



Loyens & Loeff N.V.
Postbus 71170
1008 BD Amsterdam

Den Haag, 27 oktober 2020

Aantal bijlagen :
Uw kenmerk :
Ons kenmerk : ACM/UIT/543322
Contactpersoon :
Onderwerp : ACM/20/039827 Reactie ACM voorgenomen overeenkomst verdeling impact corona zorgverzekeraars voor 2020

Geachte heren,

Namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u de ACM om een reactie gevraagd op voorgenomen afspraken tussen zorgverzekeraars om *'de financiële effecten die overblijven na eventuele toekenning van extra middelen op grond van artikel 33 Zorgverzekeringswet en de vaststelling van de vereveningsbijdrage door het Zorginstituut Nederland met de lenteherberekening en rechtstreeks het gevolg zijn van de coronacrisis, evenredig – na het behalen van een drempelbedrag – [onder de deelnemende zorgverzekeraars] te verdelen [...]* (notitie concept d.d. 2 september 2020). U benaderde de ACM met het oog op de toelaatbaarheid van die voorgenomen afspraken binnen de concurrentieregels.

Hiermee ontvangt u onze reactie.

Achtergrond

ZN heeft de ACM in april van dit jaar benaderd namens haar leden, de individuele zorgverzekeraars, en aangegeven dat haar leden overwogen om een 'solidariteitsregeling' vorm te geven voor het jaar 2020. In de afgelopen maanden hebben zorgverzekeraars onderling nagedacht over hoe de regeling er uit zou kunnen zien, ook tegen de achtergrond van nog lopende gesprekken met zorgaanbieders over de vergoeding van de meerkosten als gevolg van de coronacrisis, en nog lopende besprekingen met het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de gevolgen van de coronacrisis voor de vergoedingen uit de risicoverevening. Daarbij hebben de zorgverzekeraars ACM meegenomen in het proces, op de hoogte gehouden van de gedachtevorming over de invulling van de voorgenomen overeenkomst en op meerdere momenten vragen ter verduidelijking beantwoord. De ACM heeft in die periode daarnaast zelf contact onderhouden met het ministerie van VWS en ZiNL om zich op de hoogte te stellen van ontwikkelingen op het gebied van de risicoverevening, en ambtenaren van de Europese Commissie geconsulteerd. Op 2 september jl. heeft de ACM van u een nieuw concept van de voorgenomen 'Overeenkomst verdeling impact coronavirus zorgverzekeraars' ontvangen, en op 9 september heeft u enkele laatste vragen beantwoord.

Uit de door u overgelegde conceptovereenkomst blijkt dat zorgverzekeraars met de voorgenomen afspraken proberen te voorkomen dat 'het gelijke speelveld [...] waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen en het zorgverzekeringsstelsel als zodanig door de Coronacrisis substantieel worden aangetast', met mogelijk negatieve gevolgen voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt.

Relevante feiten en omstandigheden

Risicoverevening in het Nederlandse zorgstelsel

Nederlandse zorgverzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht; zij mogen niemand weigeren. Daarnaast is er een verbod op premiedifferentiatie. Of iemand jong of oud, ziek of gezond is, de premie die een individuele zorgverzekeraar voor zijn basisverzekering vraagt, is voor iedereen gelijk. Deze verplichtingen vormen een schragende pijler onder de solidariteit van het nationale zorgstelsel. Om de goede werking van dit stelsel te waarborgen, ontvangen zorgverzekeraars jaarlijks een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds die is afgestemd op het risicoprofiel van hun verzekerden. Zonder risicoverevening zou een verzekeraar met een verzekerdenpopulatie met een ongunstig risicoprofiel gedwongen zijn om een hogere premie te vragen dan een zorgverzekeraar met een gezondere populatie. Dat geeft zorgverzekeraars een prikkel tot risicoselectie en ondermijnt het gelijke speelveld waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen. De bijdrage verkleint die prikkel en waarborgt de toegankelijkheid van de basisverzekering voor alle verzekerden. Dat maakt effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars mogelijk, en vergroot de prikkel voor zorgverzekeraars om zich op andere manieren dan risicoselectie te onderscheiden van concurrenten, zoals de doelmatigheid van de zorginkoop en de uitvoering van de verzekering.

De bijdrage uit het fonds bestaat hoofdzakelijk uit een ex ante component. Tot 2012 was er ook sprake van ex post nacalculatie op basis van de daadwerkelijk gerealiseerde kosten (incl. een macronacalculatie voor macrokostenoverschrijdingen). Vanaf 2012 is die ex post nacalculatie geleidelijk afgeschaft om zorgverzekeraars verder te stimuleren te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten.

Sinds 2017 zijn zorgverzekeraars vrijwel volledig risicodragend voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Er wordt alleen nog achteraf gecorrigeerd voor de juiste verzekerdenaantallen en achtergrondkenmerken van verzekerden, en voor enkele specifieke kosten worden de werkelijke kosten nagecalculeerd.¹ Daarnaast worden, als alle declaraties van een jaar bekend zijn, de effecten van een over- of onderschatting van het macroprestatiebedrag op basis van populatiekenmerken onder de zorgverzekeraars verdeeld. Met dit 'flankerend beleid' blijven zorgverzekeraars wel risico dragen over macrokostenoverschrijdingen, maar worden verzekeraars met een afwijkende verzekerdenportefeuille met het oog op het gelijke speelveld gecompenseerd voor negatieve (of juist positieve) vereveningsresultaten als gevolg van macro over- of onderschrijdingen.²

Sinds 2015 is ook invulling gegeven aan de Catastroferegeling zoals geregeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. Het kabinet vond het niet wenselijk om de risicodragendheid volledig van toepassing te laten zijn op zorgverzekeraars bij catastrofes zoals een pandemie. Mede tegen de achtergrond van aangescherpte solvabiliteitseisen, zou zich dat vertalen in grote extra financiële buffers, en daarmee een hogere premiedruk. Daarom regelt artikel 33 dat, als de zorgkosten als gevolg van een catastrofe aanzienlijk hoger zijn dan bij de toekenning van de vereveningsbijdragen werd verwacht, ZiNL op verzoek van een zorgverzekeraar een extra

¹ Het gaat om kosten van enkele kleinere instellingen met budgetfinanciering, en bepaalde geneesmiddelen die uit de 'sluis' in het pakket stromen.

² Het flankerend beleid verdeelt de effecten van een over- of onderschatting van het macroprestatiebedrag op basis van populatiekenmerken onder de risicodragers, zonder het macroprestatiebedrag aan te passen naar het gerealiseerde kostenniveau (wat de macronacalculatie deed).

bijdrage toekent, als tegemoetkoming van de kosten die de zorgverzekeraar als gevolg van een catastrofe moet dragen, en voor zover die boven een bepaalde drempel uitkomen.

Zorgverzekeraars lopen dus in belangrijke mate risico over hun uitgaven (in de vorm van zorgkosten), en verschillen daarmee in beginsel niet van andere ondernemingen. Dat is ook nadrukkelijk beoogd. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij inspelen op die risico's en kunnen omgaan met onvoorspelbaarheid. Juist hun toegenomen risicodragendheid moet hen een impuls bieden om gedurende het kalenderjaar een robuust en doelmatig financieel beleid te voeren en daarmee de kosten in de hand te houden. Het risicovereveningssysteem (incl. de Catastroferegeling) zorgt daarbij in beginsel voor benodigde publieke waarborgen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Onzekerheid over de gevolgen van de coronacrisis en belang instandhouding zorgcapaciteit
Dit voorjaar stelde de uitbraak van het coronavirus de werking van dit systeem op de proef, met aanzienlijke risico's voor de continuïteit en houdbaarheid van de zorg, zowel op de korte als op de lange termijn. Landelijk én wereldwijd hebben overheden, marktpartijen en mensen (als patiënt, werknemer of burger) zich opeens op onbekend terrein moeten begeven, met grote uitdagingen op medisch, economisch en maatschappelijk vlak. Op elk van deze gebieden was in het voorjaar sprake van ongekende onzekerheden, waardoor over het verloop van de crisis en de gevolgen daarvan rekening moest worden gehouden met zeer uiteenlopende scenario's. Specifiek voor de zorgsector heeft de coronacrisis zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars voor uitzonderlijke uitdagingen gesteld waar het gaat om het adresseren van de omvangrijke (onzekerheden over de) financiële gevolgen van de crisis. Al aan het begin van de crisis werd het risico van continuïteitsproblemen van zorgaanbieders door de Tweede Kamer en de minister voor Medische Zorg onderkend. Begin april heeft de minister overleg gevoerd met zorgverzekeraars over de wijze waarop zij, met inzet van de middelen die voor de zorg beschikbaar zijn, zo snel mogelijk duidelijkheid en zekerheid aan zorgaanbieders en zorgverleners konden bieden over de financiële gevolgen van de crisis. De minister heeft daarbij ook het belang onderstreept van het in stand houden van de zorgcapaciteit, zodat zorgverzekeraars niet alleen gedurende de coronacrisis maar ook daarna aan hun zorgplicht kunnen voldoen en de continuïteit van zorg kan worden geborgd.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het vervolgens, na een aanwijzing daartoe van de minister, mogelijk gemaakt dat zowel 'meerkosten corona' als zogenoemde 'continuïteitsbijdragen' door zorgaanbieders gedeclareerd en door zorgverzekeraars uit hoofde van hun wettelijke zorgplicht vergoed kunnen worden, opdat zorgaanbieders zich konden richten op zorgverlening, zonder zich druk te hoeven maken over de financiële gevolgen van de coronacrisis.

Onder 'meerkosten corona' vallen bijvoorbeeld kosten die samenhangen met extra persoonlijke beschermingsmiddelen en extra vergoedingen gebaseerd op het aantal ligdagen, maar ook kosten vanwege het bewust en actief in het kader van nationale afspraken op bepaalde locaties leeg en beschikbaar houden van zorgcapaciteit voor coronapatiënten en kosten vanwege extra gecreëerde zorgcapaciteit voor coronazorg op verzoek van daartoe aangewezen organisaties.

Onder 'continuïteitsbijdragen' vallen de toeslagen ter compensatie van de onderdekking van doorlopende kosten als gevolg van de terugloop in omzet omdat er als gevolg van de crisis en de adviezen van het RIVM geen of minder verzekerde zorg (op grond van zowel de basisverzekering als aanvullende verzekering) wordt geleverd.

Bron: NZa, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_307025_22/1/.

Vergoeding meerkosten en continuïteitsbijdragen door zorgverzekeraars
Zowel de 'meerkosten corona' als de kosten uit hoofde van de continuïteitsbijdragen, zijn kosten die onder normale omstandigheden niet of niet zonder meer zijn toe te rekenen aan of voor rekening komen van individuele zorgverzekeraars of verzekerden. Dat geldt in ieder geval voor de eventuele onderdekking van doorlopende kosten als gevolg van vraaguital, voor

zover die kosten de reguliere individuele zorgplicht overstijgen en voortvloeien uit het publieke belang om de zorgcapaciteit voor nu en later in stand te houden. Het geldt eveneens voor tenminste een deel van de 'meerkosten corona', met name voor zover die verband houden met zorg met een beschikbaarheidsfunctie (vergelijkbaar met de spoedeisende hulp, gespecialiseerde brandwondenzorg en zorg verleend in een calamiteitenhospitaal).

De ACM begrijpt en onderkent dat het, tegen de achtergrond van grote onzekerheden en urgentie, met het oog op het tot stand brengen en in stand houden van de noodzakelijke zorginfrastructuur en de continuïteit van de zorg, zeer wezenlijk was dat zorgverzekeraars aan zorgaanbieders snel en in onvoorwaardelijke termen het benodigde financiële comfort konden geven. Zorgverzekeraars hebben dat comfort in april ook direct gegeven, en in de periode daarna gezamenlijk met zorgaanbieders afspraken gemaakt over de vergoeding van de 'meerkosten corona' en de continuïteitsbijdragen. Daarmee hebben zorgverzekeraars een essentiële bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de noodzakelijke zorginfrastructuur om aan de zich toen in snel tempo uitbreidende coronacrisis het hoofd te bieden én aan het in stand houden van de 'reguliere' zorgcapaciteit om ook in de toekomst aan hun zorgplicht te kunnen voldoen.

Onzekerheid over de effecten op het vereveningsresultaat en rol onderlinge solidariteit
Zorgverzekeraars hebben daarbij wel meteen de intentie uitgesproken om onderling solidair te zijn en voor 2020 met elkaar afspraken te willen maken om de financiële (netto)effecten die rechtstreeks het gevolg zijn van de coronacrisis onderling te (kunnen) verdelen. Consequentie van de toegezegde financiële steun aan zorgaanbieders was immers dat de onzekerheid over het te verwachte vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars aanzienlijk toenam. Die onzekerheid betrof niet alleen de ontwikkeling van de totale zorgkosten, maar ook de wijze waarop de gevolgen van de coronacrisis bij elke individuele zorgverzekeraar zouden neerslaan. Hoewel niemand vanwege het hoogst onzekere verloop van de pandemie kon voorspellen hoe de coronacrisis de vereveningsresultaten precies zou beïnvloeden, hielden zorgverzekeraars, ambtenaren van het ministerie van VWS en ZiNL er nadrukkelijk rekening mee dat de financiële effecten zorgverzekeraars niet in gelijke mate zouden treffen. Dit gezien de regionale verschillen bij start en verloop van de corona-uitbraak en het regionale karakter van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Verwachting was ook dat het bestaande flankerend beleid (incl. de Catastroferegeling, die uitgaat van een generieke marktimpact), weliswaar een deel van de verschillen zou kunnen verkleinen, maar niet alle.

Daarmee omvatten de scenario's waarmee rekening gehouden moest worden ook situaties waarin sommige zorgverzekeraars, zonder onderlinge verdeling in de vorm van een solidariteitsregeling, met aanzienlijk hogere kosten en een aanzienlijk negatiever vereveningsresultaat geconfronteerd zouden worden dan andere zorgverzekeraars. Het zou, met het oog op de solvabiliteitspositie van zorgverzekeraars, kunnen leiden tot een extra risico-opslag op de premies, waardoor verzekerden meer moeten gaan betalen. Afhankelijk van de omvang van de volume-effecten van inhaalzorg of uitstel van zorg, of de mate waarin een zorgverzekeraar een groter of kleiner deel van de 'meerkostenrekening' (incl. de continuïteitsbijdragen) zou moeten betalen, bestond voorts het risico dat grote premieverschillen tot dusdanige dynamiek op de zorgverzekeringmarkt zouden leiden dat het zorgverzekeringstelsel onder druk zou komen, met dreiging voor de algehele werking van het Nederlandse zorgstelsel.

De voorgenomen overeenkomst

Op basis van de ontvangen (concept) overeenkomst en de nadere toelichting daarop begrijpt de ACM de kern van de voorgenomen overeenkomst tussen de zorgverzekeraars als volgt.

- De deelnemende zorgverzekeraars willen de overeenkomst voor bepaalde duur aangaan, waarbij de looptijd is beperkt van 1 maart 2020 tot en met 31 december 2020. De

technische afwikkeling van de overeenkomst zal in de jaren daarna plaatsvinden, omdat de effecten van het vereveningssysteem pas later duidelijk zijn.

- De zorgverzekeraars willen de kosten die voortvloeien uit drie regelingen voor continuïteitsbijdragen, verrekend met eventuele opbrengsten op grond van de Catastroferegeling, evenredig onder elkaar (kunnen) verdelen. Het gaat om de continuïteitsbijdrageregelingen voor 2020 die zij met aanbieders van medisch-specialistische zorg, ggz-zorg en wijkverpleging (met een omzet van meer dan 10 miljoen) hebben afgesproken. Onder die regelingen vallen ook de 'meerkosten corona'.
- Mocht het verschil tussen het verwachte vereveningsresultaat zonder de effecten van de coronacrisis en het werkelijke vereveningsresultaat in 2020 voor individuele verzekeraars vervolgens toch nog buiten een bepaalde bandbreedte rondom het landelijk gewogen gemiddelde van dat verschil komen, dan willen de zorgverzekeraars kunnen besluiten ook die kosten onderling te verdelen.³

Het derde punt grijpt in op de spreiding van het verschil tussen het verwachte en daadwerkelijk gerealiseerde vereveningsresultaat voor 2020 en neemt - wat betreft de financiële effecten als gevolg van de coronacrisis - de grootste verschillen tussen de individuele zorgverzekeraars weg. Binnen de bandbreedte blijft elke zorgverzekeraar individueel risicodragers. Daarbuiten dragen de deelnemende zorgverzekeraars, na toepassing van de risicoverevening en eventuele toekenning van extra middelen op grond van de Catastroferegeling, collectief de gevolgen van de coronacrisis.

Reactie ACM

Gezien de rol van zorgverzekeraars als individuele, risicodragende ondernemingen in het nationale zorgstelsel, beschouwt de ACM in algemene zin onderlinge afspraken over financiële verrekening niet verenigbaar met de concurrentieregels. Slechts in exceptionele ('crisis'-) omstandigheden acht de ACM het niet onaannemelijk dat een afspraak om onderling financiële effecten te verdelen noodzakelijk kan zijn om de weg vrij te maken voor tijdige en afdoende maatregelen om op die manier het hoofd te bieden aan vergaand negatieve gevolgen van de gerezen ('crisis'-)uitdagingen die een mogelijke bedreiging voor de algehele werking van het zorgstelsel vormen. De ACM acht een afspraak over onderlinge verdeling in beginsel dan ook alleen toegestaan in het uitzonderlijke geval dat het om substantiële, onvoorzienbare bedragen gaat en het niet herverdelen daarvan zal leiden tot een ernstige verstoring van de algehele werking van het zorgstelsel en de effectieve werking van de risicoverevening. Er moet derhalve sprake zijn van een vangnetregeling (*last resort*), met effectieve drempel en behoud van voldoende prikkels voor individuele zorgverzekeraars voor doelmatige zorginkoop.

In dit geval ziet de ACM, op grond van de feiten, de door u aangeleverde informatie, de aard en omvang van de hierboven beschreven uitzonderlijke omstandigheden van de coronacrisis in 2020 en de grote onzekerheden in het voorjaar, geen reden voor nader onderzoek naar de verenigbaarheid van de samenwerking met de concurrentieregels. In dit verband is relevant dat de ACM het voldoende aannemelijk acht dat de samenwerkingsafpraak noodzakelijk was om de bedreigingen van de coronacrisis voor de algehele werking van het zorgstelsel het hoofd te bieden, en essentieel dat de samenwerking tijdelijk is, van welbepaalde duur en de periode van verrekening beperkt tot het jaar 2020.

Meer specifiek acht de ACM het aannemelijk dat de voorgenomen afspraak om de meerkosten die rechtstreeks het gevolg zijn van de coronacrisis te verdelen, noodzakelijk was om zorgaanbieders snel en effectief financieel te kunnen ondersteunen, teneinde de totstandkoming van de noodzakelijke corona-specifieke zorginfrastructuur en de instandhouding van de reguliere zorgcapaciteit nodig voor de toekomstige invulling van de

³ Er wordt rekening gehouden met de 'pre-corona' concurrentieposities van zorgverzekeraars door het werkelijke vereveningsresultaat van 2019 als uitgangspunt voor het 'verwachte vereveningsresultaat' (zonder de effecten van de coronacrisis) te nemen.

zorgplicht van zorgverzekeraars, te waarborgen. Dit tegen de achtergrond van de grote onzekerheden waar (ook) zorgverzekeraars zich in het voorjaar van 2020 mee zagen geconfronteerd, in medisch, financieel en maatschappelijk opzicht. De ACM acht het zeer waarschijnlijk dat zonder die gezamenlijk uitgesproken intentie tot verrekening, de noodzakelijke snelle duidelijkheid en zekerheid voor zorgaanbieders vanwege coördinatieproblemen (omdat zorgaanbieders met meerdere zorgverzekeraars te maken hebben) niet, onvoldoende, of met schadelijke vertraging tot stand was gekomen.

In haar overwegingen is voor de ACM voorts relevant dat de verdeling zich naar de intenties beperkt tot de meerkosten (incl. continuïteitsbijdragen) die rechtstreeks het gevolg zijn van de exceptionele 'crisis'-omstandigheden en overblijven na eventuele toekenning van extra middelen. Ook constateert en overweegt de ACM dat individuele zorgverzekeraars voor 2020 weinig tot geen ruimte meer hebben om in hun strategische en commerciële beleid invloed op de meerkosten (incl. continuïteitsbijdragen) uit te oefenen en er geen mogelijkheden lijken te zijn om nog met die kosten in de risicoverevening rekening te houden.

In dit kader is in algemene zin naar het oordeel van de ACM bovendien wezenlijk dat verrekening alleen plaatsvindt voor zover deze noodzakelijk is voor de effectieve werking van de risicoverevening en de werking van het zorgverzekeringsstelsel in algehele zin. Op dit punt hecht de ACM eraan nog het volgende te benadrukken. De ACM realiseert zich dat het in de praktijk niet altijd makkelijk of zelfs mogelijk zal zijn om de (netto) meerkosten (incl. continuïteitsbijdragen) exact vast te stellen of om verschillende soorten kosten eenduidig van elkaar te onderscheiden. De ACM gaat er vanuit dat onderlinge afspraken over de verdeling van kosten dan ook in alle gevallen invloed zullen hebben op de effectieve werking van de risicoverevening, en daarmee het zorgverzekeringsstelsel. Die invloed zal negatief zijn, als daarmee kosten die onder het normale risicodragerschap van verzekeraars vallen, onderling door zorgverzekeraars worden verdeeld. Een dergelijke verdeling hindert de effectieve werking van de risicoverevening, reduceert de prikkels voor een efficiënte zorginkoop en kan leiden tot hogere zorguitgaven. Echter, in buitengewone omstandigheden kan die invloed ook positief zijn, als in voldoende mate wordt 'geschoond' voor kosten die in normale omstandigheden niet of niet zonder meer voor rekening van individuele zorgverzekeraars of verzekerden zouden komen.

Daarbij heeft de ACM er begrip voor, en beschouwt adequaat onderbouwd door de zorgverzekeraars, dat zij in de uitwerking van de continuïteitsbijdrageregelingen en in de uitwerking van de solidariteitsregeling voor 2020 pragmatisch te werk hebben moeten gaan. Grote delen van de reguliere zorg zijn (al dan niet tijdelijk) komen te vervallen en daardoor onlosmakelijk met de coronazorg verbonden. Om zorgaanbieders effectief tegemoet te komen en de 'kosten' daarvan evenredig te dragen, volstaat het daarom in het licht van het uitzonderlijke en, zeker ten tijde van de basisafpraak in het voorjaar nog uitermate onzekere verloop van 2020 niet om volledig te abstraheren van de reguliere zorgkosten. Het is, geven ook VWS en ZiNL aan, in de praktijk, ook niet mogelijk.

Tot slot gaat de ACM ervan uit dat de samenwerking voldoet aan volgende voorwaarden:

1. De afspraken gaan ook overigens niet verder dan nodig is, wat in ieder geval betekent:
 - a. de zorgverzekeraars maken binnen de voorgenomen samenwerking geen afspraken die zien op de bepaling van zorgverzekeringspremies, de zorginkoop of andere gebieden waarop zij concurreren die niet strikt noodzakelijk zijn voor de voorgenomen herverdeling; ook stemmen zij hun gedragingen op deze gebieden niet onderling af;
 - b. uitwisseling van bedrijfsvertrouwelijke en concurrentiegevoelige informatie is gelimiteerd tot wat noodzakelijk is voor een goede verdeling van de meerkosten; de benodigde informatie wordt door verzekeraars alleen met een Thrusted Third Party (TTP) gedeeld; de TTP deelt geen bedrijfsvertrouwelijke of concurrentiegevoelige informatie met de zorgverzekeraars, alleen geaggregeerde

informatie; de TTP is ook verantwoordelijk is voor de berekening van de te verdelen bedragen;

2. deelname aan de samenwerking is op vrijwillige basis en staat open voor elke zorgverzekeraar die wil deelnemen.

De ACM verwacht ook dat elke uitwisseling van informatie die plaatsvindt in het kader van de samenwerking door de zorgverzekeraars wordt gedocumenteerd, en deze documentatie door de zorgverzekeraars desgevraagd aan de ACM ter beschikking wordt gesteld.

Ter afsluiting

Op basis van de informatie over feiten en omstandigheden zoals die door u zijn beschreven en waarover de ACM beschikt, geeft de voorgenomen samenwerking, zoals hierboven weergegeven, de ACM geen aanleiding tot verdere stappen.

Wellicht ten overvloede wijst de ACM er op dat haar reactie alleen betrekking heeft op de voorgenomen solidariteitsovereenkomst, met de verrekening beperkt tot het jaar 2020. Het is echter aannemelijk dat de gevolgen van de uitbraak van het coronavirus zich niet beperken tot 2020. Ook in 2021 zullen die gevolgen nog aanzienlijke inspanningen van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overige betrokkenen vergen om de randvoorwaarden te creëren waarbinnen zorgverleners hun werk kunnen blijven doen, de continuïteit van zorg te garanderen en zorgverzekeraars in staat te stellen aan hun zorgplicht jegens hun verzekerden te voldoen. Voor de ACM staan die belangen ook in 2021 voorop. Dat betekent ook dat, als noodzakelijk blijkt dat zorgverzekeraars in de contractering in aanvulling op reguliere, individuele contractafspraken op onderdelen moeten samenwerken om de continuïteit van zorg te waarborgen, daar ruimte voor is.

Wat betreft de eventuele noodzaak om kosten die voortvloeien uit deze contracteerafspraken voor 2021 onderling financieel te verrekenen constateert de ACM dat individuele zorgverzekeraars, anders dan in 2020 en naar het zich nu laat aanzien, aanmerkelijk meer mogelijkheden hebben om in hun strategische en commerciële beleid rekening te houden met de gevolgen van de coronacrisis. Daarnaast geldt dat (individuele of eventueel noodzakelijke gezamenlijke) afspraken over de vergoeding van de meerkosten en eventuele aanvullende continuïteitsbijdragen met ziekenhuizen en andere zorgaanbieders voor 2021 nog vastgesteld moeten worden. En voorts geldt dat de minister voor Medische Zorg besloten heeft de risico's die zorgverzekeraars in 2021 lopen te beperken door onder meer een vorm van macronaculatie te introduceren.

Bij de beoordeling van mogelijke toekomstige afspraken over verevening tussen zorgverzekeraars voor het jaar 2021 zal, in het licht van het voorgaande en met het oog op de verenigbaarheid met de concurrentieregels, van belang zijn dat individuele zorgverzekeraars, binnen de publieke waarborgen die de risicoverevening (incl. de Catastroferegeling) voor 2021 biedt, voldoende prikkels voor doelmatige zorginkoop behouden.

Hoogachtend,

Autoriteit Consument en Markt,
namens deze,

dr. B. Broers MBA
Directeur Directie Zorg