

De stem van verzekerden



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Adviseur in gezondheid en zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en het parlement. Hij zet zich in voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Pauline Meurs

Leden

Anke van Blerck-Woerdman

Wim Groot

Jan Kremer

Johan Mackenbach

Marjanne Sint

Dick Willems

Algemeen secretaris

Theo Hooghiemstra

De stem van verzekerden

Advies over de legitimiteit en de
governance van zorgverzekeraars

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, 2014

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 3405060

Fax 070 3407575

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Formzet

Fotografie: Eveline Renaud

Druk: Vijfkeerblauw

Uitgave: 2014

ISBN: 978-90-5732-253-2

*U kunt deze publicatie downloaden via onze website (www.rvz.net)
publicatienummer 14/05.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

1	Introductie	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Probleem- en vraagstelling	7
1.3	Begrippen	8
1.4	Aanpak	9
1.5	Leeswijzer	9
2	Veranderende rollen	10
2.1	Private organisaties met publieke taken	10
2.2	Naast verzekeraar ook zorginkoper	11
2.3	Regionale zorgregisseur	12
2.4	Pre-concurrentieel samenwerken	12
2.5	Meer vrijheidsgraden en risico's	13
2.6	Veranderende rol van burger	14
2.7	Conclusie	15
3	Legitimiteit	16
3.1	Bronnen voor legitimiteit	16
3.2	Input- en output-legitimiteit	18
3.3	Ruimte voor versterking van de legitimiteit	21
4	De governancestructuur	22
4.1	Het externe toezicht	22
4.2	Het interne toezicht	25
4.3	De invloed van verzekerden	30
4.4	Stemmen met de voeten	34
5	Conclusie en aanbevelingen	38
	Bijlagen	42
1	Adviesvoorbereiding	43
2	Lijst van afkortingen	45
3	Literatuurlijst	46
	Overzicht publicaties RVZ	51

De stem van verzekerden

Advies over de legitimiteit en governance van zorgverzekeraars

Samenvatting

De positie van zorgverzekeraars in het zorgstelsel is sinds 2006 veranderd. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze namens hun verzekerden betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg inkopen. Deze zorg kopen ze in op een concurrerende zorginkoopmarkt, maar ze treden soms ook op als regionale zorgregisseur en als actor binnen een pre-concurrentieel samenwerkingsverband. Ze hebben bij het invullen van deze rol steeds meer vrijheidsgraden en lopen hierbij in toenemende mate een financieel risico. Het belang van de zorginkoop zal naar verwachting de komende jaren nog verder toenemen. De zorginkooprol van zorgverzekeraars is echter minder vanzelfsprekend voor en geaccepteerd door verzekerden, patiënten en zorgverleners dan de bekende rol van financiële zorgverzekeraar. Om als zorginkoper gezaghebbend te kunnen optreden moeten zorgverzekeraars investeren in bronnen van legitimiteit. De Raad voor de Volkgezondheid en Zorg (RVZ) ziet hiervoor verschillende mogelijkheden en maakt daarbij onderscheid tussen input- en output-legitimiteit.

De input-legitimiteit kan vergroot worden door verzekerden en patiënten te laten deelnemen aan de besluitvorming. Zo ziet de Raad ruimte voor zorgverzekeraars om verzekerden en patiënten beter te betrekken bij het beleid, en in het bijzonder bij de zorginkoop. Dit kan door middel van traditionele instrumenten en middelen als verzekerdenraden, klantenpanels, regionale bijeenkomsten, collectiviteiten en patiëntenverenigingen. Ook zouden hier meer moderne instrumenten voor ingezet kunnen worden, zoals digitale communities en crowdsourcing. Het is van belang dat de kennis en ervaring van verzekerden en patiënten al in een vroeg stadium van het inkoopproces worden ingezet en dat dit niet vrijblijvend is. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars hun legitimiteit vergroten door de positie van de leden- of de verzekerdenraad te versterken. Het valt de Raad op dat zorgverzekeraars op dit moment de ledenraden heel verschillend invullen en dat de ledenraad bij de ene zorgverzekeraar beter lijkt te functioneren dan bij de andere. Ledenraden kunnen veel van elkaar leren. Op basis van twee bijeenkomsten met leden van de ledenraad van zorgverzekeraars formuleert de Raad de volgende vier voorwaarden voor een goed functionerende ledenraad. De ledenraad moet:

- onafhankelijk kunnen opereren ten opzichte van de raad van bestuur en de raad van commissarissen,
- voldoende deskundig zijn,
- representatief zijn,
- over een lerend vermogen beschikken.

Voor de output-legitimiteit is het van belang dat belanghebbenden resultaten kunnen beoordelen en daar consequenties aan kunnen verbinden. Een belangrijk middel voor verzekerden om hun onvrede over resultaten duidelijk te maken is in het uiterste geval overstappen naar een andere zorgverzekeraar (de exit). Verzekerden stappen nu met name over op basis van de hoogte van de premie en het ervaren serviceniveau. Er vindt nog nauwelijks concurrentie plaats op de kwaliteit van de zorginkoop. Om dit te veranderen is het nodig dat zorgverzekeraars aan verzekerden eerlijke informatie geven over de zorginkoop. Het betreft hier inzicht in de criteria bij de inkoop van zorg en in de wijze waarop verzekerden en patiënten bij dit proces betrokken zijn. Tevens zou het voor verzekerden eenvoudig moeten zijn om te achterhalen welke zorgverleners waarvoor gecontracteerd zijn.

De output-legitimiteit kan ook worden vergroot door een extern toezicht dat rekening houdt met de brede publieke opdracht van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben te maken met een groot aantal externe toezichthouders: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Nederlandsche Bank (DNB), de Autoriteit Consument & Markt (ACM), de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Dit externe toezicht heeft zich de afgelopen jaren met name gericht op financiële stabiliteit en betaalbaarheid, en minder op de risico's die de relatief nieuwe positie van zorgverzekeraars met zich meebrengt, zoals (verkapte) risicoselectie en een mindere zorgkwaliteit. Met het belangrijker worden van de zorginkooprol en de grotere vrijheidsgraden verandert ook de wijze van toezicht houden: meer op basis van principes en meer gericht op het vergroten van het leervermogen van zorgverzekeraars. Toezichthouders als DNB en de NZa kunnen hun toezichtaanpak beter op elkaar afstemmen. Tot slot vormt de raad van commissarissen als interne toezichthouder een belangrijke schakel in de governance-structuur. De raad van commissarissen opereert onafhankelijk van de raad van bestuur en moet oog hebben voor een evenwichtige afweging tussen de verschillende belangen van stakeholders. Dit vereist een brede deskundigheid en in het bijzonder kennis van de zorg binnen de raad van commissarissen. In dit advies wordt gepleit voor een betere afstemming tussen het interne en externe toezicht en een verantwoording over wat er is gedaan met concrete aanwijzingen en gesignaleerde risico's van de externe toezichthouder.

De Raad concludeert dat de legitimiteit van zorgverzekeraars kan worden versterkt door de stem van verzekerden en patiënten in het zorginkoopproces te verankeren en daarover actief verantwoording af te leggen aan de diverse belanghebbenden.

1 Introductie

1.1 Aanleiding

De RVZ heeft op 19 december 2013 een advies uitgebracht over de governance van zorginstellingen (RVZ, 2013). Er is toen geen aandacht besteed aan de governance van zorgverzekeraars. De Raad vond het - gezien de specifieke kenmerken van zorgverzekeraars ten opzichte van zorginstellingen - beter om dit onderwerp apart te behandelen. Het voorliggende advies is hier de uitwerking van.

Belangrijkste aanleiding voor het advies is dat met de hervorming van het stelsel in 2006 zorgverzekeraars als private partijen steeds grotere verantwoordelijkheden kregen bij het borgen van publieke belangen. Met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben ze een duidelijke rol gekregen als zorginkoper, en deze nieuwe rol voeren ze in toenemende mate uit in een risicodragende omgeving. Met de voorgenomen aanpassing van artikel 13 van de Zvw zal het belang van de selectieve of gedifferentieerde zorginkoop naar verwachting verder toenemen. Daarnaast worden er steeds meer taken vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zvw, denk aan de geestelijke gezondheidszorg en extramurale verpleging.

Over het functioneren van zorgverzekeraars in deze nieuwe rol zijn zowel positieve als kritische geluiden te horen. Volgens sommigen misbruiken zorgverzekeraars hun machtspositie (Skipr, 18-02-2014 en Een Vandaag, 20-01-2014) en hebben ze onvoldoende expertise in de zorginkoop (De Groene Amsterdammer, 04-06-2014). Ook zijn er kritische geluiden te horen over de hoge reserves die zorgverzekeraars aanhouden en de hoge winsten die ze maken (De Telegraaf, 24-09-2014). Anderen zien deze kritische geluiden juist als een teken dat het stelsel begint te werken en verzekeraars hun rol aan het oppakken zijn (Olsthoorn en Visser, 2013 en Rutte, 2014). Zij juichen het toe dat zorgverzekeraars de machtspositie van de zorgaanbieders aan het doorbreken zijn.

1.2 Probleem- en vraagstelling

Zorgverzekeraars hebben sinds 2006 een andere positie binnen het stelsel. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze de rol van zorginkoper oppakken. Als vertegenwoordiger van de verzekerde burger moeten ze doelmatige, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg inkopen. Met de Zvw is beoogd dat burgers zich opstellen als kritische zorgverzekeringsconsumenten en via deze weg zorgverzekeraars stimuleren om hier op een goede manier invulling aan te geven.

Het is de vraag of burgers voldoende bekend zijn met deze nieuwe rol van zorgverzekeraars en of zij de zorgverzekeraar als hun vertegenwoordiger in deze zien. Mocht dit niet het geval zijn, dan kan dit leiden tot een legitimiteitsvraagstuk. De governancestructuur, en met name de invloed van verzekerden op zorgverzekeraars, zou een middel kunnen zijn om deze legitimiteit te versterken.

De centrale vragen in dit advies zijn:

- Hoe is het gesteld met de legitimiteit van zorgverzekeraars vanuit het perspectief van de verzekerde burger (die soms patiënt is)?
- Is er ruimte voor versterking van deze legitimiteit?
- Zo ja, kan de governancestructuur helpen om deze legitimiteit te versterken?

1.3 Begrippen

In dit advies staat een aantal begrippen centraal: legitimiteit, governancestructuur en verantwoording.

Legitimiteit is een complex begrip. Het hangt samen met verwante begrippen als aanvaarding, vertrouwen en tevredenheid (Hendriks et al., 2011). Voor dit advies maken we onderscheid tussen twee vormen van legitimiteit: input- en output-legitimiteit (Dijstelbloem en Meurs, 2004). Input-legitimiteit betreft de wijze waarop besluiten tot stand zijn gekomen en de participatie hierbij van burgers. Output-legitimiteit heeft betrekking op de vraag of gewenste resultaten uiteindelijk behaald worden. Er zijn ook verschillende bronnen op basis waarvan organisaties legitimiteit kunnen behalen (zie bijvoorbeeld Suchman, 1995; Van der Scheer, 2008). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen formele bronnen (wet- en regelgeving), morele bronnen (vertolker en hoeder van bepaalde waarden) en cognitieve bronnen (kennis en ervaring). Legitimiteit kan ook gebaseerd zijn op geleverde prestaties (reputatie en geboekte resultaten). Ten slotte wordt persoonlijk gezag of charisma ook vaak aangemerkt als een bron van legitimiteit. In dit advies laten we deze laatste bron buiten beschouwing. De bronnen werken we in hoofdstuk drie verder uit.

De Raad vindt het belangrijk om hier alvast te vermelden dat legitimiteit zowel een oorzaak als een gevolg is. Zo kan formele legitimiteit aan de voorkant de kans op acceptabele resultaten bij burgers, patiënten en verzekerden vergroten. Andersom kan het bereiken van goede resultaten of het werken met kennis van zaken weer van invloed zijn op de ervaren legitimiteit aan de voorkant.

Onder de governancestructuur verstaat de Raad (RVZ, 2013):

- de organisatie besturen (leiden, aansturen, beheersen);
- de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de zeggenschap van interne en externe belanghebbenden toedelen en regelen;
- verantwoording afleggen aan belanghebbenden;
- toezicht houden op deze taken.

De focus ligt in dit advies op de verzekerde burger als primaire belanghebbende.

De Raad ziet verantwoording als een belangrijk onderdeel van de governancestructuur en als één van de middelen om de legitimiteit te versterken. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze hun handelen toelichten en rechtvaardigen tegenover verzekerde burgers, zorgverleners, toezichthouders en politiek (zie Schillemans, 2007). Het oordeel van deze partijen is niet vrijblijvend en kan consequenties hebben: verzekerden kunnen overstappen, zorgaanbieders kunnen contracten weigeren, toezichthouders kunnen sancties opleggen en de overheid kan wet- en regelgeving veranderen.

1.4 Aanpak

Om de centrale vragen te beantwoorden heeft de Raad voor de volgende aanpak gekozen:

- Er is een brede consultatie gehouden onder zorgverzekeraars, externe toezichthouders, stakeholders en experts (zie bijlage 1).
- Mevrouw M. de Lint heeft een achtergrondnotitie geschreven over de juridische aspecten van de governance van zorgverzekeraars.
- Bureau Veldkamp heeft twee focusgroepen gehouden met leden van de ledenraad c.q. de verzekerdenraad van zorgverzekeraars.
- De relevante literatuur is bestudeerd.

1.5 Leeswijzer

In dit advies gaat de Raad ten eerste in op de veranderende positie van zorgverzekeraars in het stelsel. Daarna wordt ingegaan op de legitimiteit van zorgverzekeraars bij het uitvoeren van deze relatief nieuwe rol. Vervolgens komt de vraag aan de orde of de governancestructuur van zorgverzekeraars kan bijdragen aan een grotere legitimiteit. We gaan hier in op het interne en externe toezicht, de invloed en betrokkenheid van verzekerden en de mogelijkheid voor verzekerden om 'met de voeten te stemmen'. Tot slot worden de drie beleidsvragen beantwoord en volgen enkele aanbevelingen.

2 Veranderende rollen

2.1 Private organisaties met publieke taken

Zorgverzekeraars zijn privaatrechtelijke organisaties. Ze kunnen verschillende rechtsvormen aannemen: de naamloze vennootschap (nv), de besloten vennootschap (bv) en de onderlinge waarborgmaatschappij (UA of wel uitgesloten aansprakelijkheid). De meeste zorgverzekeraars (VGZ, CZ, Menzis, DSW, Zorg en Zekerheid en ENO) zijn een onderlinge waarborgmaatschappij. Dit is een consumentencoöperatie. Verzekerden hebben niet alleen als klant invloed, maar hebben ook - via de ledenraad - in formele zin zeggenschap over de zorgverzekeraar.

Bij een nv of bv ligt de uiteindelijke zeggenschap bij de aandeelhoudersvergadering. Een aantal verzekeraars is een nv of bv, namelijk Achmea, ONVZ en ASR. Bij Achmea (voor 65%) en ONVZ (voor 100%) zijn de aandelen in handen van een vereniging. Leden van deze vereniging zijn de klanten van de verzekeraar, en de vereniging heeft een ledenraad. Via deze constructie ligt ook hier in principe zeggenschap bij de leden. Het verzekeringsconcern Achmea biedt overigens niet alleen zorgverzekeringen aan, maar ook schade- en inkomensverzekeringen. Naast de Vereniging Achmea heeft de Rabobank 30% van de Achmea-aandelen in bezit. De enige verzekeraar waarvan de klanten het formeel niet voor het zeggen hebben is ASR. Dit is een op winst gerichte verzekeringsmaatschappij, die overigens als gevolg van de bankencrisis tijdelijk eigendom is van de Nederlandse Staat. Het is niet uitgesloten dat er in de toekomst meer op winst gerichte zorgverzekeraars toetreden.

Zorgverzekeraars voeren als private organisaties zowel publieke taken als private activiteiten uit. Wat betreft de publieke taken gaat het om het aanbieden van een verplichte basisverzekering op basis van de Zvw. Daarnaast voeren ze als concessiehouders via de zorgkantoren de AWBZ uit, en per 1 januari 2015 de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). Een voorbeeld van een private kernactiviteit is het aanbieden van aanvullende verzekeringen voor zorgkosten. Deze verzekeringen die op basis van vrijwilligheid afgesloten worden, betreffen zorgkosten die niet onder de basisverzekering vallen. De uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren en het aanbieden van aanvullende verzekeringen vallen overigens wel vaak onder andere rechtspersonen.

2.2 Naast verzekeraar ook zorginkoper

De positie van zorgverzekeraars in het zorgstelsel is de laatste jaren aanzienlijk veranderd. In de periode vóór 2006 kenden we een dual stelsel met ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars. Ziekenfondsen voerden met name wettelijke taken uit en de zorginkooprol was beperkt. Ziekenfondsen waren wel naturaverzekeraars, maar kenden een contractplicht en werkten met landelijke standaardcontracten op basis van modelovereenkomsten. Pas rond 2000 kregen de ziekenfondsen enige stimulans om doelmatig in te kopen en ruimte om af te wijken van de standaardcontracten. Particuliere verzekeraars werkten met een restitutiemodel en deden nauwelijks aan zorginkoop. Particulier verzekerden konden zelf kiezen naar welke zorgverlener ze gingen en de rekening werd achteraf vergoed.

Met de komst van de Zvw en de basisverzekering in 2006 is dit veranderd. Het stelsel is gebaseerd op het model van gereguleerde competitie. Dit model gaat uit van drie interacterende markten: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren verzekeraars om de gunst van de verzekerde. Dit doen ze mede door op de zorginkoopmarkt doelmatige zorg in te kopen bij concurrerende zorgaanbieders. Vervolgens kiezen patiënten op de zorgverleningsmarkt voor een al dan niet gecontracteerde zorgverlener.

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij naast de traditionele zorgverzekeraarsrol (denk aan de premie-inning, de verzekerdenadministratie, het afwerken van zorgdeclaraties) ook de rol van zorginkoper oppakken. Zo staat in de memorie van toelichting op de Zvw (TK 2003/2004): *“Zij treden op als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders, als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Zij mogen bij de uitvoering van de wet winstbeogend zijn. Naar hun verzekerden hebben zij een wettelijke zorgplicht, die zij op verschillende manieren kunnen invullen. De zorgverzekeraars kunnen afspraken maken met zorgverleners en hun verzekerden keuzes laten binnen het gecontracteerde zorgaanbod. De zorgverzekeraars kunnen ook de verzekerde geheel zelf laten bepalen tot welke zorgverlener hij zich wil wenden en de verzekerde de kosten van die zorg vergoeden, waarbij zij op verzoek van de verzekerde bemiddelen bij het vinden van zorgverleners. Het gegeven dat alle verzekerden ongeacht leeftijd of gezondheid jaarlijks van zorgverzekeraar kunnen veranderen, vormt een belangrijke stimulans voor een goede dienstverlening en een doelmatige zorginkoop, en versterkt de concurrentie tussen zorgverzekeraars.”*

Hoewel binnen de stelsellogica de rol van de zorgverzekeraar verandert naar die van zorginkoper, wordt dit in de wet niet verplicht opgelegd. Verzekeraars kunnen er ook voor kiezen alleen een restitutieverzekering aan te bieden (RVZ, 2014). Wanneer zorginkoop leidt tot meer doelmatige zorg, kan een zorgverzekeraar zich in positieve zin onderscheiden

en hier een concurrentievoordeel door behalen. Dit leidt dan tot een duidelijke toegevoegde waarde voor de verzekerde burger.

2.3 Regionale zorgregisseur

Zorgverzekeraars hebben soms een dusdanig sterke regionale positie dat ze in staat zijn om zich als zorgregisseur op te stellen. De inkoop van zorg krijgt dan een ander karakter. Het marktmechanisme maakt plaats voor een meer hiërarchische aansturing. Binnen deze regionale aanpak werken zorgverzekeraars overigens vaak samen met zorgaanbieders en patiëntenorganisaties. Er zou hierdoor ook gesproken kunnen worden van zorgnetwerken. Wel is de zorgverzekeraar de dominante partij. Het duidelijkste voorbeeld hiervan is zorgverzekeraar De Friesland, onderdeel van het concern Achmea. De Friesland heeft samen met de andere merken van Achmea een regionaal marktaandeel van bijna 80%. Met het project 'Friesland voorop' wil de verzekeraar gezamenlijk met patiënten, zorgprofessionals en bestuurders komen tot een herinrichting van het Friese zorglandschap (Significant, 2012). Ook andere zorgverzekeraars kennen - hetzij in mindere mate - hoge regionale marktaandelen. CZ kent een regioregie-aanpak en heeft hiervan pilots lopen in Oostelijk Zuid-Limburg, de Westelijke Mijnstreek en Zeeuws-Vlaanderen (CZ/ Regioregie, 2013). Tevens werkt CZ samen met VGZ in de regio Eindhoven aan de proeftuin 'Slimmer met zorg'. Menzis heeft een visie ontwikkeld op de herinrichting van de zorg in Noordoost-Groningen onder de naam 'NOG Beter' (Menzis, 23-9-2013). Binnen deze regiovisies zijn ook plannen opgenomen om in te zetten op preventie en samen te werken met gemeenten.

2.4 Pre-concurrentieel samenwerken

Er is een beperkt aantal situaties waarin de zorgverzekeraars samenwerken in plaats van concurreren. Vanwege het voordeel voor de burger laat de ACM dit toe. Dit wordt pre-concurrentieel samenwerken genoemd. Het idee is dat verzekeraars eerst samenwerken om bepaalde innovaties tot stand te laten komen en op te schalen. Wanneer de innovaties vervolgens breed toegepast worden, kan er weer geconcentreerd worden. Een voorbeeld is het project Zelfzorg Ondersteund (zie www.zelfzorgondersteund.nl). Dit is een project waarin zorgverzekeraars gezamenlijk samenwerken met patiëntenvertegenwoordigers en zorgaanbieders om zelfzorg en e-health op grote schaal te implementeren. Een ander voorbeeld is de totstandkoming van kwaliteitsregistraties die zorgverzekeraars gezamenlijk hebben opgepakt (Skipr, 16-09- 2013).

Een ander vlak waarop zorgverzekeraars in eerste instantie wilden samenwerken, is de inkoop van spoedzorg. Dit was ingegeven door het idee dat hierop niet geconcurrereerd kon worden. Deze samenwerking is echter stopgezet, omdat de ACM van mening was dat de plannen te veel invloed zouden hebben op de rest van het ziekenhuis en via die weg een beperking van de keuzemogelijkheden voor patiënten zouden betekenen. Daarnaast staan er volgens de ACM geen grote voordelen van de concentratie tegenover (Paauw, 16-07-2014). Zo stelt de ACM op haar website: “Zonder onafhankelijke en goed onderbouwde kwaliteitsstandaarden voor spoedeisende zorg zijn zorgverzekeraars niet in staat om aan te tonen dat de geclaimde voordelen van de concentratie van spoedeisende zorg voor de patiënt en verzekerde opwegen tegen het wegvallen van de keuzemogelijkheden” (ACM, 16-07-2014).

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft inmiddels het Zorginstituut Nederland gevraagd om onafhankelijke kwaliteitsstandaarden vast te stellen voor de spoedeisende zorg (Zorginstituut Nederland, 12-08-2014). Mogelijk komt er dus nog een vervolg.

2.5 Meer vrijheidsgraden en risico's

Bij het uitvoeren van al deze rollen verschillen de vrijheidsgraden voor zorgverzekeraars.

1. Wet- en regelgeving op basis van gesloten normen. Denk bijvoorbeeld aan de verplichte verzekerde aanspraken in het kader van de Zvw. Er is hier relatief weinig tot geen beleidsruimte.
2. Wet- en regelgeving met open normen. Denk aan de zorgplicht, waarbij het gaat om tijdigheid, kwaliteit en bereikbaarheid. Hoewel de NZa deze verder heeft ingevuld met beleidsregels, is de inhoud van deze normen niet exact omschreven (NZa, 2013).
3. Er is geen wet- en regelgeving. Verzekeraars kunnen er al dan niet voor kiezen activiteiten te ontplooiën. Denk bijvoorbeeld aan het aanbieden van een aanvullende verzekering of het investeren in preventie. Er is dan veel beleidsruimte.

Bij de rol van zorginkoper zien we dat de vrijheidsgraden steeds verder toegenomen zijn. Zo geldt er bijvoorbeeld een steeds groter vrij segment waarin zorgverzekeraars met zorgverleners mogen onderhandelen over volume en prijs. Mocht de voorgenomen wetswijziging van artikel 13 van de Zvw doorgang vinden, dan zijn zorgverzekeraars bij niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg (ggz) niet meer verplicht een vergoeding te betalen. In artikel 13 stond namelijk dat zorgverzekeraars ook voor niet-gecontracteerde zorg een vergoeding moeten betalen. De Hoge Raad heeft bepaald dat het hier om een redelijke vergoeding moet gaan, zodat er voor verzekerden geen

hinderpaal ontstaat om naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders te gaan. Dit komt in de praktijk neer op ongeveer 80% van het marktconforme tarief. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil deze minimale vergoeding schrappen om zo zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven voor het inkopen van doelmatige zorg. Dit heeft geleid tot een fel debat, waarbij tegenstanders aangaven dat dit ten koste gaat van de vrije artskeuze en de solidariteit. Uiteindelijk is een meerderheid in de Tweede Kamer akkoord gegaan met de aanpassing, maar is er tegelijkertijd een aantal amendementen aangenomen. Zo wordt onder meer een deel van de eerstelijnszorg uitgesloten en moeten verzekeraars hun inkoopbeleid jaarlijks voor 1 april transparant maken. Op het moment van schrijven van dit advies moet de Eerste Kamer zich nog over het wetsvoorstel buigen.

Tegenover de grotere vrijheidsgraden staat dat zorgverzekeraars steeds meer financiële risico's lopen, doordat de ex-post-compensaties geleidelijk afgeschaft worden. Daarnaast hebben zorgverzekeraars bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden gesloten met aanbieders en zorgverleners voor de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg en de ggz. In deze akkoorden hebben de partijen afspraken gemaakt over een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten, maar ook over verbetering van de kwaliteit. Deze akkoorden hebben hun neerslag gekregen in het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars.

2.6 Veranderende rol van burger

Het nieuwe stelsel impliceert ook een veranderende positie voor burgers. Van hen wordt verwacht dat zij jaarlijks als kritische consument een keuze maken tussen verschillende concurrerende zorgverzekeraars. De verwachting is dat verzekerden deze keuze maken op basis van zowel prijs als kwaliteitsaspecten (bijvoorbeeld van de serviceverlening en de zorginkoop).

De preferenties van verzekerde burgers zullen verschillen. Zo zal bijvoorbeeld een deel van de burgers relatief weinig tot geen zorg gebruiken en vooral belang hebben bij een zo laag mogelijke premie. Een ander deel van de burgers maakt relatief veel gebruik van zorg en zal vooral een uitgebreid pakket en zorg van de beste kwaliteit wensen. Er is dus niet sprake van één verzekerde. Zorgverzekeraars zullen voortdurend verschillende belangen van verzekerden tegen elkaar moeten afwegen.

2.7 Conclusie

De zorginkooprol, in combinatie met meer vrijheidsgraden om deze in te vullen, roept de vraag op hoe het is gesteld met de legitimiteit van de zorgverzekeraar als zorginkoper en/of als regioregisseur. Zorgverzekeraars gebruiken de termen *license to operate* of *license to play* om invulling te geven aan deze maatschappelijke rol. Deze nieuwe rol en verantwoordelijkheid moet waargemaakt worden. Het vervullen van deze rollen is minder vanzelfsprekend en geaccepteerd door relevante anderen, of het nu verzekerden, patiënten of zorgaanbieders zijn. In het volgende hoofdstuk gaan we in op het thema legitimiteit in het licht van de hiervoor beschreven veranderende rol van de zorgverzekeraar.

3 Legitimiteit

Legitimiteit is een veelomvattend concept en is voor meerderlei uitleg vatbaar (Kratochwil, 2006). Wat het concept extra lastig maakt, is het feit dat legitimiteit een zekere vanzelfsprekendheid kent. Legitimiteitsvragen komen meestal pas aan de orde als die vanzelfsprekendheid wegvalt, als de situatie anders is dan we verwachten. Dit punt zien we duidelijk terug in het debat over de veranderde rol van zorgverzekeraars. Beschikken zorgverzekeraars over voldoende legitimiteit om de rol van zorginkoper en/of regioregisseur te vervullen? En als het antwoord nee is, wat is er dan nodig om die legitimiteit te verwerven?

Er zijn verschillende bronnen op basis waarvan legitimiteit wordt verkregen. Daarnaast zijn er verschillende vormen van legitimiteit te onderscheiden, zoals input- en output-legitimiteit (Dijstelbloem en Meurs, 2004). Ook zijn er verschillende actoren die legitimiteit verschaffen aan zorgverzekeraars. In dit advies gaat het om legitimiteit vanuit het perspectief van de verzekerde burger.

3.1 Bronnen voor legitimiteit

Legitimiteit kent verschillende bronnen: formele bronnen (wet- en regelgeving), morele bronnen (vertolker en hoeder van bepaalde waarden) en cognitieve bronnen (kennis en ervaring). Legitimiteit kan ook gebaseerd zijn op geleverde prestaties (reputatie en geboekte resultaten, zie bijvoorbeeld Suchman, 1995; Van der Scheer, 2008). De vraag is hoe het met deze bronnen voor legitimiteit is gesteld bij zorgverzekeraars en met name rond de zorginkoop- en zorgregisseursrol.

Wet- en regelgeving als formele bron van legitimiteit

Zorgverzekeraars kennen in de wet- en regelgeving omschreven taken en bevoegdheden. Te denken valt aan het aanbieden van de verplichte basisverzekering en het uitvoeren van de AWBZ. Ook de nieuwe positie van zorgverzekeraars binnen het stelsel volgt uit wetgeving. Er gelden hier echter relatief veel meer vrijheidsgraden dan bij de rol van verzekeraar in engere zin. Er geldt uiteraard een zorgplicht, maar deze kent open normen. Anders gezegd, er zijn bij deze rollen meer interpretatiemogelijkheden en beoordelingsverschillen en dit kan de formele legitimiteitsbasis verkleinen. Zorgverzekeraars kunnen de wet op verschillende manieren invullen: met een restitutiepols of een naturapols. Wanneer een zorgverzekeraar zich als regioregisseur opwerpt dan kan de zorgverzekeraar zich nog minder beroepen op wet- en regelgeving. Deze rol staat niet beschreven en volgt niet direct uit het wetgevend kader dat de positie en rol van de zorgverzekeraar regelt.

Hoeder van bepaalde waarden als morele bron van legitimiteit

Morele legitimiteit kennen actoren toe wanneer zij zich kunnen vinden in de doelen van de organisatie en zich hierachter scharen. Neem bijvoorbeeld de waarde van solidariteit. Een verzekerde kan het belangrijk vinden dat iedereen gelijke toegang heeft tot zorg. Vanuit deze waarde zal hij legitimiteit toekennen aan een zorgverzekeraar die dit in de praktijk toepast en geen barrières opwerpt voor bepaalde groepen verzekerden, bijvoorbeeld via verkapte risicoselectie. Dat dit vervolgens voor de verzekerde zelf tot een iets hogere premie leidt, neemt deze dan voor lief. De morele legitimiteit van de verzekeraar kan ook versterkt worden als het recht op informatie als belangrijke waarde ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Wordt er eerlijke informatie gegeven over het zorginkoopproces, over de polis en breder over de aard van de dienstverlener? Is de zorgverzekeraar ook in staat om te laten zien hoe in zijn beleid de zorgvuldige besteding van premiegeld handen en voeten krijgt: geen verkwisting en inzicht in de totstandkoming van de hoogte van de premie?

Kennis en ervaring als bron van legitimiteit

Een belangrijke bron van legitimiteit is het handelen en spreken met kennis van zaken. Die kennis wordt opgebouwd door enerzijds de juiste mensen aan boord te hebben (deskundigheid) en anderzijds door ervaringen op te doen en daarvan te leren. Als een organisatie of persoon gedurende een langere tijd een bepaalde rol vervult, ontstaat er een vorm van gewenning en een vorm van vanzelfsprekendheid. Voor de rol van zorgverzekeraar in engere zin is die vanzelfsprekendheid er zeker; als zorginkoper en regioregisseur ontbeert de zorgverzekeraar op dit moment die vanzelfsprekendheid. Kennis en ervaring moeten worden opgebouwd.

Geleverde resultaten als bron van legitimiteit

Hoe meer er sprake is van resultaten waar in dit geval patiënten, cliënten, verzekerden en zorgaanbieders over te spreken zijn, hoe meer de zorgverzekeraar aan legitimiteit zal winnen. Deze bron van legitimiteit zal sterk afhankelijk zijn van het perspectief van de actor. Verzekerden zullen over het algemeen een toegevoegde waarde van een verplichte verzekering voor zorg zien en de meesten (84%) hebben ook een vrijwillige aanvullende verzekering afgesloten (NZa, 2014b). Of zij ook een toegevoegde waarde zien van de zorginkooprol zal nog moeten blijken. Dit zal ervan afhankelijk zijn of verzekerden het idee hebben dat zorgverzekeraars in staat zijn om kwalitatief goede zorg in te kopen tegen een redelijke prijs. Zo lijken zorgverzekeraars vooralsnog met een vertrouwensprobleem te kampen. De meeste verzekerden geven aan dat zij hun zorgverzekeraar niet zullen raadplegen bij de keuze voor een zorgverlener. Ook ziet slechts een minderheid een rol voor hun verzekeraar weggelegd voor de inkoop (zie bijvoorbeeld Bes et al. 2012; Boonen en Schut, 2009). Ook zorgverleners hebben baat bij een verplichte verzekering. Hierdoor kunnen zij patiënten behandelen zonder het risico dat de geleverde zorg niet vergoed wordt. Zij zullen echter kritischer staan tegenover de zorginkooprol,

aangezien dit voor hen een bedreiging kan betekenen. Worden zij nog wel gecontracteerd, en gaat dit niet ten koste van hun professionele autonomie en hun financiële beloning? Legitimiteit op grond van geleverde prestaties heeft alles te maken met wat we eerder output legitimiteit hebben genoemd.

3.2 Input- en output-legitimiteit

Naast verschillende bronnen zijn er ook verschillende vormen van legitimiteit. We maken hierbij onderscheid tussen input- en output-legitimiteit.

Input-legitimiteit

Deze vorm van legitimiteit verwijst primair naar democratische beginselen. Beslissingen zijn legitiem omdat deze zijn gebaseerd op de wensen en voorkeuren van de kiezers en omdat de vertolkers van deze wensen en voorkeuren op democratische wijze zijn gekozen (Scharpf, 1997). Bij input-legitimiteit staat de vraag centraal: wie mogen en moeten er meedoen aan de besluitvorming? De basis voor deze betrokkenheid kan formeel zijn (het staat in de wet of in de statuten), maar kan ook gebaseerd zijn op tradities en rituelen (zo doen wij dat hier) of op afwegingen van macht en invloed (je kunt ze beter mee laten doen dan ze achteraf als tegenstemmer aan te treffen). Bij input-legitimiteit gaat het dus om het geven van een podium aan de diverse belanghebbenden, en uiteindelijk ook om de mate waarin de uitkomst aansluit bij de voorkeuren van de belanghebbenden. En omdat legitimiteit geen vaststaand gegeven is, maar steeds opnieuw wordt geconstrueerd, is bij input-legitimiteit ook de perceptie van de belanghebbenden belangrijk: voelen zij zich voldoende gehoord en betrokken? Het moge duidelijk zijn dat dit voor de ene belanghebbende anders kan uitpakken dan voor de andere.

Daarnaast is de verwachting dat een goede besluitvorming en verantwoording hierover uiteindelijk ook leiden tot betere resultaten. Zo kan een goede besluitvorming voor informatie zorgen en een leerproces faciliteren (Schillemans en Bovens, 2004). Ook kan deze voor tegenkracht zorgen. Zo stelt de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO): *“De belangrijkste tegenkracht ligt in het organiseren van voldoende checks and balances en voldoende (sociale) tegendruk die ervoor zorgen dat het externe belang, gericht op de maatschappelijke functie van de sector, gewaarborgd blijft”* (RMO, 2012: 51).

Output-legitimiteit

Output-legitimiteit heeft betrekking op de gemaakte keuzes en de uitkomst van het besluitvormingsproces. Voor Scharpf (1997) zijn gemaakte keuzes legitiem als ze effectief het algemeen belang vertegenwoordigen. Legitimiteit ontstaat doordat er collectieve problemen opgelost worden

die voor een individu onmogelijk op te lossen zijn. Hiermee wordt de effectiviteit en efficiëntie van een besluit een onderdeel van de legitimiteit. Beslissingen kunnen gemaakt worden op basis van technische expertise (output-criteria voor legitimiteit). Wanneer beleid is voorzien van criteria voor falen en slagen is output-legitimiteit zelfs toetsbaar (Hemerijck, 2003; Van der Grinten en Meurs, 2005; WRR, 2006). We zouden ook een onderscheid kunnen maken tussen output- en outcome-legitimiteit. Met outcome-legitimiteit worden de gevolgen op langere termijn bedoeld.

In de zorg spreken we traditioneel van drie publieke belangen: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. We zouden dus kunnen stellen dat wanneer zorgverzekeraars er (mede) voor zorgen dat deze belangen gerealiseerd worden, er sprake is van output-legitimiteit. Het probleem is dat deze nooit gespecificeerd en genormeerd zijn (RVZ, 2009). Er is hierdoor geen eenduidigheid over wat nu precies publieke belangen zijn. Wel is er ten aanzien van de publieke belangen een aantal minimale waarborgen in het stelsel ingebouwd. Zo vormt het Budgettaire Kader Zorg (BKZ), in combinatie met een macrobeheersinstrument een waarborg voor minimale betaalbaarheid. De minimale toegankelijkheid wordt geborgd door het verplichte karakter van de zorgverzekering en de zorgplicht van de verzekeraar. Tot slot wordt de minimale kwaliteit van zorg geborgd door minimale kwaliteitsnormen, die vastgesteld worden door wetenschappelijke beroepsverenigingen, en waar de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht op houdt.

Dat er geen eenduidigheid is over de operationalisatie van publieke belangen betekent overigens niet dat de prestaties ten aanzien van deze belangen niet worden beoordeeld. Deze worden immers voortdurend afgezet in een internationaal perspectief en ten opzichte van het verleden. Wanneer resultaten tegenvallen, zal er vroeg of laat een discussie volgen over het stelsel en de rol die zorgverzekeraars hierin vervullen. Ook speelt dat het stelsel nog in transitie is en er op dit moment nog steeds niet voldaan is aan alle noodzakelijke voorwaarden voor selectieve of gedifferentieerde zorginkoop (zie ook Van Kleef, et al., 2014). Zo is er bijvoorbeeld nog onvoldoende objectieve kwaliteitsinformatie voorhanden en zijn zorgverzekeraars nog niet volledig risicodragend.

Naast publieke belangen hebben verschillende actoren ook private belangen. Verzekerden, collectiviteiten, zorgverleners en werknemers zullen allen beoordelen of zij voldoende uit het stelsel halen en op basis hiervan legitimiteit toekennen. Zorgverzekeraars zullen vanwege de verschillende belangen nooit alle verzekerden en zorgverleners tevreden kunnen stellen. Denk bijvoorbeeld aan het verschil in belang tussen gezonde verzekerden en verzekerden die ziek zijn (patiënten). Vanuit dit oogpunt zullen bepaalde actoren altijd een deel van de legitimiteitsbasis betwisten.

Versterken van de bronnen van legitimiteit

De vraag is vervolgens hoe zorgverzekeraars hun legitimiteit vanuit het perspectief van de verzekerde burger kunnen vergroten. Dit bezien we vanuit de verschillende bronnen.

Er ligt voor de verzekeraars een opdracht om vooral voor het vervullen van de rol van zorginkoper en regioregisseur meer te investeren in bronnen van legitimiteit om zo aan de input- en output-kant gezaghebbend te kunnen optreden. Formele, morele en kennisbronnen kunnen worden ingezet om de betrokkenheid van verzekerden te vergroten, om hen een stem te geven in de besluitvorming. Denk aan de versterking van de formele positie van de ledenraad, maar ook aan het inzichtelijk maken van de wijze waarop verkapte risicoselectie wordt tegengegaan. Daarnaast hebben verzekerden het recht om goed zicht te krijgen op welke kennis en ervaring de zorginkoop gebaseerd is. Ook is er alle aanleiding om de verzekerde actief te betrekken bij het zorginkoopproces.

Het gaat uiteraard niet alleen om het geven van invloed, maar ook om het beoordelen van de resultaten en daar consequenties aan verbinden. Verzekerden kunnen stemmen met de voeten, en externe toezichthouders kunnen een oordeel vellen over de wijze waarop publieke waarden zijn geborgd.

Tentatief presenteren we in het volgende schema enkele voorbeelden waar verzekeraars aan kunnen werken om de legitimiteit van hun handelen te vergroten.

Tabel 3.1: Voorbeelden van bronnen voor input- en output-legitimiteit

	input	output
Formele bronnen	Versterking invloed ledenraad	Verplichting om inzicht te geven in zorginkoopcriteria
Morele bronnen	Inzicht in borging publieke waarden	Aanpakken van verkapte risicoselectie
Kennis en ervaring	Inkoop op basis van kwaliteitscriteria en verzekerden actief betrekken bij de zorginkoop	Effectiviteit van zorginkoop en leerervaringen die gebruikt worden bij de volgende ronde
Prestaties	Verwachtingen ten aanzien van te leveren prestaties (consistentie)	Stemmen met de voeten en beoordeling van serviceniveau

3.3 Ruimte voor versterking van de legitimiteit

Nu we op verschillende bronnen en vormen van legitimiteit zijn ingegaan, is het goed om de balans op te maken en te kijken of er ruimte is voor verbetering van de legitimiteit vanuit het perspectief van de verzekerde.

In het traditionele zorgverzekeringsbedrijf hebben zorgverzekeraars een goede legitimiteitsbasis. Er is hier een formele wettelijke basis voor en externe toezichtorganen zien hierop toe. Verzekerden kunnen kiezen op basis van serviceverlening en de premiehoogte. Ook zorgaanbieders zullen op dit vlak zorgverzekeraars als legitieme actor beoordelen. Zij hebben immers baat bij deze rol. Wel zullen eventueel oplopende premies en geluiden in de media over hoge reserves en winsten, de morele legitimiteit ondermijnen. Tot slot zal het voor verzekerden logisch en herkenbaar zijn dat zorgverzekeraars deze taak uitvoeren.

Ten aanzien van de legitimiteit van zorgverzekeraars als zorginkoper en zorgregisseur is er ruimte voor verbetering. Wel plaatsen we hier de kanttekening dat het ontberen van legitimiteit voor een deel samenhangt met het feit dat het hier om een relatief nieuwe rol gaat. Zorgverzekeraars moeten deze nog aanleren en verzekerden moeten hier mogelijk nog aan wennen. Ook zal de zorginkooprol van zorgverzekeraars waarschijnlijk altijd in enige mate betwist worden omdat het belangen van anderen raakt: zorgverleners die geen contract meer krijgen en patiënten voor wie de zorg van de voorkeurszorgverlener niet meer (volledig) vergoed wordt.

De governancestructuur kan bijdragen aan het versterken van de legitimiteit. In het bijzonder gaat het hier om twee elementen van de governancestructuur. Ten eerste de verdeling van bevoegdheden en de zeggenschap van interne en externe belanghebbenden. Dit sluit met name aan bij input-legitimiteit. Ten tweede het afleggen van verantwoording aan formele toezichthouders en belanghebbenden. Dit sluit meer aan op de output-legitimiteit.

In dit advies bespreekt de Raad hoe deze governance-elementen de legitimiteit van de zorgverzekeraar kunnen versterken. De Raad gaat hierbij eerst in op wat de zorginkoop en de zorgregisseursrol - met grotere vrijheidsgraden - betekenen voor het externe toezicht (paragraaf 4.1). Daarna wordt de rol van het interne toezicht - de raad van commissarissen en de ledenraad - besproken en hoe deze kan bijdragen aan een versterking van de input- en output-legitimiteit (paragraaf 4.2). Vervolgens beziet de Raad hoe door middel van de invloed en betrokkenheid van verzekerden enerzijds (paragraaf 4.3) en de mogelijkheid om met de voeten te stemmen anderzijds (paragraaf 4.4) zowel de input- als de output-legitimiteit versterkt kan worden.

4 De governancestructuur

In dit hoofdstuk bezien we voor vier onderdelen van de governancestructuur hoe deze kunnen bijdragen aan een grote legitimiteitsbasis in het algemeen, en in het bijzonder voor de zorginkoop- en zorgregisseursrol.

4.1 Het externe toezicht

Het externe toezicht kan de legitimiteit versterken, doordat dit verzekeren het vertrouwen geeft dat een onafhankelijke partij toeziet op het bestuur en dat dit uiteindelijk leidt tot betere resultaten. Het externe toezicht verbetert dus met name de output-legitimiteit.

Zorgverzekeraars hebben te maken met een groot aantal externe toezichthouders: de NZa, DNB, de ACM, de AFM en het CBP. Al deze toezichthouders zien toe op verschillende, maar soms ook elkaar overlappende publieke belangen. Het valt buiten de scope van dit advies om ze allemaal afzonderlijk te bespreken. Tijdens de externe consultatie is gebleken dat met name DNB en de NZa invloed hebben op de governance en dat de toezichtaanpak van deze twee dominante toezichthouders verschillend wordt ervaren.

De Nederlandsche Bank (DNB)

Zorgverzekeraars zijn financiële instellingen en hebben dus te maken met het toezicht van DNB. DNB maakt in het toezicht in principe geen onderscheid tussen zorgverzekeraars en andere verzekeraars. Door de kredietcrisis is dit toezicht flink aangescherpt en vernieuwd. Behalve naar de kwantitatieve aspecten - zoals solvabiliteit en liquiditeit - kijkt DNB steeds meer naar kwalitatieve en strategische elementen (DNB 2012). Dit zijn het bedrijfsmodel en de strategie van instellingen en hun gedrag en cultuur. Hieronder vallen ook de kwaliteit van bestuur en de governance. Zo worden bestuurders en leden van de raad van commissarissen getoetst op geschiktheid en betrouwbaarheid, en DNB woont zelfs vergaderingen van de raad van bestuur bij om meer zicht te krijgen op de wijze waarop belangrijke besluiten tot stand komen.

De meeste zorgverzekeraars ervaren DNB als een zeer gewaardeerde en professionele toezichthouder. Wel blijkt dat een aantal kleine verzekeraars meer moeite heeft met het geïntensiveerde toezicht van DNB en de toetsing van bestuurders. Zo stellen ze dat de vijver van potentiële bestuurders om uit te kiezen steeds kleiner wordt. In het toezicht van DNB wordt overigens wel rekening gehouden met een verschil in risico's en wordt gewerkt met verschillende toezichtklassen. Echter, ook kleine verzekeraars kennen complexe financiële risico's en vallen hierdoor in een relatief zware toezichtklasse. Daarnaast komt er op 1 januari 2016 vanuit Europa een nieuw, op risico gebaseerd toezichttraamwerk voor

verzekeraars, als gevolg van de Solvency II-richtlijn. Volgens deze richtlijn krijgen zorgverzekeraars te maken met een hogere solvabiliteitseis.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa houdt toezicht op het gedrag van zorgverzekeraars op de curatieve en de langdurige zorgmarkt. De NZa ziet erop toe dat ze zich houden aan de wet- en regelgeving, zoals de Wmg, de Zvw en de AWBZ.

In het toezicht van de NZa zijn verschillende taken te onderscheiden: het nalevingstoezicht, het uitvoeringstoezicht en het markttoezicht (www.nza.nl). Het nalevingstoezicht is erop gericht dat zorgverzekeraars zich houden aan wet- en regelgeving. Denk aan het toezicht op rechtmatigheid van de risicoverevening. Het uitvoeringstoezicht ziet erop toe dat zorgverzekeraars de AWBZ en Zvw goed uitvoeren. Houden verzekeraars zich bijvoorbeeld aan de acceptatieplicht en de zorgplicht? Bij het markttoezicht ziet de NZa erop toe dat markten goed functioneren. Denk hierbij aan de marktscans en de monitor Zorginkoop.

Bij toezicht bestaat onderscheid tussen een *rules-based* en een *principle-based* benadering (Schilder 2008). Bij een *rules-based* benadering toetst de toezichthouder of de regels worden nageleefd. Bij een *principle-based* benadering worden relevante principes getoetst. Beide aanpakken hebben kansen en risico's (zie bijvoorbeeld Schilder 2008). Idealiter is toezicht waarschijnlijk altijd een combinatie van de twee aanpakken. Bij het nalevingstoezicht van de NZa zou je kunnen spreken van een toezicht met voornamelijk een *rules-based* benadering. Het markttoezicht kenmerkt zich meer door een *principle-based* benadering. Uitvoeringstoezicht zit tussen deze twee in; het zal elementen bevatten van zowel een *rules-based* als *principle-based* benadering. De aard van de zorginkoop- en regisseursrol, en de hiermee gepaard gaande grotere vrijheidsgraden en interpretatiemogelijkheden, leiden ertoe dat er minder gesteund kan worden op regels. Dit vraagt automatisch om een meer op principes gebaseerde benadering.

Uit de gesprekken die wij gevoerd hebben, blijkt dat het toezicht van de NZa door zorgverzekeraars ervaren wordt als een aanpak die sterk gericht is op het naleven van de regels (*rules-based*). Daarnaast leidt het materiële en formele toezicht tot flinke gepercipieerde toezichtlasten. Ook ervaren verzekeraars het als lastig dat de regels continu en tijdens het spel veranderen. Voor een deel vloeit dit voort uit het politieke karakter van de Zvw. Het functioneren van de NZa en de Wmg zijn recentelijk geëvalueerd. Deze evaluatie bevestigt dit beeld (AEF 2014: 181-182).

“De invulling van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars is doorgeschoten richting de bestrijding van fraude, incorrect declareren, ongepast gebruik en misbruik. Het toezicht is steeds meer gericht op macrobetaalbaarheid en is erg bureaucratisch van aard geworden.”

Door de grote politiek-bestuurlijke aandacht voor fraude en gepast gebruik is er relatief minder aandacht voor de klassieke doelen van uitvoeringstoezicht (zorgplicht, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie).”

Wat betreft het bevorderen van kwaliteitstransparantie wordt aangegeven dat de NZa voldoende instrumentarium heeft om dit na te streven, maar hier in de evaluatieperiode slechts beperkt op ingezet heeft (AEF 2014: 10). Wel zien de onderzoekers eerste stappen in de verplichting voor ziekenhuizen om hun sterftecijfers openbaar te maken. Hier liggen natuurlijk ook belangrijke taken voor het Kwaliteitsinstituut, dat bij Zorginstituut Nederland is ondergebracht, en voor de IGZ. Ook lijkt de NZa zich weer meer te richten op toegankelijkheid. Zo heeft zij recentelijk een verdiepend onderzoek gedaan naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars (NZa 2014a). De NZa geeft aan dat zij inmiddels de inzet op het naleven van de zorgplicht en het toezicht op transparantie aan het intensiveren is.

DNB versus NZa

Het toezicht van DNB ontwikkelt zich in een andere richting dan het toezicht van de NZa. Bij DNB is er het streven om meer toezicht te houden op basis van principes (*principle-based*), terwijl het toezicht van de NZa als meer *rules-based* wordt ervaren. De vraag is of deze *rules-based* benadering passend blijft naarmate er meer vrijheidsgraden komen voor zorgverzekeraars, zoals bij de zorginkooprol. Het risico bestaat dan dat er vooral toezicht wordt gehouden op taken die duidelijk in de wetgeving vastliggen, en minder op taken die meer open geformuleerd zijn en verschillend geïnterpreteerd kunnen worden. DNB werkt daarnaast volgens een duidelijke toezichtstrategie en communiceert deze naar stakeholders, terwijl bij de NZa een naar buiten toe gecommuniceerde strategische agenda ontbreekt (AEF, 2014). Tussen de twee toezichthouders vindt op alle niveaus op reguliere basis afstemming plaats. Ook stemt men het opvragen van informatie van verzekeraars af om te voorkomen dat er dubbele uitvragen plaatsvinden. Toch ervaren zorgverzekeraars nog steeds dat ze vaak aan meerdere toezichthouders dezelfde informatie moeten aanleveren.

DNB toetst kandidaten voor een bestuursfunctie. Bij deze toetsing vallen behoorlijk wat kandidaten af. De vraag is of de toetsing door DNB leidt tot een afgewogen brede deskundigheid binnen de raad van bestuur en de raad van commissarissen. Mogelijk bestaat het risico dat er vooral bestuurders goedgekeurd worden met een financiële achtergrond en minder bestuurders met een zorginhoudelijke of sociale achtergrond. Zorgverzekeraars zijn niet alleen een financiële instelling, maar hebben ook een maatschappelijke rol als zorginkoper en/of zorgregisseur. Opvallend is dat elk lid van de raad van commissarissen een financiële basiskennis heeft en hierop getoetst wordt, maar dat een basiskennis van de zorg niet noodzakelijk is.

Met de invoering van de Wlz krijgt de NZa een bevoegdheid om te toetsen of Wlz-uitvoerders de bestuurderstoets goed uitvoeren. Dit betreffen vaak, maar niet altijd, bestuurders van zorgverzekeraars die door DNB al getoetst zijn in het kader van de Wet op het financieel toezicht (Wft). Gegeven dit voornemen, en om de bestuurderstoets meer in balans te brengen, zou het goed zijn dat DNB de NZa van meet af aan betreft bij de bestuurderstoets.

Het inrichten van de compliance - het in overeenstemming werken met geldende wet- en regelgeving - blijkt voor grote verzekeraars gemakkelijker te zijn dan voor kleine verzekeraars. Zo horen we dat toezichtlasten hoog zijn en dat naarmate een verzekeraar groter is, deze beter in staat is om die kosten te dragen. Het externe toezicht kan zo schaalvergroting versterken en een toetredingsdrempel vormen voor nieuwe initiatieven. Ondanks deze toetredingsdrempels bestaat dit jaar de mogelijkheid voor verzekeraar ANNO12, mocht deze voldoende leden weten te werven, om tot de zorgverzekeringmarkt toe te treden.

Verschillende toezichthouders zijn verantwoordelijk voor verschillende publieke belangen. Het is echter de vraag of alle publieke belangen voldoende gedekt worden door het systeem van extern toezicht. Het externe toezicht heeft zich de laatste jaren met name gericht op financiële stabiliteit en betaalbaarheid, en minder op kwaliteit en toegankelijkheid. Gegeven de steeds belangrijker wordende zorginkooprol van zorgverzekeraars en de risico's die hiermee gepaard gaan, is het nodig dat het externe toezicht gaat kantelen en op een andere manier ingevuld wordt. Met meer aandacht voor kwaliteit en toegankelijkheid, en meer op basis van principes.

4.2 Het interne toezicht

Voor het interne toezicht zijn er meerdere belangrijke fora: de raad van commissarissen, de ledenraad of bij sommige verzekeraars de aandeelhoudersvergadering. Net als het externe toezicht versterkt het interne toezicht met name de output-legitimiteit. De ledenraad kan daarnaast de democratische besluitvorming versterken en hiermee ook een belangrijke bron zijn voor de input-legitimiteit.

Raad van commissarissen

De raad van commissarissen houdt toezicht op de raad van bestuur en vormt een belangrijke schakel binnen het governancestelsel. De Governance Principles Verzekeraars schrijven voor waar een raad van commissarissen aan moet voldoen (Verbond van Verzekeraars 2013). Zo is hierin opgenomen dat deze onafhankelijk moet kunnen opereren en oog moet hebben voor een evenwichtige afweging tussen de verschillende belangen van stakeholders. Ook moet er voldoende deskundigheid zijn,

moet er permanente educatie plaatsvinden en moet de raad van commissarissen jaarlijks intern en driejaarlijks onafhankelijk geëvalueerd worden.

De selectieprocedure ligt vaak bij de raad van commissarissen zelf en de uiteindelijke benoeming bij de ledenraad of aandeelhoudersvergadering. Aanbevelingen voor personen die voorgedragen worden voor de raad van commissarissen vinden plaats door de raad van commissarissen zelf en de ledenraad. Bij sommige zorgverzekeraars kunnen ook de raad van bestuur en de ondernemingsraad leden aanbevelen. Een aanbeveling door de raad van bestuur zou de onafhankelijkheid van de raad van commissarissen kunnen aantasten. Bij de meeste nv's in andere sectoren is dit dan ook niet gebruikelijk.

Een interessante vraag is of een raad van commissarissen bij een zorgverzekeraar verschilt van die bij een reguliere schadeverzekeraar. De taken en bevoegdheden verschillen in principe niet. Zorgverzekeraars en schadeverzekeraars kennen immers ook dezelfde governancecode.

Het verschil zit hem vooral in de aard van de dienstverlening en de omgeving waarin ze opereren. Zorgverzekeraars richten zich niet alleen op verzekeren, maar ook op de zorginkoop. Daarnaast opereren zorgverzekeraars binnen een maatschappelijke context, zijn ze sterk afhankelijk van politieke besluitvorming en zullen ze waarschijnlijk steeds vaker moeten samenwerken met gemeenten. Ook hebben ze een belangrijke rol in het borgen van publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Dit vereist specifieke kennis bij een raad van commissarissen, zoals verstand van zorginkoop en (lokale) politiek. Het is de vraag of raden van commissarissen bij alle zorgverzekeraars op dit moment alle benodigde expertise vertegenwoordigd hebben. Bij sommige verzekeraars lijkt er een beperkte zorgexpertise vertegenwoordigd in de raad van commissarissen.

Ledenraad

Behalve de raad van commissarissen hebben de meeste zorgverzekeraars een ledenraad. Bij een coöperatie is de algemene ledenvergadering formeel het hoogste orgaan. In de statuten van zorgverzekeraars is opgenomen dat de zeggenschap van de algemene ledenvergadering overgaat naar de ledenraad. Bij de zorgverzekeraars die een nv of bv zijn, is de aandeelhoudersvergadering het hoogste orgaan. Bij twee van de drie van deze zorgverzekeraars (de merken die vallen onder het concern Achmea en ONVZ) heeft een vereniging van leden het merendeel van de aandelen in bezit. Deze verenigingen hebben een ledenraad.

De ledenraad heeft een beperkt aantal bevoegdheden, zoals het benoemen van de raad van commissarissen, decharge verlenen aan de raad van bestuur en de raad van commissarissen, en goedkeuring geven aan belangrijke besluiten van de raad van bestuur. Het bestuur en de raad van commissarissen hebben binnen hun taken bewegingsruimte, maar

zijn uiteindelijk formeel ondergeschikt aan de algemene vergadering (RVZ 2014). Naast deze wettelijke taken zien we dat de ledenraad bij de meeste verzekeraars als klankbordgroep fungeert; de raad vormt de stem van de verzekerden. Op deze rol van klankbordgroep komen we in de volgende paragraaf terug.

Bestuurders en leden van de ledenraden zijn zelf redelijk tevreden over het functioneren van de ledenraden en vinden dat deze een duidelijke toegevoegde waarde hebben (Bureau Veldkamp 2014). Op basis van de gesprekken met bestuurders en de twee bijeenkomsten met leden van de ledenraden van zorgverzekeraars denkt de Raad echter wel dat er ruimte is voor het versterken van de ledenraden. Hieruit concluderen we dat zorgverzekeraars de ledenraden heel verschillend ingevuld hebben, en dat de ledenraad bij de ene zorgverzekeraar beter lijkt te functioneren dan bij de andere. Verschillende zorgverzekeraars hebben recentelijk een professionaliseringslag ingezet of zijn daar nog mee bezig. Tijdens de bijeenkomsten is gebleken dat ledenraden veel van elkaar kunnen leren, maar dat dit in de praktijk nog nauwelijks gebeurt.

Op basis van de gesprekken en de twee bijeenkomsten komt de Raad tot vier voorwaarden waar een goede ledenraad aan moet voldoen:

1. onafhankelijk kunnen opereren ten opzichte van de raad van bestuur en de raad van commissarissen,
2. voldoende deskundig zijn,
3. representatief zijn en voeling hebben met de verzekerdenpopulatie,
4. lerend vermogen hebben en verantwoording afleggen over het eigen functioneren.

Voorwaarde 1: De ledenraad opereert voldoende onafhankelijk

Ten eerste zien we dat ledenraden niet altijd voldoende onafhankelijk kunnen opereren van de raad van bestuur en de raad van commissarissen. Het is over het algemeen de ledenraad die de leden van de raad van commissarissen benoemt, en deze vervult vervolgens de werkgeversrol voor de raad van bestuur. Dit begint bij de selectieprocedure. Bij sommige zorgverzekeraars is het gebruikelijk dat de raad van bestuur mensen persoonlijk benadert om deel te nemen aan de ledenraad. Ook zien we dat de raad van bestuur zelf de selectieprocedure verzorgt. Bemoeden van de raad van bestuur en raad van commissarissen kan ten koste gaan van de tegenkracht die de ledenraad kan bieden. Gezien de onafhankelijkheid lijkt het de Raad beter dat er een vacature gemeld wordt en dat een commissie vanuit de ledenraad zelf de kiesprocedure begeleidt, zoals bij een aantal zorgverzekeraars gebeurt. Op grond van artikel 2:39 van het Burgerlijk Wetboek moeten afgevaardigden vervolgens altijd gekozen worden. Daarnaast zien we dat het initiatief voor vergaderen, het invullen van voorzitterschap en het maken van de agenda bij sommige verzekeraars bij de raad van bestuur ligt. Tevens zien we dat de secretaris van de ledenraad soms ook secretaris van de raad van bestuur is. Het lijkt de

Raad wenselijk dat de ledenraad kan beschikken over een onafhankelijke voorzitter, een eigen secretaris en zelf de agenda kan bepalen voor zover deze niet volgt uit de statutaire verplichtingen. Ook zou er de mogelijkheid moeten zijn - als hier behoefte aan is - om afzonderlijk van de raad van bestuur te vergaderen.

Voorwaarde 2: De ledenraad is voldoende deskundig

Ten tweede beschikken ledenraden niet altijd over voldoende deskundigheid om effectief te zijn. Uit de bijeenkomsten blijkt dat het nog steeds voorkomt dat leden van ledenraden zich niet voorbereiden op vergaderingen, niet op de hoogte zijn van taken en bevoegdheden van de ledenraad en inhoudelijk onvoldoende in staat zijn om stukken te beoordelen. Het is hierbij natuurlijk niet zo dat elk lid alle deskundigheid moet hebben, maar wel dat er binnen de ledenraad in zijn algemeenheid voldoende expertise aanwezig moet zijn. Enerzijds zou bij de selectieprocedure gewerkt kunnen worden met competentieprofielen, zoals bij een aantal zorgverzekeraars gebeurt. Anderzijds moeten er voldoende middelen beschikbaar zijn om te investeren in deskundigheid. We denken hier in elk geval aan een introductietraject om leden van de ledenraad in te werken. Daarnaast kan er gedacht worden aan een opleidingsbudget voor gerichte deskundigheidsverbetering. Ook bieden de meeste zorgverzekeraars hun ledenraad de mogelijkheid om professionele ondersteuning te krijgen vanuit de eigen organisatie en om onafhankelijke experts te raadplegen. Tot slot is een passende vergoeding voor de leden van belang, ook met het oog op het krijgen van voldoende geschikte kandidaten.

Voorwaarde 3: De ledenraad is een representatieve vertegenwoordiging van, en heeft voeling met, de verzekerdenpopulatie

Ten derde zou de ledenraad voldoende representatief moeten zijn en zicht moeten hebben op wat er leeft bij de verzekerden. Sommige verzekeraars sturen bij de selectieprocedure aan op een goede afspiegeling van de verzekerdenpopulatie in de raad. Wel zal - vanwege de noodzaak van voldoende deskundigheid - het opleidingsniveau gemiddeld genomen wat hoger liggen. Wat opvalt is dat de omvang van ledenraden nogal verschilt: van tien tot veertig leden. We denken dat een al te grote ledenraad ten koste kan gaan van de effectiviteit en de slagkracht. Dit brengt het risico met zich mee dat veel leden beperkt betrokken zullen zijn. Naast een kleinere ledenraad is een alternatief om met een regionaal model te werken, zoals nu bij VGZ gebeurt, of met deelcoöperaties. Omdat de leden van de ledenraad afgevaardigden zijn, is het essentieel dat zij voldoende voeling houden met de verzekerden. Bij sommige verzekeraars kan de ledenraad beschikken over klantenonderzoeken. Ledenraden raadplegen op dit moment nauwelijks hun achterban en vinden dit ook niet nodig. Toch zou bij belangrijke kwesties de mogelijkheid aanwezig moeten zijn om als ledenraad zelf enquêtes uit te zetten. Bij zorgverzekeraar Menzis zien we dat de ledenraad ook zelf naar buiten treedt en regionale bijeenkomsten organiseert.

Voorwaarde 4: De ledenraad heeft een lerend vermogen en legt verantwoording af over het eigen functioneren

Ten vierde vinden er op dit moment binnen de ledenraden nog maar beperkt (zelf-)evaluaties plaats. De ledenraden van CZ en Zorg en Zekerheid hebben recentelijk een eerste zelfevaluatie uitgevoerd. Uit de bijeenkomsten bleek dat dit een vrij nieuw fenomeen is en bij de meeste ledenraden (nog) niet gebeurt. De Raad denkt dat het goed is dat ledenraden zichzelf regelmatig evalueren en dat er daarnaast periodiek een onafhankelijke evaluatie plaatsvindt. Dit bevordert het leervermogen. Daarnaast verantwoorden ledenraden zich op dit moment nog onvoldoende aan verzekerden en maatschappij. De Raad vindt dat ledenraden in een maatschappelijk jaarverslag kort zouden moeten rapporteren over de belangrijkste onderwerpen die het afgelopen jaar aan bod zijn gekomen en over de wijze waarop de ledenraad deze besproken heeft. Dit versterkt ook de profilering van de ledenraden ten opzichte van de verzekerden. De meeste verzekerden zijn immers niet op de hoogte van het bestaan van een leden- of verzekerdenraad.

Zorgverzekeraars zouden in hun Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap kunnen opnemen waar een goede ledenraad aan moet voldoen.

Afstemming tussen het interne en het externe toezicht

Omdat er toenemende vrijheidsgraden zijn voor zorgverzekeraars, wordt het volgens de Raad belangrijker dat er een afstemming is tussen het externe en het interne toezicht. DNB heeft als externe toezichthouder oog voor de raad van commissarissen en ziet dit gremium als een middel om de doelstelling van DNB te realiseren. DNB richt zich niet op de ledenraad en gaat schijnbaar uit van beperkte invloed van dit orgaan. De NZa richt zich nauwelijks op de raad van commissarissen. Wel houdt de NZa toezicht op de invloed van verzekerden (artikel 28 Zvw), en ziet de ledenraad als een manier waarop verzekerden invloed kunnen uitoefenen. Dit doet de NZa door jaarlijks uit te vragen op welke wijze zorgverzekeraars invloed geven aan verzekerden en of dit vervolgens heeft geleid tot wijzigingen in het beleid. In 2007 heeft voor het laatst een verdiepend onderzoek van de NZa plaatsgevonden naar de verzekerdeninvloed (Nza 2007). De Nza zou de bevindingen uit de jaarlijkse uitvraag structureel aan een nadere analyse moeten onderwerpen.

Ook zou het goed zijn als de raad van commissarissen zich expliciet verantwoordt over wat er gedaan is met concrete aanwijzingen en gesignaleerde risico's, vanuit het externe toezicht. Tot slot zouden de raad van bestuur en de raad van commissarissen zich kunnen verantwoorden over hoe ze omgegaan zijn met signalen van de ledenraad of de verzekerdenraad. Hierdoor geven ze ook het signaal af dat ze dit orgaan serieus nemen.

4.3 De invloed van verzekerden

Een belangrijke mogelijkheid om de legitimiteit te versterken is verzekerden meer te betrekken bij beleid en invloed te geven (RMO 2009).

Zorgverzekeraars staan voor een aantal uitdagingen bij het invloed geven aan en betrekken van verzekerden bij beleid. Ten eerste zijn de meeste verzekerden verzekerd bij zorgverzekeraars met miljoenen leden. Verzekerden kunnen die als anonieme organisaties ervaren die moeilijk te beïnvloeden zijn. Hoe meer leden er zijn, des te kleiner de invloed van een individuele verzekerde is. Ten tweede is de zorgverzekering voor veel verzekerden een *commodity-product*, waar zij in de regel weinig tijd en energie in steken. Dit is overigens anders voor mensen die relatief veel zorg nodig hebben. Voor hen is de zorgverzekering juist een *high-interest product*. Dit kan ertoe leiden dat met name patiënten invloed uitoefenen. Ten derde is het verschil tussen zorgverzekeraars op het moment niet zo groot. Bijna alle zorg is ingekocht, en de zorg die niet ingekocht is, wordt alsnog grotendeels vergoed. Het grootste verschil zit op dit moment in de aanvullende verzekeringen. Naarmate de selectieve zorginkoop aan belang toeneemt, zullen de verschillen tussen zorgverzekeraars toenemen en zal het voor verzekerden belangrijker zijn om invloed uit te oefenen. Zo blijkt uit de marktscan van de zorgverzekeringsmarkt (NZa 2014b) dat het aanbod van budgetpolissen - waarbij niet alle zorgverleners zijn gecontracteerd - stijgt en dat inmiddels 4,5% van de verzekerden een dergelijke polis heeft.

Er zijn veel mogelijkheden om verzekerden te betrekken en invloed te geven op het beleid. Hierbij speelt ook dat in de Zvw geregeld is dat zorgverzekeraars moeten zorgen voor “een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar” (artikel 28 Zvw). Dit kan op individueel niveau, maar ook op collectief niveau. Zonder volledig te willen zijn, stellen we hierna een aantal mogelijkheden aan de orde.

Leden- en verzekerdenraden

Een eerste instrument is de medezeggenschap van verzekerden. Zoals de Raad in het vorige hoofdstuk heeft aangegeven, hebben de meeste verzekeraars een formele ledenraad die ook als klankbordgroep functioneert. Daarnaast zien we dat het concern Achmea een aparte verzekerdenraad heeft voor de divisie Zorg & Gezondheid. Deze leden- of verzekerdenraad biedt een mogelijkheid om de dialoog aan te gaan met verzekerden. Wel zijn hier op dit moment een aantal kanttekeningen bij te plaatsen. Ten eerste betreft de ledenraad maar een heel kleine selectie van de verzekerdenpopulatie en is de representativiteit beperkt. Ten tweede kent de ledenraad een statisch karakter en komt hij slechts een paar keer per jaar samen.

Klantenpanels

Zorgverzekeraars maken in de praktijk veel gebruik van klantenpanels. Dit zijn vaste groepen verzekerden, waar de zorgverzekeraar vragen aan kan stellen en de dialoog mee kan aangaan. Het voordeel van een klantenpanel is dat het vaak bestaat uit grotere groepen verzekerden dan de ledenraad, en dat deze groepen een grotere representativiteit kennen. Een verschil is dat het bij een klantenpanel in principe gaat om gevraagde inbreng, terwijl een leden- of verzekerdenraad ook ongevraagde inbreng kan hebben. Daarnaast kan een raad van bestuur gemakkelijker de inbreng van een klantenpanel terzijde leggen, aangezien dit panel geen formele bevoegdheden heeft. Een interessante gedachte is om leden- of verzekerdenraden de mogelijkheid te geven om vragen mee te geven aan het klantenpanel.

Geschillen- en klachtenregelingen

Over het algemeen hebben zorgverzekeraars goede klachtenregelingen (RVZ 2014). Dit heeft zijn oorsprong in de tijd van de Ziekenfondswet, toen zorgverzekeraars nog ziekenfondsen waren en gehouden waren aan de voorschriften van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Deze wet kent een gedetailleerde regeling voor het omgaan met en behandelen van klachten. Ook in de Zvw is dit verplicht opgelegd. Uit het jaarverslag van 2012 van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) komt naar voren dat het aantal klachten over zorgverzekeraars toeneemt. Het merendeel van de klachten heeft betrekking op de verzekerde prestaties. Klachten gaan nooit over de zorgverlening zelf. Dat is opvallend, aangezien zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop.

Regionale bijeenkomsten

Een interessante en effectieve manier om verzekerden te betrekken bij beleid is het houden van regionale bijeenkomsten. Zo heeft zorgverzekeraar De Friesland - in het kader van het project 'Friesland voorop' - dertien bijeenkomsten georganiseerd met klanten en medewerkers van De Friesland over de toekomst van de zorg (De Friesland, 2013). Ook zorgverzekeraar Menzis maakt gebruik van regionale bijeenkomsten. Zo is er een bijeenkomst door de ledenraad samen met veertien Twentse gemeenten, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders georganiseerd over veranderingen in de gezondheidszorg (Menzis, 2014). Bij specifieke onderwerpen die groepen verzekerden aangaan - zoals de regionale zorgvisies of samenwerkingsverbanden met gemeenten - kan dit een zeer effectief middel zijn om relevante stakeholders te betrekken bij beleid.

Digitale communities

Digitale communities zouden zeer geschikt kunnen zijn om verzekerden te betrekken en invloed te geven. Toch zien we in de praktijk dat zorgverzekeraars hier nauwelijks gebruik van maken. Een voorbeeld is de website

www.medemenz.nl van Menzis. Op deze site kunnen verzekerden hun ervaringen met de zorg delen, hun mening over producten en diensten geven, en meedenken over productontwikkelingen. De meeste zorgverzekeraars hebben geen community-ruimte op hun website.

Crowdsourcing

Onder crowdsourcing verstaan we het gebruikmaken door een organisatie van grote, niet-gespecificeerde groepen individuen voor consultancy, innovatie, beleidsvorming en onderzoek (<http://nl.wikipedia.org/wiki/Crowdsourcing>). Voor zover wij weten wordt dit nog niet gebruikt door verzekeraars, hoewel je de site van Menzis als een eerste initiatief zou kunnen zien om deze richting op te gaan. Waar aan gedacht kan worden is dat een zorgverzekeraar samen met verzekerden en patiënten tot een regionale visie op de zorginkoop komt. Ook kunnen we ons voorstellen dat zorgverzekeraars verzekerden nieuwe producten laten ontwikkelen. De inzet van crowdsourcing is voor de zorgverzekeraar minder vrijblijvendheid dan bijvoorbeeld de inzet van een klantenpanel. Hier zou zelfs gesproken kunnen worden van coproductie.

Collectiviteiten als kans voor betrokkenheid...

Een kans voor grotere betrokkenheid ligt in collectiviteiten. Een groot deel van de verzekerden is collectief verzekerd (71%). Doordat verzekerden zich op groepsniveau organiseren, versterken zij hun positie ten opzichte van de zorgverzekeraar en kunnen zij meer invloed uitoefenen. Terwijl zorgverzekeraars voor burgers grote en anonieme organisaties zijn, staan collectiviteiten vaak dichterbij de burger. Ze zijn georganiseerd op het niveau van het bedrijf, de patiëntenorganisatie en de gemeente. Er is hierdoor binnen de collectiviteit een grotere verbondenheid dan binnen de totale verzekeringspopulatie. Daarnaast is er de mogelijkheid - hoewel deze op dit moment nog beperkt is - om op het niveau van collectiviteiten afwijkende afspraken te maken met de zorgverzekeraar. Denk aan specifieke aanvullende verzekeringen en wensen over de zorginkoop. Deze ruimte zal door het toenemend belang van de zorginkoop groter worden. Voor verzekerden loont het dan meer om betrokken bij de zorginkoop te zijn. Men krijgt eerder iets op het niveau van de collectiviteit geregeld dan op het niveau van de verzekeraar.

Hoewel collectiviteiten een basis kunnen bieden voor invloed op de zorgverzekeraar, zijn er ook een paar kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is de zorgverzekering een individuele verzekering. Organisaties kunnen een collectieve verzekering afsluiten met een zorgverzekeraar, maar dit betekent nog niet dat de leden van de organisaties ook bij deze verzekeraar zijn aangesloten. Ze zijn vrij om elders verzekerd te zijn. De voordelen van een collectieve verzekering zijn vaak beperkt ten opzichte van andere opties. Zo krijgt men bij gelegenheidscollectiviteiten de maximale 10% korting, en internetlabels van de grote verzekeraars hebben nog lagere premies dan een gemiddelde collectiviteit. Het aantal deelnemers dat instroomt in de collectiviteit ten opzichte van het potentieel aantal deel-

nemers is hierdoor beperkt. Hierdoor kan het voor verzekeraars minder lonen om maatwerk aan te bieden.

...en als bedreiging

Aan de andere kant kunnen gelegenheidscollectiviteiten, volmachten en labels de betrokkenheid moeilijker maken. Wanneer het voor verzekerden niet duidelijk is bij welk overkoepelend concern zij verzekerd zijn, wordt het ook moeilijk om invloed uit te oefenen op bijvoorbeeld de zorginkoop die op concernniveau plaatsvindt.

Patiëntenverenigingen

Tot slot worden ook patiëntenverenigingen betrokken bij het beleid. De Raad heeft geconstateerd dat dit vaak pas aan het einde van het inkoopproces gebeurt in plaats van aan het begin. Sommige verzekeraars maken gebruik van landelijke en regionale patiëntenverenigingen; andere kiezen ervoor om er alleen patiënten bij te betrekken die ook bij hen verzekerd zijn. Vooral bij de zorginkoop en de regionale zorgvisies is het cruciaal om patiëntenverenigingen bij beleid te betrekken. Dit zien we overigens nu in de praktijk al vaak gebeuren.

Er zijn vele manieren om verzekerden bij beleid te betrekken en via deze weg de legitimiteit te versterken. Zorgverzekeraars gebruiken op dit moment al verschillende instrumenten, maar kunnen dit uitbreiden. Daarnaast kunnen zij de mate van zeggenschap van verzekerden en patiënten vergroten. Als gemeenten de burgerparticipatie willen vergroten, werken ze vaak met een zogenaamde participatieladder, waarbij elke trede hoger meer zeggenschap van burgers betekent. Deze treden zijn: informeren, raadplegen, adviseren, coproduceren en (mee)beslissen (zie www.participatiewijzer.nl). De meeste instrumenten die zorgverzekeraars gebruiken om verzekerden en patiënten bij beleid te betrekken gaan uit van een beperkte zeggenschap en bevinden zich laag op deze ladder (informeren, raadplegen en adviseren). Om de legitimiteit te versterken, zouden zorgverzekeraars vormen van participatie van verzekerden en patiënten kunnen bevorderen die hoger op de ladder staan, zoals coproduceren en (mee)beslissen. Een instrument als crowdsourcing biedt hier aanknopingspunten voor.

Figuur 4.1 Mogelijkheden om verzekerden te betrekken en invloed te geven



4.4 Stemmen met de voeten

Verzekerden kunnen jaarlijks met hun voeten stemmen en voor een andere verzekeraar kiezen. De vrees om de klant te verliezen geeft de verzekeraar flinke prikkels om deze tevreden te stellen en in zijn belang te handelen. Een goed werkende markt kan tot een versterking van de legitimiteit leiden.

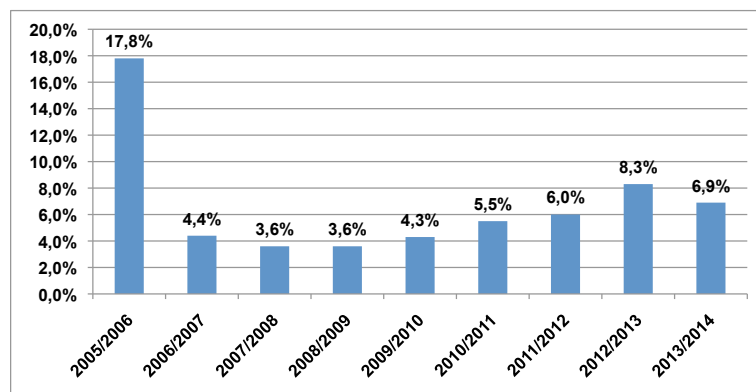
Hoe moeten we concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt beoordelen? Het is moeilijk om hier een finaal oordeel over te vellen. Enerzijds kun je stellen dat er jaarlijks de nodige overstappers zijn en er wel degelijk concurrentie is tussen zorgverzekeraars. In de periode voordat de basisverzekering was ingevoerd, stapte jaarlijks zo'n 3% van de ziekenfondsverzekerden over en 8% van de particulier verzekerden (De Jong en Groenewegen, 2007). De zorgverzekering werd, net als de meeste verzekeringen, als een *low-interest* product gezien. De introductie van de basis-

polis leidde er in het seizoen 2005/2006 toe dat 17,8% switchte. Er waren hoge verwachtingen van de grotere dynamiek die het nieuwe zorgstelsel zou opleveren. Het hoge percentage overstappers bleek echter eenmalig te zijn. Zo stapte in 2006/2007 nog maar 4,4% van de verzekerden over naar een nieuwe verzekeraar. Deze eenmalige ervaring in dynamiek had waarschijnlijk voor een groot deel te maken met de nieuwe mogelijkheid om aan groepen verzekerden collectiviteitskorting te geven. Daarnaast was er een grote belangstelling voor de invoering van de nieuwe zorgverzekering, waardoor deze zich tijdelijk wel tot een *high-interest* product ontpopte.

De laatste jaren is de dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt echter weer gestegen. Zo bedroeg in 2013/2014 het percentage overstappers 6,9% (NZA, 2014b). Wel is het aantal overstapmogelijkheden beperkt door de grote mate van concentratie in de zorgverzekeringsmarkt. Voor de NZa is een overstapper iemand die verandert van risicodrager, ook al is dit binnen hetzelfde concern. Het aantal overstappers op concernniveau ligt dus lager (NZA, 2014b). Daarnaast blijkt dat de overstappers relatief vaak jong en gezond zijn. Ouderen en mensen met een matige of slechte gezondheid stappen veel minder snel over en ervaren belemmeringen (NIVEL, 2014).

Wat dankzij de concurrentie in elk geval redelijk geslaagd lijkt, is het beperken van de beheerskosten en het verbeteren van de serviceverlening. Verzekerden zijn tevreden over hun zorgverzekeraars en geven deze een ruime voldoende. Zo beoordelen ze hun zorgverzekeraar in 2013 gemiddeld met 7,6, dit is wel een lichte daling ten opzichte van 7,7 in 2012 (NZA, 2014b).

Grafiek 4.1: Percentage overstappers naar een andere zorgverzekeraar (risicodrager)



Bron: Nza (2010 en 2014b)

Bij het publieke belang van kwaliteit gaat het meer om kwaliteit van zorg dan de kwaliteit van de serviceverlening. Hier wordt nog niet op gecon-

curreerd. Mogelijk dat de komst van de nieuwe budgetpolis hier verandering in brengt. Bij deze polis is er immers geen of een lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, waardoor de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar wordt versterkt. Een voorwaarde voor selectieve of gedifferentieerde inkoop is dat er voldoende zicht is op kwaliteit. Dit zicht ontbreekt nu nog deels bij partijen en de opbrengst van initiatieven op dit gebied blijft vooralsnog achter. Het tijdelijke programma Zichtbare Zorg is in januari 2013 opgegaan in het Kwaliteitsinstituut. Het huidige kabinet wil de lopende initiatieven met kracht doorzetten en ervoor zorgen dat het Kwaliteitsinstituut doorzettingsmacht krijgt (TK 2012/2013).

Gezien het enorme belang van kwaliteitsinformatie binnen het systeem is de trage voortgang waarmee deze informatie beschikbaar komt heel zorgelijk te noemen. Het is de vraag of het Kwaliteitsinstituut bij machte is hier verandering in te brengen. KPMG komt in de evaluatie van de Zvw tot de conclusie dat de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteits-indicatoren de afgelopen jaren zijn toegenomen, maar er nog aanzienlijke ruimte is voor verbetering (KPMG 2014).

Zorgverzekeraars zullen verzekerden eerlijke informatie moeten geven over de zorginkoop. Wat betreft de Raad zijn dat in elk geval de volgende zaken: verzekerden moeten eenvoudig op de site kunnen zien welke zorgaanbieder wel en welke niet gecontracteerd is en in welke mate; daarnaast moet een zorgverzekeraar inzicht geven over de inkoopcriteria die hij hanteert; en ten slotte moet hij aangeven in hoeverre patiënten en verzekerden betrokken zijn bij de zorginkoop.

Rond het publieke belang van toegankelijkheid is het zorgelijk dat er de laatste jaren producten in de markt zijn gezet die specifiek gericht waren op aantrekkelijke groepen als hoogopgeleiden of studenten. Het vermoeden bestaat dat verzekeraars met deze producten probeerden te profiteren van tekortkomingen in het risicovereveningssysteem. Dit kan echter de toegankelijkheid voor bepaalde - uit verzekeringstechnisch oogpunt - onaantrekkelijke groepen verzekerden onder druk zetten en werken als verkapte vorm van risicoselectie. Hoewel dit inmiddels weer gerepareerd is, blijft het belangrijk om het vereveningssysteem continu te monitoren (zie Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw 2012; NZa 2014a; KPMG 2014). Hoewel we in Nederland in vergelijking met het buitenland een goed vereveningssysteem hebben, is dit zeker nog niet perfect en kan dit tot druk leiden op de solidariteit in het stelsel. In theorie zouden volmachten, internetlabels en collectiviteiten gebruikt kunnen worden als verkapte vormen van risicoselectie. Hierbij speelt ook mee dat het voor verzekerden niet altijd duidelijk is welk concern er achter een internetlabel of volmacht zit, en wie indien nodig op risicoselectie aangesproken kan worden.

Ook is de vraag hoe competitie zich verhoudt tot de regionale zorgnetwerken. Wanneer één verzekeraar gaat over de inrichting van de zorg, is er voor de verzekerde niet veel te kiezen. Deze kan wel overstappen om zo zijn onvrede duidelijk te maken, maar schiet daar in directe zin niet veel mee op. De verzekerde blijft afhankelijk van het regionale zorgnetwerk. Wanneer echter veel verzekerden overstappen, zal de dominante verzekeraar dit wel degelijk voelen en hier rekening mee houden.

Al met al lijkt concurrentie nu vooral het publieke belang van betaalbaarheid te versterken. En hoewel er vooral op prijs wordt geconcurrerd, is de overheid er vooralsnog niet gerust op dat door deze prijsconcurrentie uiteindelijk ook de zorgkosten op macroniveau te beteugelen zijn.

Er wordt nauwelijks op de kwaliteit van zorg geconcurrerd. Hierdoor vormt het stemmen met de voeten op dit moment slechts een beperkte bron van legitimiteit voor de zorginkoop. Wanneer er een beperkte keuzevrijheid is, zoals bij het pre-concurrentieel samenwerken en de regionale zorgregie, dan lijkt het mechanisme van stemmen met de voeten aan kracht te verliezen. Het lijkt dan goed om meer te investeren in medezeggenschap van verzekerden.

5 Conclusie en aanbevelingen

Aan het begin van dit advies zijn er drie vragen geformuleerd. In dit hoofdstuk beantwoordt de Raad deze vragen en komt hij tot een aantal concrete aanbevelingen.

Hoe is het gesteld met de legitimiteit van zorgverzekeraars vanuit het perspectief van de verzekerde burger?

De positie van zorgverzekeraars in het stelsel is veranderd. Naast de rol van financiële zorgverzekeraar hebben ze een rol gekregen als zorginkoper en zijn ze zich aan het ontwikkelen tot een (regionale) zorgregisseur. Voor de traditionele verzekeringsrol hebben ze een redelijk sterke legitimiteitsbasis. Als zorginkoper is hun legitimiteit minder vanzelfsprekend. Door de grotere vrijheidsgraden kunnen zorgverzekeraars minder leunen op wet- en regelgeving. Op dit moment is de betrokkenheid en invloed van verzekerden beperkt.

Is er ruimte voor versterking van deze legitimiteit?

Voor een deel hangt deze wankelende legitimiteitsbasis samen met het feit dat het hier om een relatief nieuwe rol gaat die zorgverzekeraars nog moeten aanleren en waar stakeholders nog aan moeten wennen. Daarnaast zal de zorginkooprol van zorgverzekeraars altijd in zekere mate betwist worden, doordat belangen hier verschillen en er nu eenmaal partijen zijn die erop achteruit gaan. Toch ziet de Raad zeker ook mogelijkheden voor zorgverzekeraars om in bronnen van legitimiteit te investeren.

Kan de governancestructuur legitimiteit versterken?

De Raad denkt dat de governancestructuur kan bijdragen aan het versterken van de legitimiteit. Het externe en interne toezicht kan burgers het idee geven dat onafhankelijke partijen goed letten op het bestuur van zorgverzekeraars en dat dit uiteindelijk ook leidt tot betere resultaten. De ledenraad of verzekerdenraad kan als stem van de verzekerden hierin een rol spelen. Wel is het dan nodig dat verzekerden op de hoogte zijn van het bestaan van dit orgaan en het vertrouwen hebben dat dit serieus wordt genomen. Daarnaast zullen verzekerden zorgverzekeraars legitimiteit toekennen wanneer ze het idee hebben dat ze - indien ze dit wensen - invloed kunnen uitoefenen op zorgverzekeraars en betrokken worden bij beleid. De Raad ziet mogelijkheden om de nieuwe rol van de zorgverzekeraar te versterken en in te zetten op onderbenutte instrumenten. Dit zal niet eenvoudig zijn, voor veel verzekerden is de zorgverzekering een *commodity-product*, waar ze weinig tijd en energie in steken. Als de verzekerde patiënt wordt, worden de polis en de verzekeraar belangrijker: patiënten willen weten welke zorg is gecontracteerd, zij willen advies over een zorgaanbieder, en zij willen de beste zorg. Tot slot kan ook een goed werkende zorgverzekeringmarkt - waar behalve op prijs ook op kwaliteit van de zorginkoop wordt geconcurrereerd - bijdragen aan een versterking van de output-legitimiteit.

Concreet doet de Raad de volgende vijf aanbevelingen:

1. Zorgverzekeraars kunnen verzekerden en patiënten beter betrekken bij het beleid van zorgverzekeraars. Dit kan door traditionele instrumenten als verzekerdenraden, klantenpanels, regionale bijeenkomsten, collectiviteiten en patiëntenverenigingen. Ook kunnen hier meer moderne middelen ingezet worden als digitale communities en crowdsourcing. De Raad ziet ruimte om deze instrumenten beter te benutten. Het gaat hier dan met name om het vergroten van de zeggenschap, het moet een minder vrijblijvend karakter hebben en de kennis en ervaring van patiënten en verzekerden moet eerder in het besluitvormingsproces benut worden. Zorgverzekeraars zouden inzichtelijk moeten maken hoe ze verzekerden betrekken bij beleid en invulling geven aan artikel 28 van de Zvw.
2. Om de checks-and-balances in het systeem te verbeteren kunnen zorgverzekeraars de ledenraad versterken. Hierbij zou een goede ledenraad in elk geval aan de volgende voorwaarden moeten voldoen: deze opereert onafhankelijk van de raad van bestuur en de raad van commissarissen, is voldoende deskundig, is representatief en heeft voeling met de verzekerdenpopulatie, en heeft een lerend vermogen en legt verantwoording af over het eigen functioneren. Zorgverzekeraars zouden in hun Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap kunnen opnemen waar een goede ledenraad aan moet voldoen. Daarnaast kunnen raden van bestuur en raden van commissarissen zich verantwoorden over wat ze hebben gedaan met signalen uit de ledenraad.
3. Zorgverzekeraars moeten relevante informatie verschaffen over de zorginkoop, zodat competitie behalve op prijs ook op basis van kwaliteit kan plaatsvinden. Ze moeten in elk geval eerlijke informatie geven over:
 - a. de criteria en overwegingen op basis waarvan ze zorg hebben ingekocht;
 - b. welke zorgaanbieders waarvoor gecontracteerd zijn;
 - c. betrokkenheid van patiënten en verzekerden bij de zorginkoop.
4. Het externe toezicht moet zich meer richten op risico's voor toegankelijkheid en kwaliteit die volgen uit de nieuwe positie van zorgverzekeraars (zie ook AEF, 2014). Nu is het externe toezicht met name gericht op financiële stabiliteit en betaalbaarheid. Vanwege de grotere vrijheidsgraden en interpretatiemogelijkheden is een omslag nodig van toezicht op basis van regels naar toezicht op basis van principes. Een belangrijk doel moet hierbij zijn om het leervermogen van zorgverzekeraars te vergroten en de markt te ontwikkelen. DNB en de NZa kunnen hun toezichtaanpak beter op elkaar afstemmen.

5. Bij volmachten en labels zou duidelijk moeten zijn welk concern hiervoor verantwoordelijk is. Dit is nu vaak moeilijk te achterhalen. Aangezien deze constructies gebruikt kunnen worden als een vorm van verkapte risicoselectie, is het goed als het moederconcern hier ook op aangesproken kan worden.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Pauline Meurs,
voorzitter



Theo Hooghiemstra,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voorbereid onder leiding van:

Prof. dr. W.N.J. Groot

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Prof. dr. W.N.J. Groot

- Voorzitter van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Limburg
- Columnist Observant

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman

- Lid Raad van Toezicht NHTV Internationale Hogeschool in Breda
- Voorzitter Beroepscommissie Huisartsenposten Midden-Brabant
- Lid Raad van Toezicht Forensische Zorgspecialisten van de Van der Hoeven Kliniek in Utrecht

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

Drs. B.J.C. van de Gevel, projectleider

Mevrouw mr. M.W. de Lint, projectlid

Mevrouw N.L. Buijs, projectondersteuner

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving.

De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommiteerd.

Achtergrondstudies

Mevrouw mr. M.W. de Lint heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Over governance van zorgverzekeraars gesproken: een kritische reflectie vanuit juridisch-bestuurlijk perspectief'.

Bureau Veldkamp heeft een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met de titel 'De rol van ledenraden in de governance van zorgverzekeraars'.

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- Ing. R.A. Adolfsen, MBA, ANNO12
- F. Blankers, Eno Zorgverzekeraar N.V.
- Mr. R.H.L.M. van Boxtel, Menzis
- Mevrouw L.T. Bouwmeester, PvdA

- Mevrouw mr. drs. H.G.J. Bruins Slot, CDA
- Drs. B.R. Combée, Consumentenbond
- Dr. K.P. Companje, Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars
- J.M.A. le Congé, DSW Zorgverzekeraar
- W. van Duijn, CZ
- Drs. R.J.B. Groot Koerkamp MSc., Zorgverzekeraars Nederland
- Drs. C.F. Hamster, Coöperatie VGZ UA
- Drs. G. van der Haar, Menzis
- Dr. P.F. Hasekamp, Zorgverzekeraars Nederland
- Mevrouw drs. P.E. Hielkema, De Nederlandsche Bank
- Drs. J.H. van Hijum, Nederlandse Zorgautoriteit
- Prof. dr. P.L.C. Hilbers, De Nederlandsche Bank
- N.F.J. Hoogers RA, Achmea
- Drs. E.L. Hooiveld RA, Eno Zorgverzekeraar N.V.
- A.M. van Houten MHA, Zorg en Zekerheid
- Drs. F.J.H. de Jong, ONVZ Zorgverzekeraar
- Drs. F.D.B. Kleijer, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mr. E.A. Kleijnenberg, ONVZ Zorgverzekeraar
- Prof. dr. A. Klink, Coöperatie VGZ UA
- Drs. I.W. Komrij, Nederlandse Zorgautoriteit
- Prof. dr. H.A. Keuzenkamp, Westfriesgasthuis
- Mevrouw R.M. Leijten, BA, SP
- Drs. W.A. van der Meeren, CZ
- Mevrouw drs. J.M.C.J. Merkelbach, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mr. C.A.C.M. Oomen, DSW Zorgverzekeraar
- Mr. M. Ploeg, Achmea
- Mevrouw mr. D.A. van Ravenswaay, De Nederlandsche Bank
- Mevrouw drs. P.J. Schout, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Mr. W.J.J. Vleeshouwers, CZ
- Mr. J. van Wijngaarden, VVD
- Mevrouw drs. R. Wouters, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Raad heeft het advies op 16 oktober 2014 vastgesteld.

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

ALS	Amyotrofe Laterale Sclerose
ACM	Autoriteit Consument en Markt
AEF	Andersson Elffers Felix
AFM	Autoriteit Financiële Markt
ALV	Algemene ledenvergadering
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettaire Kader Zorg
bv	besloten vennootschap
BW	Burgerlijk Wetboek
c.q.	casu quo
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
DNB	De Nederlandsche Bank
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MvT	Memorie van Toelichting
Mw	Mededingingswet
nv	naamloze vennootschap
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RvC	Raad van Commissarissen
RvB	raad van Bestuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
UA	Uitsluiting van aansprakelijkheid
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wft	Wet financieel toezicht
WLZ	Wet voor intramurale Langdurige Zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 3

Literatuurlijst

Autoriteit Consument en Markt. ACM wijst zorgverzekeraars op mededingingsrisico bij uitvoering gezamenlijke plannen spoedeisende zorg, nieuwsbericht, 16 juli 2014. Geraadpleegd via <https://www.acm.nl/publicaties/publicatie/13132/ACM-wijst-zorgverzekeraars-op-mededingingsrisico-bij-uitvoering-gezamenlijke-plannen-spoedeisende-zorg/>.

Andersson Elfers Felix. Ordening en toezicht in de zorg: evaluatie van de Wet Marktordering Gezondheidszorg (WVG) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Utrecht: AEF, 2014.

Bes, R., S. Wendel en J. de Jong. Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars. Economisch-Statistische Berichten, 97, 2012, no.4647, p. 676-677.

Boonen, L.H.H.M. en F.T. Schut. Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem, Economisch-Statistische Berichten, 94, 2009, no. 4572, p. 678-681.

Bovens, M. Publieke verantwoording: een analysekader. In: W. Bakker & K. Yesilkagit (red.). Publieke verantwoording: regimes van inzicht en rekenschap bij de uitvoering van publieke taken. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2005.

BS Health Consultancy. Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid en prijs: onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringmarkt. Vinkeveen: BS Health Consultancy, 2014.

Bureau Veldkamp. De rol van ledenraden in de governance van zorgverzekeraars. Amsterdam: Bureau Veldkamp, 2014.

Commissie Behoorlijk Bestuur. Een lastig gesprek. Den Haag, Advies Commissie Behoorlijk Bestuur, 2013.

Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw. Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringwet. Den Haag: Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw, 2012.

CZ/Regioregie. Betere en betaalbare zorg door samenwerking in uw regio. Tilburg: CZ/Regioregie, 2013.

De Friesland Zorgverzekeraar. Praat mee over de zorg: verslag van een reeks gespreksavonden in de provincie Friesland. Leeuwarden: De Friesland Zorgverzekeraar, 2013.

De Nederlandsche Bank. FOCUS! de vernieuwde toezichtaanpak van DNB. Amsterdam: DNB, 2012.

De Telegraaf. Consumentenbond: zorgpremie kan omlaag. wo 24 sep 2014. In: De Telegraaf, 24 september 2014. Geraadpleegd via <http://www.telegraaf.nl/dft/geld/gezin-zorg/article23117762.ece>.

Dijstelbloem, H.O. en P.L. Meurs. Publieke verantwoording in de maatschappelijke dienstverlening. In: E.R. Engelen en M. Sie Dhian Ho (red). De staat van de democratie: democratie voorbij de staat. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004.

EenVandaag. Hoe groot is de macht van de zorgverzekeraars? Video file van 20-1-2014. Geraadpleegd via http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/48725/hoe_groot_is_de_macht_van_de_zorgverzekeraars

Hasekamp, P. Gestold wantrouwen? drie stappen naar genezing, 2014. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/blogs/id1908-gestold-wantrouwen-drie-stappen-naar-genezing.html>

Hemerijck, A. Vier kernvragen van beleid. Beleid en Maatschappij, jg. 30, 2003, nr. 1, p. 3-20.

Hendriks, F., J. van Ostaaijen en M. Boogers. Legitimiteitsmonitor Democratisch Bestuur: naar een metamonitor van de legitimiteit van het democratisch bestuur in Nederland. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2011.

Hirschman, A.E. Exit, voice and loyalty: responses to the decline in firms organizations and states. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1970.

Jong, J. de en P. Groenewegen. Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug: collectivisering zet door. Utrecht: NIVEL, 2007.

Kleef, R. van, E. Schut en W. van de Ven. Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2014.

Klijn, E.H. Governance and Governance Networks in Europe: an Assessment of 10 years of research on the theme. Public Management Review, 10, 2008, no. 4, p. 505—525.

KPMG Plexus. Evaluatie Zorgverzekeringswet: eindrapportage september 2014. Breukelen: KPMG Plexus, 2014.

Kratochwil, F. On Legitimacy. *International Relations*, jg. 20, 2006, nr. 3, p. 302-308.

Menzis. NOG Beter. Toekomst voor de zorg in Noordoost-Groningen. 23-9-2013. Geraadpleegd via <http://www.menzis.nl/web/AgendaVanDeToekomst/NOGBeter.htm>

Menzis. Ledenraad informeert inwoners Twente over veranderingen in de zorg. 31-10-2014. Geraadpleegd via <http://www.menzis.nl/web/Consumenten/OverMenzis/Nieuws/LedenraadInformeertInwonersTwente-OverVeranderingenInDeZorg.htm>

Meurs, P. en T. van der Grinten. *Gemengd besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2005.

Meurs, P. Van regeldruk naar passende regels: Vertrouwen, Veerkracht, Verantwoordelijkheid en Vrijheid. Essay op verzoek van het ministerie van VWS en van de leden van de Agenda voor de Zorg. Den Haag: Ministerie van VWS/de leden van de Agenda voor de Zorg, 2014.

Milgrom, P.R. & J. Roberts. *Economics, organisation & Management*. New Jersey: Prentice-Hall, 1992.

Nederlandse Zorgautoriteit. Thematisch onderzoek. Verzekerdeninvloed zorgverzekeringwet. Utrecht: NZa, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. Bijlage Marktscan zorgverzekeringmarkt. Utrecht: NZa, 2010.

Nederlandse Zorgautoriteit. Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars: verdiepend onderzoek, bevindingen, acties en aanbevelingen. Utrecht: NZa, 2014a.

Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringmarkt: weergave van de markt 2010-2014. Utrecht: NZa, 2014b.

Nederlandse Zorgautoriteit. Taken NZa. Geraadpleegd via <http://www.nza.nl/organisatie/overdenza/rollenentakennza/>.

Onderzoeksredactie/De Groene Amsterdammer. De zorgverzekeraars kunnen de zorg niet aan. In: *De Groene Amsterdammer*, 4 juni 2014. Geraadpleegd via <http://www.groene.nl/artikel/de-zorgverzekeraars-kunnen-de-zorg-niet-aan>

Pauw. S. ZN zet concentratie spoedzorg in ijskast. In: Medisch Contact, 16 juli 2014. Geraadpleegd via <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/145764/ZN-zet-concentratie-spoedzorg-in-ijskast.htm>

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Garanties voor kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ, 2013.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Over governance van zorgverzekeraars gesproken: een kritische reflectie vanuit juridisch-bestuurlijk perspectief. Den Haag: RVZ, 2014.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Stem geven aan verankering: over de legitimering van maatschappelijke dienstverlening. Den Haag: RMO, 2009.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Tegenkracht organiseren: lessen uit de kredietcrisis. Den Haag: RMO, 2012.

Reitsma-van Rooijen, M. en J. de Jong. Percentage overstappers afgenomen; Keuzevrijheid minstens zo belangrijk als premie. Utrecht: NIVEL, 2014.

Rutte, A. Zorgverzekeraars pakken hun rol door 'tegenmacht'. Skipr. In: Skipr, 23 januari 2014. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/blogs/id1726-zorgverzekeraars-pakken-hun-rol-door-tegenmacht.html>

Scharpf, F.W. Economic integration, democracy and the welfare state. Journal of European Public Policy, jg.4, 1997, nr.1, p. 18-36.

Scheer, W. van der. Legitiem Leiderschap. Zorg Executives Magazine (themanummer), 3, 2008, no 8, p. 8-13.

Schilder, A. Rule-based versus principle-based: het perspectief van de toezichthouder. In: Bos, P. et al. Regels voor de toekomst: kansen voor een duurzaam ondernemend Nederland. Schiedam: Scriptum, 2008.

Schillemans. T. Horizontale verantwoording bij zelfstandige uitvoeringsorganisaties: redundant en complementair. Beleid en Maatschappij, 34, 2007, no. 4, p. 199-209.

Schillemans, T. en M. Bovens. Horizontale verantwoording bij zelfstandige bestuursorganen. In: S. van Thiel, Governance van uitvoeringsorganisaties: nieuwe vraagstukken voor sturing in het publieke domein. Apeldoorn: Kadaster, 2004, p. 27-37.

Significant. Doelmatigheid in de zorginkoop. Voorbeelden van doelmatigere zorginkoop door zorgverzekeraars. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Barneveld, Significant, 2012.

Skipr. Verzekeraars pakken kwaliteitsregistratie samen op. In: Skipr, 16 september 2013. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id15850-verzekeraars-pakken-kwaliteitsregistratie-samen-op.html>

Skipr. Zorgstelsel is een dictaat van de zorgverzekeraars. In: Skipr, 18 februari 2014. Geraadpleegd via <http://www.skipr.nl/actueel/id17482-zorgstelsel-is-een-dictaat-van-de-zorgverzekeraars.html>

Suchman, M. Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. Academy of Management Review, vol. 20, 1995, no. 3, p. 571-611.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004, 29763, nr. 3, p. 4.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD en PvdA. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2012/2013, 33410, nr. 15.

Verbond van Verzekeraars. Governance Principles. Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2013.

Visser, M. en S.F.D. Olsthoorn. Het is een goed teken dat de zorg piept en kraakt 8 maart 2013. In: Financieel Dagblad, 8 maart 2013. Geraadpleegd via <http://fd.nl/economie-politiek/71988/het-is-een-goed-teken-dat-de-zorg-piept-en-kraakt>

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Lerende overheid. Een pleidooi voor probleemgerichte politiek. WRR-rapport nr. 75. Den Haag: WRR, 2006.

ZonMw. Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw, 2009.

Zorginstituut Nederland. Snel kwaliteitsnormen voor spoedeisende hulp. Nieuwsbericht, 12 augustus 2014. Geraadpleegd via <http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/nieuwsberichten/2014/snel-kwaliteitsnormen-voor-spoedeisende-hulp.html>.

Overzicht publicaties RVZ

- 14/05 De stem van verzekerden, december 2014
- 14/04 Patiënteninformatie, juni 2014
- 14/03 Brochure 'De toekomst van tien'
- 14/02 Met de Kennis van later
- 14/01 Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van zorg, januari 2014
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Beleidsidealen in de praktijk, Movisie, januari 2014
Effectieve decentralisatie?, Regioplan, januari 2014
De wijkprofessional van de toekomst, januari 2014
Van rol naar bekostiging in 3D, januari 2014
Sporen naar strategieën voor een beter leven, januari 2014
- 13/05 Werkprogramma 2014, december 2013
- 13/04 Garanties voor kwaliteit van zorg, december 2013
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Een goed gesprek, december 2013
Goede wijn behoeft een krans, december 2013
Governance in private healthcare organizations, december 2013
Invloed van de organisaties van medisch specialisten op de governance van het ziekenhuis, december 2013
Rapportage uitkomsten enquête RVZ over Corporate governance, december 2013
- 13/02 De participerende patiënt, april 2013
- 13/03 Brochure 'Samen kiezen voor goede zorg'
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Shared Decision Making & Zelfmanagement, IQ, april 2013
Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement, IQ, april 2013
Nieuwe Verhoudingen in de spreekkamer: Juridische aspecten, Legemaate, april 2013
- 13/01 Het belang van wederkerigheid, maart 2013
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg, maart 2013
Instrumenten voor gepast zorggebruik, maart 2013
Theorie en praktijk van menselijk gedrag in een solidair zorgstelsel, maart 2013
Lets Care, maart 2013
- 12/08 Werkprogramma 2013, december 2012
- 12/07 Regie aan de poort, december 2012
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik, november 2012
Eerstelijnszorg voor de jeugd, november 2012
Geestelijke gezondheidszorg, november 2012
Meer aandacht voor participatie in de eerstelijns, november 2012

- Eerstelijnszorg voor ouderen, november 2012
 Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk, november 2012
 Verslag opgesteld van focusgroeponderzoek onder huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners, november 2012
 De ontwikkeling van de rol van de huisarts gedurende de twintigste eeuw, november 2012
- 12/05 Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012
- 12/06 Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
 Trends in de gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen, 2012
 Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde, 2012
 De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen, 2012
 Ouder worden in Nederland, een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond, 2012
 De sociale dimensie van ouder worden, 2012
 Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen, 2012
 Van Alzheimer tot Methusalem, wetenschappelijke inzichten van belang voor zorg voor ouderen, 2012
- 12/02 Stoornis en delict, mei 2012
- 12/03 In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012
- 12/04 Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
 Mogelijke gevolgen Wfz en WvGGZ voor de reguliere GGZ, Indigo beleidsonderzoek en advies
 Zorg aan delinquent. Opsluiten va patiënt. Cultuurverschillen justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ.
- 12/01 Werkprogramma 2012, januari 2012
- 11/08 Preventie van welvaartsziekten, december 2011
- 11/04 Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011
Publicaties bij dit advies
- 11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/07 - Brochure, oktober 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
 Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011

- Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
- De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
- Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
- Levensverwachting (achtergrondstudie), juni 2011
- Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011
- Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrondstudie), juni 2011
- Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011
- 11/02 Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011
- 11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011
Publicaties bij dit advies
- Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen
- Het Chronic Care Model in Nederland
- Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg
- Samenwerken in de opleiding Geneeskunde
- 10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
Publicaties bij dit advies
- 10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
- 10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
Publicaties bij dit advies
- 10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach..... (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010
- 10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
Publicaties bij dit advies
- 10/09 - Van zz naar gg Acht debatten, een sprekend verhaal
- 10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010



