

Vergaderjaar 2020–2021

**35 872**

## **Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het afschaffen van de collectiviteitskorting**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **I. Algemeen**

##### **1. Inleiding**

Met dit wetsvoorstel wordt de collectiviteitskorting op zorgverzekeringen afgeschaft. Zorgverzekeraars moeten voor dezelfde zorgverzekering dezelfde premie in rekening brengen. Thans mogen zij een korting op de premie geven aan deelnemers van een collectiviteit. Gebleken is dat de doelstelling van de collectiviteitskorting niet wordt gerealiseerd. De doelstelling is het teruggeven van besparingen op de (zorg)kosten verkregen door het maken van (zorg)inhoudelijke afspraken ten behoeve van een collectiviteit van verzekerden, bijvoorbeeld op het gebied van een doelmatige zorginkoop, leefstijl, preventie of beheerslasten. Het blijkt dat bij verreweg de meeste collectiviteiten de korting niet gelegitimeerd kan worden door (zorg)inhoudelijke afspraken. In plaats daarvan wordt de korting bekostigd door een opslag op de premie en vindt er kruis-subsidiëring tussen verzekerden binnen en buiten het collectief plaats. Bovendien draagt het grote aantal collectiviteiten niet bij aan een overzichtelijk polisaanbod voor verzekerden. Eerdere maatregelen om de collectiviteitskorting te legitimeren waaronder de organisatie van een werkconferentie, de ontwikkeling van zorginhoudelijke criteria door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het stellen van transparantievereisten en het verlagen van de collectiviteitskorting naar 5 procent, hebben niet gewerkt. Daarom wordt de collectiviteitskorting afgeschaft. De afschaffing kan per 2023 geëffectueerd worden.

##### **2. 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

5 procent van de premiegrondslag<sup>1</sup>. Voor zover het voordeel wordt doorgegeven aan de verzekeringnemer, geschiedt dat in de vorm van een korting op de premie. De zorgverzekeraar kan een dergelijke overeenkomst ook aangaan met een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, met betrekking tot de zorgverzekering voor degenen wier belangen die rechtspersoon behartigt. Dit is geregeld in artikel 18 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In deze memorie van toelichting wordt kortheidshalve gesproken over collectiviteit, deelnemer 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 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. Ook zouden afspraken tussen de zorgverzekeraar en de collectiviteit gemaakt kunnen worden die zijn gericht op preventie. Daarmee kan de schadelast voor de zorgverzekering beperkt worden. Verder zou een collectiviteit tegenwicht bieden aan zorgverzekeraars. Een groep staat immers sterker dan het individu.

Kruissubsidiëring werd als onwenselijk beschouwd.<sup>2</sup> Bij kruissubsidiëring wordt de collectiviteitskorting niet gefinancierd op basis van een besparing op de (zorg)uitgaven, maar via een opslag die de zorgverzekeraar op de premie vraagt. De premie wordt eerst verhoogd om deze verhoging vervolgens aan sommigen terug te geven alsof het een korting is. Individueel verzekerden betalen via de premieopslag mee aan de collectiviteitskorting van collectief verzekerden. Ook betalen verzekerden met een relatief lage collectiviteitskorting mee aan hoge collectiviteitskortingen. Dit verstoort de solidariteit tussen verzekerden en vormt een aantasting van het sociale karakter van de zorgverzekering.

### **3. De praktijk en eerdere maatregelen**

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

#### Onderzoeken Zorgweb en de NZa (2016)

In 2016 vonden twee onderzoeken naar collectiviteiten plaats: een onderzoek door Zorgweb naar de feiten rondom collectiviteiten<sup>3</sup> en een monitor uitgevoerd door de NZa.<sup>4</sup> Hieruit bleek dat er meer dan 60.000 collectiviteiten waren, waarvan het merendeel zeer klein (93 procent had minder dan 250 verzekerden). Zorgverzekeraars bleken niet specifiek zorg in te kopen voor collectiviteiten. Voor een derde van de collectiviteiten werden wel aanvullende afspraken gemaakt, maar deze richtten zich meestal niet op de zorgverzekering maar op bijvoorbeeld extra dekkingen vanuit de aanvullende verzekering. De collectiviteitskorting bleek niet te worden gefinancierd uit besparingen voor de collectiviteit, maar via een opslag die de zorgverzekeraar op de premie legt. De premie op de zorgverzekering wordt eerst verhoogd om deze verhoging vervolgens aan sommige verzekerden terug te geven alsof het een korting is. Individueel verzekerden betalen dan via de premieopslag mee aan de collectiviteits-

<sup>1</sup> De maximale collectiviteitskorting is per 1 januari 2020 via een AMvB terug gebracht naar 5 procent (Staatsblad 2019, nr. 214).

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 67 en Kamerstukken I 2004/05, 29 763, E, blz. 60 en 61.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 729.

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2016/17, 29 689, nr. 770.

korting van collectief verzekerden. Ook betalen verzekerden met een relatief lage collectiviteitskorting mee aan hoge collectiviteitskortingen van andere verzekerden.

Verzekerden hebben de mogelijkheid om jaarlijks de zorgverzekering te kiezen die het beste bij hun voorkeuren en zorgbehoefte past. Hiervoor is het belangrijk dat zij op basis van beschikbare informatie een weloverwogen keuze kunnen maken. Het grote aantal collectiviteiten bleek een negatief effect te hebben op de overzichtelijkheid van de zorgverzekeringsmarkt. Een onoverzichtelijke zorgverzekeringsmarkt bemoeilijkt het keuzeproces voor verzekerden.

Op basis van de resultaten van de onderzoeken zijn zorgverzekeraars 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.

#### Werkconferentie (2017)

Vervolgens is in 2017 een werkconferentie georganiseerd om de best practices met betrekking tot collectiviteiten uit te wisselen. De best practices die zijn uitgewisseld, hadden voornamelijk betrekking op verzuimpreventie en duurzame inzetbaarheid, met name bij werkgeverscollectiviteiten. De mogelijke besparingen die hiermee gepaard gaan, leveren geen (directe) verlaging op van de kosten voor de zorgverzekering. Bovendien konden de best practices geen financiële onderbouwing van de besparing laten zien.<sup>5</sup>

#### Verkenning Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar zorginhoudelijke criteria (2017)

De NZa heeft in 2017 in kaart gebracht hoe zorginhoudelijke afspraken meer onderdeel kunnen gaan uitmaken van de collectiviteiten.<sup>6</sup> De analyse van de NZa 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 is het voor een zorgverzekeraar mogelijk om bij de zorginkoop voor de uitvoering van het basispakket rekening te houden met de verzekerdenpopulatie van een collectiviteit.

De NZa heeft drie cumulatieve criteria geformuleerd waaraan zorginhoudelijke afspraken moeten voldoen om een collectiviteitskorting te 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 zorgverzekering leidt. Wat betreft de tweede norm moeten zorgverzekeraars en collectiviteiten kunnen motiveren waarom een afspraak juist voor deze collectiviteit relevant en daardoor effectief is. Het derde criterium stelt dat zaken die al op basis van andere wet- en regelgeving verplicht zijn, niet kunnen worden opgevoerd als zorginhoudelijke afspraak die een collectiviteitskorting legitimeert. Naar het oordeel van de NZa betreft het open normen die zich niet lenen om opgenomen te worden in een AMvB. Opname in een AMvB

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2016/17, 29 689, nr. 809.

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 883.

zou leiden tot regelgeving die lastig uitvoerbaar is en een grote mate van rechtsonzekerheid kent.

#### Aanpassing informatieverplichting zorgverzekeraars (2017)

De NZa heeft zorgverzekeraars in 2017, op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), verplicht om op hun websites duidelijk te vermelden welke modelovereenkomst ten grondslag ligt aan de collectiviteit.<sup>7</sup> De verschillende collectiviteiten zijn daarmee herleidbaar tot één van de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars. Het is daarmee voor (potentiële) verzekerden duidelijk welke zorgverzekering het betreft, zodat hij eenvoudiger alternatieven kan vergelijken. De NZa ziet toe op de naleving van deze informatieverplichting door zorgverzekeraars.

#### Onderzoek Zorgweb (2018) en verlaging collectiviteitskorting per 1 januari 2020

In 2018 heeft Zorgweb een nulmeting naar het polisaanbod uitgevoerd. Dit onderzoek liet zien dat het aantal collectiviteiten in 2018 circa 51.500 bedroeg. Daarbij bleek de collectiviteitskorting nog steeds gefinancierd te worden op basis van een opslag op de premie. Er is toen nog niet gekozen voor de verdergaande maatregel tot afschaffing van de collectiviteitskorting. In plaats daarvan werd de maximale collectiviteitskorting in eerste instantie gehalveerd. Op die manier werd 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 gevolg te geven aan de geïnitieerde maatregelen om het gebruik van de collectiviteitskorting alsnog in overeenstemming te brengen met de oorspronkelijke doelstelling. Zorgverzekeraars kregen dus een laatste kans om echt werk te maken van (zorg)inhoudelijke afspraken die de collectiviteitskorting legitimeren. Voor een collectiviteitskorting van 5 procent is dat realistischer dan voor een korting van 10 procent. Hierbij werd aangekondigd dat in 2020 het effect gemeten zou worden om te bepalen of verdergaande maatregelen nodig zijn.<sup>8</sup>

#### Onderzoek Equalis (2020)

Een monitor van het polisaanbod, uitgevoerd door Equalis, laat zien dat het aantal modeleenovereenkomsten van zorgverzekeringen is gedaald van 72 in 2015 naar 55 in 2020. Het aantal collectiviteiten blijft echter groot, namelijk 47.000 in 2020. De daling ten opzichte van 2016 kan verklaard worden door een afname van kleine collectiviteiten die zijn samengevoegd tot een grote en het beëindigen van zogenoemde gelegenheidscollectiviteiten.<sup>9</sup> De gemiddelde omvang per collectiviteit is nog steeds (zeer) klein, namelijk 232 verzekerden. In totaal heeft 91 procent van de collectiviteiten minder dan 250 verzekerden. De meeste collectiviteiten worden via de werkgever afgesloten. Deze collectiviteiten zijn met gemiddeld 139 verzekerden relatief klein.

De monitor laat verder zien dat bij 89 procent van de collectiviteiten aanvullende afspraken worden gemaakt, zoals gezondheidsprogramma's, stoppen met roken interventies en leefstijlprogramma's.<sup>10</sup> Voor de

<sup>7</sup> Artikel 31 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling TH/NR-017).

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 917 en Staatsblad 2019, nr. 214.

<sup>9</sup> Dit zijn collectiviteiten die voor iedereen toegankelijk zijn (zoals collectiviteiten van een sportvereniging, de ANWB of de Postcode Loterij).

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2019/20, 29 689, nr. 1069.

beoordeling van de afspraken heeft onderzoeksbureau Equalis zich gebaseerd op de 3 eerder geformuleerde criteria door de NZa (zie paragraaf «Verkenning Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar zorginhoudelijke criteria (2017)»). 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.

Bij slechts 18 procent van de collectiviteiten van de grote zorgverzekeraars is aannemelijk gemaakt dat de afspraken leiden tot een besparing. De hoogte van de besparing is hierbij niet bekend. En bij geen enkele van de collectiviteiten van de kleine zorgverzekeraars is aannemelijk gemaakt dat sprake is van een besparing op de kosten van het uitvoeren van de zorgverzekering. Dit betekent voor de gehele zorgverzekeringsmarkt dat bij een zeer groot deel van de collectiviteiten de collectiviteitskorting nog steeds niet gelegitimeerd wordt door (zorg)inhoudelijke afspraken en dat hier dus nog altijd sprake is van kruissubsidiëring.<sup>11</sup>

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.

Bij kruissubsidiëring betalen niet alleen verzekerden zonder korting op de premie mee aan de collectiviteitskorting. Ook verzekerden met een relatief lage collectiviteitskorting betalen mee aan hoge collectiviteitskortingen van andere verzekerden. De gemiddelde collectiviteitskorting bedraagt in 2020 4,0 procent. De korting verschilt sterk tussen verschillende soorten collectiviteiten. Zo ontvangen werkgevers- en studentencollectiviteiten respectievelijk gemiddeld 4,1 procent en 4,0 procent korting, terwijl de gemiddelde korting voor patiëntenverenigingen 2,1 procent bedraagt en voor gemeentecollectiviteiten voor sociale minima 2,8 procent. Aangezien het voorkomt dat de ene collectiviteit voor hetzelfde product een hogere korting krijgt dan de andere collectiviteit, leidt dit ertoe dat bijvoorbeeld patiënten en sociale minima meebetalen aan de hoge collectiviteitskortingen voor studenten en werknemers. Deze aantasting van de risicosolidariteit via de collectiviteitskorting was zeker niet de bedoeling.

### Samenvattend

Zorgverzekeraars en collectiviteiten hebben de afgelopen jaren 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. Hoewel er meer werk is gemaakt van collectieve afspraken, heeft dit niet het gewenste effect gehad. Er blijft sprake van ongewenste kruissubsidiëring die de solidariteit tussen verzekerden verstoort en een aantasting vormt van het sociale karakter van de zorgverzekering.

<sup>11</sup> Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1079.

Daarbij blijft het aantal collectiviteiten zeer groot. Onderzoeken laten zien dat verzekerden het moeilijk vinden om een zorgverzekering te kiezen: er is een te groot aanbod dat te weinig onderscheidend is.<sup>12</sup> Een verzekerde zal niet tot iedere collectiviteit toegang hebben, maar er kan wel gesteld worden dat het grote aantal collectiviteiten niet bijdraagt aan een overzichtelijk polisaanbod en een eenvoudig keuzeproces voor verzekerden.

#### **4. Afschaffing van de collectiviteitskorting**

Om de ongewenste kruissubsidiëring, en de hiermee gepaarde aantasting van het sociale karakter van de zorgverzekering, te voorkomen en de overzichtelijkheid op de polismarkt te vergroten, wordt de collectiviteitskorting afgeschaft. Dit geldt voor alle type collectiviteiten, dus bijvoorbeeld ook bij werkgeverscollectiviteiten of gemeentepolissen vindt kruissubsidiëring plaats. Het ligt niet in de lijn der verwachtingen dat een lager kortingspercentage wel onderbouwd kan worden. Bovendien acht de NZa de ruimte begrensd voor het maken van zorginhoudelijke afspraken met betrekking tot de zorgverzekering.

Na de afschaffing van de collectiviteitskorting<sup>13</sup> verdwijnt de opslag waarmee zorgverzekeraars de premie verhogen om de collectiviteitskorting te verstrekken. Dit betekent dat verzekerden zonder collectiviteit of degenen met een relatief lage collectiviteitskorting niet langer meebetalen aan (hogere) collectiviteitskortingen van andere verzekerden.

Zorgverzekeraars en collectiviteiten kunnen nog steeds (zorg)inhoudelijk afspraken maken over bijvoorbeeld verzuimreductie, re-integratie en duurzame inzetbaarheid. Dat is zelfs wenselijk omdat dergelijke initiatieven een positief effect kunnen hebben op de gezondheid en het welzijn van deelnemers. Zorgverzekeraars mogen nog een collectiviteitskorting verstrekken op de aanvullende verzekering<sup>14</sup>. Zij kunnen verder bijvoorbeeld de aanvullende verzekering toespitsen op de zorgbehoefte en voorkeuren van de doelgroep van de collectiviteit. Dit maakt de collectiviteit tot een interessante optie voor hen. Een zorgverzekeraar kan ook nog steeds met een collectiviteit overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt aan de collectiviteit indien deelnemers aan de collectiviteit een specifieke zorgverzekering afsluiten. Afspraken tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten zullen echter voor een verzekerde niet meer mogen leiden tot een premiekorting van de zorgverzekeraar. Evenmin is toegestaan dat de zorgverzekeraar bij de collectiviteit bedingt of de collectiviteit er anderszins toe aanzet om het 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. Het is voor een collectiviteit wel nog steeds mogelijk om een bijdrage te verstrekken aan de premie voor de zorgverzekering.

Het blijft voor gemeenten mogelijk om hun sociale minima tegemoet te komen door het aanbieden van een gemeentepolis. Zij kunnen nog steeds met zorgverzekeraars afspraken maken over bijvoorbeeld het voorkomen van schuldenproblematiek en regelingen ten aanzien van het eigen risico

<sup>12</sup> Autoriteit Consument & Markt (ACM) en NZa. 2018. Beter kiezen op de polismarkt.

<sup>13</sup> De collectiviteitskorting voor de aanvullende verzekering blijft bestaan. Daarnaast blijft het bij de gemeentecollectiviteiten mogelijk voor gemeenten om een premiebijdrage ten aanzien van de aanvullende verzekering te verstrekken.

<sup>14</sup> Ook bij de aanvullende verzekering zou sprake kunnen zijn van kruissubsidiëring, maar de markt voor aanvullende verzekeringen is gebaseerd op een vrije markt. Het staat zorgverzekeraars vrij om premiedifferentiatie (bijvoorbeeld via differentiatie in een verstrekte collectiviteitskorting) toe te passen voor de aanvullende verzekering.

en de inning van de premie. Ook kunnen zij nog een premiebijdrage ten aanzien van de aanvullende verzekering verstrekken.

Het is de verwachting dat het aantal collectiviteiten zal afnemen. Een zorgverzekering die aan deelnemers van een collectiviteit wordt aangeboden, is voor dezelfde premie immers ook beschikbaar voor anderen. In ieder geval de collectiviteiten zonder aanvullende afspraken – in 2020 11 procent van het totaal aantal collectiviteiten – zullen minder aantrekkelijk zijn voor verzekerden. Dit zal ook gelden voor de collectiviteiten waarbij de meerwaarde van de (zorginhoudelijke) afspraken beperkt is. De te verwachten afname van het aantal collectiviteiten leidt tot een overzichtelijker polisaanbod voor verzekerden.

## **5. Verhouding tot het Europees recht**

Het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) laat de lidstaten van de Europese Unie een grote mate van vrijheid om hun stelsel van sociale zekerheid naar eigen inzicht in te richten. Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is met de Zvw privaatrechtelijk vorm gegeven, onder publieke randvoorwaarden. De dekking van het verzekeringsrisico wordt geboden door private verzekeringsondernemingen. Daarom is de Solvabiliteit II richtlijn (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) van toepassing op de zorgverzekeringen. 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 afschaffen van de maximale collectiviteitskorting is een maatregel die de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraars wat betreft de premiestelling inperkt ten opzichte van de situatie waarin deze korting ten hoogste 5 procent 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 had al voorzien dat het algemeen belang zodanig in het geding kan komen dat ingrijpen gerechtvaardigd is wanneer afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de zorgverzekering. Dat komt al in artikel 18, zesde lid, Zvw zelf tot uitdrukking dat de grondslag bevat voor regeling van de collectiviteitskorting bij algemene maatregel van bestuur. In de memorie van toelichting is daarover opgemerkt dat wanneer een geconstateerde uitholling van de beoogde solidariteit noopt tot een algemene maatregel van bestuur om nadere en zo nodig zelfs van artikel 18 Zvw afwijkende regels te stellen, de regering daarmee tevens de

noodzakelijke Europeesrechtelijke rechtvaardiging aangetoond acht.<sup>15</sup> In deze memorie van toelichting is reeds uiteengezet dat bij de overgrote meerderheid van de collectiviteiten 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 door het grote aantal collectiviteiten. De noodzaak tot ingrijpen is hiermee gegeven.

Aan de vereiste proportionaliteit wordt eveneens voldaan. 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, het stellen van transparantievereisten en het verlagen van de collectiviteitskorting naar 5 procent. Zoals hierboven reeds vermeld, hebben deze minder vergaande maatregelen echter niet geleid tot rechtvaardiging van de korting op de zorgverzekering<sup>16</sup>.

## **6. Invoering**

De afschaffing van de collectiviteitskorting is aangekondigd in antwoorden op een schriftelijk overleg van 21 september 2020.<sup>17</sup> Het is de bedoeling de collectiviteitskorting met ingang van 1 januari 2023 af te schaffen. Daarmee worden zorgverzekeraars en collectiviteiten voldoende tijd geboden om hun overeenkomsten met betrekking tot de collectiviteitskorting aan te passen, ook in geval van meerjarige afspraken. Dat geldt temeer wanneer ook de voorgeschiedenis in ogenschouw wordt genomen. 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.<sup>18</sup> Dat was de start van het in paragraaf 3 beschreven proces dat heeft geleid tot dit wetsvoorstel.

Er is voor gekozen de afschaffing van de collectiviteitskorting voor alle collectiviteiten tegelijk van toepassing te laten zijn. De overeenkomsten van zorgverzekeraars met collectiviteiten hebben een looptijd van één of enkele jaren. Indien de afschaffing van de collectiviteitskorting alleen zou gelden voor nieuwe overeenkomsten, zou een ernstige verstoring van de zorgverzekeringsmarkt optreden. Voor lopende overeenkomsten zou dan immers nog de collectiviteitskorting van maximaal 5 procent geboden kunnen worden. Dat zou leiden tot scheve concurrentieverhoudingen.

## **7. Consultatie**

In de periode van 7 december 2020 tot en met 18 januari 2021 heeft een internetconsultatie plaatsgevonden. 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 op de afschaffing van de collectiviteitskorting 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. Zij vinden het zeer ongewenst dat sprake is van kruis-

<sup>15</sup> Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 38.

<sup>16</sup> Het groot aantal collectiviteiten zou tegengegaan kunnen worden door een minimumeis te stellen aan het aantal deelnemers. Een kwantitatieve maatstaf levert echter 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.

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2019/2020 29 689, nr. 1069.

<sup>18</sup> Kamerstukken II 2016/17, 29 689 nr. 770.



subsiëring. Anderzijds zijn er partijen die vinden dat de collectiviteitskorting, eventueel onder voorwaarden, gehandhaafd moet blijven. Zij zijn van mening dat zorgverzekeraars en collectiviteiten onvoldoende mogelijkheden hebben gekregen om aannemelijk te maken dat (zorg)inhoudelijke afspraken leiden tot kostenbesparingen. Verder hebben zij opmerkingen bij het analysekader van het Equalis-onderzoek uit 2020. Ook brengen zij naar voren dat de afschaffing van de collectiviteitskorting de goede initiatieven op het gebied van gezonde leefstijl, preventie en het vitaliteitsbeleid van werkgevers teniet zou doen. Zowel voor- als tegenstanders van de afschaffing van de collectiviteitskorting benoemen dat ook aandacht besteed moet (blijven) worden aan andere instrumenten die tot kruissubsidiëring kunnen leiden, zoals het polisaanbod en het vrijwillig eigen risico.

Naar aanleiding van de reacties is in de memorie van toelichting het onderzoek van Equalis uit 2020 uitgebreider beschreven en is toegelicht welke opties zorgverzekeraars en collectiviteiten na de afschaffing van de collectiviteitskorting hebben om de collectiviteit aantrekkelijk te houden voor verzekerden. Er was geen aanleiding om het wetsvoorstel aan te passen.

## **8. Toezicht en handhaving**

Op grond van artikel 16, onderdeel b, Wmg is de NZa belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. Indien nodig, kan de NZa handhavend optreden. Het afschaffen van de collectiviteitskorting brengt een vereenvoudiging mee van de taak van de NZa, aangezien er niet langer toezicht hoeft te worden gehouden op de geboden collectiviteitskorting voor de zorgverzekering. Wel zal de NZa er op blijven toezien dat een zorgverzekeraar geen geldelijk voordeel aan collectiviteiten doet toekomen om daarmee de verzekeringnemer een korting op de verschuldigde premie te geven. Onder de huidige Zvw is dat ook al niet mogelijk boven 5 procent van de premiegrondslag.

Op 9 februari 2021 heeft de NZa desgevraagd een toezicht- en handhaafbaarheidstoets uitgebracht. De NZa voorziet geen financiële of personele gevolgen. De Zvw bevat alleen verplichtingen voor zorgverzekeraars en niet voor collectiviteiten. Collectiviteiten zijn geen toezichtssubject van de NZa. De NZa merkt daarom terecht op dat zij alleen kan optreden indien de zorgverzekeraar het doel heeft een geldelijk voordeel aan verzekerden te verstrekken en dit ook aangetoond kan worden door bijvoorbeeld een schriftelijke afspraak of een expliciete melding die kan worden geverifieerd. De NZa kan niet optreden tegen collectiviteiten, bijvoorbeeld als die de bijdrage zelf aanwendt voor de financiering van de zorgpremie. Dit is een terecht punt en de memorie van toelichting is daarom op dit punt verduidelijkt.

## **9. Financiële gevolgen**

Na de afschaffing van de collectiviteitskorting verdwijnt de opslag waarmee zorgverzekeraars de premie verhogen om de collectiviteitskorting te verstrekken. De premie voor verzekerden in een collectief wordt gelijk aan de premie voor verzekerden met dezelfde polis maar buiten het collectief. Gemiddeld blijft het bedrag van de premie hetzelfde doordat de kruissubsidiëring wegvalt. In de huidige premies zijn immers zowel de opslag, als de collectiviteitskortingen verwerkt. Aangezien de opslag de kortingen financiert en de zorgkosten niet toe- of afnemen bij afschaffing van de collectiviteitskorting, zal het gemiddelde bedrag van de premie door deze wijziging niet veranderen. Ook blijft de standaardpremie gelijk.

De standaardpremie is namelijk de geraamde gemiddelde premie voor de zorgverzekering, verhoogd met het geraamde bedrag dat verzekerden gemiddeld kwijt zijn aan verplicht eigen risico. De standaardpremie vormt de grondslag voor de berekening van de zorgtoeslag. Als de standaardpremie niet verandert, zijn er ook geen gevolgen voor de zorgtoeslag.

## **10. Regeldruk**

De regeldruk die de afschaffing van de collectiviteitskorting met zich meebrengt, is zeer beperkt. Zorgverzekeraars en collectiviteiten zullen bij het afsluiten van hun overeenkomst rekening moeten houden met de afschaffing van de collectiviteitskorting. Dat geldt ook voor de assurantie-  
ussenpersonen, die betrokken kunnen zijn bij collectiviteiten. De looptijd van een overeenkomst varieert doorgaans van één tot drie jaar. Afschaffing van de collectiviteitskorting is in september 2020 reeds aangekondigd.<sup>19</sup> Dit betekent dat partijen sindsdien rekening hebben kunnen houden met de afschaffing van de collectiviteitskorting per 2023. Het tussentijds moeten herzien van een overeenkomst geldt alleen voor die overeenkomsten die per 1 januari 2020 zijn ingegaan en een looptijd hebben die langer is dan drie jaar.

Het ontwerp van dit wetsvoorstel is voorgelegd aan het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR). Op 18 november 2020 heeft het ATR advies uitgebracht. De ATR kan zich vinden in de conclusie dat er – behoudens de gebruikelijke kennisnemingskosten bij nieuwe wetgeving – nauwelijks gevolgen voor de regeldruk zijn, aangezien de collectiviteitskorting pas per 1 januari 2023 wordt afgeschaft en hierdoor aanpassingen van lopende contracten vrijwel niet aan de orde zijn.

## **II. ARTIKELSGEWIJS**

### *Artikel I*

#### Onderdeel A

De uiterste maatregel gericht op verzekering van onverzekerde verzekeringsplichtigen is het afsluiten van een zorgverzekering door het CAK namens de verzekeringsplichtige. Bij de keuze uit de verschillende varianten van zorgverzekeringen van een zorgverzekeraar selecteert het CAK de variant met de laagste premie. Daarbij blijven de collectiviteitskorting en de korting in verband met een vrijwillig eigen risico buiten beschouwing (artikel 9d, derde lid, Zvw). Wanneer de collectiviteitskorting wordt afgeschaft, is het niet nodig te regelen dat de collectiviteitskorting buiten beschouwing blijft. Daarom wordt de verwijzing naar artikel 18 Zvw uit artikel 9d, derde lid, Zvw geschrapt.

#### Onderdeel B

Wanneer de collectiviteitskorting wordt afgeschaft, is het niet nodig te regelen dat de collectiviteitskorting in mindering gebracht wordt op de grondslag van de premie. Daarom worden de verwijzingen naar artikel 18 Zvw uit artikel 17, vierde en vijfde lid, Zvw geschrapt.

#### Onderdeel C

De collectiviteitskorting is geregeld in artikel 18, eerste tot en met zesde lid, Zvw. Voor het afschaffen van de collectiviteitskorting dienen deze bepalingen te worden geschrapt. Dit laat onverlet de mogelijkheid dat een

<sup>19</sup> Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1079.

zorgverzekeraar met een collectiviteit een overeenkomst aangaat over het afsluiten van zorgverzekeringen door deelnemers aan de collectiviteit en daaraan een geldelijk voordeel verbindt. Het geldelijk voordeel kan echter niet meer vertaald worden in een korting op de premie die de verzekeringnemer verschuldigd is.

Behouden blijft de bepaling omtrent het gebruik van het burgerservicenummer (BSN) in geval de werkgever de premie voor een werknemer betaalt. Vanwege het vervallen van artikel 18, eerste tot en met zesde lid, is dit lid opnieuw geformuleerd. De werkgever verhaalt in de regel de aan de zorgverzekeraar betaalde premie op het loon van de werknemer. Het gebruik van het BSN van de verzekerde waarborgt dan dat de tussen werkgever en zorgverzekeraar uit te wisselen gegevens op de betrokken werknemer betrekking hebben. Deze bepaling is toegevoegd bij wet van 27 maart 2019 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en enige andere wetten in verband met het controleren van de verzekeringsplicht voor de zorgverzekering en het regelen van de verwerking van gepseudonimiseerde persoonsgegevens door Onze Minister voor Medische Zorg, het Zorginstituut Nederland en het RIVM.<sup>20</sup> Voor een verdere toelichting wordt hier korthedshalve wordt hier verwezen naar de parlementaire behandeling van die wetswijziging.<sup>21</sup>

#### *Artikel II*

Bij koninklijk besluit wordt bepaald wanneer de wet in werking treedt. Het streven is gericht op invoering per 1 januari 2023. Er is geen aanleiding voor het regelen van overgangsrecht. Zoals uiteengezet in het algemeen deel van de memorie van toelichting, hebben zorgverzekeraars en collectiviteiten voldoende tijd gekregen om zich voor te bereiden op het afschaffen van de collectiviteitskorting met ingang van het jaar 2023.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark

---

<sup>20</sup> Stb. 2019, 140.

<sup>21</sup> Kamerstukken 2018/19, 35 044, nr. 3, p. 36 (artikel I, onderdeel E).