

Besluit van

houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de collectiviteitskorting

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg van [PM: datum], kenmerk [PM: kenmerk];

Gelet op artikel 18, zesde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van [PM: datum], no. [PM: nummer]);

Gezien het nader rapport van Onze Minister voor Medische Zorg van [PM: datum], [PM: kenmerk]);

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel I

Aan hoofdstuk 2 van het Besluit zorgverzekering wordt een paragraaf toegevoegd, luidende:

§ 3. De premie

Artikel 2.20

In afwijking van artikel 18, tweede lid, van de wet bedraagt het percentage, bedoeld in dat lid, niet meer dan 5%.

Artikel II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2020.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister voor Medische Zorg,

Nota van toelichting

Inleiding

Zorgverzekeraars moeten voor dezelfde zorgverzekering dezelfde premie vragen. Wel mogen zij een korting op de premie geven aan deelnemers van een collectiviteit. De hoogte van de korting is wettelijk gemaximeerd. Met deze algemene maatregel van bestuur wordt het maximale kortingspercentage vooralsnog verlaagd van 10% naar 5%. Gebleken is immers dat de oorspronkelijke doelstellingen van de mogelijkheid een korting te geven nog niet worden gerealiseerd. Daar komt bij dat het grote aantal collectiviteiten niet bijdraagt aan een overzichtelijk polisaanbod voor verzekerden. Door deze verlaging wordt de omvang van de nadelen in de huidige praktijk verkleind, terwijl tegelijkertijd de gelegenheid wordt geboden de voordelen van de korting voor collectiviteiten alsnog te realiseren.

Doel collectiviteitskorting

Een zorgverzekeraar kan met een werkgever overeenkomen een geldelijk voordeel te verstrekken indien diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden bij hem een bepaalde zorgverzekering afsluiten. Het voordeel mag per persoon niet meer bedragen dan 10% van de premiegrondslag. Voor zover het voordeel wordt doorgegeven aan de verzekeringnemer, geschiedt dat in de vorm van een korting op de premie. De zorgverzekeraar kan zo'n overeenkomst ook aangaan met een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, met betrekking tot de zorgverzekering voor degenen wier belangen die rechtspersoon behartigt. Een en ander is geregeld in artikel 18 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In deze nota van toelichting wordt kortheidshalve gesproken over collectiviteiten en collectiviteitskorting.

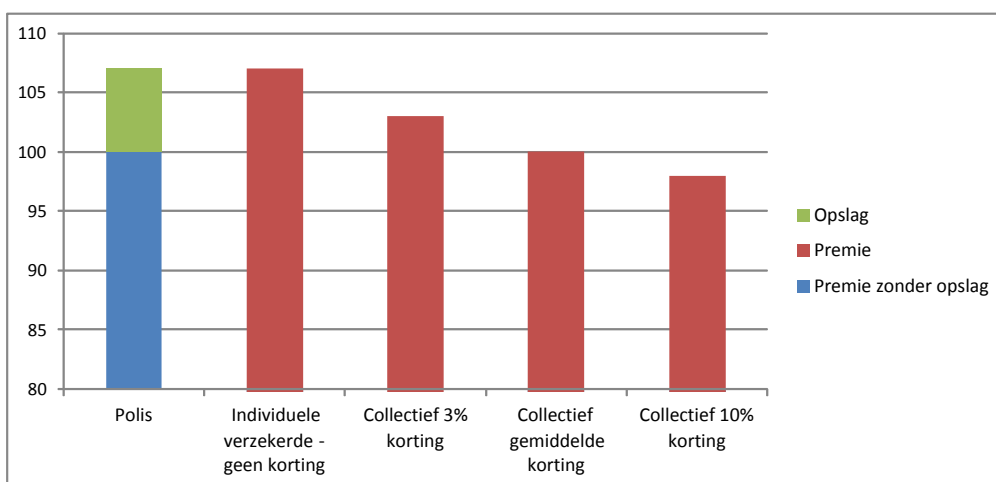
De mogelijkheid tot het bieden van een collectiviteitskorting is gecreëerd zodat, rekening houdend met de kenmerken en omvang van de verschillende collectiviteiten, het geldelijk voordeel dat behaald kan worden via bijvoorbeeld doelmatige zorginkoop, serviceverlening, administratie en beheerslasten ten goede komt aan de verzekerde via een korting op de premie en/of aan de werkgever of organisatie waarmee de zorgverzekeraar de collectiviteit is overeengekomen. Ook zouden afspraken tussen de zorgverzekeraar en het collectief gemaakt kunnen worden die zijn gericht op preventie. Daarmee kan de schadelast beperkt worden. Kruissubsidiëring werd als onwenselijk beschouwd. Daarvan is sprake als de premie van de ene verzekerde door de zorgverzekeraar wordt gebruikt om de collectiviteitskorting van een andere verzekerde te financieren. Kruissubsidiëring zou de solidariteit tussen verzekerden verstoren en een reden zijn om bij algemene maatregel van bestuur in te grijpen. Tot slot zou een collectiviteit tegenwicht bieden aan zorgverzekeraars. Een groep staat immers sterker dan de individu.

Collectiviteitskorting in de praktijk

Inmiddels blijken collectiviteiten en collectiviteitskortingen in de praktijk anders uit te werken dan oorspronkelijk was bedoeld.

Er is niet of nauwelijks sprake van besparingen die worden gegenereerd voor de specifieke collectiviteiten. Onderzoeken laten zien dat er meer dan 50.000 collectiviteiten zijn. Gemiddeld zijn er ongeveer 175 verzekerden per collectiviteit. Het gemiddelde wordt beïnvloed door enkele zeer grote collectiviteiten, want het merendeel van de collectiviteiten is juist klein: ruim 90% van de collectiviteiten heeft gemiddeld slechts circa 20 verzekerden. Behalve voor werkgevers zijn er onder meer collectiviteiten voor patiëntenorganisaties en allerlei andere ledenorganisaties (zoals de ANWB, sportbonden, ouderenbonden, natuurverenigingen en vakbonden) alsmede gemeentelijke collectiviteiten voor minima. Het blijkt dat verzekeraars de zorg inkopen voor al hun verzekerden tegelijk, zonder onderscheid te maken naar collectiviteiten. Daarvoor is het aantal collectiviteiten te groot en de gemiddelde omvang te klein. Verder maken zorgverzekeraars slechts met een derde van de collectiviteiten op maat gesneden afspraken met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering. Of en in welke mate andersoortige afspraken worden gemaakt verschilt sterk en hangt af van de aard van de collectiviteit. Dergelijke afspraken gaan bijvoorbeeld over de dekking van extra behandelingen voor fysiotherapie of het tegengaan van wanbetaling. Feitelijk worden er voor de basisverzekering geen afspraken gemaakt.

In plaats van financiering door besparingen voor specifieke collectiviteiten, blijkt de collectiviteitskorting te worden gefinancierd uit een opslag op de premie. Verzekerden betalen daarmee zelf voor hun collectiviteitskorting. Qua korting op de premie zijn de verschillen tussen collectiviteiten groot, variërend van 0% tot de maximaal toegestane 10%. De gemiddelde collectiviteitskorting bedraagt ongeveer 7,5%. Verzekerden zonder korting of met een lage korting betalen de korting van verzekerden met een hoge korting. Er is dus sprake van kruissubsidiëring tussen verzekerden. Schematisch ziet het er als volgt uit:



Ook het gegeven dat een derde van de grootste collectiviteiten sinds de introductie van de zorgverzekering niet is gewisseld van zorgverzekeraar, doet vermoeden dat collectiviteiten zich niet hebben ontwikkeld als een tegenwicht van het collectief jegens verzekeraars dat sterker staat dan het individu.

Collectiviteiten en polisaanbod

Zorgverzekeraars bieden hun zorgverzekeringen aan in de vorm van modelovereenkomsten. In totaal zijn er in 2018 55 modelovereenkomsten. Ook collectiviteiten zijn gebaseerd op een modelovereenkomst. Alle ruim 50.000 collectiviteiten zijn dus terug te voeren op niet meer dan 55 modelovereenkomsten. Zoals hierboven vermeld, voegen de basisverzekeringen van collectiviteiten inhoudelijk niets toe aan het aanbod van zorgverzekeraars ten opzichte van de uitvoering van een modelovereenkomst voor een individuele verzekerde. Het grote aantal polissen dat niet of nauwelijks van elkaar verschilt, is een beperking voor een transparant en overzichtelijk polisaanbod. Onderzoeken laten zien dat verzekerden het moeilijk vinden om te kiezen: er is een te groot aanbod dat te weinig onderscheidend is. Hoewel lang niet alle collectiviteiten voor alle Nederlanders zichtbaar zijn, vormen collectiviteiten het leeuwendeel van het polisaanbod voor verzekerden.

Eerdere maatregelen

In de afgelopen periode zijn diverse initiatieven ondernomen om de oorspronkelijke doelstelling voor collectiviteiten te verwerkelijken en de transparantie van het polisaanbod te verbeteren.

In 2015 is opdracht gegeven voor een onderzoek naar collectiviteiten. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek, zoals hierboven reeds geschetst, zijn zorgverzekeraars in 2016 gevraagd om collectiviteiten te heroverwegen op basis van hun bijdrage aan de zorg en de zorgverzekeringsmarkt. Betrokken partijen zijn opgeroepen meer werk te maken van specifieke, zorginhoudelijke afspraken waardoor voor collectiviteiten besparingen worden gegenereerd die de collectiviteitskorting kunnen legitimeren. Er is een werkconferentie georganiseerd om de best practices met betrekking tot collectiviteiten uit te wisselen. De best practices bleken echter niet de collectiviteitskorting te kunnen legitimeren.

Tegelijk is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd in kaart te brengen of en hoe zorginhoudelijke afspraken meer onderdeel kunnen gaan uitmaken van de collectiviteiten. De analyse die de NZa eind 2017 heeft gegeven, laat zien dat zorginhoudelijke afspraken niet eenvoudig te realiseren zijn. Inhoud en omvang van het basispakket zijn immers bij of krachtens de Zvw vastgelegd. Wel mogelijk is dat de verzekeraar bij de zorginkoop voor de uitvoering van het basispakket rekening houdt met de verzekerdenpopulatie van een collectiviteit. De NZa heeft drie cumulatieve criteria geformuleerd waar zorginhoudelijke afspraken aan zouden moeten voldoen: verlichting van de schadelast voor de zorgverzekering, toegespitst op de populatie van de collectiviteit en bovenop bestaande wettelijke verplichtingen. Naar het oordeel van de NZa zijn dit open normen die zich nog niet lenen om in wettelijke voorschriften vast te leggen, maar op dit moment wel kunnen dienen als richtlijnen voor zorgverzekeraars. De NZa geeft in overweging veldpartijen de komende tijd de gelegenheid te bieden langs deze richtlijnen zorginhoudelijke afspraken te maken. Daarnaast kreeg de NZa vanuit het veld het signaal dat het maximale kortingspercentage van 10% erg hoog is om te rechtvaardigen op grond van besparingen.

Wat betreft transparantie van het polisaanbod heeft de NZa in 2016 op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zorgverzekeraars verplicht om op zijn

website duidelijk aan te geven welke modelovereenkomst ten grondslag ligt aan de collectiviteit. De ruim 50.000 collectiviteiten zijn daarmee herleidbaar tot een van 55 modelovereenkomsten. Het is daarmee voor (potentiële) verzekerden duidelijk welke zorgverzekering het betreft, zodat hij eenvoudiger alternatieven kan vergelijken. De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van deze verplichting door zorgverzekeraars.

Bovengenoemde maatregelen – onderzoeken, werkconferentie, verkenning zorginhoudelijke afspraken en transparantiemaatregelen – hebben niet alleen nauwelijks effect gehad op de inhoud van de collectiviteiten, maar ook niet op de omvang collectiviteiten. In de periode 2016-2018 is het aantal collectiviteiten weliswaar met iets meer dan 10% gedaald, maar deze afname is voor twee derde het gevolg van de administratieve samenvoegingen van kleine collectiviteiten van assurantietussenpersonen. Het aantal deelnemers aan collectiviteiten is niet lager geworden.

Aangezien eerdere maatregelen er niet toe hebben geleid dat de praktijk beter aansluit op de doelstelling van collectiviteiten en dat de polismarkt overzichtelijker is geworden, zijn verdergaande maatregelen noodzakelijk, te beginnen met een verlaging van de collectiviteitskorting.

Verlaging collectiviteitskorting

Met dit besluit wordt de maximale collectiviteitskorting per 1 januari 2020 verlaagd van 10% naar 5%. De grondslag voor dit besluit ligt in artikel 18, zesde lid, van de Zvw. Die bepaling biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere en zonodig afwijkende regels te stellen om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de zorgverzekering. Het in te grote mate optreden van kruissubsidiëring tussen individueel verzekerden en deelnemers aan collectiviteiten is bij de totstandkoming van artikel 18 van de Zvw genoemd als een aantasting van het sociale karakter van de zorgverzekering.

Het oogmerk van deze verlaging is partijen een laatste kans te geven om echt werk te maken van afspraken die de korting legitimeren. Het legitimeren van een korting van 5% is realistischer dan een korting van 10%. Indien ook dat niet lukt, ligt het volledig afschaffen van de collectiviteitskorting in het verschiet. Tegelijkertijd wordt de kruissubsidiëring beperkt. Met het halveren van de maximale collectiviteitskorting wordt de opslag op de premie immers lager. Een lagere maximumkorting vermindert de ongelijkheid in de premie voor verzekerden zonder of met een lage korting versus de verzekerden met een hoge korting. Het effect is ook dat de verschillen tussen premies bij collectiviteiten en voor individuele zorgverzekeringen kleiner worden. Om zich op de zorgverzekeringsmarkt dan nog te kunnen onderscheiden, wordt het belang van (zorginhoudelijke) afspraken die de collectiviteitskorting kunnen legitimeren, steeds groter voor de keuze van een polis door een (potentiële) verzekerde. Naar verwachting zal het aantal collectiviteiten zonder dergelijke afspraken afnemen. Het tot stand brengen van een collectiviteit louter vanwege de korting op de premie is dan minder rendabel.

In 2020 zal het aanbod van collectiviteiten opnieuw worden onderzocht. Op basis van de resultaten zal worden besloten of er andere of verdergaande maatregelen worden getroffen.

Verhouding tot het Europees recht

De grondslag voor deze algemene maatregel van bestuur ligt in artikel 18, zesde lid, van de Zvw. Daarin is bepaald dat bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld die afwijken van de Zvw als dat nodig is om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de zorgverzekering. Het vereiste van afbreuk aan het sociale karakter van de zorgverzekering sluit aan op de Europeesrechtelijke kaders.

Lidstaten van de Europese Unie hebben een grote mate van vrijheid om hun stelsel van sociale zekerheid naar eigen inzicht in te richten. Dit vloeit voort uit het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). De dekking van het verzekeringsrisico kan derhalve overgelaten worden aan private verzekeringsondernemingen. Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is met de Zvw privaatrechtelijk vorm gegeven. Op de zorgverzekeringen is daarom van toepassing de Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II). Ter bescherming van de kopers van verzekeringsproducten enerzijds, en anderzijds ter bevordering van een "level playing field" bij de grensoverschrijdende mededinging tussen verzekeringsondernemingen, verbiedt deze richtlijn het ten algemene om verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Solvabiliteit II kent een uitzondering ten behoeve van lidstaten, zoals Nederland, waarin de particuliere of op vrijwillige basis gesloten ziekteverzekering de door de sociale zekerheidsstelsels verleende dekking vervangt (overwegingen 84 en 85 en artikel 206). In het algemeen belang kunnen daartoe wettelijke bepalingen worden vastgesteld of gehandhaafd, voor zover de vrijheid van vestiging of van dienstverrichting daardoor niet nodeloos wordt beperkt, met dien verstande dat deze bepalingen van gelijke toepassing dienen te zijn. De aard van deze wettelijke bepalingen kan verschillen naar gelang van de situatie in elke lidstaat, maar ze moeten noodzakelijk en proportioneel zijn.

Europeesrechtelijk is het uitgangspunt dus dat zorgverzekeraars vrij zijn hun premie te bepalen. Het verlagen van de maximale collectiviteitskorting naar 5% is een maatregel die de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraars wat betreft de premiestelling inperkt ten opzichte van de situatie waarin deze korting ten hoogste 10% mag bedragen. Deze maatregel, die van gelijke werking is voor Nederlandse en buitenlandse zorgverzekeraars, dient derhalve getoetst te worden op de vraag of deze objectief noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang en of er geen minder vergaande middelen zijn om het nagestreefde doel te bereiken.

De wetgever heeft al voorzien dat het algemeen belang zodanig in het geding kan komen dat ingrijpen gerechtvaardigd is. Dat komt al in de wettekst zelf tot uitdrukking waar sprake is van een afbreuk aan het sociale karakter van de zorgverzekering. In de memorie van toelichting is daarover opgemerkt dat wanneer een geconstateerde uitholling van de beoogde solidariteit noopt tot regelstelling, de regering daarmee tevens

de noodzakelijke Europeesrechtelijke rechtvaardiging aangetoond acht. In deze nota van toelichting is reeds uiteengezet dat bij ongeveer tweederde van de collectiviteiten er geen specifieke afspraken zijn gemaakt en de korting niet wordt gefinancierd uit besparingen voor de collectiviteit, maar door een opslag op de premie. Dit leidt tot kruissubsidiëring. Bovendien wordt de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt belemmerd wordt door het grote aantal collectiviteiten. De noodzaak tot ingrijpen is hiermee gegeven.

Aan de vereiste proportionaliteit wordt eveneens voldaan. Er is nog niet gekozen voor de verdergaande maatregel tot afschaffing van de collectiviteitskorting. In plaats daarvan wordt de maximale collectiviteitskorting in eerste instantie gehalveerd. Op die manier wordt enerzijds ingegrepen om aantasting van het sociale karakter van de zorgverzekering tegen te gaan en anderzijds de gelegenheid geboden aan zorgverzekeraars, werkgevers en belangenorganisaties om het gebruik van de collectiviteitskorting alsnog in overeenstemming te brengen met de oorspronkelijke doelstelling. Met een halvering naar 5% is hierin een goede balans gevonden. Zorgverzekeraars hebben namelijk aangegeven dat bij het legitimeren van de collectiviteitskorting een besparing van 5% realistischer is dan 10%. Vanwege de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt wordt echter toch gebruik gemaakt van het maximaal toegestane kortingspercentage van 10%. Om de oorspronkelijke doelstelling te realiseren zijn van overheidswege eerder initiatieven ontplooid, waaronder de organisatie van een werkconferentie, de ontwikkeling van zorginhoudelijke criteria door de NZa en het stellen van transparantievereisten. Zoals hierboven reeds vermeld, hebben deze initiatieven echter niet geleid tot verbeteringen. Mogelijk kunnen zorgverzekeraars, werkgevers en belangenorganisaties de resultaten van deze initiatieven wel benutten voor het legitimeren van de collectiviteitskorting van 5%. Naast het verlagen van de maximale korting worden de transparantievereisten verder aangescherpt ten opzichte van de hierboven beschreven transparantieregels van 2016.

Invoering

De verlaging van de maximale collectiviteitskorting geldt met ingang van 1 januari 2020. Daarmee is zorgverzekeraars, werkgevers en belangenorganisaties voldoende tijd geboden om hun overeenkomsten met betrekking tot de hoogte van de collectiviteitskorting aan te passen. Dat geldt temeer wanneer behalve het tijdstip van publicatie van dit besluit ook de voorgeschiedenis in ogenschouw wordt genomen. Bij brief van 27 juni 2018 is aangekondigd dat de maximale collectiviteitskorting bij algemene maatregel van bestuur per 2020 gehalveerd wordt naar 5%. Aan die aankondiging is het nodige voorafgegaan. In het bijzonder wordt gewezen op de brief van 28 september 2016 waarin op basis van verrichte onderzoeken wordt geconcludeerd dat collectiviteiten hun oorspronkelijke verwachting niet waarmaken. Dit was de start van het proces dat heeft geleid tot het besluit de maximale collectiviteitskorting te halveren. Bij dit proces zijn veldpartijen nadrukkelijk betrokken geweest.

Tot slot wordt opgemerkt dat ervoor is gekozen de verlaagde maximumkorting voor alle collectiviteiten tegelijk van toepassing te laten zijn. De overeenkomsten van zorgverzekeraars met werkgevers en belangenorganisaties hebben een looptijd van één of enkele jaren. Indien de naar 5% verlaagde maximumkorting alleen zou gelden voor nieuwe overeenkomsten, zou een ernstige verstoring van de zorgverzekeringsmarkt

optreden. Voor lopende overeenkomsten zou dan immers nog de hogere collectiviteitskorting van maximaal 10% geboden kunnen worden. Dat zou leiden tot scheve concurrentieverhoudingen.

Consultatie

In de periode [PM] heeft internetconsultatie plaatsgevonden. [PM: resultaten].

Toezicht en handhaving

Verlaging van de maximale collectiviteitskorting heeft geen substantiële gevolgen voor de inrichting van toezicht en handhaving door de NZa. Het is niet aannemelijk dat de verlaging de bereidheid van zorgverzekeraars tot naleving van het toegestane maximum zal doen afnemen.

Financiële gevolgen

Op korte termijn zal het financiële effect van de maatregel zijn dat de collectiviteitskortingen lager worden en de opslag – waaruit de korting wordt gefinancierd – ook lager wordt. Vermoedelijk worden door het verminderen van de kruissubsidiering de verschillen tussen betaalde premies kleiner. Ook blijft de standaardpremie gelijk. De standaardpremie is namelijk de gemiddelde premie die verzekeraars vragen voor de basisverzekering, verhoogd met een bedrag dat verzekerden gemiddeld kwijt zijn aan eigen risico. In de premies die verzekeraars vragen zijn zowel de opslag als de kortingen voor collectiviteiten verwerkt. Aangezien de opslag de kortingen financiert en de zorgkosten niet toe- of afnemen bij halvering van de maximale collectiviteitskorting zal de standaardpremie door deze wijziging niet veranderen. De standaardpremie vormt de grondslag voor de berekening van de zorgtoeslag. Als de standaardpremie niet verandert, zijn er ook geen gevolgen voor de zorgtoeslag.

Op lange termijn zouden inhoudelijke collectieve afspraken moeten leiden tot gezondheidswinst en lagere zorgkosten van de populatie. Macro-effect hiervan zal zijn dat totale zorgkosten en daarmee de premie van de zorgverzekering minder hard stijgen in de toekomst.

Regeldruk

De invoering van de verlaging van de maximale collectiviteitskorting brengt eenmalig administratieve lasten met zich mee. Zorgverzekeraars, werkgevers en belangenorganisaties zullen bij het afsluiten van overeenkomsten voor collectiviteiten rekening moeten houden met het gewijzigde maximum. Dat geldt ook voor assurantietussenpersonen, die bij de helft van de collectiviteiten betrokken zijn. De looptijd van de overeenkomsten varieert van één tot drie jaar. Bij een deel van de overeenkomsten werkt het gewijzigde maximum automatisch door. Voor de andere overeenkomsten dient de overeenkomst te worden herzien. Met name hier zal de regeldruk zich voordoen. De mate waarin, hangt samen met de omvang van de collectiviteit: hoe groter de collectiviteit, hoe hoger de regeldruk. Gemiddeld is er per collectiviteit enkele uren mee gemoeid, in aanvulling op de reguliere processen rondom de overeenkomsten. Uitgaande van een uurtarief van 39 euro voor administratief

personeel is de eenmalige regeldruk als volgt in te schatten: ca. 50.000 collectiviteiten *
2 uur * €39 = ca. € 3,9 mln.

De Minister voor Medische Zorg,