

Onderzoek evaluatie catastroferegeling

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerken 201865006.025.476 / A2400031108

23 mei 2024



Managementsamenvatting

Deze managementsamenvatting bevat op hoofdlijnen de belangrijkste inzichten uit deze rapportage, die aan de hand van de onderzoeksvragen worden gepresenteerd.

1. Beschrijf de historie en beoogde werking van de catastrofereregeling.

- Vanaf 17 november 2015 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Regeling zorgverzekering gewijzigd in verband met het opnemen van bepalingen omtrent de berekening, de administratie en de wijze van betaling van extra bijdragen in geval van catastrofes. Dit betreft Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet en heeft als doel de zorgverzekeraars te voorzien in een tegemoetkoming in de kosten van zorg of andere diensten ten gevolge van een catastrofe die de verzekeraar in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar tezamen moet dragen.
- De doelstelling van de catastrofereregeling is niet helder gedefinieerd. Wel wordt er in diverse stukken gesproken over het mitigeren van het risico dat buiten het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars gerekend kan worden, mede om daarmee ook een premiestijging voor verzekerden te voorkomen. Ook het verminderen van de kapitaalsvereisten voor zorgverzekeraars wordt als impliciete doelstelling benoemd. [\[5, 7\]](#)
- De catastrofereregeling lijkt een maatschappelijke norm te dienen om de stabiliteit van het zorgstelsel te versterken bij catastrofes. Dit is echter niet verder geëxpliciteerd in wetgeving.
- De regeling voorziet in een vergoeding van de extra schadelast (deels) als gevolg van een catastrofe (*catastrofeschedelast*) indien deze een drempel van 4% van de gemiddelde vereveningsbijdrage overschrijdt. Tussen een catastrofeschedelast van 4%-10% wordt 5/3^e van de extra kosten boven de drempelwaarde van 4% vergoed. Tussen 10% en 20% schadelast wordt 100% vergoed van alles boven 10% schadelast. Boven de 20% catastrofeschedelast vindt geen aanvullende vergoeding plaats. Deze aanvullende vergoeding is ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. [\[5, 24\]](#)

2. Hoe heeft de regeling in de praktijk gewerkt?

- Toen de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) op 11 maart 2020 COVID-19 tot een pandemie verklaarde, [\[9\]](#) trad de catastrofereregeling in werking. De catastrofereregeling fungeerde tijdens de COVID-19-pandemie in 2020 en 2021 als een aanvulling op de reguliere financierings- en verantwoordingsstroom tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het Zorgverzekeringsfonds.

- Veel partijen bleken niet (voldoende) op de hoogte te zijn van het bestaan en de werking van de catastrofereregeling ten tijde van de inwerkingtreding daarvan, na de pandemieverklaring van de WHO. Dit resulteerde in een zekere druk op de partijen bij hun inspanningen de werking van de catastrofereregeling te doorgronden en een correcte implementatie te bewerkstelligen. De grondslag van de regeling bleek niet exact genoeg geformuleerd en afgebakend voor eenduidige interpretatie, wat leidde tot complexiteit in de praktische uitvoering.
- De uitvoerende partijen hebben hun verantwoordelijkheid genomen en hebben samen de uitwerking van de catastrofereregeling aangepakt. Ze hebben verschillende werkgroepen opgericht, elk met een eigen doel en samenstelling, om de regeling zo goed mogelijk vorm te geven:
 - Het inzicht in kosten voor het ramen van de COVID-19-kosten in de Zwv.
 - De registratie en verantwoording voor afspraken tussen zorgverzekeraars en -aanbieders.
 - De administratie voor afspraken over verantwoording.
 - Het verenigen van de risicoverevening en catastrofereregeling in een uitvoerbaar beleid.

Veruit de meerderheid van de partijen die KPMG heeft geïnterviewd, geeft aan positief terug te kijken op de onderlinge samenwerking en de (aangehaalde) contacten in de hectische periode om de COVID-19-pandemie het hoofd te bieden.

- Om de voor de catastrofereregeling in aanmerking komende kosten op uniforme wijze te beoordelen is een toetsingscommissie gevormd bestaande uit een gevarieerd team van experts. De toetsingscommissie heeft op basis van een zorgvuldig uitgewerkt raamwerk de COVID-19-gerelateerde kosten geïdentificeerd, welke in september 2022 officieel zijn geaccepteerd. [\[22\]](#) Desalniettemin was het onderscheid tussen reguliere kosten en COVID-19-kosten bij aanvang van de pandemie om uiteenlopende redenen niet eenvoudig te maken. Nagenoeg alle geïnterviewde partijen geven aan dat dit resulteerde in een aanzienlijke administratieve last voor diverse uitvoerende partijen zoals Zorginstituut Nederland (ZIN), zorgverzekeraars en zorgaanbieders, conform de geldende verantwoordingseisen in wet- en regelgeving. Een andere afweging tussen precisie en pragmatisme, in het proces om kosten te onderscheiden was, achteraf bezien, wenselijk geweest.

Managementsamenvatting

- De in de regeling vastgelegde drempelwaarden (4%, 10%, 20%) en rekenregels (bijvoorbeeld de 5/3-regel tussen 4% en 10% overschrijding van kosten) waren niet optimaal en resulteerden in ongewenste prikkelwerking en een door verzekeraars ervaren ongelijk speelveld. In reactie hierop hebben de verzekeraars op eigen initiatief twee private regelingen gecreëerd, de solidariteitsregelingen in 2020 en 2021, met als doel een scheve concurrentieverhouding tussen verzekeraars te voorkomen. Vanwege concurrentieoverwegingen is de markttoezichthouder, de Autoriteit Consument en Markt (ACM), ook betrokken bij deze samenwerking. De ACM heeft de inzet en uitvoering van de private regelingen goedgekeurd. [12, 19] De zorgverzekeraars hebben daarnaast in mei 2020 de continuïteitsbijdrage geïntroduceerd om de financiële stabiliteit van zorgaanbieders te waarborgen. [23]
- Sommige partijen hebben opgemerkt dat de catastroferegeling oorspronkelijk was ontworpen met een lokale of regionale catastrofe in gedachten, en geen rekening houdende met een pandemie.
- Tijdens de COVID-19-pandemie zorgden de grenswaarden, vanwege de landelijke aard van de catastrofe, echter voor verstoring van de zorgverzekeringsmarkt. Er werd geen rekening gehouden met uitval en afschaling van zorg, de daling in zorgkosten die hiermee gepaard gaan, en/of de noodzakelijkheid van een continuïteitsbijdrage om zorgaanbieders overeind te houden ten behoeve van de continuïteit van de zorg na de catastrofe.

3. Heeft de regeling het doel bereikt en wat heeft dat 'gekost'?

- Diverse partijen geven aan dat de catastroferegeling positief heeft bijgedragen aan de continuïteit van de zorg en dat de geboden zekerheid solidariteit heeft bevorderd. Met name was het belangrijk dat vanaf het begin van de pandemie duidelijk was dat de catastroferegeling beschermde tegen grote negatieve financiële gevolgen van de catastrofe (tot de drempelwaarde van 20%) voor zorgverzekeraars. Indien deze bescherming niet aanwezig was geweest, dan had dit ook negatieve gevolgen kunnen hebben op de onderlinge solidariteit.
- Achteraf bezien en na (gedeeltelijke) uitbetaling van de catastrofebijdragen, hebben zorgverzekeraars niet of nauwelijks financiële last ondervonden van de extra kosten, en zijn zij niet in financiële moeilijkheden gekomen, doordat de catastroferegeling in werking is getreden. Hiermee is een belangrijke doelstelling van de catastroferegeling behaald. De regeling wordt breed ervaren als een noodzakelijk instrument om de financiële stabiliteit van onder andere

zorgverzekeraars (en als gevolg, de verzekerden) te borgen binnen het zorgstelsel.

- Enkele partijen vragen zich af of de catastrofekosten meer gedragen hadden kunnen worden door de eigen reserves van zorgverzekeraars, onder voorwaarde dat de kosten voor elke zorgverzekeraar naar evenredigheid gelijk zijn. Dit beeld wordt gevoed door de indruk dat sommige verzekeraars, mede als gevolg van de catastroferegeling, een positief financieel resultaat hebben behaald in 2020 en 2021. Dit positieve financiële resultaat is deels het gevolg geweest van de zorguitval (en daardoor minder kosten) tijdens COVID-19 en vooral ingezet om de premie(-stijgingen) te dempen in daaropvolgende jaren.
- Het doorgronden van de werking van de catastroferegeling (waaronder de effecten van de drempelwaarden) is door veel betrokken partijen als complex ervaren. In de kern werd deze complexiteit veroorzaakt door de definitie van de catastrofeschadelast en welke kosten konden worden aangemerkt uit hoofde van de pandemie. Het definiëren en later ook herleidbaar registreren hiervan hebben voor enkele partijen (waaronder zorgverleners) tot een sterke toename in de administratieve lasten geleid. Daarnaast zou enige flexibiliteit ten aanzien van in de regeling vastgelegde elementen (zoals drempelwaarden en tijdsduur van de regeling) de uitvoering kunnen hebben bevorderd. Daar staat tegenover dat de huidige regeling een vorm van stabiliteit en zekerheid heeft geboden in de beginfase van deze pandemie.
- Ook de toepassing van de catastroferegeling is door veel partijen als complex en tijdrovend ervaren.
- Aangegeven is dat de catastroferegeling in werking treedt in geval van een pandemie. Sommige partijen geven aan dat dit voor overige catastrofes minder duidelijk is vastgelegd. Diverse partijen geven aan dat deze verantwoordelijkheid explicieter kan worden belegd.
- Door de aard van de catastrofe was ook sprake van substitutie van zorg, waardoor naast stijging van COVID-19-gerelateerde kosten er ook sprake was van zogenaamde minderkosten als gevolg van zorguitval. Deze minderkosten zijn niet meegenomen in de regeling. Wanneer de regeling een mechanisme had bevat waardoor dit wel mogelijk zou zijn, had dat enerzijds de administratieve last kunnen verminderen en anderzijds een eerlijker verdeling van kostencompensatie onder de zorgverzekeraars kunnen borgen. Nagenoeg alle partijen geven aan dat het exact definiëren en administreren van minderkosten niet mogelijk zal zijn in de praktijk. Mogelijk kan wel worden gekeken naar de totale gevolgen op de Zvw-kosten.

Managementsamenvatting

- In 2021 is – naast de catastroferegeling – macronaïcalculatie ingevoerd binnen de risicoverevening. [11] Deze invoering wordt door vele partijen als logisch beschouwd, omdat het enerzijds zekerheid bood en anderzijds rekening werd gehouden met de uitgevallen zorg en bijbehorende lagere kosten. Hierdoor is de indruk dat het totaalpakket aan regelingen beter functioneerde.
- De combinatie van enerzijds de catastroferegeling en anderzijds de voor Nederlandse basiszorgverzekeraars specifieke Solvency II-parameters (HRES parameters) hebben de kapitaalsvereisten aanzienlijk verlaagd, waardoor het doel om te voorkomen dat het (mede) financieren van toegenomen kapitaalsvereisten door premiestijgingen behaald is.

4. Wat zijn de voorstellen voor nadere duiding of aanpassing van de catastroferegeling?

Op basis van de (in de interviews genoemde) verbeter- en aandachtspunten zijn een viertal mogelijke oplossingsrichtingen geformuleerd, welke allen niet juridisch zijn getoetst. Deze zijn op hoofdlijnen als volgt:

1. Catastroferegeling verbeteren in de huidige vorm, waarmee wordt gekozen voor een vorm die door de kennis en ervaring van de COVID-19-pandemie bekend is bij de betrokken partijen maar wordt aangepast op de volgende punten:
 - De rekenregels ten aanzien van de drempelwaarden worden aangepast, zowel wat betreft de grenswaarden als de relatie tussen schadelast en uitkering.
 - Verruiming van enkele restrictieve eigenschappen, zoals de duur van de catastroferegeling.

Met deze oplossingsrichting worden de grootste knelpunten in de financiering weggenomen, terwijl de regeling niet ingrijpend aangepast hoeft te worden. Met de beperkte aanpassingen blijft zowel de administratieve last als de uitvoeringscomplexiteit wel bestaan, en wordt ook op de samenhang met de risicoverevening niet nader ingespeeld.

2. Aanpassing van de risicoverevening achteraf, waarmee wordt gekozen voor het retrospectief aanpassen van de risicoverevening tijdens een catastrofe, zoals het introduceren van ex-postmaatregelen tijdens een lopend jaar (in de beginfase van een catastrofe). Hiermee wordt het financiële risico gereduceerd.
 - Door de catastroferegeling vorm te geven als instrument in de risicoverevening, verloopt het samenspel met de reguliere kosten zuiverder.

- Er bestaat vrijheid in de precieze vormgeving van de ex-postmaatregelen.
- Afstemming met alle betrokken partijen zal plaats moeten vinden voor draagvlak en uitvoerbaarheid.

Met deze oplossingsrichting worden flexibiliteit en wendbaarheid vergroot. Daarnaast kan de samenhang met de risicoverevening expliciet worden vormgegeven, en wordt het risico op oneigenlijke uitbetaling verkleind. Echter, door herintroductie van ex-postmaatregelen is het mogelijk dat doelmatigheidsprykkels uiteindelijk worden verminderd. Ook zal initieel veel afstemming moeten plaatsvinden over de vormgeving, waarvan ook de uitvoeringscomplexiteit en administratieve lasten afhankelijk zullen zijn, en wordt weinig zekerheid vooraf geboden.

Ten slotte moet een aanpassing in deze oplossingsrichting ook in bredere Solvency II-context geëvalueerd worden, in verband met wettelijke kapitaalseisen waaraan verzekeraars moeten voldoen. Mogelijk biedt deze oplossingsrichting onvoldoende zekerheid voor kapitaalsreductie.

3. Macronaïcalculatie plus bandbreedteregeling, treden in werking na een catastrofe. Hiermee wordt eveneens gekozen voor een ex-postmaatregel, maar deze is van tevoren vastgelegd en treedt alleen in werking door een catastrofe. Dit is in de vorm van macronaïcalculatie en een bandbreedteregeling. Hierdoor wordt zowel het totale financiële effect van de catastrofe gecorrigeerd, als ook de financiële situatie van individuele verzekeraars.
 - Door de catastroferegeling vorm te geven als instrument in de risicoverevening, verloopt het samenspel met de reguliere kosten zuiverder.
 - De macronaïcalculatie en de bandbreedteregeling worden van tevoren vormgegeven in de (nader te bepalen) wet- en regelgeving.
 - Door het introduceren van de macronaïcalculatie wordt rekening gehouden met de gewijzigde landelijke kosten als gevolg van de catastrofe. Hiermee is het, op totaalniveau, niet meer noodzakelijk om de catastrofeschadelast te definiëren. Mogelijk dat op elementen wel aanvullende verantwoording noodzakelijk is, afhankelijk van de catastrofe.
 - De (een- of tweezijdige) bandbreedteregeling beschermt individuele verzekeraars indien zij bovenmatig geraakt worden door de catastrofe, en vice versa indien zij weinig tot geen extra schadelast hebben. Op deze manier wordt de catastrofeschadelast vergoed voor de zorgverzekeraars die hier het meest door geraakt worden.

Managementsamenvatting

Met deze oplossingsrichting worden administratieve lasten verminderd en wordt de uitvoerbaarheid verbeterd. Excessieve gevallen worden gecompenseerd, en er bestaat vooraf duidelijkheid over het te hanteren mechanisme. Onderscheid tussen een regionale en een landelijke catastrofe kan worden gemaakt, waarbij in het eerste geval mogelijk alleen een bandbreedteregeling volstaat. Net als bij oplossingsrichting 2 worden doelmatigheidsprikkelers verminderd. Daarnaast moet ook een aanpassing in deze oplossingsrichting in bredere Solvency II-context geëvalueerd worden in verband met wettelijke kapitaalseisen waaraan verzekeraars moeten voldoen. De effectiviteit van de maatregelen hangt af van de gekozen vormgeving van deze maatregelen, zoals de breedte van de bandbreedteregeling.

4. Herverzekeringscontracten, waarmee gekozen zou worden voor het volledig loslaten van de catastroferegeling. Hierdoor zullen zorgverzekeraars zelf het risico moeten dragen, of dit moeten herverzekeren bij andere (internationale) partijen. Herverzekeringscontracten zijn in de reguliere verzekeringsmarkt een bekend mechanisme, maar (nog) niet binnen de zorgverzekeringsmarkt.
 - De catastroferegeling in de wet wordt volledig losgelaten. De overheid biedt geen garanties meer in het geval van een catastrofe aan de zorgverzekeraars.
 - Zorgverzekeraars kunnen zelf hun risicobereidheid bepalen op dit vlak.
 - Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht naar hun polishouders, waardoor de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft. Een herverzekering dekt ook het catastroferisico indien de zorgverzekeraar daar zelf niet meer toe in staat zou zijn.

Met deze oplossingsrichting worden de kosten door de (her)verzekeraars zelf gedragen. Een keerzijde hiervan is dat eventueel benodigde aanvullende kapitalisatie via premies bij de polishouder opgehaald moet worden, en dat het gelijke speelveld en de onderlinge solidariteit mogelijk meer onder druk komen te staan. Doordat sommige verzekeraars moeilijker aan een herverzekeringscontract kunnen komen en dit voor aanvullende uitvoeringslast (en bijbehorende kosten) kan zorgen, kan dit tot een hoger premiebedrag leiden. Hierdoor komt de concurrentiepositie mogelijk in het geding.



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

1	Introductie en scoping, aanleiding en achtergrond	8
2	Onderzoeksopzet	11
3	Deelvragen	15
3.1	Wat is de historie en beoogde werking van de catastrofereregeling?	16
3.2	Hoe heeft de regeling in de praktijk gewerkt?	19
3.3	Heeft de regeling het doel bereikt en wat heeft dat 'gekost'?	38
3.4	Welke voorstellen voor nadere duiding of aanpassing van de catastrofereregeling zijn er?	50
4	Conclusie	59
	Bijlagen	62





1

Introductie en scoping, aanleiding en achtergrond

Introductie en scoping

Introductie van het onderzoek

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Directie Zorgverzekeringen, heeft KPMG een evaluatie naar de catastroferegeling uitgevoerd. Aanleiding is de COVID-19-pandemie, waardoor de catastroferegeling (Artikel 33 in de Zorgverzekeringswet) voor het eerst in werking is getreden. VWS heeft de volgende onderzoeksvragen opgesteld, welke zijn onderzocht en uitgewerkt:

1. Beschrijf de historie, het doel en beoogde werking van de catastroferegeling.
2. Hoe heeft de regeling in de praktijk gewerkt?
3. Heeft de regeling het doel bereikt en wat heeft dat 'gekost'?
4. Voorstellen voor nadere duiding of aanpassing van de catastroferegeling.

Scope van het onderzoek en deze rapportage

Deze rapportage bevat de uitkomsten van het door KPMG uitgevoerde onderzoek. Hierin worden inzichten uit de documenten, evenals de gevoerde interviews gebundeld weergegeven. Waar mogelijk wordt aangegeven of partijen eensgezind zijn in hun mening, maar hierbij wordt in ogenschouw genomen dat opinies niet herleidbaar zijn naar individuele partijen. In het rapport zal, waar mogelijk, worden aangegeven hoeveel partijen een bepaalde opinie delen door op te schrijven of het om enkele partijen of meerdere (vele) partijen gaat.

Indien mogelijk is gebruikgemaakt van publiek beschikbare documentatie. De beschikbare documentatie en bronnen zijn in bijlage 3 weergegeven.

In de beantwoording van de onderzoeksvragen 3 en 4 is input van diverse stakeholders verzameld door middel van afgenomen interviews met behulp van de voor dit onderzoek opgestelde interviewleidraad en het toetsingskader. Het toetsingskader geeft handvatten voor de diverse verbeterrichtingen, en moet worden gezien als een middel om toekomstige verbeteringen te identificeren en te groeperen.

Zowel het uitgevoerde onderzoek als deze rapportage ziet hoofdzakelijk toe op de catastroferegeling zoals deze is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Ten tijde van de COVID-19-pandemie zijn diverse aanvullende regelingen getroffen tussen partijen. Dit betreft private regelingen tussen zorgverzekeraars onderling en private regelingen tussen zorgverzekeraars en

zorgverleners. Waar relevant zijn deze regelingen door KPMG in ogenschouw genomen ten behoeve van de evaluatie van de catastroferegeling, maar zijn de private regelingen zelf geen onderdeel van de scope van dit onderzoek en de rapportage.

In de evaluatie van de catastroferegeling zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet betreft KPMG expliciet niet de samenwerking of de wisselwerking met andere zorgstelsels in de Nederlandse context, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Alleen de geleverde zorg uit hoofde van de Zorgverzekeringswet is in ogenschouw genomen in dit onderzoek, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen de diverse zorgsectoren, maar wordt gekeken naar de Zorgverzekeringswet als geheel.

Aanleiding en achtergrond

Aanleiding

De uitbraak van de COVID-19-pandemie in 2020 was de eerste toepassing van de catastroferegeling. De catastroferegeling, zoals vastgelegd in Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet (Zvw), omvat de toekenning van een extra bijdrage aan zorgverzekeraars in het geval van aanzienlijke zorgkosten als gevolg van een catastrofe. Onder een catastrofe vallen natuurrampen, pandemieën, kernexplosies, of andere buitengewone gebeurtenissen die door een ministeriële regeling kunnen worden aangewezen. [1]

Sinds november 2015 zijn er specifieke bepalingen opgenomen in de Regeling zorgverzekering met betrekking tot de berekening, administratie en betaling van extra bijdragen bij catastrofes. [24] De toepassing van de catastroferegeling biedt zorgverzekeraars vooraf zekerheid dat financiële gevolgen van een catastrofe door de overheid worden verzacht. Dat resulteert in een lagere solvabiliteitskapitaalvereiste en een minder grote stijging van de premies voor verzekerden in vergelijking met de theoretische situatie zonder catastroferegeling.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft op 11 maart 2020 de infectieziekte COVID-19 uitgeroepen tot een pandemie [9] en activeerde hiermee ook de catastroferegeling volgens Artikel 33 Zvw. Zorgverzekeraars konden nu een extra bijdrage ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds voor kosten gerelateerd aan de pandemie, bovenop de al toegekende vereveningsbijdrage. De Regeling zorgverzekering is hierbij aangepast om de uitvoering van de catastroferegeling te kunnen optimaliseren [13].

Per 1 januari 2022 is de catastroferegeling voor de vergoeding van COVID-19-kosten van rechtswege geëindigd. De definitieve afwikkeling van de catastroferegeling met betrekking tot COVID-19 loopt naar verwachting door tot medio 2025. Gezien de verwachting van het ministerie van VWS dat er geen significante nieuwe inzichten zullen ontstaan tussen begin 2024 en de definitieve afwikkeling, is besloten om vooruitlopend op de definitieve afwikkeling een evaluatie in 2024 uit te voeren naar de effectiviteit en impact van de catastroferegeling tijdens de coronapandemie.

Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om vast te stellen of de catastroferegeling naar behoren heeft gewerkt en of er kansrijke verbeteringen zijn om de catastroferegeling verder vorm te geven. Hierbij ligt de focus op de werking van de catastroferegeling tijdens de coronapandemie, maar er wordt ook aandacht besteed aan de toegevoegde waarde van de regeling vóór deze pandemie.

Het is dan ook van belang dat het onderzoek zich richt op de meest relevante positieve aspecten, complicaties en verbeteringen van de catastroferegeling. De opdrachtgever heeft vier deelvragen geformuleerd met als uiteindelijk doel duidelijkheid te verschaffen of de catastroferegeling heeft voldaan aan het beoogde doel en zo niet, of er kansrijke verbeteringen zijn om de catastroferegeling nader vorm te geven.

De vier deelvragen zijn als volgt:

1. Wat is de historie, het doel en beoogde werking van de catastroferegeling?
In deze deelvraag wordt de historie, het doel en de werking van de catastroferegeling beknopt beschreven, gebruikmakende van bestaande wet- en regelgeving.
2. Hoe heeft de regeling in de praktijk gewerkt?
In deze deelvraag wordt nader ingegaan op de praktische werking van de catastroferegeling. De nadere invulling van de regeling wordt besproken en een bijbehorende tijdslijn wordt hierbij opgesteld. Tevens worden de verwachte kosten ten gevolge van de catastrofe en het vooralsnog uitgekeerde bedrag geanalyseerd. Hiernaast worden de overlegstructuur en de keuze van zorgverzekeraars voor een private regeling naast de catastroferegeling beschreven.
3. Heeft de regeling het doel bereikt en wat heeft dat 'gekost'?
In deze deelvraag wordt gekeken naar de effecten van de catastroferegeling tijdens de COVID-19-pandemie. Hierbij wordt de focus gelegd op zowel beleidsmatige en uitvoeringsaspecten als financiële aspecten. Hiernaast gaan wij in op overige positieve en/of negatieve aspecten en kijken wij naar de algemene noodzakelijkheid van de regeling. Voor het beantwoorden van de vraag zijn interviews afgenomen met belanghebbende partijen en is een toetsingskader opgesteld.
4. Welke voorstellen voor nadere duiding of aanpassing van de catastroferegeling zijn er?
In deze deelvraag gaan wij in op gebieden van verbetering voor de catastroferegeling en geven wij bijbehorende suggesties voor eventuele aanpassingen en/of verbeteringen. Ook bespreken wij de verwachte effecten van deze verbeteringen.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een korte omschrijving van de aanpak en methoden van dit onderzoek. Achtereenvolgens wordt in hoofdstuk 3 antwoord gegeven op de vier deelvragen. Tot slot wordt in hoofdstuk 4 een conclusie weergegeven.



2

Onderzoeksopzet

De evaluatie van het doel en aanverwante criteria van de catastrofereregeling zijn middels een toetsingskader beoordeeld

Om vast te stellen of de catastrofereregeling naar behoren heeft gewerkt en of er kansrijke verbeteringen zijn om de catastrofereregeling verder vorm te geven, heeft KPMG de evaluatie van de catastrofereregeling in fasen opgedeeld, waarmee een antwoord geformuleerd kan worden op de vier deelvragen. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet van de evaluatie toegelicht, die bestaat uit:

- het opstellen van de tijdslijn met totstandkoming en uitvoering van de regeling;
- het vormgeven van het toetsingskader met beoordelingscriteria;
- het voorbereiden en afnemen van interviews;
- tussentijdse afstemmingen met de opdrachtgever en de klankbordgroep;
- het uitvoeren van een analyse op basis van beschikbaar gestelde data ten behoeve van de voorlopige vaststelling van de catastrofebijdrage;
- het opstellen van de finale rapportage;

Het opstellen van de tijdslijn met totstandkoming en uitvoering van de regeling

Ter beantwoording van deelvragen 1 en 2 wordt op basis van bestaande wet- en regelgeving de historische totstandkoming en het beoogde doel van de regeling, de inwerkingtreding van de regeling kort na uitbraak van de COVID-19-pandemie, het verloop van de inwerkingtreding en de uiteindelijke rechtelijke beëindiging geschetst. De toekomstige tijdslijn loopt tot de volledige afhandeling van de regeling medio 2025, waarin de toekomstige vaststellingen en door geïnterviewde partijen benoemde mijlpalen zijn opgenomen.

In hoofdstuk 3.2 *Invulling van de catastrofereregeling* wordt de tijdslijn met de totstandkoming en uitvoering van de regeling nader uitgewerkt.

Het vormgeven van het toetsingskader met beoordelingscriteria

Het toetsingskader is een hulpmiddel om de verschillende inzichten over de catastrofereregeling te bundelen en gestructureerd te presenteren. Dit toetsingskader is specifiek opgesteld voor dit onderzoek ten behoeve van de beoordeling van de werking van de catastrofereregeling tijdens de COVID-19-pandemie. Het toetsingskader dient als basis voor de interviewleidraden waarin de criteria van het toetsingskader impliciet en expliciet getoetst worden bij de betrokken partijen, door

hen te vragen naar nadere toelichting op de mate van naleving van elk criterium in de praktijk en eventuele aanpassingen aan de catastrofereregeling.

Het toetsingskader bestaat uit twee verschillende assen. Op de horizontale as zijn drie onderwerpen weergegeven die helpen bij het toetsen op de verschillende criteria.

- **Werkelijkheid:** welke effecten zijn in de praktijk gezien?
- **Congruentie:** in hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?
- **Aanpassingen:** zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?

Op de verticale as van het toetsingskader zijn de acht criteria weergegeven waarop de werking van de catastrofereregeling getoetst is. Deze criteria zijn geselecteerd als cruciale pijlers voor het beoordelen van de effectiviteit en werking van de catastrofereregeling en betreffen het volgende:

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid	Congruentie	Aanpassingen
Bieden van zekerheid en stabiliteit			
Aanmoedigen van solidariteit			
Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen			
Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid			
Waarborgen van gelijk speelveld			
Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling			
Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid			
Reduceren van kapitaalvereisten			

Bieden van zekerheid en stabiliteit

Dit criterium betreft de uitwerking van de catastrofereregeling op het zorgstelsel. Hierbij dient de regeling het financiële risico voor zorgverzekeraars te verminderen en een eerlijke verdeling van kosten onder zorgverzekeraars te waarborgen teneinde de zorg (continuïteit) te borgen.

De catastrofereregeling is op acht criteria beoordeeld middels interviews en literatuuronderzoek

Aanmoedigen van solidariteit

Dit criterium betreft de uitwerking van de catastrofereregeling op het bevorderen van samenwerking tussen zorgverzekeraars naar aanleiding van gemaakte kosten door een catastrofe, en dat dit de continuïteit van de zorg niet belemmert als gevolg van onbedoeld ontstane prikkels voor concurrentie op kosten.

Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen

Dit criterium betreft de mate waarin onverwachte kosten als gevolg van een catastrofe gecompenseerd zijn, mede omdat de catastrofereregeling beoogt het risico op een premiestijging als gevolg van een catastrofe (risico) te mitigeren. [7]

Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid

Dit criterium beoordeelt of ten tijde van een catastrofe de catastrofereregeling zonder onnodige vertraging of onduidelijkheid als gevolg van complexe procedures of verspreiding van verantwoordelijkheden uitgevoerd kan worden. Tijdens periodes van een catastrofe is er een grote behoefte aan een acute respons en de onmiddellijke implementatie van essentiële beleidsrichtlijnen of het beschikbaar stellen van financiële middelen. Hierbij is een eenvoudige en snelle uitvoering cruciaal.

Waarborgen van gelijk speelveld

Dit criterium beoordeelt de eventuele verstoring van concurrentieverhoudingen tussen zorgverzekeraars. Bij aanvang van de COVID-19-pandemie zijn zorgverzekeraars in sommige regio's zwaarder getroffen door hogere COVID-19-kosten. Zonder regeling kan dit leiden tot een ongelijke verdeling van de COVID-19-kosten, waarmee indirect de concurrentieverhoudingen en daarmee het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars verstoord kunnen worden.

Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling

Dit criterium beoordeelt het rechtmatig vergoeden van gemaakte kosten ten tijde van een catastrofe. Bij de uitkering van de catastrofereregeling is het van cruciaal belang dat zorgverzekeraars ontvangen wat hen verschuldigd is op basis van transparante en eerlijke kostenberekeningen. Het vertrouwen in de zorgsector dat oneigenlijke uitbetalingen voorkomen worden en dat vergoedingen rechtmatig verkregen zijn is essentieel.

Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid

Dit criterium beoordeelt het vermogen om de catastrofereregeling aan te passen aan (onvoorziene) ontwikkelingen gedurende de catastrofe en de mate waarin de invulling en werking van de catastrofereregeling helder was voor alle betrokken partijen.

Reduceren van kapitaalvereisten

Dit criterium beoordeelt de werking van de reductie van de kapitaalvereisten onder Solvency II, het Europese kader voor verzekeraars. Het risicokapitaal voor catastrofes is verlaagd als gevolg van de catastrofereregeling.

In hoofdstuk 3.3 wordt de totstandkoming van het toetsingskader en bijbehorende criteria nader toegelicht, alsmede het ingevulde toetsingskader en de daaruit voortkomende observaties.

Het voorbereiden en afnemen van interviews

Op basis van de vier deelvragen en het toetsingskader is een uitgebreide interviewleidraad opgesteld, die met de achttien geïnterviewde partijen is gedeeld. Onder de geïnterviewden bevinden zich personen op zowel technisch als bestuurlijk niveau vanuit onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), diverse individuele zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland (ZIN), en De Nederlandsche Bank (DNB). Een volledig overzicht van de geïnterviewde partijen is te vinden in bijlage 2.

De interviews schetsen een overkoepelend beeld van hoe verschillende partijen de catastrofereregeling zien en welke verbeterpunten zij identificeren. De leidraad is in het bijzonder toegespitst op de volgende aan de deelvragen gerelateerde punten:

1. De praktische werking van de catastrofereregeling.
2. De mate waarin de catastrofereregeling haar doelen heeft bereikt.
3. De identificatie van verbeterpunten voor een geoptimaliseerde werking van de catastrofereregeling.
4. Het toetsingskader.

De volledige interviewleidraad is te vinden in bijlage 5.

Observaties en rapportages zijn continu getoetst met de opdrachtgever en klankbordgroep

Tussentijdse afstemming met de opdrachtgever en de klankbordgroep

Tijdens de uitvoering van de evaluatie heeft meermaals afstemming met de opdrachtgever en klankbordgroep plaatsgevonden, waaronder:

- de kick-off bij aanvang van de evaluatie;
- tussentijdse validatie van het ingevulde toetsingskader op basis van de afgenomen interviews; en
- na het opleveren van de conceptrapportage wordt teneinde de laatste benodigde aanscherpingen op te halen.

Gedurende het verloop van de evaluatie hebben de projectleider van KPMG en de contactpersoon van de opdrachtgever iedere twee weken overleg gehad.

Het uitvoeren van een analyse op basis van beschikbaar gestelde data ten behoeve van de voorlopige vaststelling van de catastrofebijdrage

Als onderdeel van de evaluatie zijn op basis van data gedeeld door Zorginstituut Nederland inzichten in de voorlopige vaststelling van de catastrofebijdragen opgedaan, waarbij de focus ligt op de (overschrijding van) drempelwaarden. De voorlopige vaststelling betreft de catastrofebijdrage die de verzekeraars op basis van huidige inzichten hebben of nog gaan ontvangen. De data onderliggend aan deze analyse is op basis van gegevens aangeleverd door de verzekeraars eind 2021.

Het opstellen van de finale rapportage

De vier deelvragen worden na afronding van de hiervoor genoemde werkzaamheden samengebracht in een finale rapportage, welke voor u ligt.



3

Deelvragen

Deelvraag 1

Bij de beantwoording van deelvraag 1 wordt de historie, het doel en de werking van de catastroferegeling beknopt beschreven, gebruikmakende van bestaande wet- en regelgeving.

De catastrofereregeling kent een extra bijdrage toe aan zorgverzekeraars ten tijde van een catastrofe

In de beantwoording van deelvraag 1 wordt de historie van de catastrofereregeling beschreven. Met behulp van bestaande wet- en regelgeving wordt ingegaan op het Nederlandse zorgstelsel, de Zorgverzekeringswet (Zvw), het doel van de catastrofereregeling en de reden van het bestaan van de regeling. Tevens wordt de werking van de catastrofereregeling beschreven.

Het Nederlands zorgstelsel

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op het principe van gereguleerde concurrentie. Sociaal verplichte ziektekostenverzekeringen, vastgesteld in de Zvw in 2006 [4], worden aangeboden door concurrerende private, risicodragende zorgverzekeraars die onderling contracten onderhandelen met concurrerende zorgaanbieders aangaande de prijs, hoeveelheid en kwaliteit van zorg. Een belangrijk uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet is dat zorgverzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren als polishouder, ongeacht de staat van hun gezondheid, in de vorm van een basisverzekering. Tevens mag de persoonlijke situatie van de verzekerde, zoals leeftijd of inkomen, geen invloed hebben op de hoogte van de premie.

Om eerlijke concurrentie te bevorderen en prikkels voor risicoselectie tegen te gaan, bestaat een systeem van risicoverevening om verzekeraars te compenseren voor verschillen in de verwachte kosten van verzekerden. Dit is in de vorm van een jaarlijkse bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Deze bijdrage is aangepast aan het risicoprofiel van hun verzekerden en voorkomt dat verzekeraars met risicovollere populaties hogere premies moeten vragen. De bijdrage bestaat voornamelijk uit een vooraf bepaald bedrag (ex-ante). Dit bedrag wordt door de ex-postmechanismen aangepast. Sinds 2012 zijn ex-postmechanismen grotendeels uitgefaseerd om zorgverzekeraars aan te moedigen om kostenbeheersing en kwalitatieve zorginkoop te verbeteren.

Sinds 2017 zijn zorgverzekeraars vrijwel volledig risicodragend voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, met enkele correcties achteraf, om ervoor te zorgen dat verzekeraars niet benadeeld worden door onvoorziene kostenverschillen. Dit beleid ondersteunt een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en moedigt hen aan zich te onderscheiden op basis van zorginkoop en efficiëntie, in plaats van risicoselectie. [1]

Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet

In geval van een uitzonderlijke gebeurtenis zoals een kernexplosie, natuurramp of andere onvoorziene omstandigheden die buiten het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars vallen,

kunnen er na het begin van het kalenderjaar middelen beschikbaar worden gesteld voor bijdragen aan één of meerdere zorgverzekeraars, volgens een ministeriële regeling. Het Zorginstituut Nederland (ZIN, voorheen het *College voor zorgverzekeringen*) is verantwoordelijk voor het toekennen van deze bijdragen aan de zorgverzekeraars die door de ministeriële regeling zijn aangewezen. Tevens worden er bij deze regeling regels vastgesteld voor de berekening van de bijdragen en wordt geregeld hoe deze bijdragen vervolgens door Zorginstituut Nederland worden uitbetaald. Deze regeling is weergegeven in Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

Ten tijde van de invoering van de Zorgverzekeringswet was er reeds een vorm van een catastrofereregeling opgenomen. Deze regeling is in de huidige vorm ingevoerd per 27 november 2015 nadat in het vereveningsjaar 2012 de zogenoemde 'macronacalculatie' in de risicoverevening werd afgeschaft in samenhang met de invoering van Solvency II. Hierdoor worden onverwachte kosten niet meer automatisch opgenomen bij de in Artikel 34 van de Zvw geregelde vaststelling van de vereveningsbijdrage over dat jaar. [7] Indien compensatie voor onverwachte (extra) kosten ten gevolge van een buitengewone gebeurtenis gewenst is, wordt nu de regeling voor een extra bijdrage in Artikel 33 van de Zvw gebruikt. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars continuïteit in brede zin blijven waarborgen.

Inwerkingtreding van de catastrofereregeling

Op 17 november 2015 heeft de minister van VWS de Regeling zorgverzekering gewijzigd in verband met het opnemen van bepalingen omtrent de berekening, de administratie en de wijze van betaling van extra bijdragen in geval van catastrofes. Deze regeling staat bekend als de catastrofereregeling. De term *catastrofe* is expliciet toegevoegd aan Artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet en wordt gedefinieerd als een natuurramp (bijvoorbeeld een storm, overstroming en aardbeving), pandemie of een kernexplosie. Een andere buitengewone gebeurtenis geldt ook als catastrofe indien VWS deze bij ministeriële regeling als zodanig aanwijst.

Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet stelt nu dat bij een catastrofe, het Zorginstituut een extra bijdrage kan toekennen aan zorgverzekeraars die daar een verzoek voor indienen indien hun zorgkosten ten gevolge van de gebeurtenis significant hoger zijn dan bij de toekenning van de verwachte vereveningsbijdragen.

Drempelwaarden helpen bij het vaststellen van de extra bijdrage vanuit het Zorgverzekeringsfonds

De doelstelling van (de aanpassing van) de catastroferegeling is niet helder gedefinieerd. Daarentegen wordt er in diverse stukken gesproken over het mitigeren van het risico dat buiten het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars gerekend kan worden, mede om daarmee een uiteindelijke premiestijging voor verzekerden te voorkomen. Daaruit kan worden opgemaakt dat het reduceren van kapitaalsvereisten voor zorgverzekeraars een belangrijk uitgangspunt is voor de catastroferegeling. Aangezien er met de catastroferegeling vooraf zekerheid wordt geboden, wordt het catastroferisico deels gemitigeerd en hoeven zorgverzekeraars minder kapitaal aan te houden. [\[5, 7\]](#)

Het aanwijzen van een ramp als catastrofe gebeurt bij Ministeriële regeling en indien te verwachten is dat de schadelastdrempel zoals omschreven in Artikel 33 lid 2 Zorgverzekeringswet overschreden zal worden. Artikel 33 stelt dat deze drempel is gebaseerd op de omvang van een zorgverzekeraar in plaats van op de omvang van een catastrofe. Het invoeren van een catastroferegeling komt mede doordat het herverzekeren van het catastroferisico in de zorgsector praktisch niet mogelijk is. Normaal gesproken zou een zorgverzekeraar dit risico kunnen herverzekeren, waarbij de premie gekoppeld wordt aan de omvang van de zorgverzekeraar. Echter, door het ontbreken van een herverzekeringmarkt voor zorgkosten (in de Nederlandse context) neemt de overheid de rol van herverzekeraar op zich, waarbij de extra bijdrage gefinancierd wordt uit het Zorgverzekeringsfonds. [\[5\]](#) Als de zorgkosten door een catastrofe significant hoger zijn dan verwacht, dan kent Zorginstituut Nederland op verzoek van een zorgverzekeraar een extra bijdrage toe om de kosten boven een bepaalde drempel te dekken. [\[3\]](#)

Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet heeft invloed op de solvabiliteitskapitaalvereiste van verzekeraars in geval van een catastrofe. Deze solvabiliteitskapitaalvereiste wordt gedefinieerd in de Wet op het financieel toezicht, waarin DNB toeziet op de toepassing van (de implementatie van) de Solvency II richtlijn in Nederland.

Onder Solvency II wordt namelijk voorgeschreven dat schadeverzekeraars, zoals zorgverzekeraars, extra solvabiliteit aan moeten houden vanwege catastroferisico. Deze eis leidt tot een stijging van de vereiste solvabiliteit voor zorgverzekeraars en op haar beurt tot een stijging van de premies voor zorgverzekeringen. Artikel 33 van de Zvw biedt nu de zekerheid voor zorgverzekeraars dat de financiële gevolgen van het catastroferisico worden gemitigeerd door de overheid in de vorm van een extra bijdrage. Hierdoor wordt het risico van een eventuele premiestijging in voldoende mate afgewend.

Berekening extra bijdrage en administratie

De drempel voor het verkrijgen van deze bijdrage is vastgesteld op 4% van de gemiddelde toegekende vereveningsbijdrage (ook wel 'grondslag' genoemd) per verzekerde, vermenigvuldigd met het aantal verzekerden. Bij een catastrofeschadelast boven deze drempel, maar onder 10% van de grondslag van de zorgverzekeraar, geldt een extra bijdrage van 5/3^e van het verschil tussen de schadelast en de drempel. Bij een schadelast van 10% of meer van de grondslag is de extra bijdrage gelijk aan die last met een maximum van 20% van de grondslag. De vastgestelde percentages in het vergoedingsschema van de Regeling zorgverzekering zorgen ervoor dat de extra solvabiliteit die voor catastrofes op grond van de richtlijn Solvency II wordt voorgeschreven, met ongeveer 80% wordt verlaagd. [\[7\]](#).

De drempelwaarde van 4% van de gemiddelde toegekende vereveningsbijdrage is gebaseerd op uitgevoerd onderzoek door DNB ten tijde van de aanpassing van de Zorgverzekeringswet. Deze hoogte is gekoppeld aan de spreiding in de schadelast die op dat moment onder normale omstandigheden van jaar tot jaar bij zorgverzekeraars optrad. [\[6\]](#)

Een tijdige aanvraag voor de extra bijdrage is essentieel, waarbij vertragingen (later dan het einde van het kalenderjaar volgend op het catastrofeschadejaar) leiden tot een verlaagde toekenning. Beleidsregels voor deze regeling vereisen goedkeuring van de minister van VWS alvorens ze van kracht worden. Echter verplicht Artikel 33, derde lid, van de Zorgverzekeringswet de zorgverzekeraar om een aparte administratie bij te houden van de kosten die voortkomen uit een catastrofe, inclusief kosten die onder het eigen risico en eigen bijdragen vallen. Artikel 6.6.4 van de Regeling zorgverzekering vereist dat deze kosten apart worden vermeld in de administratie, waarbij de zorgverzekeraar moet kunnen aantonen dat de geleverde zorg het gevolg is van de catastrofe. [\[24\]](#) Ondanks dat dit enige onzekerheid vanuit de zorgverzekeraar met zich mee brengt, wordt dit risico aanvaard, omdat de kans op een catastrofe in de zin van de Zvw zeer gering is. [\[7\]](#)

Een drempel van twee kalenderjaren is geïntroduceerd voor de catastroferegeling, om te voorkomen dat de administratie van catastrofekosten zich jarenlang voortsleept. Deze termijn is gekozen om de administratieve lasten te beperken en om de kosten die na dit termijn opkomen via het reguliere risicovereveningssysteem te laten verlopen. Dit stimuleert de zorgverzekeraars om een robuust en doelmatig financieel beleid te voeren gedurende de kalenderjaren, wat publieke waarborgen biedt voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. [\[6\]](#)

Deelvraag 2

In deze deelvraag wordt nader ingegaan op de praktische werking van de catastrofereregeling. De nadere invulling van de regeling wordt besproken en een bijbehorende tijdslijn wordt hierbij opgesteld. Tevens worden de verwachte kosten ten gevolge van de catastrofe en het vooralsnog uitgekeerde bedrag geanalyseerd. Hiernaast worden de overlegstructuur en de keuze van zorgverzekeraars voor een private regeling naast de catastrofereregeling beschreven.

Deelvraag 2 geeft inzicht in hoe de regeling in de praktijk heeft gewerkt ten tijde van COVID-19

Introductie en leeswijzer

Bij het beantwoorden van deelvraag 2 wordt de werking van de catastrofereregeling in de praktijk beschreven. Het hoofdstuk belicht de gebeurtenissen tijdens en na de COVID-19-periode, alsook de nog uit te voeren stappen met betrekking tot de afhandeling van de regeling. Om een zo gedetailleerd mogelijke uitleg te geven over de gebeurtenissen tijdens COVID-19, worden zes specifieke onderdelen uitgebreid toegelicht, waaronder een tijdslijn die het algemene verloop weergeeft.

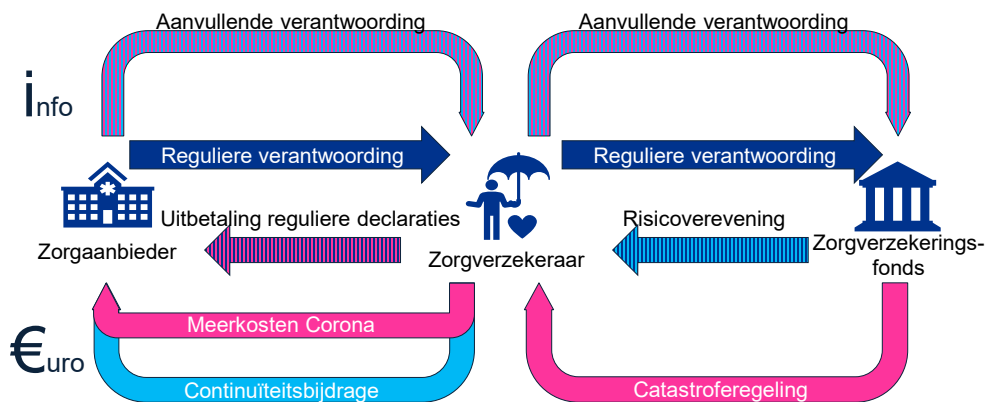
1. *Invulling van de catastrofereregeling*: Vanaf pagina 21 wordt beschreven hoe de catastrofereregeling tijdens de COVID-19-periode nader is ingevuld. Dit omvat een beschrijving van de processen en overlegstructuren die zijn geïnitieerd bij de inwerkingtreding, alsmede de betrokken partijen hierbij.
2. *Verloop van de catastrofereregeling*: Op pagina 24 staat een visuele tijdslijn die het verloop van de catastrofereregeling illustreert door specifieke momenten uit te lichten. Op de navolgende pagina's wordt elk van deze momenten gedetailleerder toegelicht. In deze tijdslijn wordt geen aandacht besteed aan de meerkostenregelingen (of de uitgevoerde controles daarop) of de CB-regelingen.
3. *Totstandkoming toetsingscommissie*: Vanaf pagina 29 wordt de totstandkoming van de toetsingscommissie voor het vaststellen van patiëntgebonden COVID-19-kosten beschreven. Hier wordt beschreven welke partijen deel uitmaakten van de toetsingscommissie, het proces voor het vaststellen van de catastrofekosten, en de definitief vastgestelde catastrofekosten. Ook wordt kort aandacht besteed aan de meerkosten en de plausibiliteitscontroles van de NZa.
4. *Private regelingen tussen zorgverzekeraars*: Tijdens de COVID-19-pandemie hebben de zorgverzekeraars de private solidariteitsregelingen in gezamenlijkheid opgesteld om de bijdragen uit de catastrofereregeling, COVID-19-kosten en overige COVID-19-effecten te herverdelen. Pagina's 31 en 32 gaan in op de keuze van de zorgverzekeraars om een dergelijke private regeling in te stellen.
5. *Inzichten in (te) ontvangen catastrofebijdrage*: Als onderdeel van de evaluatie zijn vanaf pagina 33 op basis van data gedeeld door Zorginstituut Nederland inzichten in de voorlopige vaststelling van de catastrofebijdragen opgedaan, waarbij de focus ligt op de (overschrijding van) drempelwaarden.
6. *Kapitaalsvereisten voor zorgverzekeraars*: De catastrofereregeling heeft een dempende werking op de kapitaalsvereisten voor zorgverzekeraars. Vanaf pagina 36 is dit nader uiteengezet.

Ten tijde van de COVID-19-uitbraak is er door stelselpartijen nadere invulling gegeven aan de catastroferegeling

In het begin van 2020 legde de uitbraak van de COVID-19-pandemie een aanzienlijke druk op de gezondheidszorg vanwege de plotselinge toename van de vraag naar specifieke zorg. De snelle verspreiding van het virus zorgde voor onzekerheid bij zorgverzekeraars. De catastroferegeling binnen de Zvw moest zorgverzekeraars financiële ondersteuning bieden tijdens COVID-19, met als gevolg dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd bleef.

Werking van de catastroferegeling ten tijde van COVID-19

De catastroferegeling tijdens COVID-19 fungeerde als een aanvulling op de reguliere financierings- en verantwoordingsstroom tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het Zorgverzekeringsfonds. De beoogde uitwerking van de catastroferegeling is geïllustreerd in onderstaande figuur van Zorginstituut Nederland, waarin ook de reguliere werking is meegenomen.



Figuur 1: Overzicht van beoogde werking van de catastroferegeling ten tijde van COVID-19.

Waar normaliter de reguliere verantwoordelijkheid en declaraties plaatsvinden tussen diverse partijen, en de zorgverzekeraar betalingen ontvangt die worden bepaald (conform de risicoverevening) uit het Zorgverzekeringsfonds, zijn er tijdens de uitvoering van de catastroferegeling extra elementen toegevoegd. Met betrekking tot de verantwoordelijkheid is er een aanvullende verantwoordelijkheid

geïntroduceerd voor zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars. De zorgaanbieders dienen namelijk de kosten die relateren aan COVID-19 apart te verantwoorden aan de zorgverzekeraars.

Er zijn drie typen kosten te onderscheiden binnen de catastrofeschadelast: de reguliere directe kosten voor COVID-19-zorg voor COVID-19-patiënten, de toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de COVID-19-pandemie en de indirecte meerkosten op grond van de prestatie meerkosten. De zorgverzekeraar administreert deze catastrofeschadelast in een aparte aanvullende verantwoordingsstroom richting ZIN, waarbij de zorgverzekeraar aantoont dat de geleverde zorg het gevolg is van COVID-19. ZIN valideert de juistheid van de verklaring alvorens bijdragen vanuit het Zorgverzekeringsfonds worden toegekend [7, 15]. Daarbij is ook assurance benodigd bij de separate verantwoording van de catastroferegeling. Vervolgens kent ZIN op grond van Artikel 33 de zorgverzekeraar, na het bereiken van de drempel, een extra catastrofebijdrage toe.

Volgens de Regeling zorgverzekering is de catastroferegeling toentertijd zo ingericht om te zorgen dat er geen noemenswaardige administratieve lasten bij zouden komen voor zowel zorgverzekeraars als aanbieders. [7]

De financieringsstroom vanuit het Zorgverzekeringsfonds voor de catastroferegeling is aangewend voor een deel van de reguliere declaraties, maar ook voor specifieke COVID-19-meerkosten. In het eerste geval (reguliere prestaties) moet gedacht worden aan, bijvoorbeeld, het vergoeden van opnames op de intensive care van COVID-19 patiënten. In het tweede geval (meerkosten van COVID-19) moet gedacht worden aan, onder andere, aanvullende persoonlijke beschermingsmiddelen voor het zorgpersoneel.

De financieringsstroom die wordt toegekend op basis van de risicoverevening is aangewend voor de reguliere niet-COVID-19-zorgkosten, maar ook de continuïteitsbijdragen. Deze aparte bijdragen zijn geïntroduceerd om de zorgaanbieders een toeslag te geven ter compensatie voor onderdekking van doorlopende kosten, waardoor de continuïteit van de zorg kan worden geborgd.

Overzicht van betrokken stelselpartijen

Diverse betrokken partijen uit het stelsel hebben een rol gespeeld bij het opstellen van de catastroferegeling. Naast VWS, zijn onder andere NZa, ZIN, DNB, ZN, zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij dit proces betrokken geweest. Tabel 1 geeft een overzicht van deze partijen en hun specifieke rol bij de invulling van de catastroferegeling. Op de volgende pagina wordt van iedere betrokken stelselpartij de/haar rol nader toegelicht.

Verschillende stelselpartijen zijn betrokken geweest bij de nadere invulling van de catastroferegeling

Partij	Rol
VWS	<ul style="list-style-type: none"> Opstellen van de catastroferegeling Samenbrengen van partijen
NZa	<ul style="list-style-type: none"> Toezicht op verantwoording meerkosten die zorgverzekeraars vergoeden aan de zorgaanbieders Opstellen van declaratiecodes en accountantsprotocol
ZIN	<ul style="list-style-type: none"> Opstellen van beleidsregels catastrofebijdrage COVID-19 in 2020 en 2021 Gegevensuitvraag met kwaliteitscontrole en administratie Rapporteren aan VWS over de kosten onder de regeling en de verantwoording daarvan uit het Zorgverzekeringsfonds Berekenen en uitbetalen voorlopige en definitieve catastrofebijdrage aan zorgverzekeraars
DNB	Toeziethouder (op zorgverzekeraars)
ZN/zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> Rol bij vaststellen catastrofekosten Administratie en verantwoording catastrofeschadelast
Zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> Rol bij vaststellen catastrofekosten Administratie en verantwoording over COVID-19 meerkosten

Tabel 1: Overzicht van rolverdeling onder de betrokken stelselpartijen bij de nadere invulling van de catastroferegeling.

VWS als verbinder voor de uitwerking van de catastroferegeling tijdens COVID-19

VWS droeg de verantwoordelijkheid voor het verdere uitwerken van de catastroferegeling, het bieden van sturing, en het betrekken van relevante partijen bij de uitwerking van de regeling. Uiteindelijk faciliteerde VWS een nauwe samenwerking tussen henzelf, NZa, ZIN en ZN om gezamenlijk de invulling van de catastroferegeling te concretiseren.

NZa als toezichthouder op de verantwoording van meerkosten

De NZa hield toezicht op de verantwoording van de COVID-19-meerkosten die zorgverzekeraars vergoeden aan de zorgaanbieders. Voor de kosten die in aanmerking kwamen voor vergoeding op

basis van de catastroferegeling, diende de NZa een oordeel te vellen over de plausibiliteit ervan middels een plausibiliteitstoets. Hierbij kon de NZa de bijzondere omstandigheden tijdens het uitbreken van de coronacrisis in overweging nemen. Een voorbeeld van een dergelijke bijzondere omstandigheid is het feit dat de pandemie de zorgaanbieders heeft overvallen waardoor adequate registratie niet mogelijk was [15]. Daarnaast was de NZa verantwoordelijk voor het opstellen van de declaratiecodes voor de zorgproducten gerelateerd aan COVID-19, waardoor specifieke tarieven konden worden gehanteerd. Ook het opstellen van het accountantsprotocol viel onder de verantwoordelijkheid van de NZa, waarna accountants deze verantwoording controleren.

ZIN als uitvoerder van de catastroferegeling

Het Zorginstituut Nederland was verantwoordelijk voor de uitvoering van de regeling en het opstellen van de beleidsregels voor de catastrofebijdrage tijdens de COVID-19-pandemie in 2020 en 2021. De beleidsregels hebben meer duidelijkheid gegeven op welke wijze ZIN de beslissing over de toekenning van een dergelijke catastrofebijdrage heeft genomen.

DNB als toezichthouder op zorgverzekeraars

Gedurende de uitvoering van de catastroferegeling voerde DNB toezicht uit op alle zorgverzekeraars en stelde vast of zij aan hun verplichtingen konden voldoen. Dit betekent dat zij zich inspanden om een grondig inzicht te verkrijgen in de bedrijfsvoering en financiële positie van de individuele zorgverzekeraars gedurende de COVID-19-pandemie.

ZN/zorgverzekeraars als adviseur bij het vaststellen van de catastrofeschadelasten

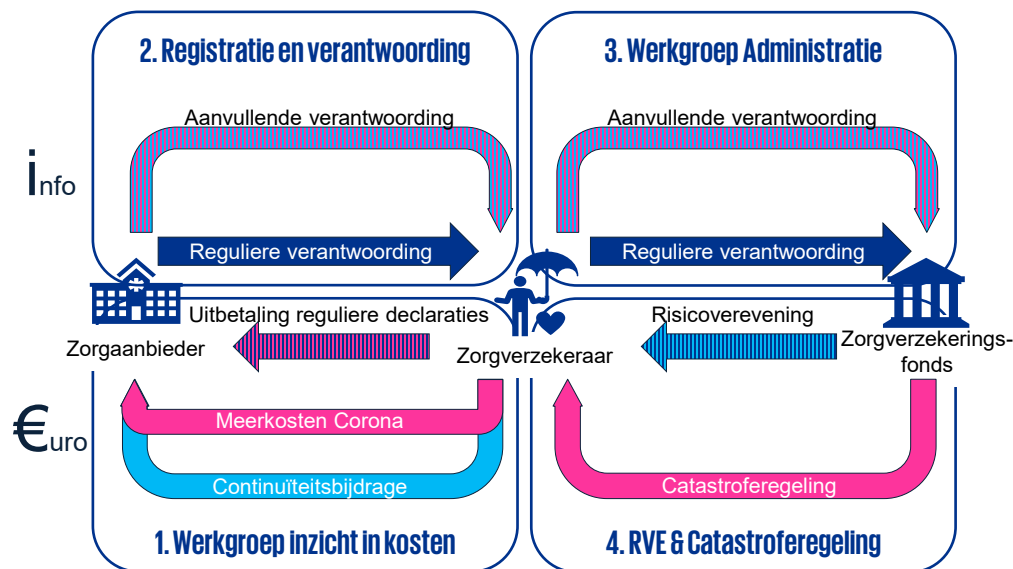
ZN heeft een adviserende rol gespeeld bij het vaststellen van de catastrofekosten. ZN heeft namens de zorgverzekeraars driemaal een voorstel aangeleverd bij de toetsingscommissie voor de afbakening van patiëntgebonden COVID-19-kosten. Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid gehad om de catastrofeschadelast tijdens COVID-19 middels de juiste verantwoordingsstroom op te geven bij ZIN. Daarnaast heeft ZN met de NZa afgestemd over de plausibiliteitsoordelen bij de meerkosten. Dit is een proces dat centraal bij ZN is vormgegeven; zowel voor ex-ante als de ex-post meerkosten en de hardheidsclausules.

Zorgaanbieders leverden de benodigde zorg en zorgen voor juiste administratie

De zorgaanbieders verstrekten input aan de zorgverzekeraars bij het opstellen van de voorstellen voor ZN met betrekking tot de afbakening van de patiëntgebonden COVID-19-kosten. Tevens droegen zij de verantwoordelijkheid voor het afleggen van verantwoording aan de zorgverzekeraars met betrekking tot de catastrofeschadelast.

Werkgroepen zijn in het leven geroepen om de invulling van de catastroferegeling tijdens COVID-19 verder vorm te geven

Gedurende de ontwikkeling van de catastroferegeling zijn diverse overlegstructuren en werkgroepen opgericht met als doel specifiek invulling te geven aan verdere aspecten van de regeling¹. De verschillende werkgroepen zijn overzichtelijk uitgewerkt in een overzicht van ZIN (figuur 2). In dit hoofdstuk worden deze werkgroepen één voor één toegelicht, waarbij zowel de betrokken partijen als het doel van de werkgroep wordt beschreven.



Figuur 2: Overzicht van werkgroepen voor het vormgeven van de catastroferegeling ten tijde van COVID-19.

1. Werkgroep 'inzicht in kosten' voor het ramen van de COVID-19-kosten in de Zvw

De werkgroep inzicht in kosten heeft, op basis van de input van zorgverzekeraars, zich ten doel gesteld om zo spoedig mogelijk een schatting te maken van de COVID-19-kosten per sector. VWS, ZIN en ZN waren betrokken bij deze werkgroep. Deze kostenraming steunt op de afspraken die zijn vastgelegd tussen zorgverzekeraars en diverse sectoren op basis van de beleidsregels

van de NZa. Een cruciale voorwaarde hiervoor is helderheid over de definitie en specificatie van de meerkosten als gevolg van COVID-19, evenals welke uitgaven vallen onder de continuïteitsbijdrage die door de zorgverzekeraars in rekening kunnen worden gebracht. De uiteindelijke kostenraming fungeert als input voor het vaststellen van het macrobudget.

2. Werkgroep 'registratie en verantwoording' voor afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Binnen de werkgroep registratie en verantwoording werden door de zorgverzekeraars sectorspecifieke afspraken met zorgaanbieders gemaakt. De afspraken stelden zorgaanbieders in staat om zich jegens zorgverzekeraars te verantwoorden voor de meerkosten door COVID-19 en de continuïteitsbijdrage. De afspraken werden zo veel mogelijk afgeleid van de gebruikelijke verantwoordingsstroom, waarbij aanvullingen werden gedaan om de administratieve lasten te beperken. Daarnaast hielden zorgverzekeraars rekening met de verantwoordingsvereisten die aan hen werden gesteld vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Met accountants zijn afspraken gemaakt over de manier waarop zorgaanbieders de COVID-19-meerkosten en de continuïteitsbijdrage konden verantwoorden aan zorgverzekeraars.

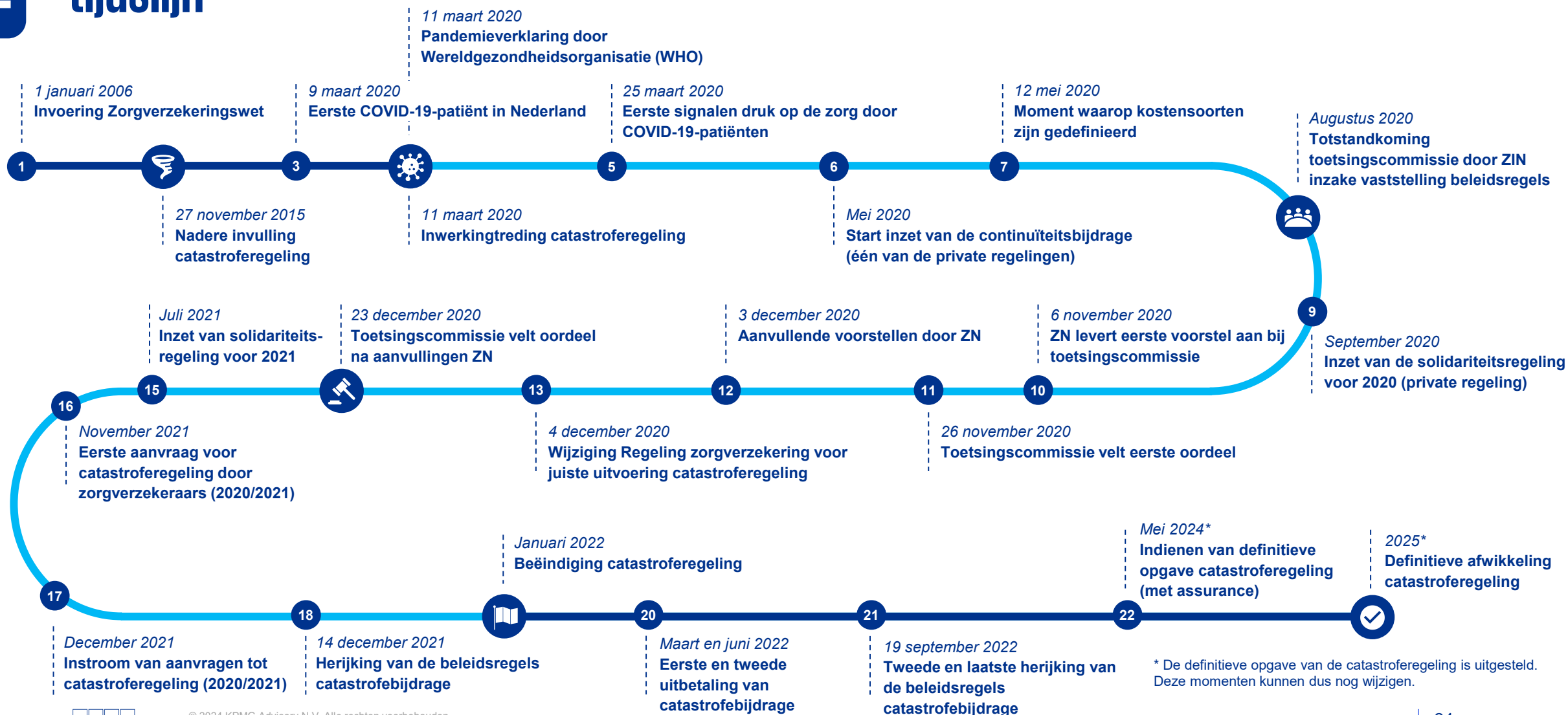
3. Werkgroep 'administratie' voor afspraken over verantwoording

De werkgroep administratie faciliteert het maken van afspraken tussen ZIN en zorgverzekeraars met betrekking tot de verantwoording van kosten die voor rekening komen van het Zorgverzekeringsfonds. Dit omvat zowel de reguliere kosten die worden ingebracht in de risicoverevening als de kosten die onder de catastroferegeling vallen. Het was hierbij belangrijk dat er zo veel mogelijk aansluiting werd gezocht bij de reguliere verantwoordingsstromen, met het toepassen van eventuele aanvullingen om de administratieve last beperkt te houden. De uiteindelijke afspraken zijn door ZIN vastgelegd in een addendum binnen het handboek. Naast de zorgverzekeraars en ZIN, is ook de NZa betrokken geweest bij de werkgroep administratie.

4. Werkgroep 'risicoverevening en catastroferegeling' om te komen tot uitvoerbaar beleid

VWS is verantwoordelijk voor het opstellen van zowel de Regeling risicoverevening 2021 als de catastroferegeling. Een essentiële voorwaarde bij het ontwerpen van deze regelingen is het minimaliseren van additionele administratieve lasten. Om dit te bereiken, vinden op verschillende momenten bestuurlijke overleggen plaats. Uiteindelijk stelt ZIN beleidsregels vast op basis van de opgestelde regelingen door VWS. Naast de betrokkenheid van VWS en ZIN, zijn ook de zorgverzekeraars betrokken bij deze werkgroep.

Het verloop van de catastroferegeling voor, tijdens en na COVID-19 in een tijdlijn



* De definitieve opgave van de catastroferegeling is uitgesteld. Deze momenten kunnen dus nog wijzigen.

Door COVID-19 trad de catastrofereregeling voor het eerst sinds 2015 in werking

1. Invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet werd de vrijwillige AWBZ-verzekering stopgezet, waardoor het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering verdween. De wet verplicht alle inwoners van Nederland om een basisverzekering te hebben. De wet waarborgt de vrije toegang tot noodzakelijke zorg en vergroot de rol van verzekeraars, wat concurrentie bevordert en leidt tot een efficiëntere zorgproductie. [3, 7]

2. Nadere invulling catastrofereregeling

Sinds november 2015 zijn er in de Regeling zorgverzekering bepalingen opgenomen over de berekening, administratie en betaling van extra bijdragen bij catastrofes. Deze nieuwe bepaling werd geïntroduceerd naar aanleiding van de afschaffing van de macronacalculatie in 2012, en stelt zorgverzekeraars in staat een extra bijdrage te ontvangen in geval van een catastrofe. [7]

Gedurende de periode van november 2015 tot maart 2020 is de catastrofereregeling niet in werking geweest.

3. Eerste COVID-19-patiënt in Nederland

Een man uit Brabant ontwikkelde, enkele dagen na het vieren van carnaval, griepachtige symptomen en werd niet getest op COVID-19 omdat hij niet in een risicogebied was geweest. Na acht dagen werd hij opgenomen in het ziekenhuis met hoge koorts en bleek hij besmet te zijn met COVID-19. [8]

4a. Pandemieverklaring door WHO

Op 11 maart 2020 verklaarde de WHO COVID-19 tot een pandemie. Bezorgdheid werd geuit over de snelheid van de verspreiding van het virus en de mogelijke impact ervan, vanwege de toenemende vraag naar zorg. [9]

4b. Inwerkingtreding catastrofereregeling

Op grond van Artikel 33 van de Zvw trad de catastrofereregeling (voor het eerst) in werking. Dit maakte het voor verzekeraars mogelijk om een extra bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds te ontvangen voor de kosten in 2020 en 2021 als gevolg van de pandemie. [1]

5. Eerste signalen druk op de zorg door COVID-19-patiënten

Het Financieele Dagblad benoemt de eerste signalen van een toegenomen druk op de zorg als gevolg van de pandemie. Hierbij wijzen ze ook op het bijkomende effect dat de reguliere zorg wordt verstoord door de toestroom van COVID-19-patiënten, met mogelijke langdurige gevolgen. [10]

6. Start inzet van de continuïteitsbijdrage (één van de private regelingen)

Zorgverzekeraars hebben de continuïteitsbijdrage (CB-regeling) ingevoerd om zorgaanbieders financieel te ondersteunen tijdens de coronapandemie. De regeling compenseert zorgaanbieders voor gemiste inkomsten door verminderde zorgverlening, zodat zij hun doorlopende kosten, inclusief praktijkinkomen, kunnen dekken. De vergoeding hoeft niet te worden terugbetaald en wordt afgestemd op de omzetsdaling van de zorgaanbieder. Het doel is financiële stabiliteit zonder dat zorgaanbieders er financieel op achteruitgaan. Voor zorgaanbieders die tijdens de crisis wel een vergoeding ontvangen maar beperkt of geen zorg leveren, wordt verwacht dat zij later inhaalzorg leveren voor een lagere vergoeding. Dit wordt verrekend gedurende zes maanden na de laatste CB-uitkering, om de zorg betaalbaar te houden. [23]



ZIN richtte een toetsingscommissie op om te komen tot gepaste beleidsregels van de catastrofereregeling binnen de COVID-19-pandemie

7. Moment waarop kostensoorten zijn gedefinieerd

Op 12 mei 2020 is door VWS in afstemming met ZN, ZIN en NZa een memo opgesteld waarin de kostensoorten zijn gedefinieerd. Op basis hiervan heeft de werkgroep 'inzicht en kosten', bestaande uit bovenstaande partijen, een raming gemaakt van de kosten. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de meerkosten COVID-19 en de kosten die onder de continuïteitsbijdrage vallen.

8. Totstandkoming toetsingscommissie door ZIN inzake vaststelling beleidsregels

Om de voorstellen van de zorgverzekeraars te toetsen en te beoordelen of de voorgestelde zorg redelijkerwijs een direct gevolg is van COVID-19, heeft het ZIN een toetsingscommissie ingesteld. [\[14\]](#)

9. Inzet van de solidariteitsregeling voor 2020 (private regeling)

Zorgverzekeraars luiden de alarmbel en introduceren de private solidariteitsregeling om de continuïteit van het zorgaanbod te waarborgen en een scheve concurrentieverhouding te voorkomen. Met deze regeling willen verzekeraars de vergoede kosten aan zorginstellingen, de kosten van de COVID-19-regelingen en de opbrengsten van de catastrofereregeling onderling herverdelen. Dit mede gezien de variërende mate waarin zorgverzekeraars getroffen worden door de financiële effecten van COVID-19. Deelnemende zorgverzekeraars zijn van mening dat zonder de herverdeling van opbrengsten uit de catastrofereregeling de concurrentieverhouding verstoord raakt. Een aantal zorgverzekeraars zouden daardoor in staat zijn een aantrekkelijkere premie in de markt te zetten, afhankelijk van de hoeveelheid catastrofeschadelast die zij hebben.

De ACM besluit geen verder onderzoek te doen naar de solidariteitsregeling onder de zorgverzekeraars vanwege de uitzonderlijke COVID-19-situatie. [\[12\]](#)

10. ZN levert eerste voorstel aan bij toetsingscommissie

ZN levert een brief aan ZIN met voorstellen voor de afbakening van patiëntgebonden COVID-19-kosten. Hierbij worden COVID-19-patiënten geïdentificeerd aan de hand van COVID-19-markers, waarna voor deze patiënten de behandelingen worden geselecteerd die verband houden met COVID-19. ZN geeft daarbij aan dat het mogelijk is om COVID-19-patiënten te identificeren in drie deelsectoren, namelijk ziekenhuiszorg, eerstelijnsverblijf en paramedische zorg. [\[14\]](#)

11. Toetsingscommissie velt eerste oordeel

De toetsingscommissie komt tot de conclusie dat aanvullingen op de voorstellen nodig zijn. Onder andere in zorgvormen, waaronder revalidatie en COVID-19-herstelzorg. Ook adviseerde de toetsingscommissie de COVID-marker voor revalidatiezorg en benadrukte het belang een diepere analyse voor niet-COVID-19-gerelateerde specialistische zorg. [\[14\]](#)

12. Aanvullende voorstellen door ZN

Naar aanleiding van het oordeel van de toetsingscommissie levert ZN een nieuw voorstel aan met aanvullingen, namelijk de toevoeging van zorgsoorten (onder andere revalidatiezorg, huisartsenzorg, COVID-19-herstelzorg, ergotherapie en diëtetiek) en de verduidelijking van COVID-19-periode. [\[14\]](#)



Twee keer werden de beleidsregels van de catastroferegeling herijkt, om te komen tot een beter beleid voor de toekomst

13. Wijziging Regeling zorgverzekering voor juiste uitvoering catastroferegeling

De Regeling zorgverzekering is aangepast om de regels aan te vullen en verder te verduidelijken, zodat de catastroferegeling effectief kan worden toegepast. In de toepassing van de catastroferegeling is besloten om de declaraties voor directe zorg aan COVID-19-patiënten en de meerkosten die veroorzaakt worden door COVID-19 te betrekken. [13]

14. Toetsingscommissie velt oordeel na aanvullingen ZN

De toetsingscommissie bevestigt dat alle door ZN genoemde gevallen als verzekerde zorg worden beschouwd en pleit voor een uniforme registratie met specifieke prestatie- of verrichtingencodes. Toch dringt de commissie aan op herijking/uitbreiding van de COVID-19-periode in een later stadium, wanneer er meer duidelijkheid is over COVID-19. Momenteel mist volgens de commissie zorg die aan COVID-19 kan worden toegeschreven. Ook wordt eerstelijnsdiagnostiek, aangevraagd door de eerste lijn maar uitgevoerd door ziekenhuizen en (huisartsen)laboratoria, niet meegenomen in de huidige voorstellen. [15]

15. Inzet van solidariteitsregeling voor 2021

In juli 2021 is er een nieuwe solidariteitsovereenkomst opgesteld onder de zorgverzekeraars, met als grootste verschil dat de regeling in 2021 zal worden uitgevoerd op concernniveau, in plaats van op Uzovi. [20] ACM reageert in oktober 2021 dat zij geen nader onderzoek zal doen naar onderlinge afspraken tussen de zorgverzekeraars. ACM vindt het aannemelijk dat deze afspraken nodig zijn voor zorgcontinuïteit tijdens en na de pandemie. In de conceptovereenkomst 2021 is de kostenreikwijdte duidelijk beperkter dan in 2020, door een betere vaststelling van COVID-19-gerelateerde kosten [19].

16. Eerste aanvraag voor catastroferegeling door zorgverzekeraars (2020/2021)

Zorgverzekeraars kunnen een verzoek indienen voor een voorlopige catastrofebijdrage COVID-kosten door een formulier in te vullen. Het formulier bevat vragen omtrent het totaalbedrag voor de catastrofebijdrage, toelichtingen op de geschatte kosten voor reguliere directe kosten, toeslagen op reguliere tarieven, en indirecte meerkosten voor COVID-zorg in 2020 en 2021. [16]

17. Instroom van aanvragen tot catastroferegeling (2020/2021)

In november 2021 kwamen de eerste aanvragen voor de catastrofebijdrage. De aanvragen moesten uiterlijk ultimo december 2021 binnen zijn.

18. Herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage

In de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 is opgenomen dat ZIN tweemaal de selectie van COVID-19-zorg zal herijken, indien nodig. ZN doet in deze herijkingsronde inhoudelijke voorstellen die beperkt worden beïnvloed door onvolledige data. De toetsingscommissie heeft geconcludeerd dat huisartsverrichtingen, ambulancezorg en geriatrische revalidatiezorg moeten worden opgenomen in de beleidsregels. Hulpmiddelenzorg kan worden geschrapt vanwege administratieve lasten. Enkele voorstellen moeten worden aangepast op medisch-inhoudelijke gronden of opnieuw beoordeeld worden in een tweede herijkingsronde vanwege onvolledige data. De beleidsregels zijn op 14 december 2021 aangepast door ZIN. [17, 18]



De definitieve afwikkeling en uitbetaling van de catastrofereregeling vindt in 2025 plaats

19. Beëindiging catastrofereregeling

Per januari 2022 is de catastrofereregeling voor vergoeding van COVID-kosten van rechtswege geëindigd (in de wet is opgenomen dat de regeling een maximale duur van twee kalenderjaren heeft), waarbij de afwikkeling nog door zal lopen tot, naar verwachting, medio 2025.

20. Eerste en tweede uitbetaling van catastrofebijdrage

In maart 2022 zijn de eerste uitbetalingen gedaan van de catastrofebijdrage. De tweede uitbetaling heeft plaatsgevonden in juni van datzelfde jaar.

21. Tweede en laatste herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage

De toetsingscommissie concludeert dat veel voorstellen acceptabele COVID-19-gerelateerde zorg betreffen. De volgende prestaties worden toegevoegd: uitbreiding van de selectie voor intensieve huisartsenzorg, aanvullende verrichtingen binnen de medisch-specialistische zorg, wijkverpleging en vervolgtrajecten bij revalidatiezorg. Aanpassingen worden geadviseerd voor intensieve huisartsenzorg en vervolgtrajecten binnen revalidatiezorg. Bij één voorstel voor medisch-specialistische revalidatiezorg is nadere selectie nodig volgens de toetsingscommissie, vanwege onvoldoende aannemelijkheid van COVID-19-gerelateerde zorg. Met de laatste aanpassingen is de toetsingscommissie overtuigd van nauwkeurige identificatie van patiëntgebonden COVID-19-kosten en vertrouwt zij op een juiste bepaling van de catastrofebijdrage voor zorgverzekeraars. Voor catastrofes in de toekomst adviseert de commissie directe implementatie van goede registratie, aparte declaratiecodes en gebruik van zorgaanbiedersregistraties voor nauwkeurigere zorgselectie. Op 27 september 2022 zijn de beleidsregels gewijzigd. [21, 22]

22. Definitief indienen van opgave catastrofereregeling (met assurance)*

Zorgverzekeraars hadden beoogd om hun opgave voor de catastrofereregeling met assurance voor 1 mei 2024 definitief in te dienen. Dit is omdat zij op die datum hun jaarstaten moeten indienen bij het ZIN, inclusief de definitieve vaststelling van de catastrofeschadelast.

23. Definitieve afwikkeling catastrofereregeling*

De definitieve vaststelling en de uitbetaling van de definitieve catastrofebijdragen is beoogd om plaats te vinden in 2025 en wordt uitgevoerd door ZIN.

** Zorgverzekeraars hebben uitstel gevraagd voor het aanleveren van hun opgave, aangezien er enkele tekortkomingen zijn geconstateerd in de administratie en er daardoor geen assurance gegeven kan worden. Dit uitstel is verleend. Het is nog niet bekend wanneer deze opgave wel ingediend kan worden. Mogelijkerwijs vindt de afwikkeling van de catastrofereregeling hierdoor ook plaats na 2025.*



In 2020 heeft ZIN een toetsingscommissie opgericht met als doel de patiëntgebonden COVID-19-kosten te definiëren

Om de catastroferegeling effectief te kunnen uitvoeren, is het essentieel om de patiëntgebonden COVID-19-kosten die aan individuele patiënten kunnen worden toegeschreven nauwkeurig te identificeren. Deze kosten omvatten specifiek de zorguitgaven die direct verband houden met de behandeling van COVID-19-patiënten. Bij het nader invullen van de catastroferegeling werd verwacht dat zorgverzekeraars een gedetailleerde administratie zouden bijhouden van deze COVID-19-kosten. Aan het begin van de pandemie ontbrak echter een geschikt registratiesysteem, waardoor deze zorgkosten via reguliere declaraties werden verwerkt. Dit vergrootte de noodzaak om via selectiecriteria de COVID-19-zorgkosten van individuele patiënten zo nauwkeurig mogelijk te bepalen. In 2020 heeft ZIN een toetsingscommissie opgericht om deze patiëntgebonden COVID-19-kosten vast te stellen. ZIN trad op als uitvoerder van de catastroferegeling en was om die reden belast met het opstellen van passende beleidsregels. De toetsingscommissie bestond uit medisch-inhoudelijke deskundigen en experts op het gebied van fondsbeheer en risicoverevening. Daarnaast was de NZa vertegenwoordigd in de commissie vanwege haar rol als toezichthouder. [14]

Bij het vaststellen van de patiëntgebonden COVID-19-kosten kregen zorgverzekeraars de mogelijkheid om, via ZN, gedetailleerde voorstellen in te dienen over welke zorgkosten in aanmerking zouden moeten komen voor de catastroferegeling. Zorgverzekeraars hebben immers een goed inzicht in welke gegevens beschikbaar zijn. De commissie was belast met het evalueren van deze voorstellen en het beoordelen of de voorgestelde zorgkosten redelijkerwijs direct gerelateerd zijn aan COVID-19.

Voor de niet-patiëntgebonden COVID-19-kosten heeft de NZa plausibiliteitscontroles uitgevoerd op de diverse (meerkosten)regelingen, voordat deze in de catastroferegeling ingebracht kunnen worden. Het eerste oordeel is afgegeven op 18 februari 2021, het meest recente (bestuurlijke) oordeel op 10 april 2024 [26, 27].

Vier uitgangspunten voor het vaststellen van patiëntgebonden COVID-19-kosten

De toetsingscommissie streefde ernaar om een zorgvuldige beoordeling uit te voeren van de voorstellen van ZN. Het werd als onwenselijk geacht dat de beleidsregels achteraf konden worden gewijzigd en dat zorg die aanvankelijk als COVID-19-gerelateerd werd beschouwd, later werd uitgesloten. Om die reden hanteerde de toetsingscommissie vier uitgangspunten bij het beoordelen van de patiëntgebonden COVID-19-kosten. Deze uitgangspunten worden beschreven in tabel 2.

Uitgangspunt	Toelichting
Gaat het om verzekerde zorg?	Hierbij wordt gekeken naar de verzekeraarbaarheid van de voorgestelde zorg, wat betekent dat de zorg binnen de verzekeringscontext moet vallen en niet buiten het bereik van de verzekeringsdekking mag liggen.
Is er een uniforme en eenduidige registratie?	Hierbij wordt gekeken naar de uniformiteit en eenduidigheid van de registratie van de zorgkosten, om ervoor te zorgen dat de voorgestelde kosten op een consistente en begrijpelijke manier worden gerapporteerd.
Is de zorg het gevolg van COVID-19?	Hierbij wordt gekeken naar de uniformiteit en eenduidigheid van de registratie van de zorgkosten, om ervoor te zorgen dat de voorgestelde kosten op een consistente en begrijpelijke manier worden gerapporteerd.
Is het voorstel redelijk?	De toetsingscommissie streeft ernaar om een evenwichtig resultaat te bereiken. Dit betekent dat zij niet alleen let op de redelijkheid van de voorgestelde kosten, maar ook op het minimaliseren van onnodige administratieve lasten voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders.

Tabel 2: Overzicht van gehanteerde uitgangspunten door de toetsingscommissie voor het vaststellen van de patiëntgebonden COVID-19-kosten.

De toetsingscommissie heeft de selectie van COVID-19-zorg tweemaal herijkt

De toetsingscommissie droeg verantwoordelijkheid voor het zo goed mogelijk afstemmen van de patiëntgebonden COVID-19-kosten. Gedurende het proces is vastgesteld dat ZIN twee keer de beleidsregels kon herzien om te bepalen of aanpassingen nodig waren in de selectie van COVID-19-zorg. De vaststelling en twee herijkingsmomenten worden onderstaand nader toegelicht in subhoofdstukken.

1. Vaststelling van de selectie van COVID-19-zorg

In de periode van november-december 2020 vond de vaststelling van de selectie van COVID-19-zorg plaats. Op 6 november 2020 heeft ZN een initieel voorstel gedaan naar de toetsingscommissie. De toetsingscommissie heeft in haar initiële beoordeling de eerste voorstellen meegenomen die tot 26 november 2020 zijn ontvangen. Vervolgens kreeg ZN de gelegenheid om tot uiterlijk 3 december 2020 aanvullende voorstellen in te dienen. Deze voorstellen zijn meegenomen in het eerste oordeel dat is uitgebracht op 23 december 2020. [14]

De opgestelde beleidsregels zijn tweemaal herijkt om de selectie van COVID-19-zorg zo adequaat mogelijk te maken

De toetsingscommissie concludeerde in haar eerste oordeel op het voorstel van ZN, dat het merendeel van de zorg binnen het ziekenhuis gerelateerd aan de behandeling van een infectie, in combinatie met de ICD10-hoofddiagnose COVID-19, als COVID-19-zorg kon worden gezien. Dit gold ook voor add-ons voor opname op de intensive care. Daarnaast werd COVID-19-herstelzorg, zoals ergotherapie en diëtetiek, door medisch-specialistische instellingen als COVID-19-gerelateerde zorg gezien.

Voor zorg buiten het ziekenhuis gold dat specifieke verrichtingen voor COVID-19-patiënten als COVID-19-zorg werden erkend, inclusief paramedische herstelzorg en coronacohortverpleging in eerstelijnsverblijven. Ook het gebruik van revalidatiezorg kort na een ziekenhuisopname voor COVID-19, gezamenlijk met huisartsenzorg en zuurstofhulpmiddelen, binnen de voorgestelde minimale COVID-19-periode, werd als COVID-19-zorg beschouwd door de toetsingscommissie.

Toch waren er nog voorstellen van de zorgverzekeraars waarvan de toetsingscommissie bij het eerste oordeel niet overtuigd was dat ze betrekking hadden op COVID-19-zorg. Bij de totstandkoming van de toetsingscommissie is aanvankelijk vastgesteld dat het Zorginstituut tweemaal de beleidsregels herzielt om te bepalen of de op dat moment geselecteerde COVID-19-zorg aanpassingen behoeft, met als doel eventuele dergelijke voorstellen alsnog op te nemen [14].

2. Herijking van de selectie van COVID-19-zorg

Op 3 december 2021 heeft er een eerste herijking van de selectie van COVID-19-zorg plaatsgevonden om op basis van nieuwe voorstellen de eerste selectie aan te passen. Analyses toonden aan dat de oorspronkelijke selectie slechts gebaseerd was op 12,3% van de COVID-19-patiënten, wat resulteerde in een oververtegenwoordiging van bepaalde ziekenhuizen en het ontbreken van gegevens uit bepaalde regio's. ZN heeft erkend dat de gebruikte gegevens voor de initiële selectie van COVID-19-zorg onvolledig waren. De voornaamste redenen hiervoor waren de late beschikbaarheid van gegevens (bijvoorbeeld de uitdraag van BSN's van COVID-19 patiënten bij ziekenhuizen) en de representativiteit van de dataset.

Hierdoor heeft ZN een herijkingsronde geïnitieerd voor hun inhoudelijke voorstellen. De toetsingscommissie was van mening dat een groot deel van de voorstellen aannemelijk was als COVID-19-gerelateerde zorg en dat deze zorgcategorieën moesten worden toegevoegd aan de beleidsregels. Deze omvatten onder andere de huisartsenzorg, ambulancezorg en geriatrische revalidatiezorg. De commissie stemde daarnaast in met het schrappen van hulpmiddelenzorg vanwege de hoge administratieve lasten.

In sommige gevallen waren aanpassingen nodig op basis van medisch-inhoudelijke gronden,

zoals bij medisch-specialistische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. Een voorstel met betrekking tot wijkverpleging werd beïnvloed door de onvolledige data en moest opnieuw geanalyseerd worden met de volledige beschikbare data.

Naast inhoudelijke voorstellen deed ZN ook suggesties voor tekstuele of technische aanpassingen om de beleidsregels duidelijker en eenduidiger te maken, waar de toetsingscommissie mee heeft ingestemd [18].

3. Tweede (en laatste) herijking van de selectie van COVID-19-zorg

Op 19 september 2022 heeft de toetsingscommissie een tweede (en laatste) herijking uitgevoerd. Dit betrof voornamelijk het uitbreiden van de selectiecriteria voor COVID-19-zorg, geselecteerd tijdens de eerste selectie en herijking.

De toetsingscommissie vond de voorstellen van ZN betreffende COVID-19-gerelateerde zorg passend en de toetsingscommissie ondersteunden de aanpassing van de beleidsregel. Deze aanpassingen omvatten voornamelijk de uitbreiding van de selectiecriteria voor intensieve huisartsenzorg, aanvullende verrichtingen binnen medisch-specialistische zorg, wijkverpleging en vervolgtrajecten bij revalidatiezorg. Ook stemde de toetsingscommissie in met het behouden van coronacohortverpleging met Wlz-indicatie als COVID-19-indicator voor patiënten.

De toetsingscommissie adviseerde ook enkele andere aanpassingen zoals het hanteren van een COVID-19-periode van acht maanden voor intensieve huisartsenzorg voorafgaand aan paramedische herstelzorg. De toetsingscommissie benadrukte ook dat er geen afhankelijkheid moest worden gecreëerd tussen medisch-specialistische revalidatiezorg en geriatrische revalidatiezorg bij vervolgtrajecten binnen de revalidatiezorg. Dit maakte de beleidsregels namelijk onnodig complex, met beperkte materiële impact.

Een voorstel betreffende medisch specialistische revalidatiezorg voor hersenen en neurologie werd ook kritischer bekeken. De toetsingscommissie achtte het niet voldoende aannemelijk dat deze zorg direct gerelateerd was aan COVID-19. Om die reden suggereerden de commissie een meer gedetailleerde selectie op basis van zorgproducten tijdens de COVID-19-ziekenhuisopname om de complexiteit te verminderen.

Met deze aanscherpingen was de toetsingscommissie van mening dat de rekenregels evenwichtiger waren om patiëntgebonden COVID-19-kosten zo nauwkeurig mogelijk te identificeren [21].

Er zijn private regelingen getroffen zowel tussen zorgverzekeraars onderling als tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Drie maanden nadat de WHO COVID-19 tot een pandemie verklaart, wordt in mei 2020 de eerste CB-regeling ingevoerd met als doel de continuïteit van de zorg(infrastructuur) ook na COVID-19 te waarborgen. In september 2020 volgt een solidariteitsregeling tussen de zorgverzekeraars onderling om, naast de continuïteit van het zorgaanbod, ook te waarborgen dat er geen scheve concurrentieverhouding tussen zorgverzekeraars ontstaat.

De COVID-regelingen en solidariteitsregelingen vallen buiten de onderzoeksvragen van dit onderzoek en daarom niet nader beoordeeld. Deze regelingen zijn echter ontstaan vanuit een behoefte waarin de catastroferegeling niet (in voldoende mate) heeft voorzien. Om deze reden wordt de aanleiding en werking van deze regelingen in dit hoofdstuk wel kort toegelicht.

De continuïteitsbijdrage

Vanaf mei 2020 kunnen zorgaanbieders een continuïteitsbijdrage aanvragen voor de omzetzaling als gevolg van zorguitval vanwege COVID-19. Het doel van de continuïteitsbijdrage is om ervoor te zorgen dat de zorginfrastructuur ook na de crisis nog beschikbaar is. De continuïteitsbijdrage wordt door de zorgverzekeraars zelf betaald. [23]

De solidariteitsregelingen

Als gevolg van de manier waarop de catastroferegeling voor de pandemie concreet is uitgewerkt, dreigt het beoogde behoud van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars niet te worden gerealiseerd. Bij de vormgeving van de regeling is namelijk geen rekening gehouden met het feit dat de coronapandemie niet alleen heeft geleid tot meerkosten vanwege de behandeling van coronapatiënten, maar ook tot minderkosten als gevolg van de uitval van reguliere zorg. Daarom wordt in september 2020 door de zorgverzekeraars zelf een aanvullende regeling opgezet.

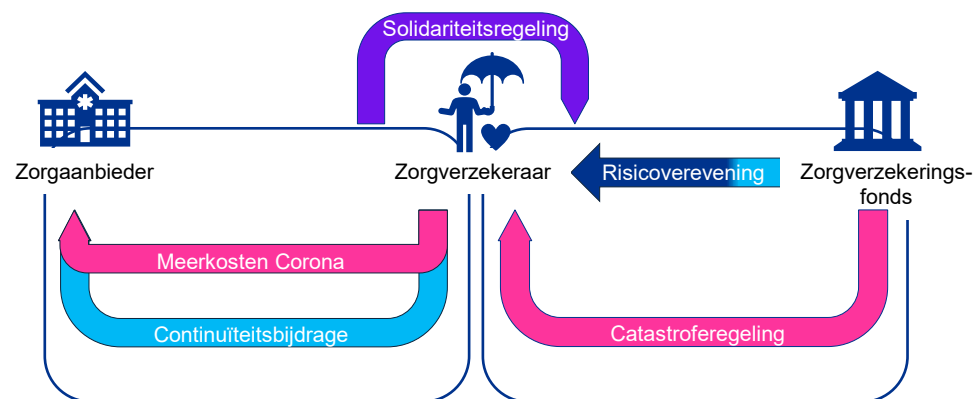
Aanleiding hiervoor is de constatering dat de uitgespaarde kosten hoger zijn dan de door de zorgverzekeraars aan zorgaanbieders uitbetaalde continuïteitsbijdragen. Deze discrepanties zijn groter voor de zorgverzekeraars die sterk vertegenwoordigd zijn in gebieden met relatief veel coronapatiënten. Als gevolg hiervan ontstaan aanzienlijke, en voor de verzekeraars zelf ook ongewenste, verschillen in de geldstromen van de verzekeraars onderling.

Om dit evenwicht te herstellen hebben zorgverzekeraars een solidariteitsovereenkomst opgezet. Een solidariteitsregeling wordt ingezet voor de kalenderjaren 2020 en 2021, overeenkomstig met de catastroferegeling, en gaat uit van de volgende uitgangspunten [13, 24]:

- Deze regeling verdeelt de financiële effecten als gevolg van COVID evenredig onder zorgverzekeraars.
- 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.
- De regeling past bij de maatschappelijke rol van zorgverzekeraars. Verantwoordelijk voor een doelmatige, kwalitatief goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet.
- Deelname aan iedere stap van de private regeling is vrijwillig.
- De regeling voor 2021 verschilt van de regeling van 2020, namelijk dat de solidariteitsregeling 2021 meer eigen behoud voor zorgverzekeraars kent dan in de solidariteitsregeling 2020 (dit is in lijn met de afspraken in de MSZ Regeling 2021 en meer marktruimte in 2021).

Waar bevinden de regelingen zich in het landschap?

Als gevolg van de invoering van de continuïteitsbijdrage en de solidariteitsregelingen zijn er naast de risicoverevening en catastroferegeling nog twee private geldstromen in het zorglandschap ontstaan, zichtbaar in figuur 3:



Figuur 3. Overzicht van publieke en private geldstromen ten tijde van COVID-19.

Diverse partijen zijn betrokken geweest bij de uitvoering van de private regeling en de ACM heeft de regelingen goedgekeurd

Betrokken partijen en de vaststelling van de bijdragen

Vanzelfsprekend is de betrokkenheid van de zorgverzekeraars bij de private regeling leidend (geweest). Ten behoeve van de vaststelling van de continuïteitsbijdrage zijn o.a. Gupta (met name voor MSZ) en Vektis betrokken geweest voor het vaststellen van de normomzet en de te ontvangen bijdrage ter compensatie van de gemiste omzet.

De vaststelling van de bijdragen onder de solidariteitsregelingen voor beide kalenderjaren wordt door de zorgverzekeraars zelf gedaan. Zorginstituut Nederland is, op verzoek van ZN en met instemming van VWS, de partij die bijdragen van de solidariteitsregelingen heeft berekend. Dit proces bestond uit meerdere stappen waarbij deelname aan iedere stap vrijwillig is. Deze stappen betreffen op hoofdlijnen het volgende:

1. Het verdelen van de kosten en baten ten gevolge van COVID-19, afkomstig vanuit onder andere:
 - i. De continuïteitsbijdragen
 - ii. De catastroferegeling
2. Het herverdelen van resterende COVID-19-effecten via een bandbreedtemethodiek, gebaseerd op het verschil tussen het verwachte en daadwerkelijke vereveningsresultaat voor 2020.
3. Ex-postrisicovereveningsmaatregelen voor 2021.
4. Het herverdelen van resterende COVID-19-effecten via een bandbreedtemethodiek, gebaseerd op het verschil tussen het verwachte en daadwerkelijke vereveningsresultaat voor 2021.

Impact op het zorgverzekeraarslandschap

Het opzetten van de solidariteitsregelingen door de zorgverzekeraars zelf heeft als doel scheve concurrentieverhoudingen te voorkomen, maar zou op zichzelf ook tot marktverstoring kunnen leiden. Om die reden is formele goedkeuring van de toezichthouder, de Autoriteit Consument en Markt (ACM), nodig. De ACM heeft de inzet en uitvoering van de private regelingen over 2020 en 2021 goedgekeurd. [\[13\]](#), [\[24\]](#)

De rekenregels voor de bijdrage vanuit de catastrofereregeling hangen af van de hoeveelheid catastrofeschadelast

Als onderdeel van de evaluatie zijn op basis van data gedeeld door Zorginstituut Nederland inzichten in de voorlopige vaststelling van de catastrofesbijdragen opgedaan, waarbij de focus ligt op de (overschrijding van) drempelwaarden. De voorlopige vaststelling betreft de catastrofesbijdrage die de verzekeraars op basis van huidige inzichten hebben of nog gaan ontvangen. De data onderliggend aan deze analyse is afkomstig van van de voorlopige vaststelling van Zorginstituut Nederland, gebaseerd op gegevens bekend tot en met eind 2021. Deze cijfers zijn gedateerd en ingediend zonder assurance en zullen dus nog wijzigen ten tijde van de definitieve vaststelling.

Drempelwaarden catastrofesbijdrage

Zorgverzekeraars worden volgens Artikel 6.6.2 van de Regeling zorgverzekering [24] gecompenseerd door Zorginstituut Nederland, waarbij de toe te kennen catastrofesbijdrage afhankelijk is van de verhouding tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage vermenigvuldigd met het aantal verzekerdenjaren (de grondslag) en de catastrofeschadelast zoals door de verzekeraars ingediend bij Zorginstituut Nederland. De te ontvangen bijdrage is ingedeeld naar de volgende drempels:

- Wanneer de verhouding catastrofeschadelast ten opzichte van grondslag minder dan 4% bedraagt krijgt de verzekeraar geen bijdrage.
- Wanneer de verhouding catastrofeschadelast ten opzichte van grondslag tussen de 4% en 10% bedraagt krijgt de verzekeraar een bedrag ter hoogte van 5/3 vermenigvuldigd met het verschil tussen de catastrofeschadelast en 4% van de grondslag.
- Wanneer de verhouding catastrofeschadelast ten opzichte van grondslag tussen de 10% en 20% bedraagt krijgt de verzekeraar een bedrag ter grote van die catastrofelast en 4% van de grondslag.
- Wanneer de verhouding catastrofeschadelast ten opzichte van grondslag meer dan 20% bedraagt krijgt de verzekeraar een bedrag ter grote van 20% van de grondslag.

De drempelwaarden zijn op basis van de vereveningsbijdrage, wat ongeveer de helft is van de totale kosten in de Zorgverzekeringwet.

Ter illustratie is het volgende voorbeeld uitgewerkt waarbij er verschillende catastrofeschadelast bedragen worden ingebracht in de regeling met een grondslag waarde van 100:

Overzicht inbreng/bijdragen catastrofereregeling					
Inbreng	Bijdrage			Totaal	Eigen bijdrage
	0-4%	4-10%	10-20%		
3%	0%	0%	0%	0%	3%
7%	0%	5%	0%	5%	2%
15%	0%	10%	5%	15%	0%
25%	0%	10%	10%	20%	5%

Tabel 3: Voorbeeld van werking drempelwaarden in catastrofereregeling

In Tabel 3 zijn vier verschillende situaties met verschillende inbreng weergegeven. Stapsgewijs wordt de bijdrage die de verzekeraars ontvangen vanuit de catastrofereregeling opgebouwd, aan de hand van de voorgaande rekenregels.

Zichtbaar is dat de ideale situatie, vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar, een inbreng is tussen de 10% en 20% van de grondslag. Hiermee heeft de zorgverzekeraar geen eigen bijdrage. In alle andere gevallen zal de zorgverzekeraar een deel van de catastrofeschadelast zelf moeten dragen. Dat de inbreng tussen 10% en 20% van de grondslag de ideale situatie geeft, wordt veroorzaakt doordat de inbreng tussen 4% en 10% van de grondslag voor 5/3 wordt vergoed.

De verschillende uitkomsten vanuit het perspectief van de verzekeraar kunnen zorgen voor een verstoring van het gelijke speelveld. Gedurende een catastrofe is het daardoor onzeker in hoeverre een verzekeraar een bijdrage krijgt.

Tijdens de COVID-19-pandemie werden verschillende regio's verschillend getroffen. Vanuit bovenstaand perspectief bezien, en met het oog op de aard van de catastrofe, bestond er het risico dat het gelijke speelveld tijdens het overstapseizoen 2020-2021 werd verstoord, door inschattingen in hoeverre een zorgverzekeraar dicht bij de drempelwaarde van 10% kwam, en er daardoor meer financiële ruimte ontstond voor een concurrerende premiestelling.

De drempelwaarden en rekenregels zijn ook zichtbaar in de figuur op de volgende pagina. Hierin zijn de drempels en bijbehorende catastrofesbijdragen in de figuur geplot met de lichtblauwe lijn.

De voorlopige catastrofeschadelast bedraagt tussen 4% en 20% van de gemiddelde vereveningsbijdrage

Catastrofeschadelast en grondslag

De voorlopige ratio tussen catastrofeschadelast en grondslag voor de verzekeraars is op deze lijn geplot middels de roze punten. Om de catastrofeschadelast en grondslag per verzekeraar te bepalen, wordt de door de verzekeraar ontvangen vereveningsbijdrage (de grondslag) vergeleken met de catastrofeschadelast zoals door de verzekeraars ingediend bij Zorginstituut Nederland.

De ontvangen vereveningsbijdrage wordt bepaald door de verzekerdenjaren in 2020 per verzekeraar te vermenigvuldigen met de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerdenjaar. De gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde in 2020 is berekend door de totale vereveningsbijdragen te delen door het aantal verzekerdenjaren.

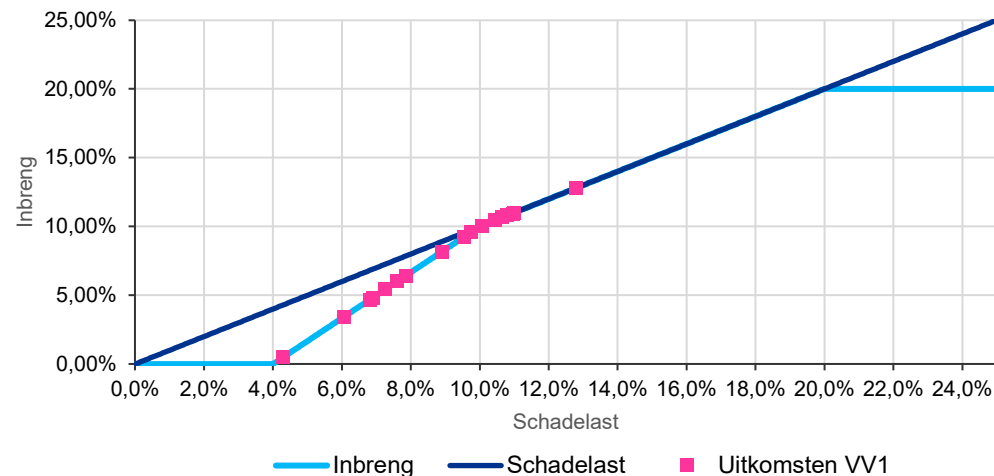
Grondslag	Catastrofeschadelast	Catastrofeschadelast t.o.v. de 4-% drempel
Gemiddelde vereveningsbijdrage * verzekerdenjaren	Zoals ingediend bij ZIN	$\frac{\text{Catastrofeschadelast}}{\text{Grondslag}} * 100\%$

Tabel 5: Opzet catastrofeschadelast en grondslag

Geobserveerde drempelwaarden bij voorlopige vaststelling

Op basis van de data van datum zijn de voorlopig door de verzekeraars gerealiseerde ratio's als volgt op drempelwaarden te plotten.

Uitkomsten eerste vaststelling catastrofereregeling



Ten tijde van de voorlopige vaststelling is geen van de verzekeraars in de dataset* onder de drempelwaarde van 4% uitgekomen. Twaalf verzekeraars zijn tussen de 4% en 10% uitgekomen en hebben een bedrag ter grote van 5/3 vermenigvuldigd met het verschil tussen de catastrofeschadelast en 4% van de grondslag ontvangen. Acht verzekeraars zijn tussen de 10% en 20% uitgekomen en hebben een bedrag ter grootte van die catastrofeschadelast ontvangen.

*: Eén verzekeraar is in 2020 actief geweest op de Nederlandse verzekeringsmarkt, en is eind 2020 gestopt. Deze verzekeraar is niet meegenomen in deze analyse.

De voorlopige catastrofebijdrage bedraagt €2.6 miljard en de definitieve vaststelling zal naar verwachting in 2025 plaatsvinden

Drempels	Aantal
0% - 4%	0
4% - 10%	12
10% - 20%	8
>20%	0

Tabel 6: Overzicht van verzekeraars in drempelcategorieën

Definitieve vaststelling

De getoonde inzichten zijn gebaseerd op de door verzekeraars aangeleverde catastrofeschadelasten ten behoeve van de voorlopige vaststelling eind 2021. Voor de definitieve vaststelling hebben de verzekeraars tot mei 2024 om de catastrofeschadelast op te geven bij Zorginstituut Nederland. De definitieve vaststelling en de uitbetaling van de definitieve catastrofebijdragen zal in 2025 plaatsvinden.

Ten opzichte van het beeld ten tijde van de voorlopige vaststelling is de verwachting dat in de definitieve vaststelling minimaal 5 verzekeraars van het interval 4%-10% naar 10%-20% zijn verschoven.

Catastrofebijdrage t.o.v. totale Zvw kosten

Uit cijfers van het Zorginstituut Nederland blijkt dat het grootste gedeelte van de COVID-19-kosten uit de catastrofebijdrage zijn toegekend aan de indirecte meerkosten, waarbij de gehele catastrofebijdrage 2,7% van de totale zorgkosten in de Zorgverzekeringswet betrof in 2020 en 2021 gezamenlijk [25].

De catastrofereregeling wordt over de kalenderjaren 2020 en 2021 gezamenlijk afgerekend. In Tabel 7 zijn daarom de kosten van beide jaren bij elkaar opgeteld. Deze getallen zijn indicatief, ten dele omdat er verschillen zijn in het moment waarop deze bedragen zijn vastgesteld.

	2020 en 2021
Catastrofebijdrage	€ 2.558 miljoen
<i>Waarvan Meerkosten Corona indirect</i>	€ 1.132 miljoen
<i>Waarvan Meerkosten Corona toeslagen</i>	€ 475 miljoen
Continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	€ 2.500 miljoen
Totaal catastrofebijdrage + continuïteitsbijdrage	€ 5.058 miljoen
Totale kosten zorgverzekeringswet	€ 96.466 miljoen
Deel catastrofebijdrage	2,7%

Tabel 7: Overzicht van catastrofebijdrage t.o.v. de totale Zvw kosten

De catastrofereregeling zorgt voor het reduceren van het vereiste solvabiliteitskapitaal voor catastroferisico's

Alle verzekeraars binnen de Europese Unie moeten voldoen aan de Solvency II-wetgeving. Dit geldt ook voor de Nederlandse zorgverzekeraars. Binnen Solvency II moet voor diverse risico's solvabiliteitskapitaal worden aangehouden, en de wetgeving schrijft voor hoe dit kapitaal berekend dient te worden. In het geval er zich een risico manifesteert in de praktijk, heeft een verzekeraar het benodigde kapitaal om dit risico op te vangen. Hierdoor zijn de polishouders beschermd tegen een faillissement van een verzekeraar, en is de solvabiliteit in hoge mate van zekerheid gewaarborgd. In de praktijk houden de meeste verzekeraars 130 à 140% van het vereiste kapitaal aan, om in het geval van tegenslagen niet onder de 100% te dalen. In Nederland is DNB de toezichthouder op de naleving van de Wft, waarin de Solvency II Richtlijn is geïmplementeerd.

Binnen Solvency II wordt de solvabiliteitskapitaalvereiste (SKV) bepaald door diverse risicomodules. Zo wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met een daling in de aandelenkoersen, een eventueel faillissement van andere derde partijen en de gevolgen daarvan voor de zorgverzekeraar, maar ook verzekeringstechnische risico's maken hier onderdeel van uit. Catastroferisico is één van de risico's waarvoor kapitaal aangehouden wordt. Binnen deze module worden, voor zorgverzekeraars, financiële risico's voor *massaal ongeval* en *pandemie* bepaald.

Het aan te houden risicokapitaal is het resultaat van meerdere risico's, die elkaar ook gedeeltelijk kunnen mitigeren omdat deze nooit tegelijkertijd kunnen optreden. Dit heet diversificatie en speelt ook binnen de module voor catastroferisico's. Echter, binnen deze module is het pandemierisico verreweg het grootst voor de totale module.

De catastrofereregeling zoals deze nu is opgenomen in Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet beperkt het risico waar een zorgverzekeraar aan is onderworpen. Immers, in het geval van een catastrofe (bijvoorbeeld een ongeval of pandemie) staat het Zorgverzekeringsfonds garant voor (een deel van) de aanvullende kosten. Volgens de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet (*Staatscourant 2015, nr. 41997*) wordt het aan te houden kapitaal voor catastrofes met ongeveer 80% verlaagd als gevolg van de huidige gekozen rekenregels in de Regeling zorgverzekering. Als gevolg hiervan hoeven verzekeraars niet (onnodig) veel kapitaal aan te houden, en wordt daarmee voorkomen dat verzekeraars bijvoorbeeld hogere premies moeten vragen om de reserves te verhogen.

Gezien de uitgekeerde catastrofebijdrage (pagina 34) in de praktijk, is een reductie van de kapitaalsvereisten voor een catastrofe te rechtvaardigen. Mede als gevolg van de catastrofereregeling is het risico beperkt gebleven. Niet in scope van dit onderzoek is in hoeverre het gehanteerde percentage (80%) ook de daadwerkelijke risicodemping in de praktijk is geweest.

Voorbeeldberekening invloed SKV

KPMG heeft een illustratief voorbeeld gemaakt, om de invloed van deze 80% reductie op het catastroferisico te kwantificeren naar de totale balans van een verzekeraar. Hiervoor is de balans van een fictieve verzekeraar gehanteerd. Afhankelijk van de mate waarin verzekeraars aan specifieke risico's zijn blootgesteld, zal de invloed per verzekeraar afwijken in de praktijk.

De 80% afslag op het catastroferisico betreft een lineaire afslag. Voor de kwantificering van de invloed hiervan wordt het catastroferisico verviervoudigd. De bedragen zijn fictief, maar de verhoudingen zijn gebaseerd op wat KPMG in de praktijk ziet. De precieze berekening van het SKV met en zonder afslag is opgenomen in bijlage 6. Aangenomen wordt dat deze fictieve verzekeraar EUR 27.500 aan in aanmerking komend eigen vermogen heeft voor de dekking van het SKV. De resultaten zijn als volgt:

Berekening 80% afslag catastroferisico - fictief			
	Met 80% afslag	Zonder 80% afslag	Vershil
Catastroferisico Zorg	€ 400	€ 2.000	€ -1.600
Totale SKV	€ 20.192	€ 20.701	€ -509
Beschikbare activa	€ 27.500	€ 27.500	
Solvency II-ratio	136,2%	132,8%	3,3%

Tabel 8: Voorbeeld berekening 80% afslag catastroferisico

Zichtbaar is dat de afslag van 80% op het catastroferisico zorgt voor een stijging van de Solvency II-ratio met ongeveer 3 procentpunten. Dit leidt tot een lagere kapitaalsvereiste (de mate waarin is afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekeraar), en is dit vrij kapitaal voor de zorgverzekeraars die zij, bijvoorbeeld, in kunnen zetten voor het dempen van de premies. Op landelijk niveau zorgt deze afslag van 80% voor een verlaging van de kapitaalsvereisten van ongeveer EUR 100-300 miljoen.

De catastrofereregeling zorgt voor het reduceren van het vereiste solvabiliteitskapitaal voor catastroferisico's

Risicoverevening en HRES

Niet alleen de catastrofereregeling leidt tot een verlaging van de kapitaalsvereisten voor de Nederlandse zorgverzekeraars. Vanwege het karakter van het Nederlandse basiszorgverzekeringsstelsel met als fundament de risicoverevening lopen de verzekeraars namelijk een niet vergelijkbaar risico met de Europese zorgverzekeraars. Daarom is besloten de standaardparameters voor premie- en reserverisico uitsluitend te kalibreren op data van de Nederlandse verzekeraars. De kalibratie van de Health Risk Equalisation System (HRES)-parameters (HRES) wordt uitgevoerd door DNB. DNB is verantwoordelijk voor de analyse van de adequaatheid van deze parameters, EIOPA maakt, mede op basis van de analyse van DNB, de afweging of er een aanpassing op de HRES parameters nodig is. Het gebruik hiervan leidt tot de zogenoemde HRES-afslag. Deze ziet toe op het totale stelsel van risicoverevening, en niet op de catastrofereregeling.

Deelvraag 3

In deze deelvraag wordt gekeken naar de effecten van de catastrofereregeling tijdens de COVID-19-pandemie. Hierbij wordt de focus gelegd op zowel beleidsmatige en uitvoeringsaspecten als financiële aspecten. Hiernaast gaan wij in op overige positieve en/of negatieve aspecten en kijken wij naar de algemene noodzakelijkheid van de regeling. Voor het beantwoorden van de vraag zijn interviews afgenomen met belanghebbende partijen en is een toetsingskader opgesteld.

Deelvraag 3 geeft een beeld van de effectiviteit van de catastrofereregeling tijdens COVID-19 en de noodzaak van de regeling

Introductie en leeswijzer

In deelvraag 2 is inzichtelijk gemaakt wat de praktische invulling is geweest van de catastrofereregeling ten tijde van COVID-19. De derde deelvraag gaat in op de effectiviteit van de catastrofereregeling en de noodzakelijkheid van de regeling. Hierbij wordt gekeken naar de werkelijke effecten van de regeling tijdens de pandemie. Verder wordt inzicht gegeven in de bredere werking van de regeling voor en na de uitbraak van de COVID-19-pandemie en worden de kostensoorten behorend bij de COVID-19-pandemie besproken.

Om de deelvraag zo volledig mogelijk te beantwoorden, is input van diverse stakeholders op zowel bestuurlijk als uitvoeringsniveau verzameld door middel van afgenomen interviews met behulp van de opgestelde interviewleidraad en toetsingskader. Bij de interviews is de partijen gevraagd een nadere toelichting te geven over de mate van naleving van elk criterium van het toetsingskader in de praktijk en of eventuele aanpassingen benodigd zijn.

In dit hoofdstuk wordt allereerst op basis van de interviews een overzicht weergegeven van de acht criteria waaraan de catastrofereregeling is getoetst, inclusief de drie onderwerpen waarop de criteria zijn beoordeeld. Vervolgens wordt op de onderliggende pagina's ieder criterium in meer detail toelicht. De structuur die gehanteerd wordt is als volgt:


- Definitie van het criterium, inclusief het belang om het criterium mee te nemen bij de toetsing van de catastrofereregeling
- Toelichting op eventuele discrepanties tussen de beoogde werking en de praktische uitwerking van het criterium, inclusief de positieve of negatieve effecten die deze in de praktijk hebben gehad
- Voorstel voor verbeteringen met betrekking tot de catastrofereregeling op basis van het geschetste criterium en met aandacht voor de brede inzetbaarheid van de catastrofereregeling voor verschillende (typen) catastrofes

De catastrofereregeling is in dit toetsingskader in enkele gevallen afgekort tot 'CR' in het kader van de leesbaarheid.





De verbeter- en aandachtspunten zijn in meer detail uitgewerkt in hoofdstuk 3.4.

Toetsingskader (1/2)

3.3

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Bieden van zekerheid en stabiliteit	<p>De catastrofereregeling heeft zekerheid gebracht en de continuïteit van de zorg geborgd.</p> <p>Doelstelling van de CR vooraf niet helder. De gekozen wijze van invulling veroorzaakte ook onduidelijkheid.</p> <p>Rolverdeling en verantwoordelijkheden in het begin onduidelijk, mede gezien het feit dat de catastrofereregeling voor het eerst in werking trad.</p>	 <p>Onduidelijkheid over de werking bracht onzekerheid met zich mee, primair voor de borging van het gelijke speelveld. Ondanks deze onzekerheid en dat de catastrofereregeling voor het eerst in werking is getreden, heeft deze zekerheid en stabiliteit geboden.</p>	Een werkgroep instellen die diverse catastrofescenario's uitwerkt en hoe de catastrofereregeling hierop doorwerkt. Dit verhoogt vroegtijdige betrokkenheid van relevante partijen bij de invulling van de catastrofereregeling tijdens catastrofes. Deze opgedane kennis kan leiden tot een draaiboek met uitgewerkte scenario's en duidelijke rolverdelingen.
Aanmoedigen van solidariteit	<p>Solidariteit werd door partijen breed ervaren gedurende de pandemie.</p> <p>De catastrofereregeling zorgde dat partijen, met name in de eerste fase van de pandemie, noodzakelijke keuzes konden maken om de pandemie te beteugelen.</p> <p>Solidariteit werd door partijen vooral geborgd door aanvullende afspraken buiten de catastrofereregeling om.</p>	 <p>De catastrofereregeling heeft met name bij de start van de pandemie de solidariteit gestimuleerd vanwege de bescherming tegen ernstige financiële gevolgen.</p> <p>Solidariteit werd grotendeels geborgd door aanvullende private afspraken.</p>	<p>Perverse prikkelwerking beperken door drempelwaarden en rekenregels aan te passen.</p> <p>Er mogen geen grote concurrentiever verschillen ontstaan door de catastrofereregeling.</p>
Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen	Zorgverzekeraars hebben geen financiële last gehad van de extra kosten. Meerkosten zijn vergoed.	 <p>Voor de niet-voorspelbare verliezen is er ruimte geboden voor compensatie.</p>	Door de substitutie van zorg is er het risico dat verzekeraars zijn overgecompenseerd. Deze compensatie is onder andere gebruikt voor het dempen van de premies.
Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid	<p>De uitvoering is als complex ervaren, hoofdzakelijk door het definiëren van de catastrofeschadelast.</p> <p>Zowel de administratieve last als de uitvoeringsdruk was hoog.</p>	 <p>De catastrofereregeling was op elementen onduidelijk. Daardoor is veel tijd en energie gaan zitten in deze elementen.</p> <p>Hoge administratieve last en complexiteit, mede doordat niet eenduidig geregistreerd werd.</p>	<p>Splitsing tussen catastrofeschadelast en reguliere kosten zorgt voor onwenselijke complexiteit.</p> <p>Prestatiecodes voor mogelijke catastrofes kunnen mogelijk op voorhand al ingericht worden.</p>

Toetsingskader (2/2)

Toetsingskader catastroferegeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Waarborgen van gelijk speelveld	<p>Drempelwaarden zorgden voor een landelijk marktverstoring effect.</p> <p>Tussen 4% en 10% was er versnelde groei met perverse prikkelwerking.</p> <p>De solidariteitsregelingen hebben als doel het gelijke speelveld te borgen.</p>	<p> De catastroferegeling in haar huidige vorm was ontoereikend voor een nationale catastrofe, waardoor een private regeling door zorgverzekeraars is geïntroduceerd.</p> <p>Er is door sommige partijen geopperd om de catastroferegeling niet in werking te laten treden.</p>	<p>Prikkelwerking beperken door de versnelde groei te dempen.</p> <p>Idealiter ontstaan geen grote concurrentieverschillen door de catastroferegeling en drempelwaarden kunnen worden heroverwogen.</p>
Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling	<p>Er zijn geen indicaties dat er oneigenlijke uitbetaling heeft plaatsgevonden. Er heeft veel afstemming plaatsgevonden over de definitie van de catastrofeschadelast om dit risico te mitigeren.</p>	<p> In de huidige vormgeving (mede door de factor 5/3) bestaan prikkels om de catastrofeschadelast zo ruim mogelijk te definiëren.</p>	<p>Door een overkoepelend ex-postmechanisme zou de definitie van <i>catastrofeschedelast</i> niet meer noodzakelijk zijn.</p> <p>Indien het onderscheid wel gemaakt moet worden, dan kunnen alvast prestatiecodes worden uitgewerkt.</p>
Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid	<p>Aan het begin veel onduidelijkheid bij invoering, primair door drempels en onderscheid van kosten.</p> <p>Gedurende het proces ontstond voortschrijdend inzicht, maar deze is niet of slechts beperkt gebruikt in de praktijk om de catastroferegeling aan te passen.</p> <p>De invoering van macronacalculatie in 2021 wordt als een verbetering ervaren.</p>	<p> Ten tijde van invoering bleek de regeling onvoldoende duidelijk en flexibel. Later in het proces is de balans vooral doorgeslagen naar nauwkeurigheid en precisie, waardoor kenmerken als flexibiliteit en eenvoud ondergeschikt raakten.</p>	<p>Meer flexibiliteit zou geboden kunnen worden in de opzet van de huidige regelingen door de optie te bieden de wettelijke vastleggingen te verruimen, of door de catastroferegeling te vervangen met ex-postmaatregelen.</p> <p>De optie voor een private regeling wordt gemengd ervaren. In de basis zou een toereikende catastroferegeling afdoende moeten zijn.</p>
Reduceren van kapitaalvereisten	<p>Er wordt een afslag van 80% genomen bij de bepaling van het solvabiliteitskapitaalvereiste voor catastroferisico. Dit staat beschreven in de memorie van toelichting.</p>	<p> De wet- en regelgeving is sinds 2016 consistent toegepast.</p>	<p>De onderbouwing van de 80% reductie kan worden geactualiseerd en dient mogelijk te worden aangepast, zeker in het geval dat er rekenregels worden gewijzigd.</p>

De catastrofereregeling heeft zekerheid en stabiliteit gebracht en de continuïteit van zorg gewaarborgd

Het criterium voor het bieden van zekerheid en stabiliteit betreft de uitwerking van de catastrofereregeling op het zorgstelsel. Hierbij dient de regeling het financiële risico voor zorgverzekeraars te verminderen en een eerlijke verdeling van kosten onder zorgverzekeraars te waarborgen. In de praktijk is dit resultaat in grote mate behaald.

Er wordt door verschillende partijen aangegeven dat de catastrofereregeling zekerheid en stabiliteit heeft gebracht in onzekere tijden en de continuïteit van de zorg gewaarborgd heeft.

Op het moment van het uitroepen van de pandemie door de WHO, en de grote onzekerheid die daarmee gepaard ging, heeft de catastrofereregeling gezorgd voor zekerheid en vermindering van financiële risico's voor zorgverzekeraars door het vangnet zoals is vastgelegd in de wet. Het verminderen van de financiële risico's voor zorgverzekeraars heeft ook gezorgd voor meer stabiliteit in de continuïteit van de zorg. De extra kosten voor COVID-19 zijn opgevangen door de catastrofereregeling waardoor aanvullende of herijkte afspraken met zorgverleners snel konden worden opgestart en de continuïteit van de zorg geborgd bleef.


Het uitroepen van de pandemie door de WHO was een gebeurtenis die zorgde voor inwerkingtreding van de catastrofereregeling. In Artikel 33 zijn enkele catastrofes gespecificeerd, waaronder een kernramp of pandemie, of andere bij Ministeriële regeling aan te wijzen gebeurtenissen. Een enkele partij geeft aan dat een koppeling met de Wet tegemoetkoming schade bij rampen (Wts) mogelijk voor de toekomst een verbetering zou kunnen zijn, zodat een eenduidige definitie bestaat voor wanneer de catastrofereregeling in werking zou moeten treden. Deze suggestie dient nader onderzocht te worden.

Uit de interviews is gebleken dat het doel en werking van de catastrofereregeling niet voor iedereen helder was bij inwerkingtreding.

De onduidelijkheid aangaande de werking van de regeling was met name aanwezig bij enkele details van de wet, waaronder de opgestelde drempelwaarden voor inbreng van de kosten en welke kosten als COVID-19-kosten werden beschouwd. Tevens was aan het begin van de pandemie niet helder welke partij welke rollen en verantwoordelijkheden had te vervullen bij de uitvoering van de catastrofereregeling. Gezien het feit dat de regeling voor het eerst in werking is getreden, is een leerproces te verwachten. Naar verloop van tijd werden de verantwoordelijkheden en bij wie deze belegd waren helderder. In het geval van een volgende pandemie zal de werking en rolverdeling vanuit de catastrofereregeling naar verwachting duidelijker zijn. In het geval van een andere vorm van catastrofe, kan dit nog onvoldoende zijn vastgelegd.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbetering in de catastrofereregeling:

- Het samenbrengen van een werkgroep om de meest reële (toekomstige) catastrofes uit te werken is wenselijk, om onzekerheid in werking van de catastrofereregeling te verminderen, de werking van de regeling op hoofdlijnen te kunnen inschatten, inbreng van de verwachte kosten te definiëren en de rolverdeling van verschillende partijen op voorhand te bespreken. Mogelijke uitkomsten van deze werkgroep zijn een draaiboek voor verschillende vormen van catastrofes, uitgewerkte rolverdeling van verschillende partijen en een kader voor kosteninbreng. Het draaiboek zal hierbij ingaan op bepaalde kernelementen van een mogelijke catastrofe.

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Bieden van zekerheid en stabiliteit	De catastrofereregeling heeft zekerheid gebracht en de continuïteit van de zorg geborgd. Doelstelling van de CR vooraf niet helder. De gekozen wijze van invulling veroorzaakte ook onduidelijkheid. Rolverdeling en verantwoordelijkheden in het begin onduidelijk, mede gezien het feit dat de catastrofereregeling voor het eerst in werking trad.	 <p>Onduidelijkheid over de werking bracht onzekerheid met zich mee, primair voor de borging van het gelijke speelveld. Ondanks deze onzekerheid en dat de catastrofereregeling voor het eerst in werking is getreden, heeft deze zekerheid en stabiliteit geboden.</p>	Een werkgroep instellen die diverse catastrofescenario's uitwerkt en hoe de catastrofereregeling hierop doorwerkt. Dit verhoogt vroegtijdige betrokkenheid van relevante partijen bij de invulling van de catastrofereregeling tijdens catastrofes. Deze opgedane kennis kan leiden tot een draaiboek met uitgewerkte scenario's en duidelijke rolverdelingen.

De partijen ervoeren sterke onderlinge solidariteit, met als resultaat de solidariteitsregelingen om concurrentieprikkels te mitigeren

Het criterium voor het aanmoedigen van solidariteit betreft de uitwerking van de catastroferegeling met het oog op het bevorderen van samenwerking tussen zorgverzekeraars naar aanleiding van gemaakte kosten door een catastrofe, en wellicht zodat dit de continuïteit van de zorg niet belemmert. In de praktijk is dit punt in zekere mate behaald.

Er wordt door verschillende partijen aangegeven dat de catastroferegeling resulteerde in een solidair zorgstelsel.

De catastroferegeling zorgde ervoor dat partijen de focus konden leggen op het maatschappelijke belang waarbij de eigen belangen een minder hoge prioriteit kregen. Ten tijde van COVID-19 werden de lasten landelijk verdeeld en was het mogelijk voor de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om van elkaar op aan te kunnen en elkaar te steunen. In brede zin wordt ervaren dat de COVID-19-pandemie op een solidaire en constructieve wijze is aangepakt, zeker in de beginfase van de catastrofe.


De drempelwaarde van 4% wordt door diverse partijen als een hoge drempel ervaren. Op landelijk niveau vertaalt deze drempel zich naar een totale catastrofeschadelast van ongeveer EUR 1 miljard, waarbij rekening wordt gehouden met de omvang van de getroffen verzekeraar(s). Tegelijkertijd geven diverse partijen ook aan dat er wel enig verzekeringstechnisch risico (en dus mogelijk verlies) mag bestaan in het geval van een catastrofe.

Tegelijkertijd blijkt uit de interviews ook dat onduidelijkheid bestond onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders omtrent het waarborgen van solidariteit als gevolg van de catastroferegeling.

De catastroferegeling was, volgens meerdere partijen, niet voldoende in staat om concurrentieprikkels weg te nemen uit de relatie tussen zorgverzekeraars en -verleners. Verschillende partijen hebben eigen onderlinge afspraken gemaakt, waardoor dit beter werd geborgd. De private solidariteitsregelingen tussen zorgverzekeraars leverden een positieve bijdrage in het waarborgen van solidariteit binnen het zorglandschap en tussen verzekeraars onderling. Partijen geven breed aan dat het niet wenselijk is dat er concurrentieprikkels of -voordelen bestaan in het geval van een catastrofe en van de uitvoering van de catastroferegeling.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbetering in de catastroferegeling:

- De perverse prikkelwerking in de huidige drempels dient te worden weggenomen dan wel gemitigeerd, zowel op competitief als verzekeringstechnisch gebied.

Toetsingskader catastroferegeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Aanmoedigen van solidariteit	<p>Solidariteit werd door partijen breed ervaren gedurende de pandemie.</p> <p>De catastroferegeling zorgde dat partijen, met name in de eerste fase van de pandemie, noodzakelijke keuzes konden maken om de pandemie te beteugelen.</p> <p>Solidariteit werd door partijen vooral geborgd door aanvullende afspraken buiten de catastroferegeling om.</p>	 <p>De catastroferegeling heeft met name bij de start van de pandemie de solidariteit gestimuleerd vanwege de bescherming tegen ernstige financiële gevolgen.</p> <p>Solidariteit werd grotendeels geborgd door aanvullende afspraken.</p>	<p>Perverse prikkelwerking beperken door drempelwaarden en rekenregels aan te passen.</p> <p>Er mogen geen grote concurrentieverschillen ontstaan door de catastroferegeling.</p>

Zorgverzekeraars en -aanbieders hebben (zeer) beperkt financiële last ervaren van de extra COVID-19-kosten

Het criterium voor het compenseren van niet-voorspelbare verliezen heeft als doel om de onverwachte kosten als gevolg van een catastrofe te compenseren. In de praktijk is dit punt volledig behaald.

Ten tijde van COVID-19 heeft de catastroferegeling voldoende ruimte geboden voor compensatie van alle niet-voorspelbare verliezen.

In de interviews wordt aangegeven dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nauwelijks tot geen financiële last hebben ervaren van gemaakte extra kosten tijdens de pandemie. Hier wordt gerefereerd naar de specifieke COVID-19-kosten en de meerkostenregeling die zijn opgenomen in de catastroferegeling.


Door veel partijen is benoemd dat de catastroferegeling in haar huidige vorm naar alle waarschijnlijkheid is ontstaan met een lokale of regionale catastrofe in gedachten, en dat deze in haar huidige vorm beperkt passend is voor een landelijke catastrofe. Dit heeft onder andere tot gevolg gehad dat er separate solidariteitsregelingen zijn opgezet. Gezien het feit dat de meeste zorgverzekeraars de drempel van 10% hebben behaald, is dit achteraf bezien niet belemmerend voor dit criterium. De drempels kunnen echter wel zorgen voor perverse prikkels indien de drempel van 10% niet wordt behaald, en meerdere partijen hebben ook aangegeven de bovengrens van 20% onwenselijk te vinden vanuit een solidaire gedachte. Immers, indien een zorgverzekeraar ruim boven de 20% aanvullende schade heeft vanuit een catastrofe, heeft deze alsnog niet-voorspelbare verliezen waardoor die mogelijk insolabel kan worden.

In het geval van een toekomstige catastrofe met een kleinere financiële impact, is de compensatie van niet-voorspelbare verliezen mogelijk niet volledig indien verzekeraars <10% van de grondslag aan schadelast hebben. Dit wordt door veel partijen beschouwd als verzekeraarsrisico.

Door het bieden van een ruimere compensatie dan de aanvullend gemaakte kosten (zoals de factor 5/3 tussen de drempelwaarden van 4% en 10%) kan het risico op een oneigenlijke betaling toenemen. Dit onderdeel is apart beoordeeld in het toetsingskader.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbeterrichtingen in de catastroferegeling:

- Op dit moment is in de compensatie van niet-voorspelbare verliezen enkel rekening gehouden met de extra catastrofe-gerelateerde kosten en meerkosten. Tijdens COVID-19 was er sprake van substitutie van zorg, waardoor de zorguitval ten gevolge van de catastrofe niet is meegenomen. Voor de toekomst kan de catastroferegeling rekening houden met de netto-kosten (waarin ook de kosten van mogelijke zorguitval zijn meegenomen) ten gevolge van een catastrofe. Bij voorkeur verloopt dit middels een ex-postmechanisme die vooraf is gedefinieerd omdat hierbij wordt gekeken naar de totale (Zvw-)kosten. Hierdoor wordt de kans op mogelijke overcompensatie verkleind. Bij het analyseren van toekomstige verbeterrichtingen dient zowel het samenspel met de risicoverevening, als het financiële effect op verzekeraarsniveau te worden geanalyseerd om prikkelwerking inzichtelijk te krijgen.

Toetsingskader catastroferegeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen	Zorgverzekeraars hebben geen financiële last gehad van de extra kosten. Meerkosten zijn vergoed.	 Voor de niet-voorspelbare verliezen is er ruimte geboden voor compensatie.	Door de substitutie van zorg is er het risico dat verzekeraars zijn overgecompenseerd. Deze compensatie is onder andere gebruikt voor het dempen van de premies.

De uitvoeringscomplexiteit van de regeling en de definitie van de schadelast leidden tot initieel moeizame implementatie en hoge administratieve lasten

Het criterium voor uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid beoordeelt of ten tijde van een catastrofe de catastrofereregeling zonder onnodige vertraging of onduidelijkheid als gevolg van complexe procedures of verspreiding van verantwoordelijkheden uitgevoerd kan worden. Tijdens periodes van een catastrofe bestaat een grote behoefte aan acute respons en de onmiddellijke implementatie van essentiële beleidsrichtlijnen of het beschikbaar stellen van financiële middelen. Hierbij is een eenvoudige en snelle uitvoering cruciaal. In de praktijk is dit punt in beperkte mate behaald.

Er wordt door verschillende partijen aangegeven dat er grote onduidelijkheid en uitvoeringscomplexiteit heerste tijdens de inwerkingtreding van de catastrofereregeling.

De complexiteit van de catastrofereregeling resulteerde in een initiële moeizame uitvoerbaarheid bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders door onduidelijke elementen in de regeling. Verschillende partijen gaven aan dat er sprake was van een hoge administratieve last en een grote uitvoeringsdruk. Voornamelijk de definitie van de *catastrofeschedelast* heeft daarbij voor complexiteit gezorgd, waarbij is gekozen voor een gedetailleerde definitie van kosten gerelateerd aan COVID-19. Dit wordt door nagenoeg alle partijen omschreven als een complex en tijdrovend proces, zowel voor zorgverzekeraars als uitvoeringspartijen, en de catastrofereregeling heeft ook aanvullende administratieve lasten veroorzaakt bij zorgverleners in de registratie.

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is door diverse partijen ervaren als een belemmerende factor voor de uitvoering, waardoor het delen van informatie (zoals welke verzekerden besmet waren met COVID-19) werd bemoeilijkt. Dit geldt met name voor sectoren die bij aanvang van de pandemie geen COVID-19-specifieke codes beschikbaar hadden, waardoor het achteraf delen van informatie benodigd was.


Dit had het definiëren van de catastrofeschadelast naar verwachting zuiverder gemaakt en een aantal processen eenvoudiger gemaakt.

Ook is benoemd door diverse partijen dat eenvoud het uitgangspunt was aan het begin van de catastrofe, maar dat, naarmate de tijd vorderde, de uitvoering steeds complexer werd. Dit heeft als aanvullend risico dat het voor een beperkt aantal experts te volgen is, en dat het risico toeneemt dat besluitvorming mogelijk op verkeerde gronden plaatsvindt. Er is geen indicatie dat dit risico aangaande besluitvorming zich in de praktijk heeft voorgedaan.

De catastrofereregeling is in 2020 voor het eerst ingezet. Hierdoor is enige complexiteit en tijdsinspanning te verwachten. Naar de toekomst toe is de verwachting dat de uitvoering minder tijdrovend zal zijn, ook indien de regeling niet wordt aangepast.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbeteringen in de catastrofereregeling:

- Veel uitvoeringscomplexiteit is veroorzaakt door de definitie van de catastrofeschadelast. Een toekomstige regeling waarin dit onderscheid niet meer op deze schaal gemaakt hoeft te worden, kan veel complexiteit wegnemen.
- Indien dit onderscheid nog wel gemaakt dient te worden, kan worden gedacht aan het inrichten van enkele prestatiecodes specifiek gericht op een catastrofe, zodat dit onderscheid in de toekomst in een eerder stadium gemaakt kan worden. De complexiteit zal hierdoor verminderd worden, maar niet in geheel worden opgelost.
- In een toekomstige scenarioanalyse dient expliciete aandacht te worden besteed aan het samenspel met, onder andere, de AVG en/of andere praktische knelpunten.

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid	De uitvoering is als complex ervaren, hoofdzakelijk door het definiëren van de catastrofeschadelast. Zowel de administratieve last als de uitvoeringsdruk was hoog.	 <p>De catastrofereregeling was op elementen onduidelijk. Daardoor is veel tijd en energie gaan zitten in deze elementen. Hoge administratieve last en complexiteit, mede doordat niet eenduidig geregistreerd werd.</p>	<p>Splitsing tussen catastrofeschadelast en reguliere kosten zorgt voor onwenselijke complexiteit. Prestatiecodes voor mogelijke catastrofes kunnen mogelijk op voorhand al ingericht worden.</p>

Geografie en drempelwaarden leidden tot verstoring van het gelijke speelveld, waardoor de private regelingen tussen verzekeraars zijn opgezet

Het criterium voor het waarborgen van het gelijke speelveld beoordeelt de eventuele verstoring van concurrentieverhoudingen tussen zorgverzekeraars. Bij aanvang van de COVID-19-pandemie zijn zorgverzekeraars in sommige regio's zwaarder getroffen door hogere COVID-19-kosten. Zonder regeling kan dit leiden tot een ongelijke verdeling van de COVID-19-kosten, waarmee indirect de concurrentieverhoudingen en daarmee het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars verstoord kunnen worden.

Uit de interviews is gebleken dat het gelijke speelveld in zekere mate verstoord is door ongelijkheid in de vergoeding van COVID-19-kosten door de catastrofereregeling:

- Vanwege de drempel van 4% overschrijding kregen verzekeraars met een beperkte COVID-19-schade geen vergoeding uit de catastrofereregeling.
- De kostenoverschrijding tussen 4% en 10% wordt ingelopen met factor 5/3 op de vergoeding boven 4%, waarbij verzekeraars met COVID-19-schade van 10% en daarboven tot het maximum van 20% de COVID-19-schade volledig vergoed krijgen.


In reactie hierop hebben zorgverzekeraars in 2020 en 2021 onderling aanvullende private regelingen getroffen, waardoor de verstoring van het gelijke speelveld als gevolg de catastrofelijdragen aanzienlijk verminderd werd. In de praktijk blijkt dat de meerderheid van de verzekeraars tussen de 10% en 20% uit zal komen, zoals ook aangegeven op pagina's 34 en 35.

Aangezien de kosten tussen 10% en 20% volledig vergoed worden, hebben de drempelwaarden uiteindelijk een beperkte impact gehad op het gelijke speelveld aan de kostenzijde, doordat de meeste partijen volledig gecompenseerd zijn.

Desalniettemin zijn zorgverleners en zorgverzekeraars geconfronteerd met zorguitval, wat wel degelijk het speelveld heeft beïnvloed doordat de zorguitval ongelijk verdeeld was over de verschillende zorgverzekeraars. Meerdere betrokkenen stellen voor in de toekomst rekening te houden met nettokosten. Een mogelijke overcompensatie is voornamelijk waargenomen gedurende 2020, aangezien er in 2021 macronacalculatie is ingevoerd – die als logisch is ervaren. De reguliere risicoverevening is niet beïnvloed door de inzet van de solidariteitsregelingen – deze regelingen waren afzonderlijke afspraken tussen zorgverzekeraars. In deze onderling afgesproken solidariteitsregelingen is indirect ook rekening gehouden met de nettokosten, aangezien deze regelingen gebaseerd waren op normresultaten van zorgverzekeraars.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbeteringen in de catastrofereregeling:

- Introductie van een mechanisme dat rekening houdt met de netto catastrofekosten.
- Betere match tussen vergoeding en kosten. Hierbij kan gedacht worden aan een mechanisme met een lagere begindrempelwaarde (in plaats van 4%), en de factor 5/3 te verlagen naar $\leq 100\%$.
- Introductie van ex-postmechanismen die het gelijke speelveld waarborgen.

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Waarborgen van gelijk speelveld	Drempelwaarden zorgden voor een landelijk marktverstoring effect. Tussen 4% en 10% was er versnelde ingroei met perverse prikkelwerking. De solidariteitsregelingen hebben als doel het gelijke speelveld te borgen.	 De catastrofereregeling in haar huidige vorm was ontoereikend voor een nationale catastrofe, waardoor een private regeling door zorgverzekeraars is geïntroduceerd. Er is door sommige partijen geopperd om de catastrofereregeling niet in werking te laten treden.	Prikkelwerking beperken door de versnelde ingroei te dempen. Idealiter ontstaan geen grote concurrentieverschillen door de catastrofereregeling en drempelwaarden kunnen worden heroverwogen.

Het risico op oneigenlijke uitbetaling is gemitigeerd door de toetsingscommissie en plausibiliteitscontroles, maar verbetering mogelijk

Het criterium voor het hebben van geen risico voor oneigenlijke uitbetaling beoordeelt het rechtmatig vergoeden van gemaakte kosten ten tijde van een catastrofe. Bij de uitkering van de catastrofereregeling is het van cruciaal belang dat zorgverzekeraars ontvangen wat hen verschuldigd is op basis van transparante, eerlijke kostenberekeningen. Het is van essentieel belang voor het vertrouwen in de zorgsector dat oneigenlijke uitbetalingen voorkomen worden en dat vergoedingen rechtmatig verkregen zijn. In de praktijk is dit punt in zekere mate behaald.

Er wordt in enkele interviews aangegeven dat de kosten tijdens de uitvoering van de catastrofereregeling mogelijk overgecompenseerd zijn.


Door het bieden van een ruimere compensatie dan de aanvullend gemaakte kosten (zoals de factor 5/3 tussen de drempelwaarden van 4% en 10%) kan het risico op een oneigenlijke uitbetaling toenemen. Er zijn geen indicaties dat er oneigenlijke uitbetaling heeft plaatsgevonden. Dit is mede geborgd door de toetsingscommissie en de vele afstemmingen die hebben plaatsgevonden aangaande de definitie van de catastrofeschadelast, maar ook de plausibiliteitscontroles die de NZa heeft uitgevoerd. Door deze afstemmingen en het maken van een gedragen eenduidige definitie, is dit risico gemitigeerd.

Zoals ook eerder aangegeven in het toetsingskader (criterium *Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen*) is er mogelijk een overcompensatie geweest gedurende 2020 door de substitutie van zorg. De zorguitval is grotendeels gecompenseerd middels aanvullende afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. De resterende gelden zijn onder andere aangewend om de premies te dempen in de daaropvolgende jaren.

Uit interviews blijkt dat dat een verschil bestond in het vergoeden van COVID-19-gerelateerde kosten in het kalenderjaar 2020 ten opzichte van het kalenderjaar 2021. Hierbij wordt gewezen op de verschillende manieren van administreren aan het begin van de pandemie. Naarmate de tijd vorderde, is de registratie eenduidiger verlopen. Daarnaast is de risicoverevening gewijzigd tussen 2020 en 2021, waarbij COVID-19 kosten in 2020 wel zijn opgenomen in de risicoverevening en dit niet meer het geval was in 2021.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbeteringen in de catastrofereregeling:

- Het introduceren van een mechanisme dat automatisch rekening houdt met de nettokosten van een catastrofe, zoals een ex-postmaatregel.
- Betere match tussen vergoeding en kosten. Hierbij kan gedacht worden aan een mechanisme met een lagere begindrempelwaarde (in plaats van 4%), en de factor 5/3 te verlagen naar $\leq 100\%$.
- Het introduceren van algemene prestatiecodes voor een catastrofe, waardoor er geen/weinig vertroebeling plaatsvindt tussen reguliere kosten en de catastrofeschadelast in het registreren van deze kosten.

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling	Er zijn geen indicaties dat er oneigenlijke uitbetaling heeft plaatsgevonden. Er heeft veel afstemming plaatsgevonden over de definitie van de catastrofeschadelast om dit risico te mitigeren.	 <p>In de huidige vormgeving (mede door de factor 5/3) bestaan prikkels om de catastrofeschadelast zo ruim mogelijk te definiëren.</p>	<p>Door een overkoepelend ex-postmechanisme zou de definitie van <i>catastrofeschadelast</i> niet meer noodzakelijk zijn.</p> <p>Indien het onderscheid wel gemaakt moet worden, dan kunnen alvast prestatiecodes worden uitgewerkt.</p>

Het vooraf vastleggen van elementen in de regeling bevordert de inwerkingtreding, maar flexibiliteit op de catastrofe te acteren moet bestaan

Het criterium voor het hebben van een balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid beoordeelt het vermogen om de catastrofereregeling aan te passen aan (onvoorziene) ontwikkelingen gedurende de catastrofe en de mate waarin de invulling en werking van de catastrofereregeling helder was voor alle betrokken partijen. In de praktijk is dit punt in beperkte mate behaald.

Duidelijkheid ten aanzien van de uitvoering is van essentieel belang om aspecten zoals registratie van kosten en wijze van verrekenen te versimpelen voor de zorgpartijen. Flexibiliteit in de catastrofereregeling is van belang gezien de zeldzame aard van een catastrofe, en raakt bijvoorbeeld aan de definitie van de catastrofeschadelast waarbij de initieel niet-meegenomen extra kosten (zoals fysiotherapie) die op een later moment alsnog opgenomen werden. De balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid is een beleidsmatige keuze.


In interviews wordt aangegeven dat er op het moment van inwerkingtreding van de catastrofereregeling onduidelijkheid bestond bij de uitvoerende partijen, ook ten aanzien van de werking van de catastrofereregeling. Enkele partijen vonden dat achterhaalde besluiten, zoals het niet meenemen van minderkosten in de catastrofereregeling, onterecht gehandhaafd bleven.

De samenhang met de risicovereeniging was gedurende 2020 niet voldoende afgedekt, in 2021 wel door de introductie van de macrona calculatie. De NZa en ZIN hebben gedurende 2020 en 2021 een extra inspanning geleverd door in contact te treden met betrokken zorgverzekeraars om extra duidelijkheid te verschaffen hoe de rekenregels geïnterpreteerd dienen te worden. Dit wordt door alle partijen als positief ervaren.

In het geval ex-postmaatregelen binnen de risicovereeniging worden gehanteerd als toekomstige verbeteringen, dient expliciet aandacht te worden besteed aan de samenhang met Solvency II en de reductie van kapitaalsvereisten. Dit wordt nader toegelicht onder het criterium *Reduceren van kapitaalsvereisten*.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbeteringen in de catastrofereregeling:

- Enige flexibiliteit is wenselijk in een zeldzame gebeurtenis. Zaken die meer rigide zijn vastgelegd (zoals de drempelwaarden en de tijdsduur van de regeling) kunnen onverhoopt tegenwerken. Voor een toekomstige verbetering dient flexibiliteit dan ook een uitgangspunt te zijn, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan het verruimen van de tijdsduur van de regeling.
- Flexibiliteit is van belang, maar er dient enige voorzichtigheid in acht te worden genomen om te voorkomen dat partijen onterecht benadeeld worden, met negatieve (juridische) consequenties tot gevolg. Flexibiliteit moet daarom vooral gezocht worden in de operationalisering.
- Er was onduidelijkheid aan het begin van de catastrofe, en ook is er onduidelijkheid op welk moment de catastrofereregeling in werking treedt. Een scenarioanalyse kan meer duidelijkheid scheppen, maar ook inzichtelijk maken waar nog mogelijke knelpunten zijn.

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid	<p>Aan het begin veel onduidelijkheid bij invoering, primair door drempels en onderscheid van kosten.</p> <p>Gedurende het proces ontstond voortschrijdend inzicht, maar deze is niet of slechts beperkt gebruikt in de praktijk om de catastrofereregeling aan te passen.</p> <p>De invoering van macrona calculatie in 2021 wordt als een verbetering ervaren.</p>	 <p>Ten tijde van invoering bleek de regeling onvoldoende duidelijk en flexibel. Later in het proces is de balans vooral doorgeslagen naar nauwkeurigheid en precisie, waardoor kenmerken als flexibiliteit en eenvoud ondergeschikt raakte.</p>	<p>Meer flexibiliteit zou geboden kunnen worden in de opzet van de huidige regelingen door de optie te bieden de wettelijke vastleggingen te verruimen, of door de catastrofereregeling te vervangen met ex-postmaatregelen.</p> <p>De optie voor een private regeling wordt gemengd ervaren. In de basis zou een toereikende catastrofereregeling afdoende moeten zijn.</p>

De catastrofereregeling en de HRES-parameters verlagen de (catastrofe-) kapitaalsvereisten voor verzekeraars aanzienlijk

Het criterium voor het reduceren van kapitaalvereisten beoordeelt de werking van de reductie van de kapitaalvereisten onder Solvency II, het Europese wettelijke kader voor verzekeraars. Het risicokapitaal voor catastrofes is verlaagd als gevolg van de catastrofereregeling. In de praktijk is dit criterium volledig behaald.

Zoals uiteengezet op pagina 36 wordt een afslag van 80% opgenomen op de solvabiliteitskapitaalvereiste voor het catastroferisico. Dit zorgt voor een toename van de solvabiliteitsratio van verschillende verzekeraars. Deze toename is afhankelijk van het risicoprofiel en de portefeuille van zorgverzekeraars, en is in de bandbreedte van 1% tot 5%.

Binnen Solvency II dient een risicomitigerende maatregel te voldoen aan diverse eisen. Zo moet onder andere ondubbelzinnig zijn gedefinieerd wanneer de risicomitigerende maatregel in werking treedt, en dient de tegenpartij voldoende kredietwaardig te zijn. De catastrofereregeling voldoet aan de vereisten die Solvency II stelt aan de risicomitigerende maatregel, gezien die anders niet toegepast mag worden.


Het percentage van 80% dat wordt gehanteerd voor de afslag is naar alle waarschijnlijkheid door DNB bepaald in het verleden. Alle zorgverzekeraars hanteren dit percentage in de praktijk. Dit percentage is ongewijzigd sinds de invoering van de catastrofereregeling in haar huidige vorm.

In diverse gesprekken wordt aangegeven dat de reductie van de solvabiliteitskapitaalvereiste als een wenselijk effect wordt gezien, aangezien een hoger vereist beklemd kapitaal ervoor zou zorgen dat de verzekeringspremies stijgen om deze kapitaalsvereiste te dekken. Ook benoemen diverse partijen dat het maatschappelijk onwenselijk is wanneer zorgverzekeraars meer kapitaal moeten aanhouden voor het dekken van het catastroferisico.

De catastrofereregeling heeft volledig voldaan aan dit criterium. Dit wordt door alle partijen als een wenselijk effect ervaren en is in lijn met de doelstelling van de catastrofereregeling ten tijde van de invoering hiervan in de Zorgverzekeringswet.

KPMG ziet op basis van dit criterium de volgende mogelijke verbeteringen in de catastrofereregeling:

- Het aan te houden kapitaal voor catastroferisico's kan, mede met de realisatie van het pandemierisico gedurende 2020-2021, mogelijk geactualiseerd worden. Wanneer de rekenregels zullen wijzigen, zal de reductie eveneens wijzigen.

Toetsingskader catastrofereregeling	Werkelijkheid Welke effecten zijn in de praktijk gezien?	Congruentie In hoeverre was de praktijk congruent met het criterium?	Aanpassingen Zijn er aanpassingen nodig? Zo ja, welke?
Reduceren van kapitaalvereisten	Er wordt een afslag van 80% genomen bij de bepaling van het solvabiliteitskapitaalvereiste voor catastroferisico. Dit staat beschreven in de memorie van toelichting.	 De wet- en regelgeving is sinds 2016 consistent toegepast.	De onderbouwing van de 80% reductie kan worden geactualiseerd en dient mogelijk te worden aangepast, zeker in het geval dat er rekenregels worden gewijzigd.

Deelvraag 4

In deze deelvraag gaan wij in op gebieden van verbetering voor de catastroferegeling en geven wij bijbehorende suggesties voor eventuele aanpassingen en/of verbeteringen. Ook bespreken wij de verwachte effecten van deze verbeteringen.

Deelvraag 4 geeft inzicht in de verbeteringen die kunnen worden aangebracht in de catastrofereregeling

Introductie en leeswijzer

In deelvraag 3 is een beeld gegeven van de effectiviteit van de catastrofereregeling tijdens de COVID-19-pandemie en in hoeverre dit heeft voldaan aan de verschillende criteria. De vierde deelvraag gaat in op hoe de geïdentificeerde verbeteringen kunnen worden aangebracht in de catastrofereregeling. Hierbij baseren wij ons op in de interviews genoemde verbeteringen. KPMG beoordeelt deze vervolgens aan de hand van het toetsingskader, met een indicatie van de impact van de aanpassing op de beoordelingscriteria.

In dit hoofdstuk beginnen we met het opsommen van de geïdentificeerde verbeteringen. Daarna worden enkele voorstellen gedaan welke toekomstige vormen van een catastrofereregeling deze verbeteringen (deels) oplossen. Tot slot zal worden afgesloten met de indicatieve beoordeling middels het toetsingskader.

Overzicht van verbeteringen

Op basis van het ingevulde toetsingskader (hoofdstuk 3.3) zijn de volgende verbeteringen geïdentificeerd:

- Het samenbrengen van een werkgroep om de meest reële (toekomstige) catastrofes uit te werken is wenselijk, om onzekerheid in werking van de catastrofereregeling te verminderen, de werking van de regeling op hoofdlijnen te kunnen inschatten, inbreng van de verwachte kosten te definiëren en de rolverdeling van verschillende partijen op voorhand te bespreken. Mogelijke uitkomsten van deze werkgroep zijn een draaiboek voor verschillende vormen van catastrofes, een (in beginsel) uitgewerkte rolverdeling van verschillende partijen, en een kader voor kosteninbreng.
 - Bijkomend voordeel is dat vooraf gedefinieerd kan worden wanneer de regeling in werking zou moeten treden, en maakt een scenarioanalyse vooraf inzichtelijk waar mogelijke knelpunten kunnen ontstaan.
 - Bij het analyseren van toekomstige verbeteringen dient het samenspel met de vergoeding van catastrofekosten in de risicoverevening, maar ook het financiële effect op verzekeraarsniveau, te worden geanalyseerd om prikkelwerking inzichtelijk te krijgen.
- De prikkelwerking in de huidige drempels dient te worden verbeterd, zowel op competitief als verzekeringstechnisch gebied.
 - Hierbij kan gedacht worden aan een mechanisme om de factor 5/3 te verlagen naar $\leq 100\%$ zodat er niet overgecompenseerd wordt in de regeling, en een andere startdrempelwaarde

(in plaats van 4%), mocht worden vastgehouden aan een systematiek middels vastgestelde drempelwaarden.

- Op dit moment is in de compensatie van niet-voorspelbare verliezen enkel rekening gehouden met de extra catastrofe-gerelateerde kosten en meerkosten. Tijdens COVID-19 was er sprake van substitutie van zorg, waardoor de zorguitval ten gevolge van de catastrofe niet is meegenomen.
 - Voor de toekomst kan de catastrofereregeling rekening houden met de nettokosten ten gevolge van een catastrofe, middels een automatisch ex-postmechanisme. Hierdoor wordt de kans op mogelijke overcompensatie verkleind.
- Veel uitvoeringscomplexiteit is veroorzaakt door de definitie van de catastrofeschadelast. Een toekomstige regeling waarin de catastrofeschadelast vooraf in meer detail is uitgewerkt (voor verschillende soorten catastrofes), waarbij ook aandacht is besteed aan de administratie hiervan, kan complexiteit wegnemen.
- Indien onderscheid nog wel gemaakt dient te worden tussen reguliere zorgkosten en catastrofekosten, kan worden gedacht aan het inrichten van enkele prestatiecodes specifiek gericht op een catastrofe, zodat dit onderscheid in de toekomst in een eerder stadium en beter gemaakt kan worden en er minder vertroebeling plaatsvindt tussen reguliere kosten en catastrofeschadelast. Evengoed zal er, ook bij het inrichten van dergelijke codes, een meer eenduidige definitie van de catastrofeschadelast moeten worden vastgesteld.
- Enige flexibiliteit is wenselijk in een zeldzame gebeurtenis. Zaken die meer rigide zijn vastgelegd (zoals de drempelwaarden en de tijdsduur van de regeling) kunnen onbedoeld tegenwerken. Voor een toekomstige aanpassing kan flexibiliteit een uitgangspunt zijn, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan het verruimen van de tijdsduur van de regeling. Hierbij dient wel aandacht te zijn voor de vereisten die overige wetgeving, waaronder Solvency II, stelt aan onder andere het systeem van risicoverevening.
 - Flexibiliteit is van belang, maar er dient enige voorzichtigheid in acht te worden genomen om te voorkomen dat partijen onterecht bevoordeeld of benadeeld worden, met negatieve (juridische) consequenties tot gevolg. Flexibiliteit moet daarom vooral gezocht worden in de operationalisering. Flexibilisering op andere vlakken kan ervoor zorgen dat zorgverzekeraars onzekerheid hebben, door het ontstane risico dat de regels tussentijds aangepast kunnen worden.

Mogelijke oplossingen hebben een aantal overkoepelende criteria

Uitgangspunten voor het verbeteren van de catastrofereregeling

In het restant van dit hoofdstuk zullen diverse oplossingsrichtingen worden toegelicht. Er zijn enkele overkoepelende punten geïdentificeerd die, ongeacht welke oplossingsrichting gekozen wordt, in ogenschouw genomen moeten worden.

- De doelstelling van de catastrofereregeling en met welke uitgangspunten deze in de huidige vorm ontworpen is, is onvoldoende duidelijk. In de memorie van toelichting [7] is voornamelijk het reduceren van de kapitaalsvereisten vanuit Solvency II benoemd. Het toetsingskader zoals KPMG die heeft gehanteerd, heeft de catastrofereregeling in een bredere context beoordeeld. Het is aan de wetgever en andere betrokken partijen welke criteria zwaarder of minder zwaar zouden moeten wegen, of dat er mogelijk nog nieuwe criteria volgen uit een herijkte doelstelling.
- Bij inhoudelijke wijzigingen aan de catastrofereregeling zullen de huidige afslagen binnen Solvency II voldoende in ogenschouw genomen moeten worden, en indien mogelijk herijkt. Dit betreft bijvoorbeeld de 80% kapitaalsreductie voor het catastroferisico.
- De uitvoerbaarheid van de regeling, de inwerkingtreding van de regeling, de verantwoordelijkheden van diverse partijen en de administratieve lasten voor alle betrokken partijen moeten op voorhand beter worden ingeschat. Ook moet er een gedragen visie komen ten aanzien van de omvang van catastrofes die moet worden gedekt door de catastrofereregeling, zodat de mogelijke herziening van de catastrofereregeling hierop ingericht kan worden.
- Naar de visie van KPMG dient een werkgroep te worden opgestart die aan de hand van diverse fictieve scenario's inzichtelijk maakt:
 - hoe bepaalde oplossingsrichtingen in de praktijk uit kunnen werken;
 - of hier nog knelpunten in zitten (zoals een verstoring van het gelijke speelveld);
 - hoe deze knelpunten eventueel verholpen kunnen worden.

Hierdoor zal ook op kwantitatieve wijze inzichtelijker worden gemaakt hoe de oplossingsrichtingen functioneren onder verschillende omstandigheden.

Overzicht oplossingsrichtingen

De oplossingsrichtingen die worden behandeld zijn als volgt:

1. Catastrofereregeling verbeteren in de huidige vorm
2. Aanpassing van de risicoverevening achteraf
3. Macronacalculatie plus bandbreedteregeling, treedt in werking na een catastrofe
4. Herverzekeringscontracten

Deze oplossingsrichtingen zijn op de hierop volgende pagina's verder uitgewerkt. De volgorde hiervan is expliciet niet een rangorde van meest naar minst kansrijk en moet ook niet als zodanig worden beschouwd.

De belangrijkste voor- en nadelen zullen per oplossingsrichting worden toegelicht.

Oplossingsrichting 1 is het minst ingrijpend en gaat uit van de regeling in huidige vorm, oplossingsrichting 2 gaat uit van aanpassing achteraf

Oplossingsrichting 1: Catastroferegeling verbeteren in de huidige vorm

Een eerste oplossingsrichting kan worden gezocht in het behouden van de catastroferegeling in de huidige vorm. Hiermee wordt gekozen voor een vorm die vanwege de kennis en ervaring van de COVID-19-pandemie bekend is bij de betrokken partijen. Deze oplossingsrichting is het minst ingrijpend qua verandering.

Uitgangspunten

- De rekenregels binnen de huidige regeling worden aangepast:
 - De relatie tussen catastrofeschadelast en uitkering zal niet de 100% overschrijden. Dit betekent dat er geen uitkering van 5/3 wordt opgenomen in de rekenregels zoals dit nu wel het geval is. Gekozen kan worden voor een percentage van 100% boven een bepaalde drempel, maar ook kan gekozen worden voor een lager percentage. Bij een percentage lager dan 100%, zal er een verzekeraarsrisico aanwezig blijven.
 - In het geval de drempelwaarde van 4% wordt verlaagd, bestaat voor verzekeraars minder onzekerheid of zij deze ondergrens halen. Hierdoor wordt het gelijke speelveld minder verstoord. Ook de bovengrens van 20% kan worden herzien.
- Bepaalde restrictieve maatregelen kunnen worden verruimd, zoals het bieden van de optie om de duur van de catastroferegeling te verruimen indien de situatie dat vereist. Ook zal er dan rekening gehouden moeten worden met overstappers tussen verschillende jaren. Dit kan mogelijk leiden tot meer complexiteit in de uitwerking van de regeling.
- Overige definities zullen blijven bestaan, zoals de *catastrofeschadelast*. Hierdoor zal er nog enige complexiteit blijven in de uitvoerbaarheid van de regeling, en ook de administratieve last zal weinig omlaag gaan.

Voordelen

- Minst ingrijpende vorm van wijzigen van wetgeving.
- Grootste knelpunten in de financiering kunnen worden weggenomen.

Nadelen

- Administratieve last en uitvoeringscomplexiteit zullen weinig worden teruggedrongen.
- Samenhang met de risicoverevening blijft complex en mogelijk een overcompenserend effect.

Oplossingsrichting 2: Aanpassing van de risicoverevening achteraf

Een tweede oplossingsrichting kan worden gezocht in het retrospectief aanpassen van de risicoverevening tijdens een catastrofe, zoals het introduceren van ex-postmaatregelen tijdens een lopend jaar (in de beginfase van een catastrofe). Hiermee wordt het financiële risico gereduceerd.

Uitgangspunten

- Door de catastroferegeling vorm te geven als instrument in de risicoverevening, verloopt het samenspel met de reguliere kosten zuiverder.
- Er bestaat vrijheid in de precieze vormgeving van de ex-postmaatregelen.
- Afstemming met alle betrokken partijen zal plaats moeten vinden voor draagvlak en uitvoerbaarheid.

Voordelen

- Er is veel flexibiliteit en wendbaarheid. Hierdoor kan een gerichte oplossing worden gevonden voor de specifieke catastrofe, met positieve effecten op de solidariteit.
- De samenhang met de risicoverevening en de ex-antebijdragen kunnen expliciet worden vormgegeven. Hierdoor wordt het risico voor een oneigenlijke uitbetaling verkleind en kan rekening worden gehouden met de netto schadelast.

Nadelen

- Mogelijkerwijs zijn er gevolgen voor de afslagen in de Solvency II-wetgeving, die voorschrijft dat het risicovereveningssysteem op voorhand bekend moet zijn om in aanmerking te komen voor de HRES-parameters. Dit kan de kapitaalisen van verzekeraars verhogen.
- Door het herintroduceren van ex-postmaatregelen, zullen doelmatigheidsprikkels (waaronder kostenreductie en scherpe zorginkoop) deels worden weggenomen.
- Er zal in de beginfase van een catastrofe veel afstemming plaats moeten vinden over de vormgeving, waardoor het zoeken van een oplossing lang kan duren. Zorgverzekeraars zullen meer onzekerheid ervaren in hun bedrijfsvoering, door het risico dat regels tussentijds aangepast worden.
- De uitvoeringscomplexiteit en administratieve lasten hangen af van de gekozen oplossing.

Oplossingsrichting 3 definieert op voorhand ex-postmaatregelen binnen de risicoverevening voor een catastrofe

Oplossingsrichting 3: Macronaïcalculatie plus bandbreedteregeling

Een derde oplossingsrichting kan eveneens worden gezocht in een ex-postmaatregel, maar deze wordt van tevoren vastgelegd en treedt alleen in werking door een catastrofe. Dit is in de vorm van macronaïcalculatie en een bandbreedteregeling. Hierdoor wordt zowel het totale financiële effect van de catastrofe gecorrigeerd, als ook de financiële situatie van individuele verzekeraars. De oplossing wordt gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds.

Uitgangspunten

- Door de catastroferegeling vorm te geven als instrument in de risicoverevening, verloopt het samenspel met de reguliere kosten zuiverder.
- De (tweezijdige) macronaïcalculatie en de (eveneens tweezijdige) bandbreedteregeling worden van tevoren vormgegeven in de wet- en regelgeving. De effectiviteit van de regeling (en de mate van kapitaalsreductie) hangt af van de gekozen uitgangspunten en parameters.
- Door het introduceren van de macronaïcalculatie wordt rekening gehouden met de gewijzigde landelijke kosten als gevolg van de catastrofe. Hiermee is het niet meer noodzakelijk om de catastrofeschadelast te definiëren, doordat alle kosten in de Zvw worden nagecalculeerd.
- De bandbreedteregeling beschermt individuele verzekeraars indien zij bovenmatig geraakt worden door de catastrofe, en vice versa indien zij weinig tot geen extra schadelast hebben.

Voordelen

- Er zijn minder administratieve lasten en de uitvoerbaarheid is verbeterd. Ook is het niet meer noodzakelijk om de catastrofeschadelast te definiëren.
- Excessieve gevallen worden gecompenseerd. Ook bestaat vooraf duidelijkheid over het te hanteren mechanisme. Onderscheid tussen een regionale en een landelijke catastrofe kan worden gemaakt, waarbij in het eerste geval mogelijk alleen een bandbreedteregeling volstaat.

Nadelen

- Door het herintroduceren van ex-postmaatregelen, zullen doelmatigheidsprikkels (waaronder kostenreductie en scherpe zorginkoop) deels worden weggenomen.
- Door het vooraf omschrijven van het mechanisme, wordt mogelijk voldaan aan de vereisten voor kapitaalsreductie binnen Solvency II, maar dit moet juridisch worden getoetst.
- Macronaïcalculatie wordt berekend aan de hand van de vereeningsbijdrage per verzekeraar. Hiermee worden ook individuele gezondheidskenmerken meegenomen. In de huidige opzet van de regeling wordt (ogenschijnlijk bewust) geen rekening met deze kenmerken gehouden.

Oplossingsrichting 4 maakt gebruik van herverzekeringscontracten

Oplossingsrichting 4: Herverzekeringscontracten

Een laatste voorgestelde oplossingsrichting kan worden gezocht in het volledig loslaten van de catastroferegeling. Hierdoor zullen zorgverzekeraars zelf het risico moeten dragen, of dit moeten herverzekeren bij andere (internationale) partijen. Herverzekeringscontracten zijn in de reguliere verzekeringsmarkt een bekend mechanisme.

Uitgangspunten

- De catastroferegeling in de wet wordt volledig losgelaten. De overheid biedt geen garanties meer in het geval van een catastrofe aan de zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars kunnen zelf hun risicobereidheid bepalen op dit vlak.
- Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht naar hun polishouders (in elke vorm van financieringsconstructie), waardoor de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft.

Voordelen

- Kosten voor de Nederlandse bevolking zijn beperkt in het geval van een catastrofe.
- Verzekeraars die goed zijn gekapitaliseerd kunnen ervoor kiezen dit risico zelf te dragen.
- Solvency II laat het toe om de herverzekeringen mee te nemen in het reduceren van de kapitaalvereisten.

Nadelen

- Herverzekeringen brengen aanvullende jaarlijkse kosten met zich mee (ook indien er geen sprake is van een catastrofe), gezien de herverzekeraar risico overneemt. Deze kosten kunnen relatief hoog zijn, en zullen naar verwachting worden doorbelast aan de polishouder.
- Het gelijke speelveld wordt mogelijk verstoord in het overstapseizoen. Indirect kan er worden geconcurrereerd op de mate waarin het catastroferisico wordt afgedekt uit premieoverwegingen. De kans op een faillissement van een zorgverzekeraar als gevolg van een catastrofe kan daardoor worden verhoogd. Daarnaast kan het voor kleine verzekeraars lastiger zijn om een herverzekeringscontract af te sluiten, en brengt dit voor kleine partijen meer uitvoeringslasten mee.
- De administratieve last bij zorgverleners blijft bestaan – de schades ter gevolge van een catastrofe dienen (waarschijnlijk) nog te worden onderscheiden, afhankelijk van het contract.

Indicatie van effecten op toetsingskader

KPMG heeft op basis van de genoemde oplossingsrichtingen een inschatting gemaakt van de mate waarin deze oplossingen leiden tot aanpassing van de beoordelingscriteria in het toetsingskader. Voor verschillende soorten catastrofes (regionaal of landelijk) kunnen de effecten anders uitpakken. KPMG heeft dit niet nader onderzocht.

In onderstaande tabel worden de acht criteria uit het toetsingskader getoond met de beoordeling van de huidige catastroferegeling. In de kolommen daarnaast wordt per oplossingsrichting de impact op de beoordelingscriteria getoond, die nader worden toegelicht op de volgende pagina's.

Toetsingskader catastroferegeling	Toetsing huidige werking	Oplossingsrichting 1 Aanpassen rekenregels in de huidige vorm	Oplossingsrichting 2 Aanpassing van de risicoverevening achteraf	Oplossingsrichting 3 Macronacalculatie plus bandbreedteregeling	Oplossingsrichting 4 Herverzekeringscontracten
Bieden van zekerheid en stabiliteit		=	-	=	--
Aanmoedigen van solidariteit		=	+	+	-
Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen		=	=	=	-
Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid		=	-	++	++
Waarborgen van gelijk speelveld		+	+	+	=
Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling		+	+	+	++
Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid		=	++	+	+
Reduceren van kapitaalsvereisten		=	--	=	=

3.4

Oplossingsrichting 1 vermindert het risico op oneigenlijke uitbetaling, oplossingsrichting 2 bevordert flexibiliteit in de uitvoering van de regeling

Toetsingskader catastroferegeling	Toetsing huidige werking	Oplossingsrichting 1 Aanpassen rekenregels in de huidige vorm	Oplossingsrichting 2 Aanpassing van de risicoverevening achteraf
Bieden van zekerheid en stabiliteit		=	-
Aanmoedigen van solidariteit		=	+
Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen		=	=
Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid		=	-
Waarborgen van gelijk speelveld		+	+
Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling		+	+
Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid		=	++
Reduceren van kapitaalsvereisten		=	--

Oplossingsrichting 1: Catastroferegeling verbeteren in de huidige vorm

Het verbeteren van de catastroferegeling in de huidige vorm heeft weinig ingrijpende gevolgen in het toetsingskader. Door de vormgeving gelijk te houden in opzet, blijft de beoordeling van de meeste criteria onveranderd.

Verbeteringen worden geboekt op het waarborgen van het gelijke speelveld, en ook op het beperken van het risico voor een oneigenlijke uitbetaling. Door het aanpassen van de rekenregels (waaronder de drempels en de mate van vergoeding) is het gelijke speelveld beter geborgd. Ook worden hierdoor belangrijke negatieve prikkels weggenomen.

Flexibiliteit in de uitvoering kan worden bereikt door het flexibiliseren van, bijvoorbeeld, de duur van de catastroferegeling en de optie te bieden om deze te verlengen. Er worden geen noemenswaardige verbeteringen geboekt op de uitvoering. De uitvoeringscomplexiteit die wordt veroorzaakt door de *catastrofeschedelast* wordt in deze variant niet weggenomen.

Oplossingsrichting 2: Aanpassing van de risicoverevening achteraf

Door het achteraf aanpassen van de risicoverevening wordt meer flexibiliteit bereikt in de operationalisering van de catastroferegeling. Hierdoor kan de regeling passend worden ingericht naar de catastrofesituatie die zich op dat moment voordoet. Dit heeft tot gevolg dat solidariteit en het waarborgen van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars hierin meegenomen kan worden, wat allemaal positieve effecten zijn.

Het bieden van deze flexibiliteit heeft echter ook enkele nadelen tot gevolg. Doordat de regeling achteraf moet worden geïntroduceerd, levert dit een beperking op voor de zekerheid en stabiliteit. Zeker in de beginfase van een catastrofe kan het waardevol zijn een regeling te hebben die vanaf het begin zekerheid geeft. Er wordt aanvullende onzekerheid geïntroduceerd, doordat vanaf het begin de vormgeving van de regeling nog onzeker is.

Dit komt ook tot uiting in de snelheid van de uitvoerbaarheid. Ondanks dat de uitvoerbaarheid van tevoren beoordeeld kan worden in de vormgeving, zal de snelheid van de uitvoering verder achteruit gaan door de benodigde afstemmingen. Tot slot heeft deze oplossingsrichting ook negatieve gevolgen voor de kapitaalsreductie van zorgverzekeraars: meer vrijheid bieden in de kapitaalsvereisten en de risicoverevening kan tot gevolg hebben dat de afslag voor de HRES-parameters niet meer toegepast kan worden.

Oplossingsrichting 3 herintroduceert reeds bekende elementen uit de risicoverevening, oplossingsrichting 4 gaat uit van verzekeraarsrisico

Toetsingskader catastroferegeling	Toetsing huidige werking	Oplossingsrichting 3 Macrona calculatie plus bandbreedteregeling	Oplossingsrichting 4 Herverzekeringscontracten
Bieden van zekerheid en stabiliteit		=	--
Aanmoedigen van solidariteit		+	-
Deels compenseren van niet-voorspelbare verliezen		=	-
Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid		++	++
Waarborgen van gelijk speelveld		+	=
Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling		+	++
Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid		+	+
Reduceren van kapitaalsvereisten		=	=

Oplossingsrichting 3: Macrona calculatie plus bandbreedteregeling

Het invoeren van macrona calculatie en een bandbreedteregeling in het geval van een catastrofe, levert voor veel criteria een verbetering op. Deze optie verbetert de uitvoerbaarheid als gevolg van verminderde uitvoeringscomplexiteit, doordat geen onderscheid meer gemaakt hoeft te worden in kostensoorten. Het risico voor oneigenlijke uitbetaling wordt hierdoor eveneens beperkt, aangezien automatisch met de nettokosten van een catastrofe wordt gerekend. Wel bestaat er het risico dat overige Zvw-kosten die niet zijn gerelateerd aan de catastrofe achteraf worden gecorrigeerd.

De solidariteit wordt eveneens verder aangemoedigd, doordat concurrentieverschillen beperkt worden en perverse prikkelwerking minder aanwezig is. Het gelijke speelveld wordt eveneens beter geborgd. In het geval een catastrofe regionaal is, kan worden overwogen om alleen een bandbreedteregeling te hanteren.

Deze wijziging grijpt aan op de risicoverevening. Daardoor is deze optie anders qua vorm, wat enige operationele complexiteit kan (her-)introduceren. Dit kan beperkt worden door een gedegen voorbereiding. De macrona calculatie en bandbreedteregelingen zijn beide ex-postinstrumenten die eerder zijn gehanteerd voor de risicoverevening.

Oplossingsrichting 4: Herverzekeringscontracten

De optie met herverzekeringscontracten laat de solidariteit meer los, en geeft meer vrijheid aan de individuele zorgverzekeraar. Hierdoor is minder uitvoeringscomplexiteit aanwezig in zijn totaliteit, maar levert dit mogelijk wel meer operationele belasting op voor de verzekeraar.

Het risico voor oneigenlijke betalingen neemt af, gezien deze kosten regulier in de Zvw lopen en er geen aanvullende betalingen vanuit de overheid worden gedaan. Wel kunnen de kosten voor verzekerden toenemen, doordat de kosten van het herverzekeringscontract mogelijk in de premie worden doorberekend. Tegelijkertijd kunnen de kapitaalsvereisten (gedeeltelijk) gereduceerd worden met herverzekering.

Solidariteit tussen de zorgverzekeraars kan hierdoor afnemen, en mogelijk wordt er op deze contracten verder geconcurrereerd, waardoor de zekerheid en stabiliteit van de verzekeraars mogelijk achteruit gaat. De compensatie van niet-voorspelbare verliezen is afhankelijk van de risicobereidheid van de zorgverzekeraar.



4

Conclusie

De COVID-19-pandemie bracht onzekerheid, maar betrokken partijen ervoeren saamhorigheid om deze het hoofd te bieden

Sterk gevoel van saamhorigheid onder de betrokken partijen tijdens COVID-19

Bij het uitvoeren van de evaluatie van de catastroferegeling merkt KPMG op dat alle betrokken partijen saamhorigheid hebben ervaren. Zeker in het begin van de COVID-19-pandemie zijn veel partijen samengekomen om de pandemie het hoofd te bieden en daarbij de nodige keuzes te maken om de catastroferegeling effectief te laten functioneren. De bereidheid van diverse partijen om samen te werken tijdens deze catastrofe was groot, juist in een periode dat zij persoonlijk werden overvallen door de COVID-19-pandemie in een nieuwe manier van werken.

De catastroferegeling heeft de zorgverzekeraars in de basis beschermd tegen niet-voorspelbare verliezen als gevolg van de catastrofe. Verzekeraars geven aan dat zij zich ook in een onzekere periode bevonden, waarin ontwikkelingen zich snel opvolgden, de zorg onder druk kwam te staan, en enkele verzekeraars te maken kregen met operationele vraagstukken. Het beschermen van verzekeraars zorgt ervoor dat de ook de zorgaanbieders en polishouders beschermd zijn in het geval van een catastrofe.

De juiste invulling van de catastroferegeling bleek een zoektocht en bracht onzekerheid

In 2020 is de catastroferegeling voor het eerst uitgevoerd nadat de WHO COVID-19 tot een pandemie verklaarde. Hierna zijn diverse partijen zoekende geweest welke verantwoordelijkheden bij iedere partij belegd moesten worden, en hoe zij zo goed mogelijk in gezamenlijkheid invulling konden geven aan deze regeling. Het komen tot de vormgeving van de catastroferegeling zorgde voor enige onzekerheid en extra uitvoeringslasten, waaronder het definiëren van de catastrofeschadelast. De rekenregels zoals die in de huidige catastroferegeling zijn opgenomen, hebben daarbovenop gezorgd voor een onwenselijke prikkelwerking en het verstoren van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars. Om een verstoring van het gelijke speelveld te mitigeren, hebben zorgverzekeraars onderling een private regeling afgesproken om dit beter te kunnen borgen.

Diverse partijen benadrukken dat het moeilijk is om onzekerheid binnen de regeling te voorkomen, aangezien iedere catastrofe uniek is. Wel wordt er aangegeven dat de voorbereiding beter kan zijn, in het geval er zich een catastrofe voordoet. Het introduceren van kaders en het bepalen van diverse scenario's kan de voorbereiding verbeteren. Ook het verbeteren van de administratieve werkwijze om de lasten te verlichten, wordt beschouwd als een punt van verbetering.

Aandachtspunten en oplossingsrichtingen bij de catastroferegeling

De invulling van de catastroferegeling is een beleidsmatige keuze van de wetgever. KPMG ziet diverse oplossingsrichtingen, die allemaal voor- en nadelen met zich meebrengen. Door het introduceren van een catastroferegeling waarin de overheid garant staat voor enkele risico's, zal bij inwerkingtreding altijd een prikkelwerking ontstaan die niet volledig weg te nemen valt.

KPMG ziet dat enkele aandachtspunten vanuit deze evaluatie leidend dienen te zijn bij een aangepaste vormgeving van de regeling. De doelstelling van de catastroferegeling dient te worden verduidelijkt, en er dient meer aandacht te zijn voor het moment van inwerkingtreding, de uitvoerbaarheid van de regeling, verantwoordelijkheden van partijen en de administratieve lasten voor diverse partijen. Een werkgroep die diverse scenario's uiteenzet, waarin verschillende typen catastrofes met verschillende uitwerkingen op de catastroferegeling inzichtelijk worden gemaakt, is hierbij een nuttig hulpmiddel om diverse oplossingsrichtingen te toetsen op werking. In alle gevallen dienen herzieningen van de catastroferegeling te worden beoordeeld in hoeverre dit invloed heeft op Solvency II en de kapitaalsvereisten van zorgverzekeraars.

Daarnaast moeten de drempelwaarden en rekenregels binnen de regeling het gelijke speelveld waarborgen en perverse prikkelwerking zoveel als mogelijk voorkomen. Ook dient de aanvullende uitkering van de catastrofeschadelast vanuit maatschappelijk oogpunt zo zuiver mogelijk vastgesteld te worden. In het geval van de COVID-19-pandemie was er sprake van substitutie van zorg, wat resulteerde in een afname van reguliere zorg. Zorgverzekeraars hebben uiteindelijk regelingen getroffen met zorgaanbieders om de zorgaanbieders financieel te compenseren voor de terugval in productie en de onderdekking van doorlopende kosten.

Indien in de toekomst rekening wordt gehouden met nettokosten (rekening houdend met eventuele zorguitval als gevolg van een catastrofe), moet zowel de administratieve last als de rekenkundigheid daarvan in ogenschouw worden genomen. Nagenoeg alle partijen geven aan dat de zorguitval lastig te kwantificeren is, mogelijk nog lastiger dan het bepalen van de aanvullende catastrofeschadelast door COVID-19-meerkosten.

Afhankelijk van het beoogde doel van de regeling en het gewenste beleid, zijn er diverse opties voor een nieuwe variant van de catastrofereregeling

Toekomstige vormgeving van de regeling

KPMG geeft ter overweging om de vormgeving van de huidige catastrofereregeling los te laten. Het kan zinvol zijn om vooraf ex-postmechanismen te definiëren die door een catastrofe in werking treden, en de werking daarvan te bepalen middels diverse scenario's. Daarmee kunnen administratieve lasten worden verlaagd, terwijl wel zekerheid wordt geboden in het geval van een catastrofescenario. Deze opties leiden tot verbeteringen wanneer ze getoetst worden in het door KPMG opgestelde toetsingskader. Echter, het moet worden opgemerkt dat dit altijd gepaard gaat met een uitruil van andere prikkels.

Er zijn ook andere beleidsmatige opties denkbaar. De huidige vormgeving kan worden gehandhaafd, maar daarmee zal complexiteit in de bepaling van de catastrofeschadelast blijven bestaan. Er kan ook worden gekozen voor andere varianten, waarin verschillende catastrofereregelingen kunnen bestaan voor een lokale, regionale of nationale catastrofe, en het opnemen van bandbreedtes en/of macronacalculatie. Gezien de unieke en zeldzame aard van een catastrofe, dient in ieder geval flexibiliteit waar mogelijk te bestaan in de uitvoering van de regeling, immers kan niet iedere catastrofe worden voorzien.

Samengevat, zijn er verschillende keuzemogelijkheden en varianten te overwegen bij het (opnieuw) vormgeven van de catastrofereregeling. Op basis van het door KPMG opgestelde toetsingskader, lijken oplossingsrichtingen 1 (*Catastrofereregeling verbeteren in de huidige vorm*) en 3 (*Macronacalculatie plus bandbreedteregeling in geval van een catastrofe*) het meest kansrijk. Het vormgeven van de regeling is sterk afhankelijk van de doelstelling van de catastrofereregeling. De uitgevoerde evaluatie door KPMG biedt zowel richting voor welke keuzes hiertoe gemaakt kunnen worden als ook inzicht in welke uitdagingen blijven bestaan, en dus mogelijk geaccepteerd moeten worden.



Bijlagen

Bijlage 1: Lijst met afkortingen (in alfabetische volgorde)

Afkorting	Toelichting
ACM	Autoriteit Consument en Markt
CB	Continuïteitsbijdrage
CR	Catastroferegeling
DNB	De Nederlandsche Bank (toezichthouder)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
Wiz	Wet langdurige zorg (out of scope)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning (out of scope)
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2: Overzicht geïnterviewde partijen

De onderstaande partijen hebben bijgedragen aan de uitkomsten van dit onderzoek.

Overzicht van geïnterviewde partijen
Autoriteit Consument en Markt (ACM)
De Nederlandsche Bank (DNB)
CZ
Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
Gupta Statégists
Koninklijk Actuarieel Genootschap, kring Zorg
Menzis
Ministerie van Financiën
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
ONVZ
PricewaterhouseCoopers (PwC)
Universiteit Tilburg
Zilveren Kruis
Zorginstituut Nederland (ZIN)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bijlage 3: Overzicht bronnen

#	Documentnaam
1	Zorgverzekeringswet ; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; geldend van 01-01-2024 t/m heden
2	Budgettaire en economische effecten van de Zorgverzekeringswet ; Centraal Planbureau; 06-04-2005
3	VWS069 WTK ; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 02-05-2005
4	Staatsblad 2005. 358 ; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 16-06-2005
5	Kamerstuk 33507 nr. 3 ; Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 04-01-2013.
6	Kamerstuk 33507 nr. 6 ; Tweede Kamer der Staten-Generaal; 22-05-2013
7	Staatscourant 2015. 41997 ; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 17-11-2015
8	Brabantse coronapatiënt vanuit isolatiekamer: 'Ik was héél ziek' ; NOS Nieuws; 09-03-2020
9	WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 ; Wereldgezondheidsorganisatie; 11-03-2020
10	Corona bedreigt levens van 'gewone' patiënten ; Financieel Dagblad; 25-03-2020
11	1744321-210109-Z ; Kamerbrief Definitief risicovereveningsmodel 2021, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 21-09-2020
12	Reactie ACM verdeling coronakosten zorgverzekeraars voor 2020 ; Autoriteit Consument & Markt; 27-10-2020
13	Staatscourant 2020. 65006 ; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 04-12-2020
14	Oordeel toetsingscommissie over voorstel voor de selectie van COVID-19-zorg ; Zorginstituut Nederland; 23-12-2020
15	Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 ; Zorginstituut Nederland; 19-01-2021
16	Formulier verzoek voorlopige catastrofebijdrage COVID-kosten ; Zorginstituut Nederland; 19-03-2021
17	Oordeel toetsingscommissie over voorstel voor de herijking van de selectie van COVID-zorg ; Zorginstituut Nederland; 03-12-2021
18	Wijziging Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 ; Zorginstituut Nederland; 27-12-2021
19	Reactie ACM voorgenomen solidariteitsregeling 2021 ; Autoriteit Consument & Markt; 25-10-2021

Bijlage 3: Overzicht bronnen

#	Documentnaam
20	Impact van Corona, Jaarverslag 2021 ; CZ; 31-12-2021
21	Oordeel toetsingscommissie over voorstel voor de tweede en laatste herijking van de selectie van COVID-zorg ; Zorginstituut Nederland; 19-09-2022
22	Wijziging Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 - tweede en laatste herijking ; Zorginstituut Nederland; 27-09-2022
23	Regeling continuïteitsbijdrage MSZ 2020, 2021, 2022 ; Zorgverzekeraars Nederland; diverse datums
24	Regeling Zorgverzekering ; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 11-04-2024
25	Zorgcijfersdatabank ; Zorginstituut Nederland
26	Plausibiliteitsoordeel landelijke regelingen 2020 indirecte meerkosten COVID-Zvw ; Nederlandse Zorgautoriteit, 18-02-2021
27	Bestuurlijk oordeel indirecte meerkosten ggz 2020 ; Nederlandse Zorgautoriteit, 10-04-2024

Bijlage 4

Wettekst Art. 33 Zorgverzekeringswet [1]

1. In dit artikel wordt verstaan onder:
 - a. *catastrofe*: een natuurramp, een pandemie, een kernexplosie of een bij ministeriële regeling aan te wijzen andere buitengewone gebeurtenis;
 - b. *catastrofejaar*: het kalenderjaar waarin een catastrofe optreedt;
 - c. *gemiddelde vereveningsbijdrage*: de toegekende vereveningsbijdrage per verzekerde, die wordt berekend door de som van de op grond van artikel 32 met betrekking tot het catastrofejaar aan alle zorgverzekeraars toegekende vereveningsbijdragen te delen door het op het moment van toekenning van die bijdragen verwachte totaalaantal verzekerden in dat jaar.
2. Indien de kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van een catastrofe naar verwachting van het Zorginstituut in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar tezamen, voor een zorgverzekeraar hoger zullen zijn dan 4% van het product van de gemiddelde vereveningsbijdrage en het op het moment van de toekenning van de vereveningsbijdrage over het catastrofejaar verwachte aantal verzekerden bij die verzekeraar, kent het Zorginstituut de verzekeraar die daar om verzoekt naast de hem voor het catastrofejaar toegekende vereveningsbijdrage een extra bijdrage toe.
3. Een zorgverzekeraar aan wie een extra bijdrage als bedoeld in het tweede lid is toegekend, houdt een afzonderlijke administratie bij van de in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar ten gevolge van de catastrofe optredende kosten van verzekerde zorg en andere diensten.
4. Bij ministeriële regeling worden regels gesteld omtrent de berekening van de bijdragen en kunnen regels worden gesteld over de administratie, bedoeld in het derde lid, en de wijze waarop de toegekende bijdragen door het Zorginstituut worden betaald.
5. Artikel 32, vijfde en zevende lid, zijn, met uitzondering van de in dat vijfde lid opgenomen verplichting de beleidsregels jaarlijks voor 15 oktober vast te stellen, van overeenkomstige toepassing.

Bijlage 4

Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 17 december 2020 (kenmerk 2020046606), voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021 [15]

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland, gelet op artikel 33, vijfde lid, in samenhang met artikel 32, vijfde lid, en artikel 34, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

Artikel 1

Deze beleidsregels verstaan, in aanvulling op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering, onder:

- catastrofebijdrage: bijdrage als bedoeld in artikel 33, tweede lid, van de Zvw;
- coronapandemie: pandemie ten gevolge van het SARS-CoV-2 virus die een catastrofe is als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw;
- coronakosten: kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de coronapandemie;
- prestatie continuïteitsbijdrage: kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de continuïteitsbijdragen als gesteld in de *Prestatie beschrijving beschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus van de NZa (TB/REG-20656-01)*;
- COVID-19: de ziekte die door het virus SARS-CoV-2 veroorzaakt wordt;
- COVID-patiënten: verzekerden die COVID-19 hebben of waarvoor de medische verdenking bestaat dat zij COVID-19 hebben;
- COVID-zorg: zorg die aan COVID-patiënten geboden wordt voor de behandeling van COVID-19 of voor het herstel van COVID-19;
- Handboek informatie Zorgverzekeringswet: het Handboek informatie Zorgverzekeringswet voor de jaren 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 en 2025;
- NZa: de Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- prestatie meerkosten: kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de meerkosten als gesteld in de *Prestatie beschrijving beschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus van de NZa (TB/REG-20656-01)*;
- Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg: de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg voor de jaren 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 en 2025.
- verwachte catastrofeschadelast: de catastrofeschadelast bedoeld in artikel 6.6.2 van de Regeling zorgverzekering;
- verwachte grondslag: de grondslag bedoeld in artikel 6.6.2 van de Regeling Zorgverzekering;
- verzoek: verzoek van een zorgverzekeraar voor een extra bijdrage in verband met de coronapandemie;
- werkelijke catastrofeschadelast: de catastrofeschadelast bedoeld in artikel 6.6.5 van de Regeling zorgverzekering;
- werkelijke grondslag: de grondslag bedoeld in artikel 6.6.5 van de Regeling Zorgverzekering;
- Wmg: Wet marktordening gezondheidszorg;
- ZN: Zorgverzekeraars Nederland;
- Zorginstituut: Zorginstituut Nederland, genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet; Zvw: Zorgverzekeringswet.

Bijlage 4

Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 17 december 2020 (kenmerk 2020046606), voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021

Artikel 2

1. In overeenstemming met artikel 6.6.5, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering bestaan de coronakosten uit:

- a. reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten, welke kostenbepaald zijn met de declaratiecodes en de rekenregels die zijn opgenomen in bijlage 1 bij deze beleidsregels;
- b. de toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie, welke kosten berekend zijn met de declaratiecodes voor de toeslagen die zijn opgenomen in bijlage 2 bij deze beleidsregels;
- c. de indirecte meerkosten op grond van de prestatie meerkosten indien aan de volgende twee vereisten is voldaan:
 - de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder hebben voor die kosten een schriftelijke afspraak gemaakt, de kosten hebben alleen betrekking op de basisverzekering en de zorgverzekeraar heeft de kosten werkelijk betaald overeenkomstig die schriftelijke afspraak; en
 - de hoogte van de indirecte meerkosten is plausibel.

2a. Aan de plausibiliteitstoets is voldaan als ZN voor een sector afspraken heeft gemaakt over de vergoeding van de indirecte meerkosten (zogenaamde landelijke afspraken) en de NZa deze afspraken plausibel heeft gevonden, waarbij de NZa rekening kan houden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de coronapandemie.

2b. Aan de plausibiliteitstoets is voldaan als ZN voor een sector afspraken heeft gemaakt over (aanvullende) specifieke vergoedingen van de indirecte meerkosten (zogenaamde landelijke afspraken) die achteraf vastgesteld worden, waarbij:

- de NZa het door ZN uitgewerkte uniforme proces voor toekenning van deze vergoedingen adequaat vindt, én
- de zorgverzekeraar kan aantonen, dat het vooraf door de NZa adequaat bevonden proces, bij de toekenning van de vergoedingen ook daadwerkelijk is gevolgd. De NZa kan bij de beoordeling of het proces adequaat is, rekening houden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de coronapandemie.

2c. Indien een zorgverzekeraar de landelijke afspraken niet heeft gevolgd dan is de vergoeding alleen plausibel als de zorgverzekeraar aan de NZa kan aantonen dat deze vergoeding gebaseerd is op de werkelijke kosten.

3. De in het eerste lid, onder a en b genoemde kosten worden op de voor de risicoverevening gebruikelijke manier toegerekend aan het jaar 2020 of 2021.

4. De in het eerste lid, onder c genoemde kosten worden op basis van de schriftelijke afspraak tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder toegerekend aan het jaar 2020 of 2021.

5. Het Zorginstituut zal tweemaal bezien of bijlage 1 en 2 met extra codes en rekenregels uitgebreid moet worden. Van een wijziging van de tabel wordt melding gemaakt in de Staatscourant. De gewijzigde tabel wordt gepubliceerd op de website van het Zorginstituut.

Bijlage 4

Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 17 december 2020 (kenmerk 2020046606), voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021

Artikel 3

In overeenstemming met artikel 6.6.5, derde lid, van de Regeling zorgverzekering komen de volgende kosten niet in aanmerking voor een catastrofebijdrage:

- a. Kosten voor de continuïteitsbijdrage;
- b. Kosten waarvoor de zorgverzekeraar compensatie krijgt ten laste van de rijksbegroting bedoeld in artikel 2.1 van de Comptabiliteitswet 2016, zoals de kosten op grond van artikel 2.29a, vijfde lid, van de Regeling zorgverzekering voor het doorbetalen van de niet-geleverde zorg ten laste van het Zvw-pgb;
- c. Kosten die voor rekening van verzekerden zijn gekomen op grond van het verplicht eigen risico.

Artikel 4

Het Zorginstituut kent een zorgverzekeraar op zijn verzoek een voorlopige catastrofebijdrage toe in verband met de verwachte catastrofeschadelast.

Artikel 5

De wijze van berekenen van de hoogte van de voorlopige catastrofebijdrage is bepaald in artikel 6.6.2 van de Regeling zorgverzekering.

Artikel 6

1. Een verzoek wordt bij het Zorginstituut ingediend met gebruikmaking van het daartoe vastgestelde formulier, zoals bekend gemaakt op de website van het Zorginstituut www.zorginstituutnederland.nl.
2. Het verzoek wordt uiterlijk op 31 december 2021 ingediend.
3. Indien het verzoek wordt ingediend na 31 december 2021 kent het Zorginstituut een lagere catastrofebijdrage toe, tenzij redelijkerwijs niet kan worden geoordeeld dat de zorgverzekeraar in verzuim is geweest.
4. De korting op de catastrofebijdrage bedraagt:
 - 10% indien het verzoek wordt ingediend op of na 1 januari 2022 maar voor 1 april 2022;
 - 25% indien het verzoek wordt ingediend op of na 1 april 2022 maar voor 1 juli 2022;
 - 50% indien het verzoek wordt ingediend op of na 1 juli 2022 maar voor 1 oktober 2022;
 - 75% indien het verzoek wordt ingediend op of na 1 oktober 2022 maar voor 1 januari 2023.
5. In overeenstemming met artikel 6.6.2, vijfde lid, van de Regeling zorgverzekering, kent het Zorginstituut een voorlopige catastrofebijdrage van nihil toe indien het verzoek wordt ingediend op of na 1 januari 2023.

Bijlage 4

Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 17 december 2020 (kenmerk 2020046606), voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021

Artikel 7

1. Het verzoek bevat een schatting van de verwachte catastrofeschadelast van de zorgverzekeraar in verband met de coronapandemie.
2. Bij het verzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen:
 - a. reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten;
 - b. toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie;
 - c. indirecte meerkosten op grond van de prestatie meerkosten.
3. Bij het verzoek wordt tevens een onderscheid gemaakt tussen kosten voor het jaar 2020 en 2021.
4. Het verzoek bevat een betaalschema dat is afgestemd op de verwachte betalingen van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieders.

Artikel 8

1. Het Zorginstituut beslist binnen acht weken nadat het volledig ingevulde formulier is ontvangen op het verzoek om een voorlopige catastrofebijdrage.
2. Indien het Zorginstituut niet binnen acht weken op het verzoek kan beslissen, deelt het Zorginstituut dit binnen die termijn mee aan de zorgverzekeraar, onder vermelding van de termijn waarbinnen wel op het verzoek wordt beslist.
3. In spoedeisende gevallen kent het Zorginstituut op verzoek van een zorgverzekeraar een voorschot toe.

Artikel 9

Bij het besluit tot toekenning van een voorlopige catastrofebijdrage neemt het Zorginstituut een betaalschema op, rekening houdend met het betaalschema van de zorgverzekeraar.

Artikel 10

1. In aanvulling op artikel 33, derde lid, van de Zvw en de artikelen 6.6.4 en 7.2, onder d, van de Regeling zorgverzekering, regelt het Zorginstituut in de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringwet en Wet langdurige zorg welke gegevens zorgverzekeraars op welk moment dienen aan te leveren over de gerealiseerde coronakosten ten behoeve van de definitieve vaststelling van de catastrofebijdrage.
2. Het Zorginstituut specificeert deze gegevens nader in het Handboek informatie Zorgverzekeringwet.

Bijlage 4

Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 17 december 2020 (kenmerk 2020046606), voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021

Artikel 11

1. Het Zorginstituut stelt de catastrofebijdrage definitief vast aan de hand van de werkelijke catastrofeschadelast.
2. Het Zorginstituut houdt bij de vaststelling van de werkelijke catastrofeschadelast rekening met het deel van de reguliere directe kosten dat voor rekening van de verzekerden komt op grond van het verplicht eigen risico van verzekerden. Indien dit deel niet rechtstreeks uit de administratie van de zorgverzekeraar is te bepalen accepteert het Zorginstituut daarbij een bepaling van het verplicht eigen risico voor COVID-zorg zoals gespecificeerd in het derde lid.
3. Een zorgverzekeraar kan het verplicht eigen risico voor COVID-zorg per verzekerde bepalen door eerst op het jaarlijks verplichte eigen risico van maximaal EUR 385 het verplichte eigen risico op basis van de kosten van de reguliere zorg van die verzekerde in mindering te brengen. Bij de kosten van de reguliere zorg blijven de kosten van de prestaties waarvoor geen verplicht eigen risico geldt buiten beschouwing. Als het maximum dan nog niet is bereikt, is het restant het verplicht eigen risico op de kosten voor COVID-zorg.
4. Het Zorginstituut stelt de werkelijke catastrofeschadelast vast aan de hand van de gegevens over de gerealiseerde coronakosten zoals zorgverzekeraars die hebben aangeleverd op grond van de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringwet en Wet langdurige zorg en het Handboek informatie Zorgverzekeringwet.
5. Bij de vaststelling van de werkelijke catastrofeschadelast wordt gecontroleerd of er een assurance-rapport is van de accountant van de zorgverzekeraar over deze kosten conform het accountantsprotocol van de NZa daarover.
6. Het Zorginstituut verwerkt bij de definitieve vaststelling de correcties van de NZa op de opgaven van zorgverzekeraars over de gerealiseerde coronakosten.
7. Indien de NZa een deel van de in artikel 2, eerste lid, onder c bedoelde kosten niet geaccordeerd heeft, laat het Zorginstituut die kosten bij de definitieve vaststelling buiten beschouwing.

Artikel 12

1. Het Zorginstituut stelt uiterlijk op 1 april 2025 de catastrofebijdrage definitief vast aan de hand van de werkelijke catastrofeschadelast.
2. Het Zorginstituut specificeert daarbij welk deel van de catastrofebijdrage is bestemd voor 2020 en 2021 aan de hand van de werkelijke catastrofeschadelast voor die jaren.
3. De wijze van berekenen van de hoogte van de definitief vast te stellen catastrofebijdrage is bepaald in artikel 6.6.5, vierde lid van de Regeling zorgverzekering.
4. De op grond van artikel 4 toegekende voorlopige catastrofebijdrage wordt verrekend met de definitieve catastrofebijdrage.

Artikel 13

1. Indien het verzoek, bedoeld in artikel 6 van deze beleidsregels, is ingediend op of na 1 januari 2022 stelt het Zorginstituut de definitieve catastrofebijdrage lager vast, tenzij redelijkerwijs niet kan worden geoordeeld dat de zorgverzekeraar in verzuim is geweest.
2. Artikel 6, vierde lid, is van overeenkomstige toepassing.
3. In overeenstemming met artikel 6.6.5, vijfde lid, van de Regeling zorgverzekering stelt het Zorginstituut de definitieve catastrofebijdrage vast op nihil indien het verzoek is ingediend op of na 1 januari 2023.

Bijlage 4

Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 17 december 2020 (kenmerk 2020046606), voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021

Artikel 14

1. De zorgverzekeraar en het Zorginstituut zijn over en weer rente verschuldigd over het verschil tussen de toegekende voorlopige catastrofebijdrage en de definitieve catastrofebijdrage aan de hand van het betaalschema dat in de toekenningsbeschikking is opgenomen.
2. De periode waarover rente berekend wordt, vangt aan op 1 januari 2022 en eindigt op de datum dat het Zorginstituut de catastrofebijdrage definitief vaststelt.
3. Voor het rentepercentage gaat het Zorginstituut uit van het gemiddelde van de maand rentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) voor driemaandstermijngelden zonder onderpand. Voor de laatste kalendermaand vóór de vaststelling gaat het Zorginstituut uit van de rente over de voorafgaande kalendermaand.
4. Indien de situatie zich voordoet dat het in deze paragraaf bedoelde Euribortarief niet meer kan worden toegepast, zal een zoveel als mogelijk overeenkomstig tarief worden gehanteerd.
5. De rente betreft een samengestelde rente en wordt op maandbasis berekend. Bij de berekening wordt een maand op 30 en een jaar op 360 dagen gesteld.
6. De rente wordt bij de definitieve vaststelling van de catastrofebijdrage berekend en verrekend met de definitieve catastrofebijdrage.

Artikel 15

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst, en werken terug tot en met 1 januari 2020. De beleidsregels vervallen met ingang van 1 januari 2026.

Artikel 16

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

Deze beleidsregels zullen met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

Voorzitter Raad van Bestuur

Sjaak Wijma

Bijlage 5: Interviewleidraad

1. Hoe heeft de regeling in de praktijk gewerkt?

1. Kunt u schetsen hoe de invulling van de catastroferegeling is verlopen, nadat deze in werking is getreden? Zijn er momenten geweest waarop u meer invloed had gewenst?
2. Hoe kijkt u terug op dit totale proces (waaronder de totstandkoming en invulling van de beleidsregels)? Zijn er aandachtspunten die beter hadden gekund en onderdelen die goed zijn gegaan?
3. Kunt u uw interne proces beschrijven om onderscheid te maken tussen catastrofekosten, reguliere Zvw-kosten en kosten die niet onder de Zvw vielen? Was de grens tussen kostensoorten altijd duidelijk, en heeft dit nadere gevolgen gehad?
4. Hoe heeft u de eenvoud of complexiteit van de catastroferegeling ervaren, en bent u tevreden met de uitwerking?
5. Hoe hebt u het toezicht en de uitvoering ervaren op het rapporteren/opgeven van kosten voor de catastrofeschadelast?
6. Waren de verantwoordelijkheden van verschillende partijen voldoende duidelijk genoeg?
7. De catastroferegeling heeft een duur van 2 kalenderjaren. Heeft dit tot aandachtspunten geleid in de praktijk? Zo ja, welke aandachtspunten?
8. De catastroferegeling kent vastgestelde drempels (4%, 10%, 20%). Heeft dit tot aandachtspunten geleid in de praktijk? Zo ja, welke aandachtspunten?
9. Heeft u uitvoeringstechnische en financiële aspecten ervaren bij het vaststellen van het verplicht eigen risico in relatie tot de catastrofeschadelast? Zo ja, welke aspecten?
10. De kosten die betrokken zijn in de catastroferegeling zijn indirecte meerkosten, toeslagen op reguliere tarieven en directe kosten voor Covid-zorg. Waren dit naar uw mening de correcte kosten die onder de catastroferegeling vielen, en kunt u uw antwoord toelichten?

2. Heeft de regeling het doel bereikt en wat heeft dat 'gekost'?

1. Hoe heeft de catastroferegeling de continuïteit van zorgverzekeraars beïnvloed?
2. Hoe heeft de catastroferegeling de reserves/solvabiliteit van zorgverzekeraars beïnvloed? Kunt u hierbij ook stilstaan bij de solvabiliteitsreductie aangaande het pandemierisico, indien voor u van toepassing?
3. In welke mate heeft de catastroferegeling bijgedragen aan het beheersen, dan wel toenemen van de risico's voor zorgverzekeraars?
4. Biedt de catastroferegeling volgens u voldoende zekerheid dat financiële gevolgen van een catastrofe door de overheid worden verlaagd?
5. Was de catastroferegeling volgens u noodzakelijk tijdens de pandemie, of kan de financiële zekerheid in geval van een catastrofe ook op een andere manier aangeboden worden?
6. Wat zijn de effecten geweest van de overige maatregelen als gevolg van de catastroferegeling (o.a. macronacalculatie, compensatiemeerkosten)? Wat vindt u van de beslissing om deze maatregelen in te voeren?
7. Wat voor effect heeft de catastroferegeling gehad op de zorgcontinuïteit, administratieve lasten en uitvoeringsaspecten? Ziet u hier ruimte of noodzaak tot verfijning van de regeling?
8. Kunt u toelichten waarom er is gekozen voor een private regeling onder zorgverzekeraars? Welke doelen had deze regeling, en zijn volgens u de doelen van deze regeling(en) bereikt?
9. Kunt u de invloed van deze private regeling kwantificeren en/of beschrijven?
10. Welke prikkelwerking ging uit van deze private regelingen, zowel voor en na invoering hiervan?
11. Zijn er volgens u aspecten van de private regeling die in de catastroferegeling in de Zvw opgenomen zouden moeten worden?
12. Ervaart u, voor de beantwoording van voorgaande vragen, een verschil tussen kalenderjaren 2020 en 2021? Hoe heeft u de introductie van de macronacalculatie op MSZ ervaren in 2021, in relatie tot de catastroferegeling?
13. Indien van toepassing: Waarom is er, naar uw mening, besloten om niet deel te nemen aan (een deel van) de solidariteitsregelingen tijdens de pandemie door een aantal zorgverzekeraars?
14. Indien van toepassing: Welke effecten heeft dit gehad op uw organisatie? Zou u achteraf dezelfde keuze hebben gemaakt om wel/niet deel te nemen?

Bijlage 5: Interviewleidraad

3. Wat zijn de voorstellen voor nadere duiding of aanpassing van de catastrofereregeling?

1. Is, naar uw mening, de catastrofereregeling überhaupt noodzakelijk binnen de Zvw, of kan de financiële zekerheid in geval van een catastrofe ook op een andere manier aangeboden worden?
2. Hoe ziet voor u een ideale catastrofereregeling (en de uitvoering ervan) er uit? Welke wijzigingen ziet u voor u?
3. Hoe zouden deze wijzigingen eruit moeten zien? Wat is het beoogde effect hiervan?
4. Zijn er onderdelen van de catastrofereregeling die overbodig zijn en weggelaten kunnen worden zodat de regeling wordt vereenvoudigd, maar nog steeds aan het doel wordt voldaan?
5. Zijn er onderdelen van de catastrofereregeling die onvolledig waren, en waarvan verantwoordelijkheden of de invulling van tevoren beter moet worden vastgelegd, waarmee beter aan het doel kan worden voldaan?
6. Moet er naar uw mening in een catastrofereregeling ook rekening gehouden worden met 'minder kosten', zoals besparingen als gevolg van zorguitval en/of continuïteitsbijdragen?
7. Ervaart u, voor de beantwoording van de voorgaande vragen, een verschil tussen het soort catastrofe? Welke antwoorden zijn nu toegespitst op een pandemie, en zouden een ander antwoord krijgen in algemene zin?

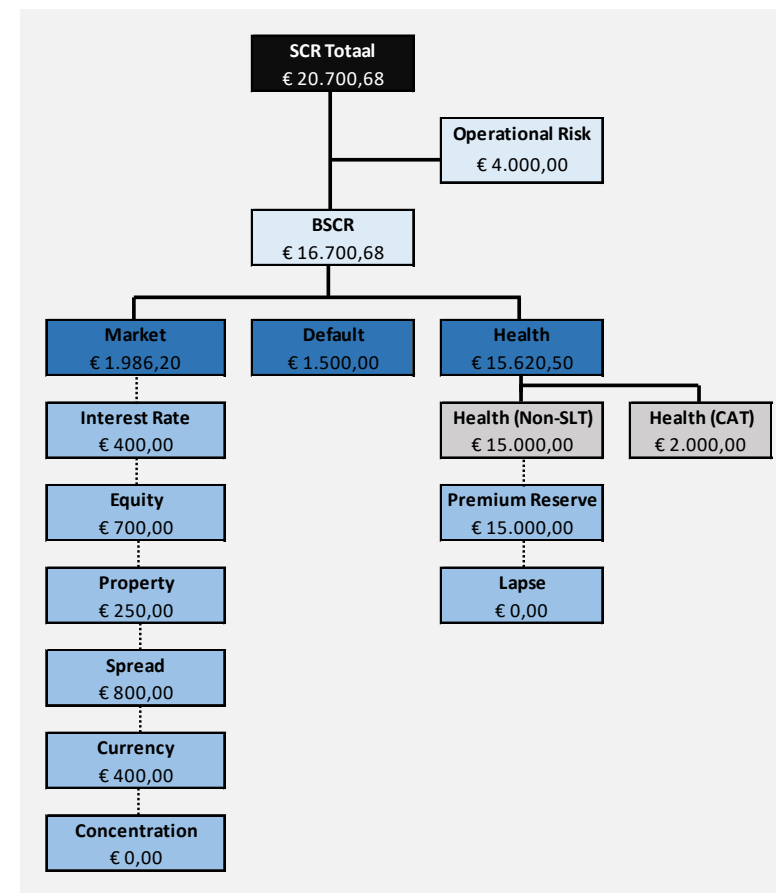
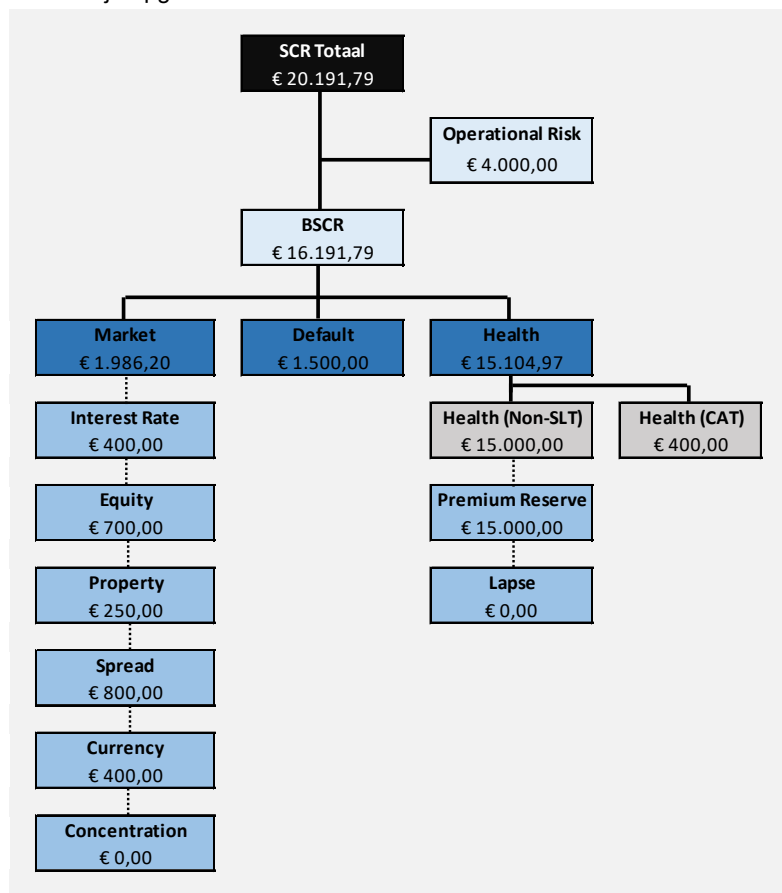
4. Toetsingskader

KPMG heeft een toetsingskader opgesteld om de catastrofereregeling aan te kunnen toetsen. Kunt u invullen en kort motiveren in hoeverre, naar uw mening, onderstaande criteria in de praktijk zijn nageleefd?

- Bieden van zekerheid en stabiliteit
- Aanmoedigen van solidariteit
- Compenseren van niet-voorspelbare verliezen
- Uitvoerbaarheid: eenvoud en snelheid
- Gelijke uitkomsten in gelijke gevallen
- Geen risico voor oneigenlijke uitbetaling
- Balans tussen flexibiliteit en duidelijkheid

Bijlage 6: Berekening SKV

In het rapport is de invloed van de 80% reductie op het catastroferisico gekwantificeerd. In deze bijlage zijn de aangenomen bedragen opgenomen voor de bepaling van het SKV. Alleen de relevante risico's zijn opgenomen in dit overzicht.





kpmg.com/socialmedia

Deze rapportage is opgesteld door KPMG Advisory N.V. , een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. KPMG International verleent geen diensten aan klanten. Geen enkel lid van het KPMG-netwerk heeft de bevoegdheid om KPMG International of enig ander lid jegens derden te binden of tot iets te verplichten, noch heeft KPMG International de bevoegdheid om enig ander lid te binden of tot iets te verplichten. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Deze rapportage is uitsluitend bestemd voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Directie Zorgverzekeringen als formeel opdrachtgever. Het document is niet bedoeld voor andere partijen, buiten deze doelgroep, en het gebruik van dit rapport door andere partijen is dan ook voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit document anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

© 2024 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

Document Classification: KPMG Confidential