

Reactie Achmea op internetconsultatie

“Wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de collectiviteitskorting”

Vragen Internetconsultatie

1. De beleidstheorie heeft als uitgangspunt dat via (zorg)inhoudelijke afspraken besparingen voor een bepaalde groep worden gerealiseerd; zodat de korting voor deze groep wordt opgebracht door deze besparingen. In de praktijk zien we dat de korting niet opgebracht wordt door besparingen, maar via een opslag op de premie betaald wordt door alle verzekerden. Wat vindt u daarvan en waarom vindt u dat?

Binnen de basisverzekering is er weinig ruimte om voor collectiviteiten afwijkende arrangementen te ontwikkelen, die leiden tot directe en meetbare besparingen op de ZVW-kosten. Ook is er weinig maatschappelijk draagvlak voor initiatieven die zouden kunnen leiden tot een ongewenste vorm van tweedeling. Dat sluit goed aan op het solidaire karakter van het zorgstelsel, maar beperkt tegelijkertijd de mogelijkheden om via collectiviteiten meetbare besparingen te realiseren op de ZVW-zorgkosten conform de beleidstheorie.

De samenwerking met collectiviteiten richt zich daarom op een breder scala aan maatschappelijke baten dan uitsluitend lagere ZVW-zorgkosten. Voorbeelden van maatschappelijke baten zijn meer vitaliteit & zelfredzaamheid, minder ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en meer aandacht voor duurzame inzetbaarheid. Deze maatschappelijke baten vallen deels buiten het domein van de Zorgverzekeringswet, maar indirect draagt de samenwerking met collectiviteiten toch bij aan de betaalbaarheid van zorg. Niet alleen direct via lagere ZVW-kosten (bijvoorbeeld via arrangementen gericht op het voorkomen van betalingsproblemen), maar vaak ook indirect door deelnemers aan collectiviteiten te helpen om vitaal en productief te blijven, ook op hogere leeftijd. Onder meer via premies en belastingen dragen deze mensen (en hun werkgevers) vervolgens langer of meer bij aan betaalbare zorg en andere sociale voorzieningen. In de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet 2006 wordt dit aspect overigens ook benoemd.

De collectiviteitskorting vormt het vehikel om deze maatschappelijke baten (deels) terug te geven aan de verzekerden, die via deelname aan de collectiviteit hebben bijgedragen aan het realiseren van deze uitkomsten. Daarbij helpt het dat de achterban van de meeste collectiviteiten relatief homogeen is, waardoor bijvoorbeeld de analyse van zorgconsumptieprofielen een geschikt aangrijpingspunt vormen voor maatwerkafspraken. En dat de collectiviteiten een effectief kanaal vormen om deelnemers te motiveren en te activeren. Zeker bij leefstijlverandering helpt het tot slot dat via collectiviteiten ook de werk-, woon- of sociale omgeving van collectief verzekerden kan worden beïnvloed.

Een zeer strikte interpretatie van de beleidstheorie leidt tot een te beperkte blik op de meerwaarde van collectiviteiten. Als de focus uitsluitend gericht is op directe besparingen op ZVW-zorgkosten en andere maatschappelijke baten buiten beschouwing blijven, dan ontstaat het risico dat waardevolle programma's, innovaties en maatwerkinitiatieven voor de samenleving komen te vervallen.

Een maatschappelijke kosten baten analyse kan helpen om tot een meer integrale beleidsafweging te komen.

2. Denkt u dat deze maatregel bijdraagt aan de vermindering van de mogelijkheden tot risicoselectie via de collectiviteiten?

Nee.

Deze vraag suggereert dat er sprake is van risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt via collectiviteiten. Dit beeld komt niet overeen met de onderzoeksresultaten van de NZa. In het onderzoek naar risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt (2016) heeft de NZa geen doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars kunnen vaststellen. Ook niet via collectiviteiten.

Binnen collectiviteiten is het in theorie weliswaar mogelijk om toetredingseisen te stellen, maar in de praktijk is hier geen sprake van.

Ter toelichting: De commissie Don (2012) stelde vast dat een beperkt aantal collectiviteiten via intermediair of volmachten uitsluitend toegankelijk was voor groepen verzekerden met een gunstig risicoprofiel (bijvoorbeeld hoogopgeleiden). In tegenstelling tot zorgverzekeraars zijn collectiviteiten namelijk niet wettelijk verplicht om iedereen te accepteren. In reactie op de bevindingen van de commissie Don is er geen sprake meer van dit soort collectiviteiten met dergelijke toelatingseisen op de zorgverzekeringsmarkt.

Bovendien bestaan er op de zorgverzekeringsmarkt collectiviteiten voor een breed scala aan doelgroepen, zoals werknemers, patiënten, ouderen, sporters, mensen met een laag inkomen, leden van een vakbond, etc. Dit versterkt het beeld dat collectiviteiten niet worden ingezet voor risicoselectie.

Tot slot: De meest effectieve route voor het verminderen van eventuele prikkels voor het toepassen van risicoselectie door enige partij in de toekomst is het verbeteren van de risicoverevening, niet het verlagen of afschaffen van de collectiviteitskorting.

3. Denkt u dat deze maatregel bijdraagt aan de vermindering het aantal aangeboden collectiviteiten?

Nee, een verlaging van het maximale kortingspercentage draagt niet bij aan de vermindering van het aantal collectiviteiten. Alternatieven, zoals een limitatieve lijst voor toegestane collectiviteiten of het verplicht stellen van een directe koppeling tussen het verlenen van collectiviteitskorting op de basisverzekering en het maken van zorginhoudelijke afspraken zouden wel leiden tot een vermindering.

Als het doel van deze maatregel is om het aantal collectiviteiten te verminderen om op die manier de overzichtelijkheid van de zorgverzekeringsmarkt voor verzekerden te vergroten, dan is er een meer effectieve route mogelijk. Namelijk een maatregel die specifiek gericht is op openbaar toegankelijke collectiviteiten (de zogenoemde gelegenheidscollectiviteiten) zonder zorginhoudelijke meerwaarde. Voor verzekerden gaat het bij de keuze voor een polis dan om een beperkt aantal extra keuzemogelijkheden in aanvulling op het reguliere aanbod. Bijvoorbeeld via de werkgever waar hij of zij werkt, de gemeente waar hij of zij woont of de patiëntenvereniging of bond, waarvan hij of zij lid is.

4. Wat is uw algemene reactie op de in de AMvB voorgestelde maatregel?

Achmea ziet een tweetal belangrijke bezwaren bij dit concept besluit.

Ten eerste het generieke karakter van de maatregel. De minister kiest met de halvering van de maximale korting voor een generieke maatregel, die zowel collectiviteiten met zorginhoudelijke afspraken als collectiviteiten zonder zorginhoudelijke maatregelen raakt. Naar onze mening is dit niet de meest effectieve route richting het doel om het zorginhoudelijke karakter van collectiviteiten te versterken.

Er zijn alternatieve routes mogelijk die zowel qua effectiviteit als qua proportionaliteit beter scoren. Bijvoorbeeld een limitatieve lijst van toegestane collectiviteiten of een verplichte koppeling tussen korting op de basisverzekering en zorginhoudelijke maatwerkafspraken. In de bijlage is een nadere toelichting op beide routes opgenomen.

Ten tweede de timing van de aangekondigde evaluatie. Daar waar het gebruikelijk is om nieuwe wetgeving na 3 jaar te evalueren, kiest de minister in dit geval ervoor om een maatregel die op 1 januari 2020 in werking treedt al in hetzelfde jaar te evalueren. Deze termijn maakt het zeer onwaarschijnlijk dat de maatregel überhaupt de kans krijgt om enig effect te realiseren. De minister lijkt met de ultrakorte evaluatietermijn nadrukkelijk voor te sorteren op volledige afschaffing van de collectiviteitskorting. Daarmee zouden veel lopende, gezamenlijke initiatieven gericht op preventie en gezondheidswinst komen te vervallen. Een meer realistische evaluatietermijn verkleint het risico dat 'het kind met het badwater wordt weggegooid'.

Bijlage Visie Achmea op collectiviteiten en concept AMVB

Visie op collectiviteiten

Achmea zet zich in voor betaalbare en toegankelijke zorg van goede kwaliteit voor alle verzekerden. De samenwerking met collectiviteiten, zoals werkgevers, gemeenten, bonden en patiëntenverenigingen, levert hieraan een **waardevolle bijdrage**. Collectiviteiten hebben een belangrijke rol op het gebied van verzekerdeninvloed als gespreks- en onderhandelingspartner van de zorgverzekeraar. En ze leveren waardevolle inzichten over wensen en behoeften en helpen bij de vertaling daarvan naar (zorg-)inhoudelijke maatwerkarrangementen en het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars. Bovendien fungeren collectiviteiten als katalysator bij het ontwikkelen van programma's en innovaties gericht op gezondheidswinst, preventie, verzuimreductie en zelfredzaamheid, die Nederland beter maken.

Samen met collectiviteiten maken wij **concrete zorginhoudelijke afspraken** om deze toegevoegde waarde te realiseren. De inhoud van deze afspraken varieert en is afhankelijk van de wensen en behoeften van de verzekerden, die bij de collectiviteiten zijn aangesloten. Achmea is van mening dat het verlenen van korting op de basisverzekering alleen is gerechtvaardigd als we zorginhoudelijke afspraken kunnen maken die specifiek gericht zijn op de deelnemers in de collectiviteit en die leiden tot gezondheidswinst. Dit betekent dat er geen ruimte meer is voor collectiviteiten, die uitsluitend zijn gericht op het verkrijgen van een korting. Deze zogenaamde gelegenhedscollectiviteiten hebben geen zorginhoudelijke meerwaarde, maar ze maken de zorgverzekeringsmarkt wel onoverzichtelijker. Daarom bouwen we de samenwerking met deze gelegenhedscollectiviteiten af.

De **collectiviteitskorting** is een belangrijk instrument voor collectiviteiten om via een aantrekkelijk aanbod voldoende leden of deelnemers aan zich te binden. Dat is nodig om directe invloed uit te oefenen op (zorginkoop-)beleid en om innovaties of programma's in gang te zetten en daadwerkelijke impact te realiseren.

Collectiviteiten zorgen voor een **beperkt aantal extra keuzemogelijkheden** bovenop het reguliere aanbod voor verzekerden. Zo kun je als werknemer kiezen voor de collectieve zorgverzekering via de werkgever. Of als lid van een patiëntenvereniging of seniorenbond kun je kiezen voor het collectieve contract van jouw belangenbehartiger. En voor inwoners met een laag inkomen is er vaak een collectieve zorgverzekering via de gemeente. Deze collectieve afspraken omvatten in onze visie naast een korting ook *altijd* inhoudelijke maatwerkafspraken, bijvoorbeeld over preventie.

De samenwerking met collectiviteiten levert een **breed scala aan maatschappelijke baten** op, zoals gezondheidsbevordering, voorkomen van ziekteverzuim, bevorderen van zelfredzaamheid en aandacht voor duurzame inzetbaarheid. Dat helpt ook bij het betaalbaar houden van zorg. Niet alleen direct via lagere ZVW-kosten, maar ook indirect door deelnemers aan collectiviteiten te helpen om vitaal en productief te blijven, ook op hogere leeftijd. Onder meer via premies en belastingen dragen deze deelnemers vervolgens langer of meer bij aan betaalbare zorg en andere sociale voorzieningen.

Behoud van solidariteit in het stelsel is daarbij de belangrijkste randvoorwaarde. Dit vertaalt zich onder meer in de keuze van samenwerkingspartners. Wij richten ons op collectiviteiten voor verschillende doelgroepen, zoals werkenden, ouderen, sporters, mensen met een laag inkomen (via gemeenten) en chronisch zieken. En waarbij mensen meer met elkaar gemeen hebben dan alleen een korting op de verzekering.

Reactie Achmea op concept Besluit

Achmea ziet een tweetal belangrijke bezwaren bij dit concept besluit. Dit betreft ten eerste het generieke karakter van de maatregel, terwijl er meer effectieve maatregelen mogelijk zijn om het doel te bereiken. Ten tweede is de beoogde evaluatietermijn uitermate kort, waardoor het zeer de vraag is of deze maatregel überhaupt de kans krijgt om het beoogde doel te bereiken.

Generieke karakter

De minister kiest met deze wetsaanpassing voor een generieke maatregel, die zowel collectiviteiten met zorginhoudelijke afspraken als collectiviteiten zonder zorginhoudelijke maatregelen in gelijke mate treft.

Naar onze mening is dit niet de meest effectieve route richting het doel om het zorginhoudelijke karakter van collectiviteiten te versterken. Er zijn alternatieve routes mogelijk die zowel qua effectiviteit als qua proportionaliteit beter scoren.

De meest voor de hand liggende route is om collectiviteitskorting op de basisverzekering direct te koppelen aan het maken van zorginhoudelijke afspraken, die aantoonbaar bijdragen aan gezondheidswinst. Desgewenst kunnen hier nadere criteria aan worden verbonden. De NZa heeft in november 2017 een bruikbare voorzet gegeven in het Advies zorginhoudelijke criteria bij collectieve zorgverzekeringen.

Een alternatieve route is dat de overheid een limitatieve lijst opstelt soorten collectiviteiten, waarvoor collectiviteitskorting mag worden verleend. Bij wijze van voorzet kan worden gedacht aan de volgende soorten collectiviteiten, waarmee in de praktijk al zorginhoudelijke afspraken worden gemaakt:

- *Werkgevers, werkgeversorganisaties en vakbonden;*
De samenwerking met werkgevers(-organisaties) en vakbonden is gericht op preventie en duurzame inzetbaarheid en het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dit helpt bij het mogelijk maken van langer doorwerken op een gezonde en productieve wijze. Ook als er sprake is van een chronische ziekte of beperking.
- *Seniorenbonden;*
In de samenwerking met seniorenbonden staan thema's als preventie, mantelzorg, het bevorderen van zelfredzaamheid en langer veilig thuis wonen hoog op de gezamenlijke agenda. Deze thema's sluiten aan op de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig, vitaal en actief in de samenleving te blijven.
- *Sportbonden;*
Met sportbonden werken we samen aan het stimuleren van sport en beweging in Nederland, onder meer via het ontwikkelen en toegankelijk maken van sport gerelateerde kennis en zorg.
- *Patiëntenverenigingen;*
De samenwerking met patiëntenverenigingen is vooral gericht op de inkoop van kwalitatief goede zorg en hulpmiddelen, het bevorderen van preventie en zelfmanagement en het vergroten van de (arbeids-)participatie van chronisch zieken.
- *Gemeenten (voor mensen met lagere inkomens);*
Met gemeenten en zorgcoöperaties worden afspraken gemaakt over het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van de inwoners en over het betaalbaar houden van de zorg voor mensen met lagere inkomens. Dit helpt om betalingsachterstanden en ongewenste zorgmijding te voorkomen.

Beide routes kunnen overigens ook worden gecombineerd. Op deze manier kan worden voorkomen dat organisaties, die wel zijn opgenomen op de limitatieve lijst, maar geen zorginhoudelijke afspraken willen maken, alsnog een korting op de basisverzekering kunnen verkrijgen.

Achmea pleit dus voor een meer effectieve vormgeving van de maatregel om het zorginhoudelijke karakter te versterken. Het beoogde eindplaatje is wat ons betreft dat verzekerden hun keuze om al

dan niet deel te nemen aan een collectiviteit niet alleen baseren op de korting, maar zeker ook op de inhoud van zorginhoudelijke afspraken, die voor hem of haar beschikbaar komen bij deelname. Dit impliceert dat er geen ruimte meer is voor collectiviteiten, die uitsluitend zijn gericht op het verkrijgen van een korting.

Evaluatiemoment

De minister stelt in de toelichting op het concept besluit expliciet aan de orde dat deze verlaging een laatste kans is voor partijen om de korting op de zorgverzekering te legitimeren. Hij kondigt een nieuw onderzoek aan naar het aanbod van collectiviteiten in 2020. Op basis van de resultaten zal worden besloten of verdergaande maatregelen, genoemd wordt de volledige afschaffing van de collectiviteitskorting, worden getroffen.

Wij vinden het logisch dat de minister de effecten van deze ingrijpende maatregel evalueert, maar wij zijn zeer verbaasd over de aangekondigde evaluatietermijn. Daar waar het gebruikelijk is om nieuwe wetgeving na 3 jaar te evalueren, kiest de minister in dit geval ervoor om een maatregel die op 1 januari 2020 in werking treedt al in hetzelfde jaar te evalueren.

Deze termijn maakt het zeer onwaarschijnlijk dat de maatregel überhaupt de kans krijgt om enig effect te realiseren. Onze ervaring is dat het enige tijd kost om de samenwerking met gelegenheidscollectiviteiten af te bouwen (rekening houdend met lopende contracten en het belang van verzekerden bij een zorgvuldige conversie) en ook om de zorginhoudelijke samenwerking te verdiepen. Het gaat daarbij in de praktijk om het analyseren van behoeften en wensen van de deelnemers van collectiviteiten op basis van zorgconsumptieprofielen, het samen met de collectiviteit bedenken van maatwerkoplossingen en het organiseren van programma's en interventies inclusief het activeren van deelnemers. Daar komt nog bij dat er soms afstemming noodzakelijk of wenselijk is met de personeelsvertegenwoordiging, ledenraad, vakbond, zorgaanbieder of andere partijen.

Met de voorgestelde korte evaluatietermijn lijkt de minister nadrukkelijk voor te sorteren op volledige afschaffing van de collectiviteitskorting. Het is namelijk zeer de vraag of hiermee feitelijk nog een mogelijkheid wordt geboden aan 'zorgverzekeraars, werkgevers en belangenorganisaties om het gebruik van de collectiviteitskorting alsnog in overeenstemming te brengen met de oorspronkelijke doelstelling', zoals wordt gesteld op pagina 8 van het concept besluit. Dat is inhoudelijk jammer, omdat daarmee veel bestaande, gezamenlijke initiatieven, die vaak gericht zijn op preventie en gezondheidswinst, komen te vervallen. Kort gezegd: 'het kind wordt met het badwater weggegooid'. Bovendien plaatst het de opmerkingen in de toelichting over proportionaliteit en de verhouding tot het Europees recht in een twijfelachtig daglicht.

Achmea pleit daarom voor een realistische evaluatietermijn. Juist van een kabinet dat claimt zich in te zetten voor preventie mag verwacht worden dat bestaande initiatieven op dit terrein niet nodeloos worden gefrustreerd.