

**Invloed van verzekerden
op het functioneren
van zorgverzekeraars**

werkdokument

**Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Juni 2003**

Inhoudsopgave:

Voorwoord		3
Hoofdstuk 1	Invloed van verzekerden	4
Paragraaf 1.1.	Aanleiding	4
Paragraaf 1.2.	Probleemstelling	5
Paragraaf 1.3.	Doelstelling	6
Paragraaf 1.4.	Werkwijze	6
Hoofdstuk 2	Oplossingsrichtingen	6
Paragraaf 2.1	Medezeggenschap	6
Paragraaf 2.1.1.	Zetel in de Raad van Toezicht of Raad van Commissarissen	7
Paragraaf 2.1.2.	Verbeteren positie van leden/adviesraden	8
Paragraaf 2.1.3	Implementatie medezeggenschap	9
Paragraaf 2.2.	Marktinvoer	9
Paragraaf 2.2.1.	Informatie en transparantie zorgverzekeraars	10
Paragraaf 2.2.2.	Versterken onderhandelings- en inkoopmacht	12
Paragraaf 2.2.3.	Implementatie marktinvoer	13
Tot slot		14
 Bijlagen:		
Bijlage 1	Overzicht literatuur	15
Bijlage 2	Overzicht geïnterviewden	16

Inleiding:

In het project Invloed van verzekerden op het functioneren van zorgverzekeraars is onderzoek gedaan naar de wijze waarop de patiënten/consumentenorganisaties hun invloed op zorgverzekeraars kunnen versterken.

In deze rapportage worden de uitkomsten samengevat en voorgelegd aan het bestuur van de NPCF.

Het bestuur kan de geconstateerde kansen en bedreigingen betrekken in haar plannen voor belangenbehartiging in de komende jaren. In deze jaren zullen zich veranderingen voltrekken in het stelsel van structuur en financiering van de gezondheidszorg. Daarbij wordt een belangrijke plaats ingeruimd voor de "regierol" van de zorgverzekeraars. Voor de NPCF en haar achterban vormt dit een belangrijk onderdeel, om een standpunt en actieplan bij op te stellen.

Met dit project hebben wij een bijdrage willen leveren aan deze beleidsontwikkeling door het opstellen van een concreet overzicht van mogelijkheden en belemmeringen ten aanzien van invloed van verzekerden op het functioneren van zorgverzekeraars. Het is geen sluitend advies over de te volgen route, maar het biedt inzicht in de verschillende wegen die open liggen.

Dit project is gerealiseerd door een financiële bijdrage van het Fonds PGO. Wij zijn het Fonds PGO zeer erkentelijk hiervoor; mede hierdoor is het voor de patiënten/consumentenorganisaties mogelijk om tot bewuste en overwogen keuzes te komen in hun weg door het veranderend stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg

Deze rapportage is het eindproduct van dit project en een van de beginpunten in de discussie over het zorgstelsel. Wij rekenen erop dat dit met de brede achterban van de NPCF tot goede resultaten zal leiden.

Hierbij wil ik iedereen bedanken die aan dit project heeft meegewerkt in het bijzonder de geïnterviewden en de leden van de klankbordgroep.

Projectteam Invloed van Verzekerden.
Dirk Verstegen
Ele Visser
Jan Erik de Wildt

Hoofdstuk 1 Invloed van Verzekerden

1.1 Aanleiding

De invloed van de verzekerden op hun Ziekenfondsen is al vanaf hun oprichting een issue¹. Kernbegrippen zijn de hoogte van de premie, de samenstelling van het pakket, de hoogte van de loongrens en de bestuurssamenstelling.

Ziekenfondswet

Met de invoering van het Ziekenfondsbesluit in 1941 is een belangrijke rol weggelegd voor de landelijke overheid. De minister stelt het verzekerd pakket en (het inkomensafhankelijk deel van de) premie vast. Tevens werd het Ziekenfonds van een vrijwillige verzekering een verplichte verzekering voor werknemers met een inkomen beneden de loongrens.

Bij de Ziekenfondsen worden vervolgens besluiten genomen over de invulling van het verzekerd pakket door het bepalen van de verstrekkingen en het vaststellen van het nominale deel van de premie. De overheid vond het van belang dat daarbij de invloed van verzekerden gegarandeerd was.

Bij de Ziekenfondsen regelt artikel 34 van de Ziekenfondswet de invloed van verzekerden². In dit artikel staat dat verzekerden een redelijke mate van invloed moeten hebben op het bestuur van het Ziekenfonds. Tot begin jaren 90 waren de verzekerden in ruime mate opgenomen in de besturen. Door het feit dat de Ziekenfondsen onder staatssecretaris Simons landelijk konden gaan werken hebben de meeste Ziekenfondsen zich aaneengesloten bij grote financiële concerns en is het klassieke bestuur vervangen door het systeem van Raden van Bestuur en Raden van Toezicht. De verzekerden zijn daarmee grotendeels verdwenen uit de besturen van de Ziekenfondsen.

In de huidige praktijk wordt de invloed uitgeoefend in de vorm van een leden/adviesraad. In 2000 heeft het NIVEL een onderzoek uitgevoerd naar de invloed van verzekerden³. NIVEL concludeert: *Formeel is de invloed van verzekerden goed geregeld. In de praktijk kan er nog wel een en ander verbeterd worden op het gebied van representativiteit en professionaliteit van de ledenraad*⁴.

De Ziekenfondsen zijn in de loop der jaren meer en meer onderdeel geworden van grotere, particuliere zorgverzekeraars; de zogenaamde kleine convergentie. Daarnaast is de grote convergentie ontstaan. Dit is een holding met een mix van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke ondernemingen als Ziekenfonds, Zorgkantoor, levensverzekeringen, ARBO diensten, banken, etc. De zorgverzekeringen zijn in dat geval slechts een onderdeel van de holding.

Daarbij is geen sprake van gereguleerde vormen van invloed van het verzekerden. Het zijn immers veelal private ondernemingen in handen van aandeelhouders en onder toezicht van een Raad van Commissarissen.

Dit betekent dat invloed van verzekerden zich beperkt heeft tot het bedrijfsonderdeel Ziekenfonds dat verantwoordelijk is voor uitvoering van de Ziekenfondswet. De particuliere zorgverzekeringen vallen buiten dit gezichtsveld.

AWBZ

Invloed van verzekerden is tevens aan de orde bij de uitvoering van de AWBZ door de Zorgkantoren. In de AWBZ is de invloed van veldpartijen, waaronder de verzekerden geregeld via de Raad van Advies. Elk Zorgkantoor beschikt verplicht over een Raad van Advies. Het Zorgkantoor dient over belangrijke beleidszaken te overleggen met de Raad van Advies, maar het heeft ook de vrijheid om adviezen naast zich neer te leggen.

¹ In het belang van de verzekerde; geschiedenis van de Ziekenfondsraad 1997

² De Ziekenfondswet "vereist een redelijke mate van invloed van verzekerden op het bestuur"

³ De invloed van verzekerden op het bestuur van Ziekenfondsen NIVEL juli 2000

⁴ De ledenraad is een verplicht orgaan voor Ziekenfondsen en bestaat uit individuele verzekerden van het betreffende Ziekenfonds

Tijdens de visitatie van de zorgkantoren⁵ in 2001 is vastgesteld dat de Raden van Advies zeer divers functioneren. Opmerkingen uit deze visitatie; het basisreglement⁶ wordt niet volledig gevolgd, zorgvragers wensen een sterkere positie en de informatieverstrekking naar de Raad van Advies verloopt niet goed. Ook is vastgesteld dat de zorgkantoren het structureel inzicht in zorgvraag en aanbod moeten verbeteren en prestaties en doelstellingen meer moeten kwantificeren.

We hebben hiermee vastgesteld dat invloed van verzekerden op het functioneren van zorgverzekeraars zich in de huidige situatie beperkt tot Ledenraden bij Ziekenfondsen en deelname in de Raad van Advies van Zorgkantoren.

Nieuwe basisverzekering

Het Kabinet Balkenende II heeft in haar Hoofdlijnenakkoord opgenomen dat in 2006 een nieuwe standaardverzekering wordt ingevoerd waarin de bestaande Ziekenfondswet en de particuliere zorgverzekeringen worden samengevoegd.

Deze basisverzekering zal alle Nederlanders verzekeren voor de kosten van curatieve zorg. Vooralsnog blijft de AWBZ gehandhaafd voor de verzekering van de care (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, GGZ)

De invoering van een nieuwe basisverzekering biedt in onze ogen een unieke gelegenheid om de invloed van de verzekerden te waarborgen door enerzijds een wettelijke verankering van medezeggenschap zoals in artikel 34 ZFW en anderzijds door het versterken van de consumentenpositie van de verzekerden ten opzichte van de zorgverzekeraars.

In deze rapportage zullen wij nader ingaan op de mogelijkheden om zowel langs de interne weg van medezeggenschap alsook door externe vormen van marktinvloed en consumentenkeuzes het functioneren van zorgverzekeraars te beïnvloeden.

De interne en externe beïnvloeding zijn in onze ogen complementair.

Het overheidsbeleid is er in sterke mate op gericht om "de markt zijn werk te laten doen"; concurrerende zorgaanbieders en -verzekeraars werken volgens die visie toe naar een kwantitatieve en kwalitatieve verbetering van de zorg.

Maar de zorgmarkt bevat tal van imperfecties waardoor vrije marktwerking niet functioneert. Dat vraagt om regulering van marktwerking om de beoogde vraagsturing tot zijn recht te laten komen. Dit betekent een toezichhoudende rol van de overheid en het vastleggen van rechten van verzekerden. De zorgverzekeraar functioneert volgens de beleidsplannen namens haar verzekerden en deze woorden moeten door daden ingevuld worden.

De overheid is verantwoordelijk voor het democratisch functioneren van uit collectieve middelen bekostigde instellingen als Ziekenfondsen en Zorgkantoren.⁷ Vanuit dat perspectief is het vergroten en waarborgen van invloed noodzakelijk.

1.2 Probleemstelling

Verzekerden in het kader van de AWBZ, Ziekenfondswet of particuliere zorgverzekeringen hebben onvoldoende mogelijkheden en instrumenten om daadwerkelijk invloed uit te oefenen op het beleid van de zorgverzekeraars en de kwaliteit van de gecontracteerde zorg.

⁵ Samenvattend Rapport over de eerste ronde Visitatie bij Zorgkantoren in 2001 Zeist 2002

⁶ Basisreglement Raad van Advies van het Zorgkantoor ZN mei 1998

⁷ Memorie van Toelichting wetsvoorstel WMCZ 1992 - 1993

1.3 Doelstelling

Verzekerden hebben adequate mogelijkheden en wettelijk verankerde bevoegdheden om werkelijke invloed te hebben op het beleid van zorgverzekeraars en als volwaardige partij te kunnen functioneren in een op gereguleerde marktwerking gebaseerd zorgsysteem.

1.4. Werkwijze

De NPCF heeft een projectplan opgesteld en ingediend bij het Fonds PGO. Het Fonds PGO heeft besloten om dit project te subsidiëren. Vervolgens is er een projectteam opgesteld. Het projectteam heeft een werkplan opgesteld dat er toe moest leiden dat eind juni 2003 dit rapport kan worden aangeboden aan het bestuur van de NPCF. Er zijn interviews gehouden met externe deskundigen.

Ter ondersteuning en vergroting van het draagvlak is een klankbordgroep van lidorganisaties van de NPCF ingesteld. Een aantal lidorganisaties heeft deelgenomen in de klankbordgroep, anderen hebben digitaal een bijdrage geleverd op het rapport en tot slot zijn bij enkele interne deskundigen een interview afgenomen. Een overzicht van de geïnterviewden treft u aan in bijlage 2.

De werkwijze heeft geleid tot dit rapport, waarin mogelijke hoofdlijnen voor een toekomstbestendige invloed van verzekerden op de zorgverzekeraars staan beschreven. Dit rapport kan daarmee als eerste stap dienen om het standpunt van de NPCF en haar achterban te vormen.

Hoofdstuk 2 Oplossingsrichtingen

Er zijn twee hoofdlijnen om de invloed van verzekerden op zorgverzekeraars te realiseren; door medezeggenschap en door marktinvoed.

Deze hoofdlijnen zijn complementair. Alleen medezeggenschap is niet voldoende, omdat democratisering van de zorgverzekeraars onvoldoende garantie biedt voor werkelijke invloed van verzekerden. Alleen marktinvoed is ook niet voldoende, omdat in de gezondheidszorg de marktwerking veel complexer is door het ontbreken van een directe relatie tussen kwaliteit en prijs en tussen afnemer en betaler. Aan het concept van marktwerking kleven nog vele onduidelijkheden die nadelig kunnen zijn voor de invloed van de verzekerden. Ook gedwongen winkelnering (in geval van Zorgkantoor of collectieve werkgeverscontracten) belemmeren marktwerking i.c. keuzevrijheid. Om de invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar te verbeteren zijn daarom beide richtingen van belang.

In dit hoofdstuk zullen beide oplossingsrichtingen verder worden uitgewerkt. Daarnaast wordt in een aparte paragraaf aandacht besteedt aan de voorwaarden voor implementatie.

2.1. Medezeggenschap

Het uitoefenen van medezeggenschap van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars is mogelijk door het claimen van een formele positie in de beleidsstructuur van de zorgverzekeraar. Het gaat bij medezeggenschap altijd om collectieve invloed en participatie in de organisatie van de zorgverzekeraar; invloed van binnenuit.

Het staat in principe voor alle verzekerden open om in deze vorm van invloed te oefenen participeren.

Er zijn twee mogelijkheden. Een zetel in de Raad van Toezicht of Raad van Commissarissen en het versterken van de positie van de adviesraad.

2.1.1. Zetel in Raad van Toezicht of Raad van Commissarissen

Door een zetel in de Raad van Toezicht (RvT) of de Raad van Commissarissen (RvC) kan rechtstreeks invloed worden uitgeoefend op het beleid van de zorgverzekeraar. Er bestaan echter wel enkele knelpunten bij deze vorm van beïnvloeding.

Op de eerste plaats is er sprake van een frictie met betrekking tot de zogeheten Structuurregeling. De Structuurregeling verplicht grote ondernemingen (meer dan 13 miljoen euro eigen vermogen en meer dan 100 werknemers) tot het hebben van een ondernemingsraad en het instellen van een raad van commissarissen. De RvC benoemt zichzelf door middel van coöptatie.

Ten aanzien van de zorgverzekeraars zit er een discrepantie tussen de Structuurregeling en de verplichting tot het verlenen van substantiële invloed van verzekerden zoals dat in de Ziekenfondswet is vastgelegd. Door het systeem van coöptatie hebben verzekerden helemaal geen invloed op de samenstelling van de RvC.

In 1995 constateerde de minister van VWS reeds dat voor de grote onderlinge waarborgmaatschappijen de algemeen dwingendrechtelijke structuurregels van het BW, niet toereikend worden geacht waar het gaat om de invloed van verzekerden⁸. Op basis van deze constatering zou de structuurregeling aangepast moeten worden met nadere regels voor invloed van verzekerden bij ondernemingen die publiekrechtelijke taken zoals zorgverzekeringen uitvoeren.

De structuurregeling staat weliswaar ter discussie, maar onduidelijk is of en op welke termijn er aanpassingen volgen. In 2001 heeft de SER een advies⁹ uitgebracht tot aanpassing en is er een wetsvoorstel opgesteld, maar de reikwijdte van de structuurregeling is groter dan alleen de zorgverzekeraars (in concernverband) De NPCF pleit al veel langer voor een zelfstandige positie van de zorgverzekeraars als uitvoerder van een publiekrechtelijk belang. Juist vanwege de (toekomstige) grotere vrijheden voor de zorgverzekeraars is dit extra van belang. Door navolging van dit pleidooi is het probleem van de structuurregeling meteen opgelost. Een andere mogelijkheid is dat in de toelatingseisen van de zorgverzekeraars in het kader van de basisverzekering resultaten kunnen worden bereikt. Dan moet dat wel in betreffende wetgeving worden verankerd.

Een tweede knelpunt wordt gevormd door de hoge eisen aan kennis en deskundigheid die van toezichthouders en commissarissen verwacht wordt.

Recente ervaringen met malversaties en wanbeleid in ondernemingen en instellingen hebben de druk op toezichthouders vergroot om "goed op de winkel te passen". Voor te dragen kandidaten voor deze positie dienen zichzelf rekenschap te geven van deze grote verantwoordelijkheid.

Het wordt nog complexer in de positie van de RvC en RvT als de zorgverzekeraar deel uitmaakt van een groot concern of conglomeraat van private en publieke ondernemingen. Een dergelijke holding stelt zo mogelijk nog meer en hogere eisen aan het profiel van de commissarissen.

Het claimen van een zetel in de RvC of RvT is een actuele optie. Het kabinet heeft in februari 2003 de commissie Tabaksblat geïnstalleerd die aanbevelingen zal opstellen om het toezicht bij ondernemingen die onder het structuurregime ressorteren aan te scherpen. Op basis van het onlangs uitgebrachte advies valt nog moeilijk op te maken wat dit zou kunnen betekenen voor de positie van verzekerden bij zorgverzekeraars. Het advies richt zich met name op versterking van de positie van commissarissen en aandeelhouders.

Ook de medezeggenschap van gepensioneerden in pensioenfondsen is een actuele kwestie.

⁸ Beleidsbrief patiëntenconsumentenbeleid Ministerie van VWS 1995

⁹ Ontwerpadvis SER over structuurregeling 4 januari 2001

Er is weliswaar het verschil dat gepensioneerden verplicht aangesloten zijn bij een onderneming- of bedrijfstakpensioenfonds en er dus geen disciplinerende werking van de markt mogelijk is, maar ook daar speelt de kwestie van de invloed van deelnemers.

2.1.2. Verbeteren van de positie van de leden/adviesraden

Een andere mogelijkheid van directe invloed is het verbeteren of herstructureren van de ledenraad of adviesraad.

Ziekenfondsen hebben meestal de juridische status van een onderlinge waarborg maatschappij (OWM), enkele zijn een stichting. In een OWM hebben de leden concrete statutaire bevoegdheden. Alle Ziekenfondsen en Zorgkantoren hebben een leden/adviesraad. Dit geldt niet voor de particuliere zorgverzekeraars. De leden/adviesraden functioneren over het algemeen matig (NIVEL 2001) Dit heeft met name te maken met dat de kennis en deskundigheid van het functioneren van het Ziekenfonds/Zorgkantoor en haar context te gering is. In het overleg tussen de Raad van Bestuur en de leden/adviesraad komen hierdoor de echte belangrijke zaken onvoldoende uit de verf. Het grootste deel van de verzekerden is ook niet op de hoogte van het bestaan van een leden/adviesraad. Ook de positie van de ledenadviesraad binnen de grote convergentie is een probleem. Daar is de afstand tot de RvT of RvC te groot en is de mogelijkheid tot beïnvloeding te klein. De status van de leden/adviesraden is gering, zo hebben zij een beperkte vacatievergoeding van maximaal enkele honderden Euro's per jaar.

Er zijn mogelijkheden om de positie van de leden/adviesraad te verstevigen. Ten eerste door de (bij)scholing van de leden/adviesraden, zoals hiervoor beschreven. Maar dan met als doelstelling om vanuit de leden/adviesraad een belangrijkere sparringpartner te zijn.

Als dat gecombineerd wordt met uitgebreidere wettelijke bevoegdheden, zoals het vaststellen van de begroting, de nominale premie, de jaarrekening en het zorginkoopbeleid, dan neemt de invloed toe.

Een variant om de positie van de leden/adviesraad te versterken is het geven van advies/instemmingsrecht en beroepsmogelijkheden bij de ondernemingskamer; analoog aan de bevoegdheden van de ondernemingsraad, zoals vastgelegd in de WOR. In 1997 hebben de staatssecretaris en de Tweede Kamer ten aanzien van de pensioenfondsen geconcludeerd: *"het fonds en het vermogen is er ten behoeve van de verzekerden. Het afleggen van verantwoording dient daarom tegenover deze verzekerden te geschieden. Het afleggen van verantwoording achteraf, echter, is weinig zinvol. Als een jaar nadat het bestuur een besluit heeft genomen ter gelegenheid van het jaarverslag blijkt dat de deelnemersraad zich niet in het gevoerde beleid kan vinden, zijn besluiten reeds genomen en uitgevoerd. Het ongedaan maken hiervan is veelal niet mogelijk. Ook het stellen van sancties op onjuist beleid is nauwelijks uitvoerbaar. Indien men van mening is dat verantwoording dient te worden afgelegd, kan dit feitelijk alleen vooraf geschieden door middel van instemmingsrecht".*

Een pensioenfonds is er voor de verzekerden van dat fonds. Omdat die verzekerden directe belanghebbenden zijn, dienen zij op belangrijke punten het laatste woord te hebben, vandaar het instemmingsrecht op hoofdlijnen¹⁰.

Door de woorden fonds te veranderen in Ziekenfonds en deelnemersraad in leden/adviesraad is de vergelijking snel gemaakt.

Maar ook een publiekscampagne om de mogelijkheden van de leden/adviesraden onder de aandacht te brengen is noodzakelijk. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten. Enerzijds zijn meer verzekerden op de hoogte van de positie van de leden/adviesraden en anderzijds wordt het potentieel waaruit geworven kan worden groter. Een passende vacatievergoeding zal de deelname aan een leden/adviesraad verder versterken.

¹⁰ brief staatssecretaris de Grave 13 februari 1997

Tot slot zal de positie in de structuur van dien aard moeten zijn dat er daadwerkelijk invloed kan worden uitgeoefend. Dit houdt in dat er een directe lijn bestaat naar de Raad van Bestuur. In de al eerder bepleitte ontvlechting van de holdingconcerns is dit gemakkelijker te realiseren.

2.1.3. Implementatie medezeggenschap

Op basis van het voorgaande kan worden gepleit voor wettelijke verankering van medezeggenschap. Deze mening wordt gedeeld door deskundigen: "goed ondernemingsbestuur komt niet tot stand door zelfregulering alleen"¹¹.

Vrijblijvende regelingen en vertrouwen op het goed gedrag van marktpartijen zijn geen goede methode gebleken bij het waarborgen van de democratiseringsprocessen en de overheid heeft hier een actieve verantwoordelijkheid in. Alleen af te dwingen invloed werkt. Er is immers sprake van een publiek belang¹².

Maar het wettelijk gedetailleerd "dichtregelen" houdt het risico van bureaucratisering in en kan leiden tot problemen bij naleving en starre processen bij mogelijke wijzigingen. Daarom zou moeten worden aangedrongen op kaderwetgeving en verdere uitwerking in de vorm van een Algemene Maatregel Van Bestuur, richtlijnen en gedragsregels. De controle op naleving dient onder te worden gebracht bij bestaande zelfstandige bestuursorganen (College voor Zorgverzekeringen, CVZ en College Toezicht Zorgverzekeringen CTZ) Naarmate de naleving van de intentie van de kaderwetgeving in gevaar komt, zullen partijen worden geconfronteerd met meer gedetailleerde, gecontroleerde en tijdrovende vormen van toezicht.

Een goede vertegenwoordiging is van belang om de minderheidsbelangen van de chronische zorggebruikers (20 % van de verzekerden populatie) te waarborgen tegenover de meerderheidsbelangen van de gezonde verzekerden (80 % van de verzekerde populatie) Bij het opstellen van wet/regelgeving kan het systeem van kwaliteitszetels als positieve discriminatie worden gebruikt om de positie van de zorggebruikers te borgen. Om de medezeggenschapsfunctie goed uit te kunnen oefenen is het van groot belang dat de bestuurders c.q. vertegenwoordigers goed contact onderhouden met hun achterban.

2.2. Marktinvoed

Een andere weg waarlangs invloed van verzekerden tot stand kan komen is door middel van marktinvoed.

Door marktinvoed wordt van buitenaf invloed uitgeoefend op de zorgverzekeraars. Het gaat bij marktinvoed om het versterken van de positie van verzekerden c.q. zorggebruikers ten opzichte van de zorgverzekeraar.

Vraagsturing is een belangrijke voorwaarde voor marktwerking. In de meest optimale situatie zal de zorggebruiker zelf bepalen welke zorg voor welke prijs nodig is en wordt ingekocht. Dit is het tegendeel van rigide aanbodsturing waarin de klant alleen krijgt wat het aanbod levert en de klant geen keuzevrijheid heeft. Door uit te gaan van de vraag krijgen chronisch zieken, ouderen en gehandicapten meer grip op hun eigen leven, autonomie en onafhankelijkheid. Dit is een belangrijke kwalitatieve verbetering van het dagelijks bestaan.

¹¹ Prof. Dr. Jan van der Poel hoogleraar en oud CFO van ABP pensioensfonds NRC 2003

¹² Van een publiek belang is sprake wanneer de overheid zich de behartiging van een maatschappelijk belang aantrekt op grond van de overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt (WRR 2001).

De marktinvoled speelt zich af op twee met elkaar verbonden domeinen; de zorgmarkt en de verzekeringsmarkt.

Gezonde verzekerden opereren primair op de verzekeringsmarkt en zijn vaak meer gericht op de premie en minder op de zorg. Zorggebruikers zijn meer gericht op de zorgmarkt en willen zowel invloed op de hoogte van de premie en bijkomende kosten, maar ook op de beschikbaarheid en kwaliteit van gecontracteerde zorg.

Een individuele verzekerde komt voor het eigen belang op door kritisch stil te staan bij de geleverde prestaties en zo nodig van zorgverzekeraar te veranderen; stemmen met de voeten. Dat is het principe van de vrije consument op de markt van zorg en verzekering.

Daarnaast kunnen verzekerden en zorggebruikers hun krachten bundelen en zich inzetten op collectieve invloed op de markt.

Hierbij loopt men aan tegen een aantal imperfecties op de markt van zorg en verzekering.

Vanuit bedrijfsmatige overwegingen zal de zorgverzekeraar zorgvragers werven en gezonde verzekerden werven. Daarnaast zal de zorgverzekeraar tegen zo laag mogelijke kosten zoveel mogelijk zorg willen inkopen bij de zorgaanbieders. Door het ontbreken van directe relaties en complexe ondoorzichtige processen is de zorgmarkt voor zorgvragers en in mindere mate voor verzekerden moeilijk te doorgronden.

De positie van de consument op de zorgmarkt wordt verzwakt door het gebrek aan informatie en transparantie, zowel ten aanzien van het zorgaanbod als in het functioneren van de zorgverzekeraars. Door deze informatiekloof is er geen sprake van normale onderhandelingen over prijs en kwaliteit. Dit wordt nog eens versterkt door het ontbreken van een directe onderhandelingsrelatie tussen aanbieder en klant. De zorgverzekeraars worden daar tussen gezet als zorginkoper namens hun verzekerden en zij bepalen daarmee in feite de koopkracht van de zorgconsument. De verzekeraar opereert daarbij nog in hoofdzaak op basis van het historisch gegroeid zorgaanbod. En de marktwerking wordt in belangrijke mate afgeremd door de schaarste in het aanbod. Er gaapt een grote zorgkloof tussen de vraag en behoefte aan zorg en het feitelijk beschikbare aanbod.

Dit betekent dat de marktinvoled zich zal moeten richten op de volgende mogelijkheden:

- informatie en transparantie;
- onderhandelings- en inkoopmacht.

Deze mogelijkheden worden nader uitgewerkt.

2.2.1. Informatie en transparantie in prestaties van zorgverzekeraars

Een effectieve aanpak om marktwerking te versterken is het vergroten van de transparantie door meer informatie over de prestaties van de zorgverzekeraars. Hierdoor kunnen individuele verzekerden en zorggebruikers beter een keuze maken voor een bepaalde zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal door marktgedrag van de verzekerden en zorggebruikers rekening gaan houden met de invloed van hun (potentiële) klanten. Er zijn echter een tweetal aspecten die de consumentpositie verzwakken:

Ten eerste zijn er 5 grote zorgverzekeraars/concerns¹³ die 80 % van de verzekerdenmarkt bestrijken en in hoge mate de markt onderling verdeeld hebben. Een tweede reden waarom het moeilijk is om van zorgverzekeraar te wisselen is de informatielacune. De onderlinge vergelijking van zorgverzekeraars is momenteel nagenoeg een onmogelijke opgave. Er is sprake van veel technische en juridische terminologie en onvergelykbare grootheden.

¹³ CZ, VGZ, Agis, Menzis, Achmea

Daarnaast speelt het feit dat men niet altijd geaccepteerd wordt voor de Aanvullende Verzekering. Naarmate het aanvullende pakket uitgebreider wordt bestaat de kans dat de risicoselectie verder toeneemt.

In deze situatie kunnen wij echter een aantal kansen en mogelijkheden op een rij zetten om de invloed van de verzekerden op de zorgverzekeraars te vergroten.

1. Balanced Score Card, ministerie van VWS.
2. Company Report Card, Consumentenbond.
3. Zorginkoopmonitor, NPCF, LOREP en patiëntenorganisaties.
4. Klachtopvang en consumenteninformatie door patiënten/consumentorganisaties.

Ad 1. Balanced score card

Met het oog op de gewenste marktwerking en de regierol van de zorgverzekeraars heeft het ministerie van VWS initiatief genomen tot het realiseren van een zogeheten Balanced Score Card (BSC) voor zorgverzekeraars.

De BSC is een instrument waarmee op basis van een aantal gegevenssets een gewogen, algemene beoordeling van zorgverzekeraars opgesteld kan worden. De scores zijn onderling vergelijkbaar en kunnen dienen als keuzeondersteunende informatie voor de verzekerden.

Het ministerie voornemens om bij de invoering van de basisverzekering in 2006 dit beoordelingssysteem operationeel te hebben. Het systeem wordt gebaseerd op 4 onderdelen:

- financiële verantwoording; te leveren door het College Toezicht Zorgverzekeraars (CTZ);
- maatschappelijke verantwoording; te leveren door het College voor zorgverzekeringen (CVZ);
- de dienstverlening van de zorgverzekeraars, hiervoor ontwikkelt de Consumentenbond een Company Report Card (CRC); zie Ad 2.
- het zorginkoopbeleid vanuit patiëntenperspectief, hiervoor wordt door de NPCF i.s.m. LOREP en patiëntenorganisaties het projectplan Zorginkoopmonitor opgesteld, zie ad 3.

Ad 2 Company Report Card

Zoals hierboven aangegeven wordt door de Consumentenbond i.s.m. de Erasmusuniversiteit gewerkt aan een Company Report Card. De CRC is een onderzoeks- en rapportagesysteem waarbij vergelijkende informatie ontstaat over o.a. polisvoorwaarden, premies, zorgbemiddeling, klantvriendelijkheid en administratieve functies zoals declaratieverwerking.

Het plan is dat de CRC jaarlijks uitgevoerd wordt en dat daarmee de verzekerden hun keuze bepalen voor hun zorgverzekeraar. Als gevolg daarvan zouden verzekerden sneller van verzekeraar veranderen en daarmee de onderlinge concurrentie stimuleren.

Ad 3 Zorginkoopmonitor

De NPCF is trekker voor het onderdeel zorginkoopmonitor vanuit patiëntenperspectief.

De gedachte achter de zorginkoopmonitor is dat de kwaliteit en kwantiteit van de zorg in toenemende mate gestuurd gaan worden door het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Het inkoopbeleid wordt dus als instrument gezien om de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg te beïnvloeden en uiteindelijk te bepalen.

Het is dan zaak om het inkoopbeleid te laten invullen door ervaringen en waardering van zorggebruikers, zodat zorgverzekeraars ook daadwerkelijk namens hun verzekerden gaan inkopen. Dus de beoordeling van de prestaties van zorgaanbieders vanuit patiëntenperspectief moeten de input gaan vormen voor het zorginkoopbeleid.

Met behulp van de zorginkoopmonitor worden zowel de transparantie in de beleidsplancyclus van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar vergroot als ook ziektespecifieke prestatie-indicatoren opgesteld om de uitkomsten van zorg vast te kunnen leggen.

De zorginkoopmonitor biedt de patiëntenbeweging een sterkere rol in de ontwikkeling van een adequaat regionaal zorgaanbod.

De ontwikkeling van en eerste ervaringen met deze monitor zullen plaatsvinden in vier pilotregio's. Het ligt in de bedoeling om de zorginkoopmonitor uit te rollen naar alle regio's, waardoor periodieke vergelijkende informatie ter beschikking van komt met betrekking tot de prestaties van zorgverzekeraars

Ad 4. Klachtopvang en consumenteninformatie door patiënten/consumentenorganisaties

Een mogelijkheid om de invloed op het beleid van de zorgverzekeraar te versterken is het verbeteren van de klachtenregeling en het versterken van de positie van de verzekerden daarin. Het gaat daarbij om de vereenvoudiging van het indienen van een klacht en het vergroten van de transparantie.

Een mogelijkheid is de bewijslast bij klachten aan de kant van de zorgverzekeraar te leggen en mogelijk sancties op te leggen. Het nadeel daarvan is de hoge uitvoeringskosten en administratie. De zorgverzekeraar zal zich zoveel mogelijk in willen dekken en dus veel informatie vast gaan leggen. Een andere mogelijkheid om de invloed van klagen te vergroten is het openbaar maken van (terechte) klachten. Dan kunnen verzekerden op basis van een benchmark (kwalitatief en kwantitatief) zelf beoordelen hoe de zorgverzekeraars met klachten omgaan. De Ziekenfondsen zijn een bestuursorgaan dat ressorteert onder de algemene wet bestuursrecht¹⁴. In het kader van de wet openbaarheid bestuur zouden de Ziekenfondsen verplicht kunnen worden om mee te werken aan het beschikbaar stellen van gegevens over klachten.

De Informatie en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's) zijn een bron om informatie klachten te verzamelen ten aanzien van het functioneren van de zorgverzekeraars. De IKG's zouden zich op dit gebied sterker kunnen profileren. Een andere bron voor het verzamelen van informatie over het functioneren van Ziekenfondsen of zorgkantoren is het Breed Platform Verzekeringen.

Door gestructureerde gegevensverzameling kan geaggregeerde regionale informatie worden gegenereerd. Deze kan als input worden gebruikt voor gestructureerd Een nieuwe trend van informeren is het gebruik van het fenomeen Internetwijzers. Zo heeft de FNV een onafhankelijk keuzesysteem op een website geplaatst. Hiermee kan een verzekerde met beperkte ervaring zijn/haar keuze bepalen. Het is nog niet duidelijk hoe valide de resultaten zijn. Hiertoe is onderzoek gerechtvaardigd. Een publiekscampagne om de informatie ook te gebruiken zal noodzakelijk zijn om de verzekerden op de mogelijkheden te wijzen. Overleg met de Ziekenfondsen of zorgkantoren, zodat op deze wijze de invloed kan worden verbeterd.

2.2.2. Versterken van onderhandelings- en inkoopmacht

Het versterken van de onderhandelings- en inkoopmacht van verzekerden kan plaatsvinden langs verschillende richtingen:

- bevordering van de verzekerdenmobiliteit;
- zorgbrede invoering van systematiek van persoonsgebonden budgetten;
- collectieve zorginkoop categorale patiëntengroepen

Ad 1 Bevorderen van de verzekerdenmobiliteit

Bij het bevorderen van de verzekerdenmobiliteit gaat het in feite om het stemmen met de voeten te optimaliseren. Dan zullen er wel enkele obstakels moeten worden geslecht. Ten eerste de informatielacune. In paragraaf 2.2.1. is reeds beschreven dat de door het ontbreken van transparantie van zorgverzekeraars en het ontbreken van goede vergelijkende informatie een van de belangrijkste belemmeringen is voor de gezonde verzekerde om met de voeten te stemmen.

Ten tweede de positie van chronisch zieken, ouderen en gehandicapten. Door hun hogere zorgconsumptie zijn dit geen aantrekkelijke verzekerden.

¹⁴ Algemene wet bestuursrecht hoofdstuk 9

Door het aanpassen van het normuitkeringstelsel, waardoor de zorgverzekeraar een hogere normuitkering krijgt bij een risico verzekerde, is marktwerking bij de groepen chronisch zieken, ouderen en gehandicapten mogelijk. Citaat uit de Meetlat¹⁵: "aan verzekerden uit hoge risicogroepen wordt een bonus verbonden waaruit hogere kosten betaald kunnen worden". Een andere mogelijkheid om de vrije en gelijke toegankelijkheid van de zorg te garanderen is de acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering.

Ad 2 Zorgbrede invoering van systematiek van persoonsgebonden budgetten

Een andere variant van inkoopmacht is het persoonsgebonden budget (PGB) Met een PGB kunnen bepaalde patiëntengroepen grote invloed uitoefenen op de zorg. Sterker nog door het PGB is eigenlijk geen invloed op de zorgverzekeraar nodig. De patiënt of diens vertegenwoordiger koopt rechtstreeks de zorg in.

Toch kan het PGB een grote invloed uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal door grootschalige collectieve zorginkoop wellicht goedkoper zorg kunnen inkopen en in natura verlenen, maar is dit ook de zorg die de patiënt wil? Door het PGB wordt de zorgverzekeraar gedwongen om bij de zorginkoop met name de kwaliteit vanuit patiëntenperspectief mee te wegen. Voorwaarde is wel dat de hoogte van de PGB budgetten realistisch worden vastgesteld. Ook bij het realiseren van deze vorm van inkoopmacht is dus een actieve rol van de centrale overheid noodzakelijk, namelijk het verbeteren van de budgettering van het PGB.

Ad 3 Collectieve zorginkoop categorale patiëntengroepen

Een derde mogelijkheid om door marktinvloed invloed uit te oefenen op het beleid van de zorgverzekeraars is het realiseren van inkoopmacht. Door een bundeling van categorale patiëntengroepen kunnen collectiviteiten worden afgesloten met zorgverzekeraars. Een belangrijke voorwaarde is voldoende volume. Met andere woorden er moeten voldoende deelnemers zijn. De categorale patiëntenverenigingen kunnen met zorgverzekeraars afspraken maken. Kleinere groepen kunnen allianties vormen om toch voldoende inkoopmacht te genereren. Afspraken kunnen worden gemaakt over de toegankelijkheid, de doorlooptijden, de aansluiting in de zorgketen e.d. De zorgverzekeraar i.c. de zorgaanbieders kunnen bedrijfsmatige voordelen behalen door de organisatie voor gelijksoortige zorgvragen te stroomlijnen. Dat voordeel kan worden vertaald in een lager prijsniveau of hogere kwaliteit. Zorgverzekeraars kunnen concurreren op bepaalde patiëntengroepen. Deze mogelijkheid (inkoopmacht) zal nadrukkelijker aan de orde komen als het systeem van normuitkeringen wordt aangepast en geen belemmeringen meer oplevert voor de acceptatie van chronisch zieken, ouderen en gehandicapten door de zorgverzekeraars.

2.2.3. Implementatie van marktinvloed

De overheid heeft een belangrijke publieke taak bij de implementatie van marktwerking; het waken over de betaalbaarheid en de vrije en gelijke toegankelijkheid van de zorg. Door invloed op de samenstelling van het basispakket en de hoogte van de premie. En door verzekeringsplicht voor de basisverzekering en acceptatieplicht voor het basispakket en aanvullende verzekering kan deze taak worden uitgevoerd. Maar ook het instellen van een onafhankelijke "marktmeester" om de imperfecties van de markt te laten bewaken; een zelfstandig bestuursorgaan voor de zorg die de taken van de NMA overneemt en toespitst op de marktwerking in de zorg.

Het faciliteren om te komen tot adequate consumenteninformatie is ook een taak van de overheid. Hierdoor wordt de onderhandelingsmacht van de patiëntenorganisaties versterkt. De overheid heeft ook een actieve verantwoordelijkheid bij het verder verbeteren van het normuitkeringsstelsel en de budgettering van de PGB.

¹⁵ De meetlat voor een gezond stelsel; toetsingskader gezondheidzorg in patiënten/consumentenperspectief NPCF februari 2003

Tot slot:

Het projectteam en de klankbordgroep verwachten dat dit advies aan bestuur NPCF als start kan dienen als een concrete aanzet voor de discussie met de leden.

Over het uiteindelijke standpunt van de NPCF betreffende invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars zal het overleg met de achterban nog plaatsvinden. Door twee verschillende, maar ook complementaire oplossingsrichtingen te bieden, bestaat er voldoende vrijheid voor de leden van de NPCF om bij het bepalen van hun uiteindelijke keuze eigen verantwoordelijkheid te nemen.

Bijlage 1 Overzicht literatuur

- Invloed van verzekerden op bestuur en beleid van zorgverzekeraars Medilex Utrecht 1995
- Beleidsbrief patiëntenconsumentenbeleid Ministerie van VWS 1995
- In het belang van de verzekerde, geschiedenis van de Ziekenfondsraad 1997
- Gedragscode voor zorgverzekeraars; Zorgverzekeraars Nederland 1997
- Basisreglement Raad van Advies van het Zorgkantoor 1998
- Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg Perspectief voor klantenopvang 1998
- Invloed van verzekerden op het bestuur van Ziekenfondsen NIVEL 2000
- Ontwerp advies SER over structuurregeling 2001
- Vraag aan bod, hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, ministerie van VWS 2001
- Good Health Governance Commissie Meurs 2001
- Samenvattend Rapport over de eerste ronde Visitatie bij Zorgkantoren in 2001 Zeist 2002
- Regioplan Medezeggenschap gepensioneerden bij de uitvoering van pensioenregelingen 2001
- Werken aan vertrouwen, kwestie van aanpakken. Strategisch akkoord Kabinet CDA, VVD, LPF 2002
- Invloed verzekerden op het bestuur van Ziekenfondsen CVZ 2002
- Health Insurance Governance Commissie Glasz 2002
- Projectplan Invloed van verzekerden op het bestuur van de zorgverzekeraars NPCF 2002
- Prof. Dr. R. Janssen De klant is koning ook in de zorg, Univ. Tilburg 2002
- Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars CVZ 2002
- Voorstel wijziging pensioen- en spaarfondsenwet (bestuursstructuur pensioenfondsen) Giskes en van Geen 2002
- Hoofdlijnenakkoord voor het kabinet CDA, VVD, D66 mei 2003
- De meetlat voor een gezond stelsel NPCF februari 2003

Bijlage 2 Overzicht geïnterviewden en leden projectteam en klankbordgroep

De heer H. v.d. Velden	FNV
De heer T. Duyst	's Heeren Loo zorggroep
De heer J. Troost	CG-Raad
De heren J. Breit, J. Poelert	Ministerie van VWS
Mevrouw I. v.d. Boomen	Ministerie van VWS
De heer T. Schraven	secretaris cie
	Health Insurance Governance
Mevrouw J. Nooren en de heer T. Hoppenbrouwers	Zorgverzekeraars Nederland
Mevrouw A. Berkhout en mevrouw A. van Rooy	CSO

Projectteam:

Dirk Verstegen, programmacoördinator Structuur en Financiering
Ele Visser, programmamedewerker Structuur en Financiering
Jan Erik de Wildt, zelfstandig adviseur, Commonsense

Klankbordgroep:

Mevrouw C. van Sprang	CSO
Mevrouw P. Huijbregts	NFK
De heer B. Meijerink	SPC Groningen
De heer F. van der Velden	GGZ Limburg
Mevrouw M. Reinartz	PPCP Gelderland
De heer J. de Punder	Huidfederatie
De heer H. Hoogendijk	RPCP Rijnmond