

VERTROUWELIJK
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Rotterdam, 22 december 2018

Ons kenmerk: 2018122223

Afdeling: Employee Benefits

Betreft: consultatie Besluit zorgverzekering in verband met de collectiviteitskorting

Geachte heer/ mevrouw,

Hiermee reageren wij graag op de consultatie van de voorgenomen wijziging Besluit zorgverzekering in verband met de collectiviteitskorting.

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?

Weeffout in de Wet

De beleidstheorie dateert inmiddels van meer dan twaalf jaar geleden. Waarbij er in eerste aanleg een Wet was voorbereid die het alleen voor werkgevers mogelijk zou maken om collectieve contracten af te sluiten met zorgverzekeraars en een korting af te spreken voor de basisverzekering. Helaas is ter elfde uren besloten de Wet aan te passen, waardoor het voor vrijwel alle rechtsorganen in Nederland mogelijk is geworden om collectieve contracten af te sluiten. Dit heeft er toe geleid dat de instroom in werkgeverscollectiviteiten en het volledig tot wasdom komen van het maken van goede zorginhoudelijke afspraken onvoldoende heeft plaatsgevonden. Waarom immers als werkgever en verzekeraar zorginhoudelijke afspraken maken terwijl het merendeel van de medewerkers is verzekerd via partijen gelegenheidscollectiviteiten? Een veelgehoord argument in onze adviespraktijk was en is nog steeds: "wij gaan als verzekeraar toch niet betalen voor het bevorderen van de gezondheid van medewerkers die niet bij ons verzekerd zijn!"

En zelfs nu gelegenheidscollectiviteiten onder een vergrootglas liggen, permitteren zorgverzekeraars zich, weliswaar onder een label dat hen toch niet raakt, om een collectieve zorgverzekering tot stand te brengen voor rekeninghouders van één van de grootste banken van Nederland!

Periode van advies NZA rapport en voorstel tot verlaging korting te kort

Pas in november 2017 is het NZA advies verschenen waarin de criteria zijn geformuleerd waaraan zorginhoudelijke afspraken moeten voldoen. Tussen de publicatie van de NZA criteria en de aankondiging van de voorgestelde verlaging van de collectiviteitskorting zit dus een periode van maar zeven maanden. Een periode waarin juist bij verzekeraars en financieel adviseurs gas is gegeven om tot zorginhoudelijke afspraken met relaties te komen. Het proces om te komen tot zorginhoudelijke afspraken vergt echter veel tijd. In de dagelijkse praktijk ervaren wij dat hiervoor ook ruimte moet worden gecreëerd in de toch al overvolle agenda van HR afdelingen van bedrijven. Echt de tijd voor het maken van zorginhoudelijke afspraken is er dus feitelijk niet geweest, na de publicatie van het rapport van de NZA met genoemde criteria.

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

Nee.

De maatregel staat los van de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om risicoselectie te kunnen toepassen. Kortingen kunnen immers nog steeds worden gegeven op aanvullende verzekeringen die ongelimiteerd kunnen oplopen tot percentages boven de 25%. Daarnaast staat het een verzekeraar vrij om al dan niet een offerte uit te brengen voor een collectieve verzekering. Nu al worden door bepaalde verzekeraars hele sectoren gemeden of worden contracten die aflopen niet meer verlengd.

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

Nee.

Verlaging van korting leidt wel tot hogere werkgeverslasten!

Over het algemeen zijn mensen niet zo veranderingsgezind en blijven zij tot in lengte van jaren verzekerd in een collectiviteit of individuele verzekering, de jaarlijkse overstapcijfers zijn hiervan het bewijs. Collectiviteiten die er nu zijn zullen dus wel blijven bestaan. Wel zullen steeds meer mensen op zoek gaan naar goedkopere alternatieven naarmate de zorgverzekering duurder wordt. Dit is direct een punt van zorg, want veelal resulteert dit in het kiezen van een goedkopere aanvullende verzekering of in het geheel niet meer afsluiten van een aanvullende verzekering binnen de bestaande collectiviteit. Voor werkgevers is dit een groot punt van zorg, omdat de verantwoordelijkheden voor de financiering van re-integratie van zieke- en arbeidsongeschikte werknemers nu niet meer uit de aanvullende verzekering zal worden betaald maar uit het budget van de werkgever.

51.000 zorgcollectiviteiten?

Wij hebben grote twijfels bij de telling van het aantal zorgcollectiviteiten en over de mogelijkheden voor individuen om ook daadwerkelijk een keuze te kunnen maken uit 51.000 zorgcollectiviteiten. Op de eerste plaats zitten er zeer veel dubbelstellingen in de 51.000 zorgcollectiviteiten. Als voorbeeld de collectieve contracten waarbij wij zelf als adviseur betrokken zijn voor brancheorganisaties. Voor een van de brancheorganisaties met 5.000 leden zijn wij voor de medewerkers die hier werken een collectief overeen gekomen. Dit collectief wordt niet als 1 collectief geteld, maar elke individuele kapper die deze collectiviteit aan zijn medewerkers aanbiedt wordt als collectiviteit meegenomen. Er zijn op deze wijze 2.500 collectieve zorgcontracten, want 2.500 leden van deze branche bieden de collectiviteit aan, aan de medewerkers.

Los van bovengenoemd effect is het ook in het geheel niet mogelijk voor een individu, die niet werkt bij een lid van deze brancheorganisatie, om een keuze te maken voor de collectiviteit van de betreffende kapperszaak.

Dit overziend kan het aantal collectiviteiten van 51.000 waaruit "keuzestress" ontstaan dus fors worden terug getrimd. Wij hebben namelijk 29 brancheorganisaties als klant, waarvoor wij voor alle aangesloten leden collectiviteiten faciliteren.

Gelegenheidscollectiviteiten

Het afschaffen van gelegenheidscollectiviteiten zal daarentegen wel een echte bijdrage gaan leveren aan de afname van het aantal collectiviteiten en daarnaast voor een verbetering van zorginhoudelijke afspraken die werkgever kunnen maken met zorgverzekeraars. Werknemers van bedrijven zullen hierdoor immers sneller de keuze maken voor de collectiviteit van de werkgever.

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

Wij vinden de beslissing voorbarig en niet passen in het door de overheid gevoerde gezondheidsbeleid. Zeker bij het ouder worden van de populatie (CBS: in 2020 50 jaar) is aangetoond dat de kosten van zorg, verzuim en arbeidsongeschiktheid exponentieel toenemen. Het is dus zaak in de driehoek, werkgever, zorgverzekeraar, verzuimverzekeraar en arbeidsongeschiktheidsverzekeraar goede afspraken te maken over preventie en snelle re-integratie. Onze inschatting is dat het aantal verzekerden binnen werkgeverscollectiviteiten zal afnemen en verzekerden tevens op zoek zullen gaan naar andere besparingsmogelijkheden, waaronder geen-, of minder uitgebreide aanvullende verzekeringen. Enerzijds is hiervan het gevolg dat werkgevers minder goede afspraken kunnen maken met zorgverzekeraars en anderzijds dat werkgever hogere kosten moeten maken voor arbeidsgerelateerde zorg omdat vergoedingselementen die nu in de aanvullende verzekering zitten niet, of veel minder zullen worden verzekerd door werknemers.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Vincent van Dijk via 010 – 288 44409 of vincent.van.dijk@schoutenzekerheid.nl.

Met vriendelijke groet,

Schouten Zekerheid Employee Benefits

Vincent van Dijk

Bijlage(n): geen