

Voorstel tot herziening van de Catastroferegeling

*Naar een solidair en stabiele compensatieregeling voor
zorgverzekeraars*

Datum: juli 2025

Werkgroep: Catastroferegeling

Werkgroepleden: Mylan Tran
Geert Roekaerts MSc AAG
Drs. Cleo Jansen AAG CERA

Managementsamenvatting

De huidige catastrofereregeling, zoals vastgelegd in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet (Zvw), is bedoeld om zorgverzekeraars financieel te ondersteunen in geval van catastrofes, zoals pandemieën. Tijdens de COVID-19-pandemie is deze regeling voor het eerst toegepast. De praktijk heeft echter aangetoond dat de regeling tekortschiet in het waarborgen van solidariteit tussen zorgverzekeraars en het handhaven van een gelijk speelveld.

Bij het uitvoeren van de catastrofereregeling zijn meerdere knelpunten zichtbaar geworden:

- Beperkte bekendheid en onduidelijke grondslag van de regeling bij betrokken partijen;
- Ongelijke compensatie als gevolg van vaste drempelwaarden en rekenregels;
- Regionale verschillen die niet worden geadresseerd;
- Onbedoelde financiële voordelen door zorguitval en beperkte inhaalzorg.

De Werkgroep Catastrofereregeling constateert dat de huidige regeling leidt tot ongewenste prikkels en onderlinge solidariteitsregelingen noodzakelijk maakt. Om dit te corrigeren, worden de volgende verbeteringen voorgesteld voor artikel 33:

- Aanpassing van drempelwaarden: In plaats van landelijke gemiddelden worden profielafhankelijke drempels per verzekeraar gehanteerd.
- Afschaffing van de 5/3-factor.
- Toepassing van macroneutraliteit bij pandemieën om zorguitval te compenseren.
- Vast eigen behoud per verzekerde bij andere catastrofes, zoals natuurrampen.

De voorgestelde aanpassingen zorgen ervoor dat:

- Verzekeraars proportioneel bijdragen aan de kosten;
- Het gelijke speelveld behouden blijft;
- De noodzaak voor aanvullende solidariteitsregelingen vervalt;
- De regeling in lijn blijft met Solvency II.

De Werkgroep Catastrofereregeling concludeert dat het mogelijk is artikel 33 aan te passen naar een robuuste catastrofereregeling die recht doet aan de principes van solidariteit en een gelijk speelveld.

1. Inleiding

De catastrofereregeling (artikel 33 Zvw¹) is in 2006 in het leven geroepen om ervoor te zorgen dat een zorgverzekeraar de schade als gevolg van een catastrofe binnen zijn draagkracht kan opvangen, zodat het voortbestaan van de zorgverzekeraar niet in gevaar komt. De regeling is vervolgens in 2014 en 2015 verder uitgewerkt, mede om de verhoging van de solvabiliteitseis als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie en de invoering van Solvency II te dempen. Het catastroferisico wordt daarbij voor een aanzienlijk deel afgewenteld op het Zorgverzekeringsfonds².

In 2020 werd een wereldwijde pandemie uitgeroepen en trad artikel 33 voor het eerst in werking. De toepassing van de regeling leidde echter tot enkele onvoorziene en onwenselijke situaties. De COVID-19-pandemie heeft duidelijk gemaakt dat de huidige catastrofereregeling de solidariteit tussen zorgverzekeraars niet volledig waarborgt. Zorgverzekeraars zagen zich dan ook genooddaakt om onderling een aanvullende solidariteitsregeling op te zetten. Daarnaast kwam het gelijke speelveld onder druk te staan, onder meer door regionale verschillen - in het zuiden van het land was bijvoorbeeld meer zorg nodig dan in het noorden - en door de noodzakelijke financiële ondersteuning om zorgverleners te behouden voor het vervullen van de zorgplicht in de toekomst (continuïteitsbijdrage). Tot slot zijn tijdens de uitvoering van de regeling diverse knelpunten in de uitvoering aan het licht gekomen.

KPMG³ heeft, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderzoek gedaan naar de werking van de catastrofereregeling. Uit dit onderzoek is gebleken dat veel partijen⁴ niet of onvoldoende op de hoogte waren van het bestaan en de werking van de regeling. De grondslag van de regeling bleek bovendien niet nauwkeurig genoeg geformuleerd, wat leidde tot complexiteit in de uitvoering. Daarnaast zorgden de in de regeling vastgelegde drempelwaarden, rekenregels en het wegvallen van reguliere zorg voor ongewenste prikkels en een ongelijk speelveld.

Hieruit kunnen we concluderen dat, hoewel artikel 33 functioneert zoals oorspronkelijk bedoeld, zich toch een aantal onwenselijke effecten heeft gemanifesteerd die men in de toekomst wil voorkomen. Er is behoefte aan een catastrofereregeling die, naast het vergoeden van de niet-draagbare kosten als gevolg van een catastrofe, de solidariteit niet in de weg staat en het gelijke speelveld blijft waarborgen.

¹ Zorgverzekeringswet

² Nota naar aanleiding van het verslag (33507-6) Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013

³ KPMG, Onderzoek evaluatie catastrofereregeling, kenmerken 201865006.025.476/A2400031108, 23 mei 2024.

⁴ Onder andere zorgverzekeraars, zorgverleners en uitvoeringspartijen

De onderzoeksvraag van deze paper luidt om deze reden als volgt:

Is het mogelijk een catastrofereregeling op te stellen die geen aanvullende solidariteitsregeling vereist om een gelijk speelveld te waarborgen en tevens in overeenstemming is met Solvency II?

In deze paper lichten we allereerst de werking van de catastrofereregeling toe. Vervolgens gaan we in op de voorgestelde oplossingen uit het onderzoek van KPMG. Ten slotte werken we een aantal mogelijke aanpassingen aan de catastrofereregeling uit. Daarbij richten we ons specifiek op een regeling voor de zorgverzekeraar (artikel 33 Zvw). De problematiek bij zorgaanbieders vereist nader onderzoek en valt buiten de scope van deze paper.

2. Werking van de catastrofereregeling

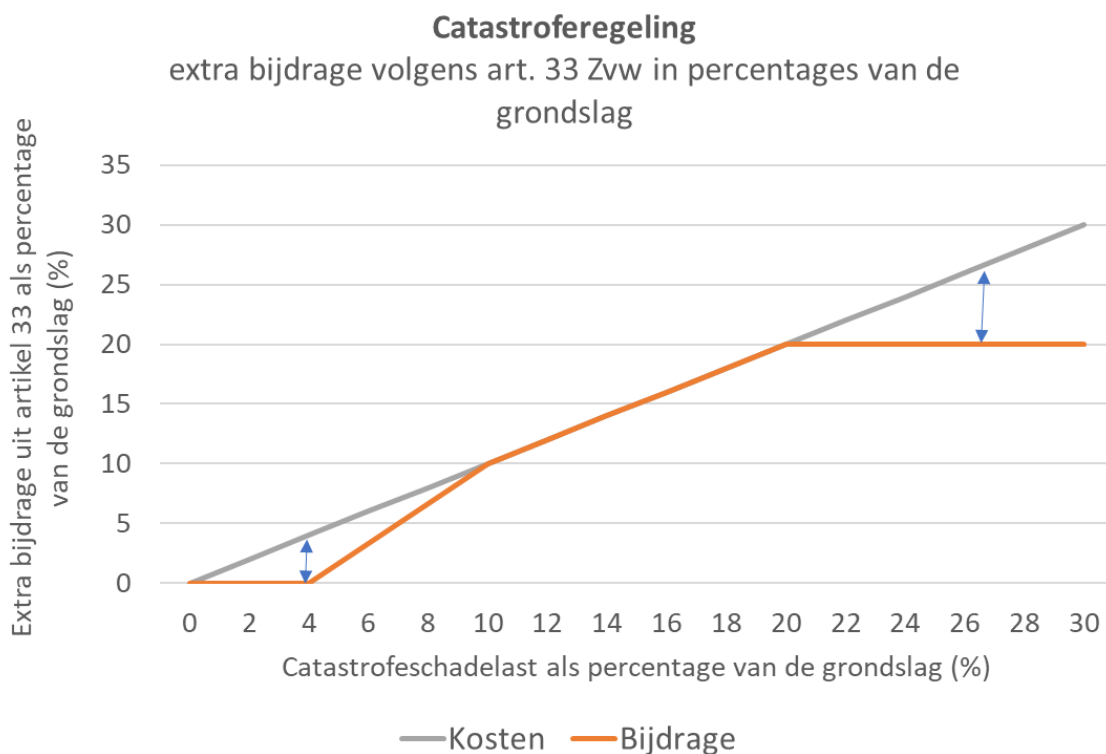
Een catastrofe wordt in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet omschreven als een natuurramp, een pandemie, een kernexplosie of een andere buitengewone gebeurtenis die bij ministeriële regeling wordt aangewezen. De catastrofereregeling voorziet in een extra bijdrage aan zorgverzekeraars die daarvoor een verzoek indienen, boven op de toegekende vereveningsbijdrage in het betreffende catastrofejaar. Het catastrofejaar is het kalenderjaar waarin de catastrofe aanvangt (bijvoorbeeld jaar 2020 voor de COVID-19-pandemie). De regeling is van toepassing op zorgkosten in zowel het catastrofejaar als het daaropvolgende kalenderjaar. Dit betekent dat, als de catastrofe in januari begint, de regeling bijna 2 jaar van kracht is; als de catastrofe in december aanvangt, is de duur van de regeling gelijk aan één jaar en één maand.

De hoogte van de bijdrage uit de catastrofereregeling is afhankelijk van de gemiddelde vereveningsbijdrage en het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar. De gemiddelde vereveningsbijdrage is de toegekende vereveningsbijdrage per verzekerde in het catastrofejaar en is een landelijk gemiddelde.

De grondslag van een zorgverzekeraar is vervolgens het product van de gemiddelde landelijke vereveningsbijdrage en het werkelijk aantal verzekerden dat de zorgverzekeraar in het catastrofejaar had. De catastrofeschadelast, de (zorg)kosten gerelateerd aan de catastrofe in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar samen, en de grondslag van de zorgverzekeraar bepalen uiteindelijk de hoogte van de extra bijdrage.

De huidige catastrofereregeling kent een opbouw met drie drempelwaarden. Indien de catastrofeschadelast:

- kleiner is dan 4% van de grondslag, ontvangt de zorgverzekeraar geen extra bijdrage uit de catastrofereregeling. Dit betekent dat het financiële verlies het grootst is bij exact 4% catastrofeschadelast;
- meer dan 4% en minder dan 10% van de grondslag is, bedraagt de extra bijdrage $\frac{5}{3}$ vermenigvuldigd met het verschil tussen de catastrofeschadelast en 4% van de grondslag. Dit houdt in dat bij exact 10%, de schadelast gelijk is aan de catastrofe bijdrage;
- 10% of meer en niet meer dan 20% van de grondslag is, ontvangt de zorgverzekeraar een bijdrage gelijk aan de catastrofeschadelast;
- hoger is dan 20% van de grondslag, ontvangt de zorgverzekeraar een bijdrage gelijk aan 20% van de grondslag.



Figuur 1: bijdrage uit de catastroferegeling en catastrofeschadelast als percentage van de grondslag.

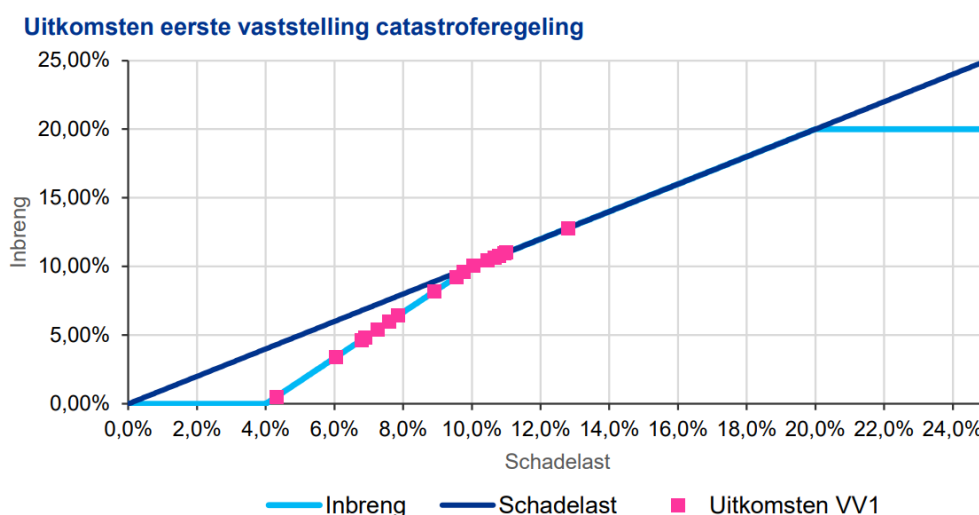
Figuur 1 hierboven illustreert de extra bijdrage uit de catastroferegeling. Uit de figuur blijkt dat zorgverzekeraars bij een catastrofeschadelast lager dan 10% en hoger dan 20% van de grondslag een lagere bijdrage ontvangen dan de daadwerkelijke gemaakte kosten. Allereerst moet de catastrofeschadelast van de zorgverzekeraar minimaal 4% van de grondslag bedragen om in aanmerking te komen voor een bijdrage. Om vervolgens de gemaakte kosten in te halen gebruikt de regeling een factor van 5/3 als de catastrofeschadelast hoger is dan 4% en lager is dan 10% van de grondslag. Echter, doordat zorgverzekeraars pas bij een drempelwaarde van 4% een extra bijdrage ontvangen, betekent dit dat zorgverzekeraars die onder de drempelwaarde van 10% vallen alsnog een bijdrage toegekend krijgen die lager is dan de gemaakte kosten. Dit verschil wordt aangetoond door de linker blauwe pijl. Bij een catastrofeschadelast van hoger dan 20% is de extra bijdrage ook lager dan de daadwerkelijk gemaakte kosten (zie rechter blauwe pijl). De huidige catastroferegeling laat daarmee ruimte voor aanzienlijke verschillen in uitkomsten afhankelijk van de gerealiseerde catastrofekosten.

3. Uitkomsten van de catastroferegeling ten tijde COVID-19

Op hoofdlijnen hebben we de volgende vier uitkomsten waargenomen tijdens de COVID-19 pandemie.

1 Ongelijke verdeling in catastrofekosten vs. artikel 33 bijdragen

Figuur 2⁵ is afkomstig uit het onderzoek van KPMG en toont de uitkomsten van de catastroferegeling ten tijde van de eerste voorlopige vaststelling (VV1) voor 20 zorgverzekeraars (risicodragers).



Figuur 2: Uitkomsten na eerste vaststelling catastroferegeling voor 20 zorgverzekeraars (KPMG)

Opvallend is de grote spreiding in uitkomsten per risicodrager, met een minimum net boven de 4% en een maximum richting de 13%. Twaalf zorgverzekeraars hadden een catastrofeschadelast tussen de 4% en de 10% en zijn daardoor niet volledig gecompenseerd voor de gemaakte catastrofekosten. Acht zorgverzekeraars vielen met hun catastrofeschadelast tussen de 10% en 20% en hebben wél volledige compensatie ontvangen. Dit heeft potentieel impact op het gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Om dit onwenselijk effect te voorkomen, hebben zorgverzekeraars onderling – aanvullend op de catastroferegeling – een solidariteitsregeling getroffen, waarmee het resultaat van de catastroferegeling onderling gelijk wordt verdeeld.

⁵ KPMG, Onderzoek evaluatie catastroferegeling, kenmerken 201865006.025.476/A2400031108, 23 mei 2024.

2 Verschillende factoren e.g. gezondheidsprofiel beïnvloeden de catastrofeschadelast

Daarnaast is de waargenomen spreiding tussen zorgverzekeraars in zekere mate contra-intuïtief. A priori zou men verwachten dat bij een wereldwijde pandemie de regionale effecten binnen Nederland beperkt zouden blijven. In de praktijk blijkt echter dat de lokale regio wél een belangrijke rol speelt in de hoogte van de catastrofeschadelast. Zo bleek de timing van de pandemie van groot belang. In de beginfase (februari 2020) werd met name het zuiden van Nederland zwaar getroffen door een zogenoemd 'superspread event' tijdens carnaval. In deze periode waren ziekenhuizen nog niet voorbereid op COVID-19 en waren er vanzelfsprekend nog geen maatregelen getroffen om de schadelijke gevolgen te beperken. Ook is het niet ondenkbaar dat regionale verschillen in catastrofeschadelast mede worden beïnvloed door regiokenmerken zoals de stedelijkheid, bevolkingsdichtheid en populatiekenmerken. Uit Nederlandse COVID-19-data blijkt bijvoorbeeld dat er aanzienlijke verschillen bestaan in gezondheidsuitkomst per positieve COVID-test. Vanaf de leeftijdscategorie 50+ is er een verhoogde kans op ziekenhuisopname, en binnen deze groep bestaat er tevens een grotere kans op een IC-opname als er sprake is van co-morbiditeit (e.g. obesitas, astma, COPD). De huidige catastrofereregeling houdt geen rekening met dergelijke populatieverschillen tussen zorgverzekeraars, omdat zij werkt met een drempel die gebaseerd is op de landelijke gemiddelde vereveningsbijdrage.

3 Zorgaanbieder vergoeden voor continuïteit

Door de uitval van zorg daalde de omzet van zorgaanbieders aanzienlijk. Behandelingen die normaal gesproken een groot deel van de inkomsten vormden, werden uitgesteld of helemaal niet uitgevoerd. Zorgverzekeraars hebben daarom met verschillende zorgsectoren afspraken gemaakt over continuïteitsbijdragen, om zorgaanbieders financieel te ondersteunen. Deze bijdragen waren bedoeld om de doorlopende kosten van zorgaanbieders te dekken, de continuïteit van de zorg te waarborgen en zorgaanbieders te helpen overleven tijdens de crisis.

4 Zorguitval en beperkte inhaalzorg met winst in de sector tot gevolg

Tijdens de COVID-19-pandemie werd de zorgsector zwaar belast, wat resulteerde in aanzienlijke zorguitval. Electieve zorg, zoals planbare operaties en behandelingen, werden uitgesteld of zelfs afgesteld. In de Covid Pandemie realiseerden zorgverzekeraars een resultaat van circa € 1,1 mld⁶, hoofdzakelijk als gevolg van zorguitval.

De pandemie had ook zorgmijding als gevolg, waarbij patiënten bewust behandelingen uitstelden uit angst voor besmetting met het virus of om de zorgmedewerkers niet verder te belasten. Ook viel veel capaciteit van reguliere zorg weg in ziekenhuizen, doordat deze capaciteit werd opgevuld met Covid zorg. Het inhalen van deze uitgestelde zorg heeft de druk op de zorginstellingen verder vergroot. Gegeven de grote arbeidsmarktkrapte in de zorgsector is het moeilijk om zorg in te halen en tegelijkertijd te voldoen aan de nieuwe zorgvraag. Gevolg hiervan is dat in de praktijk de inhaalzorg nooit geleid heeft tot een overschrijding van het macroprestatiebudget. Ook is het budget nooit verhoogd voor inhaalzorg.

De zorguitval heeft uiteindelijk geleid tot winst voor de zorgsector. Zorgverzekeraars werden immers alsnog gecompenseerd via de reguliere risicoverevening voor de

⁶ VWS rijksbegroting 2022

verwachte zorgkosten in 2020, zonder dat deze zorgkosten daadwerkelijk zijn gemaakt door de zorguitval.

Om de ongewenste effecten van de huidige catastroferegeling verder te illustreren is in paragraaf 3.1 een rekenvoorbeeld uitgewerkt.

3.1 Rekenvoorbeeld ongewenste effecten

In het volgende rekenvoorbeeld gaan we uit van een markt met vier zorgverzekeraars, elk met verschillende portefeuilles: extreem gezond, gezond, gemiddeld en ongezond. De onderliggende aannames staan in de bijlage en zijn gebaseerd op de situatie tijdens de COVID-19-pandemie in 2020. De extreem gezonde verzekeraar kent de laagste gemiddelde zorgkosten per verzekerde; de ongezonde verzekeraar de hoogste. Elke verzekeraar heeft een verschillend aantal verzekerden. In het rekenvoorbeeld (Tabel 1) is een landelijke catastrofeschok van € 3 miljard toegepast, waarbij is aangenomen dat deze schok proportioneel is verdeeld naar reguliere zorgkosten. Daarnaast is uitgegaan van € 1 miljard aan zorguitval, eveneens proportioneel verdeeld naar reguliere zorgkosten. Tot slot wordt de catastroferegeling toegepast zoals die momenteel is vastgelegd in artikel 33 Zvw.

Tabel 1 geeft voor de vier verschillende verzekeraars het volgende weer:

- de Solvency-II ratio vóór de pandemie;
- de catastrofeschadelast in euro's (inclusief het percentage van de grondslag);
- de bijdrage vanuit artikel 33;
- de vergoeding, uitgedrukt als percentage van de catastrofeschadelast;
- de SII-ratio na toepassing van artikel 33;
- de zorguitval;
- de SII-ratio na de zorguitval;
- het verschil tussen beide SII-ratio's.

Daarnaast geeft Tabel 1 ook weer welk bedrag de verzekeraar per verzekerde aan eigen behoud overhoudt na ontvangst van de extra bijdrage uit artikel 33.

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
SII-ratio voor pandemie	130%	130%	130%	130%
Bedrag eigen behoud per verzekerde	29	7	0	0
€ Catastrofeschedelast	92.307.692 (7%)	363.461.538 (9%)	1.650.000.000 (12%)	894.230.769 (14%)
€ Extra bijdrage	66.781.396	344.574.959	1.650.000.000	894.230.769
% Vergoeding	72%	95%	100%	100%
SII-ratio na artikel 33	117%	128%	130%	130%
Zorguitval	30.769.231	121.153.846	550.000.000	298.076.923
SII-ratio na zorguitval	133%	143%	145%	145%
Δ%SII-ratio	3%	13%	15%	15%

Tabel 1: Pandemie uitkomsten met verschillende gezondheidsprofielen

Tabel 1 laat zien dat de SII-ratio's na toepassing van artikel 33 dalen (bij de extreem gezonde en gezonde verzekeraar) of gelijk blijven (bij de gemiddelde en ongezonde verzekeraar). Door toepassing van de 5/3-factor hebben de zorgverzekeraars met een catastrofeschedelast boven de 10% een volledige compensatie ontvangen (d.w.z. geen eigen behoud meer), terwijl verzekeraars met een schedelast onder de 10% wél een eigen behoud kennen. Dit zorgt ervoor dat de verzekeraars met de hoogste catastrofeschedelast, het minste tot geen verlies leiden door de hogere compensatie. Indien een verzekeraar nog onder de 4% catastrofeschedelast zou zijn gebleven, zou er geen compensatie zijn toegekend. Dit laat zien dat de 4%-drempel en de 5/3-factor een ongewenst effect hebben, doordat ze een ongelijk speelveld tussen de verzekeraars veroorzaken.

Vervolgens laat Tabel 1 zien dat door zorguitval uiteindelijk een winst resulteert voor alle verzekeraars, doordat zorgverzekeraars in 2020 via de risicoverevening zijn gecompenseerd voor zorgkosten die door de zorguitval uiteindelijk niet zijn gemaakt. Dit was een onvoorzien effect van de pandemie.

4. Aanbevelingen KPMG

KPMG doet in het kader van het onderzoek naar de evaluatie van de catastroferegeling⁷ de volgende aanbevelingen ter verbetering van deze regeling:

1. Verbetering van de huidige catastroferegeling, met aanpassingen op de volgende punten:
 - a. Aanpassing van de rekenregels met betrekking tot de drempel- en grenswaarden;
 - b. verruiming van restrictieve eigenschappen, zoals de duur van de regeling.
2. Aanpassing van de risicoverevening achteraf (ex-post correctie). Deze maatregel moet nog nader worden uitgewerkt.
3. Vooraf vastleggen van de macronaculatie en de bandbreedteregeling binnen de risicoverevening in het geval van een catastrofe (ex-post correctie).
4. Herverzekeren.

KPMG acht oplossingsrichtingen 1 en 3 het meest kansrijk. Het achteraf aanpassen van de risicoverevening (oplossingsrichting 2) brengt een aantal negatieve effecten teweeg, zoals het wegnemen van doelmatigheidsprikkels. Bovendien is deze aanpassing alleen mogelijk op vrijwillige basis van alle marktpartijen. Voor verder toelichting verwijzen wij naar het onderzoek van KPMG.

Optie 4 (herverzekerende) is geen reële optie, aangezien er geen herverzekeringsmarkt bestaat voor Nederlandse zorgverzekeraars. Dit werd in 2013 door de minister van VWS geconcludeerd⁸: "...door het (vrijwel) ontbreken van een herverzekeringsmarkt voor zorgkosten, is herverzekerende niet, of niet tegen aanvaardbare kosten, mogelijk. Daarom neemt de overheid de rol van herverzekerende op zich". De kapitaalskosten die een herverzekerende (met winst oogmerk) in rekening brengt, zal per definitie leiden tot extra kosten, die binnen de context van de Zvw als onaanvaardbaar worden beschouwd.

Gegeven de uitkomsten van het rekenvoorbeeld, lijkt optie 1 het logische vertrekpunt voor het verbeteren van de catastroferegeling. De resultaten laten zien dat het zinvol is om alternatieven te verkennen voor de 4%-drempel en de 5/3-factor, aangezien deze in de praktijk leiden tot een ongelijk speelveld.

Vanuit optie 3 lijkt met name macroneutraliteit een nuttige aanvulling in het geval van zorguitval, aangezien een mechanisme om dit op te vangen ontbreekt in optie 1. De huidige praktijk laat zien dat de bandbreedteregeling⁹ weliswaar goed werkt voor de grote zorgverzekeraars, maar minder voor kleinere zorgverzekeraars, waarvoor veel uitzonderingen gelden. Een bandbreedteregeling is een grof middel met duidelijke nadelen. Deze nadelen zijn onder meer dat niet alleen voor de catastrofe wordt gecompenseerd, maar ook voor reguliere verschillen in het resultaat binnen de bandbreedte. Daarnaast zijn er grote uitdagingen bij het bepalen van het gemiddelde marktresultaat van alle zorgverzekeraars (hierna middenpunt) van de bandbreedte. In de solidariteitsregeling is ervoor gekozen om als middenpunt het vereveningsresultaat van het jaar vóór de pandemie te hanteren. Dit gaat gepaard met een grote "jump-off bias", waarbij het gekozen startpunt sterk bepalend is voor de uiteindelijke uitkomst. Zodra er een goed werkende catastroferegeling is, is een aanvullende bandbreedteregeling niet meer nodig.

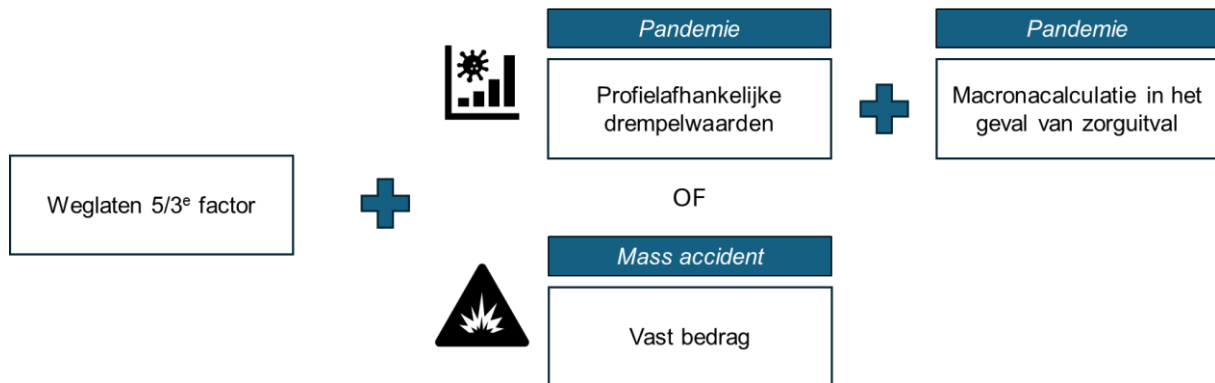
⁷ KPMG, Onderzoek evaluatie catastroferegeling, kenmerken 201865006.025.476/A2400031108, 23 mei 2024.

⁸ Nota naar aanleiding van het verslag (33507-6) Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013

⁹ De bandbreedteregeling heeft betrekking op een afspraak binnen de solidariteitsregeling.

5. Catastroferegeling verbeteren in huidige vorm

In de huidige catastroferegeling verstoren de drempelwaarden, die gebaseerd zijn op een landelijk gemiddelde, en de 5/3-factor tot op zekere hoogte het gelijke speelveld. Om deze reden stellen we voor om optie 1 verder uit te werken door de drempelwaarden aan te passen en de 5/3-factor weg te laten. Daarnaast adviseren we om bij een pandemie en de daarmee samenhangende zorguitval macroneutraliteit toe te passen. Dit leidt tot de volgende opties:



Figuur 3: Voorstel werkgroep Catastroferegeling: aanpassing van huidige catastroferegeling

Figuur 3 illustreert ons voorstel om de huidige regeling aan te passen. In het geval van een pandemie stellen wij voor om profielafhankelijke drempelwaarden te hanteren in plaats van landelijk bepaalde gemiddelden. Daarnaast adviseren wij om macronacalculatie toe te passen bij zorguitval. We gaan ervan uit dat de zorguitval proportioneel is aan de reguliere zorgkosten en dat dit ook geldt voor de macronacalculatie. Hierdoor heffen deze bedragen elkaar op en daarom tonen we ze niet in de resterende rekenvoorbeelden.

Bij een massaal ongeval ('mass accident'), zoals een vuurwerkcramp of overstroming, volstaat het om voor elke zorgverzekeraar een vast bedrag eigen behoud per verzekerde te hanteren. In dit hoofdstuk werken wij deze aanpassingen uit ter onderbouwing van ons voorstel. De drempel voor het catastroferisico is gekalibreerd aan de hand van het Solvency II-formularium voor de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt.

5.1 Weglaten van de 5/3-factor

De eerste aanpassing is het loslaten van de 5/3-factor en het hanteren van een factor 1 boven de 4%-drempelwaarde. Logischerwijs vervalt hierdoor de 10%-drempelwaarde. Tabel 1 toont de resultaten bij toepassing van de huidige catastroferegeling, en Tabel 2 laat de resultaten zien wanneer de 5/3-factor is vervangen door een factor van 1. In beide gevallen blijft de catastrofeschadelast van een verzekeraar gelijk. Om een juiste vergelijking te maken met de uitgewerkte voorbeelden, bekijken we de SII-ratio in Tabel 1 na toepassing van artikel 33 en vóór zorguitval, omdat we ervan uitgaan dat de baten uit zorguitval en de lasten uit macronacalculatie elkaar in de overige voorbeelden compenseren.

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
SII-ratio voor pandemie	130%	130%	130%	130%
Bedrag eigen behoud per verzekerde	60	60	60	60
€ Catastrofeschadelast	92.307.692	363.461.538	1.650.000.000	894.230.769
€ Extra bijdrage	40.068.838	206.744.975	1.075.372.601	633.036.497
% Vergoeding	43%	57%	65%	71%
SII-ratio na artikel 33	104%	110%	114%	117%
	-26%	-20%	-16%	-13%

Tabel 2: Pandemie uitkomsten met weglaten van 5/3-factor.

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
$\Delta\%$ SII-ratio	-13%	-18%	-16%	-13%

Tabel 3: Verschil in Solvency-II ratio's tussen het toepassen van de huidige regeling en het weglaten van de 5/3-factor.

Als we de 5/3-factor weglaten, ontvangt geen enkele zorgverzekeraar meer een volledige compensatie voor de catastrofekosten. Elke verzekeraar moet in dat geval een eigen behoud aanhouden van € 60 per verzekerde (dat is 4% van de landelijke gemiddelde vereveningsbijdrage van € 1.504). Zo draagt iedere verzekeraar een deel van de lasten. Tabel 2 toont aan dat de (extreem) gezonde verzekeraars er flink op achteruit gaan wanneer de 5/3-factor wordt weggelaten. Waar de SII-ratio van de extreem gezonde verzekeraar in de huidige regeling slechts 13%-punt daalt door de pandemie (zie Tabel 1, SII-ratio na artikel 33), daalt deze ratio met 26%-punt als de 5/3-factor wordt weggelaten (zie Tabel 2).

Alle zorgverzekeraars worden zwaarder getroffen door de pandemie wanneer we deze maatregel toepassen (zie Tabel 3). Het alleen weglaten van de 5/3-factor is echter niet voldoende om het ongelijke speelveld bij een pandemie recht te trekken.

5.2 Aanpassing van de drempelwaarden

In de huidige regeling zijn de 4% en 10%-drempels gebaseerd op de landelijke gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde. Echter, elke verzekeraar heeft een ander gemiddeld bedrag, afhankelijk van zijn portefeuille. Een mogelijke aanpassing van de catastrofereregeling is om bij een pandemie voor iedere verzekeraar eigen 4%- en 10%-drempels te hanteren, gebaseerd op het gezondheidsprofiel (het verzekeraar-specifieke gemiddelde van de vereveningsbijdrage). Waar de landelijke 4%-drempel

gelijk is aan € 60 per verzekerde, geldt nu voor elke verzekeraar een andere drempel. De extreem gezonde verzekeraar heeft bijvoorbeeld een 4%-drempel van 37 euro (4% van € 920, de gemiddelde vereveningsbijdrage van deze verzekeraar¹⁰) terwijl de ongezonde verzekeraar een drempel van 71 euro heeft. Als de catastrofeschadelast van een verzekeraar boven zijn eigen 4%-drempel komt, ontvangt hij 5/3 maal de catastrofeschadelast minus de 4% drempelwaarde. Als de verzekeraar de 10%-drempel haalt krijgt hij alles vergoed. Tabel 4 toont de resultaten van deze wijziging, waarbij de rest van de regeling ongewijzigd blijft (de 5/3-factor blijft dus gehandhaafd).

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
SII-ratio voor pandemie	130%	130%	130%	130%
Bedrag eigen behoud per verzekerde	0	0	0	0
Catastrofeschadelast €	92.307.692	363.461.538	1.650.000.000	894.230.769
€ Extra bijdrage	92.307.692	363.461.538	1.650.000.000	894.230.769
% Vergoeding	100%	100%	100%	100%
SII-ratio na artikel 33	130%	130%	130%	130%
Δ%SII-ratio	0%	0%	0%	0%

Tabel 4: Pandemie uitkomsten als de drempelwaarden afhankelijk zijn van het zorgportfolio van de verzekeraar.

Waar de (extreem) gezonde verzekeraar in de huidige regeling verlies lijdt doordat hij de landelijke 10%-drempel niet haalt met de pandemiekosten (zie Tabel 1), wordt hij volledig gecompenseerd wanneer de drempels gebaseerd worden op de eigen gemiddelde bijdrage (zie Tabel 4). Tegelijkertijd wordt van elke verzekeraar verwacht dat hij kapitaal aanhoudt per verzekerde in het geval van een catastrofe (zie *Bedrag eigen behoud per verzekerde* in Tabel 4), terwijl dit in de praktijk niet nodig blijkt door de werking van de regeling. Elke verzekeraar bereikt namelijk zijn eigen 10%-drempel en wordt volledig vergoed. Deze aanpassing zorgt ervoor dat er geen ongelijk speelveld meer ontstaat en dat onderlinge solidariteitsregelingen overbodig worden. Het behoud van de 5/3-factor in combinatie met het aanpassen van de drempelwaarden gaat wel gepaard met een hoger bedrag dat vanuit de catastrofereregeling gecompenseerd moet worden.

¹⁰ De verzekeraar specifieke vereveningsbijdrage wordt berekend door de ratio tussen de totale landelijke vereveningsbijdrage en de totale zorgkosten in de Zvw te vermenigvuldigen met de gemiddelde zorgkosten per verzekerde van de desbetreffende verzekeraar. Voor de extreem gezonde verzekeraar is de berekening als volgt: $\text{Ratio} = \frac{\text{€ 26 mld}}{\text{€ 45 mld}} = 0,58$, $\text{Gemiddelde zorgkosten per verzekerde} = \text{€1.600}$, $\text{Gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde} = 0,58 * 1600 = \text{€920}$.

5.3 Aanpassing van de drempelwaarden en weglaten 5/3-factor

Het is ook mogelijk om beide aanpassingen door te voeren in de catastrofereregeling. Dit kan op verschillende manieren. Wij hebben drie opties uitgewerkt.

Als eerste, tabel 5 toont de resultaten per verzekeraar wanneer we de drempelwaarden baseren op de bijdrage per verzekeraar en de 5/3-factor weglaten (vervangen door factor 1) na het behalen van de 4%-drempel.

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
SII-ratio voor pandemie	130%	130%	130%	130%
Bedrag eigen behoud per verzekerde	37	48	60	71
€ Catastrofeschedelast	92.307.692	363.461.538	1.650.000.000	894.230.769
€ Extra bijdrage	60.348.431	237.621.949	1.078.728.211	584.625.429
% Vergoeding	65%	65%	65%	65%
SII-ratio na artikel 33	114%	114%	114%	114%
Δ%SII-ratio	-16%	-16%	-16%	-16%

Tabel 5: Pandemie uitkomsten als de drempelwaarden afhankelijk zijn van het zorgportfolio van de verzekeraar en de 5/3-factor wordt weggelaten.

Elke verzekeraar ontvangt door deze aanpassingen 65% van de catastrofeschedelast (zie Tabel 5). Dit betekent ook dat de SII-ratio voor elke verzekeraar met 16%-punt daalt. Het speelveld blijft hierdoor gelijk en er hoeven geen solidariteitsregelingen te worden afgesloten.

In bovenstaande voorbeelden gaan we uit van een SII-ratio van 130% voor elke verzekeraar vóór de pandemie. Wanneer elke verzekeraar een andere SII-ratio heeft, blijft het verschil in SII-ratio na de pandemie voor alle verzekeraars gelijk (zie Tabel 12 in de bijlage).

Daarnaast is het mogelijk om de drempelwaarde op een andere manier vorm te geven ter vervanging van de 4%-waarde gebaseerd op de vereveningsbijdragen. Het doel van de catastrofereregeling is om het risico voor zorgverzekeraars te beperken, maar niet volledig te mitigeren. Een deel eigen behoud doet recht aan het risicodragerschap van zorgverzekeraars. Onder Solvency II moeten zorgverzekeraars in Nederland € 10 per verzekerde aan kapitaal aanhouden in het geval van een catastrofe. De SII-catastrofe SCR is gekalibreerd op de Nederlandse markt en is daarom ook passend voor de pandemie.

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
SII-ratio voor pandemie	130%	130%	130%	130%
Bedrag eigen behoud per verzekerde	10	10	10	10
€ Catastrofeschedelast	92.307.692	363.461.538	1.650.000.000	894.230.769
€ Extra bijdrage	83.625.603	337.415.270	1.554.497.014	850.820.321
% Vergoeding	91%	93%	94%	95%
SII-ratio na artikel 33	126%	127%	127%	128%
Δ%SII-ratio	-4%	-3%	-3%	-2%

Tabel 6: Pandemie uitkomsten met drempelwaarde gebaseerd op vast bedrag per verzekerde en weglaten van 5/3-factor.

Tabel 6 toont de resultaten wanneer we voor elke verzekeraar een eigen behoud van €10 per verzekerde hanteren. Een verzekeraar ontvangt een compensatie vanuit de catastrofereregeling als de catastrofeschedelast boven de grenswaarde valt van 10 maal het aantal verzekerden per verzekeraar. Omdat elke verzekeraar een ander aantal verzekerden heeft, verschilt deze grenswaarde per verzekeraar. De bijdrage is gelijk aan het verschil tussen de catastrofeschedelast en de grenswaarde van het eigen behoud. In dit scenario worden de verzekeraars voldoende gecompenseerd door de regeling. De extreem gezonde verzekeraar gaat het meest achteruit (zie Tabel 6), maar dit is aanzienlijk minder dan bij de huidige regeling (zie Tabel 1).

In het geval van een massaal ongeval, zoals een brand of een overstroming, heeft het gezondheidsprofiel van een verzekeraar minder invloed op de catastrofekosten. Het is dan logisch om een vast eigen behoud per verzekerde te hanteren, dat voor alle verzekeraars hetzelfde is. Tijdens de COVID-19-pandemie bleek echter dat verzekeraars met een hoog risico- en hoog kostenprofiel ook hogere pandemiekosten hadden dan verzekeraars met een lager kostenprofiel. Het is daarom ook een optie om het eigen behoud per verzekerde, evenredig aan de verwachte zorgkosten toe te passen. Dit betekent dat voor elke verzekeraar, afhankelijk van zijn gemiddelde zorgkosten per verzekerde, een verschillend eigen behoud wordt aangenomen. De gemiddelde zorgkosten in 2020 waren afgerond € 2.600 per verzekerde. Het gemiddelde eigen behoud per verzekerde wordt dan $10/2600 * 100\% = 0,38\%$. De extreem gezonde verzekeraar met €1.600 zorgkosten per verzekerde heeft dan een eigen behoud van $\frac{1600}{2600} * 10 = € 6$.

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
SII-ratio voor pandemie	130%	130%	130%	130%
Bedrag eigen behoud per verzekerde	6	8	10	12
€ Catastrofeschadelast	92.307.692	363.461.538	1.650.000.000	894.230.769
€ Extra bijdrage	86.964.868	342.424.167	1.554.497.014	842.472.158
% Vergoeding	94%	94%	94%	94%
SII-ratio na artikel 33	127%	127%	127%	127%
Δ%SII-ratio	-3%	-3%	-3%	-3%

Tabel 7: Pandemie uitkomsten met drempelwaarde gebaseerd op gevarieerd bedrag per verzekerde en weglaten van 5/3-factor

Tabel 7 toont de resultaten als we een variabel eigen behoud hanteren. Elke verzekeraar heeft nu een daling van 3%-punt in zijn SII-ratio na de pandemie. Als we de catastrofereregeling op deze manier aanpassen draagt elke verzekeraar bij aan de catastrofekosten, maar ontstaat er geen ongelijk speelveld. Het aanpassen van het eigen behoud aan het gezondheidsprofiel van de verzekeraar, maakt de regeling wel ingewikkelder dan het aanhouden van een vast bedrag aan eigen behoud per verzekerde. Aanvullend kan gesteld worden dat de noodzaak voor een bandbreedtereregeling minder groot wordt door de voorgestelde verlaging van de drempel, omdat het verschil tussen zorgverzekeraars al wordt verkleind door een kleiner eigen behoud.

Conclusie

De huidige catastrofereregeling heeft tijdens de COVID-19-pandemie geleid tot een ongelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en tot ongewenste prikkels. Hierdoor moesten zorgverzekeraars onderling solidariteitsregelingen afsluiten. KPMG heeft aanbevolen de regeling aan te passen om deze ongewenste effecten tegen te gaan. Deze paper stelt enkele verbeteringen voor die bijdragen aan een gelijk speelveld.

Aanbeveling één betreft het weglaten van de 5/3-factor, die momenteel wordt gebruikt tussen de 4%- en 10%-drempelwaarden, in combinatie met een aanpassing van de drempelwaarde. Ons voorstel:

- Hanteer een factor van 1 boven de 4%-drempelwaarde (waarmee de 10%-drempel komt te vervallen).
- Maak de drempelwaarde afhankelijk van het type catastrofe:
 - Bij een pandemie: ga uit van een profielafhankelijke bijdrage per verzekerde als eigen behoud. Dit betekent dat elke verzekeraar een andere 4%-drempel hanteert, gebaseerd op de verzekeraar specifieke gemiddelde vereveningsbijdrage, in plaats van op het landelijke gemiddelde. Deze aanpassing zorgt ervoor dat verzekeraars met een gezondere portefeuille niet worden benadeeld en dat de lasten eerlijk worden verdeeld.
 - Bij overige catastrofes: ga uit van een vast bedrag aan eigen behoud per verzekerde. Verzekeraars ontvangen dan compensatie voor het verschil tussen de catastrofekosten en het eigen behoud. Op deze manier draagt elke verzekeraar een deel van de lasten, zonder dat een ongelijk speelveld ontstaat.

Aanbeveling twee is om bij een pandemie macroneutraliteit toe te passen om zorguitval op te vangen. Bij een massaal ongeval is dit niet noodzakelijk. Macroneutraliteit voorkomt grote marktresultaten als gevolg van zorguitval, zoals ook is waargenomen bij COVID-19-pandemie.

Ten aanzien van de onderzoeksvraag:

Is het mogelijk een catastrofereregeling op te stellen die geen aanvullende solidariteitsregeling vereist om een gelijk speelveld te waarborgen en tevens in overeenstemming is met Solvency II?

Het antwoord is bevestigend voor het geval van een massaal ongeval. In het geval van een pandemie biedt onze voorgestelde oplossing een balans tussen de catastrofekosten en de extra bijdrage uit artikel 33. Wel is aanvullend onderzoek nodig naar de relatie tussen reguliere zorgkosten en pandemiekosten.

Daarnaast is artikel 33 een regeling die zich richt op zorgverzekeraars, terwijl het probleem van zorguitval bij zorgaanbieders nog niet is opgelost. Wanneer zorgaanbieders geen zorg meer kunnen leveren, valt hun financiering stil. Ook hiervoor is verder onderzoek noodzakelijk. Een mogelijke oplossingsrichting is het ontwikkelen van een aparte regeling - naast artikel 33 - specifiek voor zorgaanbieders. Ook was er sprake van een grote administratieve last van de registratie van de specifieke kosten, die onder de catastrofereregeling vallen. Er is nog aanvullend onderzoek nodig om manieren te vinden om de administratielast van artikel 33 te verminderen. Een mogelijk alternatief om te verkennen is het niet administreren van de catastrofekosten en artikel 33 zo in te richten dat de financiële positie van zorgverzekeraars wordt gegarandeerd onafhankelijk van de exacte catastrofelast per zorgverzekeraar.

Samenvattend: de voorgestelde aanpassingen zijn bedoeld om de huidige problemen van de catastroferegeling te verminderen en een eerlijkere verdeling van de lasten te waarborgen. Het enkel weglaten van de 5/3-factor is onvoldoende; aanvullende maatregelen, zoals het aanpassen van de drempelwaarden, het hanteren van eigen behoud en het toepassen van macroneutraliteit, zijn essentieel om een gelijk speelveld te creëren. Ook is de noodzaak van een aanvullende solidariteitsregeling tussen zorgverzekeraars minder groot gegeven de voorgestelde verlaging van de drempel, waardoor het verschil tussen zorgverzekeraars al wordt verkleind.

Bijlage

In de uitgewerkte scenario's hebben wij de volgende assumpties:

- a) De markt bevat vier zorgverzekeraars met de volgende portfolio's;
- b) Portfolio van zorgverzekeraars (zie tabel 8);

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder	Totaal
Martkaandeel	5%	15%	55%	25%	100%
Gemiddelde zorgkosten per verzekerde	€1.600	€2.100	€2.600	€3.100	€2.600
Aantal verzekerden (in duizenden)	868	2.604	9.550	4.341	17.363

Tabel 8: portfolio van zorgverzekeraars.

- c) Daarnaast baseren we de volgende gegevens op het jaar 2020 om zo goed mogelijk de situatie conform COVID-19 te illustreren (zie Tabel 9).

Aantal Nederlanders	17,4 miljoen
Aantal 18+	14 miljoen
Totale zorgkosten Zvw	€45 miljard
Rekenpremie	€1.373
Gedetineerden	0,070%
Totale vereveningsbijdrage	€26 miljard
Landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde	€1.504
Catastrofelast	€3,0 miljard
Zorguitval	€1,0 miljard

Tabel 9: gegevens 2020.

- d) We gaan uit van de volgende correlatiematrix:

	Market	Default	Health
Market	1	0,25	0,25
Default	0,25	1	0,25
Health	0,25	0,25	1

Tabel 10: Correlatiematrix.

- e) Als laatste gaan we uit van de parameters in Tabel 11:

Schaderatio	0,98
Reserve ratio	0,25
Sigma premie	2,7%
Sigma reserves	5,0%
Sigma	2,8%
SII-ratio	130%

Tabel 11: Parameters

Verzekeraar	Extreem gezond	Gezond	Gemiddeld	Ongezonder
SII-ratio voor pandemie	145%	140%	130%	120%
Bedrag eigen behoud per verzekerde	37	48	60	71
€ Catastrofeschadelast	92.307.692	363.461.538	1.650.000.000	894.230.769
€ Extra bijdrage	60.348.431	237.621.949	1.078.728.211	584.625.429
% Vergoeding	65%	65%	65%	65%
SII-ratio na artikel 33	129%	124%	114%	104%
Δ%SII-ratio	-16%	-16%	-16%	-16%

Tabel 12: Pandemie uitkomsten als de drempelwaarden afhankelijk zijn van het zorgportfolio van de verzekeraar en de 5/3-factor wordt weggelaten (elke verzekeraar een andere SII-ratio).

Literatuurlijst

- Zorgverzekeringswet, artikel 33. Bijdrage bij buitengewone gebeurtenissen. Te raadplegen via [wetten.overheid.nl: https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/](https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/) (laatst geraadpleegd juli 2025).
- KPMG (2024). Onderzoek evaluatie catastroferegeling. Kenmerk: 201865006.025.476/A2400031108. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 23 mei 2024.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2012–2013). Nota naar aanleiding van het verslag (33507-6). Vergaderjaar 2012–2013.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). Rijksbegroting VWS 2022.