



Universiteit Utrecht



Evaluatie SKGZ-procedure 2017-2018

USBO
advies

Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)

Eindrapport

januari 2020

Evaluatie SKGZ-procedure 2017-2018

Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)

Aline Bos
USBO advies
Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Universiteit Utrecht

Januari 2020

COLOFON

Titel: Evaluatie SKGZ-procedure 2017-2018. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Opdrachtgever: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Auteur: Aline Bos

Utrecht, januari 2020

USBO advies

Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap

Universiteit Utrecht

INHOUD

Deel I: Introductie

Inleiding	8
Onderzoeksvragen en procedure	10
Aanpak	14

Deel II: Resultaten

1. Beschikbaarheid en toegankelijkheid	18
2. Juridische bijstand	24
3. Kosten	26
4. Informatievoorziening	28
5. Doorlooptijd	30

Deel III: Afsluitend

Conclusies & aanbevelingen	38
Bijlage I Bronnenonderzoek	42
Bijlage II Aangesloten organisaties	44
Bijlage III Tabellen	46



Deel I: Introductie





Inleiding¹

Alle in Nederland actieve zorgverzekeraars² zijn aangesloten bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ helpt een probleem tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar op een onpartijdige manier op te lossen of te voorkomen door voorlichting, bemiddeling en (niet-)bindend advies.

Naar aanleiding van de Zorgverzekeringswet (Zvw, 2006) richtten Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiëntenfederatie Nederland³ de SKGZ op. De al bestaande Ombudsman Zorgverzekeringen van ZN werd samen met de nieuw opgerichte Geschillencommissie Zorgverzekeringen ondergebracht bij de SKGZ. Naast een Ombudsman en een Geschillencommissie heeft de SKGZ een driehoofdig bestuur, een directeur en een ondersteunend team van 42 medewerkers.⁴

De SKGZ geeft voorlichting, bemiddelt bij klachten via de Ombudsman Zorgverzekeringen en adviseert via de Geschillencommissie Zorgverzekeringen – al dan niet bindend – bij geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Een *klacht* betreft de onvrede van een verzekerde over het handelen en/of een beslissing van zijn zorgverzekeraar. Een *geschil* houdt in dat een klacht – na een interne klachtbehandeling bij de betreffende zorgverzekeraar en vervolgens de eventuele tussenkomst van de Ombudsman – nog niet is opgelost.⁵ De SKGZ start geen onderzoek op eigen initiatief. Ze werkt enkel naar aanleiding van door verzekerden aangebrachte zaken. De stichting neemt een klacht pas in behandeling nadat de verzekerde de interne klachtenprocedure bij zijn zorgverzekeraar heeft doorlopen. In de periode 2017-2018 behandelde de SKGZ 3.236

¹ Dit rapport beschrijft de resultaten van een *tweede externe* evaluatie van de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Eenzelfde evaluatie vond eerder plaats voor de periode 2013-2016. Tekstdelen uit de eerdere evaluatie, met informatie over de werkwijze en achtergrond van de SKGZ, komen terug in dit rapport.

² We gebruiken in dit rapport de gangbare term 'zorgverzekeraar' in plaats van de bredere term ziektekostenverzekeraar. Waar 'zorgverzekeraar' staat kan ook 'ziektekostenverzekeraar' gelezen worden. In bijlage II is een overzicht opgenomen van alle bij de SKGZ aangesloten zorgverzekeraars.

³ De federatie had toen nog de naam 'Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie' (NPCF)

⁴ Bronnen: <https://www.skgz.nl/organisatie/> en SKGZ Jaarverslag 2018

⁵ Meer precies omschrijven de reglementen van de Ombudsman en de Geschillencommissie van de SKGZ (dd. 1 augustus 2018) klachten en geschillen als volgt:

- Klacht: 'Elk blijk van onvrede inzake een zorgverzekering of ziektekostenverzekering tussen een consument en een ziektekostenverzekeraar, dan wel inzake de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de nationale of Unierechtelijke regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'.
- Geschil: 'Elke klacht, voor zover deze na interne klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar en de eventueel daaropvolgende tussenkomst door de Ombudsman, niet tot tevredenheid van de consument is opgelost'.

klachten en rondde ze 625 geschillen af.⁶ De aard van die klachten en geschillen loopt uiteen. Zij betreffen bijvoorbeeld de vergoeding van behandelingen of de toekenning van het aantal geïndiceerde uren zorg door een verzekeraar.

Sinds juli 2015 is de SKGZ wettelijk aangemerkt als een ‘instantie voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting’. Deze status verplicht de SKGZ om periodiek de doeltreffendheid van haar procedure te evalueren. De Implementatiewet omschrijft deze verplichting als volgt: een ‘*evaluatie van de doeltreffendheid van de door de instantie aangeboden procedure en van de mogelijke manieren om de prestaties daarvan te verbeteren*’.⁷ De SKGZ heeft USBO advies (departement Bestuurs- en Organisationswetenschap, Universiteit Utrecht) gevraagd deze evaluatie uit te voeren voor de periode 2017-2018.

Op basis van documenten- en data-analyse (zie ook het hoofdstuk ‘Aanpak’) concluderen we in deze evaluatie dat de SKGZ-procedure op alle onderdelen doeltreffend is. In de volgende hoofdstukken lichten we dit verder toe. We bespreken eerst de precieze vraagstelling en de procedure van de SKGZ, evenals de aanpak van het evaluatieonderzoek. Vervolgens behandelen we per hoofdstuk de resultaten voor elk wettelijk vereiste. Afsluitend beschrijven we de belangrijkste conclusies en aandachtspunten voor de toekomst. ■

⁶ Deze cijfers zijn gebaseerd op een analyse van de registraties in C3, om consistentie te behouden en vergelijking mogelijk te maken met de vorige evaluatie van de SKGZ-procedure (voor de periode 2013-2016). Deze cijfers wijken enigszins af van de in jaarverslagen genoemde aantallen. De jaarverslagen van 2017 en 2018 rapporteren – bij elkaar opgeteld – 3.246 klachten en 882 geschillen (aantal afgesloten zaken). De verschillen in cijfers zijn te verklaren doordat in 2017-2018 ook zaken zijn afgerond uit 2016. De cijfers en analyses in dit rapport gaan uit van afgeronde zaken in C3, dat wil zeggen: dossiers die in deze jaren zijn gestart én afgerond. Tegelijkertijd geldt ook dat sommige in 2017 of 2018 gestarte maar nog niet afgeronde zaken *niet* zijn meegenomen in de analyses in dit rapport.

⁷ Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten, artikel 18, lid h.

Onderzoeksvragen en procedure

Deze evaluatie richt zich op de doeltreffendheid van de procedure van de SKGZ in de jaren 2017 en 2018. We volgen daarbij de uitwerking van 'doeltreffendheid' zoals opgenomen in de Implementatiewet. Dit hoofdstuk start met de uitwerking van de wettelijke vereisten, die we vertalen naar onderzoeksvragen. Het beschrijft vervolgens de klachtenprocedure bij de SKGZ.

Wat 'doeltreffendheid' betekent in het geval van een instantie voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting, zoals de SKGZ, is nader omschreven in artikel 7 van de Implementatiewet (zie het kader op de volgende pagina). Op basis van deze omschrijving zijn de volgende hoofd- en deelvragen opgesteld:

Hoe doeltreffend was de procedure van de SKGZ in de periode 2017-2018 en wat zijn aandachtspunten voor de toekomst?

- 1) Hoe beschikbaar en toegankelijk was de procedure (zowel elektronisch als niet-elektronisch)?
- 2) Welke ruimte hadden partijen om de procedure zonder advocaat of een juridisch adviseur te doorlopen? Tegelijkertijd: hadden partijen, in elk stadium van de procedure, voldoende mogelijkheden om (alsnog) onafhankelijk advies in te winnen of zich door een derde te laten vertegenwoordigen/bijstaan?
- 3) Was de procedure voor verzekerden kosteloos of tegen een geringe vergoeding beschikbaar?
- 4) Bracht de SKGZ partijen bij een geschil op de hoogte zodra ze alle documenten met de relevante informatie had ontvangen?
- 5) Stelde de SKGZ de uitkomst van de procedure beschikbaar binnen een termijn van 90 kalenderdagen vanaf de datum waarop ze het volledige dossier van de klacht had ontvangen? In het geval van zeer complexe geschillen: heeft de SKGZ de partijen tijdig geïnformeerd over een verlenging van 90 kalenderdagen en van de tijd die naar verwachting nodig was om het geschil beëindigen?
- 6) Wat zijn, op basis van de beantwoording van de vragen 1 t/m 5, aandachtspunten voor de toekomst?

Artikel 7

Implementatiewet

De instantie tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting draagt er in haar procesreglement zorg voor dat de procedures tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting doeltreffend zijn en voldoen aan de volgende vereisten:

- a) de procedure is zowel elektronisch als niet elektronisch beschikbaar en gemakkelijk toegankelijk voor beide partijen, ongeacht de plaats waar de partijen zich bevinden;
- b) de partijen hebben toegang tot de procedure zonder verplicht te zijn van een advocaat of een juridisch adviseur gebruik te maken, maar de procedure ontnemt de partijen niet het recht om in enig stadium van de procedure onafhankelijk advies in te winnen of zich door een derde te laten vertegenwoordigen of te laten bijstaan;
- c) de procedure is voor consumenten kosteloos of tegen een geringe vergoeding beschikbaar;
- d) de instantie die een klacht heeft ontvangen, brengt de partijen bij het geschil op de hoogte zodra zij alle documenten met de relevante informatie over de klacht heeft ontvangen;
- e) de uitkomst van de procedure wordt beschikbaar gesteld binnen een termijn van 90 kalenderdagen vanaf de datum waarop de instantie tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting het volledige dossier van de klacht heeft ontvangen. In het geval van zeer complexe geschillen kan de met de klacht belaste instantie de termijn van 90 kalenderdagen verlengen. De partijen worden van elke verlenging van die termijn op de hoogte gesteld, alsmede van de tijd die nodig wordt geacht om het geschil te kunnen beëindigen."

Voordat we preciezer ingaan op de resultaten per onderzoeksvraag, beschrijven we eerst de procedure van de SKGZ (zie volgende pagina). Als een verzekerde het niet eens is met een beslissing van zijn zorgverzekeraar, dan kan hij een klacht indienen via de interne klachtenprocedure van de betreffende zorgverzekeraar. Als de verzekerde en zorgverzekeraar er via deze interne klachtenprocedure niet uitkomen, dan kan de verzekerde aankloppen bij de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen en/of de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kunnen deze klacht dan behandelen. In 2017 werd 78% van de geschillen bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eerst als klacht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen voorgelegd; in 2018 was dat percentage 84%⁸.

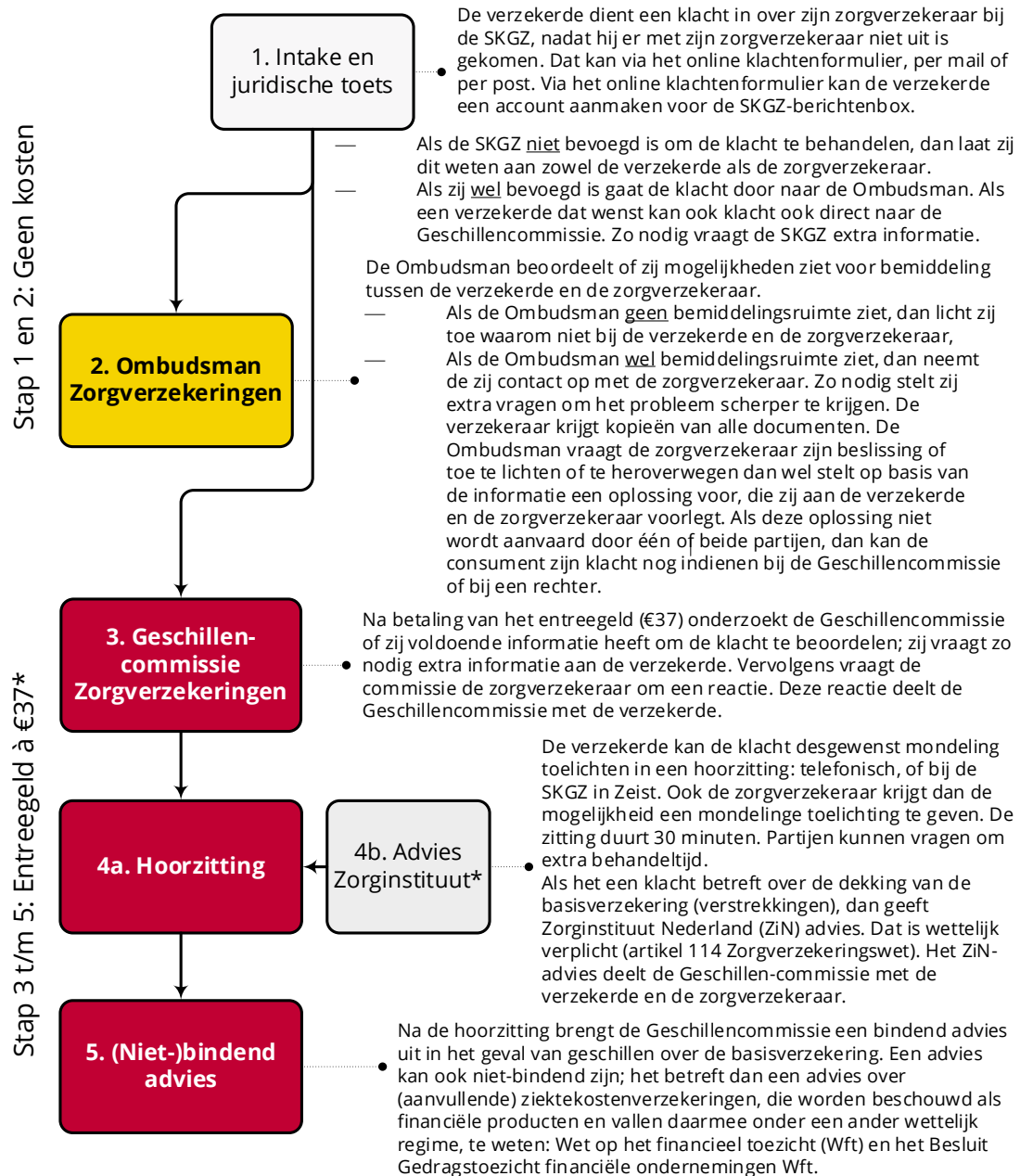
Hierna geven we de huidige SKGZ-procedure weer. Naar aanleiding van een externe evaluatie van de SKGZ-procedure voor de periode 2013-2016⁹ zijn enkele wijzigingen aangebracht in de procedure. Verschillende fases binnen de SKGZ zijn in elkaar geschoven, met het oog op het verminderen van de doorlooptijden en het bevorderen van de kwaliteit. Daarmee is het secretariaat geen aparte fase meer, maar is zij opgegaan in de ombudsfase.¹⁰ Op deze manier zoekt een *inhoudelijk* medewerker eerder in de procedure contact met de verzekerde. De activiteiten van de algemene frontoffice zijn dus verschoven naar de inhoudelijke backoffice. Deze wijziging is per mei 2018 van kracht. ■

⁸ SKGZ Jaarverslag 2018, p 19

⁹ USBO advies (januari 2018). *Evaluatie SKGZ-procedure 2013-2016. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

¹⁰ SKGZ (2017) *Klanttevredenheidsonderzoek verzekerden SKGZ 2016-Q 4 en 2017 1*, intern document

De SKGZ-procedure verloopt als volgt:





Aanpak

In dit hoofdstuk lichten we de gehanteerde onderzoeksmethode toe en bakenen we de evaluatie af.

ONDERZOEKSMETHODE

We analyseerden op systematische wijze verschillende documenten en databronnen (zie bijlage I). Waar nodig hebben we medewerkers van de SKGZ geconsulteerd voor aanvullende informatie.

De klanttevredenheidsonderzoeken (KTO's), uitgevoerd door de SKGZ, vormden een centrale databron. We kregen volledige toegang tot het dossier met deze onderzoeken. Alle verzekerden, die contact hebben gehad met de SKGZ en waarvan een e-mailadres bekend was, kregen een digitale vragenlijst toegestuurd. Een mogelijk risico is dat een minder digitaal vaardige doelgroep ondervertegenwoordigd is in de resultaten uit de KTO's.

De respons percentages voor de KTO's zijn 40% (Ombudsman) en 41% (Geschillencommissie), als we de reacties afzetten tegen het aantal uitgestuurde vragenlijsten. Als we uitgaan van het totaal aantal klachten en geschillen in de periode 2017-2018, geldt een respons percentage van 32% voor zowel klachten als geschillen.¹¹⁻¹²

Een tweede centrale databron was het registratiesysteem C3. We kregen toegang tot de ruwe data uit dit registratiesysteem, waarin alle dossiers voor 2017-2018 zijn opgenomen. Op basis van deze data hebben we de doorlooptijden berekend (zie hoofdstuk 5).

AFBAKENING EVALUATIE

Over de afbakening van de evaluatie maken we vooraf drie opmerkingen:

Ten eerste betreft dit onderzoek een evaluatie van de *procedure*. Ze richt zich daarmee niet direct op vragen over bijvoorbeeld de positionering van de SKGZ ten opzichte van zorgverzekeraars en verzekerden, haar organisatorische vormgeving met zowel een

¹¹ De SKGZ verstuurde de vragenlijst over de Ombudsman in 2017-2018 in totaal aan 2.603 verzekerden en ontving van 1.029 mensen een reactie (40%). In C3 tellen we over beide jaren 3.236 klachtendossiers. Het aantal van 1.029 ingevulde vragenlijsten afgezet tegen het totaal aantal klachten bedraagt dan 32%.

De SKGZ verstuurde de vragenlijst over de Geschillencommissie in 2017-2018 in totaal aan 482 verzekerden en kreeg van 199 van hen een reactie (41%). In C3 tellen we over beide jaren 625 geschildossiers. Het aantal van 199 ingevulde vragenlijsten afgezet tegen het totaal aantal geschillen bedraagt dan 32%.

¹² In de KTO's van 2017 is overigens onderscheid gemaakt in de scores - naar uitkomst van de bemiddeling of geschilbeslechting: is aan de wens van een verzekerde tegemoet gekomen? Tussen de onderscheiden categorieën zit variatie in de beoordeling van de SKGZ. Aangezien dit onderscheid in de KTO's van 2018 niet meer is gemaakt, maken wij dit in deze evaluatie ook niet.

Ombudsman als een Geschillencommissie binnen één organisatie of de kosten van de klachtenbehandeling.

Ten tweede maakt de Implementatiewet geen onderscheid tussen de Geschillencommissie en de Ombudsman en ook niet tussen een klacht en een geschil. In de praktijk van de SKGZ zijn de Ombudsman (klachten) en de Geschillencommissie (geschillen) gescheiden onderdelen, met elk hun eigen termijnen en werkwijzen. Toch gebruikt ook de SKGZ in haar communicatie bewust de term 'klacht' voor zowel geschillen als klachten – omdat verzekerden dit onderscheid niet altijd maken. In dit rapport spreken we daarom over 'klachten'. Alleen daar waar nodig maken we expliciet het onderscheid tussen klachten en geschillen.

Ten slotte valt de zogenoemde 'Zorgverzekeringslijn' buiten de reikwijdte van deze evaluatie. De Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het ministerie van VWS en is gericht op het terugdringen van het aantal mensen zonder zorgverzekering of met een betalingsachterstand voor de zorgpremie. ■

Deel II: Resultaten





1. Beschikbaarheid en toegankelijkheid

De eerste evaluatievraag luidt: *hoe beschikbaar en toegankelijk is de procedure van de SKGZ, zowel elektronisch als niet-elektronisch?* We stellen vast dat de procedure van de SKGZ online en offline goed vindbaar is. Bovendien biedt de SKGZ uitstekende mogelijkheden voor het online of offline indienen van een klacht. De procedure is breed toegankelijk. De inspanningen van de Ombudsman voor meer begrijpelijke communicatie dragen daaraan bij. Twee aandachtspunten zijn/blijven de toegankelijkheid voor laagopgeleiden en de doorverwijzing naar de SKGZ via zorgverzekeraars.

Hierna gaan we eerst in op de *beschikbaarheid* van de procedure. Daarna lichten we de resultaten toe voor de *toegankelijkheid* ervan.

BESCHIKBAARHEID

Beschikbaarheid interpreteren we in deze evaluatie enerzijds als (a) de mate waarin de klachtenprocedure van de SKGZ zowel online als offline *vindbaar* is, en (b) de mate waarin de klachtenprocedure van de SKGZ ruimte biedt om een klacht op verschillende manieren – zowel online als offline – *kenbaar te maken*.

Vindbaarheid

De klachtenprocedure van de SKGZ is *online* goed vindbaar. Zo is de SKGZ(-procedure) vermeld op diverse websites die een verzekerde logischerwijs bezoekt als hij met zijn zorgverzekeraar niet tot overeenstemming komt over de oplossing van een klacht. Allereerst is de website van de SKGZ zelf goed vindbaar via de zoekterm 'klacht zorgverzekeraar'. Op de SKGZ-website is vervolgens direct zichtbaar waar en hoe een verzekerde een klacht kan indienen. Verder is de verwijzing naar de SKGZ en haar procedure vindbaar op websites als zorgklacht.nl, rijksoverheid.nl, zorginstituutnederland.nl, AFM.nl, nationaleombudsman.nl, consumentenbond.nl, zorgwijzer.nl en landelijkmeldpuntzorg.nl. Waar dat bij de evaluatie van de SKGZ-procedure 2013-2016 nog niet het geval was, is een verwijzing naar de stichting nu wél opgenomen op de website van de Nederlandse Patiëntenfederatie. Op enkele websites is een verwijzing naar de SKGZ echter niet of lastig te vinden, terwijl die daar wel op zijn plaats lijkt, zoals bij Zorgbelang, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars

Nederland. Op de website van Kifid¹³ is de SKGZ wat lastig te vinden, omdat zij is geplaatst onder 'andere organisaties' in het lijstje 'ministeries'.¹⁴ In de afgelopen twee jaar was de SKGZ actiever op haar Twitter account (@SKGZ_Zvw; 480 volgers). Ook op LinkedIn post de SKGZ geregeld voor verzekerden relevante informatie.

Online verwijzen verder alle zorgverzekeraars, op één na, op hun websites door naar de SKGZ, zo concluderen wij op basis van een inventarisatie van de websites van de 41 bij de SKGZ aangesloten zorgverzekeraars (zie bijlage II).

Offline is een verwijzing naar de SKGZ-procedure vindbaar in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars. Ook moet de procedure vermeld staan in de afwijzingsbrief van de zorgverzekeraar, die de verzekerde ontvangt als de zorgverzekeraar niet tegemoet komt aan een klacht. De SKGZ geeft aan dat dit een aandachtspunt blijft. Op eigen initiatief onderzocht zij in 2018 honderd willekeurig geselecteerde dossiers. Op basis daarvan concludeerde de SKGZ dat in bijna 50% van de gevallen niet of niet correct door zorgverzekeraars werd doorverwezen naar de SKGZ. De SKGZ heeft daarom een aanbeveling gestuurd naar Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die deze op haar beurt heeft gedeeld met haar leden.¹⁵

Verder is informatie over de procedure van de SKGZ desgevraagd ook beschikbaar in de vorm van een hard-copy brochure.

Mogelijkheden kenbaar maken klacht

Het tweede aspect van beschikbaarheid betreft de mate waarin de procedure zelf – zowel online als offline – ruimte biedt om een klacht kenbaar te maken. Hier blijkt dat verzekerden een klacht *online* kunnen indienen via het online klachtenformulier op de website van de SKGZ.

Daarnaast is het *offline* mogelijk om het klachtenformulier van de SKGZ per post te ontvangen en retour te sturen of om de klacht in te dienen met een brief. De website nodigt daartoe echter niet uit. De communicatie tussen de SKGZ en de verzekerde *na* indiening van de klacht kan zowel digitaal via de SKGZ-berichtenbox als per post.

TOEGANKELIJKHEID

Beschikbaarheid hebben we bovenstaand o.a. geïnterpreteerd als de *vindbaarheid* van de SKGZ-procedure. Toegankelijkheid volgt daarop. Toegankelijkheid gaat over de mate waarin verzekerden de procedure met gemak kunnen doorlopen als ze deze eenmaal hebben gevonden.¹⁶ We doelen dan op de *begrijpelijkheid* van de procedure en de *afwezigheid van (andere) blokkades* bij het doorlopen ervan.

¹³ Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, waar mensen terecht kunnen met een klacht over hun bank, verzekeraar of andere financiële dienstverlener. <https://www.kifid.nl/>

¹⁴ <https://www.kifid.nl/partner-organisaties/>

¹⁵ SKGZ Jaarverslag 2018

¹⁶ Daaronder is ook 'het kunnen doorlopen van de procedures met of zonder juridische bijstand' te scharen. Dat punt nemen we op deze plek niet mee, maar komt in het volgende hoofdstuk apart aan bod.

We constateren dat de procedure van de SKGZ breed toegankelijk is. Op basis van de SKGZ-website en de bestudeerde documentatie blijkt dat de SKGZ veel aandacht besteedt aan het eenvoudig inzichtelijk maken wat de procedure behelst, o.m. via *graphics*. Verder is het doorlopen van de procedure vergemakkelijkt door de introductie van de SKGZ-berichtenbox. Via deze berichtenbox kunnen verzekerden op een veilige manier digitaal (persoons)informatie uitwisselen met de SKGZ.

Communicatie tussen verzekerde en SKGZ

Toegankelijkheid heeft ook betrekking op de duidelijkheid van de *communicatie* tussen de SKGZ en verzekerden. In de KTO's vraagt de SKGZ aan verzekerden die contact met haar hebben gehad onder andere naar de duidelijkheid van de communicatie via brieven of e-mails. In 2017 vindt gemiddeld 8% ($n = 446$) van de ondervraagden de brieven van de Ombudsman *onduidelijk*; voor 2018 is dat gemiddeld 6,5% ($n = 404$). Voor e-mails zijn die percentages respectievelijk 7,1% (2017, $n = 338$) en 4,8% (2018, $n = 313$). Meer gedetailleerde cijfers zijn te vinden in tabel 1.1 in bijlage III.

Voor de Geschillencommissie geeft ruim 11% (in 2017, $n = 80$) en ruim 17% (in 2018, $n = 69$) aan de brieven *onduidelijk* te vinden. Verder vindt bijna 7% (2017; $n = 91$) en 11% (2018; $n = 82$) van de ondervraagden de e-mails van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen *onduidelijk*.

Verder laten de KTO's zien dat 76-81% van de ondervraagden vindt dat de totstandkoming van het resultaat (dan wel de overweging om in een zaak niet te bemiddelen) goed is uitgelegd door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Verder geeft 57% à 58% aan dat de totstandkoming van het oordeel van de Geschillencommissie goed is uitgelegd (zie tabel 4.1 en 4.2 in bijlage III).

In de evaluatie van de SKGZ-procedure voor de periode 2013-2016 is de onduidelijkheid van de *brieven* ook meegenomen.¹⁷ Door de bank genomen zien we dat de Ombudsman en Geschillencommissie destijds vergelijkbaar scoorden bij deze vraag: circa 14% van de respondenten gaf destijds aan de brieven onduidelijk te vinden.¹⁸ We zien een duidelijke verbetering wat betreft het percentage respondenten dat aangeeft de brieven van de Ombudsman duidelijk te vinden; deze verbetering zien we niet ten aanzien van de brieven van de Geschillencommissie. Mogelijk houdt dit verschil verband met de inspanningen van het Ombudsteam. In april 2018 hebben medewerkers van de SKGZ een B1-cursus (taalniveau) gehad en heeft het team werk gemaakt het van het vereenvoudigen van haar brieven.

Overigens heeft het Geschilteam sinds maart 2019 ook aanpassingen gedaan in haar communicatie, door de opzet van de bindende adviezen te vereenvoudigen. Verder is het bij de publicatie van bindende adviezen van de Geschillencommissie sinds kort gebruikelijk om een samenvattende leeswijzer toe te voegen. Deze leeswijzer deelt de

¹⁷ USBO advies (Januari 2018), *Evaluatie SKGZ-procedure 2013-2016. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)*, eindrapport, Utrecht, tabel 1.1

¹⁸ Let wel, dit is een indicatief getal, omdat respondent aantallen niet zijn meegewogen.

Geschillencommissie niet met de verzekerde op wie de uitspraak betrekking heeft.¹⁹ Deze vereenvoudigingen zijn ná de evaluatieperiode van dit rapport (2017-2018) doorgevoerd. Het laat zien dat dit onderwerp ook bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen de aandacht heeft. De SKGZ geeft desgevraagd wel aan dat de meer juridische taak van de Geschillencommissie – het geven van een vaak bindend advies – beperkingen oplegt aan het vereenvoudigen van de communicatie.

Communicatiekanalen

Wat betreft toegankelijkheid merkten we in een eerdere evaluatie (2013-2016)²⁰ op dat de communicatiekanalen vooral (digitaal) schriftelijk waren. Dit is heel begrijpelijk in het licht van de taak van de SKGZ: het helpt in de procedure als zaken zwart-op-wit staan en schriftelijke informatie kan gelijktijdig met alle partijen worden gedeeld. We gaven destijds aan dat schriftelijke communicatie niet de telefonische of face to face contacten met zowel verzekerden als zorgverzekeraars in de weg hoeft te staan. Hier leek een behoefte te bestaan bij zowel verzekerden als zorgverzekeraars. In 2014 was het al beleid van de Ombudsman om verzekerden te bellen waarbij de Ombudsman geen ruimte ziet voor bemiddeling (circa een vijfde van de ingediende klachten); verder stimuleerde de Ombudsman om ook zoveel mogelijk te bellen in zaken waar wél de mogelijkheid is voor bemiddeling. Wanneer verzekerden in de KTO's wordt gevraagd of zij telefonisch contact hebben gehad met de Ombudsman, dan geeft 74% (in 2017) en 81% (in 2018) aan dat dit het geval was (zie ook tabel 1.3. in bijlage III). Daarmee wordt zichtbaar dat de SKGZ in de afgelopen jaren werk heeft gemaakt van meer telefonisch contact met de verzekerden die bij haar aankloppen.

De SKGZ merkt in haar KTO's zelf op dat de experimenten met de vereenvoudiging van brieven (in de fase Ombudsman) en het vaker bellen met verzekerden zich lijken te vertalen naar iets hogere algehele 'rapportcijfers' van verzekerden voor het Ombudsteam.²¹

Doelgroepen

Met betrekking tot de toegankelijkheid valt verder op dat de kenmerken van de verzekerden die een klacht indienen bij de SKGZ naar verwachting niet representatief zijn voor de daadwerkelijke groep van verzekerden die er niet uitkomt bij een klacht met hun verzekeraar. Zo is zowel in 2017 als in 2018 ca. 55% van de klagers hoogopgeleid (zie tabel 1.4 in bijlage III). Hoewel dit uitdrukkelijk niet een uniek SKGZ-issue is, vraagt het wel blijvende aandacht.

Taal

Ten slotte is de procedure bij de SKGZ in het Nederlands. Op de website is sinds november 2019 wel Engelstalige informatie opgenomen, onder andere over de

¹⁹ Gesprek met betrokkenen binnen SKGZ

²⁰ USBO advies (Januari 2018), *Evaluatie SKGZ-procedure 2013-2016. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)*, eindrapport, Utrecht.

²¹ SKGZ (2017) *Klanttevredenheidsonderzoek verzekerden SKGZ 2017 Q2 en 3, 20171123 KTO 2017-Q2 &3*; interne documentatie

procedure. Verder kan een verzekerde een klacht in het Engels indienen.²² Als verzekerden tijdens de procedure stukken willen voorleggen in een andere taal dan het Nederlands, dan zijn de kosten voor een beëdigd vertaler voor rekening van de verzekerde.²³ Dit kan een risico zijn voor verzekerden die geen of slecht Nederlands spreken maar wel in Nederland verzekerd zijn, zoals buitenlandse studenten.

De SKGZ geeft desgevraagd aan dat zij zelden om een officiële vertaling vraagt en ook genoeg neemt met een 'google translate' vertaling van de klacht. Het bieden van de mogelijkheid om de procedure in het Engels te doorlopen is in 2019 wel verder verkend.²⁴ De SKGZ inventariseerde zowel binnen de eigen organisatie als bij zorgverzekeraars de mogelijkheid en bereidheid voor Engelstalige zaaksbehandeling. Bevroegde zorgverzekeraars zagen hiervoor afwisselend wel of geen mogelijkheden/bereidheid. Dit bemoeilijkt het bieden van een Engelstalige procedure in samenwerking met de zorgverzekeraars. Een doorslaggevend argument om de procedure (nog) niet in het Engels aan te bieden komt van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen: de vertaling van juridische begrippen – die hun basis hebben in de Nederlandse rechtssfeer – naar Engelse begrippen kan tot interpretatieproblemen leiden. Vanaf oktober 2019 experimenteert de Ombudsman Zorgverzekeringen met het in de afsluitende brief opnemen van een Engelstalige samenvatting van de uitkomst van de bemiddeling.

KORTOM

Wat betreft de beschikbaarheid is de procedure van de SKGZ goed vindbaar, waarbij de SKGZ de toelichting van de procedure op haar website verder heeft vereenvoudigd en actief is op verschillende sociale media. De online en offline mogelijkheden voor het kenbaar maken van een klacht zijn uitstekend.

De doorverwijzing naar de SKGZ door zorgverzekeraars is een aandachtspunt. Niet alle aangesloten verzekeraars vermelden de route naar de SKGZ (duidelijk) op hun website. Eigen onderzoek door de SKGZ laat verder zien dat zorgverzekeraars geregeld niet of niet correct doorverwijzen naar de SKGZ.

Bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zien we een verbetering in de (schriftelijke) communicatie met verzekerden en een zichtbare investering in meer telefonisch contact. Voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zien we (nog) geen verbetering in de ervaren communicatie. Hier is wel een stap gezet door vereenvoudiging van de opzet van de bindende adviezen. Het bereiken van lager opgeleiden blijft een aandachtspunt. ■

²² <https://www.skgz.nl/vraag-en-antwoord/>

²³ Reglement Ombudsman, dd. 1 augustus 2018

²⁴ In het SKGZ-jaarverslag van 2016 wordt dit nog als ambitie genoemd



2. Juridische bijstand

De tweede vraag over de doeltreffendheid van de SKGZ-procedure gaat over juridische bijstand: *welke ruimte hadden partijen om de procedure zonder advocaat of een juridisch adviseur te doorlopen? Tegelijkertijd: hadden partijen, in elk stadium van de procedure, voldoende mogelijkheden om (alsnog) onafhankelijk advies in te winnen of zich door een derde te laten vertegenwoordigen of bijstaan?* Uit de documentatie blijkt dat verzekerden voldoende ruimte hebben om de procedure zonder juridische bijstand te doorlopen en om op elk gewenst moment alsnog bijstand in te roepen.

De mogelijkheden voor verzekerden om zich juridisch te laten bijstaan of vertegenwoordigen zijn vastgelegd in de reglementen van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (zie onderstaand kader). Ze bieden expliciet de mogelijkheid voor de verzekerde om de procedure zonder advocaat of juridisch adviseur te doorlopen of om op elk moment in de procedure (alsnog) onafhankelijk advies in te winnen dan wel zich bij te laten staan door een gemachtigde.

Uit de reglementen

Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 1 (lid 3): 'De consument kan, doch is daartoe niet verplicht, in elk stadium van de procedure advies inwinnen en/of zich desgewenst laten bijstaan en/of vertegenwoordigen door een gemachtigde.'²⁵

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 11 (lid 5): 'Partijen kunnen zich tijdens de hoorzitting laten bijstaan door deskundigen.'²⁶

Ook in de bijlage bij haar (standaard) brief wijst de Ombudsman Zorgverzekeringen op de mogelijkheid om de procedure zowel met als zonder juridische bijstand te doorlopen: 'De procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is eenvoudig. U kunt alles zelf doen. Een advocaat of juridisch adviseur is niet verplicht. Als u wilt, mag u een juridisch adviseur inschakelen. Dit kan in elke stap van de procedure. De kosten hiervan worden door ons niet vergoed.'

²⁵ Reglement Ombudsman Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018; idem in het Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018

²⁶ Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018

In de praktijk maakt circa 24% van de verzekerden gebruik van een gemachtigde.²⁷ In veel gevallen gaat het dan om kinderen die door hun ouders gemachtigd zijn of om behulpzame kennissen. In een heel beperkt aantal van die gevallen maakt de verzekerde gebruik van een professionele partij, waarbij verzekerden meestal een beroep doen op hun rechtsbijstandverzekering. In een enkel geval vraagt een verzekerde bij de SKGZ om de vergoeding van advocaatkosten. De SKGZ wijst een dergelijk verzoek zelden toe. In de periode 2017-2018 was van een dergelijke vergoeding geen enkele keer sprake, getuige de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.²⁸ Overigens lijken juridische kosten geen drempel te vormen voor het starten van de procedure door een verzekerde; de SKGZ krijgt geen klachten over juridische kosten.

KORTOM

Op papier hebben verzekerden alle mogelijkheden om de procedure met of zonder juridisch adviseur te doorlopen en kunnen ze op elk moment in de procedure juridische bijstand inroepen. Kosten voor juridische bijstand zijn voor eigen rekening. In de praktijk maken weinig verzekerden gebruik van een juridisch adviseur. ■

²⁷ Jaarverslag SKGZ 2018, p. 19

²⁸ Dit is nagegaan door via <https://www.kpzv.nl/> te zoeken op [advocaat kosten] en [advocaat]. Deze website toont alle uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3. Kosten

De derde vraag uit de evaluatie luidt: *is de procedure voor verzekerden kosteloos of tegen een geringe vergoeding beschikbaar?* De SKGZ-procedure is kosteloos (Ombudsman) of tegen een gering bedrag beschikbaar (Geschillencommissie). Dat is exclusief eventuele kosten voor de vertaling van processtukken en/of voor juridische bijstand.

In de reglementen van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is opgenomen dat de procedure gratis is (Ombudsman) dan wel tegen een geringe bijdrage van € 37 toegankelijk (Geschillencommissie). Deze € 37 krijgt de verzekerde vergoed als hij (gedeeltelijk) in het gelijk wordt gesteld. De artikelen daarover zijn opgenomen in onderstaand kader.

Uit de reglementen

Ombudsman Zorgverzekeringen

Artikel 7 (lid 12): 'Aan de behandeling van een klacht door de Ombudsman zijn geen kosten verbonden. Voor zover door partijen kosten zijn gemaakt in verband met de indiening of behandeling van een klacht komen deze voor rekening van de partij die de kosten heeft gemaakt.'²⁹

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 9 (lid 1): 'Indien de Geschillencommissie oordeelt dat het Verzoek zich leent voor verdere behandeling, wordt de consument [...] gevraagd binnen een termijn van vier weken het entreegeld ad € 37,00 aan de Stichting over te maken.'

Artikel 15

(lid 1) De kosten die partijen voor de behandeling van het Verzoek door de Geschillencommissie maken, waaronder het entreegeld zoals genoemd in artikel 9 eerste lid, de aan de zaak bestede tijd, de reis- en verblijfkosten, en de kosten die van door hen voorgedragen getuigen en/of deskundigen, zijn voor rekening van de betrokken partij.

(lid 2) In afwijking van artikel 15 eerste lid kan de Geschillencommissie evenwel in het bindend advies bepalen dat het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk wordt gerestitueerd. Daarnaast kan de Geschillencommissie in het bindend advies opnemen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld geheel of gedeeltelijk aan de consument dient te vergoeden, onder meer in het geval de consument geheel of grotendeels in het gelijk wordt gesteld.

(lid 3) Eveneens in afwijking van artikel 15 eerste lid kan de Geschillencommissie in het bindend advies bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade.³⁰

²⁹ Reglement Ombudsman Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018

³⁰ Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018

Bij de beschikbaarheid van de procedure zonder of tegen geringe kosten plaatsen we twee kanttekeningen (in het licht van de voorgaande twee hoofdstukken):

1. Allereerst merkten we al op dat verzekerden de procedure alleen in het Nederlands kunnen doorlopen. Bij het voorleggen van stukken in een andere taal dan het Nederlands zijn de kosten voor een beëdigd vertaler voor rekening van de verzekerde (zie hoofdstuk 1).³¹
2. Andere mogelijke bijkomende kosten voor de verzekerde zijn die van juridische bijstand (zie hoofdstuk 2).

Overigens overweegt de SKGZ momenteel om het entreegeld voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, à € 37, af te schaffen. Zij wil echter eerst onderzoeken wat de eventuele consequenties hiervan zijn, met als belangrijke vraag: leidt het afschaffen van een financiële drempel voor de gang naar de Geschillencommissie tot een toename van zaken waarin verzekerden de stap met de Ombudsman overslaan en/of zaken waarvoor de Geschillencommissie niet bedoeld is?

KORTOM

De SKGZ-procedure is kosteloos of tegen geringe vergoeding beschikbaar en voldoet daarmee aan het wettelijk vereiste daarover. In specifieke dossiers kunnen de kosten voor verzekerden echter hoger zijn. Het gaat dan om gevallen waarin vertalingen van de processtukken nodig zijn of waarin de verzekerde juridische bijstand nodig heeft. Het gaat hier om zeer beperkte aantallen. De SKGZ heeft adequaat toegelicht waarom een volledig Engelstalige procedure op dit moment (nog) niet haalbaar is. ■

³¹ Reglement Ombudsman, dd. 1 augustus 2018

4. Informatie-voorziening

De doeltreffendheid van de procedure heeft ook betrekking op de informatievoorziening vanuit de SKGZ richting betrokkenen: *bracht de SKGZ partijen bij een **geschil** op de hoogte zodra ze alle documenten met de relevante informatie had ontvangen?* Strikt genomen voldoet de SKGZ niet aan dit vereiste: ze informeert verzekerden niet specifiek over het compleet zijn van het dossier. Wel houdt ze partijen (verzekerde en zorgverzekeraar) goed op de hoogte over het dossier en het procedureverloop.

Het vereiste van het 'op de hoogte brengen van partijen als alle documenten met relevante informatie ontvangen zijn' is opgenomen in de Implementatiewet. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft in haar reglement bepaald dat ze een dossier direct na de hoorzitting als compleet beschouwt. Het leeuwendeel van de geschillen gaat namelijk over verstrekkingen. In deze geschillen draait het om de vraag of de zorgverzekering de door de verzekerde gemaakte kosten dekt. Bij dergelijke verstrekkingengeschillen brengt het Zorginstituut Nederland (ZiN) een voorlopig advies uit. Dit voorlopig advies ontvangen de partijen (verzekerde en verzekeraar) voorafgaand aan de hoorzitting. Tijdens de hoorzitting kunnen zij daarop reageren. Na het voorlopig advies en de hoorzitting volgt het definitieve advies van het ZiN, waarin het ZiN zo nodig nieuwe, door partijen ingebrachte zaken verwerkt. Feitelijk is het dossier pas compleet als dit definitieve ZiN-advies is toegevoegd.

De Geschillencommissie behandelt ook zaken waarin het *niet* om verstrekkingen gaat. In haar reglement heeft de Geschillencommissie bepaald dat zij voor zowel verstrekkingen- als niet-verstrekkingenzaken het dossier direct na de hoorzitting als compleet beschouwt (artikel 14, lid 1, zie het kader op de volgende pagina). De verzekerde krijgt geen specifiek bericht als het dossier voor de Geschillencommissie compleet is (dat gebeurt bij de Ombudsman overigens ook niet); het (niet)bindende advies van de Geschillencommissie volgt immers snel daarna. Bovendien ontvangen de partijen wel alle stukken die het dossier completeren.

Uit de reglementen Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 14 (lid 1): ' Gehoord het eventuele advies van het Zorginstituut Nederland als bedoeld in artikel 10, brengt de Geschillencommissie binnen 90 dagen nadat de hoorzitting heeft plaatsgevonden dan wel binnen 90 dagen nadat partijen op de voet van artikel 11, derde lid, aan de Geschillencommissie kenbaar hebben gemaakt niet in persoon of telefonisch te willen worden gehoord, haar bindend advies uit.

Indien de ziektekostenverzekeraar vooraf niet schriftelijk heeft ingestemd met bindende advisering dan wel de consument heeft verklaard prijs te stellen op een niet-bindend advies, brengt de Geschillencommissie voor zover het geschil ziet op een ziektekostenverzekering een niet-bindend advies uit binnen de hiervoor genoemde termijnen. Deze termijnen kunnen door de Geschillencommissie worden verlengd, in welk geval partijen hiervan schriftelijk in kennis worden gesteld.³²

Wanneer we in de geest van dit artikel redeneren, dan gaat het om het goed op de hoogte houden van betrokkenen bij een zaak. De KTO's binnen de SKGZ bieden daarin enig inzicht. Van de verzekerden die te maken hebben gehad met de Ombudsman Zorgverzekeringen geeft 81% (2017) dan wel 87% (2018) aan goed op de hoogte te zijn gehouden van de voortgang van de zaak. (zie tabel 4.1 in bijlage III). Voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen liggen die percentages lager: zowel in 2017 als in 2018 geeft 74% aan dat zij goed op de hoogte is gehouden over de voortgang van de zaak (zie tabel 4.1 in bijlage III).

Ook in de enquêtes die de SKGZ jaarlijks afneemt onder de zorgverzekeraars komt terug dat zij de tijdigheid en duidelijke vraagstelling in brieven van de SKGZ waarderen.³³

KORTOM

Het dossier bij geschillen is in de meeste gevallen compleet nadat het definitieve advies van het Zorginstituut Nederland daaraan is toegevoegd. De SKGZ stuurt geen standaardbrief over het compleet zijn van het dossier. Wel krijgen verzekerden bericht als het definitieve advies van het ZiN beschikbaar is dan wel dat het voorlopig ZiN-advies wordt omgezet naar een definitief advies. Strikt genomen voldoet de SKGZ daarmee niet aan het vereiste om de verzekerde bij een geschil op de hoogte te stellen over het compleet zijn van het dossier. Tussentijds ontvangen partijen wel alle dossierstukken.

Als we breder naar informatievoorziening kijken, dan blijkt uit de KTO's dat circa driekwart (Geschillencommissie) tot 81-87% (Ombudsman) van de ondervraagden aangeeft goed op de hoogte te zijn gehouden van de behandeling van de zaak. ■

³² Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018

³³ Enquête SKGZ zorg- en ziektekostenverzekeraars 2017

5. Doorlooptijd

De laatste vraag gaat over de doorlooptijd van de SKGZ-procedure: *stelde de SKGZ de uitkomst van de procedure beschikbaar binnen een termijn van 90 kalenderdagen vanaf de datum waarop ze het volledige dossier van de klacht had ontvangen? In het geval van zeer complexe geschillen: heeft de SKGZ de partijen tijdig geïnformeerd over een verlenging van 90 kalenderdagen en van de tijd die naar verwachting nodig was om het geschil beëindigen?* We constateren dat de Ombudsman 81-91 procent van de klachten binnen 90 dagen afhandelt. De Geschillencommissie behaalt deze 90 dagen termijn, gerekend van het moment van de hoorzitting, in 90-96 procent van de gevallen. De SKGZ informeert de partijen tijdig als er verlenging nodig is.

De Implementatiewet maakt geen onderscheid tussen de Ombudsman en de Geschillencommissie. In hun reglementen hebben beide onderdelen de doorlooptijd vastgesteld op 90 dagen. De doorlooptijd start vanaf het moment dat de laatste informatie is toegevoegd aan het dossier. De Ombudsman en Geschillencommissie kunnen deze termijn van 90 dagen zo nodig verlengen (zie onderstaand kader). Overigens streeft de SKGZ voor haar Ombudsman naar een doorlooptijd van 56 dagen.

Uit de reglementen

Ombudsman Zorgverzekeringen

Artikel 8 (lid 1): De bevindingen van de Ombudsman worden de consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar schriftelijk medegedeeld en wel zo spoedig mogelijk na ontvangst en beoordeling van de klacht dan wel binnen 90 dagen nadat tussen partijen ten overstaan van de Ombudsman de laatst ontvangen stukken zijn gewisseld dan wel nadat de Ombudsman met partijen in persoon heeft overlegd, dan wel, in voorkomend geval, nadat de Ombudsman advies van (een) deskundige(n) heeft ingewonnen en partijen zich hierover al dan niet hebben mogen uitlaten. Deze termijnen kunnen door de Ombudsman worden verlengd, in welk geval de betrokken partij of partijen hiervan schriftelijk in kennis wordt gesteld. [...] De consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar worden schriftelijk van de bevindingen van de Ombudsman op de hoogte gebracht. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.³⁴

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 14 (lid 1): Gehoord het eventuele advies van het Zorginstituut Nederland als bedoeld in artikel 10, brengt de Geschillencommissie binnen 90 dagen nadat de hoorzitting heeft plaatsgevonden dan wel binnen 90 dagen nadat partijen op de voet van artikel 11, derde lid, aan de Geschillencommissie kenbaar hebben gemaakt niet in persoon of telefonisch te willen worden gehoord, haar bindend advies uit. Indien de ziektekostenverzekeraar vooraf niet schriftelijk heeft ingestemd met bindende advisering dan wel de consument heeft verklaard prijs te stellen op een niet-bindend advies, brengt de Geschillencommissie voor zover het geschil ziet op een ziektekostenverzekering een niet-bindend advies uit binnen de hiervoor genoemde termijnen. Deze termijnen kunnen door de Geschillencommissie worden verlengd, in welk geval partijen hiervan schriftelijk in kennis worden gesteld.³⁵

³⁴ Reglement Ombudsman Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018

³⁵ Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018

In de evaluatie van de SKGZ-procedure 2013-2016 stelden we voor bij de doorlooptijden meer uit te gaan van de beleving van consumenten, *naast* de formele richtlijnen.³⁶ De SKGZ ontwikkelde daarom de Consumenten Doorlooptijd Index (CDI), die focust op de doorlooptijd vanuit het perspectief van de verzekerde.³⁷ Deze index geeft het gemiddelde aantal dagen weer tussen het eerste contactmoment dat de verzekerde met de SKGZ heeft (start fase algemeen / intake) tot het laatste contactmoment (einde geschilfase met de uitspraak van de geschillencommissie) in de procedure. De CDI is onderdeel van maandelijkse managementrapportage.

Verder maakt de SKGZ aantoonbaar werk van het zo kort mogelijk houden van de doorlooptijden, getuige ook het 'ineenschuiven' van de secretariaats- en Ombudsfase bij eerste contacten van een verzekerde met de SKGZ. Dit werkt verkortend als er geen werkvoorraad is; dergelijke werkvoorraad is er in de praktijk nog wel.³⁸

OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN

We hebben de doorlooptijden berekend met behulp van gegevens uit het registratiesysteem C3. In het reglement van de Ombudsman Zorgverzekeringen staat dat de doorlooptijd start op het moment dat 'de laatst ontvangen stukken zijn gewisseld', 'met partijen in persoon is overlegd' of na advies van een deskundige en de eventuele reacties van partijen daarop. Op die momenten is het dossier compleet. De SKGZ registreert dit moment echter niet in C3. Voor de berekening van de doorlooptijden hanteren we daarom een ander startpunt, namelijk het moment waarop de klacht bij de SKGZ binnenkomt. Onze berekening gaat daarmee uit van een iets ruimere periode dan de wettelijke aangeduide periode.

Tabel 5.1 vermeldt de doorlooptijden voor de Ombudsman Zorgverzekeringen. Naast de wettelijk vastgestelde doorlooptijd van 90 dagen en de verlengde wettelijke doorlooptijd (180 dagen), hebben we ook de interne richtlijn van 56 dagen opgenomen. Het jaar waarin de verzekerde het eerste contact opnam met de SKGZ is het jaar waarop de klacht of het geschil is geboekt in het systeem.

Tabel 5.1 Gemiddelde doorlooptijden **Ombudsman** o.b.v. gegevens uit het registratiesysteem C3

Jaar start klacht (aantal)	Aantal dagen tussen aanvang en einde klacht	Jaar start klacht (aantal)	Aantal dagen tussen aanvang en einde klacht
2017 (n = 1.665)	42 dg (SD: 42 dg)	2018 (n = 1.571)	50 dg (SD: 49 dg)
Min/max	0 / 575	Min/max	0 / 428
% < 56 dg	77% (n = 1.277)	% < 56dg	67% (n = 1.057)
% < 90 dg	91% (n = 1.514)	% < 90 dg	81% (n = 1.352)
% < 180 dg	99% (n = 1.641)	% < 180 dg	98% (n = 1.532)

De SD is de standaarddeviatie en toont 'de gemiddelde afwijking van het gemiddelde'. Hoe groter de standaarddeviatie, hoe groter de variatie in doorlooptijden. Min = minimum aantal dagen, max = maximum aantal dagen doorlooptijd. Deze cijfers

³⁶ USBO advies (Januari 2018), *Evaluatie SKGZ-procedure 2013-2016. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)*, eindrapport, Utrecht.

³⁷ Jaarverslag 2018, p. 20.

³⁸ Gesprek met betrokkenen binnen SKGZ

geven reikwijdte in de doorlooptijden weer. n = het aantal klachten waarbij het tot een afronding kwam, inclusief klachten die – na overweging – niet in behandeling werden genomen.

In 2017 en 2018 handelt de Ombudsman respectievelijk 91% en 81% van de zaken binnen 90 dagen af. In de verlengde doorlooptijd (180 dagen) handelt de Ombudsman 98% of meer van de klachten af. In 2017 is de doorlooptijd gemiddeld acht dagen lager dan in 2018. In periode 2013-2016 was de doorlooptijd, voor de hele periode, gemiddeld 62 dagen. De gemiddelde doorlooptijd is voor de jaren 2017 en 2018 beduidend lager. Deze verkorting van de doorlooptijd lijkt al ingezet in 2016 (toen de doorlooptijd gemiddeld 43 dagen was).

Met het oog op de genoemde CDI en de overgangsfase in de evaluatieperiode (met het ineens schuiven van de secretariaats- en Ombudsfase in mei 2018), is een deel van de doorlooptijd die voorheen gekoppeld was aan de secretariaatsfase nu onderdeel van de Ombudsfase. Dit sluit aan bij de CDI: verzekerden maken geen onderscheid tussen het eerste contact met het secretariaat en de overgang naar het Ombudsteam. De SKGZ is voornemens om de doorlooptijden van de secretariaats- en Ombudsfase daarom samen te nemen bij de berekening van de doorlooptijd van de Ombudsman. In C3 worden beide fases nog apart geregistreerd.

We merken voor de volledigheid op dat de secretariaatsfase in 2017 gemiddeld 19 dagen ($n = 1.665$) bedroeg; voor 2018 was dit gemiddeld 27 dagen ($n = 1.571$). In de nieuw ingerichte organisatieprocessen dient dit aantal dagen opgeteld te worden bij de doorlooptijden van de Ombudsman (zoals weergegeven in tabel 5.1).

GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

De doorlooptijden voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn opgenomen in tabel 5.2 (zie volgende pagina). In hoofdstuk 4 gaven we aan dat de SKGZ het moment van de hoorzitting beschouwt als het tijdstip waarop het dossier compleet is. De hoorzitting geldt daarom als startpunt van de doorlooptijd (zie de rechterkolom in tabel 5.2).

In onderstaande tabel laten we ook de doorlooptijden zien vanaf de betaling van het entreegeld tot aan het einde van het geschil (zie de linker kolom in tabel 5.2) en de doorlooptijd tussen de aanvang van het geschil en het einde van het geschil (middelste kolom)³⁹. Deze laatste doorlooptijd geeft namelijk aan hoe lang een verzekerde binnen een geschil daadwerkelijk met de SKGZ te maken heeft. De verzekerde wisselt immers vóór de hoorzitting al informatie uit met de SKGZ. Deze informatie sluit daarom aan bij de CDI van de SKGZ. In onze bevindingen behandelen we zowel de wettelijke termijn die formeel start bij de hoorzitting, als ook de doorlooptijd vanuit de optiek van de verzekerde.

³⁹ Na de vorige evaluatie van de SKGZ-procedure (voor de periode 2013-2016) neemt de SKGZ de aanvang van het geschil (het eerste moment dat een verzekerde contact zoekt met de Geschillencommissie Zorgverzekeringen – nog vóór het betalen van het entreegeld) als uitgangspunt voor het berekenen van haar doorlooptijden, terwijl dit voorheen de datum van de hoorzitting was.

Tabel 5.2 Gemiddelde doorlooptijden **Geschillencommissie** o.b.v. gegevens uit het registratiesysteem C3⁴⁰

Jaar start geschil (aantal)	Aantal dagen tussen betaling entreegeld en einde geschil	Aantal dagen tussen aanvang en einde geschil	Aantal dagen tussen hoorzitting en einde geschil
2017	156 dg (SD: 79 dg) (n = 378)	166 dg (SD: 81 dg) (n = 378)	35 dg (SD: 40 dg) ¹ (n = 310) ²
Min/max	0 dg / 527dg	0 dg / 533 dg	0 dag / 329 dg
% < 90 dg	15% (n = 57)	13% (n = 49)	90% (n = 279)
% < 180 dg	68% (n = 258)	63% (n = 238)	98% (n = 305)
2018	131 dg (SD: 69 dg) (n = 247)	144 dg (SD: 65 dg) (n = 207)	26 dg (SD: 28 dg) (n = 169) ³
Min/max	0 dg / 391 dg	0 dg / 393 dg	0 dag / 217 dg
% < 90 dg	26% (n = 63)	19% (n = 39)	96% (n = 162)
% < 180 dg	84% (n = 208)	77% (n = 159)	99% (n = 168)

Toelichting tabel:

De SD is de standaarddeviatie en toont 'de gemiddelde afwijking van het gemiddelde'. Hoe groter de standaarddeviatie, hoe groter de variatie in doorlooptijden. Min = minimum aantal dagen, max = maximum aantal dagen doorlooptijd. Deze cijfers geven reikwijdte in de doorlooptijden weer. n = het aantal geschillen waarbij het tot een afronding kwam (waarvoor een datum 'einde geschil' bekend is).

¹ Drie dossiers zijn niet meegenomen in de analyse, omdat het aantal dagen tussen de hoorzitting en het einde van het geschil tot een negatief getal leidde. ² Dit aantal ligt lager, omdat bij een aantal geschillen geen hoorzitting heeft plaatsgevonden. Bij meerdere data voor een hoorzittingen is gerekend met de datum van de laatste hoorzitting. ³ Voor 24 dossiers was de hoorzitting al geweest, maar nog geen einddatum beschikbaar; voor zes dossiers was de datum van de hoorzitting ná de datum van het einde van het geschil. Deze dossiers zijn buiten beschouwing gelaten in dit aantal en de analyse.

Als we kijken naar de formele doorlooptijd (rechterkolom tabel 5.2), dan we zien dat de Geschillencommissie er in slaagt een groot percentage van de geschillen binnen 90 dagen af te handelen, met gemiddeld 35 (2017) en 26 (2018) dagen doorlooptijd. Binnen de verlengde looptijd (van 180 dagen) rondt de Geschillencommissie 98-99% van de geschillen af. In periode 2013-2016 was deze doorlooptijd gemiddeld 29 dagen. In 2017 is de gemiddelde doorlooptijd met 35 dagen beduidend hoger, terwijl deze in 2018 (met 26 dagen) juist weer onder het gemiddelde van de voorgaande periode ligt.

Als we kijken naar de doorlooptijd vanuit het CDI, dan verandert dit beeld (middelste kolom tabel 5.2). Met het oog op de CDI verantwoordt de SKGZ vanaf 2017 de doorlooptijd op basis van het aantal dagen tussen de ontvangst van een verzoek (aanvang geschil) en het einde van het geschil. Deze berekeningswijze sluit beter aan bij de beleving van de verzekerde.⁴¹ In dat geval handelt de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een geschil in respectievelijk 63% (2017) en 77% (2018) binnen 180 dagen af. Dat betekent dat in 2017-2018 bijna een derde van de geschillen een doorlooptijd heeft van meer dan 180 dagen.

⁴⁰ Overigens wordt in het registratiesysteem C3 ook bijgehouden wanneer een geschil aanvangt en eindigt. Voor 2017 bedraagt dit aantal dagen gemiddeld 166 (SD: 81); voor 2018 ligt het gemiddeld aantal dagen tussen de aanvang en het einde van een geschil op 144 (SD: 65).

⁴¹ SKGZ Jaarverslag 2017, p 24

KORTOM

De Ombudsman Zorgverzekeringen handelt in 2017 en 2018 respectievelijk 91 procent en 81 procent van de zaken binnen 90 dagen af. Daarbij is nog *geen* rekening gehouden met de doorlooptijd van de secretariaatsfase, die in 2018 organisatorisch onderdeel is geworden van de Ombudsfase.

Voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen geldt, met de nieuwe berekeningswijze die meer aansluit bij de beleving van de verzekerde, dat zij in de periode 2017-2018 68% van de geschillen binnen 180 dagen afhandelde. Dit betekent dat bijna een derde van de geschillen een doorlooptijd heeft die deze verlengde wettelijke termijn overschrijdt. In de kwalitatieve informatie in de KTO's merken respondenten in enkele gevallen inderdaad op dat ze de procedure behoorlijk lang vinden.⁴² ■

⁴² Kwalitatieve info KTO 2017-4 en 2018-1 Geschillenteam



Deel III: Afsluitend





Conclusies & aanbevelingen

De SKGZ-procedure is grotendeels doeltreffend, als we deze beoordelen aan de hand van de criteria die gelden voor instanties voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting. De organisatie heeft goed zicht op het verloop van haar procedure en verbetert haar processen continu, getuige onder andere de vereenvoudigde communicatie door de Ombudsman Zorgverzekeringen en de wijze waarop aandachtspunten uit de voorgaande evaluatie van de procedure (2013-2016) zijn opgepakt.

CONCLUSIES

Op basis van onze evaluatie concluderen we dat de SKGZ-procedure grotendeels doeltreffend invulling krijgt, met uitstekende mogelijkheden om een klacht zowel online als offline kenbaar te maken, lage of geen kosten, alle mogelijkheid voor juridische bijstand of machtiging voor de verzekerde en een transparante procedure. Het hanteren van een gewijzigde, meer vanuit de beleving van de verzekerde opgezette rekenmethode van de doorlooptijden laat wel zien dat de doorlooptijden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen relatief lang zijn. Hierna werken we samenvattend de meer specifieke conclusies uit.

1. **Beschikbaarheid en toegankelijkheid.** De SKGZ-procedure is online en offline goed vindbaar. De procedure biedt uitstekende mogelijkheden voor zowel het online als offline indienen van een klacht en is breed toegankelijk. De inspanningen van de Ombudsman voor meer begrijpelijke communicatie dragen daaraan bij. De meerderheid van de verzekerden die de SKGZ weet te vinden is hoogopgeleid.
2. **Juridische bijstand.** Verzekerden hebben voldoende ruimte om de procedure zonder juridische bijstand te doorlopen en om op elk gewenst moment alsnog bijstand in te roepen. Eventuele kosten voor juridische bijstand zijn voor rekening van de verzekerde. In de praktijk maken weinig verzekerden gebruik van een juridisch adviseur.
3. **Kosten.** De SKGZ-procedure is kosteloos (Ombudsman) of tegen geringe vergoeding beschikbaar (Geschillencommissie) en voldoet daarmee aan het wettelijke vereiste daaromtrent. In een enkel geval zijn de kosten voor een verzekerde hoger, namelijk

bij de vertaling van processtukken en/of voor juridische bijstand. Deze kosten komen voor rekening van de verzekerde.

4. **Informatievoorziening.** Strikt genomen voldoet de SKGZ niet aan het vereiste om de verzekerde bij een geschil op de hoogte te stellen als het dossier compleet is. Reden daarvoor is dat het dossier in de meeste gevallen pas na de hoorzitting bij de Geschillencommissie compleet is, als het definitieve advies van het Zorginstituut Nederland wordt toegevoegd. De SKGZ acht het informeren van de verzekerde in die gevallen niet meer opportuun. Snel daarna volgt namelijk het (niet-)bindende advies. Een ruime meerderheid van de verzekerden is tevreden over de informatievoorziening door de SKGZ.

5. **Doorlooptijd.** De Ombudsman Zorgverzekeringen handelt in 2017 en 2018 respectievelijk 91 procent en 81 procent van de zaken af binnen de wettelijke termijn (90 dagen). Daarbij is echter nog geen rekening gehouden met de secretariaatsfase (van gemiddeld 23 dagen voor de periode 2017-2018) die daaraan vooraf gaat en die sinds 2018 organisatorisch is ondergebracht binnen de Ombudsman. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen handelt in 2017 en 2018 respectievelijk 90 procent en 96 procent van de zaken af binnen de wettelijke termijn (90 dagen), gerekend vanaf de hoorzitting. Deze doorlooptijd is beduidend langer als wordt uitgegaan van de door de SKGZ geïntroduceerde nieuwe rekenmethode (CDI) – die redeneert vanuit de verzekerde en start met tellen vanaf de aanvang van het geschil. In dat geval is 68% van de geschillen korter dan 180 dagen. Dat betekent dat bijna een derde van de geschillen niet binnen de (verlengde) wettelijke termijn van 180 dagen is afgerond.

AANBEVELINGEN

De SKGZ vult haar procedure op een professionele en zorgvuldige wijze doeltreffend in. Zij voldoet daarmee voor een groot deel aan de wettelijke vereisten. Hierna formuleren we twee suggesties voor verdere verbetering van de SKGZ-procedure. De suggesties zijn gericht op het verder vergroten van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de procedure en op de doorlooptijden.

(A) Zet in op het verder toegankelijk maken van de informatievoorziening via de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

De inspanningen van de Ombudsman Zorgverzekeringen voor het toegankelijker maken van haar communicatie met verzekerden lijken hun vruchten af te werpen. Het percentage respondenten dat aangeeft de communicatie met de Ombudsman (brieven) duidelijk te vinden is toegenomen; deze toename zien we (nog) niet bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De kwalitatieve uitkomsten uit de KTO's ondersteunen dit verschil. Hoewel het werk van de Geschillencommissie een meer juridisch karakter heeft en dat de verdere vereenvoudiging van brieven of (bindende) adviezen voor verzekerden lastig(er) kan maken, lijkt er wel degelijk ruimte voor

verbetering. Eerste stappen zijn in 2019 gezet met het vereenvoudigen van de adviezen en het toevoegen van een samenvattende leeswijzer.

Wij ondersteunen deze ontwikkeling en bevelen aan om als Geschillencommissie Zorgverzekeringen verder te investeren in de vereenvoudiging van de communicatie. Een concrete suggestie in dit kader is om de leeswijzer die nu wordt bijgevoegd bij de publicatie van adviezen standaard op te nemen in de communicatie over het advies met verzekerden.

(B) Onderzoek mogelijkheden voor het verkorten van de doorlooptijden, vanuit het perspectief van de verzekerde

De SKGZ werkt vanaf 2017 met de door haarzelf ontwikkelde Consumenten Doorlooptijd Index (CDI). De CDI focust op de doorlooptijd vanuit het perspectief van de verzekerde. Deze omschakeling moedigen we van harte aan; het invoeren ervan laat zien dat de SKGZ aandacht heeft voor de verdere optimalisatie van haar procedure.

De aan de CDI gekoppelde rekenmethode van doorlooptijden is nuttig, omdat zij toont dat deze doorlooptijd in de praktijk geregeld langer is dan de wettelijke 90/180 dagen. De doorlooptijden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen vragen op dit punt aandacht. In verband met werkvoorraden is bovendien nog onduidelijk of de organisatorische wijziging (van het ineen schuiven van de secretariaats- en Ombudsfase) bijdraagt aan de verkorting van doorlooptijden bij de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Wij adviseren de SKGZ om zowel op organisatieniveau als op dossierniveau te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor het verlagen van de doorlooptijd (CDI), uiteraard zonder dat dit ten koste gaat van juridische zorgvuldigheid.

Een aandachtspunt dat ook in de vorige evaluatie naar voren kwam, is het specifiek aanspreken van doelgroepen die de SKGZ nu minder lijken te bereiken, zoals laagopgeleiden. Het actievere gebruik van *social media* in de afgelopen twee jaar kan daaraan al bijdragen. Meer uitwisseling met de in huis zijnde Zorgverzekeringslijn kan ook helpen, vanwege haar contacten met verschillende specifieke doelgroepen.

Doeltreffend opereren vraagt om constant onderhoud van de procedure. Het vraagt ook om het steeds aanpassen van de organisatie om de procedure verder te optimaliseren. De SKGZ heeft in de afgelopen twee jaar laten zien hier actief mee bezig te zijn. We hopen dat het de SKGZ lukt om die aandacht voor het onderhoud en optimaliseren van de procedure vast te houden. ■



Bijlage I

Bronnenonderzoek

Voor de evaluatie is gebruik gemaakt van de volgende bronnen en documenten:

- Klanttevredenheidsonderzoeken (KTO's) onder verzekerden die een zaak hebben ingebracht bij de SKGZ in de periode 2017-2018:
 - Rapportages KTO's 2017;
 - Rapportages KTO's 2018;
- Klanttevredenheidsonderzoek onder zorgverzekeraars 2017;
- Klanttevredenheidsonderzoek onder zorgverzekeraars 2018;
- Reglement van De Ombudsman Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018;
- Reglement van De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 1 augustus 2018;
- De website van de SKGZ;
- De websites van de 41 bij de SKGZ aangesloten zorgverzekeraars;
- SKGZ-jaarverslag 2017;
- SKGZ-jaarverslag 2018;
- Registraties uit het interne systeem van SKGZ voor de jaren 2017 en 2018 (C3). ■



Bijlage II

Aangesloten organisaties

De volgende organisaties zijn aangesloten bij de SKGZ: 'Het betreft alle in Nederland actieve zorgverzekeraars. In het overzicht worden tevens de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens één of meerdere zorgverzekeraars.'⁴³

- | | |
|--|---|
| 1. Achmea Zorgverzekeringen N.V. | 24. N.V. Univé Zorg |
| 2. Aevitae B.V. / Aevitae Schadeverzekeringen B.V. | 25. N.V. Zorgverzekeraar UMC |
| 3. Anderzorg N.V. | 26. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. |
| 4. ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. | 27. OHRA Zorgverzekeringen N.V. |
| 5. ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. | 28. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar U.A. |
| 6. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. | 29. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. |
| 7. Caresco B.V. | 30. Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. |
| 8. CAK Volmacht B.V. | 31. Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. |
| 9. De Friesland Zorgverzekeraar N.V. | 32. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. |
| 10. Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. / Centrale Ziektekostenverzekeringen NZV N.V. | 33. OOM Global Care N.V. |
| 11. Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. | 34. Vereniging PNOzorg |
| 12. Eno Zorgverzekeraar N.V. | 35. Stad Holland Zorgverzekeraar Onderlinge Waarborgmaatschappij U.A. |
| 13. FBTO Zorgverzekeringen N.V. | 36. Stichting Promovendum |
| 14. IAK Verzekeringen B.V. / Aon Meeùs Assurantiën B.V. | 37. Turien & Co. Assuradeuren B.V. |
| 15. Interpolis Zorgverzekeringen N.V. | 38. VGZ Zorgverzekeraar N.V. |
| 16. IptiQ Life S.A. | 39. VPZ Assuradeuren B.V. |
| 17. IZA Zorgverzekeraar N.V. | 40. VvAA schadeverzekeringen N.V. |
| 18. IZZ Zorgverzekeraar N.V. / Stichting IZZ | 41. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. |
| 19. Kettlitz Wulfse Volmachten B.V. / VB Insurance Services B.V. | |
| 20. Menzis N.V. | |
| 21. Menzis Zorgverzekeraar N.V. | |
| 22. Nedasco B.V. | |
| 23. National Academic Verzekeringsmaatschappij N.V. / Stichting National Academic | |

⁴³ SKGZ-Jaarverslag 2018, p. 34



Bijlage III

Tabellen

Tabel 1.1 Percentage respondenten dat brieven of e-mails van de **Ombudsman Zorgverzekeringen** *onduidelijk* vindt.⁴⁴

Jaar (maand)	Brieven Ombudsman	E-mails Ombudsman	Jaar (maand)	Brieven Ombudsman	E-mails Ombudsman
2017 (1)	3% (n = 33)	0% (n = 28)	2018 (1)	6,1% (n = 33)	8,3% (n = 24)
2017 (2)	12,8% (n = 39)	9,7% (n = 31)	2018 (2)	6,4% (n = 47)	6,9% (n = 29)
2017 (3)	11,1% (n = 45)	13,5% (n = 37)	2018 (3)	12,1% (n = 33)	9,4% (n = 32)
2017 (4)	6,4% (n = 31)	6,4% (n = 31)	2018 (4)	6,5% (n = 31)	8,3% (n = 24)
2017 (5)	8,6% (n = 35)	8,3% (n = 24)	2018 (5)	8,6% (n = 35)	0% (n = 30)
2017 (6)	10,2% (n = 39)	9,4% (n = 32)	2018 (6)	0% (n = 24)	0% (n = 19)
2017 (7)	4,8% (n = 42)	3,7% (n = 27)	2018 (7)	9,7% (n = 31)	0% (n = 20)
2017 (8)	11,4% (n = 35)	9,1% (n = 22)	2018 (8)	6,1% (n = 33)	10,7% (n = 28)
2017 (9)	3% (n = 33)	0% (n = 19)	2018 (9)	6,5% (n = 31)	4,0% (n = 25)
2017 (10)	7,3% (n = 41)	9,1% (n = 33)	2018 (10)	6,7% (n = 30)	0% (n = 24)
2017 (11)	13,9% (n = 36)	7,4% (n = 27)	2018 (11)	4,7% (n = 43)	6,7% (n = 30)
2017 (12)	2,7% (n = 37)	3,7% (n = 27)	2018 (12)	3,0% (n = 33)	0% (n = 28)
Heel 2017	8,1% (n = 446)	7,1% (n = 338)	Heel 2018	6,5% (n = 404)	4,8% (n = 313)

Tabel 1.2 Percentage respondenten in KTO's dat brieven of e-mails van de **Geschillencommissie Zorgverzekeringen** *onduidelijk* vindt⁴⁵

Jaar	Brieven Geschillencommissie	E-mails Geschillencommissie	Jaar	Brieven Geschillencommissie	E-mails Geschillencommissie
2017 (1)	3,8% (n = 26)	7,6% (n = 26)	2018 (1)	-	7,4% (n = 27)
2017 (2)	8,3% (n = 24)	3,3% (n = 30)	2018 (2)	11,5% (n = 26)	10,5% (n = 19)
2017 (3)	15,4 (n = 13)	5,0% (n = 20)	2018 (3)	21,4% (n = 14)	27,3% (n = 11)
2017 (4)	23,5% (n = 17)	13,3% (n = 15)	2018 (4)	20,7% (n = 29)	8,0% (n = 25)

⁴⁴ Percentage respondenten in KTO's dat 'helemaal mee oneens' of 'mee oneens' heeft geantwoord op de stelling: 'De brieven/e-mails van de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn duidelijk'

⁴⁵ Percentage respondenten in KTO's dat 'helemaal mee oneens' of 'mee oneens' heeft geantwoord op de stelling: 'De brieven/e-mails van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn duidelijk'

Tabel 1.3 Percentage respondenten in KTO's dat telefonisch contact had met Ombudsman⁴⁶

Jaar	%	n	Jaar	%	n
2017 (1)	70,4%	n = 44	2018 (1)	71,4%	n = 35
2017 (2)	75,0%	n = 48	2018 (2)	74,5%	n = 51
2017 (3)	75,8%	n = 62	2018 (3)	78,1%	n = 41
2017 (4)	72,5%	n = 40	2018 (4)	70,3%	n = 37
2017 (5)	80,9%	n = 42	2018 (5)	76,7%	n = 43
2017 (6)	66,0%	n = 47	2018 (6)	80,8%	n = 26
2017 (7)	76,8%	n = 43	2018 (7)	82,7%	n = 35
2017 (8)	71,8%	n = 39	2018 (8)	94,9%	n = 39
2017 (9)	74,3%	n = 39	2018 (9)	92,1%	n = 38
2017 (10)	73,9%	n = 46	2018 (10)	84,9%	n = 33
2017 (11)	65,1%	n = 43	2018 (11)	75,5%	n = 49
2017 (12)	85,7%	n = 42	2018 (12)	89,2%	n = 37
Totaal 2017	74%	n = 535	Totaal 2018	81%	n = 464

Tabel 1.4 Achtergrond respondenten van KTO's: geboorteland en opleidingsniveau

Jaar	Geboorteland: NL		Hoogopgeleid (VWO/HBO/WO)		Jaar	Geboorteland: NL		Hoogopgeleid (VWO/HBO/WO)	
	%	n	%	n		%	n	%	n
2017 (1)	88,4%	43	57,2%	42	2018 (1)	87,9%	33	62,5%	32
2017 (2)	79,6%	44	39,5%	43	2018 (2)	93,5%	46	58,3%	48
2017 (3)	82,7%	52	66,7%	54	2018 (3)	91,7%	36	54,1	37
2017 (4)	91,9%	37	54,1%	37	2018 (4)	94,3%	35	48,6%	35
2017 (5)	89,2%	37	55,3%	38	2018 (5)	94,4%	36	54,1%	37
2017 (6)	88,4%	43	52,3%	44	2018 (6)	83,3%	24	50%	24
2017 (7)	88,1%	42	50%	42	2018 (7)	78,6%	28	69%	29
2017 (8)	97,2%	36	52,8%	36	2018 (8)	91,2%	34	50%	32
2017 (9)	88,9%	36	50%	36	2018 (9)	97,1%	35	51,5%	33
2017 (10)	92,7%	41	69%	42	2018 (10)	90,3%	31	60,6%	33
2017 (11)	92,3%	39	61%	41	2018 (11)	91,3%	46	54,4%	46
2017 (12)	89,7%	39	47,4%	38	2018 (12)	88,9%	36	52,8%	36
TOTAAL	88,5%	489	55,1%	493	TOTAAL	90,7%	420	55,5%	422

⁴⁶ Superscript jaartallen: 1= (gedeeltelijk) tegemoet gekomen, 2 = lopende procedure opgelost, 3= standpunt zorgverzekeraar gehandhaafd, 4 = niet bemiddeld.

Tabel 4.1 Percentage respondenten in KTO's dat bevestigend antwoord (antwoordopties: ja/nee) op de vragen (1) 'Heeft de **Ombudsman Zorgverzekeringen** goed uitgelegd hoe het resultaat van de bemiddeling tot stand is gekomen?' of, in het geval van geen mogelijkheden voor bemiddeling 'Heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen goed uitgelegd waarom in uw zaak niet is bemiddeld?' en (2) 'De behandeling van een zaak kost tijd. Vindt u dat u goed op de hoogte bent gehouden van de voortgang in uw zaak?'

Jaar (maand)	Ombudsman		Ombudsman	
	(1) Goede uitleg over totstandkoming resultaat bemiddeling of afweging voor <u>niet</u> bemiddelen	<i>n</i>	(2) Goed op de hoogte gehouden van de voortgang van de zaak	<i>n</i>
2017 (1)	78,6%	42	78,6	42
2017 (2)	71,4%	42	83,4	42
2017 (3)	73,6%	53	73,6	53
2017 (4)	75,1%	29	73,9	29
2017 (5)	81,1%	37	83,8	37
2017 (6)	70,7%	41	85,4	41
2017 (7)	79,5%	39	84,2	39
2017 (8)	79,4%	34	76,5	34
2017 (9)	83,3%	36	86,1	36
2017 (10)	74,4%	39	87,2	39
2017 (11)	65,8%	38	76,3	38
2017 (12)	81,3%	46	83,8	46
TOTAAL	76,1%	476	80,6%	476
2018 (1)	72,7%	33	84,9%	33
2018 (2)	-	-	-	-
2018 (3)	71,1%	38	89,2%	37
2018 (4)	86,1%	36	83,3%	36
2018 (5)	80,5%	41	87,8%	41
2018 (6)	76,9%	26	92,0%	25
2018 (7)	87,1%	31	80,7%	31
2018 (8)	72,2%	36	72,2%	36
2018 (9)	91,4%	35	77,1%	35
2018 (10)	81,8%	33	93,9%	33
2018 (11)	89,4%	47	95,7%	47
2018 (12)	83,3%	36	97,2%	36
TOTAAL	81,4%	392	86,9%	390

Tabel 4.2 Percentage respondentent in KTO's dat bevestigend antwoordt (antwoordopties: ja/nee) op de vragen (1) 'Heeft de **Geschillencommissie Zorgverzekeringen** goed uitgelegd hoe ze tot het oordeel is gekomen?' en (2) 'De behandeling van een zaak kost tijd. Vindt u dat u goed op de hoogte bent gehouden van de voortgang in uw zaak?'

Jaar (kwartaal)	Geschillencommissie		Geschillencommissie	
	Goede uitleg over totstandkoming oordeel	<i>n</i>	Goed op de hoogte gehouden van de voortgang van de zaak	<i>n</i>
2017 (1)	53,4	15	100%	6
2017 (2)	66,7%	12	83,3%	6
2017 (3)	63,7%	11	100%	3
2017 (4)	50,0%	22	37,5%	8
TOTAAL	56,7%	60	73,9%	23
2018 (1)	69,0%	29	89,7%	29
2018 (2)	48,5%	33	73,3%	30
2018 (3)	60%	20	52,6%	19
2018 (4)	56,7%	30	73,3%	30
TOTAAL	58,1%	112	74,1%	108



