



SKGZ



ombudsman en geschillencommissie zorgverzekeringen

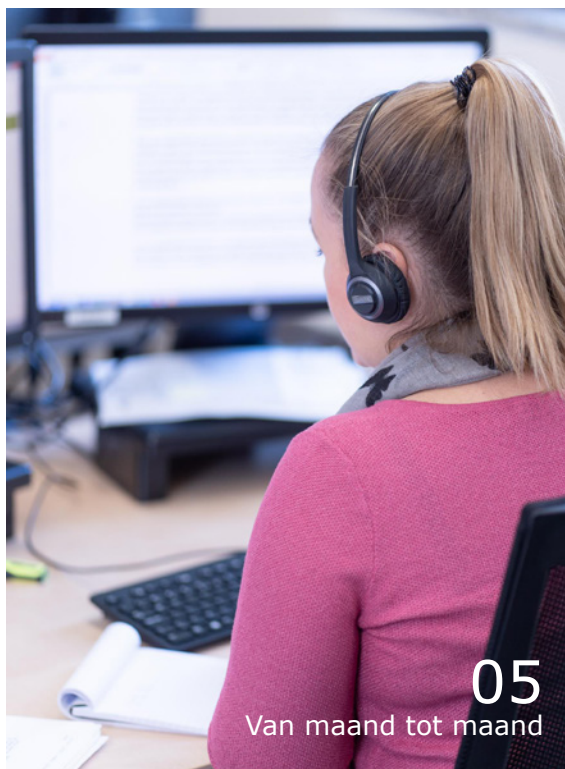
Jaarverslag

2019

JUNI 2020

ZORGVERZEKERINGSLIJN

Tips, training & advies



Betrek consumenten bij afwijken van de pgb indicatie eerder in het besluitvormingsproces. Dit voorkomt verrassingen en klachten.

In dit jaarverslag

03	Voorwoord
04	Profiel en kerncijfers
05	Van maand tot maand
10	Nieuwe directeur
11	Voorlichting, bemiddeling en geschilbeslechting
12	Voorlichting
15	Bemiddeling
19	Geschilbeslechting
22	Hoe houden wij de zorg betaalbaar?
25	Doorlooptijd & Wetenswaardigheden
26	Aanbevelingen
27	Klantwaardering
28	Hoe houden wij de SKGZ toekomstbestendig?
30	Doeltreffendheid
31	En verder ...
32	Staat van baten en lasten over 2019
33	Balans per 31 december 2019
34	Woordenlijst
35	Alle zorgverzekeraars zijn aangesloten
36	Handig om te weten
36	Zo bereikt u ons
37	Colofon



Consumenten ervaren écht meer contact. Een resultaat om trots op te zijn!

Mr. dr. Ton Rombouts

Is sinds 1 april 2015 voorzitter van het bestuur van de SKGZ. Daarnaast is hij oud-burgemeester van 's-Hertogenbosch en onder andere lid van de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

Ontwikkeling

In 2019 veranderde weinig aan het verzekerde pakket. Toch was er aan het eind van het jaar sprake van een stijging van het aantal mensen dat de SKGZ benaderde met een vraag, klacht of geschil. Deze stijging zonder te groeien in het aantal medewerkers was en is nog steeds een uitdaging.

De SKGZ heeft zich in 2019 intern volop ontwikkeld. Zo hebben we (verder) ingezet op efficiëntie, laagdrempelige toegang en begrijpelijk taalgebruik. Gespreksvaardigheden werden getraind. Consumenten ervaren meer écht contact; dat blijkt uit een goede klanttevredenheid. In september was het meest gegeven cijfer voor het team van de Ombudsman Zorgverzekeringen zelfs een 10. Een resultaat om trots op te zijn! Ook de Geschillencommissie Zorgverzekeringen was hiermee bezig. Zo zijn de bindende adviezen anders opgezet. Ze zijn nu korter en duidelijker. Op kpzv.nl is een eenvoudige samenvatting aan het advies toegevoegd. Hierdoor is snel te zien waar een bindend advies over gaat. Zorgverzekeringslijn zette het afgelopen jaar in op e-learning en digitale gastlessen. Hiermee werd een groter publiek bereikt.

Ook de aansturing van de organisatie is veranderd. Na ruim tien jaar nam Kees van Kranenburg afscheid als directeur van de SKGZ. In die tijd heeft hij veel voor onze organisatie betekend. Eind 2019 hebben wij hem op feestelijke wijze en met veel dankbetuigingen uitgezwaaid. Ik wil Kees van Kranenburg op deze plaats nogmaals bedanken voor de deskundige en toegewijde manier waarop hij jarenlang leiding gaf aan de SKGZ. Wij bedanken hem bovendien voor zijn inzet al die jaren. Een goede opvolger is gevonden in de persoon van Sabine Muijrs. Zij is per 1 november begonnen.

Ik vertrouw erop dat de ingezette lijn van 2019 kan worden doorgetrokken. Onder leiding van Sabine Muijrs werkt de SKGZ ook in 2020 aan goede kwaliteit, een hoge klanttevredenheid en nog meer efficiëntie. Wij wensen haar veel succes.

Ton Rombouts
Voorzitter SKGZ-bestuur

Profiel en kerncijfers

'De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) draagt bij aan een zo vlekkeloos mogelijke werking van de Nederlandse zorgverzekering door het beslechten van geschillen, bemiddeling en voorlichting aan het publiek, de overheid en toezichthouders.'

Onze dienstverlening bestaat uit:

- voorlichting, training en informatie door Zorgverzekeringslijn
- bemiddeling en advies door de Ombudsman Zorgverzekeringen
- (bindend) advies door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Zorgverzekeringslijn

Het team Zorgverzekeringslijn richt zich op het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden. Dit doet het team door het geven van training en voorlichting. Zorgverzekeringslijn werkt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ombudsman en Geschillencommissie

De ministers van Financiën en Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben de SKGZ aangewezen als geschilleninstantie voor de zorgverzekering¹. Een consument kan bij ons terecht met een klacht over de eigen zorgverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen kan dan bemiddelen en vragen beantwoorden. Biedt dat geen oplossing? Dan kan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een bindend advies geven. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn bij de SKGZ aangesloten. Daarom kan de consument een klacht aan de SKGZ

voorleggen, wie de zorgverzekeraar ook is. Ook is de SKGZ een van de aangewezen geschilleninstanties van de Europese Commissie.

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. Dit is niet verplicht.

De SKGZ vindt goed opgeleide medewerkers belangrijk

In 2019 hadden wij 43 medewerkers. Om ons werk goed te kunnen doen, moeten onze medewerkers actuele kennis en expertise hebben. Daarom besteden we veel aandacht aan scholing en opleidingen, individueel en in teams. We nodigen daarvoor regelmatig deskundigen uit van buiten de SKGZ. In 2019 hadden we het over de volgende onderwerpen: het juridische begrip 'redelijkheid en billijkheid', de lessen voor de SKGZ vanuit de arresten van de Hoge Raad en veel voorkomende fouten bij het vaststellen van de vergoeding voor zorg in het buitenland. Ook krijgen onze medewerkers praktische cursussen, zoals telefoontraining en een opfriscursus begrijpelijk schrijven (taalniveau B1).

Kerncijfers 2019

2.804

nieuwe dossiers

6.985

mensen bereikt
Zorgverzekeringslijn

4,3 mln.

budget

43

medewerkers

¹ In dit jaarverslag spreken we voor de leesbaarheid over de zorgverzekering en zorgverzekeraar. Hieronder verstaan wij ook de ziektekostenverzekering en ziektekostenverzekeraar.



Van maand tot maand

De consument nog meer centraal stellen. Daar draaide het voor de SKGZ om in 2019. Hiervoor is in 2018 de basis gelegd. In 2019 is dit verankerd binnen de SKGZ.

Van maand tot maand

01 | Januari

Om onze dienstverlening verder te verbeteren, spreken we met ketenpartners. Zo gaan we in gesprek met andere ADR-instanties (instanties die geschillen beslechten waarbij je niet naar de rechter hoeft) en geschilbeslechters, zorgverzekeraars, verwijzers en de toezichthouder. Ook spreken wij met klanten en niet-klanten (mensen die nog nooit een klacht bij de SKGZ hebben ingediend). We noemen dit 'arena's'. Ook organisaties met een goede klantwaardering zijn een bron van inspiratie.

Op 21 en 22 januari zijn de klant-arena's. Aan consumenten vragen wij hoe we onze dienstverlening kunnen verbeteren. De consument noemt de volgende verbeterpunten:

- Verklein het gevoel van afstand tot de consument.
- Schrijf de brieven begrijpelijker.

We werken hieraan door vaker direct telefonisch contact te hebben met mensen. Daarnaast schrijven we brieven in eenvoudigere taal (het zogenaamde B1-niveau).

02 | Februari

Op 4 februari is de verzekeraarsarena, waarbij verzekeraars hun ervaringen delen. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars graag meer feedback krijgen van de SKGZ. Daarom start de SKGZ met kwartaal-rapportages voor zorgverzekeraars. Hierdoor hebben zij meer zicht op de klachten die de SKGZ behandelt. En hoe zij het doen ten opzichte van de andere zorgverzekeraars.

Het online klachtenformulier is vereenvoudigd. Een klacht indienen kan hierdoor in drie stappen. Eerder waren dat er twaalf. Ook is het toestemmings-

formulier aan het klachtenformulier toegevoegd. Zo kunnen we een klacht eerder inhoudelijk behandelen en verloopt het proces sneller.

Het bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is ingekort. Hierdoor is dit advies overzichtelijker en begrijpelijker. Daarnaast start nu iedere geschilprocedure met een intake-gesprek, waarbij de consument uitleg krijgt over het aankomende geschilproces. Zo weet de consument beter wat hij kan verwachten.

03 | Maart

We presenteren intern de doelstellingen voor 2019 en 2020. De SKGZ neemt zich voor te werken aan haar cultuur, klanttevredenheid, procesoptimalisatie en de relatie met verzekeraars. Deze voornemens vormen de rode draad door de verdere jaarplannen.

Op 18 maart is Zorgverzekeringslijn aanwezig bij een overleg met de Ombudsman Metropool Amsterdam, het ministerie van VWS en SchuldenLabNL. We staan stil bij de vraag: hoe bereik je mensen met schulden? De Ombudsman

Metropool Amsterdam doet dat door huisbezoeken af te leggen. Zorgverzekeringslijn zal deze werkwijze van schuldhulpverleners ook bij andere gemeentes promoten.

Om aan consumenten te laten zien wat de SKGZ doet, plaatsen we vanaf maart 'thema-items' op de website. Daarin leggen we bepaalde onderwerpen rond de Zorgverzekeringwet laagdrempelig uit. Zo dragen we bij aan een goede uitvoering van deze wet.

04 | April

Om vooruitgang te meten op het vlak van begrijpelijke communicatie, starten we met de 'B1-check'. Steekproefsgewijs controleren we brieven en mails

op begrijpelijke taal. De onderlinge feedback helpt om dit nog verder te verbeteren.

05 | Mei

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen doet uitspraak over het onderscheid tussen mannen en vrouwen bij de vergoeding van ontharing in het gezicht en/of de hals. De commissie vraagt hiervoor het College voor de Rechten van de Mens (CRvdM) om advies. De geschillencommissie besluit, in lijn met het CRvdM, dat er geen onderscheid mag zijn. De volledige uitspraak staat op www.kpzv.nl onder nummer SKGZ201801203.

In het kader van werken aan de interne cultuur organiseert de SKGZ de eerste 'maandstart'. Dit is een kort gezamenlijk moment waarin medewerkers elkaar informeren over belangrijke ontwikkelingen

in hun werk. Weten wat er speelt en leren van elkaar: dat is het doel.

Zorgverzekeringslijn levert een bijdrage aan de voorjaarsbijeenkomst van de Belastingdienst. Op zes locaties geven medewerkers training aan bewindvoerders, welzijnsorganisaties en vrijwilligers.

Het onderwerp empathisch schrijven staat op de agenda, naar aanleiding van de klant-arena's in januari. De handvatten van empathisch schrijven helpen het gevoel van afstand tot de consument te verkleinen.



De SKGZ start een pilot om met één verzekeraar ook telefonisch te bemiddelen. De pilot is een succes. Er blijkt sneller een oplossing tot stand te komen. Inmiddels bemiddelt de SKGZ telefonisch met verschillende zorgverzekeraars. Uitkomsten van de telefonische bemiddeling worden steeds schriftelijk bevestigd.

06 | Juni

Het forum voor zorgverzekeraars gaat live. Dit forum verbindt zorgverzekeraars met elkaar, zodat zij van elkaar kunnen leren. Dit was een van de wensen die verzekeraars uitspraken tijdens de verzekeraarsarena. De SKGZ beheert dit forum.

Patiëntenorganisaties zijn een belangrijke schakel tussen consumenten en de SKGZ. De SKGZ vindt het dan ook belangrijk om deze organisaties te kennen en te vertellen over het werk dat we doen. Daarom maakt de SKGZ een begin om contact te zoeken met afzonderlijke patiëntenorganisaties.

07 | Juli

Het Bureau voor Belgische Zaken (SVB) geeft informatie over sociale zekerheid als iemand in België of Nederland gaat wonen, werken, studeren of ondernemen. Bij dit bureau geeft de SKGZ een presentatie over haar werk en de klachten die we vanuit het buitenland tegenkomen. Zo kunnen de medewerkers van de SVB in

de toekomst doorverwijzen naar de SKGZ als dat nodig is.

De SKGZ maakt meer gebruik van LinkedIn en Twitter. Via dagelijkse berichten delen we informatie. Zo verspreiden we laagdrempelig kennis en vergroten we de zichtbaarheid van de SKGZ.

08 | Augustus

Alle bindende adviezen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen staan op www.kpzv.nl. Om de uitspraken gemakkelijker te kunnen doorzoeken,

wordt de site vernieuwd. Ook voegen we samenvattingen toe aan de bindende adviezen. Hierdoor is snel te zien waar een bindend advies over gaat.

09 | September

Op 5 september tekent Zorgverzekeringslijn een samenwerkingsovereenkomst met de Hogeschool Utrecht. Dit is het startschot voor een onderzoeksopdracht voor studenten van de opleiding Sociaal Juridische Dienstverlening. Zij bekijken hoe Zorgverzekeringslijn mensen met verschillende etnische achtergronden beter kan bereiken.

Ze komen tot het advies om Zorgverzekeringslijn op wte nemen in een informatiebrief aan iedereen die 18 wordt. Uit het onderzoek blijkt verder dat consumenten opener zijn naar iemand met dezelfde achtergrond. Zorgverzekeringslijn onderzoekt hoe deze ideeën kunnen worden benut.

10 | Oktober

Begin oktober ontvangt de SKGZ een rapport over de AVG-compliance (Algemene verordening gegevensbescherming), ofwel de privacywetgeving. De basis is in orde bij de SKGZ. Voor enkele verbeterpunten is een plan van aanpak opgesteld.

USBO (Universiteit Utrecht) onderzoekt de doeltreffendheid van de procedure van de SKGZ. De conclusies zijn positief; een aantal aanbevelingen helpt de dienstverlening verder te verbeteren. Een beknopte versie van de uitkomsten en aanbevelingen staat op [pagina 30](#). →

10 | Oktober

De SKGZ krijgt regelmatig klachten binnen waarbij een gemachtigde het woord doet. Daarom passen

we het online klachtenformulier aan, zodat ook een gemachtigde eenvoudig een klacht kan indienen.

11 | November

Vanaf november werkt de SKGZ volledig digitaal. Dankzij verschillende ICT-ontwikkelingen is printen niet langer nodig.

Op 7 november organiseert het ministerie van VWS het seminar 'Zorg in Europa'. De SKGZ geeft hier een presentatie over vergoeding van zorg in het buitenland. Door onze kennis te delen, hopen wij onnodige klachtprocedures te voorkomen.

Op 7 november is het congres van Zorgverzekeringslijn. Onder het thema 'Is goedkoop duurkoop?' krijgen de aanwezigen vanuit verschillende invalshoeken informatie over zorgverzekeringen en schulden. Een rechter spreekt over de pilot van zijn rechtbank om tijdens de zitting hulpverlening van de gemeente aan te bieden. Ook komt een zorgverzekeraar aan het woord over de samenwerking met een gemeente bij schuldpreventie.



Op 12 november maken de zorgverzekeraars de zorgpremies bekend voor 2020. Om problemen bij het overstappen te voorkomen, maakt de SKGZ

korte filmpjes met overstaptips. Zo draagt de SKGZ bij aan een goede werking van de Zorgverzekeringswet.

12 | December

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen doet een tussenuitspraak over de berekening van het marktconform tarief. Het gaat hier om de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij restitutieverzekeringen. Deze richtinggevende tussenuitspraak van de Geschillencommissie staat op www.kpzv.nl onder nummer SKGZ201901150.

Engelstalige consumenten weten de SKGZ ook te vinden. Om hen te informeren, plaatsen we een Engelse tekst over het doel en de werkwijze van de SKGZ op onze website. Hiermee voldoen we aan de Europese verordening 'Single Digital Gateway'.

De SKGZ krijgt in 2019 een nieuwe directeur



Drs. Kees van Kranenburg legt na ruim tien jaar zijn directietaken neer. Drs. Sabine Muijers volgt Kees van Kranenburg per 1 november op.

Kees van Kranenburg heeft veel voor de SKGZ betekend. Onder zijn leiding groeit de SKGZ van 11 naar 43 medewerkers. Hij is altijd op zoek naar kansen om meer voor mensen te betekenen. Zo zorgt Kees van Kranenburg ervoor dat in 2013 Zorgverzekeringslijn zich bij de SKGZ aansluit. De SKGZ is hem dankbaar voor zijn inzet in al die jaren.

Sabine Muijers volgt Kees van Kranenburg op. Een rode draad in haar cv is dat ze vanuit de klant denkt en ruimte geeft aan nieuwe ideeën en initiatieven. Zij was hiervoor werkzaam als directeur bij stichting Bartiméus. Daarvoor werkte zij onder andere als rayon- en regiodirecteur voor Stichting Philadelphia Zorg. Ook vervulde zij verschillende functies bij PwC, waaronder die van director.

Op 12 december 2019 vond een receptie plaats om Kees van Kranenburg te bedanken voor zijn bijdrage aan de SKGZ. Hier is ook Sabine Muijers verwelkomd.

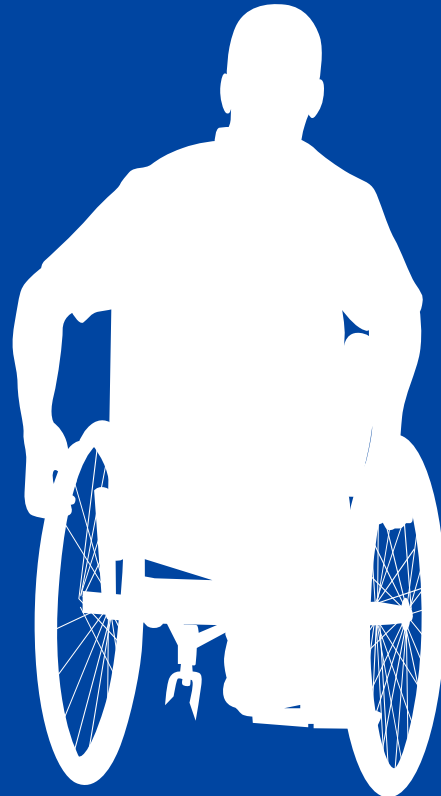
Bestuur

De samenstelling van het bestuur is in 2019 niet veranderd.

Het bestuur bestaat uit de volgende leden (van links naar rechts):

- drs. Kees Erends
- drs. Cornelia van Bergenhenegouwen
- mr. dr. Ton Rombouts (voorzitter)





Voorlichting, bemiddeling en geschilbeslechting

In dit hoofdstuk vindt u de cijfers met betrekking tot de verschillende dienstverleningen van de SKGZ.

Voorlichting

In dit hoofdstuk vindt u de cijfers met betrekking tot de verschillende dienstverleningen van de SKGZ.

Voorlichting, training en informatie

Team Zorgverzekeringslijn wil voorkomen dat mensen onverzekerd zijn of hun zorgpremie niet betalen. Dit doet Zorgverzekeringslijn door hulpverleners te trainen en gastlessen te geven aan jongeren. Ook beantwoorden de medewerkers hulpvragen per telefoon, e-mail en chat.

Cijfers Zorgverzekeringslijn

Het aantal mensen dat langer dan zes maanden geen premie betaalt voor de zorgverzekering daalt. Dit aantal is eind 2019 teruggelopen tot 205.000, terwijl dit er eind 2018 nog 223.000 waren. Onderstaande tabel laat zien hoe Zorgverzekeringslijn hieraan werkt.

Resultaten bijeenkomsten	2019
Bereik	
Professionals met training	3.083
Professionals met e-learning	589
Professionals via nieuwsbrief	5.130
Leerlingen via gastles	3.313
Leerlingen (klassen) via digitale module	303 (10)
Georganiseerde bijeenkomsten	
Regiobijeenkomsten	1
Congres	1
Overige resultaten	
Contactmomenten	
Telefoon	3.596
Chat	2.274
Chat tickets* + mail	365 + 491
Verstuurde flyers	115.145
Websitebezoekers	121.230

* Dit zijn chatberichten die binnenkomen buiten kantoor tijden. Deze vragen worden de volgende werkdag beantwoord.

E-learning

Nieuw dit jaar is de e-learning van Zorgverzekeringslijn. Hiermee worden kleinere groepen kostenefficiënt getraind. Zo volgen bijvoorbeeld bewindvoerders en vrijwilligers de lessen van Zorgverzekeringslijn. In 2020 wordt de e-learning uitgebreid voor nieuwe doelgroepen.

Congres

Op 7 november vind het congres van Zorgverzekeringslijn plaats. Het thema is 'Is goedkoop duurkoop?'. Verschillende sprekers inspireren het publiek met nieuwe manieren om (zorgverzekerings-)schulden aan te pakken. Zo spreekt rechter mr. Hans Zuurmond over de pilot bij Rechtbank Midden-Nederland. Bij de behandeling van incassozaken biedt de rechtbank nu direct schuldhulpverlening aan van de gemeente Utrecht. Zorgverzekeraar Menzis vertelt over de samenwerking met de gemeente Arnhem.

Het doel is gezamenlijk de schuldenlast van mensen te verlichten en het beroep op de zorg te laten dalen. In totaal vinden er vijf verschillende presentaties plaats tijdens het congres.



Casus

Training aan studenten

Voor Zorgverzekeringslijn geef ik training aan verschillende doelgroepen, waaronder studenten. Zo ontmoette ik een jongedame. Zij vertelde dat ze twee jonge kinderen heeft. Door omstandigheden stond zij een tijdje niet ingeschreven in de Basisregistratie Personen. Zij was niet verzekerd, terwijl één van haar kinderen in die periode wel zorg nodig had. Dit was voor haar natuurlijk een groot financieel probleem. Gelukkig is dit uiteindelijk opgelost, met de hulp van haar buurtteam.

Christie Izelaar Kerkhof – Medewerker Zorgverzekeringslijn

Waarom blijft het je bij?

Het is heftig om te horen dat jonge studenten al met zulke problematiek te maken krijgen. De openhartige verhalen die ze vertellen, waardeer ik. Het is mooi om te zien dat ze de ruimte voelen om hun persoonlijke verhaal te delen. Voor de medestudenten maakt dat het verhaal tastbaarder. Ze horen dan wat er echt gebeurt als je de zorgverzekering niet betaalt. Ook horen ze wat het met iemand doet.

Naast studenten traint Zorgverzekeringslijn ook hulpverleners, waaronder buurtteams en vrijwilligers. Met onze praktische tips helpen zij hun cliënten snel weer op weg. Het mooie is dat je zo een steeds grotere groep kunt helpen.



Trainen wij tien personen? Dan helpen we die tien misschien wel dertig mensen met hun problemen. Dit geeft enorm veel voldoening.

Bemiddeling en geschilbeslechting

Klachten en geschillen

De SKGZ probeert steeds haar werkprocessen te verbeteren. Hierbij staat de beleving van de consument centraal. Dit is in lijn met het USBO-advies over de doeltreffendheid van de klacht- en geschilprocedure uit 2018.

In dit kader heeft de SKGZ de vroegere 'algemene fase' samengevoegd met de 'Ombudsfase'. Hierdoor sluit de werkwijze beter aan bij de belevingswereld van de consument. In dit jaarverslag ziet u een vernieuwde weergave van het aantal klachten en geschillen.

Klachtbehandeling in twee stappen

De behandeling van klachten en geschillen kent vanaf nu twee fasen.

1. Ombudsfase. In deze fase wordt de klacht behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman onderzoekt of de klacht door bemiddeling kan worden opgelost.
2. Geschilfase. Kan een klacht niet door de Ombudsman worden opgelost? Dan kan de consument de Geschillencommissie Zorgverzekeringen vragen om een uitspraak.

Een consument kan er ook voor kiezen om zijn klacht direct voor te leggen aan de Geschillencommissie.

Ombudsfase

Bemiddeling door de Ombudsman

De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt bij problemen tussen consument en zorgverzekeraar en luistert naar beide kanten van het verhaal. De Ombudsman zoekt hierbij naar een oplossing voor de klacht van de consument.

In de praktijk gebeurt dit door:

- uit te zoeken waar het misverstand tussen de consument en de zorgverzekeraar zit;
- de zorgverzekeraar te vragen om zijn beslissing opnieuw te bekijken;
- de consument te informeren over de verzekeringsvoorwaarden, de wet of eerdere uitspraken van rechters;
- de consument uit te leggen waarom de zorgverzekeraar niet betaalt of waarom de verzekeraar een bepaalde beslissing heeft genomen.

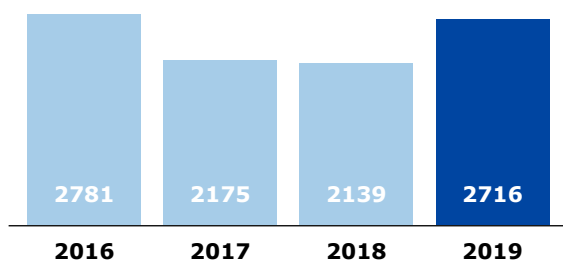
De onderwerpen waarover consumenten klagen, zijn divers. In onderstaande tabel zijn deze per categorie weergegeven. Ook zijn de cijfers van voorgaande jaren opgenomen.



Onderwerp nieuwe klachten	2019		2018		2017		2016	
Premie	360	13,3% ↓	328	15,3%	308	14%	343	12,3%
Medisch-specialistisch	336	12,4%	246	11,5%	249	11,4%	309	11,1%
Hulpmiddelen	256	9,4%	199	9,3%	212	9,7%	223	8,0%
Mondzorg	254	9,4%	187	8,7%	180	8,3%	252	9,1%
Plastisch-chirurgisch	251	9,2% ↓	247	11,5%	259	11,9%	232	8,3%
Begin & einde verzekering	244	9,0% ↑	147	6,9%	148	6,8%	155	5,6%
Geneesmiddelen	221	8,1% ↑	150	7,0%	180	8,3%	165	5,9%
Eigen risico	196	7,2%	177	8,3%	194	8,9%	305	11,0%
Zvw-pgb	145	5,3%	113	5,3%	110	5,1%	336	12,1%
Paramedisch	126	4,6% ↑	78	3,6%	80	3,7%	79	2,8%
Ziekenvervoer	64	2,4%	41	1,9%	45	2,1%	61	2,2%
GGZ	46	1,7% ↓	49	2,3%	25	1,1%	48	1,7%
Alternatieve geneeswijze	39	1,4%	14	0,7%	17	0,8%	32	1,2%
Wijziging voorwaarden	18	0,7%	9	0,4%	10	0,5%	14	0,5%
Bevalling, kraamzorg & verloskunde	9	0,3%	5	0,2%	5	0,2%	8	0,3%
Fraude & verzwijging	3	0,1%	6	0,3%	11	0,5%	9	0,3%
Overig	148	5,4%	143	6,7%	142	6,5%	210	7,6%
Totaal aantal ontvangen klachten	2716		2139		2175		2781	

- ↑ Onderwerpen waarover in 2019 (ten opzichte van 2018) het aantal klachten relatief het sterkst steeg.
- ↓ Onderwerpen waarover in 2019 (ten opzichte van 2018) het aantal klachten relatief het sterkst daalde.

Aantal ontvangen klachten per kalenderjaar



Afsluitreden klachten	2019		2018		2017		2016	
Niet (verder) behandelbaar	488	18,3%	292	14,8%	368	15,6%	605	19,4%
- <i>Onbevoegd</i>	49	1,8%	17	0,9%	31	1,3%	67	2,1%
- <i>Geen heroverweging</i>	41	1,5%	32	1,6%	75	3,2%	215	6,9%
- <i>Vexatoir / te gering belang</i>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,1%
- <i>Onder rechter (geweest)</i>	16	0,6%	7	0,4%	19	0,8%	16	0,5%
- <i>Te laat ingediend</i>	8	0,3%	8	0,4%	13	0,6%	22	0,7%
- <i>Dossier incompleet</i>	374	14,0%	228	11,5%	230	9,8%	282	9,0%
Ingetrokken	498	18,7%	287	14,5%	274	11,6%	255	8,2%
Opgelost	427	16,0%	363	18,3%	360	15,3%	375	12,0%
Verzekeraar komt (deels) tegemoet	164	6,2%	121	6,1%	131	5,6%	164	5,3%
Verzekeraar handhaaft standpunt	729	27,4%	580	29,3%	815	34,6%	1169	37,4%
Kennelijk ongegrond	357	13,4%	336	17,0%	408	17,3%	554	17,7%
Totaal aantal afgesloten klachten	2663		1979		2356		3122	
Nog in behandeling eind verslagjaar	537		439		308		490	

Doorlooptijd klachten	2019		2018		2017		2016	
1-56 dagen	46%		50%		54%		48%	
57-90 dagen	30%		27%		27%		28%	
meer dan 90 dagen	24%		23%		19%		25%	
Gemiddeld	71 dagen		63 dagen		63 dagen		74 dagen	

Casus

Vergoeding op basis van persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) of zorg in natura bij een niet-gecontracteerde zorgverlener

Ellen dient bij haar zorgverzekeraar een aanvraag in voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Haar zorgvraag wisselt. De verwachting is namelijk dat ze gedurende het jaar weer steeds meer zelf kan doen. Volgens de zorgverzekeraar bestaat alleen recht op een persoonsgebonden budget als een verzekerde tenminste een jaar is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Aan deze voorwaarde voldoet Ellen niet. Daarom kent de zorgverzekeraar haar geen persoonsgebonden budget toe. Omdat zorg noodzakelijk is, besluit Ellen zelf een zorgverlener in te schakelen. De kosten – ruim 12.000 euro – betaalt zij zelf.

De SKGZ wijst de zorgverzekeraar erop dat verpleging en verzorging kan worden vergoed uit een persoonsgebonden budget of als 'zorg in natura' bij een niet-gecontracteerde zorgverlener. Bij zorg in natura verleent een professionele zorgverlener de zorg. In deze casus is de zorg gegeven door een gediplomeerd wijkverpleegkundige die geen contract heeft met de zorgverzekeraar. Voor zorg in natura gelden andere voorwaarden dan voor een persoonsgebonden budget. Wij vroegen de zorgverzekeraar na te gaan of Ellen recht heeft op vergoeding van zorg in natura van een niet-gecontracteerde zorgverlener. De zorgverzekeraar antwoordt bevestigend en vergoedt de zorgkosten volgens de bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden als iemand naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.



Petra van Wijngaarden – Medewerker Ombudsman Zorgverzekeringen

Waarom blijft deze casus je bij?

Ellen en de zorgverzekeraar waren allebei sterk gefocust op de voorwaarden van het persoonsgebonden budget. Daarover hadden zij al de nodige discussie gehad. Het was duidelijk dat zij het daarover niet eens zouden worden. Daarom zocht ik naar mogelijkheden waaraan beide partijen niet hadden gedacht.

Het is mooi om te zien dat daardoor de klacht naar tevredenheid is opgelost.

Geschilfase

Lost bemiddeling het probleem niet op? Dan kan de consument de Geschillencommissie Zorgverzekeringen om een uitspraak vragen.

Bindend advies door de Geschillencommissie

Bij een klacht over de aanvullende verzekering kan de consument kiezen voor een bindend óf een niet-bindend advies. In 2019 is er geen niet-bindend advies aangevraagd. Daarom spreken we in de rest van dit jaarverslag alleen nog over het bindend advies.

Om tot een uitspraak te komen, bekijkt de Geschillencommissie het dossier van de klacht. Ook krijgen beide partijen de kans hun klacht toe te lichten tijdens een hoorzitting. Uiteindelijk doet de Geschillencommissie uitspraak in de vorm van een bindend advies. Alle adviezen van de Geschillencommissie staan op www.kpzv.nl.



Verplicht advies Zorginstituut Nederland

Bij geschillen over de dekking van de zorgverzekering is de Geschillencommissie verplicht om advies te vragen aan Zorginstituut Nederland.

Alle adviezen van de Geschillencommissie staan op www.kpzv.nl

Oneens met bindend advies

Is een partij van mening dat het bindend advies niet volgens de regels tot stand is gekomen? Dan kan deze partij de rechter vragen om naar de uitspraak te kijken. Hierbij beoordeelt de rechter of de Geschillencommissie haar werk goed heeft gedaan. De rechter doet de procedure dus niet over. Vervolgens kan de rechter besluiten een bindend advies te 'vernietigen', maar dit gebeurt zelden. Voor zover bekend is in 2019 voor het eerst een uitspraak van de Geschillencommissie vernietigd. Dit vernietigde bindend advies staat op www.kpzv.nl onder nummer SKGZ201601580. De vernietiging is intern geëvalueerd.

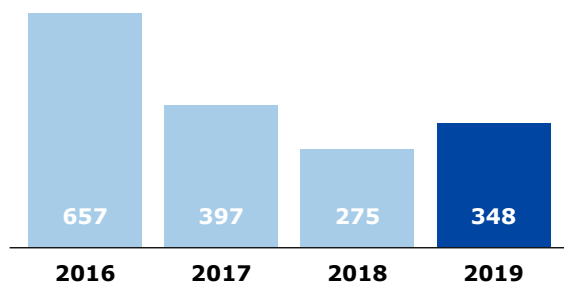
De onderwerpen van de geschillen zijn divers. In de tabel hiernaast zijn deze per categorie weergegeven. Ook zijn de cijfers van voorgaande jaren opgenomen.

Voorlichting, bemiddeling en geschilbeslechting

Onderwerp nieuwe geschillen	2019	2018	2017	2016
Medisch-specialistisch	58 16,7% ↓	56 20,4%	63 15,9%	110 16,7%
Hulpmiddelen	47 13,5% ↑	28 10,2%	38 9,6%	43 6,5%
Zvw-pgb	43 12,4%	33 12,0%	45 11,3%	142 21,6%
Plastisch-chirurgisch	38 10,9%	28 10,2%	46 11,6%	57 8,7%
Premie	32 9,2% ↓	33 12,0%	62 15,6%	92 14,0%
Mondzorg	29 8,3% ↑	18 6,5%	40 10,1%	53 8,1%
Begin & einde verzekering	22 6,3%	14 5,1%	9 2,3%	11 1,7%
Geneesmiddelen	20 5,7% ↓	22 8,0%	19 4,8%	24 3,7%
Paramedische zorg	14 4,0% ↑	4 1,5%	12 3,0%	17 2,6%
Eigen risico	11 3,2%	9 3,3%	18 4,5%	40 6,1%
Alternatieve geneeswijze	5 1,4%	0 0,0%	1 0,3%	3 0,5%
Fraude & verzwijging	5 1,4%	2 0,7%	6 1,5%	3 0,5%
Wijziging voorwaarden	3 0,9%	3 1,1%	6 1,5%	0 0,0%
Ziekenvervoer	3 0,9%	6 2,2%	6 1,5%	19 2,9%
GGZ	2 0,6%	6 2,2%	7 1,8%	10 1,5%
Bevalling, kraamzorg & verloskunde	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Overig	16 4,6%	13 4,7%	19 4,8%	33 5,0%
Totaal aantal ontvangen geschillen	348	275	397	657

- ↑ Onderwerpen waarover in 2019 (ten opzichte van 2018) het aantal klachten relatief het sterkst steeg.
- ↓ Onderwerpen waarover in 2019 (ten opzichte van 2018) het aantal klachten relatief het sterkst daalde.

Aantal ontvangen geschillen per kalenderjaar



Afsluitreden geschillen	2019		2018		2017		2016	
Niet (verder) behandelbaar	26	8,6%	10	3,0%	27	5,5%	37	6,0%
- <i>Onbevoegd</i>	1	0,3%	2	0,6%	1	0,2%	2	0,3%
- <i>Geen heroverweging</i>	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	1	0,2%
- <i>Vexatoir / te gering belang</i>	1	0,3%	2	0,6%	0	0,0%	1	0,2%
- <i>Onder rechter (geweest)</i>	3	1,0%	0	0,0%	1	0,2%	2	0,3%
- <i>Te laat ingediend</i>	3	1,0%	1	0,3%	2	0,4%	7	1,1%
- <i>Engreegeld niet betaald</i>	18	6,0%	5	1,5%	22	4,5%	24	3,9%
Ingetrokken	16	5,3%	11	3,3%	65	13,2%	96	15,6%
Opgelost	50	16,6%	34	10,3%	36	7,3%	44	7,1%
Toegewezen (deels)	46	15,2%	63	19,1%	58	11,8%	86	14,0%
Afgewezen	164	54,3%	212	64,2%	306	62,2%	353	57,3%
Totaal aantal afgesloten geschillen	302		330		492		616	
Nog in behandeling eind verslagjaar	165		115		168		263	

Doorlooptijd klachten	2019	2018	2017	2016
1-90 dagen	16%	9%	11%	13%
91-182 dagen	51%	46%	55%	53%
meer dan 182 dagen	33%	45%	33%	34%
Gemiddeld	164 dagen	186 dagen	163 dagen	166 dagen

Door mr. Reina van Marwijk Kooy,
Ombudsman Zorgverzekeringen

Hoe houden wij de zorg betaalbaar?

De betaalbaarheid van de zorgverzekering² is een van de grote maatschappelijke en politieke thema's van dit moment.



In het najaar van 2019 verscheen een bericht in de pers dat meer Nederlanders worstelen met het betalen van de vaste lasten. Het meest wordt uitgegeven aan de huur of hypotheek. Daarna komen de uitgaven aan onderwijs en kinderopvang, gevolgd door verzekeringen, zo blijkt uit onderzoek door Pricewise.nl. In het bericht werd specifiek gewezen op de zorgpremies, die in 2020 met ongeveer 36 euro zullen stijgen.

Hoewel op het onderzoek een en ander valt af te dingen – zo betreft het maar een kleine groep geïnterviewden – zullen velen zich in het beeld herkennen dat de zorgverzekering almaar duurder wordt. In mijn praktijk als Ombudsman Zorgverzekeringen kom ik ook zaken tegen die dit beeld bevestigen. Een deel van de consumenten heeft moeite met het betalen van de premie, het eigen risico en de eigen bijdragen.

Stijging premies

Dat de kosten van zorg toenemen, is voor iedereen duidelijk. Nieuwe behandeltechnieken zijn vaak duurder en als de salarissen stijgen, gaan die van werknemers in de zorg hierin mee. Uitvoeringsorganen en zorgverzekeraars kunnen de toename ten dele voorkomen door scherp in te kopen. Uiteindelijk komen de gestegen kosten voor rekening van de consument, in de vorm van een hogere premie. Veel zorgverzekeraars hebben de premiestijging in de afgelopen jaren weten te dempen door eigen middelen in te zetten.

Hogere premies betekenen ook een groter risico op wanbetaling, met name op het terrein van de zorgverzekering. Het gewijzigde beleid met

betrekking tot wanbetaling lijkt zijn vruchten af te werpen. Verzekeraars zitten er dichter op waardoor achterstanden minder hoog oplopen. Ook de wijziging van de wanbetalersregeling heeft effect gehad; een groot aantal wanbetalers is weg bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en teruggekeerd naar het reguliere premieregime. In de zaken die mij worden voorgelegd, zie ik dit terug. Natuurlijk zijn er altijd kwesties over verkeerd geboekte bedragen of betwiste vorderingen van verzekeraars, maar het algehele beeld is positief.

Toch wil ik hier waarschuwen voor verdere verhogingen van de zorgpremie: het risico van wanbetaling ligt op de loer. De keuze om een en ander anders in te richten om dat risico te beperken, is natuurlijk een politieke. In dat kader zal moeten worden afgewogen hoe de gewenste concurrentie op premie tussen verzekeraars zich verhoudt tot de inkomensafhankelijke bijdrage en het toepasselijke maximum waarover deze bijdrage wordt berekend. Het komt mij voor dat die afweging telkens opnieuw en op rationele gronden moet worden gemaakt.

Eigen risico

De hoogte van het eigen risico is al een aantal jaren niet gewijzigd. Toch ontvang ik met enige regelmaat klachten van consumenten over het eigen risico. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen die denken dat zij geen verplicht eigen risico verschuldigd zijn of om personen die menen dat een te hoog bedrag aan zorgkosten is verrekend. Vermoedelijk zal dit soort klachten altijd bestaan. Dit neemt niet weg dat ik een kritische kanttekening wil plaatsen. Het verder laten stijgen van het eigen

² Voor de leesbaarheid gebruiken we ook hier het begrip zorgverzekering. Bedoeld wordt dan de basisverzekering en de aanvullende zorgverzekering. Als het alleen gaat om de aanvullende zorgverzekering, dan gebruiken we 'aanvullende zorgverzekering'.

risico is natuurlijk een makkelijk middel om de kostenstijging, althans voor een deel, te dempen en neer te leggen bij de consument. Vanwege het hoge *verplichte* eigen risico loont het voor een gezonde consument echter niet een *vrijwillig* eigen risico van 500 euro te nemen. Dit komt neer op een totaalbedrag van 885 euro. De premiekorting weegt niet op tegen de mogelijke kosten voor eigen rekening. Doordat het instrument over de hele breedte wordt ingezet, wordt anderzijds de consument die juist geen financieel risico wil of kan lopen ieder jaar weer met kosten voor eigen rekening geconfronteerd. Dit speelt bijvoorbeeld bij chronische ziekte, een handicap of een laag inkomen. Ook hier geldt dat sprake is van een politieke keuze en dat de principiële discussie over noodzaak en hoogte van het eigen risico telkens opnieuw zou moeten worden gevoerd. Hierbij teken ik nog aan dat uit onderzoek door een verzekeraar is gebleken dat Nederlanders niet afwijzend staan tegenover een verplicht eigen risico, mits het betreffende bedrag niet te hoog is.

Eigen bijdragen/kosten voor eigen rekening

Met name op het punt van de eigen bijdragen zijn intussen goede stappen gezet om een opeenstapeling van kosten te voorkomen. Ik zie hier in de praktijk betrekkelijk weinig zaken over. Veel meer zaken gaan over kosten die voor eigen rekening blijven, bijvoorbeeld omdat een buitencategorie hoortoestel wordt aangeschaft. Het is duidelijk dat consumenten soms meer keuzevrijheid willen hebben dan wet en polisvoorwaarden hen bieden. Voor een deel is hieraan tegemoet te komen, voor een deel ook niet. Uitgangspunt blijft immers dat men 'redelijkerwijs aangewezen moet zijn op', en dat de zorgverzekeraar in zijn polisvoorwaarden heeft bedongen dat hij de doelmatigheid mag beoordelen.

Soms is een samenloop niet te voorkomen. Denk hier bijvoorbeeld aan de volledige gebitsprothese, al dan niet op implantaten, waarvoor een forse eigen bijdrage van toepassing is en de consument soms ook het volledige eigen risico moet betalen. In zo'n geval is sprake van een weliswaar incidentele, maar toch behoorlijke kostenpost.

'Onverzekerbare zorg'

Op het gebied van de aanvullende zorgverzekeringen heeft zich in de afgelopen jaren een ontwikkeling voorgedaan die mij enigszins zorgen baart. Indertijd is de keuze gemaakt bepaalde zorg onder

de dekking van de zorgverzekering te brengen en de rest over te laten aan de markt. In de maatschappij lijkt vervolgens het beeld te zijn ontstaan dat het afsluiten van een aanvullende zorgverzekering altijd mogelijk is en dat de beslissing daartoe pas hoeft te worden genomen als kosten worden verwacht. Ik zie dit terug in de zaken. Zo zijn veel aspirant-verzekerden teleurgesteld als zij worden geweigerd voor een verzekering of als een wachttijd van toepassing is. Anderzijds zorgt de kostenontwikkeling ook bij de aanvullende zorgverzekeringen tot het beperken van de dekking.

Draagvlak voor de aanvullende producten is er alleen bij voldoende solidariteit. Ik zie dat de verzekeraars hiermee worstelen. Zij hanteren bijvoorbeeld het gezinsprincipe. Daarnaast proberen zij de verzekeringsgedachte weer terug te brengen in hun product. Ik juich dit laatste toe. Gebeurt er niets, dan zal de schadelast sterker stijgen dan de premie-inkomsten en is het eind van het liedje dat de premie omhoog moet. Het gevolg: meer 'afhakers' of een beperking van de dekking. Dat laatste zal leiden tot meer onverzekerbare zorg.

Conclusie

Stijgende zorgkosten vormen de komende jaren een gegeven. Een oplossing hiervoor kan worden gevonden in een verhoging van de premie, de inkomensafhankelijke bijdrage (via het percentage of de premiegrens), het eigen risico, de eigen bijdragen of een combinatie hiervan. Het alternatief is het beperken van de dekking door bepaalde aanspraken te schrappen. Bij de zorgverzekeringen is gekozen voor een verzekerd pakket dat gelijk oploopt met de nieuwe medische en technologische ontwikkelingen. Dat is een groot goed. Het lijkt dan ook niet gewenst op deze systematiek in te breken. Mogelijk kunnen wel bepaalde verzekerde aanspraken worden uitgesloten als de maatschappelijke opvatting is dat die aanspraken niet (meer) onder de verzekering horen te vallen. Denk aan indertijd de rollator als intussen gebruikelijk hulpmiddel. Voor de aanvullende zorgverzekeringen vormen premie en dekking eveneens de belangrijkste sturingsinstrumenten. Welke oplossing ook wordt gekozen, de rekening komt direct of indirect bij de consument te liggen. Ik heb daarvoor geen oplossing. Wel zou ik willen pleiten voor het nadrukkelijker op de voorgrond stellen van de verzekeringsgedachte en het beginsel van solidariteit.

Casus

Wanneer is een middel een geneesmiddel of hulpmiddel?

Tim heeft een chronische ziekte. Hij maakt hierdoor geen traanvocht aan. Om zijn ogen vochtig te houden, gebruikt hij Hylo-Comod® oogdruppels. De zorgverzekeraar vergoedt dit niet. Volgens de zorgverzekeraar zijn oogdruppels namelijk geneesmiddelen die niet vergoed worden. Tim is het hier niet mee eens. Volgens hem zijn de oogdruppels een medisch hulpmiddel. Daarom dient Tim een klacht in bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

De rechtsvraag in deze casus is: 'Wanneer is een middel aan te merken als een geneesmiddel en wanneer als een medisch hulpmiddel?'. Daarvoor moet worden bepaald hoe een middel precies werkt. Zorgt het middel ervoor dat het lichaam zelf weer traanvocht gaat aanmaken? Dan is het een geneesmiddel. Neemt het middel een functie over die het lichaam zelf niet (meer) kan verrichten? Dan is het een hulpmiddel.

Tim heeft tijdens de procedure bij de Geschillencommissie informatie aangeleverd over de werking van de oogdruppels. Hieruit blijkt dat de oogdruppels geen geneesmiddel zijn, maar een medisch hulpmiddel. Dit is bevestigd door Zorginstituut Nederland. De Geschillencommissie heeft daarom in het voordeel van Tim geoordeeld.

Jos van der Linden LLB – Medewerker Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Waarom blijft deze casus je bij?

De zaken die wij behandelen, gaan meestal over de vraag of een bepaalde vorm van zorg onder de dekking van de basisverzekering valt. De vervolgvraag is dan of deze zorg moet worden vergoed door de zorgverzekeraar. In dit geval moest eerst gekeken worden over welke vorm van zorg het ging. We moesten de zaak dus anders benaderen dan normaal. Het leverde juridisch gezien een



interessant vraagstuk op met misschien wel een verrassende uitkomst. Namelijk dat oogdruppels niet per definitie een geneesmiddel of een medisch hulpmiddel zijn.

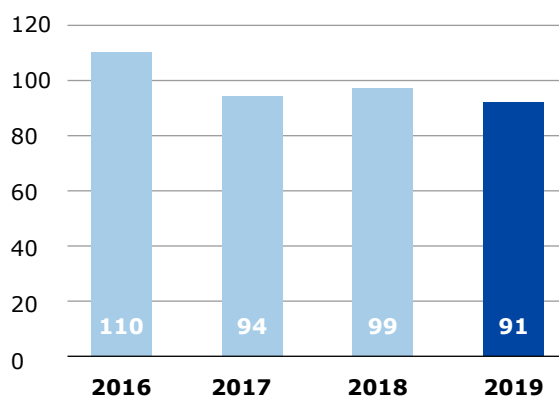
Dit bindend advies staat op www.kpzv.nl onder nummer SKGZ201800470.

Doorlooptijd

Op paginanummer [17](#) en [21](#) staat de doorlooptijd van de procedure bij de SKGZ per fase vermeld. De totale doorlooptijd is langer als de consument de trajecten van de Ombudsman én de Geschillencommissie ingaat.

Voor de SKGZ is het belangrijk grip te hebben op de doorlooptijd zoals de consument deze ervaart, vanaf de eerste mail of brief tot de eventuele uitspraak van de Geschillencommissie. Hiervoor gebruiken wij de Consumenten Doorlooptijd Index (CDI). Deze index geeft het gemiddelde aantal dagen weer tussen het indienen van de klacht tot het laatste contactmoment in de procedure.

Consumenten Doorlooptijd Index (CDI)



Wetenswaardigheden

Er zijn nog enkele cijfers die we u niet willen onthouden:

%	Feiten
75	van de consumenten dient de klacht in via het digitale klachtenformulier op de website van de SKGZ
0	van de consumenten heeft de klacht ingediend via het Europees ODR-platform (online geschilbeslechting)
44	van de consumenten gebruikt de digitale SKGZ-berichtenbox voor het ontvangen van post van de SKGZ
9	van de klachten die de Ombudsman behandelt, heeft een buitenlandcomponent (2019: 10%)
14	van de geschillen die de Geschillencommissie behandelt, heeft een buitenlandcomponent (2018: 16%)
78	van de klachten die de Geschillencommissie behandelt, heeft de Ombudsman eerder geprobeerd op te lossen
22	van de consumenten legt een klacht direct voor aan de Geschillencommissie. Deze klachten worden dan niet behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen
100	van de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen wordt gepubliceerd op www.kpzv.nl . De naam van de consument wordt daarbij weggehaald

Aanbevelingen

Door het afhandelen van klachten ziet de SKGZ goed waar het regelmatig mis gaat tussen consumenten en zorgverzekeraars. In lijn met de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten voelt de SKGZ de verantwoordelijkheid om dit te melden. Het doel is om nieuwe problemen te voorkomen. De SKGZ doet verschillende concrete aanbevelingen:

Afwijken van de pgb indicatie? Informeer de consument op tijd

De SKGZ krijgt relatief veel klachten over het persoonsgebonden budget (pgb) verpleging en verzorging. Daarbij gaat het vaak over de indicatiestelling, waarvoor de indicierend verpleegkundige verantwoordelijk is. Soms bevat de indicatie zorg die niet wordt vergoed door de zorgverzekering. Dat is bijvoorbeeld het geval bij Wmo-zorg of bij onvoldoende onderbouwing van de geneeskundige context. Een zorgverzekeraar kan dan afwijken van de gestelde indicatie, in overleg met de indicierend verpleegkundige. De consument krijgt alleen bericht dat het pgb is toegekend, op basis van de lagere indicatie. De consument begrijpt hierdoor niet waarom de indicatie lager is geworden. Dit leidt tot onnodige vragen en verwarring. Betrek consumenten eerder in het besluitvormingsproces, is het advies van de SKGZ. Dit voorkomt verrassingen en klachten.

Betalingsproblemen bij een consument? Informeer hierover duidelijk via verschillende kanalen

Als een consument een betalingsachterstand heeft, is het belangrijk hierover goede informatie te geven. Soms ontstaan betalingsachterstanden namelijk zonder dat de consument dit doorheeft. Het kan onduidelijk zijn dat er nog iets betaald moet worden en wát dat dan is. Tijdig contact met de consument kan dit voorkomen. Regelmatig is het probleem snel opgelost, zodat (zwaardere) incassomaatregelen niet langer nodig zijn. Het advies aan de zorgverzekeraars is daarom: informeer consumenten duidelijk via meerdere kanalen. Bijvoorbeeld door een brief te sturen en daarnaast met de consument te bellen.

Aanvraag voor planbare zorg in een EU/EER-lidstaat of Zwitserland? Toets eerst aan verordening 883/2004

Een consument mag gebruikmaken van planbare zorg in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland. Hiervoor moet de zorgverzekeraar toestemming geven. De zorgverzekeraar moet de aanvraag van een consument eerst toetsen aan verordening 883/2004. Is de betreffende zorg ook op tijd in Nederland of daarbuiten bij een gecontracteerde zorgaanbieder te krijgen? Dan hoeft de zorgverzekeraar geen toestemming te geven. Wil de consument toch de zorg afnemen in de andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland? Dan hangt vergoeding af van de zorgverzekering. Deze juiste volgorde van toetsen wordt niet altijd aangehouden. Hierdoor krijgt de consument soms een onjuiste vergoeding.

Hoewel dit probleem in aantallen beperkt voorkomt, zien we dit bij meerdere zorgverzekeraars misgaan. Daarom adviseren we hier scherper op te letten. Ook vragen wij zorgverzekeraars mensen helder te informeren over de keuze van een vergoeding op basis van de verordening of op basis van de polis.

Betrek consumenten eerder in het besluitvormingsproces. Dit voorkomt verrassingen en klachten.

Klantwaardering

Iedere consument die een klacht bij ons indient, krijgt de mogelijkheid om deel te nemen aan ons tevredenheidsonderzoek. Van de consumenten die willen meewerken, vult tussen de 40 en 50% onze digitale vragenlijst in.

Waardering

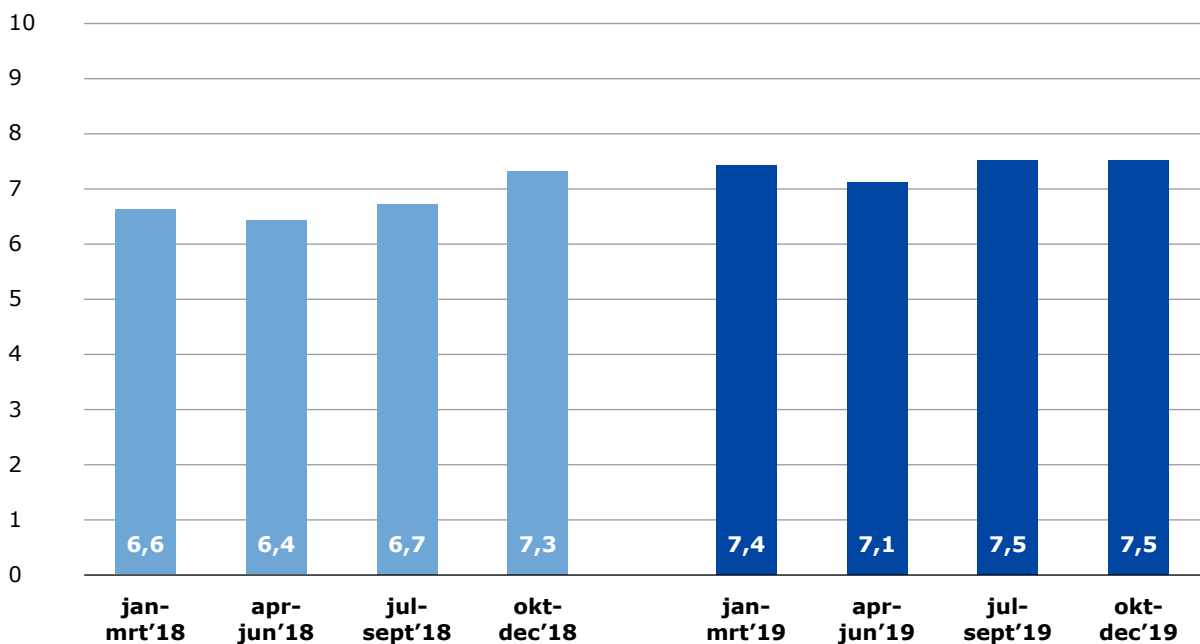
Wij vragen de consument onder meer naar een rapportcijfer voor onze dienstverlening. Consumenten kunnen uitleg bij dit cijfer geven, zodat wij weten wat de SKGZ nog kan verbeteren. Verder vragen wij wat mensen belangrijk vinden in de behandeling van hun klacht. Meest genoemd wordt het contact met de dossierbehandelaar. Dit persoonlijke contact bepaalt in grote mate de waardering: consumenten willen zich gehoord voelen.

De dienstverlening van de SKGZ krijgt in 2019 gemiddeld een 7,4 als cijfer. Dit is 0,7 punt hoger dan in 2018, een mooie stijging. Voor de manier waarop bemiddeld wordt, was in de maand september het meest gegeven cijfer zelfs een 10!

Klachten over de SKGZ

In 2019 werd er elf keer geklaagd over de SKGZ. Meestal waren dit consumenten die het niet eens waren met de uitkomst van de bemiddeling of het bindend advies. Twee keer ging de klacht over privacy. Deze beide zaken zijn intern opgepakt volgens ons privacyprotocol en bekeken door de Autoriteit Persoonsgegevens, die geen aanleiding zag tot nader onderzoek.

Klantwaardering 2018/2019



Door mr. Rolf de Groot, voorzitter
Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Hoe houden wij de SKGZ toekomstbestendig?

De rechtspraak is in beweging. Rechters krijgen les in 'klare taal'. Op tv worden hun uitspraken door een persrechter toegelicht.



Dit alles vanwege een toenemende behoefte aan verantwoording over de manier waarop rechtsprekende instanties hun werk doen. Dit zien we niet alleen bij de overheidsrechtspraak, maar ook bij de instanties op het terrein van de alternatieve geschillenbeslechting, zoals de SKGZ. In deze bijdrage stip ik een paar punten aan waar modernisering plaatsvindt en gewenst is.

Klantarena's

De SKGZ maakt al langer gebruik van klanttevredenheidsonderzoek. Deze onderzoeken kennen hun beperkingen. Zo is er maar een beperkte ruimte om commentaar te geven. Niet iedereen is schriftelijk even taalvaardig. Ook bestaat de indruk dat de tevredenheid vooral afhangt van de uitslag van de procedure. Desondanks leveren de onderzoeken waardevolle informatie.

Begin 2019 zijn we een stapje verder gegaan door 'klant-arena's' te organiseren. Dat zijn bijeenkomsten voor consumenten en zorgverzekeraars, waarbij ze hun klachten en wensen over onze procedures naar voren kunnen brengen. Dat hebben ze ook gedaan. Aan ons de taak om hierop waar nodig verdere actie te ondernemen.

Vergroting vindbaarheid SKGZ

Het moet voor consumenten makkelijker worden de weg naar de SKGZ te vinden. De zorgverzekeraars zijn verplicht de consument te wijzen op het bestaan van de SKGZ. Dat gebeurt, maar het kan in sommige gevallen beter. Ook kan beter en

duidelijker gewezen worden op de procedures bij de SKGZ. Dit zal in de periodieke gesprekken met de zorgverzekeraars worden meegenomen.

Wat doet de SKGZ zélf om vindbaar te zijn en de toegankelijkheid te vergroten? In de eerste plaats is er natuurlijk de site www.skgz.nl. Daarnaast is er een aparte site waarop de bindende adviezen worden gepubliceerd (www.kpzv.nl). Het gebruik van sociale media zal worden versterkt. Daarnaast wordt al gebruik gemaakt van de 'oude' media, zoals columns in publicaties van patiëntenverenigingen. Folders in de wachtkamer van de huisarts - een suggestie uit de klant-arena's - hebben we geprobeerd, maar zonder succes. Begrijpelijk, want wie de huisarts bezoekt heeft een probleem met de gezondheid en niet met de zorgverzekeraar.

Meer persoonlijk contact

In de klant-arena's hebben consumenten aangegeven dat behoefte bestaat aan persoonlijk contact, bij voorkeur met iemand die inhoudelijk op de hoogte is en liefst steeds met dezelfde persoon. Vroeger was het eerste contact met een medewerker van het secretariaat. Nu is dat met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen of de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Gekozen is voor 'meteen bellen': in een vroeg stadium van de procedure wordt de consument telefonisch benaderd. Er wordt dan gevraagd of de klacht goed is begrepen en de vervolprocedure wordt toegelicht.

² Voor de leesbaarheid gebruiken we ook hier het begrip zorgverzekering. Bedoeld wordt dan de basisverzekering en de aanvullende zorgverzekering. Als het alleen gaat om de aanvullende zorgverzekering, dan gebruiken we 'aanvullende zorgverzekering'.

Beperking doorlooptijden

Al dan niet na bemiddeling door de Ombudsman kan de consument ervoor kiezen een geschil voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Uit de klant-arena's en de onderzoeken naar de klanttevredenheid blijkt dat de duur van de procedure bij de commissie door consumenten als bezwaarlijk wordt ervaren. Een begrijpelijk bezwaar, al zijn de mogelijkheden tot verbetering beperkt.

Als er echt haast bij is, kan de consument vragen om een spoedprocedure. Dat gebeurt nu zelden of nooit.

De hoorzitting

Na de schriftelijke rondes volgt meestal een hoorzitting. Bij voorkeur in persoon, maar zo nodig kan de hoorzitting telefonisch plaatsvinden. Er zijn zorgverzekeraars die bijna altijd volstaan met telefonische deelname aan de hoorzitting. Consumenten ervaren dit vaak negatief, zelfs als

een gebrek aan belangstelling en respect van de kant van de verzekeraar. Dit bleek duidelijk bij de klant-arena's. Dat is begrijpelijk, want er mist nu eenmaal iets in het contact als de consument wel op de zitting aanwezig is en de zorgverzekeraar alleen via de telefoon meedoet. Ik vind dat daar echt meer begrip voor mag zijn aan de kant van de verzekeraars. Door mijn voorganger, en ook door mij, is hier bij herhaling voor gepleit. We gaan verder onderzoeken hoe we kunnen zorgen dat de zorgverzekeraar in principe altijd in persoon op de zitting vertegenwoordigd is.

Vergroting leesbaarheid adviezen

Om de bindende adviezen beter leesbaar te maken, hebben we in 2019 belangrijke veranderingen aangebracht. De indeling is overzichtelijker gemaakt. Het taalgebruik is voor een groot deel vereenvoudigd. Lange, moeilijke zinnen worden zo veel mogelijk vermeden. Het bindend advies is niet meer een aaneenschakeling van wettelijke regelingen; die worden nu in een bijlage opgenomen. Daarnaast wordt bij elk bindend advies een korte en duidelijke samenvatting opgenomen. Hiermee hopen we een eind tegemoet te komen aan de wensen van consumenten.



De voltallige
Geschillencommissie
Zorgverzekeringen
bestaat uit (van links
naar rechts):

- mr. Lidia Ritzema
- mr. Rolf de Groot
(voorzitter)
- mr. drs. Hanneke
Strens-Meulemeester
- mr. Huub Kroon

Doeltreffendheid

In 2019 deed USBO onderzoek naar de doeltreffendheid van onze klacht- en geschilprocedure in 2017 en 2018. Het integrale onderzoeksrapport staat op onze website.

USBO concludeert:

"De SKGZ vult haar procedure op een professionele en zorgvuldige wijze doeltreffend in."

Volgens USBO biedt de SKGZ uitstekende mogelijkheden aan consumenten om een klacht in te dienen, onder meer digitaal. Hieraan zijn lage, of geen kosten verbonden. De procedure is transparant en de consument kan kiezen voor juridische bijstand of machtiging. Ook stelt USBO dat de SKGZ goed zicht heeft op de eigen procedure, die continu verbeterd wordt. Zo zijn de vorige aanbevelingen van USBO duidelijk opgepakt.

Omdat er altijd ruimte is voor verbetering, geeft USBO enkele adviezen waar de SKGZ in 2020 mee aan de slag gaat:

USBO geeft als aanbeveling om te blijven werken aan duidelijke communicatie met de consument. Al 94% van de consumenten gaf in 2018 aan dat de communicatie met de Ombudsman duidelijk is. In 2019 heeft de SKGZ verdere stappen gezet om moeilijke juridische taal te vermijden.

Ook in 2020 blijft de SKGZ hieraan werken. USBO geeft ook als aanbeveling om met name de bindende adviezen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen te vereenvoudigen. Dit punt staat in de jaarplannen voor 2020.

De tweede aanbeveling is om te blijven werken aan de doorlooptijd in de beleving van de consument. In 2020 onderzoekt de SKGZ hoe de doorlooptijd verder kan worden verkort. Dit mag uiteraard niet ten koste gaan van de juridische zorgvuldigheid.

Een laatste aandachtspunt dat USBO meegeeft, is het bereiken van specifieke doelgroepen. Het actievare gebruik van sociale media in de afgelopen twee jaar heeft mogelijk al bijgedragen. USBO vraagt SKGZ te kijken wat hieraan nog meer kan worden gedaan.



En verder ...



En verder ...

Een woordenlijst, een lijst met aangesloten bedrijven,
hoe u ons bereikt en een samenvatting van onze financiën.

Staat van baten en lasten over 2019

(Bedragen in euro)

	Uitkomst 2019	Begroot 2019	Uitkomst 2018
Baten			
Bijdrage zorgverzekeraars	3.293.648	3.283.438	3.322.332
Subsidies Ministerie VWS - Zorgverzekeringslijn	1.005.851	1.090.520	1.062.943
Bijdrage geschillen	11.359	11.100	9.251
Financiële baten	-796	-1.500	-451
Totaal van de baten	4.310.062	4.383.558	4.394.075
Lasten			
Personeelskosten	2.607.810	2.079.477	2.182.026
Afschrijvingen immateriële vaste activa	-	-	19.889
Afschrijvingen materiële vaste activa	37.770	60.850	35.103
Bestuurs, geschillencommissie en ombudsman	391.416	434.461	363.461
Huisvesting	134.581	141.500	202.006
Automatisering en digitalisering	196.333	180.750	185.459
Bureaunkosten	116.948	81.500	84.576
Profilering en communicatie	99.939	177.000	82.539
Overige stichtingskosten	12.179	27.500	5.307
Zorgverzekeringslijn	1.006.684	1.090.520	1.039.779
Totaal van de lasten	4.603.660	4.273.558	4.200.145
Netto resultaat	-293.598	110.000	193.930
Resultaatbestemming			
Bestemmingsreserve discontinuïteit	488.849	-	-
Overige reserves	-781.614	110.000	173.815
Correctie Overige reserves i.v.m. subsidievaststelling 2017	-	-	14.047
Bestemmingsfonds Egalisatiereserve VWS	-833	-	20.115
Correctie Bestemmingsfonds Egalisatiereserve VWS i.v.m. subsidievaststelling 2017	-	-	-14.047
Totaal	-293.598	110.000	193.930

Balans per 31 december 2019

Na resultaatbestemming (bedragen in euro)

	31 december 2019	31 december 2018
ACTIVA		
Vaste activa		
<i>Immateriële vaste activa</i>		
Digitalisering	-	-
<i>Materiële vaste activa</i>		
Overige vaste bedrijfsmiddelen	305.571	321.708
<i>Financiële vaste activa</i>		
Waarborgsom	33.931	33.931
Vlottende activa		
<i>Vorderingen</i>		
Overige vorderingen en overlopende activa	80.021	92.657
<i>Liquide middelen</i>	1.082.531	1.045.620
Totaal	1.502.054	1.493.916

	31 december 2019	31 december 2018
PASSIVA		
Stichtingsvermogen		
Bestemmingsreserves	688.849	200.000
Overige reserves	-	781.614
Bestemmingsfonds egaliseringsreserve VWS	111.367	112.200
	800.216	1.093.814
Voorzieningen		
Overige voorzieningen	28.768	25.390
Kortlopende schulden		
Schulden aan leveranciers en handelskredieten	120.018	42.714
<i>Belastingen en premies sociale verzekeringen</i>	128.827	75.135
Overige schulden en overlopende passiva	424.225	256.863
	673.070	374.712
Totaal	1.502.054	1.493.916

Woordenlijst

In het jaarverslag gebruiken wij juridische woorden en afkortingen. Hieronder leggen wij de betekenis daarvan uit.

ADR-instanties ADR staat voor Alternative Dispute Resolution. Hierbij worden klachten en geschillen opgelost buiten de rechter om.

Bemiddelen Het zoeken naar een oplossing voor de klacht van de consument door hierover met betrokkenen (consument en zorgverzekeraar) in gesprek te gaan (mondeling en/of schriftelijk).

Berichtenbox De persoonlijke, beveiligde postbus voor digitale berichten van de SKGZ.

Bindend advies Uitspraak van de Geschillencommissie waaraan beide partijen zich moeten houden.

Consumenten Doorlooptijd Index (CDI) Geeft het gemiddeld aantal dagen weer tussen het officieel indienen van de klacht bij de SKGZ tot het laatste contactmoment in de procedure.

Europese verordening 'Single Digital Gateway' De Single Digital Gateway is de Europese toegangspoort die Europeanen toegang gaat geven tot informatie en procedures. Bijvoorbeeld informatie over procedures bij geschilleninstanties zoals de SKGZ.

Geschilfase Het deel van de procedure bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

GGZ Geestelijke gezondheidszorg.

Heroverweging Het door de zorgverzekeraar nadenken over zijn eerdere beslissing.

Implementatiewet Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten.

Kennelijk ongegrond Zonder nader onderzoek wordt vastgesteld dat de klacht ongegrond is. Bijvoorbeeld omdat de wet geen ruimte laat voor een andere beslissing.

KPZV Afkorting van Kennisplein Ziektekostenverzekeringen. Op deze website (www.kpzv.nl) staan alle uitspraken van de Geschillencommissie.

Marginale toetsing Hierbij kijkt de rechter of de Geschillencommissie haar werk goed heeft gedaan en 'in redelijkheid' tot haar besluit is gekomen. De rechter doet de procedure dus niet over.

Nederlandse Zorgautoriteit Controleert of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de regels houden.

ODR-platform De website van de Europese Commissie voor online geschilbeslechting.

Ombudsfase Het deel van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Onbevoegd De SKGZ mag de klacht of het geschil niet behandelen.

Ongegrond Niet terecht volgens de regels.

Paramedisch Zorg die bestaat uit ergotherapie, extramuraal diëtetiek, fysiotherapie, logopedie, oefentherapie of podotherapie.

Planbare zorg (in het kader van verordening 883/2004) Zorg waarvoor je bewust naar het buitenland reist om die te ontvangen.

SKGZ Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Vexatoir De klachtenprocedure gebruiken waarvoor die niet bedoeld is.

VWS ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Verordening 883/2004 Deze Europese verordening regelt de vergoeding van zorg in een ander EU-land.

Wmo-zorg Zorg die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zorginstituut Nederland Bevordert de kwaliteit van onze gezondheidszorg en adviseert over de inhoud van de verplichte zorgverzekeringen.

Zorgverzekeringslijn Het onderdeel van de SKGZ dat zich richt op wanbetalers en onverzekerden.

Zvw-pgb Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Alle zorgverzekeraars zijn aangesloten

In 2019 waren de hieronder genoemde bedrijven aangesloten bij de SKGZ. Dit zijn alle in Nederland actieve zorgverzekeraars. In het overzicht worden ook de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens een zorgverzekeraar.

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. Caresco B.V.
8. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar U.A.
9. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.
10. Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV
11. De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
12. Onderlinge waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.
13. DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.
14. Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
15. Eno Zorgverzekeraar N.V.
16. EUCARE Insurance PCC ltd.
17. FBTO Zorgverzekeringen N.V.
18. Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
19. iptiQ Life S.A.
20. IZA Zorgverzekeraar N.V.
21. Vanbreda Risk & Benefits B.V.
22. Menzis N.V.
23. Menzis Zorgverzekeraar N.V.
24. National Academic Verzekeringsmaatschappij N.V.
25. Nedasco B.V.
26. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.
27. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
28. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
29. OOM Global Care N.V.
30. One Underwriting B.V.
31. Stichting Promovendum
32. Stad Holland Zorgverzekeraar Onderlinge Waarborgmaatschappij U.A.
33. Stad Holland Ziektekostenverzekeringen N.V.
34. Turien & Co Assuradeuren B.V.
35. N.V. Zorgverzekeraar UMC
36. N.V. Univé Zorg
37. VGZ Zorgverzekeraar N.V.
38. VGZ voor de Zorg N.V.
39. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.
40. Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid U.A.

Dit overzicht is opgemaakt op 4 februari 2020.

Handig om te weten

Heeft u een vraag over een probleem met uw zorgverzekeraar?

Kijk op www.skgz.nl. Of bel met 088 900 6 900. Wij zijn van maandag t/m vrijdag bereikbaar tussen 08.30 en 17.00 uur.

Bent u journalist en heeft u vragen aan de SKGZ?

Neem dan contact op met Sonja Schröder. Zij is bereikbaar via telefoonnummer 088 900 6 900 of per e-mail: communicatie@skgz.nl.

Wilt u weten hoe de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in eerdere zaken heeft beslist?

Ga naar www.kpzy.nl. Daar vindt u alle uitspraken van de Geschillencommissie. Op de hoogte blijven? Meldt u dan via de website aan voor het uitsprakenoverzicht. Dit overzicht verschijnt elke veertien dagen.

Wilt u een gratis training aanvragen?

Zorgverzekeringlijn traint professionals en vrijwilligers om zorgverzekeringsproblemen te voorkomen en op te lossen. U kunt de gratis training aanvragen via www.zorgverzekeringlijn.nl.

Ziet u een datalek?

Bij een datalek gaat het om toegang tot of vernietiging, wijziging of vrijkomen van persoonsgegevens zonder dat dit de bedoeling is. Meldt dit dan op datalek@skgz.nl. Wij kunnen het datalek dan beoordelen en daarop actie ondernemen.

Zo bereikt u ons

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)

Postadres: Postbus 291, 3700 AG Zeist
Bezoekadres: Het Rond 6D, 3701 HS Zeist
Telefoon: 088 900 69 00
E-mail: info@skgz.nl
Website: www.skgz.nl
KvK-nummer: 30213012





Colofon

Aan dit jaarverslag werkten mee

Brenda Jansen LLB
Christie Izelaar – Kerkhof
Mr. Edwin Niezen
Mr. Gerard de Groot
J. Jos van der Linden LLB
Mr. Laurette Simonse
Drs. Marike Spanjaard
Mr. Manon ten Kate
Michiel Blom
Mirella Regeer MCC
Petra van Wijngaarden-Versteeg
Mr. Reina van Marwijk Kooy
Mr. Rolf de Groot
Drs. Sabine Muijrsers MMC
Sonja Schröder MSc
Mr. Dr. Ton Rombouts

Beeld

Bergh Fotografie, Bfoto, Niek Stam
en Asman Khan

Tekstredactie

Luvi Media

Vormgeving

Brût Communicatie

Zeist, April 2020

Alle rechten voorbehouden.

Overname van informatie uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding: SKGZ, Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Jaarverslag 2019, www.skgz.nl. Bij overname van de informatie stellen wij de toezending van betreffende publicatie op prijs.

