

AAN: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Leusden, 6 augustus 2016

Betreft: reactie FHI op consultatie wetsvoorstel verzekerdenvloed

I. INLEIDING

- (1) Begin juli 2016 is de internetconsultatie inzake de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met versterking van de invloed van verzekerden op de zorgverzekeraar (hierna; het “**wetsvoorstel**”) geopend.
- (2) FHI heeft kennis genomen van het wetsvoorstel en maakt van de gelegenheid gebruik om op de in de consultatie opgenomen vragen te reageren. De vragen uit de consultatie zijn cursief in onderstaande tekst weergegeven. Alvorens in te gaan op de vragen worden achtergronden bij het wetsvoorstel kort toegelicht.

II. ACHTERGRONDEN EN ALGEMENE OPMERKINGEN

- (3) De zestien belangrijkste medische speciaalzaken in Nederland zijn verenigd in een speciaal branchecluster (DISW) van FHI. Medische speciaalzaken leveren medische hulpmiddelen en diensten op het gebied van diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondzorg. Deze medische speciaalzaken hebben uitgebreide kennis en expertise met betrekking tot medische hulpmiddelen. Zij leveren hulpmiddelen en geven instructie, zij begeleiden en adviseren patiënten. Daarnaast ondersteunen de speciaalzaken zorgprofessionals bij de inzet van medische hulpmiddelen, o.a. met protocollen en richtlijnen, bijvoorbeeld gericht op het functioneel voorschrijven van hulpmiddelen. Ook zijn de speciaalzaken actief in zorgprogramma's ter beperking van verspilling, ter verbetering van gezondheidsuitkomsten, ter verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg en ter verlaging van de zorgkosten. Medische hulpmiddelen ondersteunen patiënten in hun dagelijks functioneren, in hun zelfmanagement en in het participeren aan het arbeidsproces. Zij dragen daarom bij aan financiële en gezondheidswinst in de samenleving.
- (4) Toegang tot passende (hulpmiddelen)zorg voor verzekerden is daarbij ook een vereiste voor een goed werkend zorgstelsel. Waar het medische hulpmiddelenzorg betreft, geldt dat het essentieel is dat consumenten toegang hebben tot voor hen passende hulpmiddelenzorg. Onder andere de vergrijzing creëert een toenemende vraag naar medische hulpmiddelen. Uiteraard brengt een groeiende vraag uitdagingen met zich mee zoals voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van kwalitatieve goede medische hulpmiddelenzorg.
- (5) Eind 2015 verscheen het ZonMw rapport over extramurale hulpmiddelenzorg. Uit dat rapport volgt dat zowel de kwaliteit, de keuzevrijheid als het toezicht op naleving van de zorgplicht bij de inkoop van hulpmiddelenzorg moeten worden verbeterd.¹ Mede tegen deze achtergrond juicht FHI toe dat er sprake is van een wettelijke versterking van de invloed van verzekerden op de zorgverzekeraar.

¹ ZonMw, 'Verkenning extramurale hulpmiddelen', 21 augustus 2015. Zie <http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/verkenning-extramurale-hulpmiddelen/>.

- (6) De effectiviteit van het wetsvoorstel dat ter consultatie is aangeboden, valt of staat volgens FHI bij het feit dat inspraak op de juiste beleidsterreinen (dus o.a. ook de eventuele inzet van een preferentiebeleid) wordt geboden. Daarbij dient er sprake te zijn van een afdwingbare invloed van een representatieve vertegenwoordiging door middel van tijdige inspraak. FHI gaat op ieder van deze punten bij de beantwoording van de vraagstelling van de consultatie in en doet ook concrete suggesties om deze punten (beter) te kunnen borgen in de beoogde wetgeving.
- (7) Eén van die suggesties is dat het verplicht volgen van een functiegerichte wijze van voorschrijven en/of leveren van medische hulpmiddelen met zoveel woorden in de Regeling zorgverzekering of het Besluit zorgverzekering wordt vermeld. Dit wordt hierna kort toegelicht.
- (8) Het zorginkoopbeleid van een zorgverzekeraar speelt een essentiële rol in de relaties tussen verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorgverzekeraar fungeert binnen het zorgstelsel als de belangenbehartiger van de consument. De zorgverzekeraar is in dat kader op grond van de Zorgverzekeringswet ook gehouden aan de zorgplicht. De verzekeraar kan deze belangen alleen behartigen en zorgplicht invullen als hij tijdig en voldoende op de hoogte is van de behoefte en de zorgvraag van zijn verzekerden.
- (9) Dat dit niet steeds het geval is en er ook gevallen zijn waarbij zorgverzekeraars de zorgplicht schenden (door onvoldoende zorg in te kopen of zorg in te kopen die niet voldoet aan de vraag van al diens verzekerden) volgt uit de praktijk. Zo bevestigde de Hoge Raad eind 2015 in de zaak *VGZ/Nutricia* dat VGZ de zorgplicht bij de inkoop van medische drinkvoeding heeft geschonden.²
- (10) Consumenten hebben onvoldoende mogelijkheid om snel en effectief een beroep op de zorgplicht te doen. Zo volgt uit het ZonMw rapport over zorgverzekeraars dat *“zij niet [worden] gecontroleerd op de naleving van hun zorgplicht”*.³ De zorgplicht zou niet worden gehandhaafd door de Nederlandse Zorgautoriteit (“**NZA**”) die daarvoor verantwoordelijk is. Tegelijk volgt uit het ZonMw rapport dat consumenten niet-nakoming van de zorgplicht niet weten aan te kaarten bij zorgverzekeraars. Dit omdat die klachten vaak ‘blijven hangen’ bij de verzekeraar en slechts een klein deel van de klachten zou het Zorginstituut bereiken. Het Zorginstituut moet vervolgens de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (“**SKGZ**”) inschakelen. SKGZ zou niet naar behoren functioneren, althans de procedures zouden te lang duren.⁴
- (11) Kortom, dat er op papier sprake is van de zorgplicht (artikel 11 Zorgverzekeringswet) is geen garantie dat het zorginkoopbeleid of de feitelijke zorginkoop van verzekeraars daarmee te allen tijde in overeenstemming is (getuige bijvoorbeeld ook de zaak *VGZ/Nutricia*).
- (12) Minister Schippers schrijft in de Kamerbrief bij het ZonMw rapport over medische hulpmiddelen: *“Het ontwikkelen en daadwerkelijk implementeren van richtlijnen en normen die leiden tot meer gepast gebruik van hulpmiddelen, heeft voor mij daarin de hoogste prioriteit. Daarom zal ik de komende tijd samen met veldpartijen en het kwaliteitsinstituut nagaan op welke wijze dit binnen afzienbare tijd in de praktijk gerealiseerd kan worden. In aanvang concentreer ik me vooral op de hulpmiddelen rondom stoma-, incontinentie- en diabeteszorg. Deze patiënten zijn erg gebaat bij gepast gebruik van hulpmiddelen en er lijkt op dat gebied veel te winnen.”*⁵
- (13) Om te kunnen bewerkstelligen dat er sprake is van gepast gebruik waarbij een hulpmiddel ook steeds is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (zorgplicht) is effectieve inspraak door

² <http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:HR:2015:3241>.

³ ZonMw, ‘Verkenning extramurale hulpmiddelen’, 21 augustus 2015.

⁴ <https://www.skipr.nl/actueel/id25482-klachtenprocedure-in-de-zvw-duurt-vaak-veel-te-lang.html>.

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/10/13/kamerbrief-over-zonmw-verkenning-hulpmiddelen>.

verzekerden bij de inkoop van hulpmiddelen cruciaal. Voor hulpmiddelen zit de kneep geregeld in maatwerk, zo volgt ook uit het ZonMW rapport. Hulpmiddelen dienen in ieder geval te allen tijde functiegericht of functioneel te worden voorgeschreven. Het hulpmiddel dient immers, om van waarde voor de verzekerde te zijn, passend te zijn bij de specifieke zorgvraag van de verzekerde.

- (14) Omgekeerd geldt dat een hulpmiddel dat niet (voldoende) passend ('op maat') voor een verzekerde is (maar vanwege een eventueel preferentiebeleid wel goedkoop is), niet kan beantwoorden aan de zorgvraag van de verzekerde. In dat kader merkt FHI op dat er reeds uit de Regeling zorgverzekering (paragraaf 1.4) een functiegerichte aanspraak is af te leiden die borgt dat er sprake dient te zijn van een passend hulpmiddel. Niettemin geldt dat het verplicht volgen van een functiegerichte wijze van voorschrijven en/of leveren van medische hulpmiddelen niet met zoveel woorden in de Regeling zorgverzekering of het Besluit zorgverzekering is vermeld. Gezien de uitkomsten van onder andere het ZonMW rapport meent FHI dat het geen kwaad kan om dit te expliciteren in deze regelgeving.

III. INSPRAAKREGELING (VRAAG 1)

Vraag 1: "Is de inspraak van verzekerden voldoende gewaarborgd als zorgverzekeraars en vertegenwoordiging het samen regelen, zonder daarbij in de wet voor te schrijven op welke specifieke beleidsterreinen (naast zorginkoopbeleid) inspraak geregeld moet zijn? Waarom wel/niet? Heeft u andere suggesties?"

- (15) FHI acht de wijze waarop in het wetsvoorstel de inspraak van verzekerden wordt geregeld onvoldoende. FHI pleit ervoor in het wetsvoorstel te expliciteren dat onder de inspraak (op hoofdlijnen) in ieder geval ook de volgende twee punten worden begrepen:

- a. **verplichte inspraak ten aanzien van (handhaving van) ruime productkeuze voor gebruikers;**
- b. **verplichte inspraak ten aanzien van de (mogelijke) introductie van een productpreferentie- en/of stimuleringsbeleid door een zorgverzekeraar**

- (16) Op ieder van deze punten wordt hierna een korte toelichting gegeven.

a. Verplichte inspraak ten aanzien van (handhaving van) ruime productkeuze voor gebruikers

- (17) Het is juist bij medische hulpmiddelenzorg van groot belang dat niet alleen op prijs maar vooral (ook) patiëntgericht en op kwaliteit wordt ingekocht. Minister Schippers onderstreepte dit in haar Kamerbrief met haar reactie op het ZonMW rapport over hulpmiddelenzorg:

"Onder kwaliteit versta ik verantwoorde zorg die van goed niveau is, die doeltreffend, doelmatig en vraaggericht wordt verleend én is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Hulpmiddelenzorg is immers meer dan het afleveren van een hulpmiddel tegen zo min mogelijke kosten. Het gaat om het juist selecteren van een adequaat hulpmiddel met een begrijpelijke instructie, goede service en onderhoud, en zo nodig een evaluatie achteraf. Het is van belang dat mensen over enige keuzevrijheid kunnen beschikken omdat dit een belangrijke voorwaarde is voor de zelfredzaamheid van de patiënt."⁶
[onderstreping FHI]

- (18) Autoriteit Consument & Markt (“**ACM**”) tekent in juni 2016 aan: *“Om met zijn allen de vruchten te kunnen plukken van gezonde concurrentie tussen zorgverzekeraars – in de vorm van lage premies, gewenste keuzevrijheid en een goede kwaliteit van zorg – zijn actieve, bewust-kiezende consumenten nodig. Wanneer consumenten goed geïnformeerd en bewust kunnen kiezen voor de zorgverzekeraar met voor hen het beste aanbod, stimuleren zij zorgverzekeraars om hun best te doen voor de gunst van de klant. Het gevolg is dat verzekeraars zorgverzekeringen aanbieden met een zo goed mogelijke prijs/kwaliteit-verhouding.”*⁷ [onderstreping FHI]
- (19) Kortom, zowel VWS als ACM hechten belang aan keuzevrijheid voor verzekerden. Voldoende keuzevrijheid dient volgens FHI door middel van dit wetsvoorstel concreet te worden geborgd door verzekeraars te verplichten verzekerden een stem te geven in de (handhaving van) ruime productkeuze voor gebruikers.
- b. Verplichte inspraak bij de (mogelijke) introductie van een productpreferentie- en/of stimuleringsbeleid door een zorgverzekeraar**
- (20) In de zaak *VGZ/Nutricia* kwam naar voren dat dieetpreparaten onderling onvoldoende uitwisselbaar waren en preferent verklaarde dieetpreparaten niet geschikt waren voor alle verzekerden. Daardoor schond VGZ volgens de Hoge Raad in dat geval de zorgplicht. Bij het doorvoeren van een preferentiebeleid bij de inkoop van hulpmiddelenzorg zal een vergelijkbare situatie al snel kunnen ontstaan.⁸ Bij een preferentiebeleid besluit een zorgverzekeraar enkel preferent verklaarde genees- of hulpmiddelen te vergoeden, of maakt de verzekeraar gebruik van een financiële prikkel door het eigen risico vrij te stellen voor bepaalde zorg. Die aanpak kan in strijd zijn met de zorgplicht, zo blijkt uit de zaak *VGZ/Nutricia*.
- (21) De zorgkosten zullen de komende jaren mede als gevolg van de vergrijzing stijgen. Die ontwikkeling kan een prikkel voor zorgverzekeraars vormen om in toenemende mate een preferentiebeleid (of vergelijkbaar inkoopbeleid) te hanteren en/of bij de zorginkoop nog meer op prijs (in plaats van prijs én patiëntgerichte kwaliteit) in te kopen. Bij dat laatste punt kan de prikkel bestaan met een stimuleringsbeleid te werken. Daarbij wordt de ‘keuze’ voor een bepaald middel door de verzekerde door de verzekeraar beloond met een korting op het eigen risico. Dit stimuleringsbeleid kan als een malus worden ervaren door verzekerden om te (blijven) kiezen voor een ander (wellicht beter passend) hulpmiddel.
- (22) FHI ziet toegevoegde waarde in het wetsvoorstel voor de consument wanneer de consument kan voorkomen wat door middel van een beroep op de zorgplicht eerst achteraf moet worden genezen.⁹ Om te voorkomen dat zorgverzekeraars de op hen rustende zorgplicht kunnen schenden (bijvoorbeeld door een preferentiebeleid), is het van belang dat verzekerden in een vroeg stadium bij het proces van zorginkoop de zorgverzekeraar kunnen wijzen op eventuele tekortkomingen.
- (23) FHI pleit er dan ook voor wanneer verzekeraars overwegen een preferentie- of stimuleringsbeleid in te voeren zorgverzekeraars gehouden zijn hiervoor eerst de instemming te verkrijgen van de verzekerden. Zorgverzekeraars dienen in dat kader verplicht te worden vooraf aan de vertegenwoordiging van verzekerden zowel de voor- als nadelen van het beoogde preferentie- of stimuleringsbeleid op een objectieve wijze te verschaffen. Daarbij is de verzekeraar tevens

7

<https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15506/Ruimte-voor-versterken-concurrentie-zorgverzekeraars/>.

8

ZonMw, ‘Verkenning extramurale hulpmiddelen’, 21 augustus 2015.

9

Een beroep op de SKGZ, de NZa of de civiele rechter hebben gemeen dat dit doorgaans eerst met succes in gang kan worden gezet wanneer het inkoopbeleid reeds is vastgesteld of in de praktijk is gebracht. Voor de consument is de schade dan al aangericht. Ook volgt uit het ZonMw -rapport dat een beroep op de SKGZ of de NZa geen of onvoldoende soelaas biedt bij schending van de zorgplicht. De zaak *VGZ/Nutricia* wijst uit dat procederen bij een civiele rechter tegen een zorgverzekeraar een lange adem vergt en forse kosten met zich brengt.

gehouden te onderbouwen waarom het beoogde preferentie- of stimuleringsbeleid geen strijd met de zorgplicht oplevert. Zo wordt ook in de praktijk geregeld dat de bewijslast voor nalevering van de zorgplicht ook rust op de verzekeraars (in plaats van op de klant die eerst nadat het beleid is vastgesteld daarover kan klagen bij de NZa of procederen bij de civiele rechter).

IV. ADVIESRECHT ZORGINKOOPBELEID (VRAAG 2)

Vraag 2: “Is het borgen van een wettelijk adviesrecht ten aanzien van het zorginkoopbeleid een effectief instrument om de invloed van de vertegenwoordiging van verzekerden op het zorginkoopbeleid te versterken? Waarom wel/niet?”

- (24) Het wetsvoorstel beoogt een adviesrecht aan de vertegenwoordiging van verzekerden op het zorginkoopbeleid toe te kennen. De zorgverzekeraar kan gemotiveerd afwijken van het advies van de vertegenwoordiging. Dat biedt de verzekeraar ruimte om de uitkomst van de raadpleging van zijn verzekerden naast zich neer te leggen. FHI zit in het wetsvoorstel in ieder geval geen afdoende sanctiemogelijkheden voor dit punt. FHI meent dat zodoende onvoldoende waarborgen zijn ingebouwd in het wetsvoorstel om het beoogde doel te bereiken.
- (25) FHI ziet dan ook graag dat wettelijk wordt vastgelegd dat in voldoende mate gehoor gegeven wordt aan de inspraak van de verzekerden. Alleen zo kan worden gegarandeerd dat inspraak van verzekerden meerwaarde heeft en het wetsvoorstel meerwaarde heeft. FHI stelt in dit kader voor door middel van het wetsvoorstel de volgende twee punten te verankeren:
- c. wettelijk instemmingsrecht verzekerden op hoofdlijnen van het inkoopbeleid waaronder bij de inzet van een preferentie of stimuleringsbeleid door zorgverzekeraars**
 - d. het wettelijk verplicht stellen van de mogelijkheid maandelijks naar een concurrerende zorgverzekeraar te kunnen overstappen.**
- (26) Punt c is toegelicht in het kader van vraag 1. Punt d wordt hierna toegelicht. FHI meent dat zorgverzekeraars gehouden dienen te zijn om hun verzekerden de mogelijkheid te bieden maandelijks over te stappen naar een concurrerende zorgverzekeraar. Dit maakt dat zorgverzekeraars meer prikkels ontvangen om in de praktijk ook daadwerkelijk rekening te houden met hetgeen wordt verzameld bij raadpleging van de vertegenwoordiging van verzekerden. Deze maatregel is nodig omdat die prikkels -zoals hierna wordt toegelicht- nu onvoldoende worden ervaren door zorgverzekeraars.
- (27) ACM rapporteerde eerder dit jaar dat zorgverzekeraars actief zijn op een sterk geconcentreerde markt, waarbij geldt dat ca. 90% van de markt in handen is van vier grote verzekeraars. Daarbij beschikken zorgverzekeraars in hun kernwerkgebied(en) over inkoopmacht. ACM stelde eerder dit jaar dan ook vast dat er ruimte is voor meer concurrentie tussen zorgverzekeraars.¹⁰ Dat is een cruciale bevinding, omdat de voordelen van inkoopmacht van zorgverzekeraars slechts in voldoende mate worden doorgegeven aan de consument als er ook daadwerkelijk sprake is van voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars.
- (28) Waar het om de verbetering van de concurrentie tussen verzekeraars gaat tekent ACM onlangs aan: *“Zorgverzekeraars hebben een belangrijke positie in een toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar zorgstelsel in Nederland. Consumenten kiezen een zorgverzekeraar die het beste bij hen past. Om*

de zorgverzekeraars scherp te houden is het belangrijk dat er voldoende dynamiek in die markt zit. Dat kan bijvoorbeeld door overstappende consumenten. Ook nieuwe of groeiende zorgverzekeraars die nieuwe producten in de markt zetten maken dat er meer dynamiek in de markt komt. Het helpt als er duidelijke en makkelijk te vergelijken producten zijn. Dat versterkt de concurrentiedruk tussen zorgverzekeraars.¹¹ [onderstreping FHI]

- (29) Door in wet- of regelgeving zorgverzekeraars te verplichten hun klanten maandelijks de mogelijkheid te bieden over te stappen naar een concurrent kan de concurrentie tussen zorgverzekeraars worden aangewakkerd. Die concurrentiedruk (die volgens ACM verbeterd dient te worden) levert ook een prikkel voor de zorgverzekeraars op om gevolg te geven aan de input die verzekerden in het kader van de beoogde wettelijke inspraak ten aanzien van de zorginkoop geven aan verzekeraars. Met deze maatregel kan een markt waarop volgens ACM hoge toetredingsdrempels aanwezig zijn en al jaren geen toetreding plaats heeft gehad, eindelijk in beweging komen.¹² Een dergelijke aanpak wordt door ACM ook gevolgd bij het stimuleren van concurrentie tussen banken.¹³
- (30) FHI meent dat deze maatregel gezien de bevindingen van ACM¹⁴ en de huidige structuur van de zorgverzekeraarsmarkt noodzakelijk is, omdat het anders niet (snel) van de grond komt. Een spoedige implementatie van deze maatregel is daarbij gewenst om te zorgen dat de zorgverzekeraar het advies dat hij bij zijn verzekerden inwint onvoldoende gemotiveerd naast zich neerlegt en dat bij materiële consequentie voor de verzekerden zij ook daadwerkelijke kunnen stemmen met de voeten. Een tweede reden is dat verzekerden de effecten van het zorginkoopbeleid waarop zij (in lijn met dit wetsvoorstel) vooraf input hebben kunnen leveren, pas in het jaar erop ondervinden. Vaak pas in februari als de eerste declaraties over januari uitkomen. Op dat moment kunnen verzekerden in de praktijk al niet meer switchen naar een concurrerende zorgverzekeraar.¹⁵ Dit alles brengt met zich dat verzekerden in de praktijk voor de rest van het jaar *locked in* zijn bij één verzekeraar dus ook als zij bijvoorbeeld in dat jaar een beperking van de productkeuze ervaren. Dat staat haaks op de conclusie die uit ACM's rapportage over het gemis aan concurrentie tussen zorgverzekeraars volgt: dat meer dynamiek op de markt voor zorgverzekeraars gewenst is en ook om die reden zou meer mobiliteit van verzekerden gewenst zijn.

V. ADVIESRECHT ANDERE BELEIDSTERREINEN (VRAAG 3)

Vraag 3: “Zou het adviesrecht van de vertegenwoordiging volgens u ook op andere beleidsterreinen moeten gelden? Waarom wel/niet? Zo ja: welke andere terreinen?”

- (31) FHI meent dat er gezien de gevolgen van een zorginkoopbeleid voor verzekerden sprake dient te zijn van een instemmingsrecht (en geen adviesrecht). FHI meent dat het voor verzekerden van cruciaal belang is dat het preferentie- (of vergelijkbaar inkoopbeleid) of stimuleringsbeleid van zorgverzekeraars een punt is waarover de vertegenwoordiging van verzekerden zich zou moeten kunnen uitspreken.

¹¹ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15506/Ruimte-voor-versterken-concurrentie-zorgverzekeraars/>.

¹² Ibid., ACM tekent eerder dit jaar aan: “Nieuw e partijen kunnen de huidige zorgverzekeraars alerter maken. Sinds 2006 zijn er geen nieuw e zorgverzekeraars bijgekomen. [...] Daarnaast is bijna 70% van de verzekerden nog nooit overgestapt.” Zie <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15506/Ruimte-voor-versterken-concurrentie-zorgverzekeraars/>.

¹³ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15941/Europa-maak-werk-van-nummerbehoud-bij-overstap-bank/>.

¹⁴ Zie <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15506/Ruimte-voor-versterken-concurrentie-zorgverzekeraars/>.

¹⁵ Gezien de bevindingen van ACM ie <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15506/Ruimte-voor-versterken-concurrentie-zorgverzekeraars/>, en de huidige structuur van de zorgverzekeraarsmarkt is er geen reden om te veronderstellen dat dit snel zal gaan veranderen.

- (32) FHI meent dat daarbij slechts een instemmingsrecht garandeert dat zorgverzekeraars hierbij ook in afdoende mate rekening hebben te houden met de inbreng van hun verzekerden. Zo niet dan komt de verzekeraar teveel vrijheid toe om onafhankelijk van de inbreng van de verzekerden een preferentie- of stimuleringsbeleid vast te stellen.

VI. DOEL WETSVOORSTEL (VRAAG 4)

“Het doel van het wetsontwerp is als volgt: “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 diens 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 hetgeen 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.”

Vraag 4: “Wordt dit doel volgens u met het wetsontwerp bereikt? Waarom wel/niet? Zo niet: ziet u andere mogelijkheden om dit doel te bereiken en daarbij de uitvoering door zorgverzekeraars eenvoudig te houden?”

- (33) FHI ziet het onderhavig wetsvoorstel als een welkome verbetering ten opzichte van de wijze waarop verzekerden nu invloed kunnen uitoefenen op het inkoopbeleid van verzekeraars. Niettemin gaat volgens FHI het wetsvoorstel niet ver genoeg, althans mist het concrete verplichtingen die voor een omslag in de praktijk kunnen zorgen. Anders gezegd, het wetsvoorstel laat (te)veel ruimte voor zorgverzekeraars om naar eigen inzicht het zorginkoopbeleid te blijven vaststellen. Twee punten die in dit kader van groot belang zijn voor het wetsvoorstel zijn: (i) voldoende representatieve vertegenwoordiging en (ii) tijdige inspraak.

e. representatieve vertegenwoordiging

- (34) In de concept Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel onderstreept de wetgever het belang van representativiteit, deskundigheid en onafhankelijkheid van de vertegenwoordiging. Om de deskundigheid te borgen is voor zorgverzekeraars in het wetsvoorstel de verplichting opgenomen om tegemoet te komen in de kosten die de vertegenwoordiging nodig heeft om haar (inhoudelijke) taken te kunnen vervullen. Er ontbreken in het voorstel waarborgen aangaande de representativiteit en onafhankelijkheid.¹⁶ Dit punt dient te worden geadresseerd in het wetsvoorstel. Hetzelfde geldt voor het feit dat inspraak door de vertegenwoordiging alleen zinvol is wanneer dit tijdig geschiedt.

f. tijdige inspraak

- (35) Het wetsvoorstel voorziet in de verplichting voor zorgverzekeraars om schriftelijk mededeling te doen van de vaststelling, wijziging of intrekking van het jaarlijkse zorginkoopbeleid. Het wetsvoorstel bevat geen termijn waarbinnen zorgverzekeraars hun inkoopbeleid aan hun vertegenwoordiging moeten presenteren. Op grond van de NZa Regeling Zorginkoop zijn verzekeraars sinds 2016 gehouden uiterlijk 1 april van een jaar hun zorginkoopbeleid voor het volgende jaar te publiceren.¹⁷
- (36) Omdat de inspraak van de verzekerden dient te geschieden ruim voordat het zorginkoopbeleid (uiterlijk op 1 april) gepubliceerd dient te worden, dient de termijn voor raadpleging van verzekerden ook ruim voor die datum te liggen. Daarbij wordt in de Memorie van Toelichting terecht gesteld dat de

¹⁶ Dat de vacature van de vertegenwoordiging openbaar moet worden gemaakt biedt volgens FHI onvoldoende soelaas.

¹⁷ http://www.nza.nl/1048076/1048133/TH_NR_005_Transparantie_zorginkoopproces_Zvw.pdf

zorgverzekeraar “*voeling dient te houden met wat bij haar ‘achterban’ leeft*”. Ook dit proces vergt de nodige tijd.

- (37) FHI pleit er dan ook voor dat wettelijk wordt vastgelegd dat zorgverzekeraars uiterlijk vier maanden voorafgaand aan de datum waarop het inkoopbeleid wordt gepubliceerd (o.g.v. de Regeling Zorginkoop uiterlijk 1 april) de raadpleging van de vertegenwoordiging van verzekerden wordt gestart. De vertegenwoordiging heeft vervolgens minimaal anderhalve maand de tijd om het concept zorginkoopbeleid te bestuderen en te reageren. De zorgverzekeraar krijgt daarbij een termijn van maximaal anderhalve maand om te reageren op het advies van de vertegenwoordiging.
- (38) FHI is vanzelfsprekend graag bereid nadere toelichting op deze reactie op de consultatie te verschaffen.
