



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

Jaarverslag 2017

'Bouwen aan vertrouwen'
mr. R.P. van Marwijk Kooy

Feiten en cijfers over
klachten en geschillen

'Naar een houdbaar
stelsel van
zorgverzekeringen'
prof. mr. A.I.M. van Mierlo

Zorgverzekeringslijn
over wanbetalers &
onverzekerden

Onpartijdig en deskundig.





Inhoud

13	'Bouwen aan vertrouwen' mr. R.P. van Marwijk Kooy	
16	Klachten en geschillen in 2017 Feiten en cijfers	
25	'Naar een houdbaar stelsel van zorgverzekeringen' prof. mr. A.I.M. van Mierlo	
29	Zorgverzekeringslijn Voorlichting en advies	
en verder	Bestuursverslag	4
	Voorwoord	5
	Profiel en kerncijfers	6
	Algemene voortgang	7
	Vooruitblik 2018	32
	Begroting 2018	33
	Organisatie SKGZ	34
	Jaarrekening 2017	36
	Balans per 31 december 2017	37
	Staat van baten en lasten over 2017	38
	Grondslag van waardering en resultaatbepaling	39
	Toelichting op de balans	41
	Toelichting op de staat van baten en lasten	48
	Overige gegevens	55
	Controleverklaring	56
	Bijlagen	60
	Aangesloten organisaties	61
	Colofon	62



Bestuursverslag 2017





Voorwoord

mr. dr. A.G.J.M. Rombouts
Voorzitter bestuur SKGZ

Geachte lezer,

In ons jaarverslag beschouwen we na en kijken we vooruit. Zo treft u in dit jaarverslag naast de cijfers ook bijdragen aan van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Ombudsman mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy schrijft over de acceptatie van de uitkomst van de bemiddeling. Prof. mr. A.I.M. van Mierlo geeft zijn visie op het Nederlandse zorgstelsel en mogelijke bedreigingen hiervoor. Daarnaast is er een hoofdstuk over Zorgverzekeringslijn; de voorlichtings- en adviesactiviteit die de SKGZ uitvoert voor het ministerie van VWS. Nieuw is dit jaar de combinatie van jaarverslag en financiële verantwoording.

Wat opviel in 2017

In 2017 was er sprake van een terugloop van het aantal zaken. De SKGZ staat hierin niet alleen; alle geschilinstanties zien een daling. Het blijft gissen naar de precieze oorzaak maar het aantrekken van de economie zal hier mede debet – of zo u wilt credit – aan zijn. Specifiek voor de SKGZ geldt de afname van het aantal pgb-zaken nu regelgeving hierover is uitgekristalliseerd en de problemen met betalingen grotendeels zijn verholpen. Verder valt ook op dat nu ziektekostenverzekeraars sneller en vaker telefonisch reageren op klachten, er minder behoefte lijkt te bestaan een zaak voor te leggen aan de SKGZ. Aan de ene kant een goede zaak, maar hierin schuilt wel gevaar. Een schriftelijke bevestiging van de telefonische heroverweging van de ziektekostenverzekeraar blijft soms achterwege, waardoor rechtszekerheid voor

de verzekerde afneemt en er geen verwijzing is naar de SKGZ. Wij verwachten voor 2018 dat de afname van het aantal zaken zal afvlakken.

Vooruitblik 2018

Zorgverzekeringslijn bestaat vijf jaar in 2018. Daarnaast staan er de nodige interne wijzigingen op het programma. Zo zal de SKGZ afscheid nemen van twee van haar bestuurders van het eerste uur, te weten mevrouw mr. E.E. Aberson (secretaris) en ir. Th. J.M. van Brunschot (penningmeester). Zij worden opgevolgd door mevrouw drs. C.F. van Berghenegouwen en drs. K. Erends.

Ook zal binnen de Geschillencommissie Zorgverzekeringen het nodige veranderen nu zowel prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter) als mr. drs. P.J. Vonk (lid) hun maximale termijn hebben volbracht. Ik wil hen ook op deze plaats van harte dankzeggen voor hun jarenlange deskundige en toegewijde inzet voor de SKGZ. Mr. G.R.J. de Groot zal de voorzitterstaak binnen de Geschillencommissie Zorgverzekeringen per 1 mei op zich nemen. En last but not least, de SKGZ gaat medio 2018 verhuizen.

Ik heb er het volste vertrouwen in dat de SKGZ en haar toegewijde medewerkers onder leiding van directeur drs. C.J. van Kranenburg met de nieuwe bestuurs- en commissieleden op adequate wijze blijven zorgen voor deskundige geschilbeslechting.

Zeist, februari 2018

mr. dr. A.G.J.M. Rombouts,
voorzitter bestuur SKGZ



Profiel en kerncijfers

Profiel

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) staat voor een onpartijdige en deskundige behandeling van klachten van consumenten over hun ziektekostenverzekeraar.

De dienstverlening van de SKGZ bestaat uit:

- voorlichting;
- bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen en
- (bindend) advies door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

De SKGZ is door de ministers van Financiën en Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen als geschilleninstantie voor de

ziektekostenverzekeringen. Ook staat de SKGZ op de lijst met aangewezen geschilleninstanties van de Europese Commissie. Alle ziektekostenverzekeraars in Nederland zijn bij de SKGZ aangesloten.

De procedure bij de ombudsman en de geschillencommissie is eenvoudig. De consument kan alles zelf doen. Als de consument dat wil, mag hij een juridisch adviseur inschakelen. Dat is niet verplicht.

ZVL geeft voorlichting en advies

Zorgverzekeringslijn (ZVL) is onderdeel van de SKGZ. ZVL richt zich in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op het terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden.

Kerncijfers 2017



2.246 dossiers

6,6

waardering
consumenten

waardering
zorgverzekeraars



624 gastlessen &
workshops ZVL



40
medewerkers



budget 4,4 mln.



Algemene voortgang

Onderzoek en training om te kunnen verbeteren, voorlichting om te laten weten dat we bestaan, overleg om af te stemmen met de keten en techniek die dit allemaal mogelijk maakt.

Lean trainingen

Om werkprocessen te kunnen verbeteren volgden medewerkers in 2017 Lean-trainingen. Er werden orange belt en green belttrajecten gevolgd. Naar aanleiding van de trainingen werd o.a. een project rondom klantwaardering opgestart.



Kwaliteitsontwikkeling

Nieuwe structuur bureau

De teams die de Ombudsman en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen ondersteunen hebben een nieuwe structuur gekregen. Vanaf 1 januari 2017 vallen alle organisatieonderdelen die zich bezighouden met de behandeling van klachten en geschillen onder één manager. Het doel hiervan is om slagvaardiger te kunnen opereren.

Kwartaalrapportage

In mei startte de SKGZ met het organisatie breed delen van de interne kwartaalrapportage. In de rapportage staan doelen als doorlooptijden en consumentenwaardering. De rapportage maakt zowel de doelen van de SKGZ als Zorgverzekeringslijn inzichtelijk. Daarnaast is er aandacht voor

het extern evaluatieonderzoek en de implementatie van de nieuwe Europese privacyregels. Met de rapportage wil de SKGZ medewerkers inzicht geven in de resultaten, zodat waar nodig kan worden bijgestuurd.

Werkbezoek verzekeraars

Om afstemming te verbeteren en te leren van elkaar, vindt er overleg met verzekeraars plaats, de zogenoemde werkbezoeken. In 2017 vonden er negen werkbezoeken plaats tussen klachtbehandelaars van de SKGZ en de verzekeraars. Ook de Ombudsman Zorgverzekeringen, mr. R.P. van Marwijk Kooy, is betrokken bij het overleg. Tijdens het werkbezoek presenteert de SKGZ aan de hand van een factsheet cijfers en feiten specifiek van toepassing op de verzekeraar. Denk hierbij aan het aantal voorgelegde klachten, onderwerpen van klacht en wijze van afhandeling.



Klanttevredenheid

Een vlotte behandeling van klachten kan voorkomen dat een probleem escaleert. Daarom bekijkt de SKGZ regelmatig de effectiviteit en doelmatigheid van haar manier van werken. Daarbij is de feedback van alle betrokkenen belangrijk. Via digitale vragenlijsten verzamelt de SKGZ gedurende het hele jaar informatie over de waardering, beleving en verwachtingen van consumenten. In 2017 vond ook een enquête plaats onder de klacht- en geschilbehandelaars bij de ziektekostenverzekeraars.

Consumenten waarderen de dienstverlening van de SKGZ met een 6,6 (uit 10). De klacht- en geschilbehandelaars bij de ziektekostenverzekeraars waarderen de dienstverlening met 3,9 (uit 5) sterren. Dit zijn de waarderingcijfers tot en met het derde kwartaal van 2017.

Audit: SKGZ onder de loep

In oktober startte de externe evaluatie naar de doeltreffendheid van de SKGZ-procedure en mogelijke verbeterpunten hiervoor. Het onderzoek ziet op de periode 2013-2016. Adviesbureau USBO van de Universiteit Utrecht voerde het onderzoek uit. Op de geschilbeslechting zijn de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten en het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft van toepassing. Op grond van deze wet- en regelgeving moeten wij de klachtenprocedure periodiek evalueren. USBO raadpleegde veel

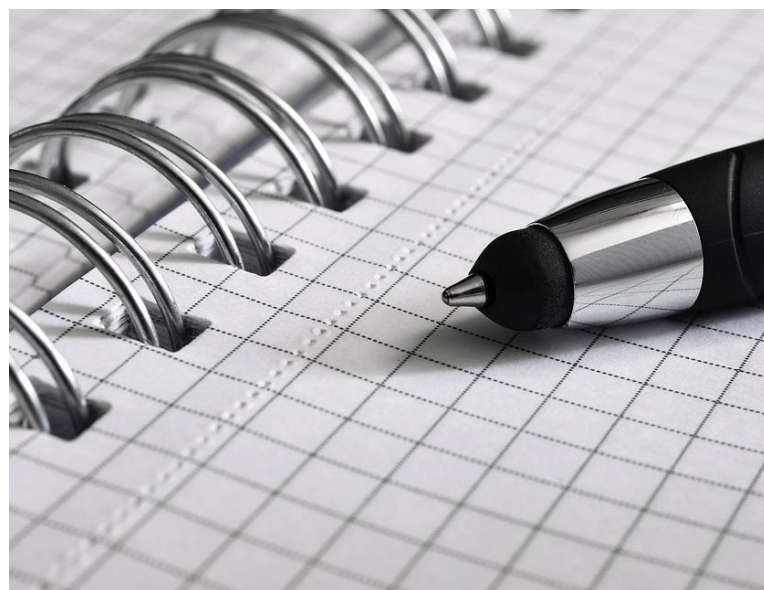
bronmateriaal, waaronder berichtgeving op websites, klanttevredenheidsonderzoeken, statuten, gegevens uit het ICT-systeem en interviews met SKGZ-relaties en medewerkers. De externe evaluatie vindt elke vier jaar plaats en wordt uitgevoerd door een onafhankelijke onderzoeksinstantie. Eind januari 2018 – feitelijk buiten het verslagjaar – hebben wij de uitkomsten van het onderzoek ontvangen. Het rapport is gepubliceerd op onze website www.skgz.nl. De onderzoeksresultaten zijn niet verrassend en stimuleren ons verder te gaan op de ingeslagen weg.

Klachten over de SKGZ

De directiesecretaris van de SKGZ is het centrale aanspreekpunt voor klachten over de dienstverlening van de SKGZ. Dit staat in de vernieuwde interne klachtenprocedure. Voorheen werden klachten over bereikbaarheid, openingstijden, digitale dienstverlening of onheuse bejegening op meerdere plekken in de organisatie behandeld. In 2017 kreeg de SKGZ tien klachten over haar dienstverlening.

Koersdag: slimmer kijken naar ons werk

Medio december vond voor de medewerkers van het SKGZ-bureau een Koersdag plaats. Tijdens deze dag stonden het 'waarom', het 'wat' en het 'hoe' van de organisatie centraal. Het verkorten van doorlooptijden, meer maatwerk en scherper zicht op de doelgroepen zijn voorbeelden van ideeën die worden verwerkt in de teamplannen 2018.





Externe contacten

In het dagelijks werk heeft de SKGZ contact met veel verschillende organisaties zoals het overzicht op deze pagina laat zien.

Trends die de SKGZ signaleert bij de behandeling van klachten en geschillen worden gedeeld met de toezichthouders. Consumenten die niet aan het juiste adres zijn, proberen wij zo goed mogelijk door te verwijzen. Verder vinden wij het belangrijk om kennis en ervaringen te delen met andere geschilleninstanties.

Het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft, de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten en de Zorgverzekeringwet bevatten voor de SKGZ verschillende rapportage- en informatieverplichtingen.

Onze oprichters zijn:



Wij delen signalen met:

DeNederlandscheBank

EUROSISTEEM

Nederlandse Zorgautoriteit

Wij rapporteren aan:



Rijksoverheid

Ministerie van Financiën
Ministerie Justitie en Veiligheid
Ministerie VWS

Wij vragen wettelijk verplicht advies aan:

Zorginstituut Nederland

Wij delen ervaringen en verwijzen naar:



De Geschillencommissie (SGC)
Kifid
Landelijk Meldpunt Zorg
Nationale ombudsman



Privacy

Om klachten te kunnen behandelen, heeft de SKGZ persoonlijke gegevens van verzekerden nodig. De Functionaris voor gegevensbescherming (FG) van de SKGZ ziet erop toe dat veilig en vertrouwelijk met de gegevens wordt omgegaan. In 2017 organiseerde de FG workshops, coördineerde onderzoek en analyseerde datalekken.

Workshop

In 2017 volgden de medewerkers van de SKGZ de workshop 'werken met persoonsgegevens'. De aandachtspunten die uit deze sessie kwamen, werden door de interne Privacy werkgroep opgepakt. Aandachtspunten waren bijvoorbeeld de wijze van omgaan met het BSN-nummer op het polisblad, het opvragen van foto's en het privégebruik van de mobiele telefoon.

Quick scan

In 2017 voerden de Functionaris voor gegevensbescherming en de ICT-coördinator een quick scan uit naar de mate waarin de SKGZ voldoet aan privacyregelgeving. Een actiepunten uit deze controle was het verder uitwerken en verscherpen van documenten zoals beleidsplannen en protocollen.

Datalekken

In 2017 kreeg de SKGZ te maken met vijf datalekken. Alle datalekken hadden een menselijke oorzaak. In vier gevallen betrof het de verkeerde adressering van een brief. In het vijfde geval ging het om de onjuiste verzending van de salarisstroken van medewerkers. Op grond van de Wet meldplicht datalekken werden vier datalekken gemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens. Bij drie datalekken zijn ook de betrokkenen op de hoogte gebracht. Om herhaling te voorkomen werd elk datalek grondig geanalyseerd.

Europese regelgeving

Vanaf mei 2018 moet de SKGZ voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De SKGZ bereidt zich hierop voor. Zo komen er bijvoorbeeld verwerkersovereenkomsten met leveranciers die AVG-proof zijn.



Digitaal communiceren

In augustus ging de SKGZ-berichtenbox live. De berichtenbox maakt het mogelijk om volledig digitaal én veilig te communiceren in een dossier. Verzekerden gebruiken de berichtenbox als zij dit hebben aangegeven bij het invullen van het klachtenformulier op www.skgz.nl. Van de 742 zaken die binnenkwamen, werd er in 373 gevallen digitaal gecommuniceerd met de verzekerde, ongeveer vijftig procent. In 129 van de 742 zaken werd digitaal gecommuniceerd met de verzekeraar, ongeveer zeventien procent. Verzekeraars CZ, Ohra en Delta Lloyd gebruiken de berichtenbox al. De overige verzekeraars zijn al benaderd of zijn bezig hun interne processen aan te passen voor het gebruik van de SKGZ-berichtenbox.



En verder...

Daling aantal ontvangen dossiers

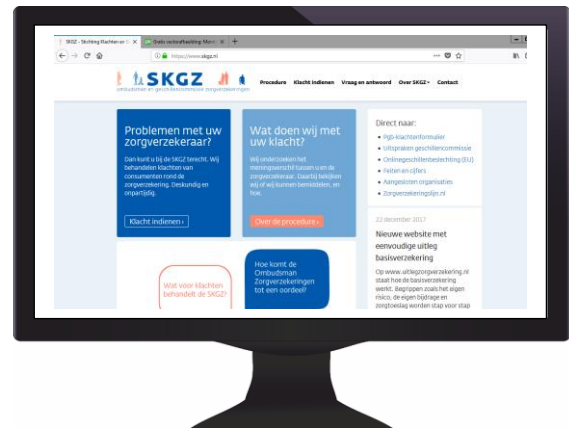
Zoals de voorzitter van het bestuur in het voorwoord al aanstipte, heeft de SKGZ in 2017 te maken gehad met een terugloop van het aantal nieuwe dossiers. Ten opzichte van 'piekjaar' 2016 liep het aantal nieuwe ombudsdossiers terug met bijna zestien procent en het aantal nieuwe geschildossiers zelfs met bijna veertig procent. Meer cijfers over de behandeling van klachten en geschillen vindt u vanaf pagina 16.

IptiQ: nieuwe ziektekostenverzekeraar

Voor het eerst sinds tien jaar kwam er een nieuwe ziektekostenverzekeraar op de Nederlandse markt. Het gaat om verzekeraar IptiQ, onderdeel van het moederbedrijf Swiss Re. IptiQ nam drie bestaande zorgverzekeringen in haar portefeuille, Promovendum, National Academic en Besured. De aansluiting van IptiQ bij de SKGZ gaat in per 1 januari 2018.

Zorgverzekeringslijn

Zorgverzekeringslijn (ZVL) is het onderdeel van de SKGZ dat zich richt op wanbetalers en onverzekerden. Een uitgebreid verslag van de activiteiten van ZVL vindt u vanaf pagina 29.



42.138 bezoekers

In 2017 werd de consumentenwebsite www.skgz.nl 42.138 keer bezocht.

Kpzzv.nl

De website met alle bindende adviezen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen werd in 2017 10.814 keer bezocht. In 2017 werd gestart met de restyle en technische verbetering van deze website. De website zal na de restyle sneller laden en beter aansluiten bij de SKGZ-huisstijl.



Het jaarlijkse SKGZ-congres werd gewaardeerd met een

7,5

SKGZ-congres

Het jaarlijkse congres vond plaats op 5 oktober 2017 in CineMec Utrecht. Na het plenaire deel over de Algemene Verordening Gegevens-bescherming volgden vier sub-sessies. Het aanbod hiervan was divers; het vertrouwen van de consument in berechting, de wachttijden in de zorg, het gevoel bij grote financiële problemen en de activiteiten van de SKGZ. Het congres werd bezocht door 151 mensen, vooral klachtbehandelaars van ziektekostenverzekeraars en belangenorganisaties.



ODR-platform

De SKGZ is aangesloten bij het ODR-platform van de Europese Commissie. Consumenten kunnen via dit platform – naast het online klachtenformulier op de website van de SKGZ, per e-mail of per post – een klacht over hun ziektekostenverzekeraar indienen bij de SKGZ. In 2017 hebben wij via het ODR-platform geen klachten ontvangen.

Financiering

De SKGZ wordt adequaat gefinancierd door de ziektekostenverzekeraars, op basis van een door de minister van Financiën goedgekeurde begroting. De verzekeraars maken de bijdragen in de maanden februari en maart over aan de SKGZ. Verder ontvangt de SKGZ van het ministerie van VWS subsidie voor het project Zorgverzekeringslijn. Maandelijks wordt circa 1/12^e van de beschikbare subsidie overgemaakt.

Kostenontwikkeling

De tabel op deze pagina toont de kostenontwikkeling, uitgedrukt in kosten per eenheid product. De SKGZ is zich ervan bewust met algemene middelen te werken, die uiteindelijk door de premiebetalende bevolking worden betaald. Daarom houdt de SKGZ niet alleen de kwaliteit van haar dienstverlening goed in het oog, maar ook de kosten daarvan. De eigen doelstelling van de SKGZ is de kosten per eenheid product niet méér te laten stijgen dan de inflatie. Voor het jaar 2017 is de SKGZ daar niet in geslaagd. De reden daarvan is de significant lagere in- en ook uitstroom van dossiers, terwijl het

jaar 2016 juist een jaar was met een extreem hoge in- en uitstroom. Deze wijziging van het aantal dossiers komt vooral doordat het aantal pgb-gerelateerde dossiers is afgenomen, ten gevolge van een akkoord tussen VWS, de ziektekostenverzekeraars en Per Saldo van december 2016. De grootste kostenpost voor de SKGZ is personeel. Het is slechts beperkt mogelijk – vanwege het kennisintensieve karakter van het werk – flexibel personeel in te zetten bij pieken. Het gevolg is dat de vaste lasten doorlopen en pas in de loop van de tijd – door natuurlijk verloop – afnemen.

Risicomanagement

Jaarlijks bespreekt het bestuur aan het eind van het kalenderjaar een risico-analyse voor het daarop volgende jaar. Als belangrijkste risico's voor 2018 worden gezien:

- risico's inzake privacyregelgeving;
- risico's inzake (continuïteit) van ict-systemen;
- risico op imagoschade door (sociale) media; en
- risico's inzake kwaliteitsbeheersing.

Er zijn en worden maatregelen getroffen om de risico's zo goed mogelijk te kunnen beheersen. In dit jaarverslag leest u daarover het nodige.

Verder zijn er geen signalen bekend dat onze financiers niet aan hun financiële verplichtingen zouden kunnen voldoen en als gevolg waarvan de continuïteit van de SKGZ in gevaar zou kunnen komen.

	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Informatievraag	€ 20	€ 20	€ 21	€ 20	€ 19	€ 19
Klacht	€ 661	€ 553	€ 563	€ 510	€ 463	€ 448
Geschil	€ 2.327	€ 1.691	€ 1.847	€ 1.772	€ 1.631	€ 1.576



'Bouwen aan vertrouwen'

mr. R.P. van Marwijk Kooy,
Ombudsman
Zorgverzekeringen

Tijdens het congres van de SKGZ in oktober 2017 was één van de workshops gewijd aan het onderwerp procedurele rechtvaardigheid. Wat mij tijdens deze workshop met name opviel, was de correlatie tussen de mate van vertrouwen in een instantie en de ervaren procedurele rechtvaardigheid. Naarmate beide toenemen wordt de uitkomst van de procedure namelijk steeds minder relevant. De vraag is vervolgens welke factoren een rol spelen als het gaat om het vertrouwen en de procedurele rechtvaardigheid, en hoe je daar – als ombudsman – een positieve invloed op kunt uitoefenen.

Bij bemiddeling staat op voorhand vast dat niet in alle gevallen een voor de verzekerde gunstige uitkomst zal worden bereikt. Het is dan prettig als ook een niet-gunstige uitkomst in ieder geval door de betrokkene als acceptabel wordt beschouwd. Hierbij past de kanttekening dat ook een gunstige uitkomst niet per definitie betekent dat deze als acceptabel wordt ervaren ("Ik wist toch al dat ik gelijk had. Waarom moest ik daar dan al die moeite voor doen?"). In deze situatie zal – vanwege de positieve uitkomst – het

vertrouwen in de instantie weliswaar aanwezig zijn, maar wordt er laag gescoord op procedurele rechtvaardigheid.

Andere motieven

Laat ik bij het begin beginnen. De eerste vraag is natuurlijk waarom iemand – ik zal de term verzekerde gebruiken, maar het volgende betreft evengoed degene die voor de verzekerde optreedt – een ombuds-instituut zou willen benaderen. Hier heeft Naomi Creutzfeldt van de Westminster Law School uitgebreid onderzoek naar gedaan. Het oplossen van het probleem staat weliswaar met stip op één, maar er kunnen ook andere motieven een rol spelen. Zo scoren het 'luisterend oor', voorkomen van herhaling bij anderen, met respect worden behandeld en het onbevooroordeeld kijken naar de klacht door een instantie ook zeer hoog. Het is dus blijkbaar zaak niet alleen naar het meest voor de hand liggende motief – het oplossen van het probleem – te kijken.

Heeft iemand eenmaal de weg naar het ombudsinstituut gevonden, dan komt aan de orde hoe de procedure moet zijn ingericht om de uitkomst acceptabel te maken. Uit voornoemd onderzoek blijkt dat een procedure vooral als eerlijk moet worden ervaren. Verder verwacht men dat



medewerkers deskundig en respectvol zijn, alsmede onpartijdig en onbevooroordeeld, en dat zij begrijpen waar het probleem over gaat. Tot slot moet de procedure transparant zijn.

mogelijkheden. De eerste is dat het dossier wordt gesloten. In dat geval zal aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving en eventuele jurisprudentie op een begrijpelijk wijze worden toegelicht

'Acceptatie van de uitkomst valt of staat met het waarmaken van verwachtingen'

Goede communicatie

Zoals al is aangestipt, is een belangrijke valkuil te denken dat uitsluitend de "uitkomstgunstigheid" bepalend is voor de mate van acceptatie. Hoewel uit het karakter van de bemiddeling voortvloeit dat de genoemde correlatie minder sterk is dan bij de strafrechter, blijkt een overwegende meerderheid van de betrokken personen bereid de uitkomst te accepteren, ook als deze voor hen niet gunstig is. Hierbij valt of staat het vanzelfsprekend wel met het kunnen waarmaken van de verwachtingen en de wijze waarop de procedure is ingericht. Daarnaast speelt een rol hoe de uitkomst is verwoord en of deze als eerlijk en onbevooroordeeld wordt ervaren. Goede schriftelijke en mondelinge communicatie is dus van groot belang.

De 'klacht achter de klacht'

Tot zover de theorie, nu de praktijk. De procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is van oudsher schriftelijk. Telefonisch contact werd tot een minimum beperkt, onder andere vanwege het risico op belangenverstremming. Al te snel zou bij de verzekerde de indruk kunnen ontstaan dat de ombudsman namens hem optreedt, terwijl het uitgangspunt juist onpartijdigheid is. In de afgelopen jaren zijn de inzichten hierover echter bijgesteld. Het kan zinvol zijn een verzekerde al aan het begin van de procedure te bellen. In de eerste plaats om de zaak helder te krijgen en soms om te horen wat de 'klacht achter de klacht' is. Tevens kan ontbrekende informatie worden opgevraagd. Het telefonisch contact is verder zinvol om de verwachtingen helder te krijgen en eventueel bij te stellen, en om betrokkene zicht te geven op de vervolprocedure. Een bijkomend effect kan zijn dat in deze fase al een 'luisterend oor' wordt geboden en dat de klachtbehandelaar blijk geeft van zijn of haar deskundigheid.

Is de zaak duidelijk, het dossier compleet en zijn de verwachtingen van de verzekerde enigszins gemanaged, dan zijn er twee

waarom er geen ruimte is voor bemiddeling. Indien aan de orde, wordt tevens gewezen op de mogelijkheid de kwestie aan de bevoegde rechter voor te leggen dan wel aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. In het tweede geval wordt de ziektekostenverzekeraar benaderd. De argumenten van de verzekerde worden uiteengezet en aangevuld als dit nodig is om een 'level playing field' te creëren of in het geval het standpunt van de ziektekostenverzekeraar onjuist lijkt te zijn. Leidt dit tot een naar het oordeel van de klachtbehandelaar niet toereikende reactie, dan kan verdere correspondentie volgen. Ook bestaat de mogelijkheid de ziektekostenverzekeraar op kantoor uit te nodigen voor een gesprek met mij. Hiervan wordt zelden gebruik gemaakt. Uiteindelijk wordt het dossier gesloten, hetzij met een voor de verzekerde gunstige uitkomst, hetzij met een voor hem niet-gunstig resultaat. In het laatste geval wordt de gevolgde procedure toegelicht en wordt aan de betrokkene duidelijk gemaakt waarom verdere bemiddeling niet zinvol is. Veelal is er ook in deze fase telefonisch contact met de verzekerde. In de zogenoemde 'afsluitende brief' wordt hij geïnformeerd over de uitkomst en eventuele vervolgstappen.

'Een ombudsman kan het niet iedereen naar de zin maken'

Verbetering

Het mag duidelijk zijn dat ook een ombudsman het niet iedereen naar de zin kan maken. Toch blijkt uit de klanttevredenheidsonderzoeken dat het instituut goed scoort. Voor een deel zal dit te maken hebben met de uitkomst van de procedure, aangezien relatief vaak voor de verzekerde een verbetering wordt bereikt. Hierbij moet worden aangetekend dat naar mijn verwachting de voortgaande automatisering bij ziektekostenverzekeraars zal leiden tot



een kleinere foutmarge en dus minder zaken, maar ook minder voor de verzekerden gunstige uitkomsten. Voor een ander deel zal de hoge score verband houden met de inrichting van de procedure bij de ombudsman en de professionaliteit van de medewerkers.

'Alle betrokkenen streven toch naar het voorkomen van klachten'

Het blijft zaak te werken aan verbetering van vertrouwen in het instituut en verhoging van de door de verzekerde ervaren procedurele rechtvaardigheid. Hiertoe zijn in 2017 diverse Lean-projecten gestart. Een ander aspect dat uit de klanttevredenheidsonderzoeken onder verzekerden minder naar voren komt, is de juridische kwaliteit van de dienstverlening.

Aan het op peil houden en verbeteren van de juridische kwaliteit wordt voortdurend gewerkt. Aan dit punt kan worden toegevoegd dat ziektekostenverzekeraars zeer adequaat reageren op wijzigingen in de wet- en regelgeving. Waar voorheen een deel van de door mij ontvangen klachten als achtergrond had dat zij hierop niet goed waren ingericht, moet nu worden geconstateerd dat zelfs grote veranderingen binnen enkele weken door ziektekostenverzekeraars worden getackeld. Denk aan het Zvw-pgb. En uiteindelijk is dat toch waar alle betrokkenen naar streven: het voorkomen van klachten. En mocht dat niet lukken, dan is er een Ombudsman Zorgverzekeringen om de klacht door bemiddeling op te lossen of – indien dit niet mogelijk blijkt – toe te lichten waarom de ziektekostenverzekeraar een bepaalde beslissing heeft genomen, en wel zo dat deze beslissing ook voor de verzekerde acceptabel is.

Een praktijkvoorbeeld

Vergoeding kosten taperingstrips

Voor het afbouwen van haar medicatie – een antidepressivum – maakt Tineke gebruik van zogenoemde taperingstrips. In 2016 betaalde haar zorgverzekeraar de kosten van de strips nog, maar in 2017 opeens niet meer. Tineke begrijpt niet waarom haar zorgverzekeraar halverwege de behandeling stopt met vergoeden en vraagt de Ombudsman Zorgverzekeringen om hulp. Een klachtbehandelaar van de ombudsman neemt daarop contact op met de zorgverzekeraar.

De verzekeraar laat weten dat het afbouwen van de medicatie is beschreven in medische richtlijnen. In deze richtlijnen wordt het afbouwen met taperingstrips niet genoemd. Volgens de verzekeraar is bekend dat het afbouwen van medicatie volgens de richtlijnen veel nadelige gevolgen kan hebben. Hij vervolgt: er is ook geen wetenschappelijk bewijs dat het afbouwen met behulp van taperingstrips deze nadelige gevolgen niet heeft. Dat de taperingstrips niet worden vergoed is eind 2016 aan de apotheek doorgegeven. Dat de strips in 2016 wel zijn vergoed ligt volgens de verzekeraar aan de declaratiecode die de apotheek heeft gebruikt.

Verder laat de verzekeraar nog weten dat Tineke een e-mail heeft gestuurd waarin zij vraagt om toestemming voor de taperingstrips, maar dat zij daar geen duidelijk antwoord op heeft gehad. Daarom is de verzekeraar bereid om bij wijze van uitzondering nog één keer de kosten van de strips te vergoeden.

De klachtbehandelaar van de ombudsman neemt vervolgens contact op met Tineke. Zij is het inhoudelijk niet eens met de reactie van de verzekeraar, maar is blij met de vergoeding en laat het er verder bij.



Klachten en geschillen in 2017

Een consument die het niet eens is met een beslissing van zijn ziektekostenverzekeraar kan daarover een klacht indienen. De procedure verloopt dan zoals hieronder uitgelegd. Op de volgende pagina's vindt u cijfers en feiten over de drie verschillende fasen in de behandeling van klachten en geschillen door de SKGZ.

Gemiddelde proceduredtijd
94 dagen (2016: 110 dagen)

Procedure in het kort



intake

Intake

Bij elke klacht die binnenkomt beoordelen wij eerst of wij die mogen behandelen. Zo nodig vragen wij extra informatie op. Als wij de klacht mogen behandelen, dan gaat de klacht door naar de Ombudsman Zorgverzekeringen, tenzij de consument heeft aangegeven direct naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen te willen gaan.



bemiddeling door de
Ombudsman
Zorgverzekeringen

Ombudsfase

Als de Ombudsman Zorgverzekeringen ruimte ziet voor bemiddeling, neemt zij contact op met de ziektekostenverzekeraar. Zo nodig stelt zij extra vragen om het probleem helder te krijgen. De argumenten van de consument worden uiteengezet en aangevuld als dat nodig is om een 'level playing field' te creëren. Lukt het niet om het probleem op te lossen, dan kan de consument naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.



(bindende) uitspraak
Geschillencommissie
Zorgverzekeringen

Geschilfase

Na betaling van het entreegeld van € 37,- door de consument, vraagt de geschillencommissie de ziektekostenverzekeraar om een reactie. Zo nodig vraagt de commissie extra informatie op. Als de klacht gaat over de dekking van de 'basisverzekering', vraagt de geschillencommissie wettelijk verplicht advies aan Zorginstituut Nederland. Partijen kunnen desgewenst hun standpunt tijdens een hoorzitting toelichten. Vervolgens brengt de geschillencommissie een (niet-)bindend advies uit.



Kerncijfers intake



2.246 dossiers



2.386 dossiers



gem. 30 dagen

Uitkomst intake

Ontvangen

Werkvoorraad uit voorafgaand jaar

Nieuw ontvangen in verslagjaar

Totaal te verwerken

Afgesloten

Niet behandelbaar**

Onbevoegd

Geen heroverweging [a]

Onder rechter (geweest) [c]

Te laat ingediend [e]

Dossier incompleet [f]

Ingetrokken/opgelost

Kennelijk ongegrond

Door naar ombudsfase

Direct door naar geschilfase

Overig

Totaal verwerkt

Werkvoorraad/nog in behandeling eind verslagjaar

2017

278 11%

2.246 89%

2.524

335 14%

30 1%

75 3%

16

12

202 8%

234 10%

-

1.735 73%

82 3%

-

2.386

138

2016

354 11%

2.913 89%

3.267

562 19%

56 2%

218 7%

10

24 1%

254 8%

191 6%

4

2.074 69%

134 4%

24 1%

2.989

278

** De in bovenstaande tabel tussen []-haakjes genoemde letters verwijzen naar de gronden genoemd in de respectievelijke onderdelen van artikel 3, tweede lid, van de Implementatiewet.



Doorlooptijd intake

Doorlooptijd

1 - 21 dagen
22 - 42 dagen
meer dan 42 dagen

Gemiddeld

2017

60%
16%
24%

30 dagen

2016

56%
20%
24%

33 dagen





Kerncijfers ombudsfase



1.748 dossiers



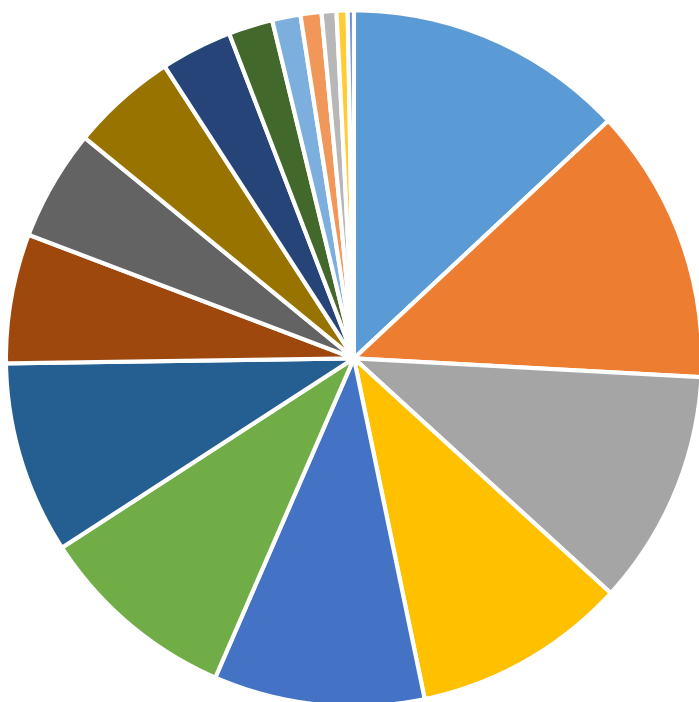
1.790 dossiers



gem. 42 dagen

Onderwerpen ombudsfase

10% dossiers ombudsfase heeft buitenlandcomponent (2016: 9%)

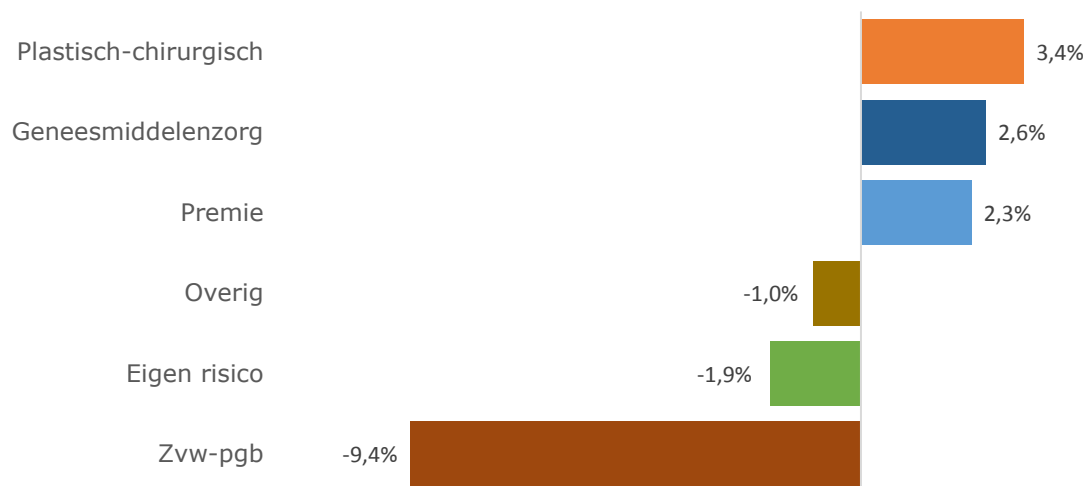


- Medisch-specialistische zorg (228)
- Plastisch-chirurgische zorg (224)
- Hulpmiddelenzorg (191)
- Mondzorg (174)
- Premie (171)
- Eigen risico (163)
- Geneesmiddelenzorg (156)
- Zvw-pgb (105)
- Begin en einde verzekering (90)
- Overig (86)
- Paramedische zorg (58)
- Ziekenvervoer (36)
- GGZ (23)
- Alternatieve geneeswijze (17)
- Wijziging voorwaarden (12)
- Fraude & verzwijging (9)
- Geboortezorg (5)



Top 3 stijgers en dalers ombudsfase t.o.v. 2016

Relatief t.o.v. totaal aantal ombudsdossiers



Uitkomst ombudsfase

	2017		2016	
Ontvangen				
Werkvoorraad uit voorafgaand jaar	212	11%	500	19%
Nieuw ontvangen in verslagjaar	1.748	89%	2.074	81%
Totaal te verwerken	1.960		2.574	
Afgesloten				
Niet (verder) behandelbaar**	42	2%	35	1%
Onbevoegd	3		2	
Geen heroverweging [a]	1		-	
Vexatoir/te gering belang [b]	-		3	
Onder rechter (geweest) [c]	4		6	
Te laat ingediend [e]	1		-	
Dossier incompleet [f]	23		24	
Ingetrokken	44	2%	66	3%
Opgelost	358	20%	374	16%
Verzekeraar komt (deels) tegemoet	131	7%	165	7%
Verzekeraar handhaaft standpunt	819	46%	1.171	50%
Kennelijk ongegrond	406	23%	551	23%
Totaal verwerkt	1.790		2.362	
Werkvoorraad/nog in behandeling eind verslagjaar	170		212	

** De in bovenstaande tabel tussen []-haakjes genoemde letters verwijzen naar de gronden genoemd in de respectievelijke onderdelen van artikel 3, tweede lid, van de Implementatiewet.



Doorlooptijd ombudsfase

Doorlooptijd

1 - 28 dagen
29 - 56 dagen
meer dan 56 dagen

Gemiddeld

2017

41%
36%
22%

42 dagen

2016

33%
32%
35%

56 dagen

Vraag en antwoord

Wat is bemiddelen?

De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt. Bij de bemiddeling zoekt de ombudsman naar een oplossing voor een klacht, door:

- uit te zoeken waar het misverstand tussen de consument en de verzekeraar zit;
- de verzekeraar te vragen om zijn eerdere beslissing te herzien, als dat volgens de ombudsman mogelijk is;
- de consument te informeren over geldende verzekeringsvoorwaarden, rechtspraak of regelgeving;
- de consument uit te leggen waarom een bepaalde behandeling wel of niet kan worden vergoed.

Helpt de SKGZ de consument bij het voeren van een juridische procedure tegen een ziektekostenverzekeraar?

Nee. De SKGZ vertegenwoordigt de consument niet, maar is onafhankelijk en onpartijdig. Wij luisteren naar het verhaal van de consument én naar dat van de verzekeraar. Zo nodig vult de ombudsman de argumenten van de consument aan als dat nodig is om een 'level playing field' te creëren. We kijken welke regels er gelden, zoals wetten, verzekeringsvoorwaarden en uitspraken van rechters en de geschillencommissie. Zo komen we tot een conclusie.



Kerncijfers geschilfase



397 dossiers



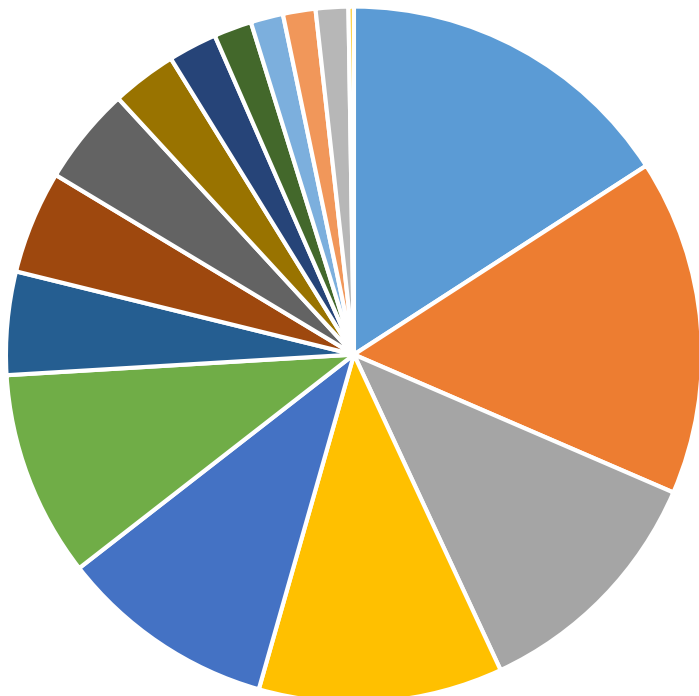
492 dossiers



gem. 157 dagen

Onderwerpen geschilfase

15% dossiers geschilfase heeft buitenlandcomponent (2016:15%)

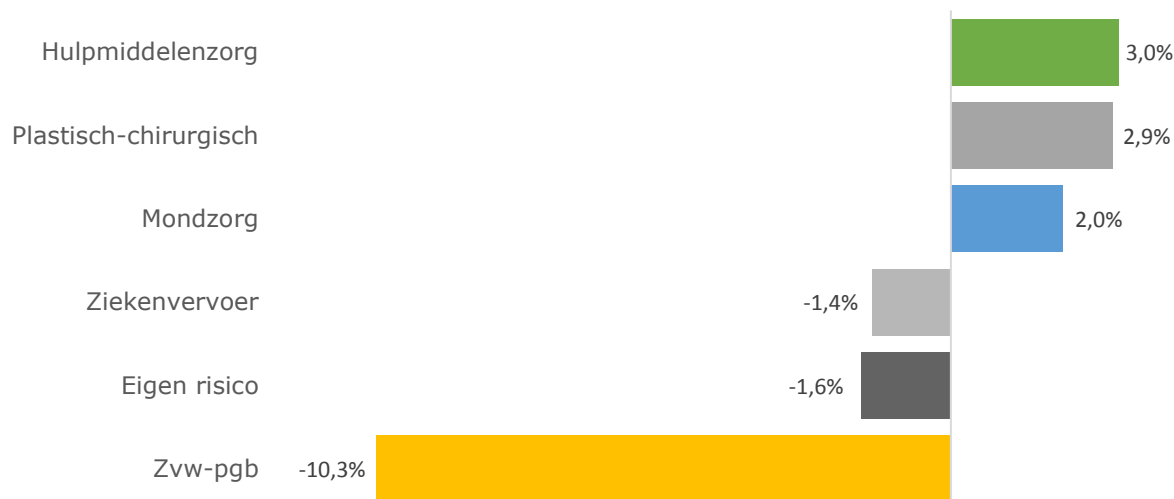


- Medisch-specialistische zorg (63)
- Premie (62)
- Plastisch-chirurgische zorg (46)
- Zvw-pgb (45)
- Mondzorg (40)
- Hulpmiddelenzorg (38)
- Geneesmiddelenzorg (19)
- Overig (19)
- Eigen risico (18)
- Paramedische zorg (12)
- Begin en einde verzekering (9)
- GGZ (7)
- Fraude & verzwijging (6)
- Wijziging voorwaarden (6)
- Ziekenvervoer (6)
- Alternatieve geneeswijze (1)



Top 3 stijgers en dalers geschilfase t.o.v. 2016

Relatief t.o.v. totaal aantal geschildossiers



Uitkomst geschilfase

Ontvangen

Werkvoorraad uit voorafgaand jaar

Nieuw ontvangen in verslagjaar

Totaal te verwerken

Afgesloten

Niet (verder) behandelbaar**

Onbevoegd

Geen heroverweging [a]

Vexatoir/te gering belang [b]

Onder rechter (geweest) [c]

Te laat ingediend [e]

Entreegeld niet betaald

Ingetrokken

Opgelost

(Deels) toegewezen

Afgewezen

Totaal verwerkt

Werkvoorraad/nog in behandeling eind verslagjaar

2017

263 40%

397 60%

660

27 5%

1

1

-

1

2

22 4%

65 13%

36 7%

58 12%

306 62%

492

168

2016

222 25%

657 75%

879

37 6%

2

1

1

2

7

24 4%

96 16%

44 7%

86 14%

353 57%

616

263

** De in bovenstaande tabel tussen []-haakjes genoemde letters verwijzen naar de gronden genoemd in de respectievelijke onderdelen van artikel 3, tweede lid, van de Implementatiewet.



Doorlooptijd geschilfase

Doorlooptijd

1 - 119 dagen
120 - 182 dagen
meer dan 182 dagen

Gemiddeld

2017

29%
42%
29%

157 dagen

2016

25%
45%
30%

158 dagen

De doorlooptijd van de geschilfase is de tijd tussen de registratie van het verzoek van de consument om een uitspraak van de geschillencommissie en de sluiting van het dossier. Dit is een nieuwe berekeningswijze die beter aansluit bij de beleving van de consument. In eerdere jaren startte de doorlooptijd pas bij de ontvangst van het entreegeld. Bij gebruik van de 'oude' berekeningswijze zou de gemiddelde doorlooptijd - zowel in 2017 als 2016 - zijn uitgekomen op 148 dagen.

Voor zover bekend zijn er in 2017 geen adviezen van de geschillencommissie door de rechter vernietigd.

Vraag en antwoord

Wat is een 'bindend advies'?

Een 'bindend advies' betekent dat de consument en de ziektekostenverzekeraar zich aan deze uitspraak moeten houden. Hoger beroep is niet mogelijk. Wel kunnen de partijen voor een 'marginale toetsing' naar de rechter. Dit is een beperkte toetsing. De rechter kijkt dan of de geschillencommissie zich aan de regels heeft gehouden. Bijvoorbeeld of de regels van 'hoor en wederhoor' goed zijn toegepast. De rechter kan het 'bindend advies' ongeldig verklaren als de geschillencommissie grote fouten heeft gemaakt.

Heeft de consument een advocaat nodig als de SKGZ zijn klacht behandelt?

Nee, dat is niet verplicht. Wij behandelen klachten op een begrijpelijke manier. Maar als de consument dat prettig vindt, kan hij iemand om advies vragen. De consument kan ook iemand machtigen om namens hem op te treden. Dat hoeft niet een advocaat of juridisch adviseur te zijn. Ook een familielid, kennis of vriend mag de consument vertegenwoordigen.



'Naar een houdbaar stelsel van zorgverzekeringen'

prof. mr. A.I.M. van Mierlo, voorzitter geschillencommissie

Als lid van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is het van belang een goed beeld te hebben van de markt waarin de geschillen tussen verzekerde en ziektekostenverzekeraar zich voordoen. Het is tegen die achtergrond dat ik met belangstelling kennis heb genomen van de publicatie van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland met de titel 'Ambitie 2025'.

Een belangrijke constatering in deze publicatie is dat het draagvlak voor het stelsel kwetsbaar is.

Dit heb ik zelf ook de afgelopen twaalf jaren ervaren in de praktijk van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. In het navolgende zal ik op de kwetsbaarheid ingaan aan de hand van drie aspecten, waarbij ik suggesties zal doen voor verbetering. Ik zal mij niet beperken tot de casuïstiek, maar juist de 'bovenliggende' problematiek aansnijden. Waarom is het

Nederlandse stelsel, waarvoor tot in de VS en China interesse bestaat, eigenlijk kwetsbaar? Houdt deze kwetsbaarheid verband met reële problemen en risico's of liggen daaraan sentimenten als de hang naar een tijd dat alles eenvoudiger, overzichtelijker en vooral goedkoper was ten grondslag? Het eerste aspect dat ik wil benoemen, betreft de premie.

Niet-willers versus niet-kunners

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft sinds de invoering van de zogenoemde wanbetalersregeling een groot aantal zaken behandeld. Zoals indertijd ook al door de Raad van State was gesignaleerd, is het in de praktijk van alledag moeilijk de 'niet-kunners' te onderscheiden van de 'niet-willers'. In de praktijk kwam ik beide categorieën tegen, waarbij de kanttekening kan worden geplaatst dat in nogal wat gevallen een aanvankelijke 'niet-kunner' op enig moment verandert in een 'niet-willer'. Immers, als een verzekerde in een uitzichtloze situatie terecht komt, zal de bereidheid om ook maar te denken aan een mogelijke oplossing niet erg



groot zijn en doet de bekende 'kale kip' zijn intrede. Beperk ik mij tot de 'niet-kunners', dan denk ik dat een belangrijke constatering is dat de aan de ziektekostenverzekeraar te betalen (nominale) premie niet onbeperkt kan stijgen. De stijging zal gelijke tred moeten houden met de loonontwikkeling; alleen dan kan, zo dunkt mij, een systeem waarbij een deel van de verzekerden is aangewezen op de zorgtoeslag blijven functioneren. Betrek hierbij de door Zorgverzekeraars Nederland geconstateerde veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod, dan wordt duidelijk dat hetzij pakketmaatregelen nodig zijn, hetzij op het punt van de premie moet worden gekeken naar de inkomensafhankelijke bijdrage. Dit laatste punt is tot op heden evenwel politiek onbespreekbaar. Voortdurende verhoging van de nominale premie zal uiteindelijk alle – succesvolle – maatregelen die in de recente jaren zijn getroffen om de wanbetalersregeling te verbeteren teniet doen.

Glazen bol

In dit verband maak ik een klein uitstapje naar de demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De stijgende zorgkosten zullen in de toekomst door minder mensen moeten worden opgebracht. Ik voorzie – terzijde merk ik op dat ik niet over een glazen bol beschik – dat toekomstige generaties langer een relatief laag inkomen zullen genieten, omdat zij van tijdelijk contract naar tijdelijk contract gaan en erg kwetsbaar zijn voor conjuncturele ontwikkelingen. Daarbij valt te voorzien dat in de nabije toekomst door verdergaande automatisering en robotisering veel bestaande functies zullen verdwijnen; een ontwikkeling die in het bank- en verzekeringswezen al volop gaande is. Het is de vraag of hier andere functies voor in de plaats zullen komen en hoe deze alsdan worden gehonoreerd. Hoewel ik er vertrouwen in heb dat de ziektekostenverzekeraars tot kostenbeheersing kunnen komen – door middel van de zorginkoop, de controle op doelmatigheid en fraude, en verdergaande automatisering en robotisering binnen de eigen organisatie –, verwacht ik dat de zorguitgaven verder zullen stijgen, en dat dit zich zal vertalen in een hogere (nominale) premie. Als het gaat om de draagkracht van de verzekerden, zullen

de ziektekostenverzekeraars mijns inziens stelling moeten nemen, ook als die boodschap de politiek niet welgevallig is.

Collectieve contracten

Aan het voorgaande raakt ook het volgende. In de afgelopen jaren dat ik deel uitmaakte van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mijn benoeming loopt af per ultimo april 2018) heb ik vele duizenden zaken de revue zien passeren. Mijn inschatting is dat het om ongeveer vier- tot vijfhonderd zaken per jaar ging. Hoewel dit aantal, afgezet tegen de jaarlijkse verzekerde prestaties, zeer gering is, ging het in iedere zaak om een individuele verzekerde. Door deze hoeveelheid aan zaken heb ik enig zicht gekregen op de wijze waarop de Nederlandse burger onder de vigeur van de Zorgverzekeringswet is verzekerd. Daarbij is mij opgevallen dat de 'markt' van verzekerden hier te lande is verdeeld, aldus dat in het overgrote deel van de gevallen verzekerden collectief verzekerd zijn.

Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet in 2006 is de mogelijkheid tot het afsluiten van collectieve contracten beschouwd als een verworvenheid voor met name werkgevers en werknemers. Dit was echter in een andere tijd. De vraag rijst of de collectiviteiten niet kritischer moeten worden bezien. Zo is opvallend dat veel gemeenten een collectief contract hebben afgesloten voor de minima. De verzekeringen die in dat verband worden aangeboden zijn in mijn ogen relatief duur. Dit laatste is niet zozeer te wijten aan de ziektekostenverzekeraars als wel aan een door een gemeente gemaakte keuze eventuele lasten te verschuiven van het collectief naar het individu. Uitgangspunt hierbij is dat wat kan worden verzekerd ook moet worden verzekerd. Wordt nagelaten een verzekering af te sluiten, dan is een beroep op de gemeente op een tegemoetkoming of hulp anderszins niet mogelijk. Het resultaat hiervan is dat de smalste schouders een relatief zware last moeten dragen. Anderzijds moet worden erkend dat door de collectieve contracten wanbetaling wordt voorkomen. Dit laatste zou evenwel ook anders kunnen worden georganiseerd, waarbij valt te denken aan een door betrokkene af te geven machtiging.



Verdeling van de markt

Een tweede kanttekening die ik zou willen plaatsen, is dat de verdeling van de markt op basis van collectiviteiten marktwerking in de weg staat en de mogelijkheden voor nieuwe toetreders bemoeilijkt. In de afgelopen jaren zijn op dit terrein slechts twee initiatieven geweest.

'Reclame-uitgaven worden feitelijk gedaan om een klein deel van de markt te bedienen'

Waar het de houdbaarheid van het stelsel betreft, wordt vaak met een scheef oog gekeken naar de reclame-uitgaven van de ziektekostenverzekeraars. Feitelijk worden deze gedaan om slechts een klein deel van de markt te bedienen, namelijk de individuele verzekerde die overweegt over te stappen. De beslissing om een collectiviteit elders onder te brengen zal op een andere grond worden genomen, niet omdat een reclameboodschap zo aansprekend is. Ziektekostenverzekeraars zouden ook hierop kritisch kunnen zijn.

Het loslaten van de collectiviteiten zal naar mijn verwachting tot meer marktwerking op de verzekerdenmarkt leiden en mogelijk tot meer nieuwe toetreders. In dat geval zullen ziektekostenverzekeraars (nog) scherper moeten acteren. Een mogelijke discussie over door ziektekostenverzekeraars behaalde winsten zal hierdoor in een ander daglicht komen te staan; wie er in slaagt in een sterk concurrerende markt winst te maken doet het goed. Voorts acht ik niet onaannemelijk dat dat een bijkomend effect van het loslaten van collectiviteiten zou kunnen zijn dat de markt innoveert.

'Het loslaten van collectiviteiten kan leiden tot meer marktwerking en zorgen voor innovatie'

Ik breng hier in herinnering dat enkele jaren geleden veel werd verwacht van de zogenoemde employee benefits. De in het Regeerakkoord 2017 opgenomen maatregelen bieden hier kansen. Kansen

liggen er ook op het terrein van de ouderenzorg. Herstructurering van de verzekerdenmarkt zou kunnen leiden tot nieuwe (aanvullende verzekerings)producten. Hierbij past wel de opmerking dat het dan natuurlijk niet zo zeer gaat om de veelheid van nieuwe producten, als wel om de inhoud.

Transparantie van de markt blijft voor de ziektekostenverzekeraars een punt van aandacht.

Instrument van de verzekeraar

Als laatste aspect wil ik het eigen risico benoemen. Rond het eigen risico is het afgelopen jaar veel discussie gevoerd. De ziektekostenverzekeraars waren hierbij opvallend stil. Ik betwijfel of dat terecht is geweest. Het eigen risico is van oudsher een instrument van de verzekeraar, dat thans door de overheid wordt ingezet om tot bezuinigingen te komen. Het resultaat is dat de nota bij de verzekerde wordt gelegd en dat de ziektekostenverzekeraar een mogelijkheid tot kostenbeheersing verliest. Immers, het wettelijk verplicht eigen risico van € 385,- is inmiddels zo hoog dat het voor velen niet verantwoord is daarboven nog een vrijwillig eigen risico te kiezen. Stelt u zich eens voor dat het wettelijk eigen risico € 0,- is, welke mogelijkheden zou dit verzekerden bieden om zelf iets te doen aan de premie-uitgaven, en daarmee het risico van wanbetaling te voorkomen. Nu wordt bij dreigende wanbetaling soms gekozen voor een hoog vrijwillig eigen risico en, zo blijkt uit de praktijk van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, leidt één bezoek aan het ziekenhuis uiteindelijk tot aanmelding als wanbetaler bij het CAK.

In meer algemene zin denk ik dat de discussie omtrent het eigen risico duidelijk heeft gemaakt dat aan dat eigen risico een grens zit. De overheid kan het middel niet onbeperkt inzetten om de stijgende zorgkosten te beteugelen. Daarvoor hebben de burgers, zo is mijn overtuiging, op enig moment eenvoudigweg het geld niet (meer). Aan de andere kant realiseer ik mij dat



afschaffing van het verplicht eigen risico een forse aderlating betekent. Uit onderzoek door één van de ziektekostenverzekeraars zou kunnen worden afgeleid dat afschaffing ook niet nodig is. Een verplicht eigen risico tussen € 200,- en € 220,- lijkt voor een groot deel van de bevolking acceptabel en zou de ziektekostenverzekeraars een deel van dit verzekeringstechnische instrument teruggeven.

Kostenbeheersing

Natuurlijk moet iemand de extra lasten wel dragen. En daarmee kom ik terug aan het begin van deze bijdrage. In mijn optiek valt een keuze te maken tussen hetzij een beperking van de aanspraken, hetzij een aanpassing van het systeem van de inkomensafhankelijke bijdrage. Zoals – inmiddels – oud-minister Schippers het enkele maanden geleden verwoordde: het maakt niet uit welk stelsel je kiest, de zorg kost wat het kost en dat bedrag zal moeten worden opgebracht. Ik geloof dat het huidige stelsel goed is en dat het ook houdbaar kan zijn, maar dan moeten ziektekosten-

verzekeraars en politiek bereid zijn bepaalde, tot op heden gehanteerde uitgangspunten, los te laten en zal – in samenwerking met de zorgaanbieders – blijvend moeten worden ingezet op kostenbeheersing. Hierbij zal moeten worden geaccepteerd dat de ziekenfondsverzekering met een nominale maandpremie van (toen en omgerekend in euro's) iets minder dan € 15,- per maand en zonder eigen risico nooit meer zal terugkomen.

Dankwoord

Tot slot nog een persoonlijke opmerking. Gedurende mijn twaalf jaren heb ik met zeer veel plezier mogen fungeren als voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Dit heb ik niet kunnen doen zonder de enorme inzet van de medewerkers, het bestuur, de directie en secretaris van de SKGZ en vanzelfsprekend mijn collegae in de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Dank dat ik met u allen zo prettig heb mogen samenwerken. Deze collectiviteit moet nimmer worden losgelaten!

Een praktijkvoorbeeld

Vergoeding kosten tandarts na ongeval

Karel is met zijn fiets gevallen. Daarbij heeft hij zijn kaak gebroken en zijn tanden beschadigd. Volgens de arts in het ziekenhuis kon een operatie wachten totdat de kaak was geheeld. Toen zijn kaak geheeld was, heeft zijn tandarts een plan opgesteld om het gebit van Karel te herstellen.

Karel heeft een tandverzekering die mondzorg na een ongeval dekt tot € 10.000,-. Hij dient bij de verzekeraar een aanvraag in om de kosten van het herstel van zijn gebit te vergoeden. De verzekeraar wijst de aanvraag af. Daarop besluit Karel om per 1 januari over te stappen naar een andere verzekeraar. Tot zijn verbazing ontvangt hij eind december alsnog – van zijn 'oude' verzekeraar – toestemming voor de behandeling. Echter, een paar weken later krijgt Karel de mededeling van zijn oude verzekeraar dat de toestemming toch niet meer geldt, omdat hij de verzekering heeft opgezegd. Karel vraagt de geschillencommissie om een uitspraak.

Volgens de geschillencommissie wist de verzekeraar op het moment dat hij de toestemming gaf dat Karel was overstapt. Omdat de zorgverzekeraar geen voorbehoud heeft gemaakt ten aanzien van de voortzetting van de verzekering en Karel de aangevraagde behandeling feitelijk ook niet meer in het vorige jaar kon ondergaan, mocht hij erop vertrouwen dat de verzekeraar alsnog de kosten zou vergoeden. De geschillencommissie stelt Karel dan ook in het gelijk. De verzekeraar moet ook het entreegeld van € 37,- aan Karel vergoeden.

Deze uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is gepubliceerd op www.kpzv.nl onder nummer SKGZ201700272.



Zorgverzekeringslijn



624 gastlessen & workshops ZVL



464.251 flyers



63.272 informatie & contactmomenten

Eind 2017 betaalden 250.000 mensen langer dan zes maanden geen premie voor hun zorgverzekering. Ruim 20.000 mensen sloten geen zorgverzekering af. Zorgverzekeringslijn zoekt deze groepen op en legt uit hoe de wet werkt en wat de rechten en plichten van individuen zijn.

De verplichte zorgverzekering houdt de zorg betaalbaar en toegankelijk. Dat is een belangrijk uitgangspunt van het Nederlandse zorgstelsel. Zorgverzekeringslijn, een initiatief van het ministerie van VWS, levert hier een positieve bijdrage aan.

Zorgverzekeringslijn (ZVL) is het onderdeel van de SKGZ dat zich richt op wanbetalers en onverzekerden. In 2017 verzorgde ZVL meer dan 600 workshops en gastlessen, voerde 10.000 telefoongesprekken, ontving 1.000 e-mails en had 50.000 websitebezoekers.

Groot netwerk

Zorgverzekeringslijn wil met haar voorlichtingsactiviteiten wanbetaling en onverzekerde voorkomen en oplossen. Zorgverzekeringslijn helpt wanbetalers en onverzekerden bij hun problemen met de zorgverzekering. Dat is een complexe opgave, omdat mensen met deze problematiek vaak weinig structuur in hun leven hebben en daardoor minder makkelijk



te bereiken zijn. Zorgverzekeringslijn bereikt deze mensen via haar netwerk van instanties dat zij heeft opgebouwd sinds de start in 2013. Denk bijvoorbeeld aan gemeentes, (schuld)hulpverleners, sociale wijkteams, scholen, migrantenorganisaties of religieuze organisaties. Voor deze instanties is voorlichtingsmateriaal beschikbaar. Ook worden er workshops, gastlessen en webinars georganiseerd.



Bel mij!



Chat met ons



Mail ons je vraag

Nieuw in 2017: chat, webinar en online nieuwsbrief

Het jaar 2017 stond in het teken van verbetering en intensivering van de dienstverlening. Hoe bereikt Zorgverzekeringslijn meer mensen op een betere manier om hen te voorzien van de juiste informatie? Met deze vraag in het achterhoofd werd een nieuw kanaal opgezet; online chat. Daarnaast zijn webinars en een online nieuwsbrief ontwikkeld.

Via telefoon en e-mail kregen verzekerden en instanties al tips en advies. In november 2017 kwam daar de chat bij. De drempel voor contact per chat is lager dan per e-mail of telefoon. Daardoor is het bereik groter. Naast de chat is Zorgverzekeringslijn begonnen met webinars voor hulpverleners. Het contact is minder direct dan een workshop op locatie, maar er wordt met een kleine inspanning een groot publiek bereikt. Het gemiddelde van veertig aanwezigen per webinar bewijst de behoefte voor dit kanaal.

Werkbezoeken en gastlessen

In 2017 werd ook ingezet op het geven van werkbezoeken aan hulpverleners in het sociaal domein en gastlessen op mbo scholen. Hiermee werden 4.800 hulpverleners en meer dan 3.300 scholieren bereikt. Er werden 624 werkbezoeken afgelegd waarvan 398 workshops aan hulpverleners. Een stijging van 74% ten opzichte van 2016.

Een praktijkvoorbeeld

Een kind zomaar op een andere polis zetten. Kan dat?

Mevrouw Vos ontving een brief van haar ziektekostenverzekeraar met de mededeling dat haar vijftienjarige dochter niet langer als verzekerde bij haar op de polis staat. Ze belt de Zorgverzekeringslijn. Na contact met de klantenservice van haar ziektekostenverzekeraar blijkt dat de vader van het meisje – de ex – hun dochter heeft meeverzekerd op zijn polis. Mevrouw Vos is boos. Volgens de klantenservicemedewerker is dit een maas in de wet en is het wijzigen van de verzekering van haar dochter toegestaan zonder medeweten van mevrouw Vos. Mevrouw Vos kan zich dit niet voorstellen en vraagt om advies. Wat blijkt? De informatie van de verzekeraar is onjuist; bij minderjarige verzekerden dient de verzekeringnemer in te stemmen met wijzigingen in de polis. Zorgverzekeringslijn adviseert mevrouw Vos om schriftelijk een klacht in te dienen tegen de handelswijze van de verzekeraar. De medewerker van de Zorgverzekeringslijn stuurt haar een voorbeeldtekst die zij kan gebruiken. Om te laten weten dat de ziektekostenverzekeraar de fout heeft erkend en excuses heeft gemaakt, belt mevrouw Vos nog een keer met Zorgverzekeringslijn. Haar dochter zal weer bij haar op de polis komen.



Blik op 2018

Zorgverzekeringslijn focust in 2018 op het vergroten van haar bereik onder hulpverleners door andere vormen van communicatie en kennisoverdracht in te zetten. Eind 2018 verwacht ZVL een e-learningmodule te lanceren voor hulpverleners met informatie over wanbetaling en onverzekerdeheid. Op het gebied van preventie gaat ZVL, in samenwerking met docenten en leerlingen,

kijken naar nieuwe manieren om jongeren (17-23 jaar) te bereiken. Dit kan naast de gastlessen bijvoorbeeld in de vorm van een lesprogramma of Peer Education. Zorgverzekeringslijn gaat in 2018 door met het verzorgen van workshops, gastlessen en webinars. Ook blijft ZVL bereikbaar per telefoon, chat en e-mail om haar steen bij te dragen aan het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden.

Resultaten en doelen ZVL

Informatie & contactmomenten

- Telefoongesprekken
- E-mails
- Instappunten website

Werkbezoeken

- Gastlessen
- Workshops

Flyers

	2017		2016	
	doel	resultaat	doel	resultaat
Informatie & contactmomenten	65.000	63.272	35.000	52.309
Telefoongesprekken		10.221		6.735
E-mails		1.177		901
Instappunten website		51.874		44.673
Werkbezoeken	600	624	300	358
Gastlessen		226		225
Workshops		398		133
Flyers	450.000	464.251	981.000	1.007.277





Vooruitblik 2018

Voor 2018 houdt de SKGZ rekening met de hieronder genoemde zaken. De ervaring leert ook dat er niet te voorziene ontwikkelingen kunnen zijn.



Nieuwe bestuurs- en geschillencommissieleden

In 2018 treden twee nieuwe bestuursleden aan; een nieuwe voorzitter en een nieuw lid van de geschillencommissie. Wij zullen op gepaste wijze afscheid nemen van de aftredende leden.



Kwaliteitsontwikkeling

Wij blijven werken aan de kwaliteit van onze dienstverlening. Daarbij gebruiken we de uitkomsten van de klanttevredenheids-onderzoeken en de aanbevelingen uit het externe evaluatie-onderzoek dat begin 2018 is verschenen.



E-learning Zorgverzekeringslijn

Zorgverzekeringslijn focust in 2018 op het vergroten van haar impact. De website wordt vernieuwd. Naar verwachting wordt eind 2018 een e-learning module voor hulpverleners gelanceerd.



Verhuizing

In 2018 verhuist de SKGZ naar een nieuwe locatie. Deze nieuwe locatie biedt ons nieuwe mogelijkheden om vorm en inhoud te geven aan een onafhankelijke en deskundige klachtbehandeling.



Vernieuwing uitspraken site

De uitspraken van de geschillencommissie worden gepubliceerd op www.kpzv.nl. Deze site wordt in 2018 vernieuwd. Na de vernieuwing laadt de site sneller en sluit deze beter aan bij de SKGZ-huisstijl.



Europese privacyreggeving

Vanaf mei 2018 moet de SKGZ voldoen aan de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De SKGZ bereidt zich hierop voor.



Begroting 2018

(bedragen in euro)

Baten	2018
Bijdrage zorgverzekeraars	3.306.425
Bijdrage geschillen	14.800
Rente	-500
Subsidie Zorgverzekeringslijn	1.103.829
Totaal	4.424.554
Lasten	
Personeelskosten	2.180.855
Afschrijvingen op vaste activa	70.550
Bestuur, geschillencommissie, ombudsman	399.724
Huisvesting	195.825
Automatisering en digitalisering	166.500
Bureaunkosten	78.625
Profilering en communicatie	115.500
Overige stichtingskosten	15.000
Kwaliteitssysteem	10.000
Zorgverzekeringslijn	1.103.829
Onvoorzien	10.000
Totaal	4.346.408
Overschot toe te voegen aan algemene reserve	78.146

Op grond van artikel 48f, vierde lid, Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft heeft de begroting instemming van de minister van Financiën. Deze instemming heeft de SKGZ op 5 december 2017 ontvangen.



Organisatie SKGZ

Stichting

Bestuur

mr. dr. A.G.J.M. Rombouts, voorzitter
mr. E.E. Aberson, vice-voorzitter/secretaris
ir. Th.J.M. van Brunschot, penningmeester

Ombudsman Zorgverzekeringen
mr. R.P. van Marwijk Kooy

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. mr. A.I.M. van Mierlo, voorzitter
mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester
mr. drs. P.J.J. Vonk
mr. H.A.J. Kroon

Bureau

Directeur

drs. C.J. van Kranenburg



Staf

Secretaris SKGZ
mr. G.J. de Groot

Manager SKGZ

Manager ZVL



Secretariaat



Ombudsteam



Geschilteam



Zorgverzekeringlijn

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen is gevestigd te Zeist.



Medisch adviseur

drs. G. Salemink

Benoeming

De Ombudsman Zorgverzekeringen, de voorzitter en de leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen en de bestuursleden worden benoemd door het bestuur van de SKGZ. De benoeming is voor een periode van vier jaar. Na deze periode kan het bestuur besluiten tot herbenoeming. De maximale benoemingstermijn is drie keer vier aaneengesloten jaren. Als de samenstelling van het bestuur of de geschillencommissie verandert, is daarvoor toestemming nodig van de minister van Financiën.

Nevenfuncties

De nevenfuncties van de bestuursleden, de ombudsman, de leden van de geschillencommissie en de directeur staan vermeld op www.skgz.nl.

Reglementen

Op de werkzaamheden van de ombudsman en geschillencommissie is een reglement van toepassing. Dit reglement voldoet aan de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten en aan het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft. Een reglementswijziging behoeft de instemming van de minister van Financiën.

Onafhankelijk en onpartijdig

De Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn onpartijdig en onafhankelijk. De ziektekostenverzekeraars betalen onze dienstverlening op basis van de begroting waarmee de minister van Financiën heeft ingestemd. De ziektekostenverzekeraars hebben geen enkele invloed op de inhoudelijke behandeling van klachten. Ook de directie en het bestuur van de SKGZ hebben hierover geen zeggenschap.



Bestuur en directie

Van links naar rechts:
ir. Th.J.M. van Brunshot
mr. E.E. Aberson
mr. dr. A.G.J.M. Rombouts
drs. C.J. van Kranenburg



Jaarrekening 2017





Balans per 31 december 2017 na resultaatbestemming

(bedragen in euro)

Activa	31-12-2017	31-12-2016
Vaste activa		
<i>Immateriële vaste activa</i>		
Digitalisering	19.890	59.668
<i>Materiële vaste activa</i>		
Andere vaste bedrijfsmiddelen	35.426	68.104
Vlottende activa		
<i>Vorderingen</i>		
Debiteuren	-	82.672
Overige vorderingen en overlopende activa	39.751	63.889
	↳ 39.751	↳ 146.561
<i>Liquide middelen</i>	1.239.364	903.596
Totaal activazijde	1.334.431	1.177.929
Passiva		
Stichtingsvermogen		
Bestemmingsreserves	200.000	200.000
Bestemmingsfonds egaliseringsreserve VWS	106.132	-
Algemene reserves	593.752	523.600
	↳ 899.884	↳ 723.600
Voorzieningen		
Overige voorzieningen	23.251	26.145
Kortlopende schulden		
Schulden aan leveranciers en handelskredieten	121.020	17.078
Belastingen en premies sociale verzekeringen	75.891	71.274
Overige schulden en overlopende passiva	214.385	339.832
	↳ 411.296	↳ 428.184
Totaal passivazijde	1.334.431	1.177.929



Staat van baten en lasten over 2017

(bedragen in euro)

	Uitkomst 2017	Begroot 2017	Uitkomst 2016
Baten			
Bijdrage zorgverzekeraars	3.318.056	3.306.425	3.433.416
Subsidies Ministerie VWS – Zorgverzekeringslijn	1.170.859	1.155.692	923.688
Bijdrage geschillen	13.135	22.200	20.978
Financiële baten en lasten	-4.675	-	1.450
Totaal	4.497.375	4.484.317	4.379.532
Lasten			
Personeelskosten	2.252.478	2.234.500	2.148.469
Afschrijvingen immateriële vaste activa	39.778	41.000	39.778
Afschrijvingen materiële vaste activa	27.831	38.000	28.311
Bestuur, geschillencommissie en ombudsman	419.259	444.125	370.173
Huisvesting	156.589	183.000	151.984
Automatisering en digitalisering	176.821	182.125	129.150
Bureaunkosten	98.704	82.000	76.016
Profilering en communicatie	80.999	93.875	42.305
Overige stichtingskosten	3.834	20.000	4.333
Zorgverzekeringslijn	1.064.727	1.155.692	923.689
Versnelling PGB	71	-	278.997
Invoeren kwaliteitssysteem	-	10.000	-
Totaal	4.321.091	4.484.317	4.193.205
Netto resultaat	176.284	-	186.327
Resultaatbestemming			
Bestemmingsfonds Egalisatiereserve VWS	106.132		-
Algemene reserves	70.152		186.327
Totaal	176.284		186.327



Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

Informatie over de rechtspersoon

Vestigingsadres en inschrijfnummer handelsregister

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen is feitelijk en statutair gevestigd op Sparrenheuvel 16, 3708 JE te Zeist en is ingeschreven bij het handelsregister onder nummer 30213012.

Algemene toelichting

Belangrijkste activiteiten van rechtspersoon

De stichting heeft ten doel de oprichting, de instandhouding en het faciliteren van
(1) een onafhankelijke geschillencommissie, als bedoeld in artikel 2 lid 2 sub A van de statuten van de stichting, belast met de behandeling van geschillen op het terrein van de zorgverzekeringen die zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, en
(2) van een instituut, genaamd Ombudsman Zorgverzekeringen, als bedoeld in artikel 2 lid 2 sub B van de statuten van de stichting, belast met de behandeling van klachten op het terrein van de zorgverzekeringen en alles wat daarmee in de ruimste zin samenhangt.

Algemene grondslagen voor verslaggeving

De standaarden op basis waarvan de jaarrekening is opgesteld

De jaarrekening is naar de grondslag van historische kosten en conform de richtlijn RJkC1 van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving opgesteld.

De waardering van activa en passiva en de bepaling van het resultaat vinden plaats op basis van historische kosten, tenzij anders is vermeld.

Baten en lasten worden toegerekend aan het jaar waarop ze betrekking hebben.

Baten worden slechts opgenomen voorzover zij op de balansdatum zijn gerealiseerd. Verplichtingen en mogelijke lasten die hun oorsprong vinden voor het einde van het verslagjaar, worden in acht genomen indien zij voor het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

Alle bedragen in de jaarrekening zijn vermeld in euro's, tenzij anders wordt aangegeven.

Grondslagen

Immateriële vaste activa

De immateriële vaste activa worden gewaardeerd op aanschaffingswaarde, verminderd met lineaire afschrijvingen gebaseerd op de geschatte economische levensduur en, indien van toepassing, verminderd met bijzondere waardeverminderingen.

Materiële vaste activa

De materiële vaste activa wordt gewaardeerd op aanschaffingswaarde, verminderd met lineaire afschrijvingen gebaseerd op de geschatte economische levensduur en, indien van toepassing, verminderd met bijzondere waardeverminderingen.

Vorderingen

De vorderingen worden opgenomen voor de nominale waarde, indien noodzakelijk onder aftrek van een voorziening voor oninbaarheid. De voorziening wordt bepaald op individuele basis.



Bestemmingsreserves

Bestemmingsreserves worden gevormd voor toekomstige uitgaven die uit de huidige beschikbare middelen gedekt moeten worden. Voor de besteding van deze gelden zijn door het bestuur beperkingen opgelegd.

Grondslag voor Bestemmingsfonds Egalisatiereserve VWS bedraagt maximaal 10% van het jaarlijks door VWS ter beschikking gestelde subsidiebedrag.

Voorziening voor pensioenen

De stichting is voor de pensioenregeling aangesloten bij de Stichting Bedrijfstakpensioenfonds Zorgverzekeraars (SBZ). Voor het ouderdomspensioen geldt een middelloonregeling met een opbouw van 2,15% over de pensioengrondslag.

De pensioenverplichting uit de regeling wordt gewaardeerd volgens de 'verplichting aan de pensioenuitvoerder benadering'. In deze benadering wordt aan de pensioenuitvoerder te betalen premie als last in de winst- en verliesrekening verantwoord.

Ultimo 2017 en 2016 waren er voor de stichting geen pensioenvorderingen en geen verplichtingen naast de betaling van de jaarlijkse aan de pensioenuitvoerder verschuldigde premie.

Overige voorzieningen

De voorziening jubileumuitkeringen zijn verwerkt op grond van richtlijn RJ 271 van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving. De verwachte uitkeringen zijn contant gemaakt tegen 3%.

Grondslagen voor de bepaling van het resultaat

De baten en lasten over het verslagjaar worden bepaald met inachtneming van de hiervoor vermelde waarderingsgrondslagen. De baten en lasten zijn verantwoord in het jaar waarop ze betrekking hebben.

Subsidiebaten

De aan projecten toegerekende subsidiebaten zijn gelijk aan de verantwoorde projectkosten, voor zover de maximaal toegekende subsidie niet wordt overschreden en vermeerderd met de toevoegingen aan de egalisatiereserve. De kosten worden op basis van kostenplaatsen toegerekend aan de projecten waar deze betrekking op hebben.



Toelichting op de balans

Vaste activa

Immateriële vaste activa

	<u>Digitali- sering</u> €
Stand per 1 januari 2017	
Aanschaffingswaarde	188.928
Cumulatieve afschrijvingen	<u>-129.260</u>
Boekwaarde per 1 januari 2017	<u>59.668</u>
Mutaties	
Afschrijvingen	<u>-39.778</u>
Saldo mutaties	<u>-39.778</u>
Stand per 31 december 2017	
Aanschaffingswaarde	188.928
Cumulatieve afschrijvingen	<u>-169.038</u>
Boekwaarde per 31 december 2017	<u>19.890</u>
Afschrijvingspercentages	<u>20% - 25%</u>



Materiële vaste activa

	Andere vaste bedrijfs- middelen	Zorgverze- kerings- lijn.nl	Totaal
	€	€	€
Stand per 1 januari 2017			
Aanschaffingswaarde	163.223	64.875	228.098
Cumulatieve afschrijvingen	-95.119	-64.875	-159.994
Boekwaarde per 1 januari 2017	<u>68.104</u>	<u>-</u>	<u>68.104</u>
Mutaties			
Investeringen	3.817	-	3.817
Afschrijvingen	-36.495	-	-36.495
Saldo mutaties	<u>-32.678</u>	<u>-</u>	<u>-32.678</u>
Stand per 31 december 2017			
Aanschaffingswaarde	167.014	64.875	231.889
Cumulatieve afschrijvingen	-131.588	-64.875	-196.463
Boekwaarde per 31 december 2017	<u>35.426</u>	<u>-</u>	<u>35.426</u>
Afschrijvingspercentages	<u>20% - 33,3%</u>	<u>33,3%</u>	



Vlottende activa

Vorderingen

	<u>31-12-2017</u>	<u>31-12-2016</u>
	€	€
Debiteuren		
Debiteuren	-	82.672
Overige vorderingen en overlopende activa		
Belastingen en premies sociale verzekeringen	1.394	4.126
Overige vorderingen	38.357	59.763
	<u>39.751</u>	<u>63.889</u>
Belastingen en premies sociale verzekeringen		
Pensioenen	<u>1.394</u>	<u>4.126</u>
Overige vorderingen		
Vooruitbetaalde bedragen	37.562	57.518
Rente spaarrekeningen	-	1.450
Waarborgsom	795	795
	<u>38.357</u>	<u>59.763</u>

De post vooruitbetaalde bedragen bevat kosten die betrekking hebben op het volgende boekjaar, maar in het huidige boekjaar zijn betaald. Per einde 2017 betreft dit met name de huur- en servicekosten voor het eerste kwartaal 2018 à € 32.470.

Liquide middelen

ING Bank rekening-courant	11.372	15.568
ING Bank zakelijke spaarrekening	228.000	385.000
Rabobank rekening-courant	798.225	1.812
Rabobank spaarrekening	201.767	501.216
	<u>1.239.364</u>	<u>903.596</u>

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van de SKGZ.



Stichtingsvermogen

In onderstaand overzicht is het verloop van het eigen vermogen weergegeven:

	Bestem- mingsreser- ves	Bestem- mingsfonds egalisatie- reserve VWS	Algemene reserves	Totaal
	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2017	200.000	-	523.600	723.600
Uit resultaatverdeling	-	106.132	70.152	176.284
Stand per 31 december 2017	200.000	106.132	593.752	899.884
			31-12-2017	31-12-2016
			€	€

Bestemmingsreserves

Bestemmingsreserve discontinuïteit	100.000	100.000
Bestemmingsreserve personeel	100.000	100.000
	<u>200.000</u>	<u>200.000</u>
	2017	2016
	€	€

Bestemmingsreserve discontinuïteit

Stand per 1 januari	100.000	100.000
Mutaties	-	-
Stand per 31 december	<u>100.000</u>	<u>100.000</u>

Deze bestemmingsreserve is bedoeld als buffer voor het dekken van doorlopende kosten in geval van discontinuïteit of voor incidentele activiteiten voor het al of niet voortbestaan van de stichting.

2017	2016
€	€

Bestemmingsreserve personeel

Stand per 1 januari	100.000	100.000
Mutaties	-	-
Stand per 31 december	<u>100.000</u>	<u>100.000</u>

Deze bestemmingsreserve is bedoeld voor het opvangen van extra lasten als gevolg van afvloeiing van personeel.



	<u>2017</u>	<u>2016</u>
	€	€
Bestemmingsfonds Egalisatiereserve VWS		
Stand per 1 januari	-	-
Resultaatverdeling	<u>106.132</u>	-
Stand per 31 december	<u><u>106.132</u></u>	<u><u>-</u></u>

Het bestemmingsfonds Egalisatiereserve VWS is gevormd in verband met het overschot op de instellingssubsidie Zorgverzekeringslijn 2017. De besteding hiervan is door het Ministerie van VWS beperkt tot de activiteiten zoals genoemd in de subsidiebeschikking.

	<u>2017</u>	<u>2016</u>
	€	€
Algemene reserves		
Stand per 1 januari	523.600	337.273
Uit resultaatverdeling	<u>70.152</u>	<u>186.327</u>
Stand per 31 december	<u><u>593.752</u></u>	<u><u>523.600</u></u>

Vorzieningen

	<u>31-12-2017</u>	<u>31-12-2016</u>
	€	€
Overige voorzieningen		
Jubileumuitkeringen	<u>23.251</u>	<u>26.145</u>
	<u>2017</u>	<u>2016</u>
	€	€

Jubileumuitkeringen

Stand per 1 januari	26.145	20.978
Mutatie	<u>-2.894</u>	<u>5.167</u>
Stand per 31 december	<u><u>23.251</u></u>	<u><u>26.145</u></u>

Deze voorziening is gevormd voor de toekomstige jubileumgratificaties bij een 25- of 40-jarig jubileum van personeelsleden.



Kortlopende schulden

	<u>31-12-2017</u>	<u>31-12-2016</u>
	€	€
Schulden aan leveranciers en handelskredieten		
Crediteuren	<u>121.020</u>	<u>17.078</u>
Belastingen en premies sociale verzekeringen		
Loonheffing	<u>75.891</u>	<u>71.274</u>
Overige schulden en overlopende passiva		
Reservering verlofdagen	85.879	85.482
Nog te betalen facilitaire kosten	77.877	93.024
Accountantskosten	5.066	26.378
Administratiekosten	4.840	4.840
Rente banken	4.319	-
Debiteuren - afrekening 2017 resp. 2016	4.218	75.007
Projectsubsidie Ministerie van VWS	-	21.626
Reservering vakantiegeld	-	1.818
Diversen	<u>32.186</u>	<u>31.657</u>
	<u>214.385</u>	<u>339.832</u>



Niet in de balans opgenomen rechten, verplichtingen en regelingen

Informatieverschaffing over niet in de balans opgenomen verplichtingen

De stichting is een huurverplichting aangegaan voor kantoorruimte aan de Sparrenheuvel 16 te Zeist tot 1 juli 2018 voor een huurbedrag van circa € 131.000 op jaarbasis. Dit contract is opgezegd.

In januari 2018 is de stichting een huurverplichting aangegaan voor kantoorruimte aan het Rond 2D te Zeist. Dit contract is aangegaan voor een periode van vijf jaar. De huur bedraagt inclusief servicekosten ca. € 135.729 op jaarbasis.

In 2013 is de stichting een leaseovereenkomst aangegaan voor kopieerapparatuur voor de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2018. De leaseverplichting bedraagt circa € 6.000 incl. BTW per jaar.

De stichting is per 1 januari 2018 een overeenkomst aangegaan voor het gebruik van clouddiensten. Deze overeenkomst loopt tot en met 31 december 2020. De verplichting bedraagt € 6.526 incl. BTW per maand.

De stichting is een overeenkomst aangegaan voor gebruikersondersteuning KPVZ-website. Deze overeenkomst loopt tot januari 2018, met een stilzwijgende verlenging met twee jaar. De verplichting bedraagt € 7.345 incl. BTW per jaar.



Toelichting op de staat van baten en lasten

	<u>Uitkomst 2017</u>	<u>Begroot 2017</u>	<u>Uitkomst 2016</u>
	€	€	€
Baten			
Bijdrage zorgverzekeraars	3.318.056	3.306.425	3.433.416
Subsidie Ministerie van VWS - Zorgverzekeringslijn.nl	1.170.859	1.155.692	923.688
Bijdrage geschillen	13.135	22.200	20.978
Financiële baten en lasten	-4.675	-	1.450
	<u>4.497.375</u>	<u>4.484.317</u>	<u>4.379.532</u>
Bijdrage zorgverzekeraars			
Reguliere bijdrage	3.318.056	3.306.425	3.123.515
Aanvullende bijdrage versnelling PGB	-	-	309.901
	<u>3.318.056</u>	<u>3.306.425</u>	<u>3.433.416</u>

De bijdrage is op basis van het verzekerdenbestand van 1 mei 2017 in rekening gebracht. Het aantal verzekerden per 1 mei 2017 bedroeg 17.015.671. De bijdrage per verzekerde bedraagt € 0,195 (2016: € 0,203).

Subsidie Ministerie van VWS - Zorgverzekeringslijn.nl

Ontvangen instellingssubsidie 325371	1.170.859	1.155.692	-
Ontvangen projectsubsidie 323240	-	-	927.079
Onderbesteding projectsubsidie 323240	-	-	-3.391
	<u>1.170.859</u>	<u>1.155.692</u>	<u>923.688</u>

In 2017 heeft een definitieve afrekening met het Ministerie van VWS plaatsgevonden over de projectsubsidie met nummer 323240, over de periode van 2013 tot en met 2016.

Er dient met het Ministerie van VWS nog een definitieve afrekening plaats te vinden over de instellingssubsidie met nummer 325371. Voor het overschot van deze subsidie is een egalisatiereserve gevormd.

Per 20 december 2017 is de instellingssubsidie beschikbaar door het Ministerie van VWS voor het jaar 2018 voor een bedrag van € 1.103.829, nummer 326601.

Bijdrage geschillen

Ontvangen bijdrage 367 x € 37,00 (2016: 616)	13.579	22.200	22.792
Terugbetaalde bijdrage 12 x € 37,00 (2016: 49)	-444	-	-1.814
	<u>13.135</u>	<u>22.200</u>	<u>20.978</u>

Conform artikel 8, lid 1 van het reglement van De Geschillencommissie Zorgverzekeringen is een entreegeld van € 37,00 verschuldigd aan de stichting om een geschil in behandeling te laten nemen. Bij intrekking door een verzekerde van een zaak vóór de hoorzitting door de Geschillencommissie wordt de bijdrage van € 37,00 terugbetaald.



	<u>Uitkomst 2017</u>	<u>Begroot 2017</u>	<u>Uitkomst 2016</u>
	€	€	€
Financiële baten en lasten			
Rente	-4.675	-	1.450
Personeelskosten			
Bruto loon	2.145.682	2.219.877	2.034.618
Pensioenpremie	385.896	348.515	340.893
Sociale lasten	354.661	367.161	331.787
ZKV-vergoeding	20.537	5.000	20.532
Mutatie reservering vakantiedagen	397	-	3.157
Mutatie reservering vakantiegeld	-1.818	-	1.818
Ontvangen uitkeringen	-60.919	-20.000	-54.681
	<u>2.844.436</u>	<u>2.920.553</u>	<u>2.678.124</u>
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-756.729	-833.053	-614.807
Af: toe te rekenen aan Versnelling PGB	-	-	-194.250
	<u>2.087.707</u>	<u>2.087.500</u>	<u>1.869.067</u>
Overige personeelskosten			
Reiskostenvergoeding	82.215	42.000	64.844
Studie, congressen en symposia	43.584	47.306	34.619
Ondersteunende diensten derden	23.693	20.000	38.807
Inhuur personeel	24.124	25.000	147.757
Salarisadministratie	6.731	-	-
Arbo	5.348	10.000	4.280
Advieskosten personeel	2.773	-	4.823
Wervingskosten	283	14.000	12.790
Dotatie voorziening jubileumuitkeringen	-2.894	4.000	5.167
Diversen	28.380	25.871	12.841
	<u>214.237</u>	<u>188.177</u>	<u>325.928</u>
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-49.466	-41.177	-46.526
	<u>164.771</u>	<u>147.000</u>	<u>279.402</u>
Totale personeelskosten excl. Zorgverzekeringslijn	2.252.478	2.234.500	2.148.469

Gemiddeld aantal werknemers
2017: 39,66 2016: 39,73

Met ingang van de jaarrekening 2017 zijn de kosten voor financiële administratie en salarisadministratie gepresenteerd onder de overige personeelskosten. Voorheen werden deze kosten verantwoord onder de bureaunkosten. Met deze presentatiewijziging correspondeert de verantwoording beter met de begroting.



	Uitkomst 2017	Begroot 2017	Uitkomst 2016
	€	€	€
Afschrijvingen immateriële vaste activa			
Afschrijving digitalisering	39.778	41.000	39.778
Afschrijvingen materiële vaste activa			
Andere vaste bedrijfsmiddelen	36.495	46.033	36.774
Directe afschrijving Zorgverzekeringslijn.nl	-	-	21.625
	36.495	46.033	58.399
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-8.664	-8.033	-30.088
	27.831	38.000	28.311
Bestuur, geschillencommissie en ombudsman			
Bestuur	53.948	47.599	45.885
Geschillencommissie	250.655	283.700	211.921
Ombudsman	128.104	124.200	123.732
	432.707	455.499	381.538
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-13.448	-11.374	-11.365
	419.259	444.125	370.173
Huisvesting			
Huur en servicekosten	149.794	155.000	148.517
Schoonmaak	24.524	25.000	23.912
Verhuiskosten	11.075	-	-
Overige huisvestingskosten	4.196	36.000	9.483
	189.589	216.000	181.912
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-33.000	-33.000	-29.928
	156.589	183.000	151.984
Automatisering en digitalisering			
Digitaal zaakstelsel	115.374	112.000	82.638
Cloud	60.452	65.826	53.565
Automatiseringskosten	21.477	21.500	9.255
	197.303	199.326	145.458
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-20.482	-17.201	-16.308
	176.821	182.125	129.150



	Uitkomst 2017	Begroot 2017	Uitkomst 2016
	€	€	€
Bureaunkosten			
Porto	30.926	26.899	34.541
Accountant	20.409	12.212	22.748
Papier/drukwerk	18.497	12.671	18.775
Telefoon	15.755	13.705	14.591
Externe audit	11.979	10.000	-
Kantoorbehoefte	9.465	3.900	10.988
Internet	5.751	-	5.751
Overige bureaunkosten	2.438	3.000	5.715
Advieskosten organisatie en AO	387	15.000	2.366
	<u>115.607</u>	<u>97.387</u>	<u>115.475</u>
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-16.903	-15.387	-39.459
	<u>98.704</u>	<u>82.000</u>	<u>76.016</u>
Profilering en communicatie			
Internetontwikkeling	32.191	21.000	16.447
Congres	17.393	14.000	17.568
KPZV.nl	19.662	38.500	7.332
Jaarverslag	4.028	6.000	761
Huisstijlontwikkeling	581	11.000	-
Overige profileringskosten	13.347	16.422	4.963
	<u>87.202</u>	<u>106.922</u>	<u>47.071</u>
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-6.203	-13.047	-4.766
	<u>80.999</u>	<u>93.875</u>	<u>42.305</u>
Overige stichtingskosten			
Vergaderingen en representaties	1.375	5.000	1.290
Verzekeringen	1.685	5.000	2.670
Bankkosten	1.195	-	1.326
Onvoorziene kosten	-	10.000	-
	<u>4.255</u>	<u>20.000</u>	<u>5.286</u>
Af: toe te rekenen aan Zorgverzekeringslijn.nl	-421	-	-953
	<u>3.834</u>	<u>20.000</u>	<u>4.333</u>

De doorbelasting naar Zorgverzekeringslijn vindt voor wat betreft de post Personeel plaats op basis van de werkelijke personeelskosten voor de medewerkers die speciaal voor deze activiteit in dienst zijn. De direct toe te rekenen kosten voor Zorgverzekeringslijn worden volledig ten laste gebracht van die activiteit. De overige toe te rekenen kosten worden op basis van 25% toegerekend. Dit percentage is in overeenstemming met de subsidieaanvraag naar het Ministerie VWS toe en consistent aan voorgaande jaren.



	Uitkomst 2017	Begroot 2017	Uitkomst 2016
	€	€	€
Versnelling PGB			
Doorberekening personeel	-	-	194.250
Vacatiegelden geschillencommissie	-	-	41.000
Internetontwikkeling	-	-	18.543
Automatiseringskosten	71	-	13.624
Communicatiekosten	-	-	11.580
	<u>71</u>	<u>-</u>	<u>278.997</u>

De doorbelaste kosten Versnelling PGB worden bepaald aan de hand van de werkelijke urenbesteding van de medewerkers. Overige kosten die alleen toe te wijzen zijn aan de Versnelling van PGB-zaken, worden volledig doorbelast.

Invoeren kwaliteitssysteem

Kwaliteitssyteem	-	10.000	-
	<u>-</u>	<u>10.000</u>	<u>-</u>



Analyse verschil uitkomst met begroting

	Uitkomst 2017	Begroot 2017	Mutatie	
	€	€	€	%
Baten	4.497.375	4.484.317	13.058	0,3
	<u>4.497.375</u>	<u>4.484.317</u>	<u>13.058</u>	<u>0,3</u>
Personeelskosten	2.087.707	2.087.500	207	0,0
Overige personeelskosten	164.771	147.000	17.771	12,1
Bestuur, geschillencommissie en ombudsman	419.259	444.125	-24.866	-5,6
Afschrijvingen immateriële vaste activa	39.778	41.000	-1.222	-3,0
Afschrijvingen materiële vaste activa	27.831	38.000	-10.169	-26,8
Huisvesting	156.589	183.000	-26.411	-14,4
Automatisering en digitalisering	176.821	182.125	-5.304	-2,9
Bureaunkosten	98.704	82.000	16.704	20,4
Profilering en communicatie	80.999	93.875	-12.876	-13,7
Overige stichtingskosten	3.834	20.000	-16.166	-80,8
Zorgverzekeringslijn.nl	1.064.727	1.155.692	-90.965	-7,9
Versnelling PGB	71	-	71	-
Invoeren kwaliteitssysteem	-	10.000	-10.000	-100,0
Som der organisatielasten	<u>4.321.091</u>	<u>4.484.317</u>	<u>-163.226</u>	<u>-3,6</u>
Netto resultaat	<u>176.284</u>	<u>-</u>	<u>176.284</u>	<u>-</u>



Verklaring verschil uitkomst met begroting

Onderstaand wordt ingegaan op de verschillen in de Staat van Baten en Lasten 2017 tussen 'Begroot 2017' en 'Uitkomst 2017'. Deze analyse is op hoofdlijnen.

De gerealiseerde personeelskosten zijn 1,2% (ca. € 28.000) hoger dan begroot. Deze lichte overschrijding wordt met name veroorzaakt door toegenomen pensioenpremie (ca. € 40.000 meer dan begroot) en het toerekenen aan de post opleidingskosten (ca. € 10.000) van het invoeren van het kwaliteitssysteem. Daartegenover staan enkele aflopende contracten die in de loop van het jaar niet verlengd zijn.

Op de afschrijvingen van materiële vaste activa is een besparing gerealiseerd van ca. € 10.000. Minder dan vooraf ingeschat was het nodig om kantoorautomatisering en inventaris te vervangen, waardoor de afschrijvingen op nieuwe materiële vaste activa zeer laag zijn.

De gerealiseerde huisvestingskosten zijn ca. € 26.000 lager dan begroot. Dit verschil wordt met name veroorzaakt door het wijzigen van de presentatie van de gerealiseerde kosten van ondersteunende diensten derden naar de personeelskosten. Dit betreft de doorberekende personeelskosten van de receptie en de bedrijfskantine.

De bureaunkosten zijn ca. € 16.000 hoger dan begroot. Bij het opstellen van de begroting is een te hoog bedrag aan doorbelastingen Zorgverzekeringslijn opgenomen. Ook de portokosten en de accountantskosten zijn hoger dan begroot.

De kosten voor profilering en communicatie zijn gedaald met ca. € 13.000 t.o.v. de begroting. De kosten voor ontwikkeling van KPZV.nl bleken lager dan verwacht.

Zeist, 22 februari 2018
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

dr. mr. A.G.J.M. Rombouts
voorzitter

ir. Th.J.M. van Brunschot
penningmeester

mr. E.E. Aberson
bestuurslid



Overige gegevens





Controleverklaring

CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT

Aan het bestuur van Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

VERKLARING OVER DE IN HET JAARVERSLAG OPGENOMEN JAARREKENING 2017

ONS OORDEEL

Wij hebben de jaarrekening 2017 van Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen te Zeist gecontroleerd.

Naar ons oordeel geeft de in dit jaarverslag opgenomen jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen per 31 december 2017 en de staat van baten en lasten over 2017 in overeenstemming met de in Nederland geldende RJ-Richtlijn RJK C1 "kleine organisaties-zonder-winststreven".

De jaarrekening bestaat uit:

1. de balans per 31 december 2017;
2. de staat van baten en lasten over 2017; en
3. de toelichting met een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

DE BASIS VOOR ONS OORDEEL

Wij hebben onze controle uitgevoerd volgens het Nederlands recht, waaronder ook de Nederlandse controlestandaarden vallen. Onze verantwoordelijkheden op grond hiervan zijn beschreven in de sectie 'Onze verantwoordelijkheden voor de controle van de jaarrekening'.

Wij zijn onafhankelijk van Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen zoals vereist in de Verordening inzake de onafhankelijkheid van accountants bij assurance-opdrachten (ViO) en andere voor de opdracht relevante onafhankelijkheidsregels in Nederland. Verder hebben wij voldaan aan de Verordening gedrags- en beroepsregels accountants (VGBA).

Wij vinden dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel.



VERKLARING OVER DE IN HET JAARVERSLAG OPGENOMEN ANDERE INFORMATIE

Naast de jaarrekening en onze controleverklaring daarbij, omvat het jaarverslag andere informatie, die bestaat uit:

- het bestuursverslag;
- de overige gegevens;
- bijlagen.

Op grond van onderstaande werkzaamheden zijn wij van mening dat de andere informatie met de jaarrekening verenigbaar is en geen materiële afwijkingen bevat.

Wij hebben de andere informatie gelezen en hebben op basis van onze kennis en ons begrip, verkregen vanuit de controle of anderszins, overwogen of de andere informatie materiële afwijkingen bevat.

Met onze werkzaamheden hebben wij voldaan aan de vereisten in de Nederlandse Standaard 720. Deze werkzaamheden hebben niet dezelfde diepgang als onze controlewerkzaamheden bij de jaarrekening.

Het bestuur is verantwoordelijk voor het opstellen van de andere informatie, waaronder het bestuursverslag in overeenstemming met de RJ-Richtlijn RJk C1 "kleine organisaties-zonder-winststreven".

BESCHRIJVING VAN VERANTWOORDELIJKHEDEN MET BETREKKING TOT DE JAARREKENING

VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN HET BESTUUR VOOR DE JAARREKENING

Het bestuur is verantwoordelijk voor het opmaken en getrouw weergeven van de jaarrekening in overeenstemming met de in Nederland geldende RJ-Richtlijn RJk C1 "kleine organisaties-zonder-winststreven". In dit kader is het bestuur verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing die het bestuur noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fouten of fraude.

Bij het opmaken van de jaarrekening moet het bestuur afwegen of de stichting in staat is om haar werkzaamheden in continuïteit voort te zetten. Op grond van genoemd verslaggevingsstelsel moet het bestuur de jaarrekening opmaken op basis van de continuïteitsveronderstelling, tenzij het bestuur het voornemen heeft om de stichting te liquideren of de activiteiten te beëindigen of als beëindiging het enige realistische alternatief is.

Het bestuur moet gebeurtenissen en omstandigheden waardoor gerede twijfel zou kunnen bestaan of de stichting haar activiteiten in continuïteit kan voortzetten, toelichten in de jaarrekening.



ONZE VERANTWOORDELIJKHEDEN VOOR DE CONTROLE VAN DE JAARREKENING

Onze verantwoordelijkheid is het zodanig plannen en uitvoeren van een controleopdracht dat wij daarmee voldoende en geschikte controle-informatie verkrijgen voor het door ons af te geven oordeel.

Onze controle is uitgevoerd met een hoge mate maar geen absolute mate van zekerheid waardoor het mogelijk is dat wij tijdens onze controle niet alle materiële fouten en fraude ontdekken.

Afwijkingen kunnen ontstaan als gevolg van fraude of fouten en zijn materieel indien redelijkerwijs kan worden verwacht dat deze, afzonderlijk of gezamenlijk, van invloed kunnen zijn op de economische beslissingen die gebruikers op basis van deze jaarrekening nemen. De materialiteit beïnvloedt de aard, timing en omvang van onze controlewerkzaamheden en de evaluatie van het effect van onderkende afwijkingen op ons oordeel.

Wij hebben deze accountantscontrole professioneel kritisch uitgevoerd en hebben waar relevant professionele oordeelsvorming toegepast in overeenstemming met de Nederlandse controlestandaarden, ethische voorschriften en de onafhankelijkheidseisen. Onze controle bestond onder andere uit:

- het identificeren en inschatten van de risico's dat de jaarrekening afwijkingen van materieel belang bevat als gevolg van fouten of fraude, het in reactie op deze risico's bepalen en uitvoeren van controlewerkzaamheden en het verkrijgen van controle-informatie die voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel. Bij fraude is het risico dat een afwijking van materieel belang niet ontdekt wordt groter dan bij fouten. Bij fraude kan sprake zijn van samenspanning, valsheid in geschrifte, het opzettelijk nalaten transacties vast te leggen, het opzettelijk verkeerd voorstellen van zaken of het doorbreken van de interne beheersing;
- het verkrijgen van inzicht in de interne beheersing die relevant is voor de controle met als doel controlewerkzaamheden te selecteren die passend zijn in de omstandigheden. Deze werkzaamheden hebben niet als doel om een oordeel uit te spreken over de effectiviteit van de interne beheersing van de entiteit;
- het evalueren van de geschiktheid van de gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en het evalueren van de redelijkheid van schattingen door het bestuur en de toelichtingen die daarover in de jaarrekening staan;
- het vaststellen dat de door het bestuur gehanteerde continuïteitsveronderstelling aanvaardbaar is. Tevens het op basis van de verkregen controle-informatie vaststellen of er gebeurtenissen en omstandigheden zijn waardoor gerede twijfel zou kunnen bestaan of de stichting haar activiteiten in continuïteit kan voortzetten. Als wij concluderen dat er een onzekerheid van materieel belang bestaat, zijn wij verplicht om aandacht in onze controleverklaring te vestigen op de relevante gerelateerde toelichtingen in de jaarrekening. Als de toelichtingen inadequaat zijn, moeten wij onze verklaring aanpassen. Onze conclusies zijn gebaseerd op de controle-informatie die verkregen is tot de datum van onze controleverklaring. Toekomstige gebeurtenissen of omstandigheden kunnen er echter toe leiden dat een stichting haar continuïteit niet langer kan handhaven;
- het evalueren van de presentatie, structuur en inhoud van de jaarrekening en de daarin opgenomen toelichtingen; en



- het evalueren of de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de onderliggende transacties en gebeurtenissen.

Utrecht, 22 februari 2018

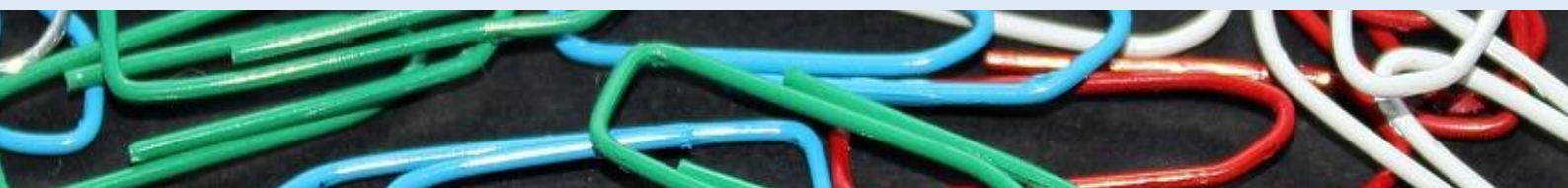
MAZARS PAARDEKOOPEL HOFFMAN N.V.

was getekend

G. Juffer RA



Bijlagen





Aangesloten organisaties

In het verslagjaar 2017 waren bij de SKGZ de volgende organisaties aangesloten. Het betreft alle in Nederland actieve ziektekostenverzekeraars. In het overzicht worden tevens de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens één of meerdere ziektekostenverzekeraars.

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

Aangesloten vanaf 1 januari 2018

46. iptiQ Life S.A.

* Gedurende het jaar 2017 heeft er bij deze organisaties een aanpassing in de juridische structuur plaatsgevonden waarbij enkele entiteiten in elkaar zijn opgegaan.



Colofon

Uitgave van

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)

Postbus 291
3700 AG Zeist
088 - 900 6 900
info@skgz.nl
www.skgz.nl

kvk-nummer 30213012

Aan dit jaarverslag werkten mee

T.C. Becker B.COM
M. Blom
mr. G.J. de Groot
C.J. van Kranenburg MA
mr. R.P. van Marwijk Kooy
prof. mr. A.I.M. van Mierlo
mr. E.L. Niezen
dr. mr. A.G.J.M. Rombouts
mr. L.E.W. Simonse
drs. M.R.J. Spanjaard

Eindredactie

T.C. Becker B.COM

Vormgeving

mr. E.L. Niezen

Beeld

Yon Gloudemans (foto's pagina's 5, 11, 13, 25 en 35)
T.C. Becker B.COM (foto pagina 7)
Zorgverzekeringslijn (foto's pagina 31)
Blik grafisch ontwerp (overzicht netwerk pagina 29)
SKGZ (screenshot website pagina's 11 en 32 en logo's SKGZ/ZVL)
Pixabay.com (overig)

Zeist, februari 2018

Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Publieksversie
20180319 P-1.1





088 - 900 6 900 | www.skgz.nl