

## **MEMORIE VAN TOELICHTING**

### **A. Algemeen**

#### **1. Inleiding**

In de moties Slob c.s. en Kuiper c.s. wordt de regering verzocht om de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars te versterken ten behoeve van het evenwicht in het zorgstelsel. Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) doet in het rapport 'De stem van verzekerden' een aantal aanbevelingen om de betrokkenheid van verzekerden bij het beleid van zorgverzekeraars te verbeteren. Op verzoek van de Minister van VWS hebben bovendien het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (IBMG) en De Nederlandsche Bank (DNB) geadviseerd over hoe de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars kan worden vormgegeven.

De regering onderschrijft de strekking van deze moties, adviezen en aanbevelingen. Zij meent dat een versterkte positie van de verzekerde in het belang is van de maatschappelijke verankering van het zorgstelsel. Zorgverzekeraars hebben de rol om de belangen van de verzekerden ten aanzien van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg zo goed mogelijk te behartigen. Hierom acht de regering het van belang dat het door zorgverzekeraars gevoerde beleid aansluit bij de wensen van de verzekerden. De regering staat voor dat verzekerden invloed hebben op het beleid, waaronder in ieder geval het zorginkoopbeleid, van hun zorgverzekeraar. Hoewel zorgverzekeraars de afgelopen jaren hierin diverse stappen hebben gezet, ontbreken de wettelijke randvoorwaarden hiervoor.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft derhalve in de brief 'Kwaliteit Loont' aangekondigd de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars te vergroten door middel van een algemene maatregel van bestuur. In het debat over de brief in de Tweede Kamer is nadrukkelijk om wetgeving gevraagd om deze invloed te borgen. Voorliggend wetsvoorstel is hiervan de uitwerking.

#### **2. Doel van het wetsvoorstel**

Bij de invoering van het huidige zorgstelsel is de invloed van verzekerden wettelijk belegd. In het huidige artikel 28, eerste lid, onder b, Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld dat de statuten van de zorgverzekeraar waarborgen moeten bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar. De bedoeling van deze bepaling was oorspronkelijk dat betrokkenheid van verzekerden bij het beleid van de zorgverzekeraar het sociale karakter van de zorgverzekering zou waarborgen.

Zonder aan dat oogmerk af te doen, meent de regering tegelijkertijd dat het doel verder zou moeten reiken. De meningen en wensen van verzekerden moeten in het beleid, waaronder in ieder geval het zorginkoopbeleid, van de zorgverzekeraar meer centraal komen te staan. De regering acht het van belang dat de zorgverzekeraar meer in verbinding staat met zijn verzekerden en meer handelt namens en in het belang van zijn verzekerden. Bij de vormgeving en uitvoering van het beleid dient de inbreng van verzekerden daarom te worden betrokken. Het beleid zal dan beter aansluiten bij wat de verzekerde wenst. Dit kan de kwaliteit van de ingekochte zorg, de inhoud van de zorgverzekeringen die de zorgverzekeraar aanbiedt en de dienstverlening van de zorgverzekeraar ten goede komen.

Om dit te bewerkstelligen acht de regering het noodzakelijk om het wettelijke kader aan te scherpen met minimumeisen voor de invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar. Hiermee wordt bedoeld dat deze invloed bij elke verzekeraar in elk geval aan de in de wet gestelde eisen dient te voldoen. Tegelijkertijd wordt ruimte gelaten aan zorgverzekeraars en de (vertegenwoordiging van) verzekerden om hieraan gezamenlijk invulling te geven. In

hoofdstuk 4 wordt hierop nader ingegaan.

### **3. Noodzaak tot versterking invloed verzekerden**

#### **3.1 Huidige wettelijke regeling en praktijk**

##### *3.1.1 Zorgverzekeringwet en Burgerlijk Wetboek*

In artikel 28, eerste lid, onder b, Zvw is geregeld dat de statuten van de zorgverzekeraar waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. Welke waarborgen dat zijn, wat redelijke mate van invloed inhoudt, of wat wordt verstaan onder beleid, is in de Zvw nu niet nader omschreven. Op grond van genoemd artikel bestaat de bevoegdheid om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen. Van deze mogelijkheid is geen gebruik gemaakt. De Zvw laat zorgverzekeraars een grote mate van vrijheid in de wijze waarop de invloed van hun verzekerden wordt vormgegeven.

Deze vrijheid wordt beperkt door bepalingen in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Het BW bevat namelijk regels over de bevoegdheden van de wettelijke organen, zoals de raad van bestuur, de raad van commissarissen en de algemene vergadering, binnen bepaalde rechtspersonen. Zowel een zorgverzekeraar als een moedermaatschappij binnen een concern van (zorg)verzekeraars zijn voorbeelden van rechtspersonen. Verzekerden kunnen via de algemene vergadering binnen die rechtspersonen wettelijke bevoegdheden zijn toegekend.

Voordat wordt ingegaan op deze bevoegdheden is in dit verband van belang dat op grond van artikel 3:20 van de Wet op het financieel toezicht voor een zorgverzekeraar (dat wil zeggen een financiële risicodrager) slechts drie rechtsvormen mogelijk zijn: een onderlinge waarborgmaatschappij (OWM), een naamloze vennootschap (nv) of een Europese vennootschap. In de praktijk gaat het bij zorgverzekeraars alleen om een nv of een OWM. Deze begrenzing geldt niet voor een concern. Moedermaatschappijen binnen de concerns van zorgverzekeraars zijn in de praktijk een besloten vennootschap (bv), nv, OWM of coöperatie; binnen de organisatie van een concern kunnen ook stichtingen of verenigingen voorkomen.

Verzekerden kunnen op grond van de polisvoorwaarden van hun zorgverzekering lid zijn van een onderlinge waarborgmaatschappij (OWM) of van een coöperatie of vereniging binnen het concern. Bij een OWM, coöperatie of vereniging vormen de leden (dat zijn in casu de individuele verzekerden) het hoogste orgaan. Ingevolge het BW komen de algemene vergadering van leden in elk geval de volgende bevoegdheden toe: instemming met een statutenwijziging en een besluit tot ontbinding (artikel 2:42, eerste en vierde lid, BW), goedkeuring van het jaarverslag (artikel 2:48, eerste lid, BW) en vaststelling van de jaarrekening (artikel 2:49, derde lid, BW). Bij een OWM en coöperatie betreft dit tevens de benoeming van de leden van de raad van commissarissen (artikelen 2:57a en 2:63f BW) en indiening van het verzoek bij de rechter voor ontslag van commissarissen (artikel 2:63i BW).

Alle leden hebben toegang tot de algemene vergadering en hebben ieder één stem (artikel 2:38 BW). Artikel 2:39 BW regelt dat het ook mogelijk is de algemene vergadering te laten bestaan uit afgevaardigden die door en uit de leden wordt gekozen; ook wel de ledenraad genoemd. Als de zorgverzekeraar een ledenraad instelt, dan komen voorgaande bevoegdheden toe aan de ledenraad. Conform artikel 2:39 BW moet elk lid middellijk of onmiddellijk aan de verkiezing van de ledenraad kunnen deelnemen.

##### *3.1.2 Implementatie door zorgverzekeraars*

###### Formele invloed

Zoals hiervoor aangeven heeft de rechtsvorm van een zorgverzekeraar en de verhouding tot andere rechtspersonen binnen het concern van (zorg)verzekeraars uitwerking op de wijze waarop verzekerden al (wettelijke) invloed hebben op het beleid. Een verzekerde die een verzekering afsluit bij een OWM of nv die onderdeel uitmaakt van een OWM of coöperatie, wordt veelal op grond van de polisvoorwaarden automatisch lid van die OWM of coöperatie. Verzekerden kunnen om die reden deelnemen aan de ledenraad op zorgverzekeraarniveau (OWM) of op het niveau van het concern (OWM of coöperatie). Doorgaans wordt de ledenraad op concernniveau ingesteld en kunnen verzekerden op dat niveau ook invloed uitoefenen.

Lidmaatschap van een nv of bv is op grond van het BW niet mogelijk. In het geval een zorgverzekeraar een nv is en deel uitmaakt van een bv of nv, kan echter wel een vereniging binnen het concern worden opgericht waarvan verzekerden op grond van de polisvoorwaarden bij het sluiten van de zorgverzekering automatisch lid worden. Twee van de drie concerns die de rechtsvorm van een nv of een bv hebben, hebben voor deze mogelijkheid gekozen. Aangezien de vereniging een algemene ledenvergadering of ledenraad heeft waarin verzekerden kunnen

participeren, de vereniging (volledig) aandeelhouder is van de nv of bv en de aandeelhoudersvergadering het hoogste orgaan vormt, kunnen verzekerden via deze vereniging formeel invloed uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar of het concern. Ledenraden komen over het algemeen twee tot vier keer per jaar bijeen. Ledenraden hebben in elk geval de formele bevoegdheden als genoemd in het BW (zie paragraaf 3.1.1) en fungeren daarnaast als klankbordgroep van het bestuur. Verschillende zorgverzekeraars hebben aangegeven hun ledenraad te professionaliseren of bezig te zijn met het uitdenken van hun nieuwe rol, met het doel om de invloed hiervan te versterken.

De regering wijst er nadrukkelijk op dat de invloed van verzekerden via de algemene vergadering enkel het uitoefenen van louter formele bevoegdheden behelst. Bovendien beschikken niet alle verzekerden over deze bevoegdheden, aangezien het afhangt van de rechtsvorm van de zorgverzekeraar, en ook van de inrichting van het concern waaraan de zorgverzekeraar is verbonden.

#### Informele invloed

Verzekerden kunnen in de praktijk ook via diverse informele instrumenten invloed uitoefenen op hun zorgverzekeraar.

Ten eerste komt het in de praktijk voor dat de ledenraad binnen de vereniging tevens als afzonderlijke verzekerdenraad fungeert voor de zorgverzekeraar(s) binnen het concern. Enkele concerns van zorgverzekeraars hebben naast een ledenraad ook nog één of meer verzekerdenraden op lager niveau. Een verzekerdenraad is net als de ledenraad een vertegenwoordiging van verzekerden, maar heeft niet dezelfde formele wettelijke of statutaire bevoegdheden. De verzekerdenraad heeft vooral een klankbordfunctie.

Ten tweede zetten zorgverzekeraars daarnaast nog andere instrumenten in om de meningen en wensen van hun verzekerden te inventariseren. Veel door zorgverzekeraars toegepaste middelen om verzekerden te betrekken bij het beleid zijn: het organiseren van regiobijeenkomsten met verzekerden, inzet van klantenpanels en sociale media, informatieverstrekking via eigen magazines, advisering door (regionale) adviesraden, contacten met patiëntenorganisaties, uitzetten enquêtes, beleidsaanpassingen naar aanleiding van klachten van verzekerden en het opzetten van 'virtual communities'. Zorgverzekeraars maken veelal gebruik van klantenpanels: vaste representatieve groepen van (eigen) verzekerden waaraan de zorgverzekeraar vragen kan voorleggen en via welke hij kan peilen hoe zijn verzekerden over bepaalde zaken denken. Zo kan het klantenpanel worden gevraagd om een brief, die de zorgverzekeraar voornemens is te versturen naar zijn verzekerden, te controleren op begrijpelijkheid. Dit betreft gevraagde inbreng aan een selecte groep verzekerden. Meerdere zorgverzekeraars organiseren regiobijeenkomsten, die door de leden- en verzekerdenraden als effectief worden aangewezen. Tijdens deze bijeenkomsten kunnen verzekerden, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders bijvoorbeeld in gesprek met medewerkers van de zorgverzekeraar. Verzekerden kunnen hun mening en wensen daarbij kenbaar maken. Wat betreft het opzetten van virtual communities: in de praktijk komt dit nog sporadisch voor. Dit zijn platforms waarop verzekerden hun mening en ervaringen met de zorgverzekeraar, zorginhoud en producten die de zorgverzekeraar aanbiedt. De regering is van mening dat verzekerden op die manier daadwerkelijk de gelegenheid krijgen om mee te denken met hun zorgverzekeraar.

De praktijk laat derhalve zien dat verzekerden via diverse instrumenten inspraak hebben in het beleid van hun zorgverzekeraar. Wel is de ene zorgverzekeraar hierin verder gevorderd dan de andere en kan de positie van vertegenwoordiging van verzekerden over het algemeen nog steviger. Om de positie van verzekerden bij alle zorgverzekeraars te versterken moet een verbeteringslag worden ingezet.

### **3.2 Verbeterpunten huidige praktijk**

Uit de brede consultatie die is gehouden onder diverse betrokken partijen (zie ook hoofdstuk 5) is gebleken op welke punten verbetering nodig is. Die worden hierna uiteengezet.

Ten eerste vindt tussen verzekerden en zorgverzekeraar onvoldoende dialoog plaats ten aanzien van een aantal relevante beleidsonderwerpen. Het betreft hier met name het zorginkoopbeleid, maar het kan ook gaan om het communicatiebeleid (denk aan begrijpelijkheid van de door de zorgverzekeraar verstrekte informatie), polisaanbod en organisatie van zorg in de regio. Het ontstane beeld is dat verzekerden onvoldoende inspraak hebben ten aanzien van onderwerpen waarbij zij zich betrokken voelen en waarover zij willen meepraten.

Ten tweede ontbreekt het aan transparantie. Het is voor de verzekerden niet altijd zichtbaar welke mogelijkheden zij hebben om mee te kunnen praten over het beleid van de zorgverzekeraar. De transparantie over de diverse middelen die verzekerden hebben om invloed uit te oefenen op het beleid verschilt in de huidige situatie dan ook per zorgverzekeraar. Voor verzekerden is niet op alle websites van zorgverzekeraars gemakkelijk informatie te vinden over hoe zij invloed kunnen uitoefenen. Het loopt uiteen van een gemakkelijk vindbaar online platform waarop verzekerden kunnen meedenken tot aan het niet of nauwelijks vermelden van betrokkenheid van verzekerden. Ook is het voor verzekerden niet inzichtelijk hoe hun meningen en wensen bij de beleidskeuzes van de zorgverzekeraar worden betrokken en in hoeverre de inspraak zijn weerklank vindt in het beleid: terugkoppeling door de zorgverzekeraar ontbreekt vaak.

Over hoe verzekerden bij de totstandkoming van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars worden betrokken, is over het algemeen informatie beschikbaar in de afzonderlijke documenten waarin het zorginkoopbeleid is opgenomen. Maar wat die inbreng behelst en welke afwegingen ten aanzien van die inbreng zijn gemaakt, worden hierin niet standaard weergegeven.

Tot slot is de invloed van verzekerden via de huidige vertegenwoordigingen van verzekerden nog niet optimaal. Hoewel de leden- en verzekerdenraden zelf redelijk tevreden zijn over hun bevoegdheden, achten zij zich in het algemeen onvoldoende deskundig en onafhankelijk om hun bevoegdheden goed te kunnen uitoefenen, vormen zij geen goede afspiegeling van de verzekerdenpopulatie (bijvoorbeeld qua leeftijd, opleiding, achtergrond en zorggebruik) en koppelen zij hun bevindingen niet terug aan hun 'achterban'. Ook komt hun klankbordfunctie onvoldoende tot zijn recht: voor met name het zorginkoopbeleid geldt dat de leden- en verzekerdenraden onvoldoende handvatten hebben voor beïnvloeding hiervan omdat zij niet vroegtijdig (dat wil zeggen op een dusdanig moment dat het voorgenomen beleid nog kan worden gewijzigd) worden betrokken in de jaarlijkse beleidscyclus. De formele bevoegdheden die de ledenraden hebben op grond van het BW brengen onvoldoende de door de ledenraden gewenste invloed teweeg.

Gezien deze verbeterpunten staat de regering een versteviging van de positie van de verzekerden voor via zowel de groep verzekerden als via een vertegenwoordiging van verzekerden. In hoofdstuk 4 wordt hierop nader ingegaan.

## **4. Versterkte positie verzekerden**

### **4.1 Inleiding**

Onderhavig wetsvoorstel legt de eisen vast die gesteld worden aan de wijze waarop verzekerden invloed hebben op het beleid van een zorgverzekeraar. De huidige wettelijke regeling wordt derhalve aangescherpt. Met de voorgestelde wettelijke eisen wordt bewerkstelligd dat de invloed van verzekerden in mindere mate afhangt van de rechtsvorm van de zorgverzekeraar of het concern waaraan hij is verbonden. Tegelijkertijd blijft er ruimte voor zorgverzekeraars en verzekerden samen om hieraan vorm te geven. De nieuwe wettelijke regeling maakt geen inbreuk op de huidige relevante bepalingen in het BW (de formele bevoegdheden van de algemene vergadering blijven uiteraard bestaan), maar vormt daarop een aanvulling. De aanvullende regels zijn toepasbaar op alle zorgverzekeraars.

De verbetering wordt gemaakt door zorgverzekeraars te verplichten tot:

- a) het aan alle verzekerden bieden van de gelegenheid van inspraak in de door zorgverzekeraar en vertegenwoordiging afgesproken onderdelen van het beleid, waaronder in elk geval de hoofdlijnen van het zorginkoopbeleid (informele invloed), en
- b) het borgen van een adviserende permanente verzekerdenvertegenwoordiging, die bovendien als 'hoedster' van verzekerdeninspraak fungeert (formele invloed).

Het voorgestelde kader gaat er derhalve van uit dat de verstevigde positie van verzekerden op twee manieren wordt bewerkstelligd: enerzijds vanuit de groep van verzekerden en anderzijds vanuit een vertegenwoordiging van de groep van verzekerden.

## **4.2 Inspraak voor verzekerden**

Om dialoog tussen verzekerden en zorgverzekeraar te bewerkstelligen bij de totstandkoming van het beleid, moet de zorgverzekeraar zijn verzekerden in de gelegenheid stellen inspraak te geven in zijn beleid.

De zorgverzekeraar moet hiertoe een schriftelijke regeling opstellen, waarin is opgenomen op welke wijzen verzekerden in de gelegenheid worden gesteld om inspraak te geven, hoe de verzekerden worden geïnformeerd over de resultaten van de inspraak en wat met deze resultaten is gedaan. Hiermee wordt inzichtelijk welk effect de inspraak heeft gehad. Deze transparantie is van belang omdat de verzekerde hierdoor ook gesprekspartner wordt van de zorgverzekeraar over de wijze waarop met de meningen en wensen van verzekerden wordt omgegaan.

Onderhavig wetsvoorstel schrijft niet voor via welke kanalen zorgverzekeraars hun verzekerden hierover moeten informeren. Het is aan de zorgverzekeraar hiervoor de middelen op te nemen in de inspraakregeling. Van belang is dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden informeert over het 'waarom' achter het beleid en uitlegt waarom aan de inbreng van bepaalde (groepen) verzekerden geen gehoor wordt gegeven. Dit is onder meer van belang omdat de preferenties van de verschillende verzekerden zullen verschillen: verzekerden zullen niet altijd dezelfde belangen hebben. Bij de totstandkoming van het beleid zal dan ook een afweging worden gemaakt tussen de diverse belangen en inzichtelijk moeten worden terugkoppelen naar de verzekerden hoe hiermee rekening is gehouden.

Ook moet in de inspraakregeling worden vastgelegd op welke onderdelen van het beleid de inspraak betrekking heeft. Dit moet in elk geval de hoofdlijnen van het zorginkoopbeleid betreffen. In de regeling, die overigens de instemming van de permanente vertegenwoordiging behoeft (zie paragraaf 4.3), wordt nader bepaald voor welke andere onderdelen van het (algemene) beleid de mogelijkheid tot inspraak geboden moet worden. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan het communicatiebeleid, aantal labels, polisaanbod, regionale organisatie van de zorg en het marketingbeleid.

Verzekerden kunnen alleen inspraak geven als zij er tijdig van op de hoogte zijn dat zij hun mening en wensen kunnen inbrengen. Zorgverzekeraars moeten daarom transparant maken met welke instrumenten verzekerden inspraak kunnen geven in het beleid. De voorgestelde regeling voorziet hierin door zorgverzekeraars te verplichten de inspraakregeling aan zijn verzekerden bekend te maken. Indien de zorgverzekeraar de regeling publiceert op een gemakkelijk vindbare en logische plek op zijn website, dan kunnen ook potentiële verzekerden deze informatie betrekken bij hun keuze voor een zorgverzekering.

## **4.3 Versteving rol vertegenwoordiging**

De regering staat met dit wetsvoorstel ook een verstevigde positie van de vertegenwoordiging van verzekerden voor, zodat de effectiviteit van de vertegenwoordiging wordt vergroot. Elke zorgverzekeraar wordt verplicht in zijn statuten te waarborgen dat er een vertegenwoordiging van verzekerden is waaraan een adviesrecht en een instemmingsrecht zijn toegekend. Het wordt aan de zorgverzekeraar zelf gelaten of de wettelijke bevoegdheden worden toegekend aan een vertegenwoordiging op het niveau van de zorgverzekeraar of hoger in de organisatie, op concernniveau.

Aan de vertegenwoordiging van verzekerden worden de volgende bevoegdheden toegekend, onderscheidenlijk eisen gesteld.

Allereerst komt de vertegenwoordiging een instemmingsrecht toe ten aanzien van de door de zorgverzekeraar opgestelde inspraakregeling. Dat wil zeggen dat de instemming van de vertegenwoordiging noodzakelijk is voordat de inspraakregeling kan worden vastgesteld. Over welke onderwerpen inspraak zal zijn vereist (naast de hoofdlijnen van het zorginkoopbeleid), welke instrumenten de zorgverzekeraar daarbij hanteert, welke specifieke groepen hij raadpleegt en het moment van de inspraak, liggen dus voor een belangrijk deel in handen van de vertegenwoordiging van verzekerden. In de voorgestelde situatie is het derhalve niet de wetgever die bepaalt waaraan de inspraakregeling dient te voldoen, maar de verzekerden zelf, via de vertegenwoordiging. Die heeft een grote mate van invloed op de wijze waarop en ten aanzien van welke aspecten van het beleid inspraak voor alle verzekerden wordt geborgd.

Ten tweede krijgt de vertegenwoordiging een adviesrecht ten aanzien van (in ieder geval) het jaarlijkse zorginkoopbeleid. Dit betreft in de praktijk het document dat de zorgverzekeraar jaarlijks uiterlijk 1 april moet publiceren. De vertegenwoordiging betreft in het advies de uitvoering van de inspraakregeling en de resultaten van de inspraak in het zorginkoopbeleid. Dat wil zeggen dat de

vertegenwoordiging beoordeelt of de verzekerden zijn betrokken conform de inspraakregeling en of er blijkens het concept-zorginkoopbeleid voldoende is gedaan met de inbreng van verzekerden. De zorgverzekeraar zal tijdig om het advies moeten verzoeken en het uiteindelijke advies van de vertegenwoordiging zal moeten worden meegenomen bij de totstandkoming van het zorginkoopbeleid. Bij afwijking van het advies moet gemotiveerd worden aangegeven waarom het advies niet zal worden overgenomen.

Het adviesrecht wordt bewust niet wettelijk verankerd ten aanzien van het algehele beleid van de zorgverzekeraar. In de praktijk worden verzekerden hierover al bevraagd op verschillende wijzen. Bovendien is uitdrukkelijk uit de consultatie van betrokken partijen gebleken dat met name de invloed op het zorginkoopbeleid moet worden vergroot. Hier komt bij dat het zorginkoopbeleid jaarlijks wordt vastgesteld waardoor een adviesbevoegdheid voor de vertegenwoordiging op een duidelijk vast te stellen moment in de totstandkoming van het beleid kan worden ingebed. Voor het overige beleid geldt dat dit op verschillende momenten kan wijzigen, waardoor de vertegenwoordiging – die naar verwachting net als de huidige ledenraad enkele keren per jaar bijeen zal komen – niet standaard in de gelegenheid zal zijn de zorgverzekeraar van een advies te voorzien.

Ten derde waarborgt het wetsvoorstel de representativiteit, deskundigheid en onafhankelijkheid van de vertegenwoordiging.

De regering acht het van belang dat de vertegenwoordiging een juiste afspiegeling vormt van de verzekerdenpopulatie van de betrokken verzekeraars. De representativiteit heeft betrekking op de kenmerken van de vertegenwoordigers, waaronder leeftijd, opleiding, achtergrond, mate van zorggebruik, etc.).

Voor het effectief functioneren van de vertegenwoordigingen is van belang dat zij voldoende deskundig zijn met betrekking tot met name het zorginkoopbeleid, waarover zij zullen adviseren. Het zal vaak nodig zijn deze deskundigheid te bevorderen door middel van cursussen. Het is de bedoeling dat de kosten van deze cursussen niet ten laste komen van de (leden van de) vertegenwoordiging. Om die reden is in het wetsvoorstel geregeld dat de zorgverzekeraar er zorg voor moet dragen dat in deze kosten wordt voorzien.

De onafhankelijkheid van de vertegenwoordiging wordt op meerdere manieren geborgd. In de eerste plaats wordt geborgd dat de permanente vertegenwoordiging alleen bestaat uit verzekerden. Voorts is bepaald dat een vacature van de vertegenwoordiging openbaar moet worden gemaakt. Hierdoor wordt voorkomen dat de leden van de vertegenwoordiging worden geworven door middel van een gerichte persoonlijke benadering van de raad van bestuur. Tot slot wordt voorzien in de bekostiging van een onafhankelijke ondersteuning van de vertegenwoordiging.

Tot slot wijst de regering erop dat het voor een vertegenwoordiging van verzekerden onontbeerlijk is om de verzekerden te kunnen raadplegen, om voeling te houden met wat bij haar 'achterban' leeft. De zorgverzekeraar zal de vertegenwoordiging hiertoe moeten stimuleren.

Anders dan de strekking van de motie Kuipers c.s. acht de regering het gezien het doel van onderhavig wetsvoorstel bij nader inzien niet nodig de vertegenwoordiging bij wet de bevoegdheid toe te kennen tot benoeming van de raad van commissarissen van de zorgverzekeraar. Hieraan liggen meerdere overwegingen ten grondslag.

Het BW voorziet al in een regeling voor de benoeming van de raad van commissarissen door ledenraden bij een OWM of coöperatie: bij de meeste (concerns van) zorgverzekeraars vindt benoeming van commissarissen door de verzekerden, te weten de ledenraad, derhalve al plaats (zie paragraaf 3.1.1 en 3.1.2).

Bovendien is het uitdrukkelijk niet de bedoeling van de regering om af te doen aan de bevoegdheid van de aandeelhoudersvergadering of in te grijpen in de huidige governancestructuren van zorgverzekeraars. Zo zijn de commissarissen bij de holding van een concern vaak dezelfde personen als de commissarissen bij de afzonderlijke zorgverzekeraars. Er is geen aanleiding om hieraan afbreuk te doen.

Verder is uit de consultatie naar voren gekomen dat de bevoegdheid tot benoeming van de raad van commissarissen voornamelijk als formele aangelegenheid wordt beschouwd. Over het algemeen vinden de ledenraden dat de procedure bij de benoeming van commissarissen zorgvuldig plaatsvindt en dat het niet nodig is om als ledenraad een benoeming tegen te houden. Er is geen

behoefte gebleken aan meer formele instrumenten, maar juist aan praktische instrumenten voor directe beïnvloeding door verzekerden.

## **5. Consultatie en advies**

### **5.1 Consultatie**

In het kader van dit wetsvoorstel is in een mondelinge en schriftelijke consultatieronde uitvoerig overleg gevoerd met diverse partijen. Dit betreft onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Autoriteit Financiële Markten (AFM), DNB, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), leden- en verzekerdenraden, de RVZ, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Iederin, Platform GGZ, Koepels Gepensioneerden (NVOG/KNVG) en ouderenorganisaties (PCOB/Unie KBO) en de Consumentenbond. Tevens is op 2 maart 2016 door VWS een stakeholdersbijeenkomst georganiseerd over (mede)zeggenschap waaraan een verscheidenheid van sectorpartijen actief heeft deelgenomen. Tot slot is onderhavig wetsvoorstel via internetconsultatie aan een ieder voorgelegd [**PM: verder aanvullen na internetconsultatie**]. De conclusies zijn als volgt.

Hoewel zorgverzekeraars en enkele leden- en verzekerdenraden wettelijke verankering niet direct noodzakelijk achten mede gezien de tevredenheid over de huidige bevoegden van de leden- en verzekerdenraden, de overlap die bestaat met het beleid van ZN en de mogelijkheid die verzekerden hebben om over te stappen, wordt de behoefte aan het vergroten van de invloed van verzekerden onder betrokkenen breed gevoeld.

Met name inspraak van verzekerden in het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar en de terugkoppeling van de zorgverzekeraar over hoe de inspraak is betrokken bij het uiteindelijke zorginkoopbeleid, zijn aangeduid als belangrijkste elementen van een wettelijke borging. In de ogen van zorgverzekeraars is het zorginkoopbeleid het eerste aangrijpingspunt voor invloed van verzekerden op een zorgverzekeraar. In afwijking hiervan is door restitutieverzekeraars benadrukt dat invloed van verzekerden op het zorginkoopbeleid bij hen minder relevant is gezien de keuzevrijheid die de verzekerde heeft. De regering is van mening dat invloed van verzekerden op het zorginkoopbeleid bij elke zorgverzekeraar relevant is. Voor een restitutiepolis worden immers ook afspraken met zorgaanbieders gemaakt.

Daarnaast hebben geconsulteerde partijen aangegeven dat verzekerdeninvloed langs meerdere paden tegelijk kan en moet worden bewerkstelligd: zowel traditionele, formele instrumenten (leden- en verzekerdenraden) als meer moderne, informele instrumenten (online platforms, virtual communities) zijn noodzakelijk om verzekerden meer invloed te geven. De regering onderschrijft dit standpunt. Het wetsvoorstel regelt dan ook expliciet dat de zorgverzekeraar inspraak voor alle verzekerden moet bieden en laat ruimte voor informele beïnvloedingsinstrumenten.

Hoewel een vertegenwoordiging van verzekerden een belangrijke rol dient te spelen bij het beïnvloeden van het beleid van de zorgverzekeraar en ook terugkoppeling met de achterban dient plaats te vinden, is door leden- en verzekerdenraden en zorgverzekeraars benadrukt dat een vertegenwoordiging van verzekerden de rol van klankbordfunctie heeft en niet de rol van raad van commissarissen, ondernemingsraad of klachtenbureau. Dat betekent onder meer dat zij geen toezichtorgaan is, niet gaat over personeelsbeleid en dat zij – hoewel het goed is dat zij in verbinding komt te staan met de rest van de verzekerden – niet het orgaan is tot welke verzekerden zich met klachten zouden moeten wenden. Met voorgaand punt wordt rekening gehouden door de rol van de vertegenwoordiging te verstevigen, maar niet dusdanig dat hiermee de rol van de andere organen in de organisatie wordt doorkruist.

Ook is als aandachtspunt meegegeven dat de nieuwe wettelijke regeling toepasbaar moet zijn op zorgverzekeraars met diverse rechtsvormen die samenwerken binnen verschillende

organisatiestructuren. Hier houdt voorliggend wetsvoorstel nadrukkelijk rekening mee.

Tot slot zou het wetsvoorstel volgens patiënten- en andere relevante belangenorganisaties moeten bewerkstellingen dat zij inspraak hebben bij de vaststelling van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars, gezien hun kennis van de behoeften van hun achterban. Omdat het belang van alle verzekerden niet volledig zal samenvallen met het belang dat belangenorganisaties nastreven, regelt het wetsvoorstel niet expliciet dat belangenorganisaties inspraak hebben op het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Dit is ook door andere geconsulteerde partijen benadrukt. Dat neemt niet weg dat zorgverzekeraars er belang bij kunnen hebben om relevante belangenorganisaties te betrekken bij de totstandkoming van het zorginkoopbeleid. Het ligt voor de hand dat de zorgverzekeraar opneemt in de inspraakregeling dat zij tevens afstemming zoekt met patiënten- en andere relevante belangenorganisaties. Een andere mogelijkheid is dat de vertegenwoordiging de betreffende organisaties uitnodigt om deel te nemen aan een vergadering van de vertegenwoordiging.

## **5.2 Adviezen IBMG en DNB**

In de tweede voortgangsrapportage 'Kwaliteit Loont' heeft de Minister van VWS aangegeven advies te gaan inwinnen over de consequenties van de eerder genoemde motie Bouwmeester/Dik-Faber, alvorens de internetconsultatie te starten van onderhavig wetsvoorstel. Zowel IBMG als DNB zijn gevraagd de (juridische) consequenties van deze motie te overzien, mede in het licht van het wetsvoorstel dat op dat moment al gereed was voor internetconsultatie. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen weergegeven.

### *5.2.1. Onderzoeksrapport IBMG*

Het onderzoek van IBMG betreft de medezeggenschap van verzekerden bij hun zorgverzekeraar en cliënten bij hun zorginstelling. Het richt zich primair op de vraag hoe de term zeggenschap juridisch kan worden gedefinieerd en hoe zeggenschap zich verhoudt tot medezeggenschap in termen van verantwoordelijkheidsverdeling binnen de huidige governancestructuren. Conclusie van de onderzoekers is dat *zeggenschap* de bevoegdheid is om besluiten te nemen die de zorginstelling of zorgverzekeraar binden. Deze bevoegdheid is voorbehouden aan de raad van bestuur, die ook eindverantwoordelijk is. *Medezeggenschap* is de bevoegdheid om (formeel en informeel) invloed uit te oefenen op de besluitvorming van de Raad van bestuur van een zorginstelling of zorgverzekeraar. Hoewel de mate van invloed die cliënten en verzekerden hebben, ver kan gaan, kunnen zij in de praktijk niet op de stoel van de bestuurder gaan zitten zonder ook diens verantwoordelijkheden over te nemen.

Voorts constateert IBMG dat er geen "best practice" is voor het vormgeven van medezeggenschap en dat het sec regelen van een wettelijke verplichting tot een vertegenwoordigend orgaan van cliënten of verzekerden wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is voor effectieve medezeggenschap.

IBMG stelt in haar advies dat voor effectieve medezeggenschap zes principes moeten worden gewaarborgd:

- 1) de doelen van medezeggenschap moeten helder zijn,
- 2) experimenteer met nieuwe vormen van medezeggenschap en leer daarvan,
- 3) medezeggenschap is gebaat bij variëteit, dus laat ruimte hiervoor open,
- 4) zorg voor contact tussen het vertegenwoordigend orgaan en degenen die zij vertegenwoordigt,
- 5) voorkom rolvermenging, en
- 6) zorg dat de stemmen van verschillende groepen cliënten en verzekerden worden gehoord.

Tot slot geven de onderzoekers aan dat onderzoek uitwijst dat vrije verkiezingen in de praktijk



weinig toegevoegde waarde hebben en derhalve niet daadwerkelijk zullen bijdragen aan de hierboven genoemde principes. Er is namelijk nauwelijks sprake van een herkenbare gemeenschap van verzekerden die zich als kiesgerechtigden willen manifesteren. Belangrijker lijkt het om de openbare werving van nieuwe leden voor de vertegenwoordigingen te versterken en te formaliseren en te waarborgen dat deze ook responsief blijven voor de eigen achterban.

Bij de totstandkoming van onderhavig wetsvoorstel is rekening gehouden met de conclusies van IBMG. De zes principes komen terug in het wetsvoorstel. Naast de noodzakelijke versterking van de rol van de vertegenwoordiging van verzekerden (formele invloed), ligt de focus op het versterken van de positie van verzekerden: alle verzekerden krijgen inspraak in het beleid (informele invloed). Dit betekent dat de meningen en wensen van een diversiteit aan verzekerden door de zorgverzekeraar moeten worden gehoord. Hoe de inspraak wordt vormgegeven (wie, wanneer, hoe, etc.) ligt in handen van de zorgverzekeraar en – via het instemmingsrecht – de vertegenwoordiging van verzekerden samen. Het wetsvoorstel laat hiermee ruimte voor variëteit aan en nieuwe vormen van verzekerdeninvloed, zoals de onderzoekers nadrukkelijk aanbevelen. Ook wordt voorzien in het stimuleren van contact tussen vertegenwoordiging en achterban. Daarnaast wordt de positie van de verzekerde niet dusdanig versterkt dat dit de huidige governancestructuren binnen zorgverzekeraars en concerns van zorgverzekeraars in de weg staat.

### *5.2.2 Brief DNB*

Voor DNB staat voorop dat de invloed van verzekerden geen afbreuk mag doen aan de primaire verantwoordelijkheid van het bestuur om het beleid van de zorgverzekeraar te bepalen en daarbij te zorgen voor een evenwichtige afweging van alle bij de onderneming betrokken belangen.

Verder is DNB terughoudend in het betrekken van de vertegenwoordiging van verzekerden bij het financieel-economisch beleid, zoals bij zaken die raken aan premiestelling en kapitaalbeleid. Ook wijst zij erop dat beleidsbepalers, te weten het bestuur van een verzekeraar, aan geschiktheids- en betrouwbaarheidseisen moeten voldoen. Voorkomen moet worden dat door versterking van de invloed van de vertegenwoordiging van verzekerden, ook deze vertegenwoordiging aan voornoemde eisen moet gaan voldoen.

De punten van DNB zijn meegenomen in het wetsvoorstel in die zin dat de wet geen zeggenschap maar inspraak voor verzekerden regelt, en niet voorschrijft dat verzekerden inspraak moeten hebben ten aanzien van financieel-economisch beleid.

## **6. Uitvoering en regeldruk**

### *6.1 Uitvoering*

De regering kiest er weloverwogen voor de zorgverzekeraar voldoende ruimte te laten voor een eigen invulling van de inspraakregeling. Het is de vertegenwoordiging die toetst of de inspraakregeling in haar ogen voorziet in voldoende inspraak voor de diverse verzekerden. Bij de aanscherping van de eisen met betrekking tot verzekerdeninvloed is rekening gehouden met de organisatie van zorgverzekeraars binnen concerns. De eisen zijn dusdanig geformuleerd dat zij toepasbaar zijn op alle zorgverzekeraars, ongeacht rechtsvorm of organisatiestructuur. Bovendien is gepoogd de wetsbepalingen zo te formuleren dat versterking van de positie van de verzekerde wordt bewerkstelligd, zonder dat bij afzonderlijke zorgverzekeraars organisatorische wijzigingen nodig zijn die in de praktijk onvoldoende toevoegen.

### *6.2 Regeldruk*

Alle concerns van zorgverzekeraars hebben in de praktijk een vertegenwoordiging van verzekerden ingesteld: zij hebben allemaal een leden- of verzekerdenraad. In beginsel volstaat een vertegenwoordiging op concernniveau. Zorgverzekeraars hoeven derhalve niet allemaal een eigen vertegenwoordiging van verzekerden in het leven te roepen. Wel zal in gevallen aanpassing van de

statuten van zorgverzekeraars nodig zijn, aangezien de wet de zorgverzekeraar verplicht in de statuten een vertegenwoordiging van verzekerden een adviesrecht en instemmingsrecht toe te kennen.

Daarnaast zullen zorgverzekeraars hun verzekerden inspraak moeten bieden en hiertoe een regeling moeten opstellen waarin de inspraak van verzekerden op het beleid, in elk geval het zorginkoopbeleid, is geregeld. Omdat voor de vaststelling van de regeling de instemming van de vertegenwoordiging is vereist, doet de zorgverzekeraar er verstandig aan al bij de voorbereiding van de regeling afstemming te zoeken met de vertegenwoordiging. De inspraak van verzekerden zal moeten worden ingebed in de huidige procedures voor het opstellen van beleid.

Aangezien de vertegenwoordiging een adviesrecht toekomt ten aanzien van het jaarlijkse zorginkoopbeleid, zal de zorgverzekeraar ervoor zorg moeten dragen dat de vertegenwoordiging tijdig wordt betrokken bij de totstandkoming van het zorginkoopbeleid. De huidige procedure voor het opstellen van het zorginkoopbeleid zal derhalve zo nodig moeten worden aangepast.

Ook de rol van de vertegenwoordiging zal versterking behoeven gezien de eisen van representativiteit, deskundigheid en onafhankelijkheid. Zorgverzekeraars zullen moeten voorzien in een mogelijkheid voor de vertegenwoordiging om met verzekerden te communiceren. Tevens behoeft de wijze van werving van de leden van de vertegenwoordiging in sommige gevallen aanpassing.

## **7. Toezicht en handhaving**

Het is aan de raad van commissarissen binnen een zorgverzekeraar om intern toezicht te houden op het beleid van het bestuur van de zorgverzekeraar. Dat betekent dat de raad van commissarissen erop zal moeten toezien dat de zorgverzekeraar in overeenstemming handelt met de voorgestelde bepalingen. Zo zal de raad van commissarissen erop moeten toezien dat de zorgverzekeraar de inspraakregeling niet eerder vaststelt dan nadat de vertegenwoordiging van verzekerden hiermee heeft ingestemd en na vaststelling daadwerkelijk uitvoert. Tevens zal de raad van commissarissen er toezicht op moeten houden dat de vertegenwoordiging representatief is voor de verzekerdenpopulatie en haar adviesrecht ten aanzien van het jaarlijkse zorginkoopbeleid kan uitoefenen.

Op grond van artikel 16, onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houdt de NZa extern toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Omdat de huidige statuten van alle zorgverzekeraars een bepaling bevatten over de invloed van verzekerden op het beleid, heeft de NZa ten aanzien van het huidige artikel 28, eerste lid, onder b, Zvw niet handhavend hoeven optreden. De nieuwe wettelijke bepalingen vragen een meer uitgebreid toezicht. Niet alleen zal de NZa de statuten erop na dienen te slaan (is er een vertegenwoordiging die het adviesrecht en instemmingsrecht is toegekend?), maar ook zal zij bijvoorbeeld moeten nagaan of verzekeraars hun verzekerden daadwerkelijk inspraak geven in het beleid. Dat er inspraak moet zijn is namelijk een wettelijke eis.

Het wetsvoorstel voorziet erin dat de NZa voorgestelde wettelijke bepalingen kan handhaven conform de artikelen 83, eerste lid, en 86, eerste lid, Wmg (last onder dwangsom respectievelijk bestuurlijke boete). De NZa kan bijvoorbeeld overgaan tot handhaving indien de zorgverzekeraar geen inspraakregeling opstelt, de vertegenwoordiging niet in de gelegenheid stelt om in te stemmen met de inspraakregeling, verzekerden niet zichtbaar informeert over wat is gedaan met de inspraak van de verzekerden of geen advies aan de vertegenwoordiging vraagt over het jaarlijkse zorginkoopbeleid. Dit kan zijn naar aanleiding van eigen onderzoek dan wel op basis van signalen van individuele verzekerden. Ook de leden van de vertegenwoordiging kunnen zich hiervoor tot de NZa wenden. In laatste instantie staat voor de vertegenwoordiging de gang naar de rechter open.

Ingevolge artikel 24 Wmg rapporteert de NZa jaarlijks over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. De regering vindt het wenselijk dat de NZa jaarlijks monitort hoe de invloed van verzekerden wordt vormgegeven als gevolg van dit wetsvoorstel. De meest recente rapportage van de NZa over de invloed van verzekerden is het 'Thematisch onderzoek verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet' uit 2007. Bij ministeriële regeling op grond van artikel 24 Wmg zal worden geregeld dat de invloed van verzekerden onderdeel uit maakt van de jaarlijkse rapportage van de NZa.

## 8. Fraudetoets

Onderhavig wetsvoorstel is op fraudegevoeligheid getoetst. Uit de toets zijn geen fraudegevoeligheden gebleken. **[PM: fraudetoets wordt nog extern uitgezet].**

### B. Artikelsgewijs

#### Artikel I

##### Onderdeel A

#### **Artikel 28, tweede lid**

Artikel 28, eerste lid, Zvw verplicht de zorgverzekeraar in de statuten onder meer waarborgen op te nemen voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid. In het nieuwe tweede lid wordt geregeld dat deze waarborgen in elk geval bestaan uit het toekennen van de instemmingsbevoegdheid, bedoeld in artikel 28a, derde lid, en de adviesbevoegdheid, bedoeld in artikel 28c, eerste lid, aan een permanente vertegenwoordiging. De statuten van iedere zorgverzekeraar moeten derhalve in toekenning van deze bevoegdheden voorzien. Bij het opstellen en uitwerken van de statuten zullen uiteraard de wettelijke eisen in acht genomen moeten worden. In dit verband is met name artikel 28b van belang.

Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar ter uitvoering van artikel 28, tweede lid, in zijn statuten zelf een permanente vertegenwoordiging instelt. Een andere mogelijkheid is dat de zorgverzekeraar in zijn statuten bijvoorbeeld aan de leden- of verzekerdenraad binnen het concern waarvan hij deel uitmaakt, de betrokken bevoegdheden toekent. De zorgverzekeraar heeft hierin vrijheid. De zorgverzekeraar kan de bevoegdheden echter alleen toekennen aan een vertegenwoordiging die voldoet aan het bepaalde in artikel 28b.

Doordat de vertegenwoordiging permanent is, onderscheidt deze zich van min of meer incidentele vormen van vertegenwoordiging van verzekerden, zoals een klantenpanel.

##### Onderdeel B

#### **Artikel 28a**

In het eerste lid is vastgelegd dat de verzekerden inspraak moet worden geboden in het beleid van de zorgverzekeraar. De inspraak kan betrekking hebben op bestaand beleid en op beleidsvoornemens van de zorgverzekeraar. In geval van inspraak in beleidsvoornemens ligt het voor de hand dat de zorgverzekeraar de verzekerden in de gelegenheid stelt om hun meningen en wensen kenbaar te maken op een tijdstip dat nog wezenlijke wijzigingen in het voorgenomen beleid kunnen worden aangebracht.

Het verplichten tot het bieden van inspraak in elk onderdeel van het beleid van de zorgverzekeraar is niet uitvoerbaar; de zorgverzekeraar zou in dat geval niet kunnen handelen zonder alle beslissingen eerst voor inspraak aan de verzekerden voor te leggen. Door in de inspraakregeling de onderwerpen vast te leggen waarvoor inspraak moet worden geboden en de vertegenwoordiging een instemmingsbevoegdheid op die regeling te bieden, wordt de mogelijkheid geboden voor een werkbare praktijk, toegesneden op de belangen van de verzekerden.

Het is de wens van de regering dat de ingekochte zorg zoveel mogelijk aansluit bij wat de verzekerden wensen. Daarom is in artikel 28a is uitdrukkelijk vastgelegd dat in ieder geval inspraak mogelijk moet zijn op de hoofdlijnen van het zorginkoopbeleid. Ook uit de consultatie van betrokken partijen is gebleken dat dit van groot belang wordt gevonden. Bovendien sluit dit aan bij de eerder genoemde moties Kuiper c.s. en Bouwmeester/Dik-Faber.

Onder de hoofdlijnen van het zorginkoopbeleid worden in elk geval verstaan het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar, de inhoud van de gecontracteerde zorg, de belangrijkste voorwaarden waaronder contractering plaatsvindt, het beleid met betrekking tot het inkoopproces en bepaalde kwaliteitseisen (bijvoorbeeld maximale reisafstand tot een zorgaanbieder, openingstijden, bereikbaarheid) van zorg.

Inspraak moet plaatsvinden over deze hoofdlijnen van het zorginkoopbeleid; het is derhalve niet voorgeschreven dat de inspraak zich uitstrekt over alle details van de zorginkoop of over het gehele jaarlijks vast te stellen en te publiceren inkoopbeleid. In de inspraakregeling kan uiteraard uitbreiding plaatsvinden tot meer gedetailleerde onderdelen van het zorginkoopbeleid.

In de inspraakregeling kunnen bovendien andere onderwerpen van het (algemene) beleid van de zorgverzekeraar worden aangewezen als onderwerpen waarin verzekerden inspraak wordt geboden. Te denken valt aan bijvoorbeeld het aantal labels, polisaanbod, regionale organisatie van de zorg en communicatie- en marketingbeleid.

In de inspraakregeling zal ook moeten worden opgenomen op welke wijze de zorgverzekeraar de inspraak verkrijgt. Zorgverzekeraars staan hiervoor verschillende instrumenten ter beschikking. Te denken valt aan het organiseren van regiobijeenkomsten met verzekerden, het lanceren van digitale platforms, inzet van klantenpanels en sociale media, uitzetten van enquêtes en het opzetten van 'virtual communities'.

Tevens moet in de inspraakregeling worden vastgelegd hoe de verzekerden worden geïnformeerd over de resultaten van de inspraak en hoe de zorgverzekeraar aan de verzekerden terugkoppelt welke informatie de inspraak heeft opgeleverd alsmede of, en zo ja hoe, die resultaten invloed hebben gehad op het beleid. Met deze terugkoppeling kan de zorgverzekeraar laten zien dat de meningen en wensen van zijn verzekerden er daadwerkelijk toe doen.

Artikel 28a stelt bewust geen verdere eisen aan de inspraakregeling. De vertegenwoordiging van verzekerden krijgt hierin namelijk een essentiële rol: voor het vaststellen, wijzigen of intrekken van de inspraakregeling is de instemming van de vertegenwoordiging vereist (artikel 28a, derde lid). De vertegenwoordiging kan zelf beoordelen welke wijze van inspraak zij gewenst vindt en de regeling daarop toetsen. Een voor de hand liggend toetsingspunt is of de zorgverzekeraar in de opgestelde regeling voldoende rekening houdt met de diversiteit van verzekerden in de verzekerdenpopulatie. Hiervoor is het noodzakelijk dat de zorgverzekeraar verschillende inspraakinstrumenten hanteert zodat alle verzekerden daadwerkelijk de gelegenheid krijgen om hun meningen en wensen over het beleid kenbaar te maken. De vertegenwoordiging zal er ook op kunnen letten dat voor het vastleggen of wijzigen van het zorginkoopbeleid ten minste inspraak is geboden aan de verzekerden die de desbetreffende zorg ontvangen.

Indien de zorgverzekeraar verzuimt voor de inspraakregeling de voorgeschreven instemming van de vertegenwoordiging te vragen, kan de vertegenwoordiging bij de NZa een handhavingsverzoek indienen. De vertegenwoordiging is als entiteit immers belanghebbende in de zin van artikel 1:2 van de Algemene wet bestuursrecht. Indien de NZa het handhavingsverzoek afwijst, kan de vertegenwoordiging hiertegen als zodanig bezwaar en beroep instellen.

Artikel 28a, vierde lid, verplicht de zorgverzekeraar om de inspraakregeling bekend te maken aan zijn verzekerden. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld bekendheid geven aan openstaande vacatures via publicatie in een dagblad of op een zichtbare plek op de webpagina van de zorgverzekeraar.

### **Artikel 28b**

Het eerste lid regelt de samenstelling van de permanente vertegenwoordiging, bedoeld in artikel 28, tweede lid. Die vertegenwoordiging bestaat uitsluitend uit verzekerden.

De permanente vertegenwoordiging moet bestaan uit representatieve vertegenwoordigers van de verzekerden bij de zorgverzekeraar. Dit betekent dat sprake moet zijn van een afspiegeling van de verschillende groepen verzekerden. Indien de permanente vertegenwoordiging is ingesteld op het niveau van de betrokken zorgverzekeraar, zal die vertegenwoordiging uitsluitend bestaan uit representatieve vertegenwoordigers van verzekerden van de betrokken zorgverzekeraar. Zoals opgemerkt in het algemene deel van deze memorie en in de toelichting op onderdeel A, is het ook mogelijk dat de zorgverzekeraar niet zelf een permanente vertegenwoordiging instelt, maar de betrokken instemmings- en adviesbevoegdheid in zijn statuten toekent aan een reeds bestaand vertegenwoordigend orgaan op concernniveau. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een ledenraad op concernniveau. In een zodanige ledenraad zullen ook de verzekerden van andere zorgverzekeraars vertegenwoordigd zijn. In dat geval zullen, naast de representatieve vertegenwoordigers van de verzekerden van de betrokken zorgverzekeraar, ook representatieve vertegenwoordigers van de verzekerden van die andere zorgverzekeraars deelnemen in de permanente vertegenwoordiging (te weten, indien ook deze zorgverzekeraars in hun statuten hebben vastgelegd dat die ledenraad de betrokken instemmings- en adviesbevoegdheid heeft). Representatief betekent niet alleen dat de betrokken vertegenwoordigers wat betreft leeftijd, opleiding en achtergrond een afspiegeling vormen van de verzekerdenpopulatie, maar ook dat de vertegenwoordigers een afspiegeling zijn van de diversiteit van de verzekerden qua zorgbehoefte en opgedane ervaringen met zorg.

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat een permanente vertegenwoordiging die naast vertegenwoordigers van zorgverzekerden tevens bestaat uit vertegenwoordigers van verzekerden

voor andere risico's (bijvoorbeeld voor rechtsbijstand of autoschade), niet kan worden geacht representatief ten zijn voor de verzekerden bij een bepaalde zorgverzekeraar.

Gezien artikel 28b, tweede lid, kan een zorgverzekeraar de betrokken advies- en instemmingsbevoegdheid uitsluitend toekennen aan een vertegenwoordiging ten aanzien waarvan wordt voldaan aan de in de onderdelen a, b en c, opgenomen eisen. De zorgverzekeraar dient er dus zorg voor te dragen dat aan deze eisen wordt voldaan. De zorgverzekeraar kan aan deze eisen voldoen door zelf een permanente vertegenwoordiging in te stellen die aan de betrokken eisen voldoet dan wel, indien hij bijvoorbeeld de ledenraad op concernniveau de betrokken bevoegdheden toekent, door met de organisatie waar de ledenraad toe behoort afspraken ter zake te maken. De vertegenwoordiging zal in beide gevallen de zorgverzekeraar(s) hierop kunnen aanspreken. In het uiterste geval kan ter zake een handhavingsverzoek worden ingediend bij de NZa.

Op grond van het tweede lid, onderdeel a, moet de zorgverzekeraar ervoor zorg dragen dat vacatures voor de vertegenwoordiging openbaar worden gemaakt. Op die manier wordt bewerkstelligd dat het werven van de leden van de vertegenwoordigers op onafhankelijke wijze gebeurt en niet door bijvoorbeeld een informeel verzoek van bestuurders om zitting te nemen in de vertegenwoordiging. Dit is een voorwaarde om de onafhankelijkheid van de vertegenwoordiging te borgen. Het dwingt er tevens toe om zichtbaar te maken welke kwaliteiten worden gezocht en om de eisen die aan de leden van de vertegenwoordiging worden gesteld, te expliciteren. Ook in het aangehaalde advies van IBMG wordt deze openbare werving geadviseerd.

Daarnaast zal de zorgverzekeraar moeten zorgen dat geborgd is dat de vertegenwoordiging gebruik kan maken van voorzieningen die de vertegenwoordiging redelijkerwijs nodig heeft voor de vervulling van haar taak (onderdeel b). Te denken valt bijvoorbeeld aan een communicatiekanaal via de website van de zorgverzekeraar of andere materiële middelen.

Voorts moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat wordt voorzien in de kosten die noodzakelijk zijn voor de vervulling van de taak van de vertegenwoordiging, waaronder de kosten die verband houden met scholing, onafhankelijke ondersteuning en eventuele rechtsgedingen in verband met handhavingsverzoeken (onderdeel c).

Onafhankelijke ondersteuning wil zeggen dat de vertegenwoordiging kan beschikken over een secretaris die onafhankelijk van het bestuur (zowel van de zorgverzekeraar als van het concern) functioneert.

Bij het voorzien in kosten die verband houden met scholing valt te denken aan het financieren van een introductietraject of het toekennen van een opleidingsbudget, voor zover dat noodzakelijk is voor de bevordering van de deskundigheid van de betrokken leden.

Evenzeer van belang is dat de vertegenwoordiging kan beschikken over relevante informatie. Het derde lid verplicht de zorgverzekeraar daarom alle redelijkerwijs benodigde inlichtingen en gegevens te verstrekken. Vanzelfsprekend dient dat op een zodanig tijdstip te gebeuren dat de vertegenwoordiging voldoende tijd heeft om de informatie te gebruiken voor haar taken. De vertegenwoordiging kan verlangen dat de informatie schriftelijk wordt verstrekt.

Het is voor een vertegenwoordiging onontbeerlijk om te weten wat er bij de rest van de verzekerden leeft. Zonder die informatie kan de vertegenwoordiging haar achterban immers niet in voldoende mate vertegenwoordigen. In de huidige praktijk hebben leden- en verzekerdenraden niet of nauwelijks contact met hun achterban. Het vierde lid regelt daarom dat de zorgverzekeraar stimuleert dat de vertegenwoordiging de verzekerden informeert en raadpleegt over haar werkzaamheden. Bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van een online platform waarop vertegenwoordiging en verzekerden met elkaar kunnen communiceren of het bieden van de mogelijkheid tot enquête van de achterban.

### **Artikel 28c**

Met artikel 28c, eerste lid, krijgt de permanente vertegenwoordiging van verzekerden - naast het instemmingsrecht inzake de inspraakregeling uit hoofde van artikel 28a, derde lid - een adviesrecht met betrekking tot het jaarlijkse zorginkoopbeleid.

Het is niet de bedoeling dat het adviesrecht zich uitstrekt over alle details van de zorginkoop. Daarom is bepaald dat de verzekerdenvertegenwoordiging kan adviseren over het jaarlijkse zorginkoopbeleid. Zorgverzekeraars leggen dat in de praktijk neer in het document dat zij jaarlijks uiterlijk op 1 april bekend moeten maken. Er is bewust voor deze formulering gekozen, omdat het niet wenselijk is dat de zorgverzekeraar de vertegenwoordiging over technische zaken en details om advies dient te verzoeken. Het staat de zorgverzekeraar vrij de vertegenwoordiging ook ten

aanzien van andere onderwerpen een adviesbevoegdheid toe te kennen, zoals ten aanzien van bepaalde andere aspecten van het algemene beleid. Dit kan de zorgverzekeraar doen door dit in de statuten neer te leggen. Ook kan de zorgverzekeraar de vertegenwoordiging in de statuten de bevoegdheid toekennen om ongevraagd te adviseren.

Om de vertegenwoordiging effectief te kunnen laten adviseren, moet tijdig om advies worden gevraagd (tweede lid). Met tijdig wordt bedoeld: op het moment dat het advies nog van wezenlijke invloed kan zijn op het zorginkoopbeleid. Dus in de vroege fase van de totstandkoming van het beleid en niet als het conceptbeleid al gereed is.

In artikel 28c, derde lid, is er rekening mee gehouden dat uit hoofde van artikel 28a, tweede lid met betrekking tot het zorginkoopbeleid ook inspraak geboden wordt aan verzekerden. De inspraak zal in de praktijk vooraf gaan aan het advies van de vertegenwoordiging. In het advies zal de vertegenwoordiging derhalve ook in moeten gaan op de uitvoering van de inspraakregeling door de zorgverzekeraar (zijn verzekerden tijdig betrokken via de juiste instrumenten?) en wat er is gedaan met de resultaten van de inspraak (is de inbreng verwerkt in het jaarlijkse zorginkoopbeleid en zo ja, hoe?). Hierdoor zal de zorgverzekeraar zich naar verwachting beter rekenschap geven van de inspraak.

Artikel 28c, vierde lid, verplicht de zorgverzekeraar aan de verzekerdenvertegenwoordiging een schriftelijke terugkoppeling te geven van wat met het advies van de vertegenwoordiging is gedaan. Als het advies (deels) niet wordt overgenomen, dan zal dat aan de vertegenwoordiging moeten worden uitgelegd. Er mag alleen gemotiveerd worden afgeweken van het advies.

## Artikel II

In de Wmg is het toezicht op en de handhaving van de Zvw geregeld. Dat geldt ook voor de bepalingen met betrekking tot invloed van verzekerden zoals die luiden ten tijde van het indienen van het onderhavige wetsvoorstel. De NZa kan een last onder dwangsom (artikel 83 Wmg) en een bestuurlijke boete (artikel 86 Wmg) opleggen wegens overtreding van artikel 28 Zvw. Met artikel II is daaraan toegevoegd de overtreding van de voorschriften in de artikelen 28a, 28b en 28c Zvw die zich richten tot de zorgverzekeraar.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers