



Nederlandse
Zorgautoriteit

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

269660/399032

Onderwerp

Advies zorginhoudelijke criteria bij collectieve zorgverzekeringen

Datum

29 november 2017

Mijnheer de Minister,

Met deze brief reageren wij op het verzoek van uw voorganger¹ om zorginhoudelijke criteria uit te werken voor de zorginkoop bij collectieve zorgverzekeringen. De NZa heeft de ruimte onderzocht voor zorginhoudelijke afspraken voor collectieve zorgverzekeringen binnen de bestaande wet- en regelgeving. Deze ruimte is beperkt aanwezig. Afspraken over de inhoud van de zorg kunnen zowel gemaakt worden in de beperkte ruimte die de zorgverzekering hiervoor biedt als in aanvullende afspraken.

Wij komen tot drie criteria waaraan zorginhoudelijke afspraken moeten voldoen om een korting te blijven legitimeren voor een collectieve zorgverzekering. In de eerste plaats moet een afspraak leiden tot een vermindering van de zorguitgaven via de basisverzekering. Ten tweede moet de zorginhoudelijke afspraak specifiek toegespitst zijn op de populatie van de collectiviteit. Ten derde worden afspraken uitgesloten die al op grond van andere wet- en regelgeving vereist zijn. De NZa stelt voor om deze criteria als niet formeel bindend richtsnoer met het veld te delen. Hieronder lichten wij onze onderzoeksmethode en conclusies nader toe.

Onderzoeksmethode

Wij komen tot onze conclusies op basis van de inbreng van betrokken partijen in de door uw ministerie georganiseerde werkconferentie over dit onderwerp. Daarnaast hebben wij een vragenlijst onder vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, tussenpersonen en patiënten- en consumentenorganisaties uitgezet. Ook voerden we met een aantal organisaties verdiepende gesprekken. We onderzochten niet hoe hoog een eventuele korting zou mogen zijn in relatie tot de zorginhoudelijke afspraak. Wel kregen wij vanuit het veld het signaal dat het huidige maximale kortingspercentage van 10% erg hoog is om te rechtvaardigen op grond van besparingen.

¹Brief van 9 november 2016 met kenmerk 1042945-157882-Z.

Wij gaan in dit advies niet in op andere factoren die kunnen bijdragen aan de manier waarop een collectiviteit toegevoegdewaarde kan bieden.

Kenmerk
269660/399032

Kortingscriteria met betrekking tot zorginhoudelijke afspraken

Op grond van ons onderzoek hebben wij drie criteria geformuleerd waar zorginhoudelijke aanvullende afspraken bij collectieve zorgverzekeringen aan zouden moeten voldoen om korting te rechtvaardigen. Deze criteria kunnen zowel toegepast worden op afspraken die gaan over zorg die valt onder de basisverzekering als op aanvullende afspraken buiten de zorgverzekering. Deze criteria zijn alle drie relevant om een korting op de zorgverzekering te legitimeren, en daarmee cumulatief. Om de toepassing van de criteria in de praktijk te verduidelijken, zijn in de bijlage twee voorbeelden van zorginhoudelijke afspraken uitgewerkt aan de hand van de criteria.

Pagina
2 van 7

1. De zorginhoudelijke afspraak moet leiden tot een verlichting van de schadelast voor de Zorgverzekeringswet.

Het eerste criterium is dat zorgverzekeraars *aannemelijk* moeten kunnen maken dat de zorginhoudelijke afspraak leidt tot een verlichting van de schadelast voor de Zorgverzekeringswet. De aannemelijk gemaakte verlichting van de schadelast mag zowel op korte als op lange termijn zijn.

Het aantonen van een schadelastverlichting kan pas achteraf plaatsvinden. Uit de praktijk blijkt dat het vooraf aantonen van daling van de schadelast, althans op dit moment, niet haalbaar is. Onder meer omdat de groep collectief verzekerden jaarlijks kan verschillen, en het resultaat soms pas op langere termijn te zien is, kunnen collectiviteiten en zorgverzekeraars dit effect niet vooraf exact inschatten of aantonen. Het is daarom niet mogelijk schadelastbeperking als absolute voorwaarde vooraf te stellen, en controle vooraf is op dit criterium niet mogelijk.

2. De zorginhoudelijke afspraak moet specifiek toegespitst zijn op de populatie van de collectiviteit.

Het tweede criterium is dat zorgverzekeraars en collectiviteiten moeten kunnen *motiveren* waarom een afspraak juist voor deze collectiviteit relevant en daarvoor effectief is. Dit betekent dat het niet mag gaan om generieke afspraken die voor de gemiddelde bevolking gelden.

De achterliggende ratio achter dit criterium is dat afspraken die voor alle verzekerden even nuttig zijn, logischerwijs voor alle verzekerden beschikbaar gemaakt zouden kunnen worden. Besparingen die dat oplevert zouden dan ook weer ten bate kunnen komen van alle verzekerden op een polis. Om een collectiviteitskorting te legitimeren moet het aannemelijk gemaakt worden dat de verzekerde populatie door middel van afspraken een schadelastverlichting oplevert die sterker is dan wanneer deze afspraak voor de hele populatie zou gelden. Er moet worden aangetoond waarom de populatie van de collectiviteit meer dan de gemiddelde populatie baat heeft bij deze afspraak.

Omdat de afspraken zelden voor alle deelnemers relevant zijn, zou een realistische norm zijn dat de zorginhoudelijke afspraken voor het *merendeel* van de populatie van de collectiviteit relevant moeten zijn.

Kenmerk
269660/399032

Ook voor dit criterium geldt dat toetsing van de uitkomst pas achteraf mogelijk is. Aangezien de groep collectief verzekerden jaarlijks kan verschillen, en het resultaat soms pas op langere termijn te zien is, kunnen collectiviteiten en zorgverzekeraars dit effect niet vooraf exact inschatten of aantonen. Controle vooraf van de beoogde uitkomst is ook op dit criterium daarom niet mogelijk.

Pagina
3 van 7

3. Afspraken, die op grond van andere wet- en regelgeving al vereist zijn, worden uitgesloten

Als derde criterium adviseren we dat zaken die al op basis van andere wet- en regelgeving verplicht zijn, niet kunnen worden opgevoerd als zorginhoudelijke afspraak die een collectiviteitskorting legitimeert. Dit betekent dat afspraken en maatregelen die een werkgever bijvoorbeeld op basis van Arbo-regels al verplicht is te maken, niet mee kunnen tellen als zorginhoudelijke afspraak voor een werkgeverscollectiviteit. Extra afspraken of uitbreiding van verplichte afspraken kunnen wel meetellen als zorginhoudelijke afspraak die een collectiviteitskorting legitimeert.

Juridisch kader voor collectiviteitsovereenkomsten

De bovengenoemde criteria dienen, als gezegd, om vast te stellen of zorginhoudelijke afspraken een korting voor collectief verzekerden rechtvaardigen en daarmee passend zijn. Daarbij merken we voor alle duidelijkheid op dat deze afspraken geen strijd mogen opleveren met geldende wet- en regelgeving. Wij wijzen ook op de onwenselijkheid van risicoselectie. Risicoselectie is het selecteren van verzekerden op basis van (gunstige) risico's. Bijvoorbeeld door een verzekering aan te bieden onder voorwaarden die vooral aantrekkelijk zijn voor een groep met specifieke (gunstige) kenmerken. Dit ondermijnt de solidariteit van het stelsel.

Daarnaast wijzen we op het volgende. De inhoud en de omvang van de zorg in de zorgverzekering staan vast. Dit betekent dat afspraken tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars die leiden tot een beperking of uitbreiding van de inhoud en omvang van de zorgverzekering (het *basispakket*) niet zijn toegestaan. De zorgverzekeraar kan zorginhoudelijke afspraken met collectiviteiten, binnen de kaders van wet- en regelgeving, wel betrekken bij de zorginkoop. Dit betekent dat bij het inkopen van zorg de zorgverzekeraar rekening kan houden met de (verwachte) populatie die zich via een collectiviteit verzekert op een bepaalde polis. Bijvoorbeeld, extra zorg inkopen die betrekking heeft op arbeidsgerelateerde problemen die te verwachten zijn bij een specifieke collectiviteit. Deze zorg is dan uiteraard toegankelijk voor alle verzekerden op een polis maar de specifieke besparing die voor deze doelgroep wordt gerealiseerd zou middels een korting aan de verzekerden van de collectiviteit gegeven kunnen worden.

Voor de zorg die niet in de zorgverzekering zit, kunnen aanvullende afspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraar en collectiviteit. De voordelen van de aanvullende afspraken kunnen in combinatie met de zorgverzekering aangeboden worden aan de aspirant-verzekerde. Deze aanvullende afspraken mogen ook eventueel in een aanvullende ziektekostenverzekering aangeboden worden.

Kenmerk
269660/399032

Pagina
4 van 7

Ten slotte moet worden opgemerkt dat bij het maken van zorginhoudelijke afspraken, de zorgverzekeraar gebonden kan zijn aan tarief- en prestatieregulering van de NZa. Dit geldt niet alleen voor zorg die onder de Zvw valt, maar ook voor overige zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Toezicht

De bovengenoemde criteria bevatten richtlijnen voor zorgverzekeraars, om te voorkomen dat de collectiviteitsovereenkomst in strijd komt met de risicosolidariteit. Gezien het karakter van de richtlijnen is het niet mogelijk om deze om te zetten in bindende regels. Dit zullen wij kort toelichten.

AMvB

Op dit moment zijn er in de Zvw geen criteria opgenomen waaraan zorginhoudelijke afspraken moeten voldoen om te zorgen dat een collectieve zorgverzekering in aanmerking komt voor korting. Er is dus ook geen wettelijke basis om toezicht te houden op de naleving van deze criteria. Om te kunnen komen tot formele handhaving moeten deze criteria worden vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB).

Vanuit een oogpunt van rechtszekerheid hoort een verzekeraar van te voren voldoende te kunnen inschatten of hij aan de criteria voor korting voldoet. Wanneer een zorgverzekeraar niet zou voldoen aan de eisen gesteld in een AMvB heeft dit verstrekkende consequenties. Dit zou betekenen dat de zorgverzekering die aangeboden is volgens de Zvw geen zorgverzekering is.

Open normen

De drie criteria betreffen open normen. Dit komt tegemoet aan het feit dat collectiviteiten sterk kunnen verschillen. Een al te gedetailleerde uitwerking zou daarom niet passend zijn. Vanuit het oogpunt van toezicht betekent dit dat een zorgverzekeraar zelf te voren niet altijd met voldoende zekerheid zal kunnen inschatten of hij - ook in de ogen van de toezichthouder - voldoet aan de normen. Voor de vraag of de zorgverzekeraar *aannemelijk* heeft kunnen maken dat de bedoelde afspraak leidt tot een verlichting van de schadelast voor de Zvw (criterium 1), is bijvoorbeeld een inschatting vereist waarbij de mening van de toezichthouder aanvankelijk kan verschillen van die van de zorgverzekeraar. Zeker in het begin, waarin nog de nodige ervaring met zo'n criterium moet worden opgedaan. Dit betekent dat de NZa ofwel vooraf zou moeten toetsen of collectiviteiten aan de criteria voldoen, ofwel dat de criteria verder moeten worden geconcretiseerd zodat zij dit zelf kunnen doen. Dit laatste achten wij op dit moment geen reële optie, omdat nadere invulling afhankelijk zal zijn van de wijze waarop de aanbieders vormgeven aan de afspraken en welke verzekerden daarop afkomen.

Het vooraf toetsen is bij met name de criteria een en twee bovendien niet mogelijk vanwege de aard van de criteria, zoals hiervoor reeds toegelicht.

Kenmerk
269660/399032

Advies

Pagina
5 van 7

Kortom, het opnemen van zorginhoudelijke criteria in een AMvB zou naar onze mening leiden tot regelgeving die lastig uitvoerbaar is, en leidt tot een grote mate van rechtsonzekerheid. Daarom raadt de NZa af de criteria op te nemen in een AMvB.

Indien u er vanuit beleidsmatig oogpunt voor kiest het experiment aan te gaan met het bieden van de mogelijkheid om korting te verstrekken wanneer voldaan wordt aan de drie genoemde criteria stellen wij voor bovengenoemde criteria te hanteren als niet formeel bindend richtsnoer. Er kan dan na een aantal jaar geëvalueerd worden en bekeken worden of de partijen hier op een goede manier invulling aan geven. Bovendien zullen dan meer concrete ervaringen zijn opgedaan met zorginhoudelijke afspraken in relatie tot een korting. Mocht na evaluatie geconstateerd worden dat het veld de criteria niet voldoende heeft opgepakt dan kunnen verdere maatregelen overwogen worden. Op basis van de opgedane ervaring kan dan ook worden bezien of en op welke wijze zorginhoudelijke criteria om een collectiviteitskorting te legitimeren voldoende concreet gemaakt kunnen worden om in een handhaafbare AMvB opgenomen te kunnen worden.

Zoals gezegd, dienen bovengenoemde criteria om te bepalen of zorginhoudelijke afspraken – en daarmee: collectiviteiten – een collectiviteitskorting rechtvaardigen. Een collectiviteit en zorgverzekeraar die niet aan deze criteria voldoen, roepen vragen op over het beginsel van risicosolidariteit dat aan de Zvw ten grondslag ligt.

De NZa kan de toepassing van de criteria, wanneer deze gehanteerd worden als een (niet formeel bindend) richtsnoer, monitoren en informeel handhaven, bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met de betreffende zorgverzekeraars. Dit zou een vergroting van de toezichtlast betekenen, voor zowel de NZa als voor zorgverzekeraars.

Tot slot

De NZa ziet beperkt ruimte voor zorginhoudelijke afspraken voor collectieve zorgverzekeringen, die in losse aanvullende afspraken vastgelegd worden of in aanvullende zorgverzekeringen. Hiertoe kunnen drie criteria gehanteerd worden, waarbij sprake is van open normen.

Eerder al stelde de NZa² dat zorgverzekeraars nu niet verplicht zijn om zorginhoudelijke afspraken met zorgaanbieders te maken om korting te kunnen geven op de collectieve zorgverzekeringen. De criteria die in deze brief gepresenteerd worden, lenen zich niet voor formalisering door middel van een AMvB vanwege de open normen die daarin gesteld worden. Als u beleidsmatig de wens heeft zorginhoud centraler te stellen bij collectieve zorgverzekeringen is ons advies deze criteria als niet formeel bindend richtsnoer te gebruiken om het veld te activeren.

² Brief van 9 februari 2017 met kenmerk 231412/321927.

Daarnaast zou, gelet op het signaal vanuit het veld dat het huidige maximale kortingspercentage van 10% erg hoog is om te rechtvaardigen op grond van besparingen, het maximale kortingspercentage nader bekeken kunnen worden.

Kenmerk
269660/399032

Pagina
6 van 7

Het is raadzaam na enkele jaren te evalueren hoe hier invulling aan gegeven is. Daarbij kan dan in algemene zin bekeken worden hoe het veld invulling geeft aan de criteria. Daarnaast kan in het bijzonder gekeken worden naar de wijze waarop de zorginhoudelijke afspraak in verhouding staat tot de hoogte van de korting.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

BijlageKenmerk
269660/399032*Voorbeeld afspraak die korting in potentie kan legitimeren*Pagina
7 van 7

Een zorgverzekeraar en dakdekkerscollectiviteit maken afspraken over een speciaal inloopspreekuur van een dermatoloog voor een huidcheck.

1. De zorginhoudelijke afspraak moet leiden tot een verlichting van de zorgkosten;

- Er kan worden aangetoond worden dat dit leidt tot vroegsignalering van verdachte plekken op de huid. Daarbij wordt aangetoond dat een vroege behandeling van deze plekken een gunstig effect heeft op de schadelast Zvw.

2. De zorginhoudelijke afspraak moet specifiek toegespitst zijn op de populatie van de collectiviteit;

- Dakdekkers lopen een verhoogd risico op huidkanker; deze afspraak is dus specifiek voor hen nuttig.

3. Afspraken, die op grond van andere wet- en regelgeving al vereist zijn, worden uitgesloten.

- Dit is een extra afspraak waar andere wet- en regelgeving niet al toe verplicht.

Deze afspraak voldoet aan alle criteria en legitimeert een korting op de zorgverzekering.

Voorbeeld afspraak die geen korting legitimeert

Een zorgverzekeraar en een collectiviteit maken een afspraak over het leveren van persoonlijke beschermingsmiddelen in de bouw.

1. De zorginhoudelijke afspraak moet leiden tot een verlichting van de zorgkosten;

- Er kan worden aangetoond dat de werknemers minder gebruik hoeven maken van geneeskundige zorg

2. De zorginhoudelijke afspraak moet specifiek toegespitst zijn op de populatie van de collectiviteit;

- De afspraak is bij uitstek van toepassing op de populatie; mensen werkzaam in de bouw zijn meer dan de gemiddelde populatie gebaat bij deze beschermingsmiddelen

3. Afspraken, die op grond van andere wet- en regelgeving al vereist zijn, worden uitgesloten.

- De afspraak behelst zaken die de werkgever op grond van wet- en regelgeving wegens arbeidsomstandigheden al verplicht is (het beschikbaar maken van persoonlijke beschermingsmiddelen)

Het staat werkgevers vrij hun verplichtingen volgens de Arbeidsomstandighedenwet in te richten in samenwerking met een verzekeraar. Echter, deze afspraak legitimeert vanwege de al bestaande verplichting volgens de Arbeidsomstandighedenwet van de werkgever geen korting op de zorgverzekering voor leden van de collectiviteit.