

Jaarverslag

2006

STICHTING KLACHTEN

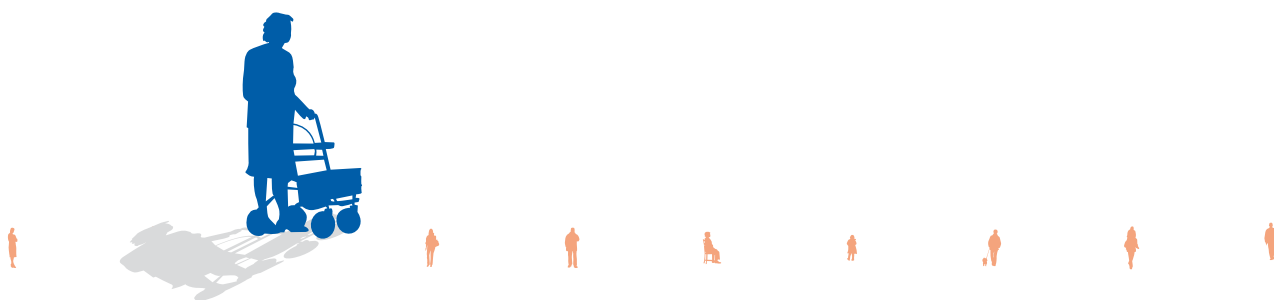
EN GESCHILLEN

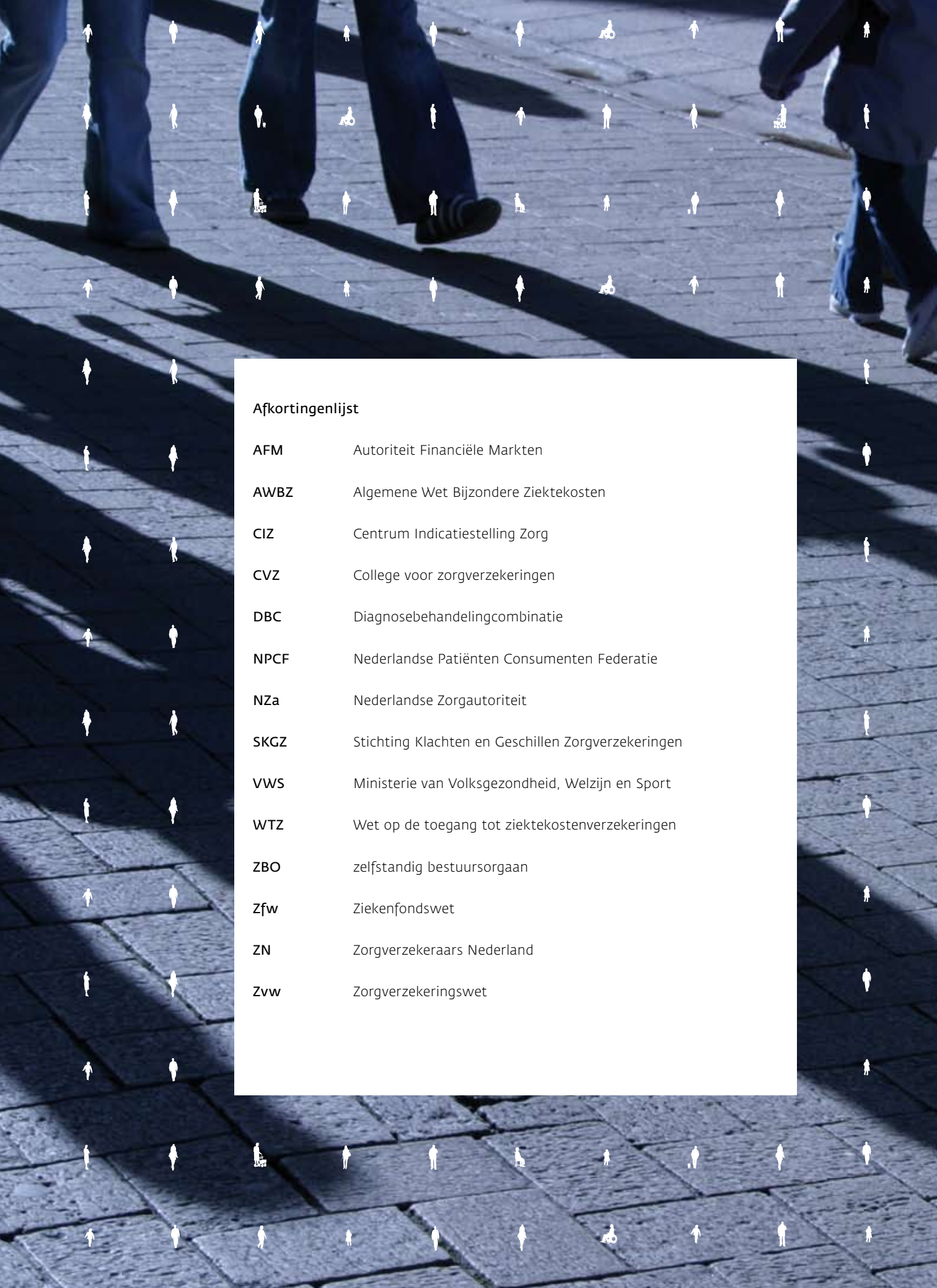
ZORGVERZEKERINGEN



Inhoud

Vooraf	3
1. Algemene voortgang	4
2. Afhandeling klachten en geschillen	10
3. Financiële gegevens	20
4. Contact	24





Afkortingenlijst

AFM	Autoriteit Financiële Markten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
ZBO	zelfstandig bestuursorgaan
Zfw	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Vooraf

Al in 2005 was duidelijk dat 2006 een bijzonder jaar ging worden. Natuurlijk omdat de SKGZ werd opgericht, maar ook omdat de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd, die vérstrekkende gevolgen zou hebben. Alleen wist niemand hóé ver.

Achteraf kunnen we concluderen dat de invoering soepeler is verlopen dan verwacht. In tegenstelling tot de vele noodscenario's die ons geregeld werden voorgespiegeld, ontstond er geen administratieve chaos bij de zorgverzekeraars, voltrokken zich geen rampen bij de zorgaanbieders, en brak er geen opstand uit onder de zorgconsumenten. En ook het aantal klachten en geschillen bleef achter bij de ramingen.

Het aantal te behandelen zaken mocht dan meevallen; dat wil nog niet zeggen dat het bureau een eenvoudig jaar beleefde. Het bestuur van de SKGZ spreekt dan ook zijn waardering uit voor de inzet van de medewerkers, die gezamenlijk in het oprichtingsjaar 2006 een ongelooflijke toer hebben verricht. In enkele maanden tijd is een complete werkorganisatie ingericht en ingewerkt, die in haar eerste jaar toch nog meer dan 2000 dossiers te verwerken kreeg.

Om het bijzondere karakter van dit eerste verslagjaar te onderstrepen, is dit jaarverslag gelardeerd met citaten van directie, secretariaatmedewerkers en dossierbehandelaars. Deze citaten zijn hun observaties van opvallende zaken, aan de hand waarvan de lezer zich een beeld kan vormen over de dagelijkse praktijk.

Ik wens de lezer veel leesgenoegen toe.

Zeist, maart 2007

Mr. F.J.M. Houben
voorzitter bestuur SKGZ



1

Algemene voortgang





Inleiding

Dit is het eerste jaarverslag van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze stichting werd in 2006 opgericht door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Op 1 januari 2006 werd de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. In deze wet wordt zorgverzekeraars onder meer de verplichting opgelegd een onafhankelijke instantie in het leven te roepen, om geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering te beslechten. Die instantie is de SKGZ. Bij de oprichting is het instituut Ombudsman Zorgverzekeringen bij de SKGZ ondergebracht, om de onafhankelijke status van de Ombudsman te waarborgen.

'Wrang is het natuurlijk wel, als je in 2004 onder medische begeleiding bent gestart met gewichtsverlies, om er dan in 2006 achter te komen dat de buikwandcorrectie niet meer wordt vergoed, omdat de verzekeringspakketten intussen zijn verschaald.'

DOSSIERBEHANDELAAR

Doel van de SKGZ is het helpen oplossen van problemen tussen verzekerden en de zorgverzekeraars. Dat gebeurt door voorlichting, door bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen of door een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De Ombudsman behandelt klachten over de aanvullende verzekering en bejegeningklachten. De Geschillencommissie buigt zich over geschillen met betrekking tot de zorgverzekering (basisverzekering).

De SKGZ heeft een onafhankelijk bestuur. Dit bestuur, dat is benoemd voor een periode van vier jaar, bestaat uit:

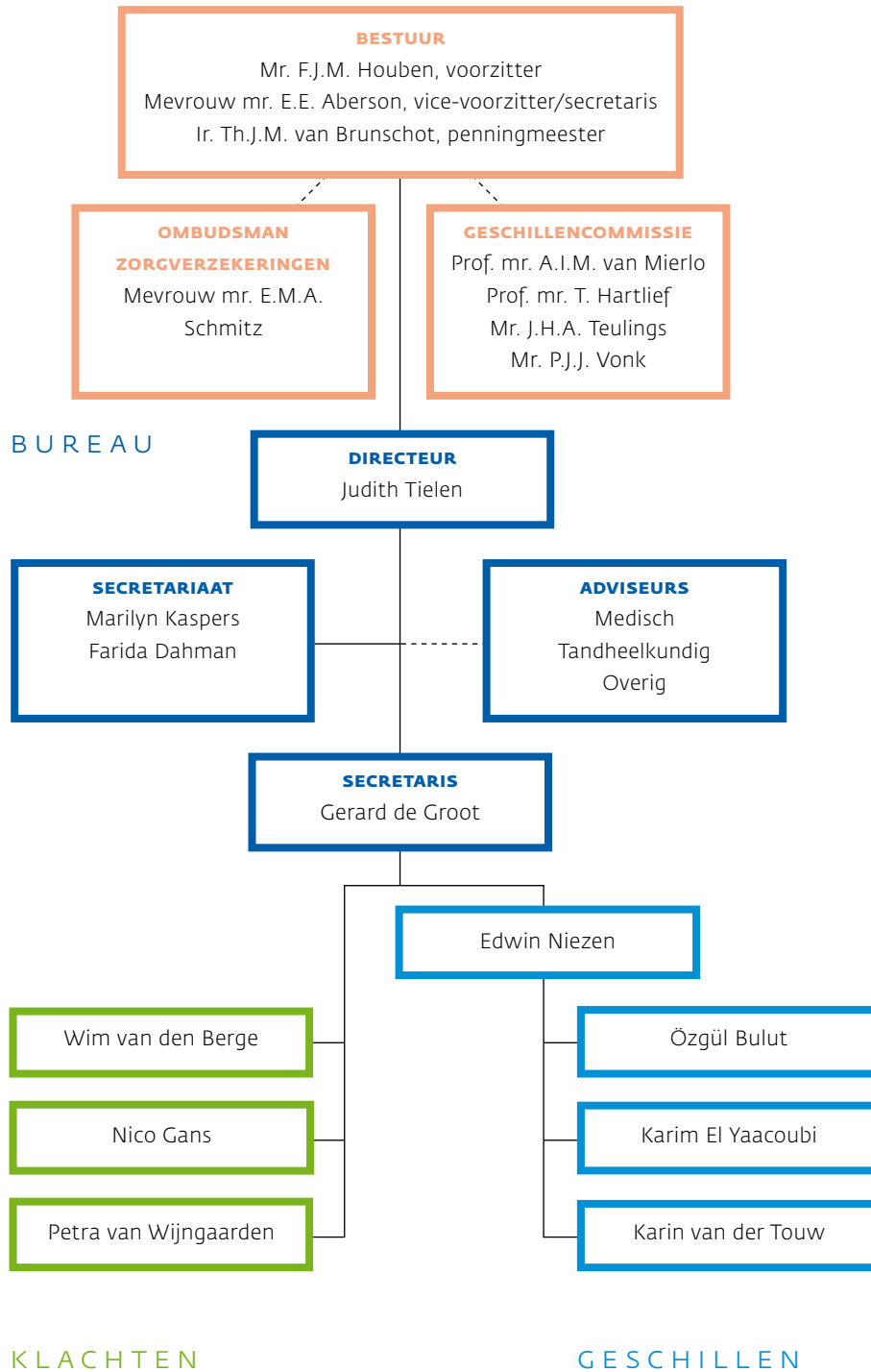
- de heer mr. F.J.M. Houben, voorzitter
- mevrouw mr. E.E. Aberson, vice-voorzitter/secretaris, voorgedragen door de NPCF
- de heer ir. Th.J.M. van Brunschot, penningmeester, voorgedragen door ZN

De Geschillencommissie wordt voorgezeten door de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo. De Ombudsman Zorgverzekeringen is mevrouw mr. E.M.A. Schmitz. Directeur van het bureau is mevrouw drs. Judith Zs.C.M. Tielen.

Voorbereidingen

Zoals bekend is de ontwikkeling en invoering van de Zvw in hoog tempo verlopen. Dat bemoeilijkt de voorbereidingen, omdat tot op het laatst met vrij veel onzekere factoren rekening moest worden gehouden.

STICHTING



Toen medio 2005 bekend werd dat er een geschillenregeling moest komen, besloot het bestuur van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om een onafhankelijke instantie op te zetten, in samenwerking met patiënten- en consumentenorganisaties. ZN benaderde de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond. Uiteindelijk bleek de NPCF bereid om deel te nemen.

'We kunnen niet genoeg benadrukken dat procedures veel tijd kosten. De verzekeraar krijgt vier weken om te reageren, het CVZ ook, we hebben zelf onze verwerkingstijd; er gaan zo een paar maanden voorbij. Daarvoor heeft niet iedereen begrip. Sommigen denken echt: ik stuur een brief en dan komt het meteen goed.'

MEDEWERKER SECRETARIAAT

Oprichting

In november/december 2005 kreeg de wet zijn definitieve vorm en konden de procedures en reglementen van de SKGZ worden ontworpen. Vanaf dat moment begonnen we met de daadwerkelijke inrichting van het bureau, het werven en aannemen van personeel en het benaderen van leden voor de Geschillencommissie. Half februari 2006 vond de oprichtingsvergadering plaats, waarna op 1 maart 2006 de oprichtingsakte werd gepasseerd. Begin maart was het bureau op volle sterkte.

De werkzaamheden van de Ombudsman Zorgverzekeringen gingen intussen gewoon door. Dit instituut, dat al sinds 1996 bestaat, werd in januari bij de SKGZ ondergebracht. Mevrouw mr. E.M.A. Schmitz is in februari formeel door het bestuur van de SKGZ herbenoemd als Ombudsman Zorgverzekeringen.

Inrichting geschillenbehandeling

Kon de klachtenbehandeling zonder onderbreking doorgang vinden, voor geschillen moest een geheel nieuwe procedure worden ontwikkeld. Tot en met 2005 was de behandeling van geschillen sterk versnipperd. Particulier verzekerden waren aangewezen op de burgerlijk rechter, de Ombudsman Zorgverzekeringen of de Raad van Toezicht op het

'Na een afwijzing inzake een buikwandcorrectie begeleidde ik de aanvrager naar de uitgang. "Geef niets," zei ze, "volgend jaar komt het in het basispakket, dan probeer ik het gewoon opnieuw." Toen heb ik haar maar voorzichtig gewezen op de strenge voorwaarden.'

DOSSIERBEHANDELAAR

Verzekeringsbedrijf voor een tuchtrechtelijke beoordeling (mits de betrokken zorgverzekeraar was aangesloten bij het Verbond van Verzekeraars). Geschillen met betrekking tot standaardverzekeringen werden beslecht door de Beroepscommissie WTZ. En ten slotte was op geschillen met betrekking tot de Ziekenfondswet en de AWBZ een op de Algemene wet bestuursrecht gebaseerde procedure van toepassing.

De nieuwe geschillenprocedure kon niet gebaseerd worden op bestaande WTZ-reglementen. De nieuwe Zvw en de eisen van een modernere tijd maakten het schrijven van een nieuw reglement noodzakelijk. Afgesproken werd dat de eerste leden van de Geschillencommissie de regels zouden toetsen aan de praktijk. Dat heeft in de loop van 2006 nog tot kleine procedureaanpassingen geleid.

Vanaf februari 2006 kwamen de eerste behandelbare geschillendossiers binnen. Voor die tijd waren er wel meldingen, maar voor het overgrote deel bleken deze zaken nog niet door de zorgverzekeraar behandeld of heroverwogen te zijn. In andere gevallen kon worden volstaan met voorlichting. Toen in mei de leden van de Geschillencommissie werden benoemd, waren de eerste dossiers toe aan beoordeling.

De voorzitter en vice-voorzitter van de Geschillencommissie zijn afkomstig uit de voormalige Beroepscommissie WTZ, omdat in die commissie veel bruikbare ervaring is

opgedaan. Om niet de schijn te wekken dat de Geschillencommissie van de SKGZ een voortzetting van de oude beroepscommissie is – en voor de gewenste frisse blik – zijn daarnaast twee leden uit andere werkvelden aangezocht.

'Ook al vermoeden we dat iemand kansloos is, we zullen nooit vooraf zeggen: u heeft geen zaak. Wel verwijzen we naar de website waar soortgelijke uitspraken op staan. Dan kan men zelf de beslissing nemen om alsnog een klacht of geschil in te dienen. Want er kunnen altijd omstandigheden zijn, waardoor aanvragers toch in het gelijk worden gesteld. Bij opgewekt vertrouwen bijvoorbeeld, of als er een toezegging lijkt te liggen. Je kunt het nooit zeker weten.'

DIRECTIE

Communicatie

Aan het einde van 2006 werd een informatiebrochure gemaakt met de titel 'Als u er niet meer uitkomt met uw zorgverzekeraar'. Deze titel is illustratief voor het gevoerde communicatiebeleid.

Immers, de SKGZ komt pas in beeld bij een verzekerde als deze met zijn probleem niet meer bij zijn zorgverzekeraar terecht kan. Dat betekent dat de SKGZ makkelijk toegankelijk moet zijn, maar pas op het moment dat dat werkelijk nodig is.

Daarom is gekozen voor een ingetogen opbouw van communicatie. Verzekerden zijn niet rechtstreeks benaderd. Er werd gebruikgemaakt van de kanalen van zorgverzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties. Bij de oprichting is een informatie-map naar alle betrokken instanties verzonden. Later in het verslagjaar is een tweede mailing de deur uitgegaan, met oog op de inrichting van de polisvoorwaarden van 2007.

De meeste verzekerden met een probleem wisten de SKGZ te vinden aan de hand van een vermelding in de polisvoorwaarden van hun zorgverzekeraars. Ook in hun heroverweging verwezen veel zorgverzekeraars expliciet naar de SKGZ.

Belangrijk voor de toegankelijkheid van de SKGZ was de lancering van de website www.skgz.nl. Dit gebeurde op 2 maart. Op de website kunnen verzekerden vinden hoe ze een klacht of geschil kunnen indienen. Online aanmelden is niet mogelijk, omdat





'De overgang is voor vele publiekrechtelijk verzekerden te ruw geweest. Het verschil in dekking was wel erg groot. Of dit betekent dat de oude regeling te luxe was, of dat er een overgangsregeling had moeten komen, weet ik niet. Daar heb ik geen mening over. Maar ik geloof wel dat bij deze groep de voorlichting tekortgeschoten is.'

DOSSIERBEHANDELAAR

men bij een aanmelding van een klacht of geschil meerdere relevante stukken moet insluiten. Wel kunnen bezoekers op de website een aanmeldingsformulier downloaden. Van die mogelijkheid is vaak gebruik gemaakt. Ongeveer de helft van alle aanmeldingen kwam binnen op een gedownload formulier.

De website is goed bezocht. Gedurende de tien maanden dat de website online is geweest zijn er in totaal 16.367 bezoekers geweest, die gemiddeld 3,8 pagina's hebben bezocht. De website was meteen goed te vinden. In de eerste maand bedroeg het aantal bezoekers per week ca. 280. In enkele maanden groeide het aantal bezoekers naar gemiddeld 374 per week. Best bezochte dag was 18 december 2006, met 436 bezoekers. De meeste bezoekers komen op www.skgz.nl terecht via Google, met het zoekwoord klachten (13%) of skgz (13%).

Externe contacten

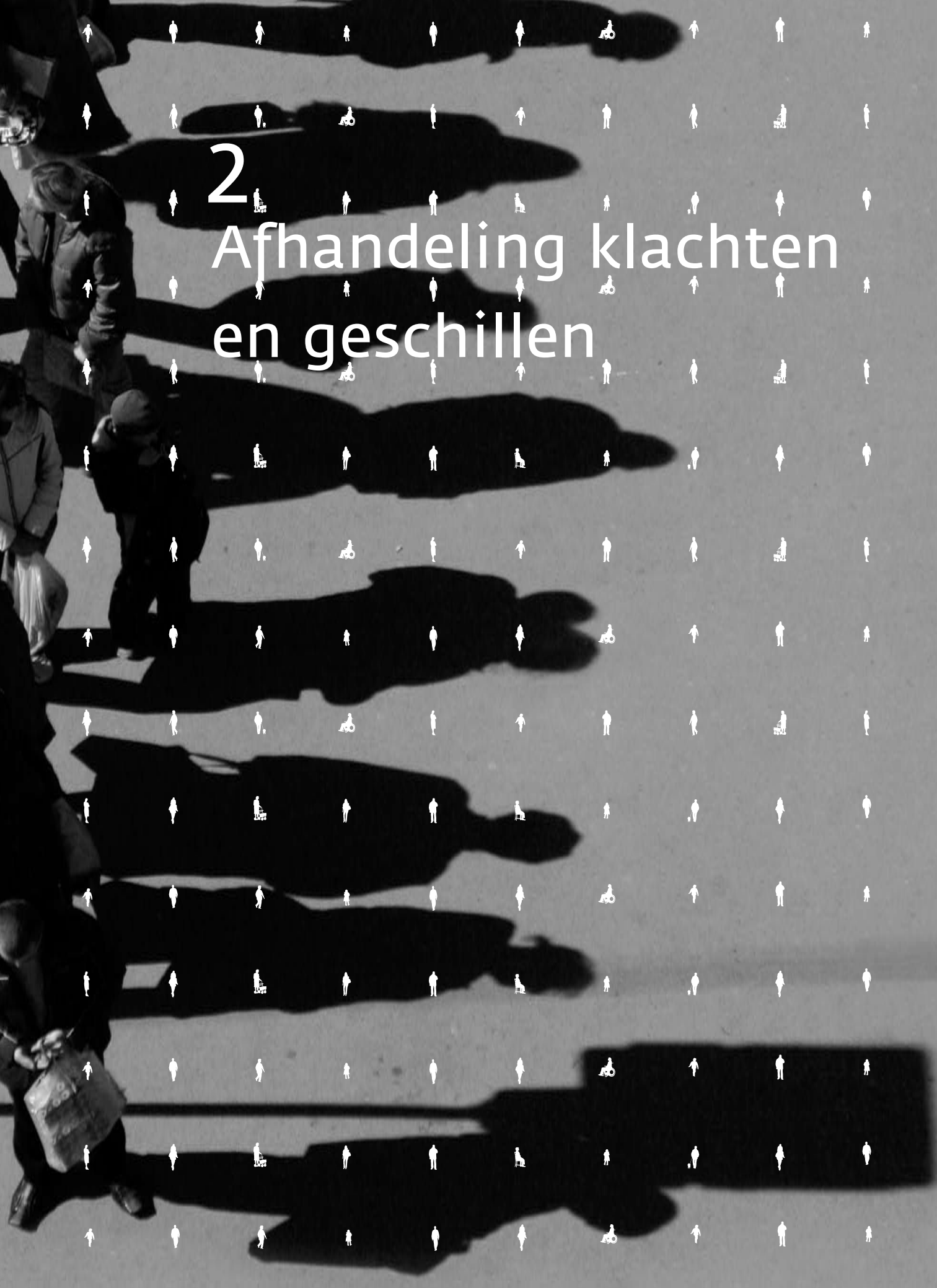
Buiten zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties worden intensieve contacten onderhouden met ministeries en ZBO's, zoals

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- College voor zorgverzekeringen (CVZ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
- Ministerie van Financiën
- Autoriteit Financiële Markten (AFM)
- Stichting De Ombudsman
- Consumentenbond

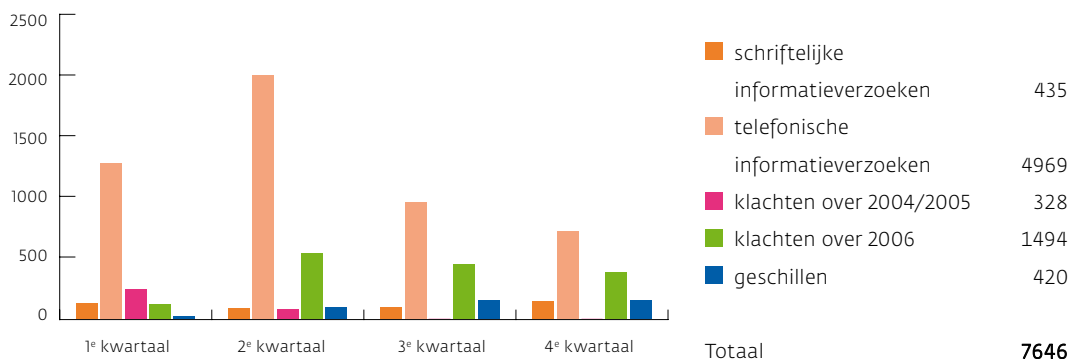
Daarnaast waren er contacten met onder meer organisaties van zorgverleners en zorgaanbieders, met het bureau van de Nationale ombudsman, het Klachteninstituut Verzekeringen, de Vereniging voor Klachtrecht en het Nibud.

2

Afhandeling klachten en geschillen



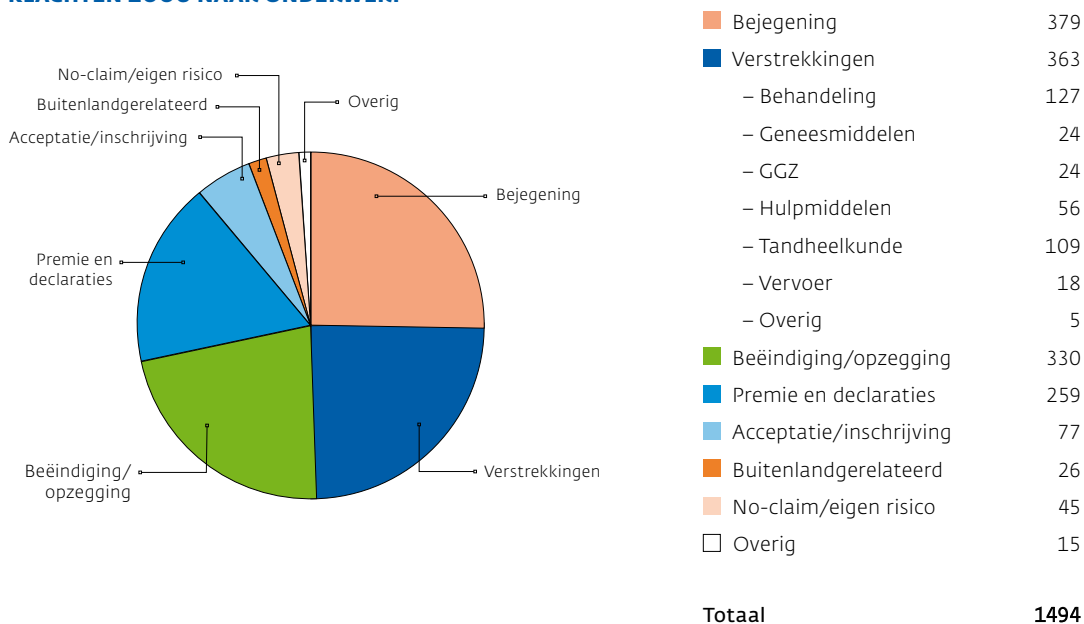
INHOUDELIJKE CONTACTEN IN 2006



'Veel mensen dachten dat hun oude zorgverzekering automatisch werd beëindigd als ze naar een nieuwe zorgverzekeraar overstapten. Maar als er niet tijdig wordt opgezegd, loopt de oude verzekering door. Gevolg: een dubbele verzekering.'

DOSSIERBEHANDELAAR

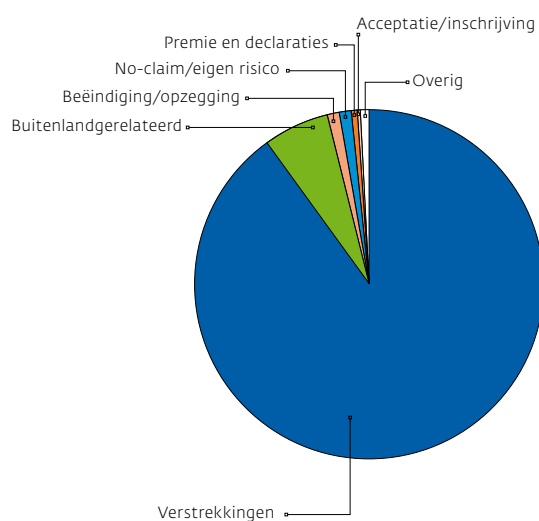
KLACHTEN 2006 NAAR ONDERWERP



AFHANDELING KLACHTEN 2006

	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	in 2006	in 2005
Ingediend	119	542	448	385	1494	1438
Afgehandeld	118	537	431	250	1336	1370
% van totaal	100%	99%	96%	65%	89%	95%
Gemiddelde behandeltermijn	6 weken 4 dagen	6 weken 1 dag	6 weken 2 dagen	3 weken 4 dagen	5 weken 1 dag	niet gemeten
Succesvolle bemiddelingen	67	382	253	139	841 (63% van afgehandelde klachten)	407 (49% van afgehandelde klachten)

GESCHILLEN 2006 NAAR ONDERWERP



■ Verstrekingen	379
– Behandelingen (plastische chirurgie, fysiotherapie enz.)	187
– Hulpmiddelen	63
– Vervoer	50
– Geneesmiddelen	42
– Tandheelkunde	35
– Overig	2
■ Buitenlandgerelateerd	25
■ Beëindiging/opzegging	5
■ No-claim/eigen risico	5
■ Premie en declaraties	2
■ Acceptatie/inschrijving	1
□ Overig	3
Totaal	420
Entreegeld betaald	305 (73%)



AFHANDELING GESCHILLEN 2006

	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	in 2006
Ingediend	18	95	152	155	420
Afgehandeld	18	82	68	21	189
% van totaal	100%	86%	45%	14%	45%
Gemiddelde behandeltemijn	18 weken 1 dag	19 weken	11 weken 6 dagen	6 weken 2 dagen	14 weken 6 dagen

RESULTAAT GESCHILLENBEHANDELING

Bindende adviezen	104
Overige oplossingen	85
Toewijzingen	14 (7% van afgehandelde adviezen)



Werkwijze

De meeste problemen worden per telefoon aangemeld. Meestal gaat het om informatieverzoeken, soms probeert men een klacht of geschil in te dienen. Dan leggen we uit dat dit alleen schriftelijk mogelijk is, onder overlegging van de relevante stukken. De beller wordt verwezen naar de website of krijgt informatie thuis gestuurd.

Wanneer een schriftelijke aanmelding is ontvangen, maakt het secretariaat een dossier aan. Alle overige documenten die tijdens een zaak worden gemaakt of ontvangen, worden aan dat dossier toegevoegd. Beoordeeld wordt of een zaak als klacht of geschil behandeld moet worden, waarna het dossier naar de juiste dossierbehandelaar gaat.

Binnen een week na ontvangst krijgt de indiener een ontvangstbevestiging. Daarin staat ook beschreven hoe de verdere procedure eruit ziet. Tegelijkertijd wordt de betreffende zorgverzekeraar aangeschreven.

De procedure voor klachtenbehandeling is hetzelfde gebleven. Door middel van bemiddeling probeert de Ombudsman Zorgverzekeringen een oplossing te bereiken.

Voor de behandeling van geschillen is een nieuwe procedure ontwikkeld. Nadat de zorgverzekeraar is verzocht om schriftelijk op de zaak te reageren, worden partijen in de gelegenheid gesteld hun standpunten in een hoorzitting nader toe te lichten. Na



het inwinnen van advies bij het CVZ buigt de Geschillencommissie zich over het dossier, om een bindend advies uit te geven. Partijen worden schriftelijk van de uitkomst op de hoogte gesteld, waarna het dossier wordt gearhiveerd. Deze procedure neemt vijf tot zes maanden in beslag.

De SKGZ kent geschillen- en klachtenbehandelaars. Er is bewust voor gekozen om hierin een scheiding aan te brengen, om te voorkomen dat een medewerker twee keer dezelfde zaak moet behandelen. Het is niet ondenkbaar dat een klacht later wordt ingediend als geschil, bijvoorbeeld wanneer klachtenbemiddeling niet tot een bevredigende oplossing heeft geleid.

'Als een arts zegt dat een patiënt iets nodig heeft, is nog niet geregeld dat het ook vergoed wordt. Het klinkt gek, maar veel mensen realiseren zich dit niet. Aan dit principe is niets veranderd bij het nieuwe zorgstelsel, wellicht dat het daarom in de voorlichting onderbelicht is gebleven.'

DOSSIERBEHANDELAAR

Informatieverzoeken en aanmeldingen

Het bureau kreeg 4969 telefonische en 435 schriftelijke verzoeken om informatie te verwerken. De meeste telefonische vragen gingen over verstrekkingen, opzeggingen en premies. In het eerste halfjaar werden twee keer zoveel vragen gesteld als in de tweede helft.

Verrassend is dit natuurlijk niet echt. Een grootschalige stelselherziening als de invoering van de Zvw roept onzekerheid, onrust en zelfs onvrede op. Er was ook voorzien in een forse stijging van het aantal te behandelen klachten. Voor geschillen viel het aantal dossiers moeilijker te voorspellen, maar de verwachtingen waren hoog gespannen.

De uitkomst is zonder meer opmerkelijk te noemen. Het aantal klachten steeg inderdaad, maar minder dan verwacht. En ook het aantal geschillen bleek kleiner te zijn dan voorzien. Oorzaken hiervoor zijn moeilijk te geven. Geconstateerd kan alleen worden dat deze cijfers overeenkomen met het algemene beeld dat de invoering van het nieuwe zorgstelsel soepeler is verlopen dan verwacht.

Klachten in 2006

In het verslagjaar zijn in totaal 1822 klachten afgehandeld, waarvan 328 zaken nog betrekking hadden op 2004 en 2005. In 2006 werden 1494 nieuwe ombudsdossiers geopend, waarvan 1336 (89%) nog hetzelfde jaar werden afgehandeld. De gemiddelde behandeltermijn bedroeg ruim vijf weken.

Vooral in de eerste helft van 2006 waren klachten te relateren aan de stelselherziening. Problemen met betrekking tot opzeggingen en dubbele inschrijvingen waren talrijk. Deze problemen konden over het algemeen snel tot een goed einde worden gebracht. Opvallend veel zorgverzekeraars legden een grote coulance aan de dag bij het oplossen



van dit soort problemen. Wellicht schuilt in deze opstelling de oorzaak voor het relatief lage aantal klachten en geschillen. Mogelijk zijn veel problemen opgelost voordat deze de SKGZ konden bereiken.

Geschillen in 2006

In totaal heeft de Geschillencommissie 420 dossiers in behandeling genomen. Daarvan waren op 31 december 189 (45%) zaken afgehandeld. Bij 104 zaken kwam het tot een bindend advies; in 85 gevallen werd een andere oplossing gevonden. In veertien gevallen wees de Geschillencommissie het verzoek van de indiener toe. Gezien de richtlijn van vijf à zes maanden is de gemiddelde behandeltermijn laag te noemen: bijna vijftien weken.

In 95 zaken van de 104 won de Geschillencommissie advies in bij het CVZ. Alle adviesaanvragen werden ingewilligd. In elf gevallen week het bindend advies af van het CVZ-advies. Dat gebeurde bij overlopende machtigingen (in 2005 afgegeven machtigingen zonder einddatum of met een einddatum in 2006) en wanneer de zorgverzekeraar een toezegging had gedaan die afweek van de polisvoorwaarden.

De Geschillencommissie vraagt niet altijd advies aan bij het CVZ. Voor zaken die niet over het basispakket gaan, zoals problemen over premie, no-claim of eigen bijdrage, hoeft geen advies te worden ingewonnen.

In twee zaken die niet over verstrekkingen gingen – en waarvoor dus geen CVZ-advies was ingewonnen – maakte de Geschillencommissie gebruik van de wettelijke mogelijkheid af te wijken van de bepalingen in de Invoerings- en aanpassingswet Zvw. In beide gevallen ging het om opzeggingen die niet tijdig zouden zijn gedaan.

Het leeuwendeel van de behandelde geschillen betrof verzekerde prestaties, waarbij het grote aantal zaken over plastische chirurgie opviel. In veel gevallen moest de Geschillencommissie het verzoek afwijzen, omdat behandelingen als ooglid- en schaamlipcorrecties, buikwandplastieken, borstvergrotingen en zelfs het vervangen van borstprothesen in de huidige wetgeving alleen nog worden vergoed in zeer bijzondere gevallen. Veelal voldeden de zaken niet aan de criteria.

'Mensen kiezen veel vaker voor een hoorzitting dan we dachten. Onze inschatting was dat een op de vijf indieners voor een hoorzitting zou kiezen. Maar het zijn er vier op de vijf. Ook als een zaak geen toelichting meer behoeft, komt men. Een hoorzitting blijkt dus in een behoefte te voorzien. Mensen willen serieus genomen worden, letterlijk gehoord worden.'

DIRECTIE



Opvallende onderwerpen

De volgende onderwerpen hingen samen met de invoering van de Zvw.

Opzeggingen

Verzekerden hadden tot 1 maart 2006 de tijd om het aanbod van hun zorgverzekeraar af te slaan. Veel mensen waren daarmee te laat. Vooral in gevallen waarbij de assurantietussenpersoon of de nieuwe zorgverzekeraar had aangeboden de opzegging te verzorgen, leidde dit tot meningsverschillen. Relatief veel zorgverzekeraars reageerden positief op de bemiddelingsinspanningen van de SKGZ en bleken bereid de oude zorgverzekering alsnog te beëindigen.

Acceptatie

Veel mensen verkeerden (ten onrechte) in de veronderstelling dat de acceptatieplicht ook geldt voor aanvullende verzekeringen. De SKGZ kon hierin meestal geen andere oplossing bieden dan het verstrekken van de juiste informatie.

Premie

Voor algemene klachten over de hoogte van de premie kan men niet bij de SKGZ terecht. Desondanks bereikten ons meldingen over het onderscheid tussen de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage. Deze mensen hebben we zo adequaat mogelijk proberen te helpen, door informatie te verstrekken of door hen te verwijzen naar de Belastingdienst, het CVZ of de betreffende zorgverzekeraar.

Buitenlandperikelen

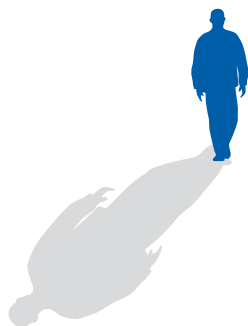
De invoering van de Zvw creëerde onrust bij in het buitenland wonende Nederlanders. Zo maakten ze bezwaar tegen de verplichting AWBZ-premie te betalen, zonder dat daar een dekking tegenover stond. Daarnaast hadden vele 'pensionados' moeite een Nederlandse Zvw-premie te betalen voor een beperkt verzekerd pakket in het woonland. Ten

'Kwesties met geneesmiddelen kunnen heel gevoelig liggen. Bijvoorbeeld als een cardioloog een patiënt vertelt dat hij een middel zijn hele verdere leven moet blijven innemen en deze komt erachter dat het niet vergoed wordt. Dat is best schrikken.'

DOSSIERBEHANDELAAR

slotte rezen er klachten over de afgifte van een formulier van het CVZ, waarmee men zich bij het buitenlandse uitvoeringsorgaan als verdragsrechthebbende moet aanmelden. Bij deze problemen heeft de SKGZ betrokkenen doorverwezen naar het CVZ of – bij klachten over het CVZ – naar de Nationale Ombudsman. Overigens heeft de introductie van de zogeheten woonlandfactor in de Regeling zorgverzekering een eind gemaakt aan deze problemen.

Bij de klachten- en geschillenafhandeling waren voorts de volgende trends te bespeuren.





Erkenning behandelaar

Over alternatieve geneeswijzen bieden polissen over het algemeen voldoende duidelijkheid. Voor verzekerden is vooraf meestal wel helder of een geneeswijze wordt gedekt of niet. Toch komt het voor dat declaraties van geaccepteerde alternatieve geneeswijzen worden geweigerd omdat de behandelaar niet door de zorgverzekeraar wordt erkend, bijvoorbeeld omdat deze niet is aangesloten bij een aangewezen beroepsvereniging.

'Wie eind jaren tachtig, begin jaren negentig kon aantonen psychisch gebukt te gaan onder haar geringe borstomvang, kreeg een borstvergroting vergoed. Tegenwoordig is dat niet meer zo. Meestal weten verzekerden dat wel. Dat de vervanging van een oude borstprothese in de regel ook niet vergoed wordt, is veel minder bekend.'

DOSSIERBEHANDELAAR

No-claim

Ongeacht de politieke discussie over de wenselijkheid van no-claim moet vastgesteld worden dat de regeling veel onduidelijkheid veroorzaakt, vooral in samenhang met het nieuwe declaratiesysteem van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Wanneer een eerste consult in december 2005 plaatsvindt, maar de eigenlijke behandeling pas in het nieuwe jaar start, zijn verzekerden toch hun no-claim over 2005 kwijt. Dan is immers de DBC geopend. Vaak blijkt dat pas nadat mensen hun no-claim al teruggekregen hebben, zodat ze het bedrag weer moeten terugbetalen aan de zorgverzekeraar. Dat veroorzaakt veel onbegrip.

DBC's

DBC's gaan met meer praktische problemen gepaard, die samenhangen met de complexiteit van het systeem. Zo worden nota's uit het buitenland niet altijd volledig vergoed, maar op basis van DBC-tarieven. Dat kan tot grote verschillen leiden, die lastig uit te leggen zijn.

'Het is voor veel verzekerden onduidelijk wat precies een machtiging is en wie die uitgeeft. Een briefje uit handen van de arts wordt vaak als machtiging gezien. Nee: dat briefje moet naar de verzekeraar en die geeft de machtiging af. Iets soortgelijks is aan de hand met indicaties. Mensen denken vaak dat het gaat om een medische indicatie, zoals het CIZ afgeeft. Maar wij bedoelen meestal indicaties zoals omschreven in de polisvoorwaarden.'

DOSSIERBEHANDELAAR

Tandheelkunde

Vergoedingsoverzichten van tandartsverzekeringen leveren geregeld misverstanden op. Als van het plaatsen van een kroon beweerd wordt dat dit 'voor 100%' wordt vergoed, geldt dat alleen voor de verrichting, niet voor de separaat berekende techniek- en materiaalkosten. Strikt genomen is die 100% niet misleidend, maar een expliciete vermelding van kosten die niet worden gedekt had wellicht enkele problemen kunnen voorkomen.





Vooruitzichten 2007

'Het DBC-systeem is echt moeilijk uit te leggen. Mensen begrijpen niet dat het kan voorkomen dat ze in 2006 kosten moeten betalen die onder het eigen risico van 2005 vallen, terwijl hun eigen risico voor 2006 al voldaan is.'

DIRECTIE

In het komende jaar verwachten we veel minder zaken over dubbele inschrijvingen, gezien het opvallend lage aantal wisselingen. Slechts 5% stapt over naar een nieuwe zorgverzekeraar, is de verwachting.

Het grote aantal aanvragen voor plastische chirurgie zal waarschijnlijk aanhouden, met name op het gebied van buikwandcorrecties. Deze verrichting wordt weer in het basispakket opgenomen, zij het onder zeer strikte voorwaarden. Dat gaat ongetwijfeld tot geschillen leiden.

Klachten over klassenverzekeringen zullen nauwelijks nog voorkomen. Op kleine schaal worden deze verzekeringsproducten nog wel aangeboden, maar inmiddels weten de meeste mensen wel dat op dit gebied geen garanties zijn af te geven.

Vergoeding van geneesmiddelen levert steeds minder problemen op. Over het algemeen is bij verzekerden en medisch behandelaars voldoende duidelijk wat vergoed wordt en wat niet. Wellicht dat er problemen ontstaan rond duurdere medicijnen.

Conclusies

Het is al vermeld: gezien het enorme aantal wisselingen is het geringe aantal overgangsproblemen de meest in het oog springende conclusie. Zorgverzekeraars hebben zich constructief opgesteld bij kwesties omtrent opzegging en dubbele inschrijving, en de vergoeding van oude declaraties.

Ook op het gebied van bejegening hebben zorgverzekeraars hun dienstverlening verbeterd. Behandelaars zijn veel toegankelijker geworden. Er wordt sneller gereageerd en verzekerden kunnen contactpersonen steeds vaker rechtstreeks bereiken. Te hopen valt dat dit niveau blijft gehandhaafd als de grootste concurrentiestrijd achter de rug is.



Voorlichting rond DBC's is een belangrijk aandachtspunt. Een systeem dat mensen niet kunnen doorgronden blijft tot problemen leiden als daar niets aan gedaan wordt. Een DBC is veelal een achteraf gereconstrueerd proces, zonder dat vooraf aan de patiënt kenbaar is gemaakt dat een DBC is geopend. Als mensen niet weten dat een consult binnen een DBC valt, kunnen ze geen invulling geven aan de eigen verantwoordelijkheid.

'Voor sommige behandelingen was het ook voor de stelselherziening moeilijk om een vergoeding te krijgen, omdat er zelden een medische aanleiding voor is. Dat geldt bijvoorbeeld voor de schaamlipcorrectie. Daarvan is het aantal aanvragen zo gestegen dat we gerust van een trend mogen spreken.'

DOSSIERBEHANDELAAR

De no-claimregeling levert veel onduidelijkheid op bij verzekerden. En omdat de toepassing te traag verloopt, moesten gerestitueerde bedragen te vaak teruggevorderd worden.

Een heldere verwoording van polisvoorwaarden blijft een aandachtspunt. Ook in 2006 leidden bemiddelingen tot aanpassingen in de polisvoorwaarden van enkele zorgverzekeraars.

Een laatste opmerking over reclame. Formeel valt dit onder de NZa, maar aangezien deze pas sinds 1 oktober 2006 actief is, veroorloven we ons de zorg uit te spreken over al te algemeen gestelde reclameteksten. Als beweerd wordt dat bij een zorgverzekeraar bepaalde kosten 'volledig' worden vergoed, kan dat gemakkelijk tot misverstanden leiden. Ook indien daarbij wordt verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden en in het overzicht is vermeld dat daaraan geen rechten kunnen worden ontleend.



3

Financiële gegevens



Baten & Lasten

	UITKOMST 2006	BEGROOT 2006
BATEN		
1 Bijdrage Zorgverzekeraars Nederland	1.460.186	1.471.500
2 Bijdrage geschillen	11.322	148.000
Rente	1.870	
Totale baten	1.473.378	1.619.500
LASTEN		
3 Oprichtingskosten	106.540	105.000
4 Algemene stichtingskosten	17.238	22.000
5 Personeelskosten	970.690	1.115.000
6 Huisvesting en automatisering	141.773	175.000
7 Bureaukosten	37.707	35.000
8 Profilering en communicatie	32.580	52.500
9 Bestuur	36.436	35.000
10 Onvoorzien		80.000
Totale lasten	1.342.964	1.619.500
Saldo	130.414	

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het voordelig saldo 2006 gegeven:

ten gunste van de algemene bestemmingsreserve	130.414
---	---------



Balans

31/12/2006

ACTIEF

Vaste Activa	Kantoorautomatisering		20.191
<hr/>			
Vlottende Activa			
<hr/>			
Vorderingen	Rente	1.863	
	Overige	247	
			2.110
<hr/>			
Liquide middelen	ING Bank		387.144
<hr/>			
			409.445



31/12/2006

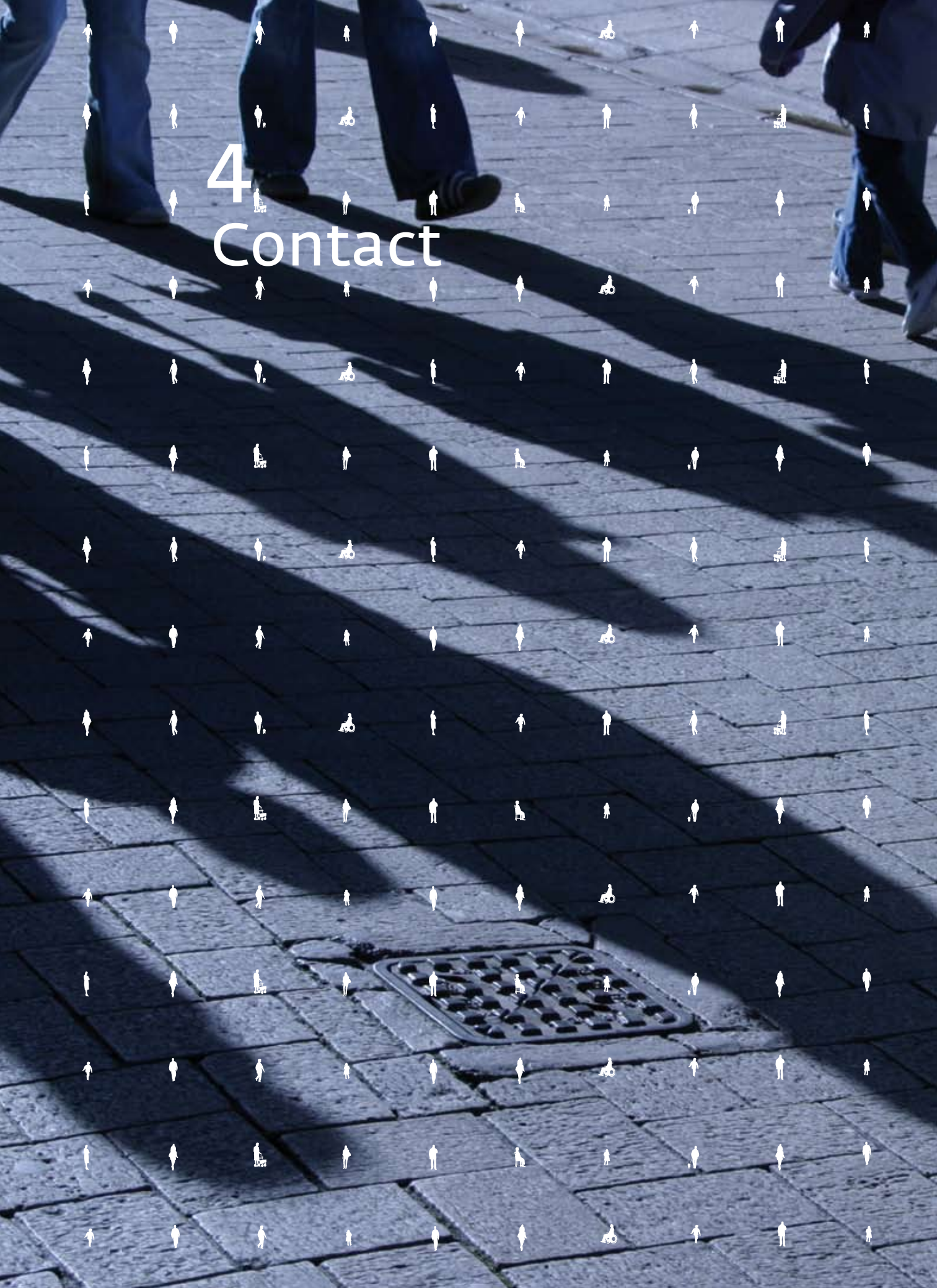
PASSIEF

EV	Algemene Bestemmingsreserve		130.414
Voorzieningen	Pensioenregeling	76.000	
	Jubileum uitkeringen	8.469	
			84.469
Kortlopende schulden	Belastingdienst	16.361	
	Zorgverzekeraars Nederland	42.808	
	Diverse crediteuren	88.788	
	Tegoed vakantiedagen	46.605	
			194.562
			409.445

De volledige tekst van het financieel jaarverslag en de accountantsverklaring zijn te vinden op www.skgz.nl/publicaties



4 Contact



Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291

3700 AG Zeist

tel. (030) 698 83 60

fax (030) 698 83 99

e-mail info@skgz.nl

www.skgz.nl

Bezoekadres

Sparrenheuvel 16

3708 JE Zeist

Colofon

Zeist, maart 2007. Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend

UITGAVE EN EINDREDACTIE

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

ADVIES, COÖRDINATIE EN TEKST

Koningswerk Communicatie, Utrecht

VORMGEVING

blik grafisch ontwerp, Utrecht

DRUKWERK

Drukkerij Zuidam & Zonen, Woerden





STICHTING **KLACHTEN**

EN **GESCHILLEN**

ZORGVERZEKERINGEN

Postbus 291
3700 AG Zeist
tel. (030) 698 83 60
fax (030) 698 83 99

e-mail info@skgz.nl
www.skgz.nl

BEZOEKADRES
Sparrenheuvel 16
3708 JE Zeist