



Nederlandse
Zorgautoriteit

Thematisch onderzoek

Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet

Thematisch onderzoek

Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet

mei 2007

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding onderzoek verzekerdeninvloed	11
1.2 Verzekerdeninvloed	12
1.2.1 Definitie verzekerdeninvloed	12
1.2.2 Instrumenten voor verzekerdeninvloed	12
1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen	12
1.4 Uitvoering van het onderzoek	13
1.5 Opbouw van het rapport	14
2. Instrumenten van verzekerdeninvloed	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Klachten en geschillen	15
2.2.1 Inleiding	15
2.2.2 Klachten	15
2.2.3 Geschillen	16
2.2.4 Zorgverzekeraars Nederland	16
2.3 Inschakeling van de rechter	17
2.4 Statuten zorgverzekeraars	17
2.5 Overstappen naar een andere verzekeraar	17
2.6 Overige mogelijkheden	18
3. Resultaten van onderzoek	19
3.1 Klachtenafhandeling door zorgverzekeraars	19
3.1.1 Afhandelwijze en termijnen	19
3.1.2 Analyse van klachten door zorgverzekeraars	20
3.1.3 Bekendheid bij verzekerden van klachtenregeling van de zorgverzekeraars	21
3.1.4 Ervaringen van verzekerden met de klachtenregeling van zorgverzekeraars	22
3.1.5 Klachtenbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen	23
3.1.6 Onderwerpen van klachten	24
3.2 Geschillenbeslechting	24
3.2.1 Aantal geschillen	24
3.2.2 Bekendheid en tevredenheid met geschillenbeslechting	25
3.3 Regeling van verzekerdeninvloed via de statuten	26
3.3.1 Statuten zorgverzekeraars	26
3.3.2 Bekendheid consumenten met leden- en verzekerdenraden	27
3.4 Juridische procedures	29
3.5 Overige mogelijkheden	30
4. Conclusies en aanbevelingen	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Effectiviteit van middelen voor verzekerdeninvloed	33
4.2.1 De klachtenregelingen van zorgverzekeraars	34
4.2.2 Klachtenbemiddeling en geschillenbeslechting door de SKGZ	34
4.2.3 Juridische stappen	34
4.2.4 Verzekerdeninvloed ex. Artikel 28 Zorgverzekeringswet	35
4.2.5 Overige mogelijkheden	35
4.3 Verbetermogelijkheden en vervolgactiviteiten	35

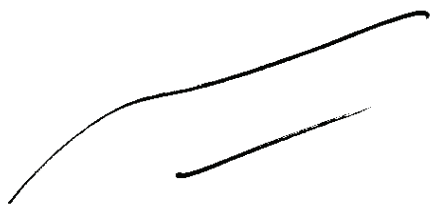
4.3.1	Informatievoorziening	35
4.3.2	Verzekerdeninvloed via de statuten	36
4.3.3	Aanvullende verzekeringen	36
4.3.4	Vervolgonderzoek	36
	Bijlage 1: Gedragscode van de zorgverzekeraar	37
	Bijlage 2: Gebruikte bronnen	39
	Bijlage 3: Kerntabel	41

Vooraf

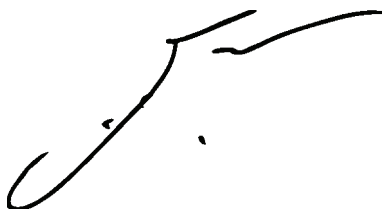
Voor u ligt het rapport van het thematisch onderzoek verzekerdeninvloed, dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het voorjaar van 2007 heeft uitgevoerd. Het is essentieel dat verzekerden de mogelijkheid hebben om invloed uit te oefenen op het beleid of het gedrag van hun zorgverzekeraar. Vervolgens is het van belang dat verzekerden van die mogelijkheden ook daadwerkelijk gebruikmaken. Voorbeelden van beïnvloedingsinstrumenten zijn inspraakmogelijkheden voor verzekerden, de interne klachtenregeling van zorgverzekeraars, de onafhankelijke geschillenbeslechting en de gang naar de rechter.

In dit rapport presenteert de NZa de resultaten van haar onderzoek naar verzekerdeninvloed. Daarbij geeft zij een aantal verbetermogelijkheden aan om ervoor te zorgen dat de invloed van verzekerden goed tot zijn recht komt. Ook schetst de NZa tot welke vervolgactiviteiten het onderzoek zal leiden. De NZa heeft als taak waar het gaat om de zorgverzekeringen het algemeen consumentenbelang te bevorderen. Waar nodig, zal zij met het oog hierop actie ondernemen.

Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Verzekeraars



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Van groot belang in het huidige stelsel van zorgverzekeringen is dat verzekerden voldoende middelen hebben om het gedrag of beleid van hun zorgverzekeraar te beïnvloeden. Tijdens de behandeling van de Zorgverzekeringswet heeft de Kamer aan dit onderwerp nadrukkelijk aandacht besteed. In het kader van de risicoanalyse¹ van de NZa is rekening gehouden met de instrumenten die verzekerden hebben ter beïnvloeding van hun zorgverzekeraar. Werken deze niet of niet goed, dan heeft dit gevolgen voor de manier waarop risico's zijn ingeschat. Verzekerdeninvloed speelt een rol in het Risicoanalysemodel van de NZa als check en balance. Check en balances' vormen controle- en beheersmechanismen in de wet- en regelgeving die een risicoverlagend effect kunnen hebben. Als deze niet of niet voldoende werken, dan is de kans op optreden van een risico groter (zie hoofdstuk 1).

Op grond hiervan heeft de NZa besloten om een thematisch onderzoek te verrichten naar de instrumenten voor verzekerdeninvloed. Centrale vraagstelling in het onderzoek is: hoe effectief zijn de middelen die verzekerden hebben om invloed uit te oefenen op hun zorgverzekeraar? Effectiviteit is daarbij onder te verdelen in *bekendheid, gebruik en ervaringen* (knelpunten) met de instrumenten. De instrumenten waar het om gaat zijn klachten- en geschillenbeslechting, overstappen naar een andere zorgverzekeraar, inschakeling van de rechter en beïnvloeding door participatie in leden- of verzekerdenraden. Ook valt te denken aan het inschakelen van de media of van consumentenorganisaties.

Het onderzoek naar verzekerdeninvloed is uitgevoerd door middel van een enquête onder verzekerden, in opdracht van de NZa uitgevoerd door TNS-NIPO, via deskresearch en door het uitzetten van een vragenlijst onder de zorgverzekeraars.

Conclusies over de effectiviteit van middelen

Wil het gebruik van instrumenten voor verzekerdeninvloed effectief zijn, dan moeten verzekerden met die instrumenten bekend zijn. De bekendheid van de middelen laat echter te wensen over. Van de ondervraagden weet 39% dat er een klachtenregeling bestaat en is 38% op de hoogte van het bestaan van een onafhankelijke geschillencommissie. Veel verzekerden blijken zijn niet goed op de hoogte van de beschikbare instrumenten om invloed uit te oefenen. Dat is voor een deel wel verklaarbaar. Meestal zullen consumenten zich pas in klachten- en geschillenregelingen verdiepen als zij een klacht of geschil hebben. Bij gebruik van de middelen voor verzekerdeninvloed zijn verder geen grote belemmeringen geconstateerd.

Uit het onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de verzekerden (93%) geen klachten heeft over de zorgverzekeraars. Als verzekerden klagen, hanteren zij daarvoor vooral de reguliere klachten- en geschillenprocedures. Minder snel gebruiken verzekerden middelen zoals leden- of verzekerdenraden, de rechter en consumentenprogramma's of consumentenorganisaties. Met name de georganiseerde manier van beïnvloeding via verzekerden- of ledenraden is bij de verzekerden te

¹ Zie <http://www.nza.nl/verzekeraar/rapporten> voor een brochure over het Risico Analyse Model (RAM).

weinig bekend. Slechts 17% van de ondervraagden is hiervan op de hoogte.

Het algemene beeld dat uit het onderzoek naar voren komt, is dat klagen zin heeft. Zowel de klachtenregelingen van de zorgverzekeraars en klachtenbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen hebben in ongeveer de helft van de gevallen een verbetering voor de verzekerde tot gevolg, bijvoorbeeld omdat hij een bepaalde behandeling toch vergoed krijgt. Behandeling door de Geschillencommissie leidt vervolgens in een aantal gevallen ook nog tot succes voor de verzekerde.

De NZa concludeert dat de invloed van verzekerden als check en balance in het Risicoanalysemodel dat de NZa hanteert, werkt. Daarbij is wel van belang dat verzekerden op de hoogte zijn van de instrumenten die er bestaan. Dit moet nog verbeteren. Vooral een georganiseerde manier van beïnvloeding via verzekerden- of ledenraden is bij te veel verzekerden onbekend. In de wet is vastgelegd dat zij een redelijke mate van invloed op het beleid van hun zorgverzekeraar moeten hebben. Het effect van de checks en balances kan groter worden naarmate de bekendheid van verzekerden met de verschillende middelen voor verzekerdeninvloed toeneemt.

De klachtenregelingen van zorgverzekeraars

Het aantal klachten per 10.000 verzekerden per verzekeraar loopt sterk uiteen, van 3 per 10.000 tot 152 per 10.000. Dit hangt onder andere samen met de definitie van het begrip 'klacht' en de manier van registreren. Zo beschouwen sommige verzekeraars ook telefonische uitingen van ongenoegen als klacht of rekenen zij oude ziekenfondsklachten die in 2006 doorlopen ook mee in hun opgave. Een grote meerderheid van de zorgverzekeraars analyseert klachten en benut deze om wijzigingen aan te brengen in procedures en processen. Veel klachten in 2006 hingen samen met de overgang naar het nieuwe zorgstelsel.

Grote drempels voor gebruikmaking van klachtenregelingen blijken niet uit het onderzoek. Onbekendheid met de klachtenregeling, twijfel of zorgverzekeraars klachten serieus nemen, tijdrovendheid en onbekendheid met de manier waarop een klacht moet worden ingediend, spelen in de enquête onder verzekerden slechts in beperkte mate een rol. De meest gehoorde reden voor het niet indienen van een klacht is dat verzekerden geen klacht hebben. De informatieverstrekking over opzegging van de verzekering en over klachten- en geschillenregelingen kan beter. Op websites en in informatiepakketten van veel zorgverzekeraars ontbreekt informatie hierover.

Klachtenbemiddeling en geschillenbeslechting door de SKGZ

Veel verzekerden weten niet dat er een onafhankelijke geschillencommissie SKGZ bestaat. De ondervraagde verzekerden hebben hiervan in 2006 nauwelijks gebruik gemaakt. Veel verzekerden hebben geen klachten, maar ook onbekendheid met de mogelijkheden tot geschillenbeslechting speelt een rol.

Juridische stappen en overige middelen

Uit het onderzoek van TNS-NIPO en uit de opgave van de zorgverzekeraars zelf blijkt dat verzekerden slechts bij hoge uitzondering juridische procedures voeren. Verzekerden blijken weinig gebruik te maken van 'overige mogelijkheden', zoals het inschakelen van consumentenorganisaties en consumentenprogramma's op de televisie.

Verzekerdeninvloed ex. Artikel 28 Zorgverzekeringswet

Zorgverzekeraars hebben verzekerdeninvloed in hun statuten geregeld overeenkomstig artikel 28 van de Zorgverzekeringswet. Het begrip 'een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid' heeft de wetgever niet nader uitgewerkt of omschreven. De passages die zorgverzekeraars in hun statuten over invloed van verzekerden op het beleid hebben opgenomen, kan de NZa op dit moment niet goed inhoudelijk beoordelen op de vraag of deze voldoen aan de norm 'redelijke mate'. Daarvoor ontbreekt een normenkader of een nadere (minimale) invulling. De onbekendheid van verzekerden met leden-, advies- of verzekerdenraden is groot. Uit de enquête blijkt dat verzekerden wel *willen* meepraten over inhoudelijke onderwerpen die met de zorgverzekeraar te maken hebben.

Verbetermogelijkheden en vervolgactiviteiten

Betere informatieverstrekking over de opzegmogelijkheden voor verzekerden en over klachten- en geschillenregelingen is noodzakelijk. De NZa wil dit bereiken door overleg met ZN over aanpassing van hun gedragscode, via een nieuw Richtsnoer Informatieverstrekking waarin wordt gewezen op de noodzaak tot opneming van deze informatie in de informatiepakketten en op websites van zorgverzekeraars en door intensivering van het transparantieonderzoek.

De NZa zal ook bevorderen dat via Kiesbeter.nl meer informatie wordt gepubliceerd over het overstappen naar een andere zorgverzekeraar en over klachten- en geschillenregelingen. Daarnaast gaat de NZa met consumentenorganisaties overleggen over het meer onder de aandacht brengen van mogelijkheden om klachten en geschillen aanhangig te maken. Doel hiervan is de bekendheid van deze mogelijkheden te vergroten. Ook op de eigen website zal de NZa informatie over deze onderwerpen opnemen.

De NZa zal het initiatief nemen om nog in 2007 te komen tot een nadere invulling van het begrip 'een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid'. Hierbij zal zij de veldpartijen consulteren. De aanbevelingen van de commissie-Glasz en de resultaten van de enquête van TNS-NIPO op dit terrein vormen daarvoor input.

Gezien de geringe bekendheid van verzekerden met leden- en verzekerdenraden, is het voor de zorgverzekeraars zaak om de participatiemogelijkheden die zij bieden bij verzekerden beter onder de aandacht te brengen. Anders dan klachten of geschillen - wat individuele vormen van beïnvloeding zijn -, is georganiseerde beïnvloeding via leden- en verzekerdenraden een instrument dat verzekerden de mogelijkheid biedt om invloed op het beleid uit te oefenen voordat er problemen ontstaan.

Consumenten met klachten over de aanvullende verzekering rest na klachtbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen geen andere weg dan die naar de rechter. Dit zal voor veel consumenten een (hoge) drempel zijn. De NZa acht het van belang dat deze lacune op een laagdrempelige manier wordt aangevuld.²

² Het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland heeft in haar bestuursvergadering van 7 mei 2007 besloten dat per 1 januari 2008 geschillen die te maken hebben met de aanvullende verzekering, ook aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (die onderdeel uitmaakt van de SKGZ) kunnen worden voorgelegd voor een bindend advies. Dit is in lijn met wat de NZa voorstaat.

Via regulier onderzoek zal de NZa de (ontwikkeling van de) informatieverstrekking door zorgverzekeraars over opzeg- en overstapmogelijkheden en over klachten- en geschillenregelingen volgen. De NZa beoordeelt websites van zorgverzekeraars en de informatiepakketten die zij aan (potentiële) verzekerden toesturen. Het transparantie- en signaalonderzoek tijdens de overstapperiode van eind 2007 spitst zich mede op deze onderwerpen toe. Via de maatschappelijke verslagen van zorgverzekeraars en door middel van signaalonderzoek vindt verdere monitoring plaats. Ook ontwikkelingen op het gebied van klachtenanalyse door verzekeraars die dit tot op heden niet doen, zal de NZa nauwgezet volgen.

De NZa acht meer uniformiteit in de registratie en de omschrijving van klachten noodzakelijk; dit is in het belang van de transparantie voor de consument. Ook hierover treedt de NZa op korte termijn in contact met ZN.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek verzekerdeninvloed

In het nieuwe zorgstelsel vormt de invloed van verzekerden een belangrijk element. Het beleid van de overheid is erop gericht om de consument meer invloed te geven op de zorg; dat geldt ook voor de zorgverzekeringen. Een belangrijke randvoorwaarde voor een goede werking van het nieuwe stelsel van zorgverzekeringen is dat een verzekerde de nodige invloed kan uitoefenen op het gedrag en beleid van zijn zorgverzekeraar. De gedachte daarbij is dat van de dreiging om instrumenten voor de invloed van verzekerden in te zetten een preventieve werking uitgaat.

Wanneer de verzekerde ontevreden is over het handelen van zijn zorgverzekeraar, beschikt hij over diverse mogelijkheden om te proberen het gedrag of beleid van zijn zorgverzekeraar te veranderen. Deze zijn grofweg in twee handelwijzen onder te verdelen:

- *Exit*: de ontevreden klant kan kiezen voor een andere zorgverzekeraar;
- *Voice*: de klant geeft zijn mening en pleit daardoor 'van binnenuit' voor verandering, bijvoorbeeld via leden- of verzekerdenraden.³

De invloed van verzekerden speelt ook een belangrijke rol als check and balance in het Risicoanalysemodel (RAM) dat de NZa hanteert. Aan de hand van dit model benoemt en analyseert de zij risico's. Checks en balances spelen een rol bij het inschatten van de kans dat zich risico's voordoen. Zij vormen controle- en beheersmechanismen in de wet- en regelgeving die een risicoverlagend effect kunnen hebben. Werken de checks en balances niet of niet voldoende, dan is de kans dat een risico optreedt groter. Daaruit volgt dat het belangrijk is om de werking van checks en balances goed in kaart te brengen. Bij het thema invloed van verzekerden gaat het erom vast te stellen of verzekerden (individueel of collectief) voldoende middelen hebben om op hun zorgverzekeraar invloed uit te oefenen.

Gezien het belang van het onderwerp acht de NZa het noodzakelijk om onderzoek te doen naar de werking van de verschillende middelen voor verzekerdeninvloed. Het onderzoek past in een serie van onderzoeken van de NZa naar de werking van een aantal belangrijke randvoorwaarden voor een goede werking van het nieuwe zorgstelsel, zoals het thematisch onderzoek naar de nakoming van de zorgplicht. De NZa heeft als opdracht in de Wet marktordening gezondheidszorg meegekregen het algemeen consumentenbelang te bevorderen. Dusdanige bewaking dat er sprake is van goed functionerende instrumenten voor de uitoefening van invloed door verzekerden, is daarin een belangrijk element. Waar instrumenten niet of niet goed functioneren, zal de NZa ingrijpen. Voor de aanvullende verzekering geldt een wat andere situatie. De aanvullende verzekering is geen wettelijke zorgverzekering. Gezien de verbondenheid tussen basis- en aanvullende verzekering, zal dit rapport op een aantal plaatsen wel aandacht schenken aan de aanvullende verzekering.

³ Zie: Hirschman. Exit, Voice and Loyalty. Responses to decline of firms, organizations and states (1970).

1.2 Verzekerdeninvloed

1.2.1 Definitie verzekerdeninvloed

In dit thematische onderzoek verstaat de NZa onder verzekerdeninvloed:

Middelen die verzekerden tot hun beschikking (kunnen of horen te) hebben om het gedrag of beleid van een of meer zorgverzekeraars te beïnvloeden dan wel bij te sturen.

Daarmee gaat het onderzoek niet uitsluitend en niet in de eerste plaats over verzekerdeninvloed zoals bedoeld is in artikel 28 van de Zorgverzekeringswet (invloed via statuten)⁴, maar meer in brede zin over alle instrumenten die consumenten of verzekerden ten dienste staan om invloed uit te oefenen. Het onderzoek beperkt zich hoofdzakelijk tot de basisverzekering.

1.2.2 Instrumenten voor verzekerdeninvloed

In het onderzoek gaat de aandacht van de NZa specifiek uit naar de mechanismen die in wet- en regelgeving zijn ingebouwd om verzekerden invloed te geven. Het gaat om de volgende mechanismen:

- de interne klachtenregeling van zorgverzekeraars;
- de onafhankelijke geschillencommissie waaraan geschillen kunnen worden voorgelegd;
- inschakeling van de rechter om een conflict met de zorgverzekeraar voor te leggen;
- invloed via bijvoorbeeld een verzekerden- of ledenraad;
- (dreigen met) overstappen naar een andere zorgverzekeraar (de 'exit-optie').

Overige mogelijkheden zijn:

- aandacht van en ondersteuning door consumentenorganisaties;
- publiciteit via consumentenprogramma's en andere vormen van media-aandacht. Deze middelen staan weliswaar ter beschikking van consumenten en kunnen effectief zijn, maar vallen grotendeels buiten het bereik van dit onderzoek.

In hoofdstuk 2 worden de verschillende instrumenten voor verzekerdeninvloed nader uitgewerkt en toegelicht.

1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen

De centrale vraagstelling in dit onderzoek is: hoe effectief zijn de middelen die verzekerden hebben om invloed uit te oefenen op hun zorgverzekeraar? Daarbij moet de term 'effectiviteit' worden opgevat als: zijn de middelen om invloed uit te oefenen bij consumenten bekend, maken zij er gebruik van en hoe ervaren zij het gebruik van één of meer van deze middelen? De NZa heeft onder andere onderzoek gedaan naar

⁴ Artikel 28 Zvw luidt:

1. De statuten van een zorgverzekeraar:

a. voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de daarmee verbonden onderneming,

b. bieden waarborgen voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid, en

c. sluiten iedere verplichting van de verzekeringnemers, verzekerden, gewezen verzekeringnemers of gewezen verzekerden tot het doen van een bijdrage in tekorten van de rechtspersoon uit.

2. Bij AMvB kunnen regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een zorgverzekeraar dienen te hebben.

eventuele knelpunten of belemmeringen die verzekerden ondervinden en naar andere redenen die leiden tot verminderd gebruik van (sommige) beschikbare instrumenten dan wel verminderde invloed van verzekerden op zorgverzekeraars. In dit verband is het goed om op te merken dat in het enquêtegedeelte van het onderzoek de percepties van de ondervraagde consumenten centraal staan.

Op basis van de onderzoeksresultaten bekijkt de NZa welke veranderingen nodig en mogelijk zijn om verzekerden van de beschikbare middelen voor verzekerdeninvloed (meer) gebruik te laten maken. Gekoppeld hieraan is de vraag wat de NZa kan doen om die middelen effectiever te maken.

De NZa betreft de resultaten van het onderzoek bij de herijking van het Risicoanalysemodel. Verder vervult dit onderzoeksrapport een signaalfunctie in de richting van het ministerie van VWS voor wat betreft knelpunten en mogelijke verbeterpunten.

1.4 Uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek is langs drie lijnen uitgevoerd:

- enquêtering van verzekerden;
- onderzoek naar en bij de zorgverzekeraars;
- deskresearch.

In een enquête die de NZa in samenwerking met TNS-NIPO heeft ontwikkeld, is een representatieve groep consumenten gevraagd naar hun bekendheid met instrumenten om zorgverzekeraars te beïnvloeden, het feitelijke gebruik van die instrumenten, hun beoordeling van het resultaat en mogelijke knelpunten bij het gebruik van die instrumenten. De bekendheid en het gebruik van deze middelen is van belang voor een goede werking van het zorgverzekeringstelsel. De manier waarop consumenten de middelen voor beïnvloeding beleven en hun kennis over die instrumenten kan uitsluitend op deze wijze worden gemeten. De NZa zal de enquêtedata gedeeltelijk ook voor haar Monitor Zorgverzekeringmarkt en haar transparantieonderzoek benutten.

De NZa heeft de zorgverzekeraars gevraagd om informatie aan te leveren door middel van een digitaal vragensjabloon. Dit om de medewerking aan het onderzoek te vergemakkelijken en de administratieve lasten die aan het onderzoek zijn verbonden te beperken. In het kader van het onderzoek heeft de NZa de zorgverzekeraars om informatie verzocht over de inrichting van hun klachtenregeling en over de klachten die zij in 2006 hebben ontvangen. Ook de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) is om informatie gevraagd. De NZa heeft onderzocht of zorgverzekeraars een interne klachtenregeling hebben, of deze conform de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is opgezet en hoe de afhandeling van klachten verloopt. Daarnaast is gekeken naar het aantal klachten per 10.000 verzekerden, de gemiddelde doorlooptijd en het aantal gevallen waarin de verzekerde gelijk krijgt. Ditzelfde heeft de NZa gedaan voor de klachten- en geschillenbeslechting door de SKGZ.

Bij het onderzoek heeft de NZa ook de resultaten van het onderzoek naar de statuten van zorgverzekeraars betrokken; datzelfde geldt voor de resultaten van haar signaal- en transparantieonderzoek. Deze onderzoeken zijn mede bedoeld om de informatieverstrekking van zorg- en ziektekostenverzekeraars aan consumenten te monitoren en om wanneer nodig tot interventies over te gaan.

1.5 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 van dit rapport beschrijft de middelen voor verzekerdeninvloed die in het kader van dit onderzoek zijn onderzocht. In hoofdstuk 3 presenteert de NZa de resultaten van het onderzoek onder de zorgverzekeraars op het gebied van hun klachtenregeling, de aantallen klachten en de onderwerpen waarop deze klachten in 2006 betrekking hadden. Daarbij zijn deze resultaten gecombineerd met de uitkomsten van de deskresearch en de analyse van de resultaten van de consumentenenquête. Hoofdstuk 4 geeft de conclusies en aanbevelingen van de NZa weer. Verder is een aantal bijlagen bijgevoegd.

2. Instrumenten van verzekerdeninvloed

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de diverse instrumenten waarmee verzekerden in het kader van de Zorgverzekeringswet invloed kunnen uitoefenen op de zorgverzekeraars. Een aantal andere instrumenten, zoals gebruikmaking van media(aandacht) en belangenorganisaties, komen ook aan de orde. Bij de verdere analyse, de conclusies en de aanbevelingen spelen zij echter hooguit zijdelings een rol. De reden is dat noch de activiteiten van belangenorganisaties, noch die van diverse media door de NZa te beïnvloeden zijn of onder haar toezicht staan. De NZa heeft de wettelijke opdracht gekregen om het algemeen consumentenbelang te bevorderen. Dit rapport focust om die reden vooral op de basisverzekering.

2.2 Klachten en geschillen

2.2.1 Inleiding

Artikel 114 van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat zorgverzekeraars aan verzekerden de mogelijkheid moeten bieden om geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering voor te leggen aan een onafhankelijke instantie.⁵ Voor alle zorgverzekeraars die bij ZN zijn aangesloten is dit de SKGZ. De SKGZ is door ZN en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) opgericht vanwege de gewijzigde wetgeving per 1 januari 2006. Zij heeft als doel om problemen tussen verzekerden en de zorgverzekeraars te helpen oplossen. Via de Ombudsman Zorgverzekeringen voorziet de SKGZ in bemiddeling bij klachten en geschillen door middel van een bindend advies door haar Geschillencommissie Zorgverzekeringen.⁶ De SKGZ kent een bestuur met een onafhankelijke voorzitter en twee leden die zijn afgevaardigd door de NPCF en ZN.

2.2.2 Klachten

Verzekerden kunnen bij hun zorgverzekeraar een klacht indienen als zij het niet eens zijn met bijvoorbeeld de hoogte van de vergoeding voor zorg die zij hebben ontvangen of als de zorgverzekeraar een aanvraag voor een machtiging afwijst. Formeel wordt zo'n klacht beschouwd als een verzoek van de verzekerde aan de zorgverzekeraar om heroverweging van een eerder ingenomen standpunt. Daarnaast kunnen

⁵ Artikel 114 Zvw luidt:

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.

2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.

⁶ Het instituut Ombudsman Zorgverzekeringen bestaat al sinds 1996. Vanwege de stelselwijziging is de Ombudsman Zorgverzekeringen per 1 januari 2006 ondergebracht bij de SKGZ. De Ombudsman houdt zich bezig met klachtbemiddeling over bejegening door zorgverzekeraars en over de aanvullende verzekering. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen die eveneens onder de SKGZ ressorteert, doet bindende uitspraken in zaken die met de basisverzekering te maken hebben.

verzekerden klachten indienen over service of bejegening door (medewerkers van) de zorgverzekeraar.

De inrichting van de klachtenregeling kan per zorgverzekeraar verschillen. Dit geldt ook voor de manier waarop zorgverzekeraars met klachten van hun verzekerden omgaan. De Zorgverzekeringswet stelt hiervoor geen regels. Alle zorgverzekeraars hebben zich gecommitteerd aan de gedragscode van ZN, waarin bepalingen zijn opgenomen voor de inrichting van de klachtenregeling en de manier waarop zorgverzekeraars met klachten moeten omgaan.

De Ombudsman Zorgverzekeringen kan problemen tussen verzekerden en zorgverzekeraars als *klacht* behandelen wanneer deze met de aanvullende verzekering te maken hebben of als de problemen betrekking hebben op bejegening door zorgverzekeraars, zoals niet beantwoorde brieven of onbetaalde declaratienota's. Inhoudelijke problemen met betrekking tot de basisverzekering komen in dit verband niet aan de orde.

Consumenten die na klachtbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen over de aanvullende verzekering nog steeds niet tevreden zijn, moeten naar de rechter om daar eventueel hun gelijk te halen.⁷ Overigens kunnen verzekerden ook rechtstreeks naar de rechter met geschillen die te maken hebben met de basisverzekering.

2.2.3 Geschillen

Uit artikel 114 van de Zorgverzekeringswet volgt dat de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een geschil tussen een verzekerde of verzekeringnemer⁸ en zijn zorgverzekeraar pas in behandeling neemt nadat de zorgverzekeraar is gevraagd om een beslissing te heroverwegen. Als de behandeling van een geschil niet naar genoegen is of niet binnen een redelijke termijn plaatsvindt, volgt eventueel, indien een verzekerde dat wil, de gang naar de onafhankelijke Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen kan een probleem tussen een verzekerde en zijn zorgverzekeraar als geschil behandelen wanneer het gaat om een inhoudelijk probleem dat te maken heeft met de basisverzekering. Onbeantwoorde brieven of slechte dienstverlening vallen daar buiten. Datzelfde geldt voor klachten over de aanvullende verzekering.

2.2.4 Zorgverzekeraars Nederland

Als brancheorganisatie van zorgverzekeraars kent ZN een gedragscode waaraan leden zich binden. In de gedragscode zijn enkele passages opgenomen over klachten en geschillen en over de manier waarop zorgverzekeraars daarmee zouden moeten omgaan. Deze passages zijn opgenomen in bijlage 1.

In de vragenlijst die aan zorgverzekeraars is voorgelegd, heeft de NZa vragen opgenomen over eventuele afwijkingen van hetgeen in de gedragscode over klachten- en geschillenafhandeling is opgenomen en over een procedurebeschrijving van de klachtenprocedure. Daarnaast is

⁷ Zie de noot in de managementsamenvatting over dit onderwerp.

⁸ De Verzekeringnemer is degene die de overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten. De verzekerde is degene die verzekerd is. Naast de verzekeringnemer kunnen dat bijvoorbeeld de kinderen tot 18 jaar zijn.

gevraagd naar het regelen van verzekerdeninvloed via de statuten en (voorgenomen) ontwikkelingen daarin.

In 2002 heeft de commissie Health Insurance Governance onder voorzitterschap van professor Glasz aanbevelingen gedaan voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. Deze aanbevelingen hebben voor een deel betrekking op de invloed van verzekerden. In haar rapport stelde de commissie onder andere dat het wenselijk is om de inbreng van verzekerden en mogelijk ook andere stakeholders op enigerlei manier te verankeren in het beleid van de zorgverzekeraar. Bij de verzekerdeninvloed gaat het volgens de commissie vooral om de inbreng van inhoudelijke zaken die verzekerden direct aangaan, zoals de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, de inhoud en omvang van de aanvullende verzekering, de service en de kwaliteit-prijsverhouding.⁹

2.3 Inschakeling van de rechter

Wanneer de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in een inhoudelijk geschil over de basisverzekering uitspraak heeft gedaan in de vorm van een bindend advies en de verzekerde met die uitspraak niet tevreden is, dan kan hij de rechter inschakelen. Deze zal dan in beginsel uitsluitend nagaan of de gevolgde procedure correct is verlopen; er vindt dus geen inhoudelijke toetsing plaats.

Bij problemen met de aanvullende verzekering kan de verzekerde de Ombudsman Zorgverzekeringen inschakelen; deze kan de zorgverzekeraar om een heroverweging vragen. Bij aanhoudende problemen kan de verzekerde de rechter inschakelen.

2.4 Statuten zorgverzekeraars

Artikel 28 van de Zorgverzekeringswet regelt onder andere de vastlegging van het toezicht op het beleid van het bestuur van zorgverzekeraars en de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de onderneming die daaraan zijn verbonden. Zo moeten zorgverzekeraars een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid organiseren. Naar aanleiding van Kamervragen heeft de NZa in 2006 op verzoek van de minister naar dit thema onderzoek gedaan. De resultaten zijn betrokken bij haar analyse, conclusies en aanbevelingen.

Doorgaans is de invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraars vastgelegd in de statuten van hun leden- of verzekerdenraad. Zorgverzekeraars hanteren ook consumentenpanels en enquêtes om de mening van verzekerden te peilen, en sommigen kennen een adviesraad.

2.5 Overstappen naar een andere verzekeraar

Wanneer een zorgverzekeraar onvoldoende presteert, bijvoorbeeld op het gebied van dienstverlening, of wanneer verzekerden zich onheus bejegend voelen, dan kunnen verzekerden 'stemmen met de voeten' ofwel overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Om dit te voorkomen moet de zorgverzekeraar zich vergewissen van de wensen van verzekerden en deze laten meewegen in zijn beleid en dient hij

⁹ Bron: *Health Insurance Governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraars*. Commissie Health Insurance Governance onder voorzitterschap van prof. mr. J.R. Glasz, 2002.

serieus om te gaan met signalen die erop wijzen dat verzekerden bepaalde gedragingen of beslissingen niet waarderen.

Dit komt overeen met 'exit' in de theorie van Hirschman. Als consumenten steeds hetzelfde probleem ondervinden, dan gaan zij op zoek naar een andere aanbieder en gebruiken dus de 'exit-optie': de ontevreden klant stapt op.¹⁰

Naar het overstapgedrag en de motieven daarvoor doet de NZa afzonderlijk onderzoek. In de Monitor Zorgverzekeringsmarkt komen onder andere het aantal overstappers en hun motieven aan de orde. Om die reden gaat dit rapport slechts zijdelings op overstapgedrag in.

2.6 Overige mogelijkheden

De NPCF is een samenwerkingsverband van (koepels van) patiënten. De federatie fungeert als een platform voor beleidsontwikkeling en belangenbehartiging. De NPCF publiceert rapporten, folders en andere informatie over de zorg die te maken heeft met de positie van patiënten/consumenten. Daarnaast participeert zij in overleggen met als doel de positie van patiënten te ondersteunen en hun rol te versterken. Consumenten kunnen met hun klachten over zorgaanbieders of verzekeraars terecht bij het *Meldpunt consument en zorg* van de NPCF.

Patiënten en consumenten kunnen klachten en knelpunten die zij ervaren melden bij het Meldpunt Consument en Zorg van de NPCF. Daar kunnen zij ook terecht met vragen en voor onafhankelijk advies. Waar nodig verwijst de NPCF door naar andere organisaties. Mede op basis van de meldingen ontwikkelt de NPCF beleid. Bij concrete problemen van zorgconsumenten onderneemt zij ook actie richting zorgverzekeraars.

De Consumentenbond besteedt regelmatig aandacht aan onderwerpen die met de zorg samenhangen. Zo publiceerde de bond in februari 2007 een onderzoek naar de kwaliteit van callcenters van zorgverzekeraars en deed in 2006 onderzoek naar de manier waarop zorgverzekeraars declaraties afhandelen. De Consumentenbond kent ook een meldlijn voor problemen met de zorgverzekering.

Naast de genoemde organisaties bestaan er veel andere belangen- en patiëntenorganisaties.

De NZa heeft een meldlijn die openstaat voor consumenten die vragen of problemen hebben. De Nederlandse media kent diverse consumentenprogramma's, zoals Kassa en Radar, die regelmatig aandacht aan de zorgverzekeringen besteden. Verder hebben uiteenlopende gedrukte media consumentenrubrieken waarin de zorgverzekeringen een regelmatig terugkerend thema is. Via de media kunnen individuele of groepen consumenten aandacht vragen voor hun problemen en hulp krijgen bij het zoeken naar oplossingen. De precieze invloed van media-aandacht is geen onderwerp van dit onderzoek.

¹⁰ Bron: *Exit, Voice and Loyalty: responses to decline of firms, organizations and states*. A.O. Hirschman (1970)

3. Resultaten van onderzoek

3.1 Klachtenafhandeling door zorgverzekeraars

3.1.1 Afhandelwijze en termijnen

Alle zorgverzekeraars beschikken over een klachtenprocedure. Hiervoor bestaat in de Zorgverzekeringswet overigens geen wettelijke voorziening¹¹. Bij de afhandeling van klachten- en geschillen blijken de zorgverzekeraars grotendeels te voldoen aan de gedragscode van ZN. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij op bepaalde punten afwijken.¹² Zo bevestigen niet alle zorgverzekeraar per omgaande de ontvangst van een klacht. Dit is met name het geval als een klacht naar verwachting snel (volledig) kan worden afgehandeld.

Vaker gebeurt het dat zorgverzekeraars niet alle klachten binnen de gestelde periode van vier weken na dagtekening van de ontvangstbevestiging hebben afgehandeld.¹³ Diverse zorgverzekeraars hanteren kortere *normtermijnen*, maar bij een paar is sprake van langere termijnen, met één uitschieter tot 60 dagen. Gemiddeld wordt 85% van de klachten binnen 30 kalenderdagen afgehandeld. Dit is in overeenstemming met de norm die de SKGZ hanteert. Zes zorgverzekeraars handelen volgens eigen opgave alle klachten binnen 30 kalenderdagen af. Drie zorgverzekeraars kennen een *gemiddelde* afhandeltermijn die langer is dan 30 dagen. Gemiddeld duurt de afhandeling van een klacht door een zorgverzekeraar achttien kalenderdagen. Enkele zorgverzekeraars slagen erin om klachten binnen een week (zeven kalenderdagen) af te handelen.

Tabel: Afhandeltermijnen klachten door zorgverzekeraars

	kalenderdagen
Norm SKGZ	30
Gemiddeld (alle zorgverzekeraars)	18
Hoogste (gemiddeld voor een individuele zorgverzekeraar)	41
Laagste (gemiddeld voor een individuele zorgverzekeraar)	7

Bron: Vragensjablonen zorgverzekeraars

Van de klachten die verzekerden bij hun zorgverzekeraar indienen, is in gemiddeld 45% van de gevallen sprake van een verbetering voor de verzekerde. Het percentage waarbij klachten in het voordeel van de verzekerde worden opgelost, varieert sterk per verzekeraar. De laagste scores zijn hier 3 en 4%; de hoogste score bedraagt 84%¹⁴ (vergelijk ook de bemiddelingen door de Ombudsman Zorgverzekeringen; deze leiden in 63% van de gevallen tot een verbetering voor de verzekerde).¹⁵ Van zes zorgverzekeraars zijn de percentages niet bekend, omdat zij deze niet of niet gedurende het gehele jaar hebben geregistreerd. Voor de aanzienlijke verschillen in 'succespercentages' heeft de NZa in dit onderzoek geen verklaring gevonden. Zij zouden kunnen samenhangen

¹¹ Zie ook *De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?* Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.

¹² Bron: ingevulde Vragensjablonen (en eventuele bijlagen) van zorgverzekeraars.

¹³ Norm uit Gedragscode ZN.

¹⁴ Bron: ingevulde vragensjablonen (en eventuele bijlagen) van zorgverzekeraars.

¹⁵ Bron: *Jaarverslag SKGZ 2006*, Hoofdstuk 2.

met de aanvankelijk soepele opstelling van bepaalde verzekeraars. Andere zorgverzekeraars zijn wellicht in eerste instantie 'strenger', waardoor een klager vervolgens sneller in het gelijk wordt gesteld. De NZa heeft dit echter niet afzonderlijk onderzocht.

Ook bij het aantal klachten per 10.000 verzekerden is sprake van opvallende verschillen. De laagste score is hier drie klachten per 10.000 verzekerden en de hoogste score 152. Uit de enquête van TNS-NIPO komt naar voren dat 5% van de respondenten uit de representatieve steekproef in 2006 een klacht heeft ingediend. Als dit wordt vertaald naar de totale Nederlandse bevolking, dan zouden de aantallen klachten per 10.000 verzekerden *nog* hoger uitvallen. Het NIVEL kwam in 2006 in een onderzoek naar cliëntervaringen tot percentages klagers per verzekeraar die zelfs daar weer bovenuit kwamen, variërend van 7 tot ruim 23%.¹⁶ De verschillen hangen mogelijk samen met een andere perceptie van het begrip 'klacht'.

Tabel: Aantal klachten per 10.000 verzekerden

	Per 10.000 verzekerden
Hoogste	152
Laagste	3
Gemiddeld	56

Bron: ingevulde Vragensjablonen zorgverzekeraars (bewerkt door NZa)

Het is van belang om cijfermateriaal over klachten en geschillen in hun context te bezien. De definitie, uitsplitsing en registratie van klachten kan per zorgverzekeraar verschillen. Sommige zorgverzekeraars registreren ook telefonische klachten als klacht, terwijl anderen zich in overeenstemming met de definitie die het CVZ en de NZa hanteren¹⁷ beperken tot schriftelijk ingediende klachten. Een aantal zorgverzekeraars maakt geen onderscheid tussen klachten en geschillen. Verder is er nog sprake van een 'overloop' van klachten uit het tijdperk van de Ziekenfondswet of zijn klachten over de aanvullende verzekering of de AWBZ meegerekend. Niet alle zorgverzekeraars hebben deze klachten afzonderlijk vermeld, zodat onduidelijk is waarop de klachten precies betrekking hebben en een juiste vergelijking niet goed mogelijk is. Een deel van het opvallende verschil valt hoe dan ook hieruit te verklaren. Daarnaast kan de laagdrempeligheid van de klachtenregeling een rol spelen: een online klachtenformulier en de expliciete uitnodiging aan verzekerden om klachten in te dienen, zoals enkele zorgverzekeraars dat doen, leidt uiteraard tot een hoger aantal klachten.

3.1.2 Analyse van klachten door zorgverzekeraars

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat zij klachten registreren in een klachtenregistratiesysteem.¹⁸ Klachten volgen een procedure die de zorgverzekeraar daarvoor intern heeft vastgesteld. Deze procedure verschilt per zorgverzekeraar. Sommige zorgverzekeraars hebben

¹⁶ Bron: *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Meting 2006 voor www.Kiesbeter.nl*, NIVEL, 2006.

¹⁷ Definitie van klacht die in het vragensjabloon aan de zorgverzekeraars is meegegeven: een schriftelijke uiting van ongenoegen van een verzekerde die door de verzekerde op schrift of elektronisch is verzonden.

¹⁸ Bron: ingevulde vragensjablonen zorgverzekeraars.

specifieke klachtenbehandelaars aangesteld. Bij andere zorgverzekeraars gaan klachten naar de afdeling waarop de klacht betrekking heeft.

Goede klachtenanalyse is voor zorgverzekeraars een methode om processen te verbeteren. Een grote meerderheid van de zorgverzekeraars geeft aan dat zij klachten systematisch analyseren, bijvoorbeeld door de klachtenregistratie te analyseren. Op basis hiervan brengen de verzekeraars verbeterpunten in kaart. Daarbij kan het gaan om verbeteringen in processen, procedures of werkwijzen. In sommige gevallen is in 2006 naar aanleiding van de ervaringen in de praktijk de klachtenprocedure *zelf* gewijzigd. Slechts enkele zorgverzekeraars geven aan dat analyse van klachten (nog) niet plaatsvindt of dat zij van plan zijn om hiermee in 2007 te beginnen. Als reden voor het (nog) niet analyseren van klachten noemen verzekeraars het ontbreken van een geschikt instrument hiertoe.

Opvallend veel zorgverzekeraars geven aan dat de procedures voor klachtbehandeling en de activiteiten naar aanleiding van klachten in ontwikkeling zijn. Deze uitkomst benadrukt dat zorgverzekeraars aan dit onderwerp veel belang hechten. Dit kan klachten in de toekomst voorkomen. Eén zorgverzekeraar laat weten dat leden van het directieteam en van de raad van bestuur periodiek *zelf* klachten afhandelen. De bedoeling daarvan is om naar binnen en buiten uit te stralen hoe belangrijk de zorgverzekeraar een goede klachtenafhandeling vindt.

3.1.3 Bekendheid bij verzekerden van klachtenregeling van de zorgverzekeraars

Uit onderstaande tabel blijkt dat slechts 39% van de verzekerden uit de enquête van TNS-NIPO weet dat hun zorgverzekeraar een klachtenregeling heeft. Jongeren tussen de 18 en 34 jaar zijn hiervan significant minder vaak op de hoogte dan verzekerden in andere leeftijdscategorieën. Overigens lijken respondenten die eind 2006 zijn overgestapt iets vaker op de hoogte te zijn van de klachtenregeling dan mensen die niet van verzekeraar zijn gewisseld. Dit verschil is echter niet significant.

Tabel: Heeft uw huidige zorgverzekeraar een klachtenregeling?

n=1.644	%
Ja	39
Nee	2
Weet niet	59

Bron: Enquête TNS-NIPO 26 maart 2007

Van de respondenten die *wel* op de hoogte zijn van het bestaan van een klachtenregeling, vindt het overgrote deel (88%) dat de informatie hierover duidelijk is.

Uit transparantieonderzoek van de NZa blijkt dat zes zorgverzekeraars op hun website geen melding maken van de klachtenprocedure. Informatie over de geschillenprocedure ontbreekt op circa de helft van de websites. Deze informatie is, in overstemming met de gedragscode van ZN, wel opgenomen in de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden staan in de meeste gevallen op de website, zodat door middel van meerdere keren klikken de informatie over klachten en geschillen wel beschikbaar is. De informatie over de geschillenprocedure is daar echter

moeilijk te vinden en polisvoorwaarden zijn voor veel consumenten moeilijk leesbaar. Dit leidt ertoe dat verzekerden van de regelingen niet op de hoogte zijn. Bij een groot aantal zorgverzekeraars is op hun website geen informatie te vinden over manier waarop verzekerden kunnen opzeggen of overstappen.

Informatie over klachten en geschillen blijkt te ontbreken in de informatiepakketten van zestien zorgverzekeraars. Daarnaast beoordeelde de NZa de informatie die wel over dit onderwerp beschikbaar was, bij nog eens zes zorgverzekeraars als slechts gedeeltelijk begrijpelijk. In een aantal gevallen ontbreekt een uitleg van de procedure of de tijd waarbinnen afhandeling van de klacht plaatsvindt.

3.1.4 Ervaringen van verzekerden met de klachtenregeling van zorgverzekeraars

Vijf procent van de respondenten in de enquête heeft in 2006 bij zijn zorgverzekeraar een klacht ingediend. Positief is dat het merendeel van de verzekerden die geen klacht hebben ingediend gewoonweg geen klacht hadden (93%). Andere redenen om geen klacht in te dienen waren: twijfel of de klacht wel serieus wordt genomen, onbekendheid met de klachtenregeling, niet weten op welke manier een klacht moet worden ingediend of het feit dat een klacht indienen te tijdrovend is. Respondenten die aangeven dat zij op de hoogte zijn van de klachtenregeling, hebben significant vaker daadwerkelijk een klacht ingediend (10% versus 5% in de gehele populatie). Dit kan erop duiden dat er een groep verzekerden is die wel klachten heeft, maar deze niet indient omdat men niet weet of er een klachtenregeling bestaat en op welke manier die werkt.

Tabel: Redenen om in 2006 geen klacht in te dienen bij de (toenmalige) zorgverzekeraar

Reden	% totaal (n=1.555)	% overgestapt in 2006/2007 (n=105)
Had geen klachten	93	85
Onbekend met klachtenregeling	2	3
Twijfel of klacht serieus genomen wordt	2	3
Te tijdrovend	1	5
Weet niet hoe dit moet	1	3
Angst voor negatieve reactie zorgverzekeraar	0	0
Anders	1	5

Bron: Enquête TNS-NIPO 26 maart 2007

Van de respondenten die in de overstapperperiode 2006-2007 van verzekeraar zijn gewisseld, geeft 85% aan geen klacht te hebben over de (vorige) verzekeraar. Dit is een significant afwijkend percentage ten opzichte van degenen die niet zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (93%). Blijkbaar zijn er verzekerden die wel een klacht hebben, maar deze niet bij hun verzekeraar indienen en hun ongenoegen uiten door over te stappen naar een andere verzekeraar. Op de vraag naar de motieven om in de overstapperperiode 2006/2007 van verzekeraar

te wisselen, geeft 5% van de overstappers als reden op dat zij ontevreden zijn over de klachtenafhandeling.¹⁹

Van de respondenten die bij hun zorgverzekeraar klachten hebben ingediend, is ongeveer de helft (zeer) tevreden over de afhandeling daarvan en 46% (zeer) ontevreden. De overige 4% wist nog niet wat de uitkomst van de klachtafhandeling was. Mensen die niet zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, blijken vaker zeer tevreden over de klachtafhandeling dan respondenten die wel zijn overgestapt.

Redenen die verzekerden noemen voor hun ontevredenheid over de afhandeling van hun klacht, zijn onder andere dat zij geen antwoord hebben gekregen of dat er geen sprake was van een oplossing, dat de zorgverzekeraar fouten heeft gemaakt en dat het antwoord of de oplossing niet naar tevredenheid was. Onderstaande tabel toont een overzicht van alle redenen.

Tabel: Redenen ontevredenheid klachtafhandeling

Reden	% (n=41)
Geen antwoord/oplossing gekregen	22
Er werden fouten gemaakt	22
Antwoord/oplossing was niet naar tevredenheid	21
Duurde te lang, meerdere keren erachteraan moeten gaan	19
Klacht werd in eerste instantie/meerdere keren afgewezen	13
Onvoldoende klantvriendelijkheid	7
Weet niet	5

Bron: Enquête TNS-NIPO 26 maart 2007

De meeste respondenten die niet tevreden zijn met het resultaat van de klachtafhandeling, ondernemen geen verdere stappen.²⁰ Als redenen hiervoor noemen zij de perceptie 'het heeft toch geen zin' en dat verdere stappen te veel rompslomp veroorzaken. Uit enkele reacties blijkt dat verzekerden eerder geneigd zijn om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar wanneer zij ontevreden zijn over de klachtenafhandeling. De respondenten die wel verdere stappen ondernemen, doen dit vooral door de klacht nogmaals bij hun zorgverzekeraar onder de aandacht te brengen.

3.1.5 Klachtenbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen

In het jaar 2006 zijn er bij de Ombudsman Zorgverzekeringen, die ressorteert onder de SKGZ, in totaal 1.822 klachten ingediend. Hiervan hadden 1.494 klachten betrekking op de Zorgverzekeringswet. Ultimo 2006 was 89% van deze klachten (1.336) afgehandeld. In 63% van de gevallen leidde de bemoeienis van de Ombudsman Zorgverzekeringen tot verbetering voor de verzekerde. De gemiddelde doorlooptijd van klachten bedroeg ruim vijf weken.²¹

¹⁹ Bron: Enquête TNS-NIPO.

²⁰ Gezien de kleine steekproefomvang zijn deze resultaten slechts indicatief

²¹ Bron: *Jaarverslag SKGZ 2006*, hoofdstuk 3.

3.1.6 Onderwerpen van klachten

Zowel de NZa, SKGZ, de NPCF als de verzekeraars hebben in 2006 van verzekerden klachten ontvangen. Veel klachten die in de eerste helft van het jaar bij de SKGZ zijn ingediend, hingen samen met de invoering van de Zorgverzekeringswet. Daarbij ging het om problemen op het gebied van dubbele inschrijvingen en opzeggingen, om onduidelijkheid over het onderscheid tussen de nominale en de inkomensafhankelijke premie en om de acceptatieplicht. De SKGZ tekent in haar jaarverslag 2006 aan dat opvallend veel zorgverzekeraars bij het oplossen van dit soort problemen een grote coulance aan de dag legden. Zij acht dit een verklaring voor het relatief lage aantal klachten en geschillen dat is voorgelegd. De SKGZ constateert dat dit overeenstemt met het algemene beeld dat de invoering van het nieuwe stelsel soepeler is verlopen dan verwacht.

Over heel 2006 hadden de klachten die bij de SKGZ binnenkwamen voornamelijk betrekking op bejegening, op de hoogte van de vergoeding of het niet krijgen daarvan, op beëindiging en opzegging van de verzekering en op de premie en declaraties²². Daarnaast signaleert de SKGZ een trend in het aantal klachten over de erkenning van behandelaren van alternatieve geneeswijzen, over de no-claim en over DBC's. De NPCF heeft in 2006 vooral klachten ontvangen over de no-claim, over declaraties en machtigingen en over het overstappen. De NZa kreeg soortgelijke klachten binnen.

De klachten die zorgverzekeraars in 2006 ontvingen²³ hadden voornamelijk betrekking op:

- in- en uitschrijvingen van verzekerden en opzeggingen;
- de schadeafwikkeling: de verwerking en uitbetaling van nota's en claims;
- de premie-inning;
- de hoogte van vergoedingen of het niet krijgen van een vergoeding;
- de informatievoorziening.

Bij vergelijking van de voornaamste onderwerpen waarover verzekerden bij de SKGZ, de NPCF en de verzekeraars hebben geklaagd, blijkt dat vooral de administratieve gevolgen van de invoering van de Zorgverzekeringswet (in- en uitschrijvingen in verband met overstappen, declaratieverwerking) een belangrijk knelpunt vormden. Dit is een eenmalig effect als gevolg van de stelselwijziging en niet maatgevend voor toekomstige klachten. Bovendien is de mobiliteit van verzekerden in 2007 lager dan in 2006²⁴, waardoor het aantal klachten over in- en uitschrijvingen waarschijnlijk ook minder zal zijn. Deze verwachting is mede ingegeven door een verbeterde 'overstapservice' van de zorgverzekeraars.

3.2 Geschillenbeslechting

3.2.1 Aantal geschillen

In 2006 nam de Geschillencommissie Zorgverzekeringen 420 dossiers in behandeling. Aan het eind van het jaar was 45% daarvan (189 zaken) afgehandeld. In 104 gevallen kwam het tot een bindend advies van de

²² Bron: *Jaarverslag SKGZ 2006*.

²³ Bron: ingevulde Vragensjablonen zorgverzekeraars.

²⁴ Bron: Onderzoek TNS-NIPO 26 maart 2007 en onderzoek in het kader van de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007.

Geschillencommissie. In 85 zaken werd een andere oplossing gevonden. In veertien gevallen (7%) wees de Geschillencommissie Zorgverzekeringen het verzoek van de indiener toe. Gemiddeld duurde de afhandeling van een geschil bijna vijftien weken. De norm die de SKGZ hanteert, is vijf tot zes maanden. Het merendeel van de behandelde geschillen had betrekking op verzekerde prestaties; daarbij was het grote aantal zaken over plastische chirurgie opvallend.²⁵

Het percentage geschillen dat in het voordeel van de verzekerde wordt beslecht is 7%. Hierbij is het van belang om te realiseren dat verzekerden niet alle geschillen die zij aanhangig maken, ook tot het einde toe doorvoeren. Zoals hierboven is aangegeven, werd in 85 gevallen een andere oplossing gevonden. Verder is het zo dat verzekerden die een geschil aanhangig maken, vaak al de klachtenprocedure van de eigen zorgverzekeraar hebben doorlopen. Daar stellen de verzekeraars de verzekerde in bijna de helft van de gevallen in het gelijk.

Vanwege het geringe aantal geschillen per zorgverzekeraar of volmacht is het niet mogelijk om conclusies te trekken over de slagingspercentages per verzekeraar.

3.2.2 Bekendheid en tevredenheid met geschillenbeslechting

Uit de enquête van TNS-NIPO blijkt dat 38% van de respondenten op de hoogte is van het bestaan van een onafhankelijke geschillencommissie (SKGZ). Respondenten met een hoge opleiding zijn daarvan significant vaker op de hoogte dan respondenten met een lage opleiding. Respondenten die hebben aangegeven op de hoogte te zijn van een klachtenregeling bij hun zorgverzekeraar, zijn ook significant vaker op de hoogte van het bestaan van een onafhankelijke geschillencommissie voor de zorgverzekeringen.

Tabel: Bestaat er een onafhankelijke geschillencommissie voor de zorgverzekeringen?

Antwoord	% (n=1.644)
Ja	38
Nee	5
Weet niet	56

Bron: Enquête TNS-NIPO 26 maart 2007

Van de respondenten die op de hoogte zijn van het bestaan van de onafhankelijke geschillencommissie, geeft 22% aan dit te weten van familie of vrienden en noemt 21% de zorgpolis als bron, 16% de website van de zorgverzekeraar en 11% belangenorganisaties.

²⁵ Bron: Jaarverslag SKGZ 2006

Tabel: Wat is de reden om geen gebruik te maken van de onafhankelijke geschillencommissie?

Reden	Totaal % (n=1.635)	Overgestapt in 2006/07 % (n=118)	Nooit overgestapt ²⁶ % (n=1141)
Had geen klacht	91	80	91
Wist niet van bestaan af	5	11	5
Weet niet hoe dit moet	2	3	2
Te tijdrovend	1	3	0
Twijfel of klacht serieus genomen wordt	1	1	0

Bron: Enquête TNS-NIPO 26 maart 2007

Van de respondenten geeft 1% aan dat zij gebruik hebben gemaakt van de onafhankelijke geschillencommissie. Uit de tabel blijkt dat de belangrijkste reden voor verzekerden om geen gebruik van de geschillencommissie te maken, het niet hebben van een klacht is (91%). Voor degenen die tijdens de laatste overstapperperiode van zorgverzekeraar zijn gewisseld, wijkt dit met 80% significant af. Deze mensen geven ook significant vaker aan dat zij van het bestaan van de geschillencommissie niet op de hoogte zijn. Van de bijzonder kleine groep respondenten die in 2006 wel gebruik heeft gemaakt van de SKGZ, geeft 45% aan dat zij tevreden te zijn over het eindresultaat en eveneens 45% dat zij ontevreden zijn.²⁷

3.3 Regeling van verzekerdeninvloed via de statuten

3.3.1 Statuten zorgverzekeraars

Uit de recente beoordeling van de statuten van de zorgverzekeraars door de NZa blijkt dat alle zorgverzekeraars de invloed van verzekerden in hun statuten hebben vastgelegd. Deze statuten moeten op grond van artikel 28 van de Zorgverzekeringswet het volgende omvatten:

- voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de onderneming die daarmee is verbonden;
- waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid;
- iedere verplichting uitsluiten van verzekeringnemers, verzekerden, gewezen verzekeringnemers en gewezen verzekerden tot het doen van een bijdrage in tekorten van de rechtspersoon.

De NZa heeft de statuten van alle zorgverzekeraars die een zorgverzekering aanbieden op bovengenoemde punten beoordeeld. De vraag of zorgverzekeraars in de statuten 'een redelijke mate van invloed aan verzekerden' hebben geregeld, kan de NZa bij gebrek aan een Algemene Maatregel van Bestuur of jurisprudentie op dit moment niet beantwoorden. Wat de minimale hoeveelheid invloed is (en op welke gebieden), schrijft de Zorgverzekeringswet niet voor. Het is dan ook noodzakelijk om een normenkader te ontwikkelen.

²⁶ met 'nooit overgestapt' wordt bedoeld: niet overgestapt in overstapperperiodes 2005/2006 noch in 2006/2007.

²⁷ De groep respondenten op deze specifieke vraag was zo klein dat de resultaten slechts als indicatie kunnen worden opgevat.

Uit onderzoek van de NZa naar de manier waarop zorgverzekeraars de invloed van verzekerden hebben geregeld, komt het volgende beeld naar voren.²⁸ De meeste zorgverzekeraars, met name de voormalige ziekenfondsen, kennen een *leden- of verzekerdenraad*. Zes zorgverzekeraars kennen een verzekerdenraad en 21 een ledenraad. Deze raden zijn samengesteld uit verzekerden en hebben doorgaans bevoegdheden zoals het vaststellen van de jaarrekening en het jaarverslag van de zorgverzekeraar. Ook kunnen zij bestuurders of toezichthouders dan wel commissarissen benoemen, schorsen of ontslaan en is er sprake van betrokkenheid bij wijziging van de statuten.²⁹ Soms kunnen deze raden eveneens gevraagd of ongevraagd advies uitbrengen over onderwerpen die aan de verzekering zijn gerelateerd. Het beeld is dat leden- of verzekerdenraden over het algemeen twee tot vier keer per jaar bijeenkomen.

Een groeiend aantal zorgverzekeraars (elf) heeft een *adviesraad*, die soms naast de ledenraad bestaat, of zij zijn bezig hun ledenraad tot een adviesraad om te vormen. De positie hiervan is niet in de statuten geregeld. De adviesraad brengt gevraagd en ongevraagd advies uit over aspecten van de zorgverzekeringen; daarbij kunnen inhoudelijke, beleidsmatige en maatschappelijke componenten aan de orde zijn. Eén van de grotere concerns kent naast ledenraden per onderdeel ook *regionale raden van advies*, waarin verzekerden uit de ledenraad zitting hebben en die gezamenlijk een *centrale raad van advies* vormen. Deze centrale raad van advies kan gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan de raad van bestuur en de raad van commissarissen van het concern.

Bij drie zorgverzekeraars is de ledenraad wel in de statuten voorzien, maar nog niet operationeel. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat in 2007 besluitvorming plaatsvindt over een actievere rol voor de ledenraad, inclusief een statutaire verankering. Bij diverse zorgverzekeraars is in 2007 sprake van wijzigingen op het gebied van de vormgeving van verzekerdeninvloed. Dit hangt vaak samen met fusies en/of omzetting van rechtspersonen, waardoor de vormgeving van de verzekerdeninvloed en de inhoud van de statuten en de eisen daaraan nogal in beweging zijn. Hierdoor zal de vormgeving van verzekerdeninvloed in 2007 een ander beeld te zien geven dan 2006.

De meeste zorgverzekeraars werken ook met consumenten- of klantenpanels. In tegenstelling tot de leden-, verzekerden- en adviesraden hebben deze panels geen besluitvormende bevoegdheden. De status ervan is niet in de statuten vastgelegd. Zorgverzekeraars kunnen door middel van consumenten- of klantenpanels wel peilen hoe hun klanten over bepaalde ontwikkelingen denken en daarmee rekening houden in hun beleid.

3.3.2 Bekendheid consumenten met leden- en verzekerdenraden

Weinig verzekerden blijken op de hoogte van het bestaan van leden- of verzekerdenraden bij hun zorgverzekeraar. Van de respondenten in de enquête van TNS-NIPO geeft 80% te kennen hiervan geen weet te hebben. Zorgverzekeraars doen blijkbaar weinig moeite om hun verzekerden over het bestaan van deze organen te informeren. Onderzoek van het NIVEL uit 2000 bevestigt dit beeld; daaruit bleek dat

²⁸ Bron: ingevulde vragensjablonen zorgverzekeraars

²⁹ In het rapport *De invloed van ziekenfondsen op het bestuur van ziekenfondsen* (NIVEL, juli 2000) is een opsomming van bevoegdheden opgenomen die vrijwel overeenkomt met het beeld dat de huidige inventarisatie oplevert.

(toenmalige) ziekenfondsen in meerderheid niet geneigd waren om verzekerden op de hoogte te stellen van de mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het bestuur van het ziekenfonds.³⁰

Tabel: Samenvatting enquêteresultaten leden-/verzekerdenraad

Antwoord	% (n=1.644)
Ja, zorgverzekeraar heeft een leden-/verzekerdenraad	17
Weet niet of zorgverzekeraar een leden- /verzekerdenraad heeft	80
Nee, zorgverzekeraar heeft geen leden- /verzekerdenraad	3
Leden-/verzekerdenraad benaderd in 2006	1
Leden-/verzekerdenraad niet benaderd in 2006	99
Bereid tot deelname aan leden-/verzekerdenraad	7
Niet bereid tot deelname aan leden-/verzekerdenraad	84

Bron: Enquête TNS-NIPO 26 maart 2007

Respondenten die in het onderzoek aangaven dat zij op de hoogte zijn van de klachten- en geschillenregeling van hun zorgverzekeraar, wisten significant vaker ook van het bestaan van een leden- of verzekerdenraad (respectievelijk 30 en 24% van de ondervraagden, versus 17% uit de gehele steekproef). Vrijwel geen van de respondenten heeft de verzekerden- of ledenraad wel eens benaderd over specifieke onderwerpen of met vragen.

Van de respondenten uit de enquête geeft 7% te kennen dat zij interesse hebben om in een leden- of verzekerdenraad zitting te nemen.³¹ De NZa heeft deze respondenten gevraagd naar de onderwerpen waarover zij in deze raden zouden willen praten. In onderstaande tabel zijn de antwoorden weergegeven.

³⁰ Bron: *De invloed van ziekenfondsen op het bestuur van ziekenfondsen* (NIVEL, juli 2000). Dit onderzoek gaat nader in op de werving van kandidaten voor ledenraden en hun achtergronden. Hiernaar heeft de NZa geen onderzoek verricht.

³¹ Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat 15% van de ondervraagden aangaf wel zitting te willen nemen in een ledenraad. Zie NIVEL, *De invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen*, juli 2000.

Tabel: Over welke onderwerpen zou u willen meepraten binnen de leden-/verzekerdenraad?

Onderwerp	% (n=127)
Tarieven/premies	25
Vergoeding stelsel	20
Inhoud pakket	17
Communicatie, duidelijke informatie	16
Alles	11
Serviceverlening	11
Dekking	8
Wachttijden, wachtlijsten	7
Klantgerichtheid, klantvriendelijkheid	7
Declaratieverwerking	6
Klachtenafhandeling	5
Kwaliteit, prijs/kwaliteitverhouding	4
Behandeling in het buitenland	3
Aanvullende verzekeringsvoorwaarden	2
Anders	33

Bron: Enquête TNS-NIPO 26 maart 2007

De NZa concludeert dat er sprake is van een vrij groot verschil tussen de onderwerpen waarover verzekerden in leden- of verzekerdenraden zouden willen praten en de terreinen waarop leden- of verzekerdenraden doorgaans bevoegd zijn, zoals het vaststellen van de jaarrekening en de benoeming van bestuurders. De onderwerpen die in de enquête aan de orde kwamen, zijn veel meer inhoudelijk van aard. Dit zijn ook de onderwerpen waarop de Commissie Health Insurance Governance in haar rapport doelde (zie hoofdstuk 2).³²

Hoewel het is toe te juichen dat zorgverzekeraars door middel van onderzoek onder klanten meningen peilen, merkt de NZa op dat het hier om niet geïnstitutionaliseerde instrumenten gaat. Met andere woorden: er is niet formeel vastgelegd dat de zorgverzekeraar met de uitkomsten van dergelijke onderzoeken daadwerkelijk iets doet. De verzekeraar behoudt op deze manier meer vrijheid om, los van de wensen van verzekerden, zijn beleid en standpunten te bepalen. Overigens doet een zorgverzekeraar er uiteraard goed aan om met zijn beleid en standpunten aan te sluiten bij de wensen van zijn verzekerden, omdat hij anders de kans loopt dat zij overstappen naar andere verzekeraars (de 'exit-optie').

3.4 Juridische procedures

Wanneer verzekerden ontevreden zijn over het resultaat van de klachtafhandeling of de uitspraak van de Geschillencommissie, staat voor hen de gang naar de rechter open. Een erg beperkt aantal respondenten uit de enquête gaf aan dat zij een juridische procedure tegen hun zorgverzekeraar zijn gestart. Ook uit de informatie van de zorgverzekeraars zelf blijkt dat het aantal juridische procedures tussen

³² Health Insurance Governance. *Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraars*. Commissie Health Insurance Governance onder voorzitterschap van prof. mr. J.R. Glasz, 2002.

verzekerden en zorgverzekeraars bijzonder gering is. Zelfs voor grote zorgverzekeraars geldt dat het gaat om slechts enkele gevallen per jaar. Van de uiterst beperkte groep die wel een juridische procedure is gestart, was de meerderheid tevreden met het eindresultaat.³³

3.5 Overige mogelijkheden

Naast inschakeling van de geschillencommissie of de rechter kunnen consumenten met klachten of vragen ook bij andere instanties terecht. Voorbeelden zijn hun werkgever, consumentenorganisaties en televisieprogramma's.

Uit de enquête van TNS-NIPO blijkt dat een vrij gering percentage van de respondenten (7%) deze organisaties met vragen of klachten heeft benaderd. De werkgever werd het meest genoemd. Andere organisaties die respondenten hebben benaderd zijn de collectiviteit, hun tussenpersoon, de Consumentenbond, de verzekeraar en de tv-programma's Radar en Kassa. Ondanks het vrij geringe gebruik van het middel, kan de potentiële impact van tv-programma's groot zijn: als een verzekeraar negatief in beeld komt, kan dit flinke imagoschade tot gevolg hebben.

Geen van de respondenten (in procenten uitgedrukt) heeft de NPCF of andere patiëntenorganisaties benaderd. Een mogelijke verklaring is dat deze instanties vooral bekend zijn bij chronisch zieken, terwijl die groep niet of nauwelijks in de steekproef was vertegenwoordigd. Van de respondenten die een andere organisatie hebben benaderd, is de meerderheid tevreden met het eindresultaat³⁴. De enquête van TNS-NIPO leverde te weinig bruikbaar materiaal op om iets te kunnen concluderen over het gebruik van de NPCF of de Consumentenbond als instrument bij vragen en klachten en over de tevredenheid daarover.

Tabel: Welke andere organisatie hebt u het afgelopen halfjaar benaderd met vragen of klachten over uw zorgverzekering?

Wie benaderd	% (n=1.644)
Werkgever	2
Tussenpersoon/intermediair	1
Collectiviteit	1
Radar (tv-programma)	1
Kassa (tv-programma)	1
Consumentenbond	1
Zorgverzekeraar zelf	1
NPCF	0
Patiëntenorganisatie	0
Geen van deze	93

Bron: TNS-NIPO 26 maart 2007

Uit het onderzoek komt naar voren dat 7% van de respondenten in de periode 2006-2007 is overgestapt naar een andere verzekeraar. Van

³³ De groep respondenten op deze specifieke vraag was zo klein dat de resultaten slechts als indicatie kunnen worden opgevat.

³⁴ Zie voorgaande noot

deze mensen deed 11% dit uit ontevredenheid over de service of dienstverlening van de zorgverzekeraar en 5% uit onvrede met de klachtafhandeling.

4. Conclusies en aanbevelingen

4.1 Inleiding

Het thematisch onderzoek van de NZa naar verzekerdeninvloed levert een beeld op van de stand van zaken bij de invloed van verzekeren op het beleid en gedrag van hun zorgverzekeraar. Door de stelselwijziging vanaf 1 januari 2006, die onder andere geleid heeft tot de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg en tot de oprichting van de NZa, is voor alle spelers in het veld een nieuwe situatie ontstaan. In dit slothoofdstuk beschrijft de NZa haar belangrijkste conclusies uit deze eerste verkenning van het onderwerp verzekerdeninvloed in het nieuwe stelsel. Daarnaast formuleert zij een aantal actiepunten en aanbevelingen.

4.2 Effectiviteit van middelen voor verzekerdeninvloed

Verzekerden staan diverse middelen ter beschikking om invloed uit te oefenen op het beleid of het gedrag van hun zorgverzekeraar.

De centrale vraag in het onderzoek was: hoe effectief zijn de middelen die verzekeren hebben om invloed uit te oefenen op hun zorgverzekeraar? Effectief bestaat uit de elementen *bekendheid*, *gebruik* en *ervaren knelpunten*. Als verzekeren op de hoogte zijn van het bestaan van de middelen voor verzekerdeninvloed, is het gebruik ervan effectief. Het algemene beeld dat uit het onderzoek naar voren komt, is dat klagen zin heeft. Zowel de klachtenregelingen van de zorgverzekeraars en klachtenbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen leiden in ongeveer de helft van de gevallen tot verbetering voor de verzekerde.

De bekendheid, en daarmee waarschijnlijk ook het gebruik van de middelen, kan beter. Verzekeren blijken van de beschikbare instrumenten om invloed uit te oefenen niet goed op de hoogte te zijn. Dat is voor een deel te verklaren. Meestal zullen consumenten zich pas verdiepen in klachten- en geschillenregelingen op het moment dat zij een klacht of geschil hebben. Uit het onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de verzekeren geen klachten heeft over de zorgverzekeraars. Ook ervaren zij bij het gebruik van middelen voor verzekerdeninvloed geen grote drempels. Als verzekeren klagen, maken zij daarvoor vooral gebruik van de reguliere klachten- en geschillenprocedures. Zij grijpen minder snel naar middelen zoals consumentenprogramma's of consumentenorganisaties of de gang naar de rechter. Dit is verklaarbaar, omdat klagen bij de zorgverzekeraar zelf logisch gezien de eerste stap is. Beïnvloeding door middel van leden- of verzekerenraden gebeurt slechts weinig, terwijl dit voor verzekeren juist een goede manier is om op het beleid van de verzekeraar invloed uit te oefenen.

De NZa concludeert dat de invloed van verzekeren als check en balance in het Risicoanalysemodel dat zij hanteert (zie hoofdstuk 2), werkt. Het instrument van verzekeren- of ledenraden is bij verzekeren weinig bekend. Het effect van de checks en balances kan groter worden naarmate de bekendheid van verzekeren met de verschillende middelen voor verzekerdeninvloed toeneemt. Een deel van de aanbevelingen in dit

rapport is hierop gericht. De NZa ziet vooralsnog geen reden tot nader onderzoek naar de werkzaamheid van de checks en balances. Wel verricht zij periodiek onderzoek naar de blijvende werking van alle checks en balances. Op termijn zal de NZa de werking van de check en balance 'de invloed van verzekerden' opnieuw kritisch bezien.

4.2.1 De klachtenregelingen van zorgverzekeraars

Een grote meerderheid van de zorgverzekeraars analyseert de klachten van verzekerden en benut deze om procedures en processen te wijzigen. Soms leiden klachten tot aanpassing van de klachtenprocedure zelf. Enkele zorgverzekeraars analyseren klachten (nog) niet; oorzaak is gebrek aan een geschikt instrument hiertoe.

De aantallen klachten per zorgverzekeraar verschillen aanzienlijk. Dit hangt onder andere samen met de definitie van het begrip *klacht* en met de manier van registreren. Zorgverzekeraars stellen bijna de helft van de klagers (gedeeltelijk) in het gelijk. Veel klachten in 2006 hingen samen met de overgang naar het nieuwe verzekeringsstelsel.

De informatieverstrekking over opzegging van de verzekering en over klachten- en geschillenregelingen kan bij veel zorgverzekeraars duidelijker. Diverse zorgverzekeraars vermelden op hun website of in hun informatieproducten niet of niet voldoende op welke manier verzekerden van de bestaande regelingen gebruik kunnen maken. Het opnemen van informatie hierover in de polisvoorwaarden is niet afdoende, omdat blijkt dat veel consumenten deze moeilijk leesbaar vinden of dat zij die pas gaan lezen als zich al problemen hebben voorgedaan.

Grote drempels voor gebruikmaking van klachtenregelingen van zorgverzekeraars zijn de NZa uit het onderzoek niet gebleken. In de enquête die onder verzekerden is gehouden noemen zij onbekendheid met de klachtenregeling, twijfel of zorgverzekeraars klachten serieus nemen, tijdrovendheid en onbekendheid met de manier waarop een klacht moet worden ingediend slechts in beperkte mate. De meest genoemde reden voor het niet indienen van een klacht is dat verzekerden geen klacht hadden.

4.2.2 Klachtenbemiddeling en geschillenbeslechting door de SKGZ

Uit de enquête van TNS-NIPO blijkt dat de meerderheid van de verzekerden niet weet dat er een onafhankelijke geschillencommissie bestaat. Verzekerden die op de hoogte zijn van de klachtenregeling van hun zorgverzekeraar, weten vaker van het bestaan van de geschillencommissie af. De ondervraagde verzekerden hebben in 2006 nauwelijks gebruik gemaakt van de SKGZ. De voornaamste reden hiervoor is dat zij over hun zorgverzekeraar geen klachten hadden. Onbekendheid met de mogelijkheden voor geschillenbeslechting speelt ook een rol, zij het bij een beperkt percentage van de respondenten.

4.2.3 Juridische stappen

Uit de enquête van TNS-NIPO en de opgave van de zorgverzekeraars zelf blijkt dat verzekerden slechts bij hoge uitzondering juridische procedures voeren. In de gevallen waarin dit is gebeurd, was uiteindelijk de meerderheid van de verzekerden tevreden met het eindresultaat; vanwege het bijzonder kleine aantal is het echter niet mogelijk om hieraan conclusies te verbinden.

4.2.4 Verzekerdeninvloed ex. Artikel 28 Zorgverzekeringswet

Zorgverzekeraars hebben verzekerdeninvloed in hun statuten geregeld overeenkomstig artikel 28 van de Zorgverzekeringswet, maar geven hieraan op verschillende manieren invulling. Het begrip 'een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid' heeft de wetgever niet nader uitgewerkt of omschreven. De passages die zorgverzekeraars in hun statuten over invloed van verzekerden op het beleid hebben opgenomen, kan de NZa op dit moment niet goed inhoudelijk beoordelen op de vraag of deze voldoen aan de norm 'redelijke mate'. Daarvoor ontbreekt een normenkader of een nadere invulling.

De onbekendheid van verzekerden met leden-, advies- of verzekerdenraden is groot. Verzekerden geven aan dat zij vooral over inhoudelijke onderwerpen willen meepraten en op die manier op hun zorgverzekeraar invloed willen uitoefenen. Door de discrepantie tussen de onderwerpen waarover leden- en verzekerdenraden formeel mogen meepraten en de onderwerpen die respondenten in de enquête aangeven, en ook door de onbekendheid van het instrument, kan de NZa de effectiviteit daarvan op dit moment niet als groot beoordelen.

4.2.5 Overige mogelijkheden

Verzekerden blijken volgens het onderzoek van TNS-NIPO weinig gebruik te maken van 'andere middelen', zoals consumentenorganisaties en consumentenprogramma's.

4.3 Verbetermogelijkheden en vervolgactiviteiten

4.3.1 Informatievoorziening

Betere informatieverstrekking over de mogelijkheden tot opzegging van de verzekering en over gebruikmaking van klachten- en geschillenregelingen is noodzakelijk:

- De NZa zal met ZN in contact treden. De gedragscode van ZN moet voor wat betreft het informeren van consumenten over opzegmogelijkheden en klachten- en geschillenprocedures worden aangepast.
- In een nieuw Richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars besteedt de NZa aandacht aan de geconstateerde informatiegebreken op het gebied van opzegging en klachten- en geschillenprocedures.
- De NZa zal stimuleren dat via Kiesbeter.nl informatie beschikbaar komt over de mogelijkheden om van zorgverzekeraar te wisselen en over klachten- en geschillenregelingen, zodat deze toegankelijk is voor een grote groep consumenten. Ook op de website van de NZa zal er voor deze onderwerpen meer aandacht komen.
- Met consumentenorganisaties zoekt de NZa contact om mogelijkheden voor het aanhangig maken van klachten en geschillen meer onder de aandacht te brengen. In overleg met consumentenorganisaties wil de NZa nog in 2007 komen tot een nadere invulling van het toetsingskader voor de begrijpelijkheid van de informatievoorziening door zorgverzekeraars. Dit kan bijvoorbeeld door begripsomschrijvingen aan consumentenpanels voor te leggen. Publicatie van de resultaten hiervan kan bijdragen aan een grotere transparantie voor consumenten wanneer zij een polis en een zorgverzekeraar kiezen.

- De bekendheid van verzekeren met leden- en verzekerenraden is gering. Het is voor de zorgverzekeraars daarom zaak om de participatiemogelijkheden die zij bieden bij hun verzekeren beter onder de aandacht te brengen. Anders dan via het indienen van een klachten of het aanhangig maken van een geschil, is (georganiseerde) beïnvloeding via leden- en verzekerenraden een instrument dat verzekeren, ook voordat er problemen ontstaan, de mogelijkheid biedt om invloed uit te oefenen op het beleid en hun stem te laten horen.

4.3.2 Verzekereninvloed via de statuten

De NZa hecht veel waarde aan de georganiseerde uitoefening van verzekereninvloed op het beleid van zorgverzekeraars. Zij zal daarom het initiatief nemen om nog in 2007 het begrip 'een redelijke mate van invloed van verzekeren op het beleid', zoals dat is geformuleerd in artikel 28 van de WMG, nader in te vullen. Daarbij consulteert de NZa de veldpartijen en zal zij rekening houden met de aanbevelingen van de commissie-Glasz en de resultaten van de enquête.

4.3.3 Aanvullende verzekeringen

Er is sprake van een lacune in de afhandeling van klachten en geschillen van verzekeren doordat niet goed voorzien is in geschillenbeslechting voor de aanvullende verzekering. Na eventuele klachtbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen rest consumenten met klachten over de aanvullende verzekering geen andere weg dan die naar de rechter. Dit zal voor veel consumenten een (hoge) drempel zijn.

Deze lacune moet wat de NZa betreft op een laagdrempelige manier worden aangevuld. Gezien het feit dat tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering vaak een verbinding bestaat, is een overeenkomstige regeling van klachten en geschillen voor beide verzekeringen geboden.³⁵

4.3.4 Vervolgonderzoek

Wanneer nodig voert de NZa op deelterreinen vervolgonderzoek uit. Dit gebeurt zeker op het vlak van informatieverstrekking over opzeg- en overstapmogelijkheden door zorgverzekeraars en klachten- en geschillenregelingen. Vooral de websites van zorgverzekeraars en de informatiepakketten die zij aan (potentiële) verzekeren toesturen, zal de NZa via het reguliere transparantie- en signaalonderzoek beoordelen op beschikbaarheid en begrijpelijkheid.

Via de maatschappelijk verslagen van zorgverzekeraars en door middel van signaalonderzoek is vanuit de NZa sprake van verdere monitoring. Dit gebeurt onder andere op het gebied van instrumentontwikkeling voor klachtanalyse en wijzigingen in de medezeggenschapsstructuur. Bij de verzekeraars die nog niet aan klachtanalyse doen, zal de NZa volgen of dit in de toekomst wel plaatsvindt.

De NZa acht meer uniformiteit in de registratie en de omschrijving van klachten noodzakelijk. Dit is in het belang van de transparantie voor de consument. De aantallen klachten en de succespercentages voor de consument die de zorgverzekeraars hebben opgegeven, verschillen zoveel van elkaar dat de NZa hierover in contact zal treden met ZN.

³⁵ Zie de noot in de managementsamenvatting. Recent heeft het bestuur van ZN besloten om geschillenbeslechting in de aanvullende verzekering ook bij de SKGZ neer te leggen.

Bijlage 1: Gedragscode van de zorgverzekeraar (ZN)

De passages uit de Gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland die voor het onderzoek naar verzekerdeninvloed relevant zijn, staan hieronder weergegeven.

De zorgverzekeraar draagt zorg voor een goede registratie en behandeling van klachten en geschillen. In zijn verslag van werkzaamheden neemt hij hiervan een overzicht op, waarbij hij de aantallen en de wijze van afhandeling vermeldt. Via de voorwaarden van de verzekering ingevolge de Zvw en van de door hem gevoerde aanvullende verzekeringen maakt de zorgverzekeraar duidelijk wat onder een klacht, respectievelijk een geschil wordt verstaan en welke procedure in geval van een klacht, onderscheidenlijk een geschil kan worden gevolgd. Daarbij zorgt hij er voor dat de toepasselijke procedure laagdrempelig is. In het kader van de klachtbehandeling (zorgverzekering) en de behandeling van klachten en geschillen op het terrein van de aanvullende verzekeringen wijst de zorgverzekeraar op de mogelijkheid van een beroep op de Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ. De zorgverzekeraar werkt loyaal mee aan de bemiddeling door de Ombudsman en neemt de door deze gestelde termijnen in acht.

In het kader van de behandeling van geschillen op het terrein van de verzekering ingevolge de Zvw neemt de zorgverzekeraar de navolgende basisregels in acht:

- In geval wordt verzocht om heroverweging van een beslissing bevestigt de zorgverzekeraar de ontvangst van het verzoek per omgaande;
- Voor zover nadere gegevens noodzakelijk zijn, vraagt de zorgverzekeraar deze binnen één week na verzending van de ontvangstbevestiging bij betrokkene op;
- Alvorens een definitief standpunt in te nemen, draagt de zorgverzekeraar, indien het een medische kwestie betreft, zijn medisch-, respectievelijk tandheekkundig-, farmaceutisch- of technisch adviseur op diens zienswijze, voorzien van een deugdelijke motivering, schriftelijk vast te leggen, onder verwijzing naar de toepasselijke regelgeving en/of verzekeringsvoorwaarden;
- De zorgverzekeraar maakt zijn definitieve standpunt bekend binnen vier weken na dagtekening van de ontvangstbevestiging, respectievelijk vier weken na ontvangst van de bij betrokkene opgevraagde nadere gegevens;
- De zorgverzekeraar werkt loyaal mee aan de geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. In dat kader neemt hij de gestelde termijnen in acht en verstrekt hij de commissie desgevraagd de voor de beoordeling van het geschil gewenste gegevens;
- Indien een bindend advies wordt uitgebracht door de commissie volgt de zorgverzekeraar dit op."

Over de relatie met verzekerden zegt de gedragscode verder "dat de zorgverzekeraar de stem van de verzekerde op passende wijze tot zijn recht laat komen. Voor onderlinge waarborgmaatschappijen en voor zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren bestaat een wettelijke geregelde inspraak. Voor alle zorgverzekeraars geldt dat zij een open oor hebben voor de wensen van de verzekerden."

Bijlage 2: Gebruikte bronnen

- Commissie Health Insurance Governance (onder voorzitterschap van prof. mr. J.R. Glasz): Health Insurance governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraars, 2002.
- Hirschman, A. Exit, Voice and Loyalty: responses to decline of firms, organizations and states. (1970)
- NIVEL: Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Meting 2006 voor www.Kiesbeter.nl (2006).
- NIVEL: De invloed van ziekenfondsen op het bestuur van ziekenfondsen (juli 2000).
- NPCF: website www.NPCF.nl
- NZa: Rapport *Toelichting RisicoAnalyseModel Zorgverzekeringwet 2007* (januari 2007).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: De patiënt aan zet met een Zorgconsumentenwet? (2002)
- SKGZ: Jaarverslag 2006.
- TNS-NIPO: Rapport Verzekerdeninvloed. Onderzoek naar de ervaring met klachtenprocedures zorgverzekeringen (maart 2007)
- ZN: Gedragscode van de zorgverzekeraar (vierde druk 2006)
- Zorgverzekeraars: Ingevulde vragensjablonen.
- Zorgverzekeringwet (Staatsblad 2005).

Bijlage 3: Kerntabel

Kerncijfers instrumenten verzekerdeninvloed³⁶

Bekendheid met instrument	% respondenten
Klachtenregeling (n=1644)	
Bekend	39
onbekend	61
Onafhankelijke geschillencommissie (n=1644)	
Bekend	38
Onbekend	62
Leden-/verzekerdenraad (n=1644)	
Bekend	17
Onbekend	83
Klachtenregeling	
Klacht ingediend	5
Geen klacht ingediend (n=1555)	95
Reden:	
- had geen klacht	93
- onbekend met klachtenregeling	2
- twijfel of klacht serieus wordt genomen	2
- te tijdrovend	1
- weet niet hoe dit moet	1
- anders	1
Tevreden over klachtafhandeling (n=90)	51
Ontevreden over klachtafhandeling	46
Uitkomst klachtafhandeling nog niet bekend	4
Onafhankelijke geschillencommissie	
Gebruik geschillencommissie	1
Geen gebruik geschillencommissie (n=1635)	99
Reden:	
- had geen klacht	91
- bestaan geschillencommissie onbekend	5
- weet niet hoe dit moet	2
- te tijdrovend	1
- twijfel of klacht serieus genomen wordt	1
Leden-/verzekerdenraad	
Benaderd in 2006 (n=1644)	1
niet benaderd in 2006	99

³⁶ Indien percentages niet optellen tot 100%, wordt dit veroorzaakt door afronding.

Juridische procedure	
Juridische procedure gestart (n=7)	0
Andere organisaties (n=1644)	
Andere organisaties benaderd (o.a. werkgever, tv-programma's, tussenpersoon, collectiviteit)	7
Geen andere organisaties benaderd	93

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl