

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1356

Vragen van het lid **Ellemeet** (GroenLinks) aan de Minister voor Medische Zorg over het bericht «Medewerker Shell krijgt meer korting op zorgverzekering dan thuiszorgmedewerker» (ingezonden 15 december 2020).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 18 januari 2021). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020–2021, nr. 1227.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Medewerker Shell krijgt meer korting op zorgverzekering dan thuiszorgmedewerker» van Kassa?¹

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met dit bericht.

Vraag 2, 3, 4 en 7

Is er in de aanvullende verzekering mogelijk ook sprake van kruissubsidiëring, waardoor de thuiszorgmedewerker mogelijk financieel bijdraagt aan de ziektekosten van de medewerker van Shell? Zo nee, hoe wordt het verschil in korting dan verklaard?

Welke garanties heeft u dat er geen sprake is van kruissubsidiëring in de aanvullende verzekering?

Deelt u de mening dat kruissubsidiëring ook in de aanvullende verzekering onwenselijk is? Zo nee, waarom niet?

Bent u bereid om de collectiviteitskorting ook in de aanvullende verzekering af te schaffen, omdat dit niet alleen eerlijker is, maar ook bijdraagt aan een overzichtelijker polislandschap? Zo nee, waarom gelden deze argumenten dan wel voor de basispolis, maar niet voor de aanvullende verzekering?

Antwoord 2, 3, 4 en 7

We hebben in Nederland een uitgebreid en solidair basispakket. Dat vind ik van groot belang. Ook de toegankelijkheid van aanvullende zorg neem ik serieus. Tegelijkertijd is aanvullende zorg met een reden niet in het pakket opgenomen: voor deze voorzieningen is bepaald dat deze voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf komen. Ook zijn de juridische sturingsmogelijkheden op de aanvullende zorgverzekeringen beperkt, omdat

¹ Kassa, 12 december 2020, «Medewerker Shell krijgt meer korting op zorgverzekering dan thuiszorgmedewerker» (<https://www.bnnvara.nl/kassa/videos/557188>)

het gaat om particuliere verzekeringen zonder grondslag in de Zorgverzekeringswet. Premiestelling, maar bijvoorbeeld ook pakketsamenstelling en het acceptatiebeleid, behoren tot de eigen bevoegdheden van de verzekeraar. Het staat zorgverzekeraars dus vrij om premiedifferentiatie (bijvoorbeeld via differentiatie in een verstrekte collectiviteitskorting) toe te passen. Verzekerden blijken in toenemende mate kritisch te zijn op het aanvullende verzekeringsproduct dat ze kiezen, waarbij de vraag of het product aansluit bij het verwachte zorggebruik meer leidend wordt. Het karakter van de aanvullende verzekering verandert steeds meer in een abonnement in plaats van een verzekering voor onvoorziene uitgaven. Hierdoor komt het verzekeringsprincipe van de aanvullende verzekering onder druk te staan. Zorgverzekeraars dienen oog te hebben voor de toekomstbestendigheid van de aanvullende verzekering en dit kunnen zij onder andere doen door premiedifferentiatie toe te passen.

Vraag 5 en 6

Deelt u de mening dat het onrechtvaardig is als medewerkers in de zorg meer zorgkosten hebben voor dezelfde zorg, dan medewerkers in het bedrijfsleven? Zo nee, wat rechtvaardigt dan deze extra kosten voor zorgmedewerkers? Kunt u een overzicht geven van de gemiddelde collectiviteitskorting die verzekeraars geven aan zorgmedewerkers en aan medewerkers in het bedrijfsleven? Zo nee, bent u bereid dit in kaart te brengen?

Antwoord 5 en 6

De mogelijkheid tot het bieden van een collectiviteitskorting voor de basisverzekering 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. Onderzoek van Equalis uit 2020 (zie Kamerstuk 29 689, nummer 1069) laat zien dat voor slechts 18 procent van de collectiviteiten van de grote zorgverzekeraars aannemelijk gemaakt kan worden dat de collectieve afspraken resulteren in een besparing voor de basisverzekering. Dit betekent dat bij een zeer groot deel van de collectiviteiten de collectiviteitskorting niet gelegiti-meerd wordt door (zorg)inhoudelijke afspraken en dat hier dus sprake is van kruissubsidiëring. Kruissubsidiëring vind ik zeer ongewenst. De collectiviteitskorting wordt niet gefinancierd op basis van een besparing op de zorguitgaven, maar via een opslag die de verzekeraar op de premie vraagt. De premie wordt eerst verhoogd om deze verhoging vervolgens aan sommigen terug te geven alsof het een korting is. Concreet betekent dit individueel verzekerden en verzekerden met een relatief lage collectiviteitskorting meebetalen aan de hoge collectiviteitskortingen. Ik heb geen inzicht in de gemiddelde collectiviteitskorting die zorgmedewerkers versus medewerkers uit het bedrijfsleven ontvangen. Het Equalis-onderzoek laat echter wel zien dat de gemiddelde collectiviteitskorting voor werkgeverscollectiviteiten met 4,1 procent fors hoger ligt dan de gemiddelde collectiviteitskorting voor bijvoorbeeld verzekerden die verzekerd zijn via een patiëntencollectiviteit (2,1 procent) of een gemeentepolis (2,8 procent). Concreet betekent dit dat patiënten en sociale minima meebetalen aan de hoge collectiviteitskortingen voor werknemers. Dit is zeker niet de bedoeling. Daarom heb ik besloten het wetstraject in gang te zetten om de collectiviteitskorting voor de basisverzekering af te schaffen.

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Ploumen (PvdA), ingezonden 15 december 2020 (vraagnummer 2020Z24999).