

Consultatieverslag wetsvoorstel afschaffing collectiviteitskorting

1. Onderwerp van de consultatie

Met het wetsvoorstel wordt de collectiviteitskorting voor zorgverzekeringen met ingang van het jaar 2023 afgeschaft. Met deze afschaffing wordt een einde gemaakt aan kruissubsidiëring tussen verzekerden. Daarnaast wordt het aanbod van zorgverzekeringen overzichtelijker.

2. Looptijd van de consultatie

De consultatie heeft gelopen van 7 december 2020 tot en met 18 januari 2021.

3. Voorgestelde vraag of vragen

U kunt reageren op het gehele wetsvoorstel en de bijbehorende memorie van toelichting. Indien mogelijk, wordt u verzocht in te gaan op de invoering van het wetsvoorstel per 2023.

4. Opbrengst van de consultatie

In totaal zijn er 51 reacties op de website voor internetconsultatie geplaatst. Hiervan zijn 39 reacties openbaar gemaakt. Er is nog 1 reactie kort na de sluiting van de internetconsultatie binnen gekomen. Deze reactie is meegenomen in dit consultatieverslag. De reacties zijn onder andere afkomstig van individuele burgers, zorgverzekeraars, werkgevers, gemeenten, andere collectiviteiten zoals bonden en verenigingen en intermediairs en/of assurantietussenpersonen.

De reacties lopen uiteen. Enerzijds zijn er partijen die het eens zijn met de afschaffing van de collectiviteitskorting en hierbij vragen of de afschaffing eerder dan 1 januari 2023 doorgevoerd kan worden. Anderzijds zijn er partijen die vinden dat de collectiviteitskorting, eventueel onder voorwaarden, gehandhaafd moet blijven. Hieronder worden de meest genoemde weergegeven, onderverdeeld in de volgende categorieën: 1) het besluit van de afschaffing van de collectiviteitskorting, 2) de gevolgen van afschaffing van de collectiviteitskorting, 3) de reikwijdte van het wetsvoorstel, 4) voorgedragen alternatieven en 5) invoeringsdatum.

De ontvangen reacties hebben, mede gezien de verscheidenheid ervan, geen aanleiding gegeven tot aanpassing van de wet. Naar aanleiding van de reacties is in de memorie van toelichting de beschrijving van het onderzoek van Equalis uit 2020 uitgebreid en is toegelicht welke opties zorgverzekeraars en collectiviteiten na de afschaffing van de collectiviteitskorting hebben om de collectiviteit aantrekkelijk te houden voor verzekerden.

1. Het besluit van afschaffing van de collectiviteitskorting

De beslissing tot afschaffing van de collectiviteitskorting komt te snel en is niet in lijn met gebruikelijke evaluatietermijnen. Per 1 januari 2020 is de maximale collectiviteitskorting terug gebracht van 10 naar 5 procent. Vervolgens is reeds in september 2020 de maatregel aangekondigd dat de collectiviteitskort zal worden afgeschaft. Partijen hebben hierdoor onvoldoende tijd gekregen om aannemelijk te maken dat (zorg)inhoudelijke afspraken leiden tot kostenbesparingen. Daarbij is onvoldoende oog voor de bereikte toename van zorginhoudelijke afspraken.

Antwoord: Reeds in 2016 is op basis van verrichte onderzoeken geconcludeerd dat collectiviteiten hun oorspronkelijke verwachting niet waarmaken.¹ Zorgverzekeraars en collectiviteiten hebben de afgelopen jaren vervolgens ruimschoots de kans gekregen om de collectiviteitskorting te legitimeren zoals bedoeld in de Zvw. Het aangrijpen van deze kansen is uiteindelijk als voorwaarde gesteld voor het laten voortbestaan van de collectiviteitskorting. In 2018 is reeds aangekondigd dat in 2020 de voortgang gemeten zou worden om te bepalen of er nog verdergaande maatregelen nodig zijn.²

Hoewel er meer werk is gemaakt van collectieve afspraken, heeft dit niet het gewenste effect gehad. De monitor van Equalis³ laat zien dat bij 89 procent van de collectiviteiten (zorg)inhoudelijke afspraken zijn gemaakt. Hoewel dat uiteraard goed nieuws is, blijkt ook dat bij slechts 18 procent

¹ Kamerstukken II 2016/17, 29 689 nr. 770.

² Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 917 en Staatsblad 2019, nr. 214.

³ Kamerstukken II 2019/20, 29 689, nr. 1069.

van de collectiviteiten van de grote zorgverzekeraars aannemelijk is gemaakt dat deze afspraken resulteren in een besparing. De hoogte van de besparing is hierbij niet bekend. Verder hebben kleine zorgverzekeraars bij geen enkele collectiviteit aannemelijk kunnen maken dat sprake is van een besparing. Dit betekent dat bij een zeer groot deel van de collectiviteiten de collectiviteitskorting niet gelegitimeerd wordt door (zorg)inhoudelijke afspraken en dat hier dus sprake is van kruissubsidiëring.

De analyse die ten grondslag ligt aan de beslissing om de collectiviteitskorting af te schaffen heeft een te beperkte insteek. Zo is er onvoldoende oog voor mogelijke maatschappelijke baten die neerslaan in andere domeinen en de lange termijn effecten. Daarbij heeft het onderzoek van Equalis niet gekeken naar besparingen op het terrein van beheerskosten en debiteurenrisico. Het gehanteerde beoordelingskader is strenger dan het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).⁴

Antwoord: Voor de beoordeling van de afspraken heeft onderzoeksbureau Equalis zich gebaseerd op de eerder geformuleerde criteria door de NZa. De NZa heeft drie cumulatieve criteria geformuleerd waaraan zorginhoudelijke afspraken moeten voldoen om een collectiviteitskorting te kunnen legitimeren: (1) verlichting van de schadelast voor de zorgverzekering, (2) toegespitst op de populatie van de collectiviteit en (3) bovenop bestaande wettelijke verplichtingen. Wat betreft de eerste norm heeft de NZa opgemerkt dat zorgverzekeraars aannemelijk moeten kunnen maken dat de zorginhoudelijke afspraak – op korte en/of lange termijn – tot een verlichting van de schadelast voor de Zvw leidt. Het aantoonbaar maken van de schadelastverlichting kan pas achteraf plaatsvinden.

Equalis heeft een effect als aannemelijk gekwantificeerd indien: 1) er overtuigend bewijs was aangeleverd dat de ingezette interventie effectief is (op de korte en/of lange termijn) en 2) er aannemelijk was gemaakt dat de interventie relevant is voor de betreffende collectiviteit en ook daadwerkelijk kan worden ingezet. Equalis heeft hierbij ook afspraken geanalyseerd die samenhangen met het debiteurenrisico. Zo is er aandacht geweest voor afspraken rondom premie-inhouding en de herverzekering van het verplicht eigen risico om wanbetaling en betaalachterstanden te voorkomen.

Als besparingen door collectiviteiten in een ander domein terecht komen, blijft er sprake van kruissubsidiëring van de individueel verzekerden of verzekerden met een lage korting naar collectief verzekerden met een hoge korting. Dat collectiviteiten baten kunnen hebben buiten het domein van de basisverzekering is zonder twijfel positief. Alleen is een korting gefinancierd uit een opslag op de premie van de basisverzekering daarvoor moeilijk te rechtvaardigen.

Om een compleet beeld te krijgen rondom collectiviteiten heeft Equalis wel gekeken naar de baten in aanpalende domeinen (zoals verzuimreductie, duurzame inzetbaarheid en schuldenproblematiek). Bij slechts 15 procent van de collectiviteiten van de grote zorgverzekeraars is aannemelijk gemaakt dat er baten zijn in aanpalende domeinen. Kleine zorgverzekeraars hebben dit bij geen enkele collectiviteit aannemelijk kunnen maken.

De collectiviteitskorting dient te worden gezien in het licht van de grote bijdrage van werkend Nederland aan de zorgkosten.

Antwoord: De regering is zich ervan bewust dat een groot deel van de zorgkosten wordt opgebracht door werkgevers en werknemers in Nederland. Dit is inherent aan de vormgeving van de Zvw en staat verder los van de collectiviteitskorting. Het doel van de collectiviteitskorting is nooit geweest om de zorgkosten voor werknemers te verlagen. De mogelijkheid tot het bieden van een collectiviteitskorting is gecreëerd zodat, rekening houdend met de kenmerken en omvang van de verschillende collectiviteiten, het geldelijk voordeel dat met een collectiviteit behaald kan worden via bijvoorbeeld doelmatige zorginkoop, serviceverlening, administratie en beheerslasten ten goede komt aan de verzekeringnemer via een korting op de premie en/of aan de collectiviteit. Bij slecht een beperkt deel van de collectiviteiten kon echter aannemelijk gemaakt worden dat (zorg)inhoudelijke afspraken leiden tot kostenbesparingen.

⁴ Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 883.

Er zijn geen onderzoeken bekend waaruit blijkt dat het keuzeproces lastiger wordt door collectiviteiten. Voor collectief verzekerden gaat het slechts om 1 of 2 extra keuzes in de aanvullende verzekering.

Antwoord: Eerder onderzoek⁵ heeft laten zien dat op de zorgverzekeringsmarkt onder andere sprake is van schijndifferentiatie, zoekkosten en soms verwarrende informatie. Dit kan leiden tot minder bewuste keuzes. De onderzoekers hebben hier het volgende over opgemerkt: "De bevindingen van dit onderzoek hebben betrekking op basispolissen, maar moeten worden gezien in de bredere context waarin tegen vele collectiviteiten en aanvullende verzekeringen worden aangeboden, die de nadelige effecten van de geconstateerde obstakels verder vergroten."

Eén collectiviteit leidt inderdaad tot een beperkt aantal extra keuzes in de aanvullende verzekering. Een verzekerde heeft echter toegang tot meerdere collectiviteiten (en de hierbij behorende aanvullende verzekeringen). Het is voor een verzekerde echter niet eenvoudig om inzichtelijk te krijgen tot welke collectiviteit hij of zij toegang heeft. Dit maakt dat collectiviteiten niet bijdragen aan een overzichtelijk polisaanbod en een eenvoudig keuzeproces voor verzekerden.

2. Gevolgen van afschaffing van de collectiviteitskorting

Vanwege het wegvallen van de collectiviteitskorting zullen minder verzekerden deelnemen aan een collectiviteit. De afschaffing van de collectiviteitskorting doet hiermee alle goede ontwikkelingen op het gebied van een gezonde leefstijl, preventie en het vitaliteitsbeleid van werkgevers teniet en staat hiermee haaks op de inzet van de Rijksoverheid op deze onderwerpen. Verder valt de 'countervailing power' ten opzichte van zorgverzekeraars weg, indien de deelnamegraad afneemt.

Antwoord: Afschaffing van de collectiviteitskorting betekent niet dat zorgverzekeraars en collectiviteiten geen zorginhoudelijke afspraken meer kunnen maken. Zorgverzekeraars en collectiviteiten zullen naar andere manieren moeten zoeken om de collectiviteit aantrekkelijk te houden voor verzekerden en hiermee een 'countervailing power' ten opzichte van de zorgverzekeraars te handhaven. Zo blijft het voor werkgevers en gemeenten mogelijk om een premiebijdrage te verstrekken.⁶ Ook mogen zorgverzekeraars een collectiviteitskorting verstrekken op de aanvullende verzekering. Zij kunnen er verder bijvoorbeeld voor kiezen een gratis aanvullende verzekering te verstrekken en de aanvullende verzekering toe te spitsen op de zorgbehoefte en voorkeuren van de doelgroep. Dit maakt de collectiviteit tot een interessante optie voor hen. Verder zijn er voorbeelden van zorgverzekeraars die hun vitaliteitsaanbod beschikbaar stellen aan alle verzekerden met als doel leefstijl en vitaliteit bij alle verzekerden te versterken.

Vanuit het programma Vitaal bedrijf wordt vanuit het ministerie van VWS en het ministerie van SZW – in samenwerking met de stichting Nederland Onderneemt Maatschappelijk! en VNO-NCW/MKB Nederland – de blijvende inzet en aandacht voor vitaliteit op de werkvloer bij bedrijven gestimuleerd. Werkgevers worden hierbij, op basis van de specifieke behoeften van de werknemers, ondersteund in het vinden van een passend aanbod ten aanzien van vitaliteit.

Het risico bestaat dat de gemeentelijke collectiviteit ('de gemeentepolis') verdwijnt, bijvoorbeeld omdat deze minder aantrekkelijk wordt voor zorgverzekeraars. Dit kan leiden tot problematische schulden en zorgmijding bij sociale minima. Behoud daarom de collectiviteitskorting voor de gemeentepolis of neem maatregelen waardoor het zowel voor gemeenten als voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijk blijft om een gemeentepolis aan te bieden.

Antwoord: Afschaffing van de collectiviteitskorting hoeft zeker niet te betekenen dat de gemeentepolis verdwijnt. Het blijft voor gemeenten en zorgverzekeraars mogelijk om een gemeentepolis overeen te komen, waarbij de gemeente een premiebijdrage kan verstrekken en de zorgverzekeraar een premiekorting op de aanvullende verzekering. De collectiviteitskorting op de basisverzekering wordt afgeschaft, omdat deze korting gefinancierd wordt via een opslag op de

⁵ Autoriteit Consument & Markt (ACM) en NZa. 2018. Beter kiezen op de polismarkt.

⁶ Het is hierbij niet toegestaan dat de zorgverzekeraar bij de collectiviteit bedingt of de collectiviteit er anderszins toe aanzet om een geldelijk voordeel geheel of gedeeltelijk door te geven aan de verzekeringnemer voor het betalen van de premie voor de zorgverzekering, omdat op die manier de zorgverzekeraar indirect toch een korting geeft.

premie en niet op basis van een besparing op de zorguitgaven, zoals de Zvw bedoeld heeft. De premie wordt eerst verhoogd om deze verhoging vervolgens aan sommigen terug te geven alsof het een korting is. Aangezien ook voor de gemeentepolis geldt dat de collectiviteitskorting vaak niet gelegitimeerd wordt op basis van (zorg)inhoudelijke afspraken, zal de mogelijkheid tot een collectiviteitskorting ook voor gemeentepolissen afgeschaft worden.

Er is veel aandacht voor adequate compensatie voor zorgverzekeraars van chronisch zieken, waartoe veel gemeentepolishouders behoren. In het geval van de gemeentepolis is het aannemelijk dat er (zelf)selectie speelt: door de hoge premie van de gemeentepolis is het pakket namelijk minder aantrekkelijk voor de relatief gezonde verzekerden. Ook is het denkbaar dat de uitgebreide extra dekkingen de zorgconsumptie minder remmen. De betaalbaarheid van de uitgebreide aanvullende verzekering kan hierdoor onder druk komen te staan. Als voornamelijk verzekerden voor de (relatief dure) uitgebreide aanvullende verzekering kiezen die ook echt veel zorg gebruiken, verdwijnt immers het verzekeringskarakter en wordt de polis steeds duurder, zowel voor de verzekerde, de gemeente als de zorgverzekeraar. Juist voor de minima is de betaalbaarheid zo belangrijk. Daarom dienen gemeenten en zorgverzekeraars oog te blijven houden voor de houdbaarheid van deze aanvullende verzekeringen.

Verder is de gemeentepolis één van de instrumenten die gemeenten kunnen inzetten om bijvoorbeeld afspraken te maken over armoede, schulden en het tegengaan van ongewenste zorgmijding. Het is echter niet per definitie voor iedereen de best passende oplossing. Het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut besteedt aandacht aan andere maatregelen die gemeenten kunnen inzetten om tot financieel maatwerk voor kwetsbare groepen te komen.⁷ Zo kunnen gemeenten ook kiezen voor de inzet van de VoorzieningenWijzer of Polismijzer, waarbij verzekerden geholpen worden bij het kiezen van de best passende zorgverzekering. Daarbij helpt de VoorzieningenWijzer mensen bij het benutten van andere voorzieningen, zoals de zorgtoeslag en de bijzondere bijstand.

De aanname is dat de premieopslag waarmee de collectiviteitskorting wordt gefinancierd verdwijnt. Deze aanname wordt echter niet onderbouwd. Het risico bestaat dat de aanname niet klopt en de doelgroep van de gemeentepolis geconfronteerd wordt met hogere zorgpremies, hetgeen zeer onwenselijk is.

Antwoord: De gemiddelde collectiviteitskorting op de zorgverzekeringsmarkt bedroeg in 2020 4,0 procent, terwijl de gemiddelde collectiviteitskorting voor gemeentepolissen 2,8 procent was. Gemiddeld genomen betalen mensen met een gemeentepolis dus via een premieopslag mee aan de hoge collectiviteitskortingen op de markt. Na de afschaffing van de collectiviteitskorting zullen zij niet meer geconfronteerd worden met deze opslag.⁸

Het wetsvoorstel kan leiden tot incassoproblemen bij de inning van de premie, omdat deze inning soms via een collectiviteit verloopt.

Antwoord: Na de afschaffing van de collectiviteitskorting blijft het voor zorgverzekeraars en collectiviteiten mogelijk om afspraken te maken over de inning van de premie. Indien dit resulteert in lagere bedrijfslasten van de zorgverzekeraar, zal het voor hen een extra prikkel vormen om afspraken te (blijven) maken met collectiviteiten.

3. Reikwijdte wetsvoorstel

Het polisaanbod dient integraal te worden gezien. Daarbij dient ook aandacht besteed te worden aan andere instrumenten die tot kruissubsidiëring of risicoselectie kunnen leiden. Hierbij kan gedacht worden aan het vrijwillig eigen risico, budgetpolissen en kloonpolissen. Er dient echter wel aandacht voor te zijn dat zorgverzekeraars na de afschaffing van de collectiviteitskorting bijvoorbeeld de

⁷ Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1081.

⁸ Het kan wel zo zijn dat de premie stijgt, vanwege bijvoorbeeld een toename van de zorgkosten. Er kan dus niet met zekerheid gesteld worden dat mensen met een gemeentepolis na de afschaffing van de collectiviteitskorting minder gaan betalen dan zij op dit moment doen. Wel kan met zekerheid gesteld worden dat zij niet langer geconfronteerd worden met een premieopslag om de collectiviteitskorting voor henzelf en anderen te financieren.

korting op het vrijwillig eigen risico verhogen, waardoor de kruissubsidiëring via deze weg wordt aangetast.

Antwoord: Dit wetsvoorstel richt zich op de collectiviteitskorting, omdat gebleken is dat de oorspronkelijke doelstellingen van de mogelijkheid een collectiviteitskorting aan te bieden niet worden gerealiseerd. De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt – waaronder onder andere de ontwikkelingen van het polisaanbod en het vrijwillig eigen risico – hebben blijvend de aandacht.

De collectiviteitskorting binnen de aanvullende verzekering dient ook afgeschaft te worden, want hier vindt mogelijk ook ongewenste kruissubsidiëring plaats.

Antwoord: We hebben in Nederland een uitgebreid en solidair basispakket. Aanvullende zorg is met een reden niet in het pakket opgenomen: voor deze voorzieningen is bepaald dat deze voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf komen. Ook zijn de juridische sturingsmogelijkheden op de aanvullende zorgverzekeringen beperkt, omdat het gaat om particuliere verzekeringen zonder grondslag in de Zvw. Premiestelling, waaronder een eventuele collectiviteitskorting, maar bijvoorbeeld ook pakketsamenstelling en het acceptatiebeleid, behoren tot de eigen bevoegdheden van de verzekeraar.

Het is niet duidelijk of administratieve kortingen (bijvoorbeeld bij de vooruitbetaling van de premie) blijven bestaan.

Antwoord: Dit wetsvoorstel wijzigt niets in de mogelijkheden om administratieve kortingen in rekening te brengen.

4. Voorgedragen alternatieven

Maak onderscheid tussen zorginhoudelijke collectiviteiten en financieel gedreven collectiviteiten en behoud de collectiviteitskorting voor de zorginhoudelijke collectiviteiten of verbied financieel gedreven collectiviteiten.

Antwoord: De NZa heeft criteria opgesteld waaraan zorginhoudelijke afspraken zouden moeten voldoen om de collectiviteitskorting te legitimeren (zie ook onder punt 1). Vanwege de lastige uitvoerbaarheid en de rechtsonzekerheid heeft de NZa hierbij afgeraden om de criteria wettelijk te verankeren. Daarnaast laat het onderzoek van Equalis zien dat het hebben van zorginhoudelijke afspraken niet per definitie betekent dat de collectiviteitskorting gelegitimeerd wordt door deze afspraken. De verwachting is dat collectiviteiten zonder zorginhoudelijke afspraken vanzelf zullen verdwijnen na de afschaffing van de collectiviteitskorting.

Hanteer een ondergrens voor het aantal deelnemers op basis waarvan een zorgverzekeraar een collectiviteitskorting mag verstrekken.

Antwoord: Een kwantitatieve maatstaf levert niet het gewenste resultaat dat collectiviteiten inhoudelijke meerwaarde bieden die de korting rechtvaardigt. Door het samenvoegen van kleine collectiviteiten is eenvoudig aan een kwantitatieve maatstaf te voldoen, zonder dat er daadwerkelijk inhoudelijke meerwaarde hoeft te ontstaan.

5. Invoeringsdatum

Vervroeg de invoeringsdatum van 1 januari 2023 naar 1 januari 2022

Antwoord: Vervroeging van de invoeringsdatum is niet haalbaar. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars en collectiviteiten voldoende tijd hebben om hun overeenkomsten met betrekking tot de collectiviteitskorting aan te passen, ook in het geval van meerjarige afspraken.