

De volgende stappen moeten worden uitgevoerd:

- A. Voor elke verzekerde is het vereveningsresultaat 2019 berekend op basis van de definitieve vaststelling 2019.
- B. 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).
- C. Voor elke verzekerde die per 1 januari 2020 is overgestapt wordt het vereveningsresultaat van deze verzekerde van de oude zorgverzekeraar overgezet naar de nieuwe zorgverzekeraar. Dit is een mutatie op verzekerdeniveau.

Noot - 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 (seizoenarbeiders, grensarbeiders). Deze aanname gaat niet op bij zorgverzekeraars met een atypische ontwikkeling van de portefeuille in 2020 ten opzichte van 2019.

2.3 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 1.15 zet de modelwijzigingen 2019 – 2020 uiteen.

Aanpak berekening

CRV 28 juli: "Modelwijzigingen één-op-één corrigeren is te complex en levert schijnnaauwkeurigheid. Modelwijzigingen benaderen op basis van de mutatie in de OT."

De volgende stappen moeten worden uitgevoerd:

- A. De mutatie in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar in de OT wordt gebruikt voor het model-effect van 2019 naar 2020 (WOR 973).
- B. Deze mutatie levert een procentuele correctie op het berekende vereveningsresultaat per zorgverzekeraar.

Noot - 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 modeleffect; in de OT zijn de vereveningsresultaten voor 2019 en 2020 op dezelfde portefeuilles c.q. gegevensbestanden gebaseerd.
- In de OT zijn de buitenlandverzekerden (grensarbeiders en seizoenarbeiders) niet inbegrepen. Deze effecten worden niet meegenomen in deze correctie voor het modeleffect. Hiervoor is een aanvullende correctie voorgesteld, waarin de OT opnieuw wordt uitgevoerd.

Ter overweging bij invulling van de praktische uitvoerbaarheid

- Bij de uitvoering in 2023/ 2024 kan overwogen worden om de OT op 2019 uit te voeren, om zodoende een recenter jaar te gebruiken. Dit kan tegelijk worden uitgevoerd met de correctie voor de buitenlandverzekerden in de OT. Bij de invulling van de praktische uitvoerbaarheid kunnen dergelijke inhoudelijke details nog worden uitgewerkt. Op dit moment is nog niet nader onderzocht of hoe welke bestanden kunnen worden gebruikt om de OT op een recenter jaar te schatten. De invulling van de praktische uitvoering volgt na besluitvorming over de methodiek (voor variant A2 geldt hetzelfde).

2.4 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.

Aanpak berekening

In de prognoses van individuele zorgverzekeraars voor de premiestelling 2020 is niet rekening gehouden met de effecten van Corona. Deze prognoses kunnen worden gebruikt voor een correctie op het berekende vereveningsresultaat 2019.

De volgende stappen dienen te worden uitgevoerd:

- Verzamelen van de prognoses van de zorgverzekeraars over 2019 en 2020: de onderbouwing van de premie die iedere zorgverzekeraar jaarlijks publiceert, met als onderdeel het vereveningsresultaat c.q. de resultaten op zorgactiviteiten. Zie hiervoor bijlage 1.12.
- Het verwachte vereveningsresultaat van iedere zorgverzekeraar kan worden gebruikt voor een (procentuele) correctie op het berekende vereveningsresultaat 2019. Bijvoorbeeld een correctie op basis van het verschil in de prognose voor 2019 en 2020.

Noot - Deze correctie is een benadering van de zorginkoop- en beheersmaatregelen van iedere zorgverzekeraar voor 2020.

Aandachtspunten

- 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 jaarverslagen te gebruiken. Wij hebben deze optie onderzocht en uitgewerkt in variant A3.



2.5 Variant A1 en A2 – Mogelijkheden correctie voor buitenlandverzekerden bij modeffect op basis van OT

IV. Correctie voor buitenlandverzekerden voor bepaling modeffect op basis van de OT

Doel

In de OT wordt het modeffect op de buitenlandverzekerden (grensarbeiders en seizoenarbeiders) niet meegenomen in variant A1 en A2. Dit kan een nadeel opleveren voor zorgverzekeraars met een relatief groot aandeel buitenlandverzekerden en een voordeel voor zorgverzekeraars met een relatief laag aandeel buitenlandverzekerden.

Technisch gezien kan hiervoor worden gecorrigeerd bij variant A1 en A2. Dit betekent dat de mutatie op basis van de OT opnieuw wordt bepaald, waarbij alle verzekerden inclusief de buitenlandverzekerden zijn ingedeeld, of er wordt een aanvullende mutatie op basis van de OT bepaald voor alleen de buitenlandverzekerden.

Aanpak berekening

1 – OT opnieuw uitvoeren inclusief buitenlandverzekerden ten behoeve van bepalen correctie voor modelwijzigingen

De OT wordt opnieuw doorgerekend, inclusief de buitenlandverzekerden:

- A. De buitenlandverzekerden worden ingedeeld conform de geldende beleidsregels.
- B. De modellen van de betreffende jaren worden opnieuw geschat op hetzelfde gegevensbestand.
- C. Op basis van de modelschatting wordt het vereveningsresultaat (verschil tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage) per zorgverzekeraar berekend.
- D. Vervolgens wordt de mutatie in het vereveningsresultaat per zorgverzekeraar bepaald voor het vaststellen van de correctie voor het modeffect.

2 – OT apart uitvoeren voor buitenlandverzekerden ten behoeve van bepalen correctie voor modelwijzigingen

Alternatief is de OT apart uitvoeren op de buitenlandverzekerden:

- A. De modellen van de betreffende jaren worden geschat op hetzelfde gegevensbestand, met daarin alleen alle buitenlandverzekerden.
- B. Op basis van deze modelschatting wordt de mutatie in het vereveningsresultaat per zorgverzekeraar bepaald, als aanvullende correctie op de mutatie op basis van de OT voor de Nederlandse verzekerden.

De keuze tussen deze opties hangt af van de praktische uitvoerbaarheid, met name vanwege de benodigde gegevensbestanden van verschillende partijen.

Voorwaarde

- Om deze correctie uit te voeren is het nodig dat het Ministerie van VWS de OT-bestanden aanlevert aan de TTP en het Zorginstituut Nederland de buitenlandverzekerden.

Alternatieve aanpak – een alternatief dat is aangegeven door een zorgverzekeraar is om de buitenlandverzekerden volledig te verwijderen uit stap 2. Wij verwachten dat het verwijderen van deze verzekerden een relatief groter effect heeft op de zuiverheid dan geen correctie voor het modeffect van de buitenlandverzekerden bij het representatief maken van variant A1 en A2 voor de modelwijzigingen van 2020. Wij stellen voor om een correctie uit te voeren in plaats van deze verzekerden volledig te verwijderen.



2.6 Variant A1 en A2 – Mogelijkheden correctie voor minderkosten via het CAK

V. Correctie voor minderkosten CAK

Doel

Als gevolg van Corona wordt verwacht dat er minderkosten zijn in het buitenland. Dit wordt zichtbaar doordat er minder declaraties binnen komen dan regulier. Aangezien de declaraties via het CAK vertraagd binnenkomen (na 2020 op kasbasis) vallen deze minderkosten in toekomstige jaren.

Aanpak berekening

- A. Ten tijde van de definitieve vaststelling van 2020 wordt bepaald hoeveel declaraties buitenland via CAK voor 2020 zijn binnengekomen. Peildatum voor deze declaraties is 1 juni 2024.
- B. Op basis van de raming van het Zorginstituut Q1 2020 wordt bepaald wat de verwachte totale zorgkosten via CAK zijn (circa € 150 miljoen).
- C. Op basis van historische uitlooppatronen wordt bepaald welk aandeel van de zorgkosten op de gestelde peildatum beschikbaar zijn. Wij stellen voor hiervoor een gemiddelde te bepalen op de uitlooppatronen van meerdere jaren, afhankelijk hoeveel jaren beschikbaar zijn.
- D. Vervolgens wordt op basis van A en B bepaald welk aandeel van de CAK-declaraties binnen zijn, en vervolgens wordt dit vergeleken met het historisch gemiddeld op die peildatum.
- E. De vergelijking in D levert de minderkosten op. Deze uitkomst wordt gebruikt om het vereveningsresultaat per zorgverzekeraar te corrigeren: de minderkosten wordt opgeteld bij het vereveningsresultaat.

Aannames

- De gemiddelde uitlooppatronen over afgelopen jaren zijn representatief voor 2020, en daarmee bruikbaar voor een inschatting van de minderkosten.
- De cijfers die ZIN aanlevert, in aanvulling op de aanlevering van zorgverzekeraars, kan worden gebruikt (is van voldoende betrouwbaar niveau).

Voordelen en nadelen

- Door deze correctie verbetert de zuiverheid van de herverdeling doordat ook minderkosten in toekomstige jaren worden gedeeld.
- Echter, deze correctie maakt de uitvoering complexer (waarbij het technisch gezien wel mogelijk is deze correctie vast te stellen).

Ter overweging - In 2022 verandert de declaratiestroom via CAK van kas- naar transactiebasis. Ter voorbereiding op deze verandering wordt onderzoek uitgevoerd naar het evenredig verdelen van de effecten van deze verandering. De minderkosten via het CAK kunnen hierin meegenomen worden.



2.7 Uitlooppatronen van declaraties buitenlandzorg via het CAK

Uitlooppatronen

- Op basis van gegevens van het onderzoek naar buitenlandse seizoenarbeiders (WOR 782) is een analyse uitgevoerd op de uitlooppatronen van de declaraties van zorg in het buitenland via het CAK.
- Uit deze analyse blijkt dat het overgrote deel van de declaraties van transactiejaar T binnen is in vereveningsjaar T+4. Dit is het moment dat de regeling zou worden uitgevoerd.

Transactiejaar	Vereveningsjaar								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
2006	40%	84%	95%	96%	97%	98%	98%	99%	
2007	3%	56%	92%	97%	99%	100%	100%	101%	
2008	0%	8%	82%	89%	97%	99%	100%	101%	
2009	-	0%	23%	45%	91%	97%	99%	100%	
2010	-	-	0%	1%	49%	92%	95%	100%	
2011	-	-	-	0%	13%	62%	91%	99%	
2012	-	-	-	-	0%	9%	59%	99%	

* Cijfers boven de 100 % als gevolg van afronding.

2.8 Variant A2 – Correctie verzekerdenmutatie 2017 t/m 2020

II. Correctie voor verzekerdenmutatie

Doel

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

Aanpak berekening

De volgende stappen moeten worden uitgevoerd:

- A. Van 2017, 2018 en 2019 wordt voor elke verzekerde het vereveningsresultaat berekend op basis van de definitieve vaststelling van dat jaar.
- B. De overstappers worden bepaald op basis van de *lenteherberekening* voor elk jaar. De lenteherberekening wordt alleen gebruikt om de overstappers te identificeren.
- C. Voor elke verzekerde die is overgestapt wordt het vereveningsresultaat van deze verzekerde van de oude zorgverzekeraar overgezet naar de nieuwe zorgverzekeraar. Dit is een mutatie op verzekerdeniveau. Dit wordt voor alle jaren uitgevoerd. Dit betekent dat elk jaar representatief wordt gemaakt voor 2020.

Deze berekeningswijze is vergelijkbaar met de correctie voor de verzekerdenmutatie voor variant A1. Bij variant A2 is het echter nodig om meerdere keren deze correctie uit te voeren om alle jaren representatief te maken voor 2020.

Aandachtspunt

- Technisch is deze correctie mogelijk, echter wel complex. Dit dient nader te worden ingevuld bij de uitwerking van de praktische uitvoerbaarheid.
- Voor nieuwe zorgverzekeraars op de markt in 2018 en 2019 is er geen historie. Zij krijgen het vereveningsresultaat toegekend van de jaren dat zij aanwezig zijn op de markt. Voor deze zorgverzekeraars wordt dan bijvoorbeeld het gemiddelde vereveningsresultaat genomen van twee jaar.

2.9 Variant A2 – Correctie modelwijzigingen 2017 t/m 2020

III. Correctie voor modelwijzigingen

Doel

Aangezien wordt uitgegaan van het gemiddelde van drie jaar dient ook gecorrigeerd te worden voor de modelwijzigingen over deze periode, om zodoende deze jaren representativiteit te maken voor 2020. Bijlage 1.12, 1.13 en 1.14 geven een uitwerking van de modelwijzigingen voor de periode 2017 t/m 2020.

Aanpak berekening

De berekening bestaat uit de volgende stappen:

- A. De mutatie is 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. Dit wordt voor elk van de jaren uitgevoerd totdat alle jaren representatief zijn voor 2020.
- B. Vervolgens wordt het gemiddelde genomen van de vereveningsresultaten van de drie jaren.
- C. 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.

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, mits de OT opnieuw wordt uitgevoerd op een recenter datajaar/datajaren.
- In de OT zijn grensoverschrijdende kosten niet inbegrepen. Deze effecten worden niet meegenomen in deze correctie voor het modeffect. Hiervoor kan worden gecorrigeerd.
- De buitenlandpercentages zijn gewijzigd over de betreffende jaren (zie bijlage 1.13, 1.14 en 1.15). Hiervoor kan worden gecorrigeerd.

Aandachtspunten

- Voor nieuwe zorgverzekeraars op de markt in 2018 en 2019 is er geen historie. Zij krijgen het vereveningsresultaat toegekend van de jaren dat zij aanwezig zijn op de markt. Voor deze zorgverzekeraars wordt dan bijvoorbeeld het gemiddelde vereveningsresultaat genomen van twee jaar.

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 methodiek zuiverder, echter de uitvoering wordt wel technisch complexer. Naar verwachting is het effect van deze correctie (relatief) beperkt.




Contactgegevens

drs. Jan-Huug Lobregt AAG

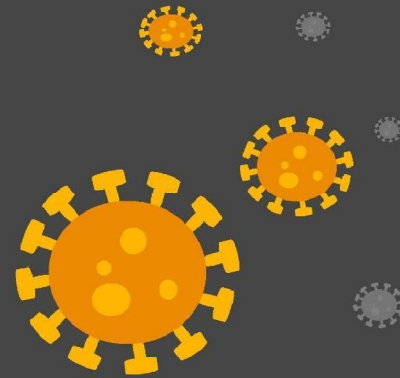
 jan-huug.lobregt@pwc.com

 06 20 24 72 50

dr. Suzanne van Veen

 suzanne.van.veen@pwc.com

 06 10 91 79 47



© 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 51414406), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services B.V. (KvK 54226368), 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.o. 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, verstrekt PwC geen enkele expliciete of impliciete verklaring noch biedt PwC enige garantie ten 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/ni/onze-organisatie/legal-disclaimer.html>.

Eindrapportage advies en uitwerking stap 4

Onderlinge solidariteit
in 2021 voor financiële
effecten van Covid-19

15 september 2020

5.1.2a

Paul van Drunen
Barry Egberts
Indya Duivenbode

Jan-Huug Lobregt
Suzanne van Veen
Emma Brocken

EQUALIS
strategy & modeling





EQUALIS
strategy & modeling

Managementsamenvatting

Managementsummary (1/4)



Stap 4 dient als vangnet voor de financiële effecten van Covid-19 in 2021 om de concurrentieposities te behouden.

Zorgverzekeraars hebben te maken met een ongelijke verdeling van de financiële effecten van Covid-19 in 2020, met uitloop in 2021. Doel van de solidariteitsregeling is om verstoring van de markt te voorkomen. In stap 4 van de solidariteitsregeling worden de financiële effecten van Covid-19 in 2021 ondervangen. De omvang van deze resterende financiële effecten is nu *niet* te kwantificeren. De resterende financiële effecten zouden tot verstoring van de huidige concurrentieposities kunnen leiden. Met het inregelen van stap 4 worden de concurrentieposities geborgd en zijn individuele zorgverzekeraars beschermd tegen substantiële financiële effecten van Covid-19 in 2021.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft Equalis en PwC gevraagd om stap 4 conceptueel technisch uit te werken en een advies uit te brengen over de methodiek van deze stap. Dit document is bedoeld voor besluitvorming door het ZN-bestuur over de methodiek voor stap 4 van de solidariteitsregeling. Na besluitvorming over de methodiek dient de praktische uitvoerbaarheid van de gekozen methodiek nog getoetst te worden bij de Trusted Third Party (Zorginstituut Nederland of andere partij) en te worden uitgewerkt in een overeenkomst/regeling*. Ook dient de juridische haalbaarheid met goedkeuring door de ACM nog te worden uitgevoerd. Beide onderdelen zijn buiten scope van deze opdracht.

We adviseren voor stap 4 een vergelijkbare invulling als voor stap 2 van de solidariteitsregeling

De financiële effecten van Covid-19 in 2021 worden herverdeeld op basis van een bandbreedtemethodiek rondom het verwacht resultaat 2021. Om dit verwachte resultaat vast te stellen hanteren we variant A1b (uit stap 2) met enkele aanpassingen, om het resultaat representatief te maken voor 2021. Advies is om dit alleen de deelbedragen variabele zorgkosten en de opbrengsten van verplicht eigen risico binnen deze regeling te betrekken. We stellen voor om een gestaffelde bandbreedte toe te passen, zodat de financiële effecten van Covid-19 gelijkmatiger verdeeld worden en tegelijkertijd zorginkoopeffecten behaald kunnen worden. We adviseren om geen herschatting uit te voeren. Ook zien we op dit moment geen goede invulling van een voorwaardelijke methodiek.

* In de [Bijlage](#) wordt ingegaan op dezelfde volgende stap van de toetsing van de praktische uitvoerbaarheid, met voorstel en aandachtspunten.

Management samenvatting (2/4)



De financiële effecten van Covid-19 in 2021 worden herverdeeld op basis van een bandbreedtemethodiek. Variant A1b, zoals gebruikt voor 2020, is met enkele aanpassingen toepasbaar voor 2021.

Vanwege consistentie van de regeling is onderzocht op welke wijze variant A1b toegepast kan worden voor 2021. Hieruit volgt dat variant A1b met enkele aanpassingen kan worden toegepast voor 2021. De belangrijkste aanpassingen zijn voor de verzekerdenmutaties 2021 en de modelwijzigingen 2021 (inclusief de correcties voor de buitenlandverzekerden en gewijzigde buitenlandpercentages). Voor de correctie voor de prevalenties van MHK en MVV wordt voorgesteld om deze hetzelfde te houden als in stap 2; ofwel, geen aanvullende correctie voor 2021. Daarnaast dient in stap 4 rekening te worden gehouden met de herverdeelde zorgkosten 2021 die volgen na stap 1b (dit zijn de zorgkosten die vallen onder art. 33).

Variant A1b toegepast voor 2021 gaat uit van dezelfde aannames als in stap 2. Hierbij komt dat er extra onzekerheid is over de zuiverheid van de methodiek, omdat een extra jaar wordt overbrugd. Daarbij geldt dat atypische ontwikkelingen en zorginkoop- en beheersmaatregelen van 2 jaar (2020 en 2021) niet kunnen worden meegenomen c.q. niet kunnen worden onderscheiden van Covid-19 effecten; hier is technisch geen adequate oplossing voor gevonden.

Management samenvatting (3/4)



Advies is om alleen de deelbedragen variabele zorgkosten en de opbrengsten van verplicht eigen risico te betrekken.

Het is op dit moment onbekend of en in welke mate Covid-19 effecten in 2021 optreden. Scheef verdeelde kosteneffecten door inhaalzorg zijn het meest waarschijnlijk. Ook kosteneffecten door een tweede golf kunnen substantieel zijn. Beiden risico's zitten naar verwachting met name in de kosten voor somatische zorg. Omdat de opbrengsten van het verplicht eigen risico veelal samenhangen met de somatische kosten, adviseren wij deze deelbedragen samen te nemen in stap 4.

Wij adviseren om GGZ *niet* mee te nemen in de regeling, omdat de impact van Covid-19 op de GGZ naar verwachting relatief beperkt is in 2021. Bovendien geeft de ex post bandbreedteregeling voldoende vangnet voor de GGZ-kosten. Deze ex postmaatregel is ingesteld vanwege de schadelastdip in 2021 als gevolg van de nieuwe bekostiging per 2022. De effecten van deze wijziging zijn in de praktijk moeilijk te scheiden van de Covid-effecten.

Voorstel is om een gestaffelde bandbreedte te hanteren, zodat de financiële effecten van Covid-19 gelijkmatiger verdeeld worden en tegelijkertijd zorginkoopeffecten conform de gekozen staffels te behouden.

De voorgestelde variant is 50% herverdeling boven de $\pm\text{€}10$ p.p.e. en 100% herverdeling boven de $\pm\text{€}20$ p.p.e. Enerzijds biedt dit een vangnet voor extreme kosten door Covid (smalle bandbreedte gewenst). Anderzijds biedt een gestaffelde bandbreedte ruimte om resultaat op inkoop te behalen (bredere bandbreedte gewenst). Bovendien wordt hiermee rekening gehouden met de extra onzekerheid rondom de aannames van de methodiek voor 2021 ten opzichte van de methodiek voor stap 2 (ook bredere bandbreedte gewenst). Herverdeling van Covid-19-effecten vindt enkel plaatst als de effecten groter zijn dan het gekozen drempelbedrag ($\pm\text{€}10$ p.p.e.), waardoor de regeling bij kleine verschuivingen geen impact heeft op de resultaten.

De technische invulling en uitvoering van een gestaffelde bandbreedte is niet complexer dan een normale bandbreedte. Het is nog niet duidelijk hoe de ACM een gestaffelde bandbreedte beoordeelt.

Management samenvatting (4/4)



Wij hebben geen technische oplossing kunnen vinden om een voorwaarde voor stap 4 in te regelen.

Vanwege gebrek aan informatie en inzicht op dit moment over de impact van Covid-19 in zowel 2020 als 2021 is geen eenduidige voorwaarde te formuleren. De gekozen bandbreedte kan gezien worden als een voorwaarde: immers pas bij een effect die groter is dan het gekozen drempelbedrag treedt herverdeling in werking. Daarbij is het zo dat een brede(re) bandbreedte meer voorwaardelijkheid in zich draagt dan een smallere bandbreedte, omdat er een relatief grotere verstoring dient op te treden voordat herverdeling in werking treedt.

Wij adviseren om bij de regeling in stap 4 niet te herschatten.

Technisch gezien is herschatten t op t-1 & t-2 de beste methode, omdat het zowel het bijdrage- als kosteneffect a.g.v. Covid-19 het beste corrigeert. Het bijdrage-effect is grotendeels opgelost met de ex postmaatregel om de DKG's te baseren op 2019. Door herschatten wordt deze maatregel volledig teniet gedaan.

Bovendien is herschatten complex in de uitvoering. Het is onduidelijk of ZIN (of een andere derde partij) dit kan uitvoeren en de kans is klein dat daar op korte termijn uitsluitel over komt. Hierdoor lijkt herschatten een te zwaar middel om alleen het kosteneffect op te lossen, terwijl de bandbreedte dit risico ook al deels opvangt.

Voor uitvoering van de regeling is het van belang dat informatie van alle zorgverzekeraars gebruikt kan worden.

Ten behoeve van de uitvoering van de regeling is het van belang dat informatie van alle zorgverzekeraars, ook in geval een zorgverzekeraar(s) besluit niet deel te nemen aan stap 4, kan worden gebruikt dan wel aangeleverd. Alleen als alle zorgverzekeraars toestemming geven om hun gegevens – die worden aangeleverd voor uitvoering van de risicoverevening – te gebruiken, kan de solidariteitsregeling volledig worden uitgevoerd, rekening houdend met alle correcties (voor de prevalenties van MHK en MVV en de verzekerdenmutaties).

Inhoudsopgave



- ◆ Aanleiding en doel
- ◆ Advies voor vormgeving stap 4: regeling 2021
 - ◆ Keuze welke deelbedragen onderdeel van regeling zijn
 - ◆ Toepassen van model A1b uit stap 2
 - ◆ Keuze voor bandbreedte en herschatten
 - ◆ Voorwaarde voor inwerkingtreding
- ◆ Bijlagen

Inhoudsopgave



- ◆ Aanleiding en doel
- ◆ Advies voor vormgeving stap 4: regeling 2021
 - ◆ Keuze welke deelbedragen onderdeel van regeling zijn
 - ◆ Toepassen van model A1b uit stap 2
 - ◆ Keuze voor bandbreedte en herschatten
 - ◆ Voorwaarde voor inwerkingtreding
- ◆ Bijlagen

Scheve verdeling financiële effecten in 2021 door Covid-19 aanleiding voor stap 4



Aanleiding

- ♦ De **Covid-19** pandemie heeft een grote impact gehad op de zorgverlening in 2020. In 2021 zijn er mogelijk **uitloopeffecten van deze eerste golf** (meer- of minderkosten): onder andere inhaalzorg, transitie/verschuiving van zorg als gevolg van vraaguitval of Covid-19 zorg in 2020 en revalidatiezorg voor ex-Covid-19 patiënten
- ♦ Daarnaast komt er in 2021 wellicht een **tweede golf**
- ♦ Zorgverzekeraars hebben te maken met een **ongelijke verdeling** van de financiële effecten als gevolg van Covid-19 in 2020 en daarmee uitlopend in 2021, met tot gevolg een verstoring van het gelijk speelveld
- ♦ Op dit moment zijn de financiële effecten van Covid-19 *niet* te kwantificeren

Doel

Het doel van de solidariteitsregeling 2021 is om **de concurrentiepositie tussen zorgverzekeraars te bewaken en te behouden**, ook in 2021. De financiële effecten van Covid-19 worden onderling herverdeeld. Dit om te voorkomen dat deze extreme, onvoorziene situatie de reguliere concurrentieposities tussen zorgverzekeraars ernstig aantast en daardoor de zorgverzekeringsmarkt uit evenwicht brengt.

De scope van de opdracht is beperkt tot de technische uitwerking van stap 4



- ♦ Wij focussen op stap 4 van de solidariteitsregeling voor het **vereveningsjaar 2021**. Wij werken de methodiek **conceptueel** uit. Op basis van deze **technische uitwerking** kunnen zorgverzekeraars een besluit nemen over stap 4 van de solidariteitsregeling
- ♦ Ons advies is gebaseerd op de tot ons **beschikbare informatie en documentatie** ten tijde van het opstellen van het advies. Binnen de gestelde tijdslijnen trachten wij tot een zo goed als mogelijke methodiek te komen, die technisch uitvoerbaar is. Deze methodiek is opgesteld in bespreking met de CRV. Alle input vanuit de CRV nemen wij mee, waarmee wij een onafhankelijk advies opstellen
- ♦ De zuiverheid van de methodiek toetsen wij **op basis van gestileerde voorbeelden***. Wij kunnen de werkelijke uitwerking *niet* kwantificeren, omdat deze gegevens niet beschikbaar zijn. Voor besluitvorming over de invulling van stap 4 van de regeling is het niet noodzakelijk om de financiële effecten te kwantificeren, aangezien het wenselijk is om te beslissen over de invulling van deze stap op basis van de gezamenlijke solidariteitsgedachte in combinatie met de conceptuele uitwerking van de meest geschikte methodiek
- ♦ In de uitwerking zetten wij de uitgangspunten, voor- en nadelen van de onderzochte methodieken uiteen. Hierbij nemen we mee welke mogelijke effecten er zijn in 2021 op het gebied van **zorginkoop, doelmatigheid en impact op het gelijk speelveld** (rekening houdend met behoud van de huidige concurrentieposities). Uitgangspunt bij de uitwerking is dat de methodiek dusdanig wordt vormgegeven dat zo goed als mogelijk recht wordt gedaan aan de bestaande concurrentieposities van zorgverzekeraars
- ♦ De beoordeling van de **juridische uitvoerbaarheid** van de regeling en de procedure rondom goedkeuring van deze regeling door de ACM ligt **buiten de scope** van de opdracht
- ♦ De **praktische uitvoerbaarheid** van stap 4 wordt na besluit over de methodiek nader uitgewerkt en verkend met het Thrusted Third Party; dit is nu **buiten scope** van deze opdracht over de invulling van stap 4

* Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het gestileerde voorbeeld dat voor stap 2 is opgesteld. Wij stellen voor een dry-run uit te voeren om de praktische uitvoerbaarheid van de methodiek van stap 2 en stap 4 te toetsen; zie Bijlage.

We hanteren de volgende uitgangspunten in stap 4 regeling 2021



Uitgangspunten

- ♦ Stap 4 van de regeling wordt ingezet voor **2021**, voorafgaand aan het jaar. Stap 4 betreft een bandbreedteregeling rondom het verwacht resultaat. Deze regeling verdeelt de financiële effecten van Covid-19 evenredig onder zorgverzekeraars, die resteren na toepassing van de risicoverevening 2021 en die van voldoende omvang zijn om de concurrentieposities te verstoren. De herverdeling van deze financiële effecten van Covid-19 draagt bij aan het behouden van de concurrentieposities.
- ♦ Deze regeling wordt dusdanig vormgegeven dat **zo goed als mogelijk recht wordt gedaan aan de reguliere concurrentieposities** op de huidige zorgverzekeringsmarkt. De methodiek is gericht op het herverdelen van de financiële effecten als gevolg van Covid-19
- ♦ Het besluit om deel te nemen aan de regeling is **vrijwillig**. Vanuit de solidariteitsgedachte en het bewerkstellings van rechtvaardige verdeling van de financiële effecten van Covid-19 is het wenselijk dat zorgverzekeraars deelnemen aan alle stappen van de regeling (stap 1 t/m 4).
- ♦ Stap 4, net zoals de andere stappen, is zoveel als mogelijk gebaseerd op **objectieve, eenduidige gronden**
- ♦ Bij de uitwerking van stap 4 dient rekening te worden gehouden met **mogelijke gedragseffecten voor de zorginkoop voor 2021 en de premiestelling van 2021**. Dit was bij de uitwerking van stap 2 niet van toepassing, omdat in 2020 de zorginkoop en premiestelling al was vastgesteld. De regeling is bedoeld om de financiële effecten van Covid-19 te herverdelen, waarbij de reguliere prikkels tot goede en doelmatige zorginkoop met een scherpe premie zo goed als mogelijk in stand blijft. Met de beschikbare informatie en huidige inzichten is het niet goed mogelijk om de effecten van zorginkoop en doelmatigheid te kwantificeren en te onderscheiden van andere effecten in 2021: o.a. effecten van Covid-19 en effecten van verschillen in het gezondheidsrisico van de portefeuilles. Dit is ook al in de reguliere situatie niet goed zuiver te onderscheiden. Deze onzekerheden en technische beperkingen dienen te worden meegenomen in de afweging van de keuze van stap 4 en de hoogte van het drempelbedrag en/of herverdelingspercentage.

De opdracht houdt rekening met de andere stappen van solidariteitsregeling en art. 33

Samenloop met andere stappen van de solidariteitsregeling:

Stap 4 wordt uitgevoerd in opvolging van stap 1 t/m 3:

- ◆ Stap 1: herverdeling kosten continuïteitsbijdrageregelingen* (1a) en de kosten en bijdrage onder art. 33 (1b)
- ◆ Stap 2: herverdeling van resterende financiële effecten in 2020
- ◆ Stap 3: inzet van ex post maatregelen voor 2021 door het Ministerie van VWS

Zorgkosten 2020 en 2021 onder art. 33 – stap 1B:

In stap 1B worden de zorgkosten 2020 en 2021 die onder art. 33 vallen en de bijdrage uit hoofde van art. 33 herverdeeld. In stap 2 en stap 4 dient dan ook rekening te worden gehouden met de herverdeelde zorgkosten uit art. 33 na stap 1. Er zijn twee manieren mogelijk:

1. Om de zorgkosten van het betreffende jaar ook te laten vallen in dit jaar is het, het meest eenduidig om voor stap 2 en stap 4 de herverdeelde zorgkosten uit stap 1B als volgt mee te nemen:
 - ◆ Bij stap 2 wordt uitgegaan van de herverdeelde zorgkosten 2020 die volgen uit stap 1b;
 - ◆ Bij stap 4 wordt uitgegaan van de herverdeelde zorgkosten 2021 die volgen uit stap 1b.
2. Ingeval het niet goed mogelijk is de kosten van 2020 en 2021 te scheiden, kan ervoor gekozen worden de herverdeelde zorgkosten 2020 en 2021 direct mee te nemen in stap 2 van de regeling. In dat geval dient in stap 4 de zorgkosten geschoond te worden van de herverdeelde zorgkosten 2021 die onder art. 33 vallen, om dubbele verrekening te voorkomen. Deze werkwijze zorgt ervoor dat er teveel zorgkosten in stap 2 worden meegenomen, en in stap 4 te weinig. Dit zorgt voor vermenging van de zorgkosten van twee boekjaren met elkaar. De eerste optie heeft daarmee de voorkeur.

Het Zorginstituut stelt de beleidsregels op welke zorgkosten onder art. 33 vallen. Hierop wordt een-op-een aangesloten. In de uitwerking van de praktische uitvoerbaarheid dient uitgewerkt te worden welke zorgkosten hieronder vallen en hoe hiermee omgegaan wordt in stap 2 en stap 4 van de regeling. Dit is nu op basis van deze uitwerking niet goed met zekerheid vast te stellen. Uitgangspunt bij de regeling is om dubbeltelling van dezelfde kosten te voorkomen; ingeval bij de dry-run blijkt dat er nog aanscherpingen o.q. wijzigingen nodig zijn om deze dubbeltelling te voorkomen, dan wordt dit meegenomen in de uitwerking van de regeling.

* Hierbij wordt aangesloten op de CB-regelingen die zijn afgesproken tussen zorgverzekeraars. Volgens de laatste stand van zaken gaat het hier alleen nog om de regeling voor MSZ.

Inhoudsopgave



- ◆ Aanleiding en doel
- ◆ Advies voor vormgeving stap 4: regeling 2021
 - ◆ Keuze welke deelbedragen onderdeel van regeling zijn
 - ◆ Toepassen van model A1b uit stap 2
 - ◆ Keuze voor bandbreedte en herschatten
 - ◆ Voorwaarde voor inwerkingtreding
- ◆ Bijlagen

Advies om alleen de resultaten op variabele kosten en eigen risico model mee te nemen

Wij adviseren om alleen de deelbedragen variabele zorgkosten en de opbrengsten van verplicht eigen risico te betrekken

Het resterende risico door Covid-19 voor 2021 zit naar verwachting met name in de kosten voor somatische zorg. Omdat de opbrengsten van het verplicht eigen risico veelal samenhangen met de somatische kosten, adviseren wij deze deelbedragen samen te nemen in stap 4.

Wij adviseren om GGZ *niet* mee te nemen in de regeling, omdat de impact van Covid-19 op de GGZ naar verwachting relatief beperkt is in 2021. Bovendien geeft de ex post bandbreedtemaatregel voldoende vangnet voor de GGZ-kosten. Deze ex postmaatregel is ingesteld vanwege de schadelastdip in 2021 als gevolg van de nieuwe bekostiging per 2022. De effecten van deze wijziging zijn in de praktijk moeilijk te scheiden van de Covid-effecten.

Somatisch + ER meenemen in stap 4 vanwege resterend risico na ex post



Impact van ex post maatregelen 2021	Bijdragerisico ¹ Uitval 2020	Kostenrisico ¹ Meer- of minderkosten in 2021	Macro-effect Kosten <> MPB		
SOM + ER					
Gedeeltelijke macronacalculatie 85%	✗	Bijdragerisico grotendeels ² gedekt door prevalenties DKG op 2019 te baseren	✗	Kostenrisico als gevolg van inhaal- of revalidatiezorg of een 2 ^o golf blijft bestaan	✓
Prevalenties DKG o.b.v. t-2 incl. klassenneutraliteit	✓				✗
GGZ					
Gedeeltelijke macronacalculatie 85%	✗	Bijdragerisico deels gedekt door ex post bandbreedteregeling	✗	Kostenrisico deels gedekt door ex post bandbreedteregeling	✓
Bandbreedte marktgemiddeld resultaat +/-€10, 90% nacalc.	☹				☹
✓ = voldoet ☹ = voldoet deels ✗ = voldoet niet ✗ = voldoet niet, maar andere maatregel (deels) wel					

¹Scheef verdeeld tussen verzekeraars

²Verwachting is dat met name zorguitval in ziekenhuizen impact heeft op prevalenties; medicatiegebruik is minder gevoelig voor de maatregelen die zijn getroffen in het voorjaar. De impact op meerjarige kostenkenmerken (MHK & MVV) is moeilijker te voorzien, maar de meerjarigheid dempt het effect van alleen 2020

GGZ niet in regeling vanwege beperkte impact en onzekerheid verwacht resultaat

Impact door inhaalzorg is naar verwachting relatief beperkt

- ♦ Impact van scheef verdeelde inhaalzorg is maximaal €4 p.p.e.¹
- ♦ Ex post bandbreedteregeling beperkt het risico, maximaal € 10 p.p.e. (90% nacalculatie)²

Schadelastdip³ zorgt voor onnauwkeurigheid in de inschatting van het verwachte resultaat voor 2021 en daarmee de toepasbaarheid voor de regeling in stap 4

- ♦ Scheve verdeling van de schadelastdip tussen verzekeraars is niet goed in te schatten
- ♦ Impact op HKC van de schadelastdip is moeilijk te simuleren
- ♦ Deze regeling heeft *niet* tot doel om voor de scheefheid door de schadelastdip te corrigeren

Impact 2^e golf is niet op voorhand in te schatten

- ♦ Door een 2^e golf kunnen grote verschillen tussen verzekeraars ontstaan, maar door de ex post bandbreedteregeling van het Ministerie VWS is het risico maximaal €10 p.p.e. (90% nacalculatie)

¹Zie [bijlage](#) voor berekening

²Reden voor bandbreedte ex post is de onzekerheid door invoering van bekostiging per 2022

³In 2021 ontstaat een schadelastdip door de harde afsluiting van DBC's op 31-12-2021 vanwege de invoering van de nieuwe bekostiging per 2022

Inhoudsopgave



- ◆ Aanleiding en doel
- ◆ Advies voor vormgeving stap 4: regeling 2021
 - ◆ Keuze welke deelbedragen onderdeel van regeling zijn
 - ◆ Toepassen van model A1b uit stap 2
 - ◆ Keuze voor bandbreedte en herschatten
 - ◆ Voorwaarde voor inwerkingtreding
- ◆ Bijlagen

Variant A1b is met enkele aanpassingen toe te passen op 2021

De financiële effecten van Covid-19 in 2021 worden herverdeeld op basis van een bandbreedtemethodiek. Variant A1b, zoals gebruikt voor 2020, is met enkele aanpassingen toepasbaar voor 2021

Vanwege consistentie van de regeling is onderzocht op welke wijze variant A1b toegepast kan worden voor 2021. Hieruit volgt dat variant A1b met enkele aanpassingen kan worden toegepast voor 2021. De belangrijkste aanpassingen zijn voor de verzekerdensmutaties 2021 en de modelwijzigingen 2021 (inclusief de correcties voor de buitenlandverzekerden en gewijzigde buitenlandpercentages). Voor de correctie voor de prevalenties van MHK en MVV wordt voorgesteld om deze hetzelfde te houden als in stap 2; ofwel, geen aanvullende correctie voor 2021. Daarnaast dient in stap 4 rekening te worden gehouden met de herverdeelde zorgkosten 2021 die volgen na stap 1b (dit zijn de zorgkosten die vallen onder art. 33).

Variant A1b toegepast voor 2021 gaat uit van dezelfde aannames als in stap 2. Hierbij komt dat er extra onzekerheid is over de zuiverheid van de methodiek, omdat een extra jaar wordt overbrugd. Daarbij geldt dat atypische ontwikkelingen en zorginkoop- en beheersmaatregelen van 2 jaar (2020 en 2021) niet kunnen worden meegenomen c.q. niet kunnen worden onderscheiden van Covid-19 effecten; hier is technisch geen adequate oplossing voor gevonden.

Herverdeling in de regeling 2021 op basis van de bandbreedtemethodiek

Herverdeling op basis van bandbreedtemethodiek*:

Herverdeling vindt plaats zodra het verschil tussen het verwachte vereveningsresultaat 2021 zonder de effecten van Covid-19 en het werkelijk vereveningsresultaat 2021 inclusief de effecten van Covid-19, ten opzichte van het landelijk gemiddelde van dit verschil, buiten de gestelde bandbreedte valt. De gedachte om uit te gaan van het verschil in de vereveningsresultaten ten opzichte van het landelijke gemiddelde is om op deze wijze de financiële effecten van Covid-19 te identificeren, die leiden tot voldoende verstoring van het landelijk speelveld.

Verwacht vereveningsresultaat 2021

- Variant A1b als uitgangspunt, vanwege consistentie met stap 2 van de regeling.
- Definitieve vereveningsresultaat 2019 als grondslag voor het bepalen van het verwacht vereveningsresultaat, met correcties om dit jaar representatief te krijgen voor 2021, inclusief de correctie voor prevalenties van MHK en MVV.
- Het definitieve vereveningsresultaat 2020 als grondslag is *niet* bruikbaar, omdat de effecten van Covid-19 in dit jaar zijn inbegrepen.

Werkelijk vereveningsresultaat 2021

- Definitieve vaststelling 2021, inclusief ex postmaatregelen zoals vastgesteld door het Ministerie VWS.
- Er dient rekening te worden gehouden met de zorgkosten 2021 onder art. 33, die in stap 1B zijn herverdeeld

* Zie [bijlage](#) voor de conceptuele uitwerking van de bandbreedtemethodiek, dit is een bandbreedte rondom het verwacht vereveningsresultaat.

Variant A1B is met een aantal aanpassingen toe te passen voor 2021



De verwachte situatie van 2020 zonder de effecten van Covid-19 in variant A1b is gebaseerd op:

1. Definitief vereveningsresultaat 2019 per zorgverzekeraar, met correctie voor prevalenties op MHK en MVV voor 2020
2. Correctie voor verzekerdenmutatie per 1 januari 2020
3. Correctie voor modelwijzigingen 2019-2020
4. Aanvullende correcties voor buitenlandverzekerden bij modeleffect o.b.v. OT en correctie voor gewijzigde buitenlandpercentages in bijdrage 2020

Aanpassingen op variant A1b vanuit stap 2 in kader van representativiteit voor 2021

- Verzekerdenmutatie van 2019 naar 2021 doortrekken
- Modelwijzigingen 2020 naar 2021 toevoegen

Voorstel voor keuze uitgangspunt:

Grondslag voor 2021 baseren op 2019 inclusief correcties voor verzekerdenmutatie per 1 januari 2021, modelwijzigingen 2019-2021 en prevalenties MHK en MVV voor 2020 (en niet voor 2021).

- **Reden:** 2020 kan niet worden gebruikt als grondslag vanwege de effecten van Covid-19 die zijn inbegrepen.
- **Gevolgen:**
 - Twee jaar overbruggen met verzekerdenmutatie en modelwijzigingen –dit is technisch haalbaar
 - Effecten van zorginkoop- en specifieke beheersmaatregelen die per 1 januari 2020 en 2021 zijn ingezet worden niet volledig ondervangen – uit stap 2 volgt dat er geen geschikte technische oplossing is om deze effecten volledig goed mee te nemen, omdat ze niet zijn te isoleren van 'reguliere' effecten in de portefeuilles en van Covid-19 effecten
 - Effecten van andere atypische ontwikkelingen van de portefeuille naast MHK en MVV voor 2 jaar worden niet meegenomen

Correctie voor prevalenties MHK en MVV eenmaal toepassen voor 2020; niet in 2021

Doel

In variant A1b wordt gecorrigeerd voor het ingroei karakter van de prevalenties van MHK en MVV per 1 januari 2020.

Afweging

De correctie op de prevalenties voor MHK en MVV is niet door te trekken naar de prevalenties 2021, omdat de prevalenties in 2021 zijn gebaseerd op kostenpatronen in 2020. In dit jaar zijn de effecten van Cvoid-19 inbegrepen.

De correctie voor MHK en MVV van 2019-op-2020 tweemaal toepassen om zodoende van het jaar 2019 naar 2020, en van 2020 naar het jaar 2021 te komen heeft niet de voorkeur, omdat:

- Dezelfde correctie tweemaal toepassen brengt extra onzekerheid met zich mee. De correctie veronderstelt namelijk een wijziging in de bijdrage-kant onder gelijk houding van de patronen in de zorgkosten. Het is niet goed in te schatten of deze correctie tweemaal uitvoeren om twee jaar te overbruggen de representativiteit verbeterd.
- Het is niet vast te stellen of dezelfde correctie voor de ingroei in deze kenmerken een goede inschatting is van de verwachte ontwikkeling van de portefeuille van 2020-op-2021.

Het heeft daarom de voorkeur om alleen een correctie voor de prevalenties van 2020 voor MHK en MVV toe te passen en niet voor 2021.

Aanpak berekening

De berekeningswijze is ongewijzigd ten opzichte van stap 2 van de solidariteitsregeling 2020. De berekeningswijze is te vinden in de [bijlage](#).

Voorstel: De correctie op prevalenties voor MHK en MVV eenmalig uitvoeren (alleen van 2019 op 2020)

Verzekerdenmutatie van 2019 naar 2021 doortrekken



Doel

Corrigeren voor wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars per 1 januari 2021. Deze correctie betreft verzekerden die in 2021 t.o.v. 2019 zijn overgestapt

Aanpak berekening

De volgende stappen worden uitgevoerd:

- A. Voor elke verzekerde is het vereveningsresultaat 2019 berekend op basis van de definitieve vaststelling 2019 (inclusief de correctie voor de prevalenties van MHK en MVV)
- B. De overstappers worden bepaald op basis van de *lenteherberekening 2021**. De lenteherberekening wordt alleen gebruikt om de overstappers te identificeren, de populatie en inschrijfduur blijft ongewijzigd en gelijk aan 2019 (m.u.v. MHK en MVV, waarvoor de inschrijfduur wijzigt). Uitgevallen of instromende verzekerden in 2020 en 2021 worden zelf niet meegenomen in de verzekerdenmutatie, maar er wordt aangenomen dat de verzekerdenindeling in 2019 (de uitgevallen en instromende verzekerden in dit jaar) representatief is voor 2021, zie Aannames.
- C. Voor elke verzekerde die per 1 januari 2021 (t.o.v. 2019) is overgestapt wordt het vereveningsresultaat van deze verzekerde van de oude zorgverzekeraar overgezet naar de nieuwe zorgverzekeraar. Dit is een mutatie op verzekerdeniveau.

Aannames Er wordt aangenomen dat de verzekerdenindeling in 2019 representatief is voor 2021 in de situatie zonder Covid-19. Dit geldt voor sterfte/emigratie, geboorte/immigratie en grensoverschrijdende zorg (seizoenarbeiders, grensarbeiders). Deze aanname gaat niet op bij zorgverzekeraars met een atypische ontwikkeling van de portefeuille in 2021 ten opzichte van 2019.

Noot 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 2021 te gebruiken, maar de inschrijfduur van deze verzekerde in 2019. In de voorgestelde methodiek wordt nu aangenomen dat de indeling van kenmerken in 2021 zonder Covid-19 vergelijkbaar is met 2019 (waarbij voor MHK en MVV de prevalenties zijn gecorrigeerd).

* O.b.v. de LHB 2021 kunnen alle verzekerdenmutaties worden geïdentificeerd, LHB 2020 is niet meer nodig.

Modelwijzigingen 2020 naar 2021 toevoegen om van 2019 naar 2021 te komen



Doel

Corrigeren voor de modelwijzigingen van 2020 naar 2021, aanvullend op de correctie voor modelwijzigingen van 2019 naar 2020, draagt bij aan representativiteit van 2019 voor 2021. In de [bijlage](#) zijn de modelwijzigingen 2020 – 2021 uiteengezet

Aanpak berekening

De volgende stappen moeten worden uitgevoerd:

- A. De mutatie in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar in de OT wordt gebruikt voor het modeffect van 2020 naar 2021 (WOR 1001), in aanvulling op de mutatie van 2019 naar 2020 (zoals ook in stap 2 gebeurd).
- B. Deze mutatie levert een absolute correctie* op het berekende vereveningsresultaat per zorgverzekeraar
- C. Deze procentuele absolute correctie* voor modelwijzigingen van 2020 naar 2021 wordt toegepast op het vereveningsresultaat waarop de procentuele correctie voor modelwijzigingen van 2019 naar 2020 al heeft plaatsgevonden

Dit is een correctie per zorgverzekeraar en niet een landelijke correctie. Dit is om rekening te houden met effecten van modelwijzigingen op de portefeuillesamenstelling en doet dit recht aan de huidige concurrentiepositie.

Aannames:

- De mutatie in de OT is een proxy voor de effecten van modelwijzigingen op de portefeuilles in 2020 en 2021. de OT resultaten zijn gebaseerd op de portefeuillesamenstellingen 2017 en 2018. Effecten van modelwijzigingen in relatie tot atypische ontwikkelingen in portefeuillesamenstellingen na 2018 worden niet meegenomen in deze correctie, mits de OT wordt uitgevoerd op een recenter jaar/jaren.
- Het is technisch mogelijk buitenlandverzekerden in te delen in de OT om de modeffecten bij deze groep mee te nemen in de correctie (dit is een aanvullende correctie).

Aandachtspunt:

- Nieuwe zorgverzekeraars in 2018 en 2019

*Dit is aangepast n.a.v. de CRV op 15 september. Er was overeenstemming om hier een absolute correctie uit te voeren in plaats van procentuele correctie. Dit zelfde geldt voor stap 2 – hier zal ook in de methodiek een absolute correctie worden uitgevoerd bij dit onderzoek (dit is een aanpassing ten opzichte van de eerdere uitwerking), zodat eenduidigheid van stap 2 en stap 4 (voor zover dat kan).

Aannames methodiek variant A1B voor 2021 na aanpassingen



Aannames

- Alle reguliere effecten en patronen in 2019 worden meegenomen in de bandbreedtebepaling. Er wordt veronderstelt dat de effecten die er in 2019 zijn, vergelijkbaar zijn in 2021 ingeval er geen Covid-19 zou zijn geweest, bijvoorbeeld op de onderdelen:
 - Verzwaring van de zorgvraag van de portefeuille bij huidige verzekerden
 - Instroom nieuwe verzekerden na 1 maart van het vereveningsjaar
 - Effecten van reguliere in- en uitstroom: geboorte/ immigratie, sterfte/emigratie
 - Onder- en overschrijding van het MPB (flankerend beleid)**
 - Kosten van buitenlandzorg (die bij de zorgverzekeraar direct binnenkomen – declaratiestroom CAK verloopt anders)
 - Opbrengsten van het verplicht eigen risico
- Het is uitvoeringstechnisch te complex om modelwijzigingen één-voor-één mee te nemen. In consistentie met stap 2 kan de OT worden gebruikt om het modeleffect te benaderen. Voor de buitenlandverzekerden en het gewijzigde buitenlandpercentage kan de OT opnieuw worden doorgerekend.

** in de praktische uitvoering kan worden bepaald om de verwachte resultaten te schalen naar het MPB-niveau van de werkelijke situatie zodat een verschil in onder- en overschrijding van het MPB wordt gecorrigeerd tussen de jaren.

*** mogelijk zijn er nog aanvullende voor- en nadelen. Dit zijn ons inziens de belangrijkste.

Voor- en nadelen methodiek variant A1B voor 2021 na aanpassingen



Voordelen	Nadelen
Net zoals variant A1b is deze variant gebaseerd op objectieve gronden	Uitvoeringstechnisch complexer dan variant A1b voor 2020 vanwege het overbruggen van extra jaar.
	Effecten van atypische ontwikkelingen en zorginkoop- en beheersmaatregelen per 1 januari 2020 en 2021 worden niet meegenomen (gecorrigeerd); in vergelijking met variant A1B voor 2020 is dit voor een extra jaar.
Consistentie met stap 2 van de regeling i.h.k.v. uitlegbaarheid van de regeling.	Bij zorgverzekeraars met een sterke instroom per 1 januari 2020 en/ of 2021 is er onzekerheid over hoe de regeling uitkomt op tussentijdse momenten, vanwege het ontbreken van historie. Dit is in vergelijking met variant A1b een extra jaar.
	Het is technisch niet goed mogelijk om de vergrijzing van de portefeuille van 2019 naar 2021 mee te nemen.
	Impact op rechtvaardige verdeling (zuiverheid) Van individuele zorgverzekeraars met een atypische ontwikkeling van de portefeuille of specifieke zorginkoop- of beheersmaatregelen per 2020 worden voor 2 jaar de positieve effecten niet meegenomen, waardoor zij lager in de bandbreedte terecht komen. Voor andere zorgverzekeraars geldt het omgekeerde. De mate van dit effect hangt af van de omvang van de atypische ontwikkeling en de mate waarin dit scheef c.q. selectief is in de markt voor verstoring van het gelijk speelveld.

** in de praktische uitvoering kan worden bepaald om de verwachte resultaten te schalen naar het MPB-niveau van de werkelijke situatie zodat een verschil in onder- en overschrijding van het MPB wordt gecorrigeerd tussen de jaren.

*** mogelijk zijn er nog aanvullende voor- en nadelen. Dit zijn ons inziens de belangrijkste.

Beoordeling verwacht vereveningsresultaat 2021 o.b.v. variant A1b, toegepast op 2021



	Variant A1b toegepast op 2021
Uitvoerbaarheid/ meetbaar	Technisch uitvoerbaar, maar als gevolg van de aanpassingen voor modelwijzigingen, verzekerdenmutaties relatief complex geworden voor 2021 dan voor 2020. Stappenplan moet verder uitgewerkt worden zodat praktische onderdelen in de uitvoering van tevoren vastgesteld en verholpen kunnen worden.
Tijdigheid	Uitvoerbaar in 2025 (na DV 2021), in de uitvoering van de praktische uitvoerbaarheid kan overwogen worden op vergelijkbaar met de tussentijdse vaststellingen bij de risicoverevening ook tussentijdse bepalingen uit te voeren voor de solidariteitsregeling, zodat zorgverzekeraars eerder inzicht c.q. inschattingen hebben over de uitwerking van deze regeling. Dit zorgt er wel voor dat de uitvoering van de regeling arbeidsintensiever en duurder wordt.
Rechtvaardige verdeling	In de verwachte situatie zijn alle reguliere effecten in 2019 inbegrepen, die zo goed als mogelijk representatief zijn gemaakt voor 2021. De effecten van Covid-19, ook die niet waren voorzien of die niet geïsoleerd kunnen worden van andere effecten, komen tot uitdrukking in de bandbreedte, afhankelijk van de hoogte van het drempelbedrag.
Impact op level playing field	Herverdeling van de effecten van Covid-19 vindt plaats o.b.v. de verhoudingen in 2019 (m.u.v. de aanpassing voor MHK en MVV voor 2020), na correcties voor het representatief maken voor 2021. Atypische ontwikkelingen van de portefeuille voor een extra jaar kunnen niet worden meegenomen ten opzichte van variant A1b voor 2020. Ook worden effecten van zorginkoop- en beheersmaatregelen voor een extra jaar niet volledig meegenomen, ten opzichte van variant A1b voor 2020.
Eenvoud en transparantie	Methodiek en de daaruit volgende uitkomsten zijn in de basis goed uitlegbaar. De aanpassing voor MHK en MVV is minder eenduidig, omdat gecorrigeerd wordt op basis van 2020-cijfers, terwijl dit voor de andere vereveningskenmerken niet gebeurt en deze correctie alleen voor 2020 wordt toegepast; alhoewel deze keuze voor MHK en MVV te onderbouwen is vanwege het ingroei-traject bij deze kenmerken.

Inhoudsopgave



- ◆ Aanleiding en doel
- ◆ Advies voor vormgeving stap 4: regeling 2021
 - ◆ Keuze welke deelbedragen onderdeel van regeling zijn
 - ◆ Toepassen van model A1b uit stap 2
 - ◆ Keuze voor bandbreedte en herschatten
 - ◆ Voorwaarde voor inwerkingtreding
- ◆ Bijlagen

Wij adviseren een gestaffelde bandbreedte zonder herschatten



Voorstel is om een gestaffelde bandbreedte te hanteren, zodat de financiële effecten van Covid-19 gelijkmatiger verdeeld worden en tegelijkertijd zorginkoopeffecten conform de gekozen staffels te behouden.

De voorgestelde variant is 50% herverdeling boven de $\pm\text{€}10$ p.p.e. en 100% herverdeling boven de $\pm\text{€}20$ p.p.e. Enerzijds biedt dit een vangnet voor extreme kosten door Covid (smalle bandbreedte gewenst). Anderzijds biedt een gestaffelde bandbreedte ruimte om resultaat op inkoop te behalen (bredere bandbreedte gewenst). Bovendien wordt hiermee rekening gehouden met de extra onzekerheid rondom de aannames van de methodiek voor 2021 ten opzichte van de methodiek voor stap 2 (ook bredere bandbreedte gewenst). Herverdeling van Covid-19-effecten vindt enkel plaatst als de effecten groter zijn dan het gekozen drempelbedrag ($\pm\text{€}10$ p.p.e.), waardoor de regeling bij kleine verschuivingen geen impact heeft op de resultaten. De technische invulling en uitvoering van een gestaffelde bandbreedte is niet complexer dan een normale bandbreedte. Het is nog niet duidelijk hoe de ACM een gestaffelde bandbreedte beoordeelt.

Wij adviseren om bij de regeling in stap 4 niet te herschatten

Technisch gezien is herschatten t op t-1 & t-2 de beste methode, omdat het zowel het bijdrage- als kosteneffect a.g.v. Covid-19 het beste corrigeert. Het bijdrage-effect is grotendeels opgelost met de ex postmaatregel van het Ministerie van VWS om de DKG's te baseren op 2019, waardoor de zorguitval in 2020 geen invloed heeft op de DKG-prevalenties. Door herschatten wordt deze maatregel volledig teniet gedaan. Bovendien is herschatten complex in de uitvoering. Het is onduidelijk of het Zorginstituut Nederland (of een andere derde partij) dit kan uitvoeren en de kans is klein dat daar op korte termijn uitsluitel over komt. Hierdoor lijkt herschatten een te zwaar middel om alleen het kosteneffect op te lossen, aangezien de bandbreedte dit risico deels opvangt en het niet duidelijk is of en in welke mate dit risico zich zal voordoen in 2021.

Stap 4 vraagt om zowel een smalle als een bredere bandbreedte



Afwegingen voor de bandbreedte en/of herverdelingspercentage

1	Vangnet voor extreme kosten	Hoe smaller de bandbreedte, hoe groter de financiële zekerheid. Het is een bestuurlijke afweging hoeveel onzekerheid acceptabel is. In de regeling voor 2020 is gekozen voor een bandbreedte \pm €10 p.p.e., mede om de onzekerheden in het verwachte resultaat op te vangen
2	Onzekerheden verwacht resultaat	Het verwacht resultaat voor 2021 heeft als grondslag de resultaten van 2019. Daarom moeten er 2 jaren van overstappers en model-effecten worden gecorrigeerd. Dit brengt een grotere onzekerheid met zich mee dan in de regeling van 2020. Dat pleit voor een bredere bandbreedte of lager herverdelingspercentage dan in 2020, i.e. breder dan \pm €10 p.p.e.
3	Behoud van inkoopvoordelen	Door het instellen van een bandbreedte worden de potentiële voordelen van zorginkoop beperkt. Omdat het onzeker is of er een impact van Covid-19 in 2021 is, ligt een brede bandbreedte voor de hand. Daarmee blijft het concurrentieel speelveld voor 2021 beter behouden.
Concluderend		Het is onzeker of er in 2021 concurrentieverstorende Covid-effecten optreden. Scheef verdeelde kosteneffecten zijn het meest waarschijnlijk, die bij een 2^e golf substantieel kunnen zijn. Dat vraagt een bandbreedte die zekerheid biedt, maar ook voldoende ruimte laat voor inkoopvoordelen op het moment dat er geen (groot) effect is.

Conclusie

Conform de regeling van 2020 is een smalle bandbreedte van \pm €10 p.p.e. het meest logische vangnet

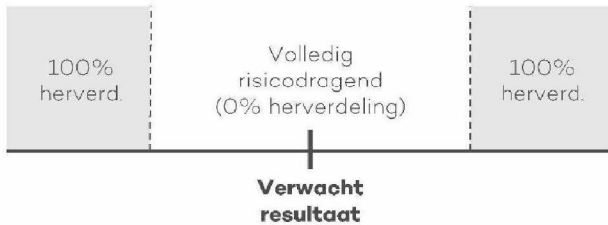
Vanwege de grotere onzekerheid is een bredere bandbreedte van \pm €15 tot \pm €20 p.p.e. en/of een lager herverdelingspercentage gewenst

Om het concurrentieel speelveld te behouden is een brede(re) bandbreedte gewenst of een lager herverdelingspercentage: dit is *niet* te kwantificeren

Stap 4 vraagt zowel om een smalle als een bredere bandbreedte en/of een vergelijkbaar of lager herverdelingspercentage dan in stap 2

Gestaffelde bandbreedte is een compromis van zowel smalle als brede bandbreedte

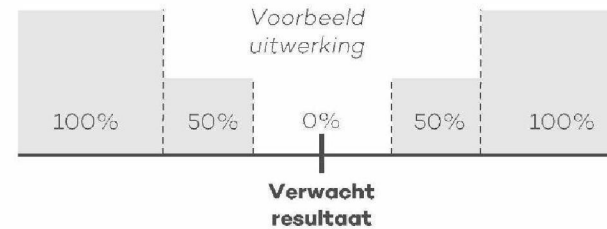
Bandbreedte zonder staffels



Zolang een verzekeraar binnen de bandbreedte valt, treedt de regeling niet in werking. Dat betekent dat het risico voor verzekeraars gelijk is aan het drempelbedrag plus eventuele onnauwkeurigheid in het verwachte resultaat. Het risico is laag bij een smalle bandbreedte en stijgt naarmate er een bredere bandbreedte wordt gekozen.

Alleen een smalle bandbreedte geeft veel zekerheid, bij een brede bandbreedte blijven de inkoopvoordelen behouden.

Bandbreedte met staffels



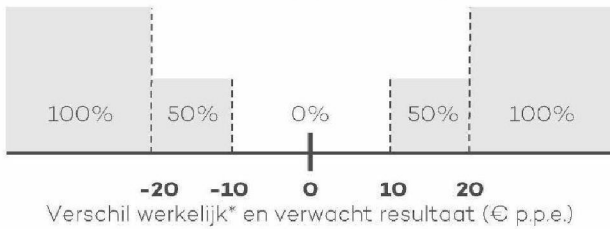
Hoe verder een verzekeraar afwijkt van het verwachte resultaat, hoe groter de herverdeling van zijn resultaat. Dat betekent dat het risico voor verzekeraars bij kleine(re) afwijkingen al herverdeeld worden (vergelijkbaar met smalle bandbreedte). Daartegenover staat dat de inkoopvoordelen boven de eerste grens nog steeds lonen (brede bandbreedte).

Staffels zijn een vangnet voor extreme kosten als gevolg van Covid-19 en bieden ruimte voor resultaten op zorginkoop.

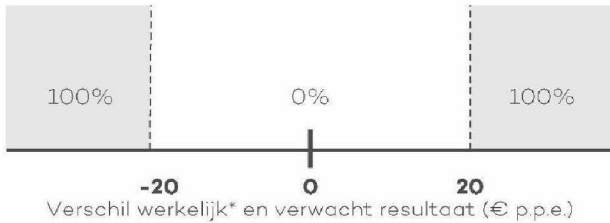
Voorstel is 50% herverdeling boven ±€10 en 100% boven de ±€20 p.p.e. 

Uitwerking bandbreedtes

Voorstel: herverdelingspercentages *met* staffel

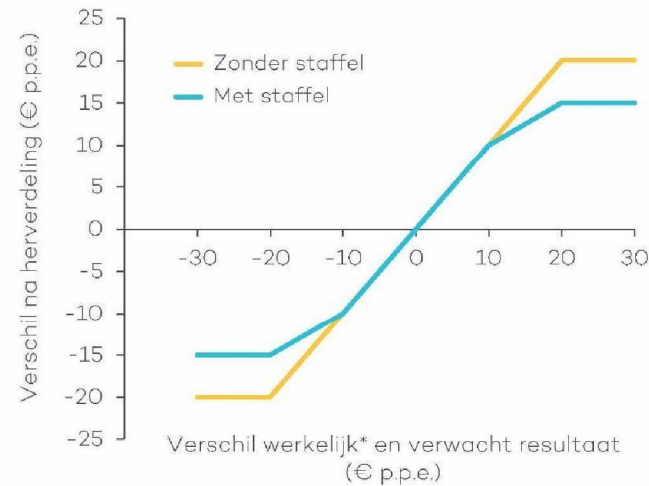


Referentie: herverdelingsperc. *zonder* staffel



Impact bandbreedte op resultaat

Met staffel buigt de lijn iets eerder af waardoor het verschil met verwacht resultaat gedempt wordt tot max. ±€15 p.p.e.



*Het werkelijke resultaat is het resultaat dat ZIN in Definitieve Vaststelling (DV) vaststelt

Wij adviseren om te herschatten niet toe te passen in stap 4



Technisch gezien is herschatten t op t-1 & t-2 de beste methode, omdat het zowel het bijdrage- als kosteneffect a.g.v. Covid-19 het beste corrigeert. Op basis van zowel inhoudelijke als procesafweging adviseren wij om in stap 4 niet te herschatten.

1. Het bijdrage-effect is door het Ministerie van VWS grotendeels weggenomen in de ex post maatregelen. In ex post heeft VWS gekozen om de DKG's te baseren op 2019, waardoor de zorguitval in 2020 geen invloed heeft op de DKG-prevalenties
2. Herschatten zorgt ervoor dat de ex postmaatregelen (en ook de ex anteverevening) van het Ministerie van VWS buitenspel worden gezet. Dit resulteert erin dat de aanpassingen die het Ministerie van VWS gemaakt heeft naar aanleiding van de analyses van ZIN in stap 3, teniet worden gedaan.
3. Herschatten is complex in uitvoering. Bij een onderlinge regeling moet ZIN (of een andere TTP) de regeling privaatrechtelijk uitvoeren. Het is niet duidelijk of ZIN het herschatten kan uitvoeren. De kans is klein dat daar op zeer korte termijn uitsluitel over komt

Inhoudsopgave



- ◆ Aanleiding en doel
- ◆ Advies voor vormgeving stap 4: regeling 2021
 - ◆ Keuze welke deelbedragen onderdeel van regeling zijn
 - ◆ Toepassen van model A1b uit stap 2
 - ◆ Keuze voor bandbreedte en herschatten
 - ◆ Voorwaarde voor inwerkingtreding
- ◆ Bijlagen

Voorwaardelijk model niet mogelijk, brede bandbreedte heeft zelfde effect

Om te voorkomen dat de regeling in stap 4 de concurrentie op voorhand beperkt, hebben wij onderzocht of het mogelijk is om de regeling voorwaardelijk in werking te stellen.

Het is niet mogelijk gebleken om een eenduidige, adequate voorwaarde te formuleren wanneer de regeling in werking treedt. Dit is omdat op dit moment niet bekend is wat de impact van Covid-19 is en hoe dit zich verhoudt tot verstoring van de reguliere concurrentieposities.

Er is onvoldoende informatie om een adequate voorwaarde op te stellen; het is bijvoorbeeld niet afdoende om dit te relateren aan een bepaald kostenniveau of het voorkomen van een tweede golf of *lockdown*, omdat de impact van Covid-19 regionaal kan plaatsvinden waardoor verstoring van de markt kan optreden. Bovendien voorziet de regeling in stap 4 ook in de eventuele gevolgen van inhaal- of revalidatiezorg. Een voorwaarde moet daarom niet alleen gaan over een tweede golf of *lockdown*, maar ook over hogere kosten als gevolg van de eerste golf.

Ons voorstel is om een bredere bandbreedte te hanteren dan bij stap 2 van de regeling. Daarmee treedt de regeling pas in werking als een zorgverzekeraar een grote afwijking van zijn reguliere resultaat behaalt, conform het gekozen drempelbedrag. Dit is mede omdat voor 2021 de grondslag is gebaseerd op 2019 met correcties, waarbij aanvullende aannames nodig zijn.

Inhoudsopgave



- ◆ Aanleiding en doel
- ◆ Advies voor vormgeving stap 4: regeling 2021
 - ◆ Keuze welke deelbedragen onderdeel van regeling zijn
 - ◆ Toepassen van model A1b uit stap 2
 - ◆ Keuze voor bandbreedte en herschatten
 - ◆ Voorwaarde voor inwerkingtreding
- ◆ Bijlagen



EQUALIS
strategy & modeling

BIJLAGEN

Inhaal- & revalidatiezorg is maximaal 46 euro voor somatische en 4 euro voor GGZ

pwc

Stel er is scheefheid in de inhaal- en revalidatiezorg, met name in Noord-Brabant, wat betekent dat voor het meerkostenrisico (wat is de impact als de kosten scheef verdeeld zijn)?

Uitgaande van de volgende parameters:

- Landelijke zorguitval: 20% (**o.b.v. CB-regeling**)
- Aantal inwoners in Noord-Brabant: 2,5 mln (14% van NL)
- Stel zorguitval in Noord-Brabant: 25% (**inschatting**), dat betekent 19% in rest van NL
- Inhaal- en revalidatiezorg in 2021: 25% van de zorguitval (**zeer ruim ingeschat**)

MPB 2020	Kosten zorguitval			
			Somatisch	GGZ
Variabel: €44.220 mln	Noord-Brabant	$25\% * €3.177 * 25\% =$	€199	€18
€3.177 per premie-eq.	Rest NL	$19\% * €3.177 * 25\% =$	€152	€14
GGZ: €4.102 mln		uitval / Inhaal & rev.	€46	€4
€295 per premie-eq.				

Conceptuele uitwerking van bandbreedtemethodiek



De bandbreedtemethodiek werkt als volgt:

- a** Bepaal het **verwachte vereveningsresultaat 2021** voor elke zorgverzekeraar; dit is het resultaat zonder de effecten van Corona.
 - b** Bepaal het **werkelijke vereveningsresultaat 2021** op basis van definitieve vaststelling 2021 voor elke zorgverzekeraar; dit is het vereveningsresultaat exclusief de Covid-19 zorgkosten die onder de herverdeling in stap 1 worden meegenomen.
- Bepaal de afwijking voor elke zorgverzekeraar in het verschil in het vereveningsresultaat ten opzichte van het landelijk gemiddelde.
- c**
 - i. Bereken het verschil per zorgverzekeraar tussen het verwachte vereveningsresultaat en het werkelijke vereveningsresultaat per premie-equivalent; dit is onderdeel a minus onderdeel b.
 - ii. Bereken het landelijk gewogen gemiddelde van het verschil in het vereveningsresultaat*.
 - iii. 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:
- f**
 - i. Bepaal het totale bedrag dat dient te worden ingebracht of uitgekeerd om de bandbreedte-methodiek budgetneutraal te krijgen.
 - ii. Bepaal het bedrag per premie-equivalent: bedrag uit onderdeel i van stap f delen door het totaal aantal premie-equivalenten over alle zorgverzekeraars.
 - iii. Bepaal op basis van het aantal premie-equivalenten per zorgverzekeraar de inbreng of ontvangst voor deze zorgverzekeraar.

Berekeningswijze correcties voor prevalenties MHK & MVV voor 2020 (1/2)



Voor de bandbreedtemethodiek wordt het *verwachte vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona* wordt als volgt vastgesteld:

Stap A – Bepaal het verwachte vereveningsresultaat 2020 zonder de effecten van Corona op basis van:

- I. Bij de **definitieve vaststelling van 2019** wordt het vereveningsresultaat 2019 per zorgverzekeraar bepaald. Dit is het definitieve vereveningsresultaat voor het deelbedrag variabele zorgkosten, GGZ-kosten en opbrengsten voor het verplicht eigen risico. Dit is het verschil tussen de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage bijdrage inclusief flankerend beleid* en de werkelijke zorgkosten 2019.
- II. Voor twee vereveningskenmerken: **MHK en MVV** wordt een correctie uitgevoerd om rekening te houden met de ontwikkeling van de portefeuille in 2020 ten opzichte van 2019. Dit gebeurt door de **werkelijke prevalenties van 2020**, zoals vastgesteld bij de definitieve vaststelling 2020, te gebruiken. Om dubbeltelling bij de verzekerdenmutatie te voorkomen, worden eerst de verzekerden die per 1 januari 2020 zijn overgestapt 'terug ingedeeld' bij de zorgverzekeraar bij wie zij in 2019 zijn verzekerd. Dit is een extra stap in de uitvoering, aangezien in de werkelijke cijfers de verzekerden zijn ingedeeld zoals ze in 2020 zijn verzekerd. Vervolgens wordt een correctiefactor berekend over alle verzekerden in 2020:
 - i. Bepaal de prevalenties van de risicoklassen in 2019 naar inschrijfduur (c.q. verzekerdenjaren) per zorgverzekeraar
 - ii. Bepaal de prevalenties van de risicoklassen in 2019 naar het aantal verzekerden (c.q. personen) voor landelijk (het aantal verzekerden per risicoklasse over alle zorgverzekeraars gemiddeld).
 - iii. Bepaal de verhouding tussen i en ii. Deze verhouding geeft het aantal verzekerden in 2019 weer, rekening houdend met reguliere sterfte/emigratie/ geboorte/ immigratie.
 - iv. Bepaal de prevalenties van de risicoklassen in 2020** naar verzekerden (c.q. personen) per zorgverzekeraar, dit is dus op basis van de indeling bij zorgverzekeraars in 2019.
 - v. Voor elke positieve klasse worden de prevalenties uit iv. omgezet naar 'nieuwe' prevalenties voor 2019 per zorgverzekeraar, hiervoor wordt de verhouding gebruikt uit iii. Met deze stap wordt gecorrigeerd voor sterfte/emigratie/geboorte/immigratie en geeft aan welke prevalenties in 2020 regulier worden verwacht. 'Geen MHK' wordt hierbij gebruikt als afslagklasse (restklasse), om de landelijke verhouding uit iii te behouden.
 - vi. Vermenigvuldig de werkelijke prevalenties 2019 uit i. met de normbedragen 2019
 - vii. Vermenigvuldig de nieuwe prevalenties 2019 uit v. met de normbedragen 2019. Om de correctie budgetneutraal uit te voeren wordt klassenneutraliteit toegepast om per risicoklasse op het berekende bedrag uit vi. te komen.
 - viii. Bereken vervolgens het gewogen gemiddelde verschil tussen vi. en vii. per zorgverzekeraar, uitgedrukt in premie-equivalenten in 2019.
 - ix. De toe te wijzen correctie per zorgverzekeraar is het berekende bedrag uit viii. per premie-equivalenten in 2019.

N.B.: Bovenstaande werkwijze gaat ervan uit dat voor de reguliere sterfte/emigratie/geboorte/immigratie de patronen en ontwikkelingen in 2019 representatief zijn voor 2020 zonder de effecten van Corona.

* In 2019 zijn er geen ex postmaatregelen van toepassing. Dit is inclusief recalculatie van de vaste zorgkosten

** Tussen risicovereveningsmodel 2020 en risicovereveningsmodel 2019 hebben voor MHK en MVV geen modelwijzigingen plaatsgevonden

Berekeningswijze correcties voor prevalenties MHK & MVV voor 2020 (2/2)



Stap B – Correctie voor de verzekerdenmutatie per 1 januari 2020 – vergelijkbaar met variant A1b

Het resultaat in stap A wordt gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie op basis van de verzekerden die met kennisdatum van 1 maart 2020 aanwezig zijn bij zorgverzekeraars (zoals gebruikt bij de lanteherberekening 2020). Dit gaat zuiver om een correctie om de verzekerden in 2019 in te delen bij de zorgverzekeraar in 2020.

N.B.: De correctie in stap A is uitgevoerd op de verzekerden zoals ze in 2019 zijn verzekerd. Door deze werkwijze vindt er geen dubbel telling plaats met de correctie voor de verzekerdenmutatie.

Stap C – Correctie voor modelwijzigingen 2019-2020 – vergelijkbaar met variant A1b


Het resultaat uit stap B wordt gecorrigeerd voor de effecten van de modelwijzigingen per 2020. Dit gebeurt door de mutatie in de OT te bepalen en hiervoor het berekende vereveningsresultaat te corrigeren.

N.B.: Er zijn van 2019 naar 2020 geen modelwijzigingen geweest voor MHK en MVV.

Stap D – Aanvullende correcties voor buitenlandverzekerden en gewijzigde buitenlandpercentages – vergelijkbaar met variant A1b.

Zoals ook is opgenomen in variant A1b kan deze variant worden gecorrigeerd voor het meenemen van buitenlandverzekerden (seizoenarbeiders en grensarbeiders) bij het bepalen van het modeffect in stap C. Hetzelfde geldt voor de gewijzigde buitenlandpercentages. In deze stap zou de OT opnieuw doorgerekend worden.

Modelwijzigingen 2021 ten opzichte van 2020



	Kenmerk	Wijziging
Ex ante (XA)	DKGs	Groot onderhoud
	HKGs	Groot onderhoud
	FKG somatisch (EHKs)	Opname van 9 nieuwe geneesmiddelen, van 3 naar 4 clusters
Ex post (XP)	Macrona calculatie somatisch	Gedeeltelijke macrona calculatie 85%
	Prevalenties DKG	Prevalenties DKG o.b.v. t-2 incl. klassenneutraliteit
	Macrona calculatie GGZ	Gedeeltelijke macrona calculatie 85%
	Bandbreedteregeling GGZ	Bandbreedte rond het marktgemiddelde resultaat +/- €10, 90% herverdeling
	HKC GGZ	Drempelwaarde wordt (net als in 2020) zodanig vastgesteld dat de top-0,5% van GGZ-gebruikers in aanmerking komt voor HKC. Het vergoedingspercentage wijzigt van 75% naar 90%

Voorkeuren CRV op de 4 beslispunten



Uitvraag bij CRV (per verzekeraar): 7 respondenten met voorkeuren, 1 neutraal, 3 geen reactie

1. Welke deelbijdrage meenemen?

- ♦ 4 verzekeraars hebben voorkeur voor somatisch+ER, 3 kunnen zich vinden in de keuze voor alleen somatisch + ER, maar hebben liever incl. GGZ

2. Correctie voor MHK/MMV herhalen voor 2021?

- ♦ Alle verzekeraars geven de voorkeur aan niet opnieuw toepassen van deze correctie vanwege de onzekerheid over de 2020 gegevens. Het dupliceren van de correctie 2020 voor 2021 is te onnauwkeurig.
- ♦ De voorkeur gaat uit naar het alleen toepassen van de correctie voor 2020 en voor 2021 geen correcties te doen.

3. Keuze voor bandbreedte en herschatten

- ♦ 1 verzekeraar heeft de voorkeur om te herschatten, zonder bandbreedte of eventueel een gestaffelde bandbreedte
- ♦ 2 verzekeraars hebben de voorkeur voor een smalle bandbreedte
- ♦ 4 verzekeraars hebben de voorkeur voor een brede bandbreedte

4. Voorwaarde instellen voordat model in werking treedt

- ♦ Geen van de verzekeraars geeft de voorkeur aan het instellen van een voorwaarde

Uitvoerbaarheid toetsen en methodiek gedetailleerd uitwerken in stappenplan



Uitwerking van praktische uitvoerbaarheid in concreet gedetailleerd stappenplan was buiten scope van onze opdracht.

Wij stellen voor de **praktische uitvoerbaarheid van stap 2 en stap 4 nader uit te werken in een kernteam, in samenwerking met de TTP** (Zorginstituut Nederland en/ of andere partij).

In de uitwerking van stap 2 en stap 4 is gefocust op de conceptuele, technische uitwerking. Hierbij is een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, onder andere (niet uitputtend):

- ♦ Samenloop van art. 33 met stap 2 en stap 4: hoe grijpen deze onderdelen op elkaar in? Uitgangspunt in de regeling is om dubbel telling te voorkomen.
- ♦ De uitwerking van flankerend beleid in stap 2 en de samenloop van macrona calculatie en flankerend beleid in stap 4 van de reguliere definitieve uitvoering van de risicoverevening, in relatie hoe dit uitpakt binnen de bandbreedtemethodiek.
- ♦ De omgang met buitenlandverzekerden bij de correcties voor de representativiteit van variant A1b, met name bij de correctie voor prevalenties van MHK en MVV.
- ♦ Opnieuw doorrekening van de OT en de uitwerking van de absolute correctie voor de modelwijzigingen.
- ♦ Hoe de omgang met in- en uitstroom tussen de jaren uitpakt binnen de methodiek, met de gestelde aannames (e.g. bij een overdracht van portefeuilles van risicodragers of een nieuwe zorgverzekeraar op de markt).

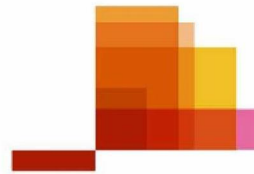
Het is wenselijk de praktische uitvoering van de regeling – **stap 1 t/m 4** – goed vooraf in kaart te hebben om in de details de regeling qua methodiek volledig vast te stellen en op papier te verantwoorden. Het is met name van belang om de samenloop tussen de verschillende stappen van de regeling goed scherp te hebben; bijvoorbeeld de samenloop van art. 33 in stap 1 en de herverdeling in stap 2 en 4 voor 2020 en 2021, respectievelijk.

Wij bevelen aan om de methodiek van stap 1 t/m 4 te toetsen door het uitvoeren van een **dry-run**. Deze dry-run kan mogelijk door Vektis worden uitgevoerd.

In de uitvoering bij individuele zorgverzekeraars is er ook aandacht gevraagd hoe om te gaan met de jaarrekening 2020 en jaarrekening 2021: in welk jaar worden welke kosten verantwoord? Dit is een apart aandachtspunt dat vraagt om afstemming in breder verband; bijvoorbeeld ook met accountants erbij.

EQUALIS

strategy & modeling



pwc