

Vergaderjaar 2016–2017

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 770**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 september 2016

Hierbij bied ik u de monitor collectiviteiten van de NZa aan<sup>1</sup>. Het onderzoek dat Zorgweb naar collectiviteiten heeft gedaan, heeft u voor de zomer van mij ontvangen. In deze brief zal ik ingaan op de oorspronkelijke bedoeling van collectiviteiten in het kader van de Zorgverzekeringswet. Ik zal beide onderzoeken toelichten en mijn reactie op de bevindingen uit de onderzoeken geven.

De belangrijkste punten van deze brief zijn:

- Zorgverzekeraars kopen voor collectiviteiten de zorg niet apart in. Zorgverzekeraars kopen zorg voor al hun polissen centraal in en bekijken daarna welke zorg voor welke polis wordt aangeboden.
- Collectiviteiten maken maar beperkt zorginhoudelijke afspraken. Bij tweederde van de collectiviteiten wordt de standaard modelovereenkomst aangeboden zonder aanvullende afspraken. Bij een derde van de contracten worden afspraken gemaakt voor het collectief, maar is dit veelal extra dekking voor de financiering van bepaalde zorg in de aanvullende verzekering (m.n. fysiotherapie en ggz), een betalingsregeling voor het eigen risico (gemeentelijke collectiviteiten) of een aanvullende maatregel voor verzuimreductie. Collectiviteiten vervullen daarmee een beperkte rol voor zorginhoud op de inkoopmarkt en zijn met name een verkoopinstrument op de verzekeringsmarkt.
- De collectiviteitskorting varieert van 6,1% (ouderenbonden) tot 8,7% (studenten) en wordt vooral bepaald door de omvang van de doelgroep, de aard van de doelgroep, de deelnamegraad en de exclusiviteit van het collectief. De korting op collectieve polissen wordt niet gefinancierd door efficiencyvoordeel, maar uit een opslag op de premie van die polissen: individueel verzekerden betalen mee aan de korting van de collectief verzekerden op die polissen.
- Onderzoeken laten zien dat er veel collectiviteiten zijn, ruim 64.000 (Zorgweb, 2016), meestal met een beperkt aantal deelnemers. Uit

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

eerder onderzoek is gebleken dat het hoge aantal collectiviteiten bijdragen aan de onoverzichtelijkheid van de markt; omdat de meeste collectiviteiten niet meer zijn dan een verpakking om een bestaande modelovereenkomst leidt dit tot onoverzichtelijkheid zonder meerwaarde in termen van zorginhoud.

- Verzekeraars en assurantietussenpersonen spreek ik aan op hun verantwoordelijkheid om transparant te zijn; voor de consument moet in elk geval duidelijk zijn welke van de – huidige – 61 basispolissen<sup>2</sup> ze aanbieden in een collectiviteit. Ik vraag de NZa deze transparantie volgend jaar op te nemen in hun Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.
- Het oorspronkelijke doel was dat via collectiviteiten betere zorginkoop tot stand zou komen. In plaats daarvan lijken collectiviteiten vooral een verkoopinstrument te zijn en dragen zij in belangrijke mate bij aan de onoverzichtelijkheid op de verzekeringsmarkt. Ik vind het van belang dat collectiviteiten meer gericht worden op zorginhoud en dat de korting die zij aanbieden verdiend wordt door betere en doelmatiger zorginhoud. Ik adviseer werkgevers, patiëntenorganisaties, vakbonden, gemeenten, ouderenbonden en zorgverzekeraars dringend om meer werk te maken van zorginhoudelijke afspraken in collectiviteiten; zonder zorginhoud voegen collectiviteiten weinig toe en dragen zij vooral bij aan meer onoverzichtelijkheid op de verzekeringsmarkt. Er zal een werkconferentie georganiseerd worden om de best-practices van zorginhoudelijke voorbeelden in collectiviteiten uit te wisselen. Voorts zal ik de Nza vragen in kaart te brengen of en hoe zorginhoudelijke afspraken meer onderdeel kunnen gaan uitmaken van de collectiviteiten.

#### *Bedoeling collectiviteiten*

De gedachte achter collectiviteiten is dat een groep sterker staat dan een individu. Een groep kan krachten bundelen en daarmee succesvoller zijn om de gezamenlijke wensen te verzilveren. Daarmee vormen zij counter-vailing power tegenover, in dit geval, een zorgverzekeraar. De wensen kunnen afkomstig zijn van een groep patiënten met specifieke behoeften, maar ook van een werkgever die ziekteverzuim wil voorkomen en aandacht wil voor preventie of van een groep verzekerden die zich verenigt om korting te bedingen.

De zorgverzekeraar kan op zijn beurt met zorgaanbieders onderhandelen en de specifieke wensen van de leden van het collectief inkopen. Uitgaande van het volume van het collectief en de specifieke wensen, leidt dit tot meer gerichte zorginkoop en zorgverlening. De besparing die hiermee wordt gegenereerd kan worden teruggegeven aan de verzekerde in de vorm van collectiviteitskorting. Deze is gemaximeerd op 10% van de premie van de basisverzekering.

Vóór de invoering van de Zvw bestonden collectiviteiten uitsluitend bij de particuliere verzekeringen. In 2005 was het percentage collectief verzekerden 29% (Vektis, Zorgthermometer 2014). Dit waren veelal werkgeverscollectiviteiten. De korting was niet gemaximeerd en kon oplopen tot 20 of 30% en hing vaak samen met de kenmerken van de populatie.

Sinds 2006 zijn er veel nieuwe collectiviteiten ontstaan. Enkele basiselementen over collectiviteiten werden sindsdien gemonitord, zoals het totaal aantal verzekerden via collectiviteiten, de aard van de collectiviteiten, de gemiddelde korting en collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar.

<sup>2</sup> Staat van de volksgezondheid en zorg 2016: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/modelovereenkomsten-op-polismarkt-zorgverzekering>

Tegelijkertijd was er behoefte aan meer informatie over het aantal collectiviteiten. De Monitor Activiteiten zorgverzekeraars overstapeseizoen najaar 2015 liet immers zien dat de onoverzichtelijkheid van de polismarkt waar verzekerden soms last van hebben mede veroorzaakt wordt door het grote aantal collectiviteiten dat op de markt wordt gebracht, omdat dezelfde modelovereenkomst<sup>3</sup> nogmaals wordt aangeboden onder de naam van een collectief.

### *De onderzoeken*

Er zijn twee onderzoeken naar collectiviteiten uitgevoerd en recentelijk opgeleverd. In onderlinge afstemming hebben VWS en de NZa onderzoek gedaan. Zorgweb heeft in opdracht van VWS een fact-finding onderzoek gedaan naar alle collectiviteiten, zoals deze begin 2016 bekend waren. De NZa heeft onderzoek uitgevoerd naar collectiviteiten op basis van meerjarige gegevens en dan met name van de grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar. Bevindingen van beide onderzoeken zijn complementair en op overlappende onderwerpen in lijn met elkaar. Verschillen zijn verklaarbaar. U heeft de rapporten in uw bezit en om herhaling zo veel mogelijk te voorkomen zal ik mij beperken tot de hoofdpunten van beide onderzoeken.

### Zorgweb onderzoek: fact-finding Zorgweb

Het onderzoek van Zorgweb is gebaseerd op een kwantitatieve uitvraag bij verzekeraars, Zorgweb-data en op interviews met zorgverzekeraars. Het gaat om een momentopname van de collectiviteiten begin 2016. De belangrijkste bevindingen zijn als volgt:

- Het aantal collectiviteiten bedraagt ruim 64.000. Het overgrote deel van de collectiviteiten zijn werkgeverscollectiviteiten (82% van de contracten, 58% van de deelnemers). Het kleinste aantal collectiviteiten wordt aangeboden door patiëntenorganisaties (0,6% van de deelnemers via 75 contracten). Relatief veel van de deelnemers vallen onder de categorie overige collectiviteiten. Denk hierbij aan zogenoemde internetcollectiviteiten, zoals United consumers, PMA of vergelijkings-sites.
- De gemiddelde omvang is gering: 162 van 64.000 collectiviteiten hebben meer dan 10.000 deelnemers. Daarentegen valt ruim 93% van de collectiviteiten in de categorie «kleiner dan 250 deelnemers» en is de gemiddelde omvang 23 verzekerden.
- Verzekeraars kopen niet specifiek in voor een collectief of collectiviteiten. Ook voor de aanvullende verzekeringen wordt er niet specifiek ingekocht. Gezien het aantal collectiviteiten is dit begrijpelijk. Wel zijn er enkele voorbeelden van afspraken die een collectief maakt en die voor *alle* verzekerden beschikbaar worden gesteld: als bepaalde trauma-GGZ voor het politiecollectief goed werkt, is deze beschikbaar voor alle verzekerden van die verzekeraar.
- Voor een derde van de collectief verzekerden worden maatwerkafspraken gemaakt. De afspraken gaan veelal over zaken in de aanvullende verzekeringen. De aanvullende afspraken variëren van preventie (bv. een health check) en verzuimreductie (extra dekking fysiotherapie), tot lidmaatschap van de patiëntenvereniging en betalingsregelingen voor het eigen risico (gemeentelijke collectiviteiten). Deze maatwerkafspraken vergen geen aparte zorginkoop, want het zijn vooral financieel administratieve arrangementen.
- Gemiddelde collectiviteitskorting is 7,5%, waarbij werkgevers- en studentencollectiviteiten gemiddeld hogere korting (respectievelijk

<sup>3</sup> Standaardovereenkomst voor de basisverzekering die als uitgangspunt dient voor individuele overeenkomsten tussen verzekeraar en verzekerde (NZa).

7,8% en 8,7%) geven dan patiëntenverenigingen (6,5%). Verzekeraars geven aan dat de korting afhangt van de omvang van de collectiviteit, de aard van de doelgroep en of de verzekeraar de enige aanbieder is van het collectieve contract.

- Voor zover verzekeraars weten is bij meer dan de helft van de collectieve contracten een assurantietussenpersoon betrokken als bemiddelaar en/of adviseur. De gemiddelde vergoeding voor deze diensten is 20 euro per basispolis per verzekerde.

#### NZa: Monitor Collectieve Zorgverzekeringen

Het onderzoek van de NZa maakt gebruik van data over de collectieve contracten die jaarlijks wordt uitgevraagd (2006–2016). Het gaat hierbij om informatie over alle collectiviteiten én meer uitgebreide informatie over de tien grootste collectiviteiten per verzekeraar. Tevens heeft de NZa interviews gehouden met zorgverzekeraars, tussenpersonen en groepen collectief verzekerden. De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek, aanvullend op bovenstaande, zijn:

- Ongeveer tweederde van de verzekerden is collectief verzekerd. Sinds 2015 daalt de collectiviteitsgraad licht (70% in 2014 – 67% in 2016).
- De korting op collectiviteiten is geen gevolg van meer efficiënte zorginkoop en zorgverlening maar worden gefinancierd uit een opslag op de basispremie en betaalt door individueel verzekerden op deze polissen; zij betalen gemiddeld 93 euro meer. Sommige polissen worden uitsluitend als individuele polis aangeboden, zonder opslag. De NZa constateert een positief prijsvoordeel voor alle collectief verzekerden ten opzichte van alle individueel verzekerden van 3,6% in 2016.
- De specifieke afspraken die collectiviteiten maken met de zorgverzekeraar betreffen met name afspraken in de aanvullende verzekering, gaan in beperkte mate over de inhoud van de geleverde zorg, maar over de extra financiering van zorg: het betreft bijvoorbeeld de dekking van 18 keer fysiotherapie ipv de 12 die er standaard in die aanvullende verzekering wordt aangeboden. In de periode 2012–2015 gold dit voor eenderde van de grootste contracten. In 2016 voor één op de vijf.
- Collectief verzekerden zijn over het algemeen iets minder geneigd om over te stappen dan individueel verzekerden. Ook de dynamiek van collectiviteiten zelf is beperkt (van de 513 collectiviteiten hebben er 391 (76%) al sinds 2012 hetzelfde contract als dat in 2016 loopt). 165 van de 513 grootste collectiviteiten (ongeveer 3 miljoen verzekerden) is sinds 2006 niet gewijzigd.
- Collectiviteiten zijn voor zorgverzekeraars een marketinginstrument om marktaandeel aan te trekken en te behouden. De effectiviteit van de aanvullende afspraken via collectiviteiten hebben zorgverzekeraars of werkgevers niet kunnen aantonen.
- Doordat een tussenpersoon een deel van zijn provisie doorgeeft aan verzekerden, kan de korting oplopen tot boven de 10%. In zijn algemeenheid vindt de NZa dit onwenselijk is.
- Tussenpersonen kunnen (aspirant)verzekerden en collectiviteiten helpen met het kiezen van de beste polis en kunnen door zorgverzekeraars gebruikt worden als distributiekanaal voor (collectieve) zorgverzekeringen. Een tussenpersoon kan ook zelf optreden als collectiviteit en als primair doel hebben om voor een grote groep verzekerden een hoge korting te bedingen bij de zorgverzekeraar. Tussenpersonen die zelf als collectiviteit optreden, zijn in principe toegankelijk voor iedereen, maar kunnen in wezen op een specifieke groep gericht zijn, waardoor het risico ontstaat dat klanten geen objectief advies krijgen over welke polis het beste bij hen past. Een tussenpersoon verdient aan zijn inzet; hij ontvangt bijvoorbeeld een provisie per premiebetaler of verzekerde of een percentage van de premie van de zorgverzekeraar.

- In hoeverre een werkgever betaalt voor de service van die tussenpersoon is niet altijd duidelijk. Door dit verdienmodel kan belangenverstremgeling ontstaan, waardoor de objectiviteit van het advies van de tussenpersoon in het geding kan komen.
- De NZa ziet dat de invloed van collectieve zorgverzekeringen op de verleende service door verzekeraars aan verzekerden en collectiviteiten positief is.

### *Concluderend*

Onderzoeken laten zien dat tweederde van de Nederlandse bevolking zich heeft aangesloten bij een collectieve zorgverzekering. De indruk van een hoge korting zal bijdragen aan het gevoel bij verzekerden dat een collectief een voordelige manier van verzekeren is. Het onderzoek van de NZa laat zien dat de korting wordt gefinancierd uit een opslag op de premie, waardoor het werkelijke voordeel lager is dan men denkt. Het merendeel van de verzekerden met een collectief contract sluit dit af via de werkgever (53.000 contracten). Het zijn veel contracten met relatief weinig deelnemers; daardoor is het onhaalbaar voor zorgverzekeraars om daar heel specifiek maatwerk via zorginkoop voor te verrichten. Voor werkgevers kan het collectieve contract een aanvulling zijn op het bestaande preventie- en verzuimbeleid.

Op de tweede plaats komen ruim 8.000 contracten onder de categorie «overige». Dit kan een consumentencollectief zijn zoals het postcodecollectief, de ANWB, de Makro of het Rode Kruis. Deze collectiviteiten maken zelden aanvullende afspraken (1% van de contracten). De resterende ruim 3.000 collectiviteiten van gemeenten, patiëntenorganisaties, ouderenvbonden en vakbonden maken relatief veel aanvullende afspraken. Daarbij geldt dat het relatief veel financiële afspraken voor aanvullende dekking zijn en weinig zorginhoudelijk. Het grote aantal collectiviteiten maken de zorgpolismarkt minder overzichtelijk. Collectiviteiten zijn vaak niet meer dan een nieuwe verpakking om één van de – huidige – 61 modelovereenkomsten, waardoor het kan bijdragen aan de keuzestress bij verzekerden (Monitor Activiteiten zorgverzekeraars overstapeseizoen najaar 2015). Het instrument wordt weinig gebruikt om daadwerkelijk zorginhoudelijke afspraken te maken. Bij tussenpersonen kan sprake zijn van belangenverstremgeling. Voor (aspirant)verzekerden en collectiviteiten is het daarom van belang dat tussenpersonen transparant zijn over hun belangen en verdienmodel, zodat zij de kwaliteit van het advies op de juiste waarde kunnen schatten. Vergelijkingsites hebben hierin al goede stappen gezet met hun gedragscode. Ook maken de vergelijkingsites die zijn aangesloten bij het keurmerk hun tarieven voortaan transparant.

Al het bovenstaande overziend, ben ik van mening dat collectiviteiten de oorspronkelijke verwachting niet waarmaken. Het beleid dat ik voorstel is derhalve tweeledig. Ten eerste dragen de collectiviteiten bij aan de onoverzichtelijkheid van de polismarkt. Voor de consument moet in elk geval duidelijk zijn welke van de – huidige – 61 basispolissen achter de collectiviteit schuilgaan. Ook is het goed om transparant te zijn over betrokkenheid van tussenpersonen en de afspraken die zij met zorgverzekeraars hebben over vergoedingen. Ik ben daarom met tussenpersonen in gesprek om de transparantie te vergroten. De tussenpersonen werken momenteel aan een gedragscode en ik verwacht dat dit zal bijdragen aan de transparantie. Voorts zal ik verzekeraars aanspreken op de wijze waarop tussenpersonen hun polissen aanbieden, om «herverkoop» van dezelfde polissen onder een andere naam waar mogelijk tegen te gaan. Met de NZa ben ik van mening dat de informatievoorziening aan verzekerden verbeterd kan worden. Daarom zal ik de NZa vragen deze

transparantie volgend jaar op te nemen in hun Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

Ten tweede roep ik verzekeraars op om te heroverwegen of het grote aanbod van kleine contracten daadwerkelijk een bijdrage levert aan de zorg. Ik adviseer werkgevers, patiëntenorganisaties, vakbonden, gemeenten, ouderenbonden en zorgverzekeraars dringend om meer werk te maken van zorginhoudelijke afspraken in collectiviteiten; zonder zorginhoud voegen collectiviteiten niets toe en dragen zij alleen bij aan meer onoverzichtelijkheid op de verzekeringsmarkt. Er zal een werkconferentie georganiseerd worden om de best-practices van zorginhoudelijke voorbeelden in collectiviteiten uit te wisselen. In het verlengde hiervan zal ik de NZa vragen in kaart te brengen of en hoe zorginhoudelijke afspraken meer onderdeel kunnen gaan uitmaken van de collectiviteiten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers