




Jaarverslag 2007

STICHTING KLACHTEN

EN GESCHILLEN

ZORGVERZEKERINGEN

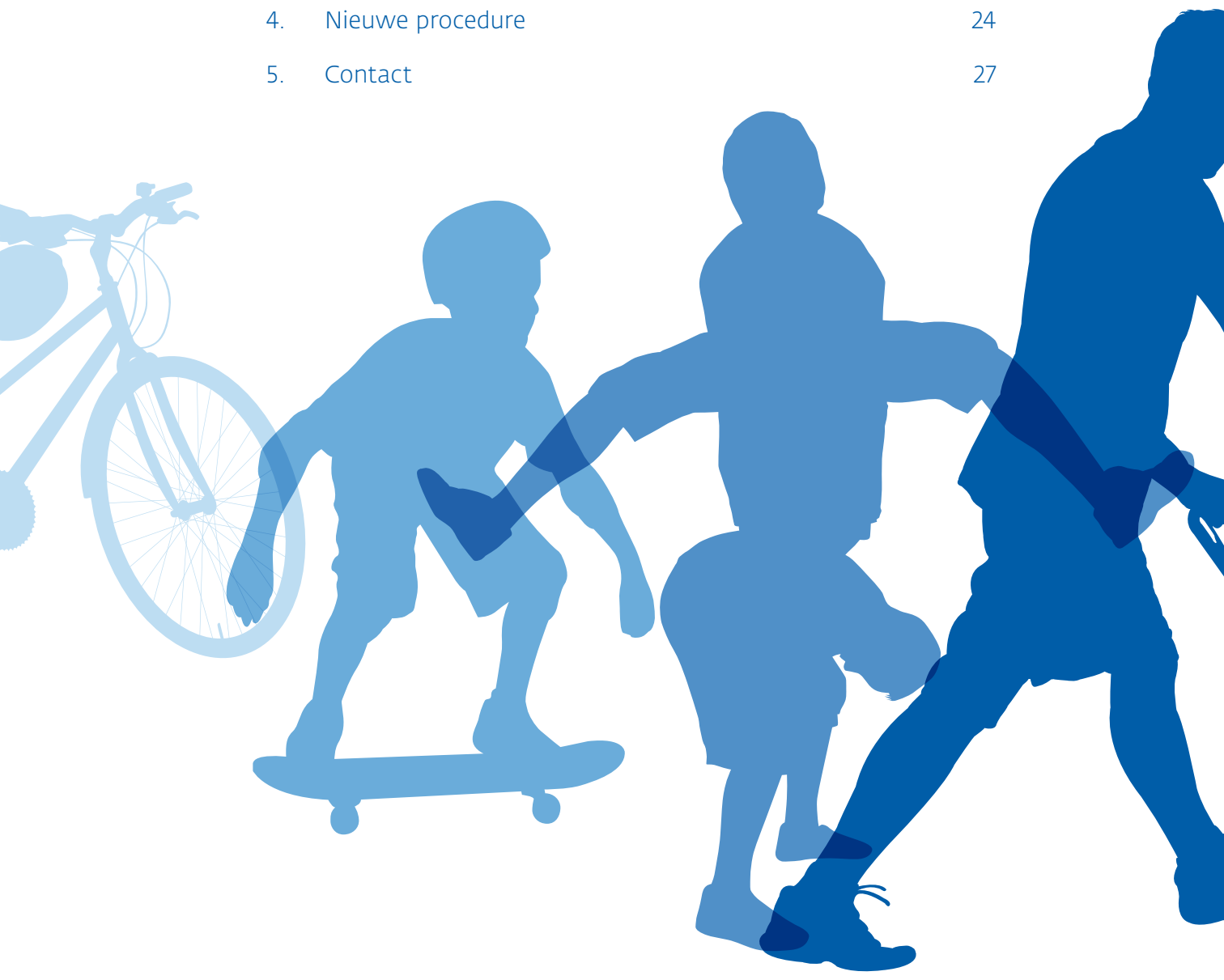


Afkortingenlijst

AFM	Autoriteit Financiële Markten
av	aanvullende verzekering
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandelcombinatie
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
KiFid	Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wft	Wet op het financieel toezicht
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Inhoud

Vooraf	3
1. Algemene voortgang	4
2. Afhandeling klachten en geschillen	10
3. Financiële gegevens	20
4. Nieuwe procedure	24
5. Contact	27





Vooraf

In ons land, met zijn grote regeldichtheid en tegelijkertijd veel ruimte voor klachten en geschillen in alle sectoren, is het van belang de burger zo helder mogelijk de weg te wijzen als zich een probleem voordoet. Dat geldt helemaal voor de gezondheidsector, in het bijzonder voor problemen tussen verzekerden en zorgverzekeraars.

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen is door Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie in het leven geroepen om de verzekerde hierin optimaal tegemoet te komen, in de vorm van voorlichting, bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Door de relatief kleine omvang van de organisatie kan veel aandacht besteed worden aan communicatie op maat, aan transparantie en begrijpelijkheid, met als hoogste prioriteiten: kwaliteit en vertrouwen. Dat dit gewaardeerd wordt, blijkt uit het in 2007 gehouden klantentevredenheidsonderzoek, waarin onze dienstverlening als goed tot voldoende werd gekwalificeerd.

Vertrouwen in de SKGZ is er ook. Immers, sinds 1 januari 2008 kan de verzekerde ook geschillen met betrekking tot de aanvullende verzekering aan de SKGZ voorleggen. Daarmee heeft de SKGZ zich een herkenbare plaats verworven, en is de helderheid voor de burger, in die wirwar van regels en voorschriften die onze maatschappij soms is, weer iets toegenomen.

Zeist, april 2008

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



1 Algemene voortgang



Inleiding

Dit is het tweede 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). Doel van de SKGZ is het helpen oplossen van problemen tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Dat gebeurt door voorlichting, door bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen of door een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie wordt voorgezeten door de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo. De Ombudsman Zorgverzekeringen is mevrouw mr. E.M.A. Schmitz.

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

Waar 2006 vooral in het teken stond van oprichting van de SKGZ en inrichting van de bureauorganisatie, was 2007 een redelijk stabiel jaar. Er was immers ervaring met het afhandelen van klachten en geschillen binnen de nieuwe Zorgverzekeringswet. Van het begin tot aan het einde van het verslagjaar was de bureauorganisatie op orde, met voldoende medewerkers die goed ingewerkt waren. Steeds meer verzekerden en andere relaties bleken de SKGZ te kunnen vinden.

Toch is 2007 geen gewoon jaar geweest. Hoewel de klachten- en geschillenbehandeling op orde waren, is vrijwel het gehele jaar gewerkt aan een procedurewijziging en nieuwe reglementen. Dit had alles te maken met de verkrijging van een Wft-erkenning voor de SKGZ. In de volgende alinea's wordt beschreven waarom deze erkenning nodig was en hoe dit in zijn werk is gegaan.

Een nieuwe rolverdeling

Van oudsher waren de taken als volgt verdeeld: de Ombudsman behandelde zaken over de aanvullende verzekering en bejegening. De Geschillencommissie boog zich over kwesties met betrekking tot de zorgverzekering (basisverzekering). Deze zaken werden respectievelijk klachten en geschillen genoemd.

Het toch wat kunstmatige onderscheid tussen de begrippen klacht en geschil bleek moeilijk uit te leggen. Het sloot niet aan bij de belevingswereld van verzekerden. Men kon toch best een klacht hebben over de basisverzekering? Bij een enquête over klanttevredenheid bleken maar zeer weinigen het verschil tussen klachten en geschillen te kunnen benoemen. Niet dat het de respondenten veel uitmaakte; als hun probleem maar werd opgelost.



Maar juist voor het oplossen van problemen bleek dit ook niet de ideale rolverdeling te zijn. Als een bemiddelingspoging aangaande de aanvullende verzekering niet tot een bevredigende oplossing had geleid, zat de verzekerde daarna met betrekkelijk lege handen. Voor een juridische toetsing van het conflict restte slechts de gang naar de burgerlijk rechter. Bij de Geschillencommissie groeide de behoefte om zaken over de aanvullende verzekering te kunnen behandelen; andersom ontstond het idee dat bemiddeling bij sommige basisverzekeringkwesties effectiever zou kunnen zijn dan een louter juridische behandeling.

Ook bij de ziektekostenverzekeraars groeide de overtuiging dat geschillen over de aanvullende verzekering (hierna: av-geschillen) bij de Geschillencommissie van de SKGZ in goede handen zouden zijn. Dat maakte het mogelijk voorbereidingen te treffen voor de Wft-erkenning.

De Wft-erkenning

In het kader van de Wet op het financieel toezicht (Wft) moeten verzekeraars zich aansluiten bij een door het ministerie van Financiën erkende geschilinstantie. Sinds 1 januari 2007 is er een: het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD) in Den Haag. Voor de zorgverzekering als vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (de zogeheten basisverzekering) is een uitzondering gemaakt. Daarvoor is een aparte geschilinstantie: de SKGZ.

Bij de oprichting van de SKGZ was er nog niet voor gekozen om ook av-geschillen bij de SKGZ onder te brengen. Gezien de goede ervaringen met de geschilbeslechting over de basisverzekering ontstond bij de ziektekostenverzekeraars de wens om ook die geschillen voortaan door de Geschillencommissie van de SKGZ af te laten handelen. Anders zouden, conform de bepalingen van de Wft, av-geschillen voortaan door het KiFiD behandeld moeten worden. Dat zou ten koste gaan van de transparantie en begrijpelijkheid voor de verzekerde. Bovendien zou men bij het KiFiD dan aparte expertise aangaande ziektekosten moeten opbouwen; uit diverse contacten bleek dat het KiFiD dit zelf ook niet wenste.



Alle betrokkenen waren het erover eens dat één loket voor alle ziektekostenverzekerskwesities het beste zou zijn. Om dat mogelijk te maken, had de SKGZ een Wft-erkenning door het ministerie van Financiën nodig. Hiertoe zijn de reglementen herzien. Bestuur en directie hebben dat voor hun rekening genomen, uiteraard in overleg met de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie. Dit alles heeft geleid tot een nieuwe behandelingsprocedure, die op 1 januari 2008 is ingevoerd. De nieuwe procedure wordt in hoofdstuk 4 nader toegelicht.

Communicatie

In mei werd een miniseminar voor klachtenbehandelaars van zorgverzekeraars en CVZ georganiseerd. Gezien de hoge opkomst bleek dit in een grote behoefte te voorzien. Voor de workshop over de werkwijze van de SKGZ waren zoveel inschrijvingen, dat deze in twee verschillende zalen moest worden gehouden. Er waren ook workshops over buikwandcorrecties en aanvullende verzekeringspolissen. De workshops werden voorafgegaan door inleidingen van ZN, NPCF en de Geschillencommissie. De reacties na afloop waren erg positief. Voor veel deelnemers was het een eyeopener om te zien hoeveel zaken de SKGZ jaarlijks te behandelen krijgt. In 2008 zal opnieuw een seminar worden georganiseerd, over de nieuwe procedure.

In mei en juni werd een pilot uitgevoerd voor een grootschalig klantonderzoek. Doel was inzicht te verkrijgen in de tevredenheid over de dienstverlening. Een kwantitatieve steekproef onder 180 respondenten kreeg in de zomer een kwalitatief vervolg met een telefonisch onderzoek. In beide onderzoeken bleek de deelnamebereidheid groot. De onderzoeken leverden zoveel bruikbare gegevens op, dat besloten werd om af te zien van een grootschalig vervolg. Er was geen reden om aan te nemen dat uit vervolgonderzoek extra feiten naar voren zouden komen.

De gemiddelde waardering van de dienstverlening was redelijk tot goed. Verder viel op dat de gemiddelde verzekerde zichzelf een kans van 70% geeft op een verbetering door tussenkomst van de SKGZ. De positieve punten betroffen de snelle en nette afhandeling en de expertise van de medewerkers. Als negatieve punten werden met name genoemd: de uitkomst en het gevoel dat er niet genoeg was gedaan. Uit de telefoongesprekken kwam naar voren dat dit laatste meestal voortkomt uit onbekendheid met de rol van de SKGZ. Vrij veel mensen denken dat de SKGZ een belangenbehartiger is.

Met deze concrete gegevens konden de voorlichtingsmiddelen worden verbeterd. Deze moesten toch worden aangepast in verband met de nieuwe procedure per 1 januari 2008. Eind 2007 werden website en aanmeldingsformulier aangepast; de informatiebrochure werd ook ingrijpend herzien, waarbij veel aandacht werd besteed aan een heldere uitleg van begrippen, procedures en de positie van de SKGZ. In de correspondentie zal meer aandacht besteed worden aan een realistische inschatting van kansen voor verzekerden.

De website werd in 2007 door meer dan 35.000 bezoekers bekeken; meer dan een verdubbeling ten opzichte van 2006. De drukst bezochte dagen waren rond half november. Dan begint de periode om van zorgverzekeraar te wisselen. Veruit de meeste bezoekers kwamen binnen via Google. Daarbij werden de zoekwoorden skgz, klachten en zorgverzekering(en) het meest gebruikt. Ook vanaf de site van het KiFiD en www.ombudsman.nl kwamen bezoekers naar de site. Na de homepage is het gedeelte met de uitspraken (de geanonimiseerde bindende adviezen) de best bezochte pagina. Ook het aanmeldingsformulier en de veelgestelde vragen blijken door veel bezoekers bekeken te zijn.

Externe contacten

De SKGZ is slechts een van vele organisaties die zich bezighouden met zorg en zorgverzekeringen. Het is van belang om op structurele basis contacten te onderhouden met deze organisaties, om kennis uit te wisselen over de ontwikkelingen in de zorg(verzekerings)markt, en om de maatschappelijke rol van de SKGZ te ondersteunen en verder te verbeteren. In het verslagjaar is met al deze organisaties een goede stap vooruit gemaakt.



Met Zorgverzekeraars Nederland is op constructieve wijze gebouwd aan de uitbreiding van de bevoegdheden van de SKGZ. In dit kader was het nodig dat de aangesloten leden hun vertrouwen in de SKGZ als geschilleninstantie voor aanvullende ziektekostenverzekeringen uitspraken. Hierbij hebben alle betrokken partijen voortdurend het belang voor de verzekerde voorop gesteld: transparantie en begrijpelijkheid waren de voornaamste uitgangspunten.

In het kader van deze zelfde uitbreiding van onze bevoegdheden zijn de contacten op directieniveau met het KiFiD geïntensiveerd. Dat heeft geleid tot een betere afstemming van de wederzijdse verantwoordelijkheden. Hetzelfde geldt voor de afspraken met de Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken, koepel van geschillencommissies.

De SKGZ onderhoudt ook structurele contacten met de NPCF, het ministerie van VWS en de Consumentenbond. Bij het informeren van verzekeraars – zoals bij het miniseminar – is de NPCF nauw betrokken.

In de relatie met het CVZ was behoefte aan meer duidelijkheid over competenties en verwachtingen. Na een nadere afstemming en dankzij een wederzijdse open en kritische houding zijn de verhoudingen tussen CVZ en SKGZ verduidelijkt. Op operationeel en directieniveau vindt structureel overleg plaats.

De Nederlandse Zorgautoriteit is een belangrijke partner als het gaat om het signaleren van structurele problemen tussen verzekeraars en verzekerden. De SKGZ buigt zich over individuele problemen, terwijl de NZa zich als marktmeester opstelt. Wederzijdse uitwisseling van opvallende ontwikkelingen – ook met de NPCF en de Consumentenbond – maakt het mogelijk om zaken voor te zijn.



Ten slotte heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen met enkele individuele zorgverzekeraars gesproken om over de klachtbehandeling van die verzekeraars te adviseren en gesignaleerde problemen op te lossen.

Klachten over SKGZ

Voor het eerst kreeg de SKGZ in 2007 een viertal klachten over het eigen functioneren binnen. Op een totaal van ruim 2200 dossiers is dat een klein aantal, maar uiteraard toch nog vier te veel. Het bestuur van de SKGZ hecht aan een zorgvuldige procedurele afwikkeling. Voor zover de klachten niet over de inhoudelijke aspecten van de zaak gingen – waarin het bestuur niet kan treden – zijn deze door het bestuur afgehandeld.

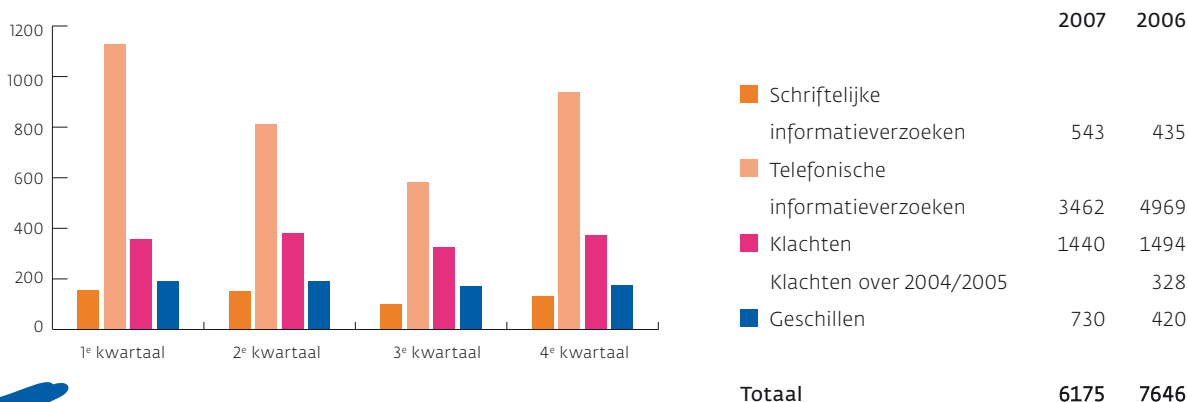


2 Afhandeling klachten en geschillen



Informatieverzoeken en aanmeldingen in 2007

Inhoudelijke contacten 2007



Het bureau kreeg maar liefst 1500 minder telefonische informatieverzoeken te verwerken dan in 2006. Opmerkelijk is dat niet. In 2006 was het zorgstelsel net ingevoerd. Dat leidde in de eerste helft van 2006 tot erg veel vragen. In 2007 gingen de meeste telefonische vragen over bejegening, verstrekkingen en opzeggingen.

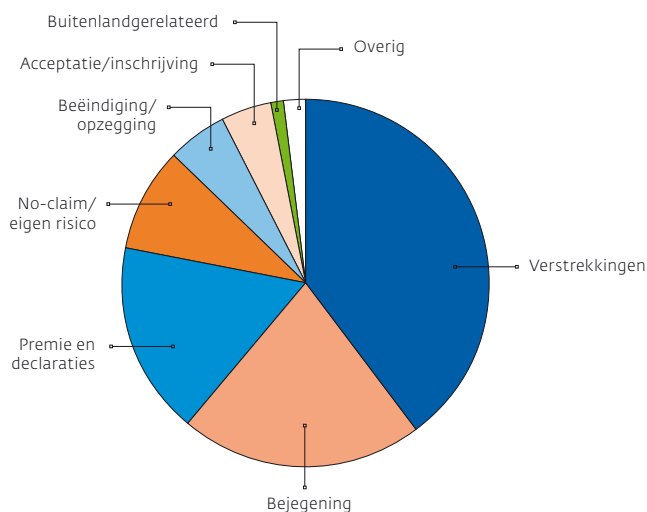
Onder de 543 schriftelijke informatieverzoeken vallen ook aanmeldingen die niet-ontvankelijk of ongegrond waren; deze zijn behandeld als informatieverzoek. Vragen per e-mail zijn niet in het aantal meegenomen. Deze zullen vanaf 2008 apart worden geregistreerd.

De forse toename van het aantal aangemelde geschillen – van 420 naar 730 – is minder opmerkelijk dan het lijkt. In de eerste helft van 2006 kwam de geschillenbehandeling vrij langzaam op gang, omdat de Geschillencommissie zich pas over een zaak kan buigen als de verzekerde een heroverweging heeft aangevraagd en ontvangen. Vanaf de tweede helft van 2006 laat de instroom van geschillen een vrij continu beeld zien.



Klachten in 2007

Klachten 2007 naar onderwerp



	2007	2006
Verstrekkingen	573	363
– behandelingen	214	127
– geneesmiddelen	25	24
– ggz	66	24
– hulpmiddelen	84	56
– overig	8	5
– tandheelkunde	165	109
– vervoer	11	18
Bejegening	308	379
Premie en declaraties	245	259
No-claim/eigen risico	130	45
Beëindiging/opzegging	76	330
Acceptatie/inschrijving	66	77
Buitenlandgerelateerd	14	26
Overig	28	15
Totaal	1440	1494

Afhandeling klachten 2007

	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	in 2007	in 2006
Ingediend	359	382	326	373	1440	1494
Afgehandeld	357	381	319	350	1407	1336
% van totaal	99%	100%	98%	94%	98%	89%
Gemiddelde behandeltermijn	6 weken 4 dagen	6 weken 5 dagen	5 weken 3 dagen	5 weken 4 dagen	6 weken 1 dag	5 weken 1 dag
Succesvolle bemiddelingen	183	190	136	154	663 (47% van afgehandelde klachten)	841 (63% van afgehandelde klachten)



In 2007 werden 1440 zaken aangemeld, waarvan 1407 (98%) nog hetzelfde jaar werden afgehandeld. De gemiddelde behandeltermijn bedroeg ruim zes weken, een week meer dan het jaar ervoor.

Opvallende verschillen in het onderwerpoverzicht zijn te relateren aan de stelselherziening. No-claim- en eigen-risicoklachten slaan altijd terug op het jaar ervoor. De zaken in 2006 waren dus van voormalig ziekenfondsverzekerden. De uitbreiding van de doelgroep in 2006 leidde daarom tot meer zaken in 2007.

De forse daling van het aantal zaken over opzeggingen en beëindigingen is eveneens terug te voeren op de stelselherziening. Begin 2006 moesten velen wennen aan het nieuwe systeem, wat tot veel problemen met opzeggingen en dubbele inschrijvingen leidde. Deze problemen deden zich in 2007 veel minder voor.

Vijf vragen aan Elizabeth Schmitz, Ombudsman Zorgverzekeringen:

1. Opvallendste zaak?

'Meest in het oog springend dit jaar waren de perikelen rond de ONVZ. De ONVZ kreeg een beetje last van hun reclameboodschap dat verzekerden bij hen voor van alles terecht konden. Dat heeft ze veel verzekerden opgeleverd, maar ook veel declaraties. Daarom zagen ze zich genoodzaakt om in april hun voorwaarden aan te passen. Dat leidde tot veel klachten en opzeggingen. Toen de rechter de wijziging van de polisvoorwaarden verbood, is dat redelijk hersteld. Daarna zijn ze zich gaan concentreren op zogeheten excessieve kosten. In de praktijk kwam dat neer op een extra scherpe controle van declaraties, wat tot veel afwijzingen en nieuwe klachten leidde. Er is al veel over gepubliceerd, waarbij de ONVZ soms wel erg negatief is weggezet. Sommige verzekerden zijn namelijk wel heel gemakkelijk in hun claimgedrag. Er zijn echt mensen die denken dat als ze in augustus een bril aanschaffen, ze in december al recht hebben op een nieuwe. Dat kan natuurlijk niet. Bovendien hebben we bij de ONVZ ook veel coulance ontmoet bij bemiddelingen, vooral bij het terugnemen van mensen die eerder boos hadden opgezegd.'

2. Wat baart u zorgen?

'Wat moeilijk blijft zijn die zaken waarin de behandelend specialist wel beweert dat er een medische noodzaak is en de medisch adviseur van de verzekeraar niet. Nu vind ik dat er te veel verzekeraars zijn die de neiging hebben zich achter die medisch adviseur te verschuilen. Maar hij is geen beslisser, hij adviseert slechts. Op dat advies moet een beslissing volgen. Dat betekent dat men daar ook van af kan wijken. Dat wil niet zeggen dat ik oproep tot meer coulance, maar wel tot meer verantwoordelijkheid voor een beslissing en een betere verklaring, een begrijpelijke uitleg. Daar ontbreekt het nog vaak aan.'



Overigens valt er aan de kant van de zorgverlener natuurlijk ook nog wel wat te verbeteren. Medische noodzakelijkheid bij plastische chirurgie blijft een lastige discussie. Maar het schijnt dat die beroepsgroep een code aan het maken is. Dat zou ik toejuichen, want zorgverleners mogen best eens wat duidelijker op de financiering attenderen. Het kan geen kwaad kan als men eens wat vaker vraagt: "Vergoedt uw verzekeraar dit wel?"

3. Verbeteringen in 2007?

'De polisvoorwaarden worden steeds beter en begrijpelijker opgesteld. Er valt nog steeds veel te verbeteren, maar ik merk hier duidelijk vooruitgang. Een andere verbetering is merkbaar in de telefonische dienstverlening. Bij de callcenters gaat het niveau duidelijk omhoog. Ze zijn daar in toenemende mate beter opgeleid. Bovendien worden gesprekken steeds vaker schriftelijk vastgelegd, wat een goede zaak is.'

4. Verwachtingen voor 2008?

'De gewijzigde procedure zal ook bij ons tot een toename leiden. Zaken met betrekking tot de basisverzekering gingen in beginsel direct naar de Geschillencommissie. Nu wordt eerst bekeken of er bemiddeld kan worden. Dat heeft wel gevolgen, met name voor de verwerkingstijd. Zo waren we gewend om op de dag van binnenkomst al de verzekeraar aan te spreken. Dat kunnen we straks vast niet meer volhouden. Onze positie wordt iets anders. De uitkomst is namelijk niet meer definitief. De verzekerde moet in de gelegenheid worden gesteld om naar de Geschillencommissie te gaan. Aan het einde van een bemiddeling kon het voorkomen dat we een positie innamen. Dan schreven we bijvoorbeeld aan de verzekerde dat we het standpunt van de zorgverzekeraar konden volgen, of juist niet. Dat kan nu niet meer, met oog op het vervolgproces. Anders wordt de Ombudsman een partij in de geschillenprocedure, en dat is niet wenselijk.'

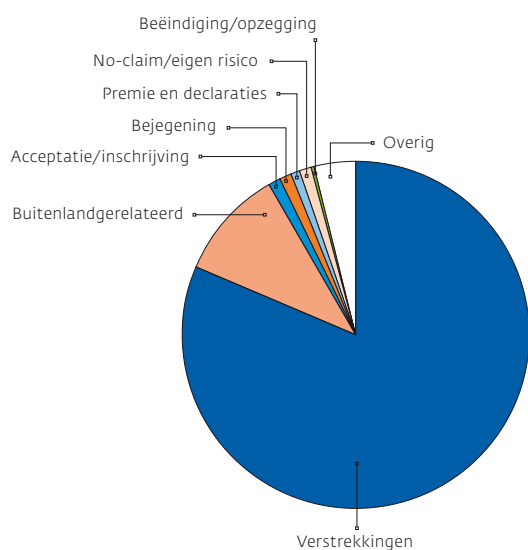
5. Wat kan beter in klachtenbemiddeling?

'Bemiddelingen worden in principe schriftelijk afgehandeld. In de toekomst proberen we ook wat vaker de telefoon te pakken. Dat komt tegemoet aan de behoefte van mensen om gehoord te worden, om serieus genomen te worden. Geld is lang niet altijd de hoofdkwestie; daar zijn we in sommige gevallen wel eens te gemakkelijk van uitgegaan. Een telefoontje kan ook helpen als procedures onverhoopt wat langer duren. Even een levensteken geven is dan heel belangrijk.'



Geschillen in 2007

Geschillen 2007 naar onderwerp



	2007	2006
Verstrekkings	617	379
– behandelingen	142	52
– geneesmiddelen	51	42
– ggz	2	
– hulpmiddelen	133	63
– plastische chirurgie	193	135
– tandheelkunde	48	35
– vervoer	47	50
– overig	1	2
Buitenlandgerelateerd	76	25
Acceptatie/inschrijving	9	1
Bejegening	9	
Premie en declaraties	7	2
No-claim/eigen risico	7	5
Beëindiging/opzegging	3	5
Overig	2	3
Totaal	730	420
Entreegeld betaald	595	305
	(82%)	(73%)

Afhandeling geschillen 2007

	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	in 2007	in 2006
Ingediend	191	192	173	174	730	420
Afgehandeld	176	146	71	8	401	189
% van totaal	92%	76%	41%	5%	55%	45%
Gemiddelde behandeltermijn					18 weken 5 dagen	14 weken 6 dagen
Tussentijdse oplossing					98 (24%)	85 (45%)
Na bindend advies					27 (7%)	14 (7%)

In totaal heeft de Geschillencommissie 730 nieuwe dossiers in behandeling genomen. Aan het einde van het jaar waren er 401 afgehandeld, 55% van het aantal aanmeldingen. Er zijn in totaal 303 bindende adviezen uitgebracht. In 98 gevallen (24%) werd een andere oplossing gevonden. De ene keer vormde de opening van het dossier al een aanleiding voor de verzekeraar om nog eens naar de zaak te kijken, een andere keer vormde het advies van het College voor Zorgverzekeringen de aanleiding voor de verzekeraar om toe te geven – danwel voor de verzekerde om de zaak in te trekken – en het bindend advies niet af te wachten. In 27 gevallen wees de Geschillencommissie het verzoek van de indiener toe.

De gemiddelde behandeltermijn steeg met drie weken, maar bleef ruim binnen de richtlijn van vijf à zes maanden. Overigens is hier geen sprake van een structurele stijging van de behandeltermijn. Enkele zaken duren zo lang, dat het gemiddelde hier sterk door wordt beïnvloed.

Met uitzondering van zaken over premie, no-claim of eigen bijdrage vraagt de Geschillencommissie advies aan bij het College voor Zorgverzekeringen. Dat gebeurde in 2007 352 keer (over dossiers die in 2007 zijn geopend). In zes gevallen week de Geschillencommissie af van het CVZ-advies.

Vijf vragen aan Toon van Mierlo, voorzitter Geschillencommissie Zorgverzekeringen

1. Opvallendste zaak in 2007?

'Dat was de zaak over aplasie. Vroeger werden borstprotheses vaak vergoed. Nu is het zo dat het verwijderen van borstprotheses nog wel wordt vergoed, mits ze er echt uit moeten omdat ze zijn ingekapseld. Plaatsing van nieuwe borstprotheses wordt niet meer vergoed, tenzij sprake is van aplasie, ofwel geen ontwikkeling van borstweefsel. Overigens was dit niet in de wet geregeld; dit komt voort uit jurisprudentie van de Geschillencommissie in 2006. In 2007 bleek dat voor transseksuelen in de wet- en regelgeving ten aanzien hiervan niets is geregeld. Vrijwel alle voor de geslachtsverandering benodigde behandelingen zijn verzekerde prestaties, met uitzondering van borstprotheses. Maar omdat de situatie van transseksuelen in bepaalde gevallen lijkt op die van een vrouw zonder borstontwikkeling, konden we het verzoek van een transseksueel voor vergoeding van borstprotheses toch toewijzen.'

2. Wat baart u zorgen?

'Het aantal mensen dat voor een hoorzitting kiest is onverminderd hoog, ik meen zeventig procent. Mensen willen gehoord worden, willen serieus genomen worden. Waar ik me aan stoort is dat vertegenwoordigers van zorgverzekeraars in toenemende mate niet naar hoorzittingen komen. Vooral als de verzoeker kansloos lijkt, nemen ze



niet de moeite om te gaan. Als iemand namens de verzekeraar aanwezig is, hebben mensen eerder vrede met een afwijzing. Ik hoor mensen vaak zeggen: "Ze hebben me nu een keer gezéén. Ik ben geen nummer meer." Ik weet wel dat je honderdduizenden klanten niet allemaal dezelfde aandacht kunt geven, maar iemand die de moeite neemt om een geschil in te dienen, verdient meer aandacht.'

3. Verbeteringen in 2007?

'De samenwerking met het College voor Zorgverzekeringen. Wij laten ons adviseren door het CVZ, maar volgen dat advies niet altijd. Dat komt omdat de zorgverzekering publiekrecht is in een privaatrechtelijk jasje. En juist over dat privaatrechtelijke deel kunnen wij anders oordelen. Zo kan het voorkomen dat het tot een toewijzing komt, omdat er door de verzekeraar dusdanige verwachtingen zijn gewekt dat de behandeling redelijkerwijs toch moet worden vergoed, ook al zegt de polis (en het CVZ) het tegendeel. Aan de rolverdeling hebben we samen een beetje moeten wennen, maar nu is dat volkomen helder. De commissie ervaart de omgang met het CVZ als adviseur als bijzonder prettig.

Verder is er de laatste maanden een afname te merken van het aantal zaken over plastische chirurgie, vooral op het gebied van buikwandcorrecties uit 2006. Daarvan weten verzekerden blijkbaar nu wel dat een geschil geen zin heeft. De wetgever heeft heel duidelijk aangegeven dat buikwandplastieken niet worden vergoed. En dat blijft natuurlijk moeilijk voor mensen. Die hebben wel de maagband gekregen, zijn keurig tientallen kilo's kwijtgeraakt, en dan moeten ze wel met zo'n huidoverschot rond blijven lopen. Overigens is in de aanvullende verzekeringen wel meer ruimte ontstaan voor deze behandelingen.'

4. Verwachtingen van 2008?

'We verwachten een grote toeloop aan zaken, nu we ons ook over aanvullende verzekeringskwesties gaan buigen. Alle polisvoorwaarden verschillen van elkaar en er is ook veel minder toelichting op geschreven als voor de basisverzekering.'

5. Wat kan verbeteren in geschillenbeslechting? Kan het bijvoorbeeld sneller?

'Het klopt dat de gemiddelde behandeltermijn is gestegen, maar dat beeld wordt vertekend door een handvol zaken die veel langer duren; dat trekt het gemiddelde erg op. Waar in 2006 nog veel geschillen over bijvoorbeeld plastische chirurgie gingen - waarvoor de richtlijnen vrij helder zijn - betroffen veel zaken in 2007 behandelingen in het buitenland en de gebruikelijkheid daarvan. Daarvoor is vaak meer onderzoek nodig, waarbij het verkrijgen van gegevens uit het buitenland extra tijd vergt. We hebben een zaak die op verzoek van de verzekerde zelfs voor enige maanden is uitgesteld. Dat tikt aan. Als we de geschilbeslechting vergelijken met de rechtspraak, dan vind ik dat we zeker niet te lang over procedures doen, integendeel.'



Trends en ontwikkelingen

Vergoedingenoverzichten

De informatievoorziening door verzekeraars kan nog verder verbeterd worden. Vergoedingenoverzichten worden door veel verzekerden gezien als een leesbare vervanging van polisvoorwaarden, maar zijn niet altijd volledig. Interpretatieverschillen kunnen daardoor gemakkelijk tot conflicten leiden. In 2007 gebeurde dit opvallend vaak met de tandartsverzekering van Menzis. In het vergoedingenoverzicht werd de indruk gewekt dat alle kosten voor bijvoorbeeld een wortelkanaalbehandeling werden vergoed, door het gebruik van de term '100%'. Dat de techniekkosten hieronder niet vallen, stond zo weinig expliciet vermeld, dat velen hier klachten over indienden.

Telefonische voorlichting

Het verstrekken van informatie door medewerkers van verzekeraars blijkt nog regelmatig de oorzaak van problemen. Bij beantwoording van vragen wordt vaak gebruikgemaakt van standaardteksten, die niet altijd aansluiten bij de kwestie. Dan kunnen al gauw interpretatieverschillen ontstaan, die tot veel problemen kunnen leiden. Er zijn wel verzekeraars die in hun voorwaarden opnemen dat ze niet gehouden zijn aan telefonische toezeggingen, maar dat strookt niet met de wet.

Medisch adviseurs

Opvallend was het aantal zaken waarin de medisch adviseur van verzekeraars ter sprake kwam. Met name over het spreekuurbezoek en het schriftelijk verkeer kwamen veel bejegeningklachten binnen. Veel zaken kunnen voorkomen worden door duidelijk te maken dat een medisch adviseur in de eerste plaats arts is, en daarnaast adviseur van de verzekeraar. Om die reden zou het niet de medisch adviseur moeten zijn die de afwijzende beslissing aan de verzekerde bekend maakt.

Behandelingen in het buitenland

Veel geschillen gingen in 2007 over behandelingen in het buitenland. Dit levert diverse problemen op. Ten eerste ontstaan conflicten over de hoogte van de vergoeding. Vergoedingen worden bepaald aan de hand van DBC-tarieven en kunnen dus afwijken van de rekening uit het buitenland.

Daarnaast wijken mensen uit naar het buitenland omdat daar een techniek wordt aangeboden die hier niet te boek staat als 'zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk' (gangbare zorg). Dit geldt (vooral nog) voor een aantal orthopedische operaties zoals endoscopische nucleotomie en oncologische behandelingen als hyperthermie en dendritische celtherapie, wat nog steeds tot afwijzingen moet leiden.

Vorbereidende zorg

Bij een aantal gevallen stond de vraag centraal of zorg die verleend wordt ter voorbereiding van een niet verzekerde prestatie vergoed moet worden of niet. Wanneer bijvoorbeeld een implantaatbehandeling niet vergoed wordt, moet dit dan wel gelden voor de kaakchirurgische behandeling die daaraan voorafgaat? De Geschillencommissie oordeelde dat hier sprake was van een onlosmakelijk geheel en dat de voorbereidende zorg daarom niet voor vergoeding in aanmerking kwam.



Overgang van IZA

Ook in 2007 zijn nog redelijk veel geschillen behandeld van mensen in overheidsdienst die eerst een publiekrechtelijke verzekering zoals die van IZA hadden. De basisverzekering vormde voor deze groep een flinke verschraving van de dekkingen, wat tot veel onvrede heeft geleid.

Plastische chirurgie

Ondanks dat de buikwandcorrectie (onder zeer strenge voorwaarden) in 2007 in het basispakket terugkeerde, heeft dit niet tot extra zaken geleid, wat wel de verwachting was. Bij ooglidcorrecties zien we een dergelijke ontwikkeling niet. De toestroom van dit soort zaken is onverminderd hoog. Het probleem spitst zich altijd toe op de vraag of een behandeling medisch noodzakelijk is of niet. Iets soortgelijks doet zich voor bij schaamlipcorrecties. Hoewel de medische noodzakelijkheid daarvan zelden is aan te tonen, blijken er toch specialisten te zijn die een andere opvatting hebben.

No-claim/eigen risico

Met het verdwijnen van de no-claim zal dit soort zaken zeker in aantal afnemen. Op het gebied van eigen risico verwachten we wel vragen, maar er zullen niet veel zaken worden behandeld. Eigen risico is vooral een kwestie van goed uitleggen hoe het in elkaar zit. Daarbij valt niet veel te bemiddelen.



3 Financiële gegevens



Staat van baten en lasten over 2007

	UITKOMST 2007	BEGROOT 2007	UITKOMST 2006
BATEN			
Bijdrage Zorgverzekeraars	1.493.436	1.465.500	1.460.186
Bijdrage geschillen	21.534	37.000	11.322
Rente	29.552	-	1.870
Totale baten	1.544.522	1.502.500	1.473.378
LASTEN			
Personeelskosten	724.096	770.000	758.311
Afschrijving op materiële vaste activa	10.218	10.000	10.095
Overige lasten			
Bestuur, geschillencommissie, ombudsman	357.823	292.000	172.815
Huisvesting en automatisering	96.430	330.000	131.678
Bureaunkosten	64.802	60.000	37.707
Profilering en communicatie	73.818	80.000	32.580
Overige stichtingskosten	8.003	110.500	123.778
	600.876	872.500	498.558
Totale lasten	1.335.190	1.652.500	1.266.964
Saldo	209.332	-150.000	206.414

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het voordelig saldo over 2007 gegeven:

- Toevoeging aan bestemmingsreserve automatisering	286.046
- Onttrekking aan de algemene reserve	-76.714
	209.332



Balans

		31/12/2007	31/12/2006
ACTIEF			
Vaste Activa	Materiële vaste activa	12.186	20.191
Vlottende Activa	Vorderingen		
	Rente	8.219	1.863
	Overige vorderingen	15.251	247
		23.470	2.110
	Liquide middelen	582.342	387.144
		617.998	409.445

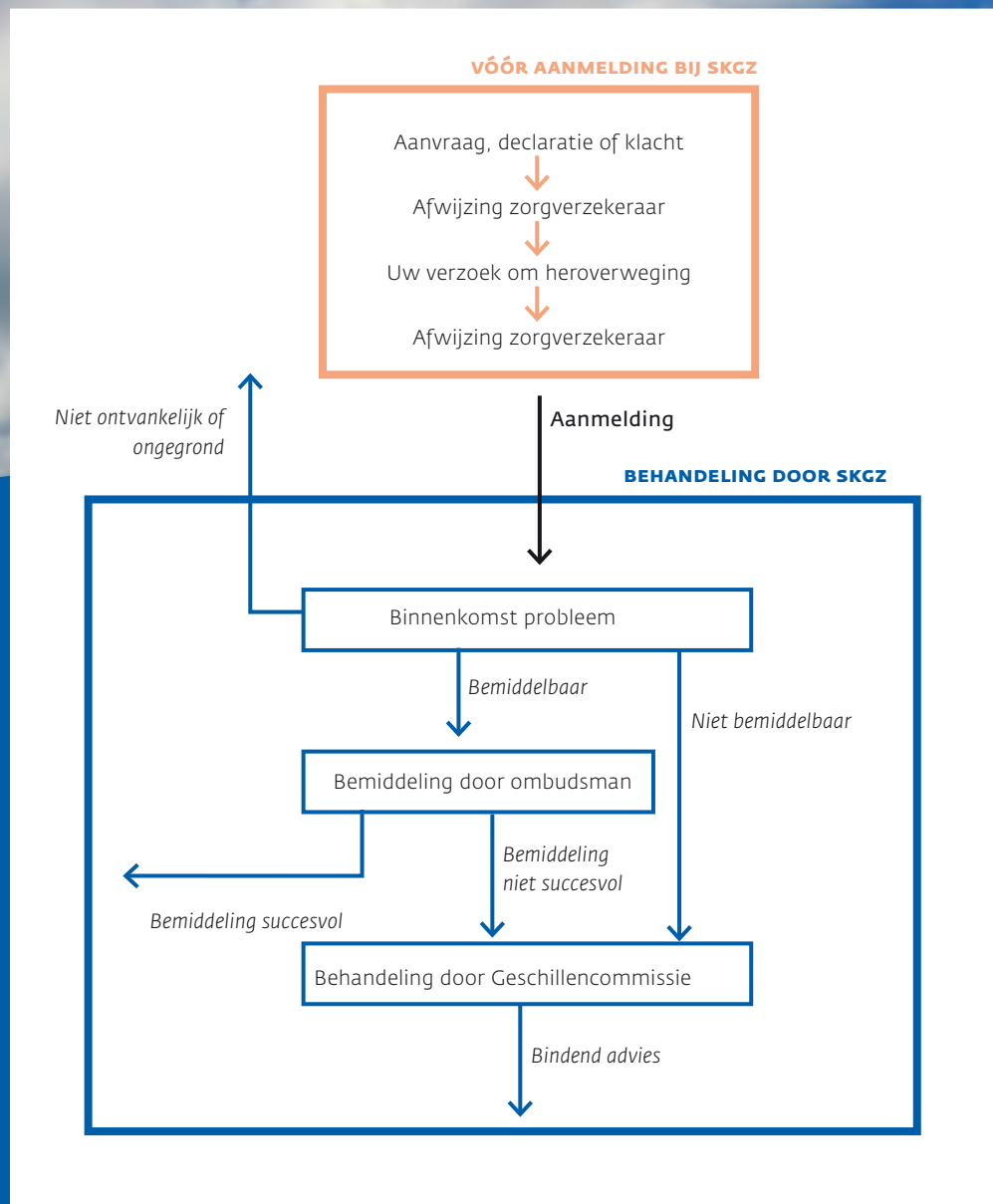




		31/12/2007	31/12/2006
PASSIEF			
Eigen vermogen	Vastgelegd vermogen	416.460	130.414
	Bestemmingsreserve automatisering	286.046	
	Vrij besteedbaar vermogen		
	Algemene reserve	129.700	206.414
		415.746	206.414
<hr/>			
Vorzieningen	Jubileumuitkeringen	9.341	8.469
<hr/>			
Kortlopende schulden	Crediteuren	72.277	88.788
	Zorgverzekeraars Nederland	41.767	42.808
	Belastingen en premies sociale verzekeringen	17.324	16.361
	Overige schulden en overlopende passiva	61.543	46.605
			192.911
		617.998	409.445

De volledige financiële gegevens over 2007 zijn te vinden op www.skgz.nl/publicaties.

4 Nieuwe procedure



Vanaf 1 januari 2008 heeft de SKGZ een nieuwe procedure voor klachten- en geschillenbehandeling. In de nieuwe opzet wordt van alle aanmeldingen eerst bekeken of deze bemiddelbaar zijn. Voor deze beoordeling wordt het secretariaat ondersteund door een klachtenbehandelaar. Dit wil zeggen dat we in het dossier kijken naar aanknopingspunten waarmee we de verzekeraar kunnen bewegen anders te kijken naar een zaak. Als de zaak niet bemiddelbaar is, krijgt de verzekerde dat te horen in een schriftelijk advies. Deze kan dan zelf beslissen of hij de zaak alsnog aan de Geschillencommissie voorlegt; daar heeft hij immers recht op.

Als de zaak bemiddelbaar is, komt de Ombudsman in beeld. Deze neemt contact op met de zorgverzekeraar. De bemiddelingsprocedure verloopt hetzelfde als voorheen; het enige verschil is dat de kwestie dus ook een basisverzekering kan betreffen. Immers, basisverzekeringkwesties gingen automatisch naar de Geschillencommissie, av-zaken naar de Ombudsman.

Als de verzekerde aan het einde van het bemiddelingstraject niet tevreden is met de uitkomst, kan deze de zaak voorleggen aan de Geschillencommissie. Het geschillen-traject heeft verder eveneens hetzelfde verloop. We gaan wel proberen de eerste fase – waarin de verzekeraar gevraagd wordt nog eens naar de zaak te kijken – te versnellen. Het heeft niet zoveel zin om daar nog eens vier weken op te wachten, als er net een bemiddelingstraject is geweest.

Voor de goede orde: deze eerste fase zal wel plaatsvinden bij zaken die rechtstreeks naar de Geschillencommissie gaan omdat ze als niet bemiddelbaar zijn beoordeeld. Dit ook als controle voor onszelf. Gaat een verzekeraar alsnog overstag, wil dat zeggen dat onze eerdere inschatting niet juist is geweest.



5 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, april 2008. Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend

UITGAVE EN EINDREDACTIE

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

ADVIES, COÖRDINATIE EN TEKST

Koningswerk Communicatie, Utrecht

VORMGEVING

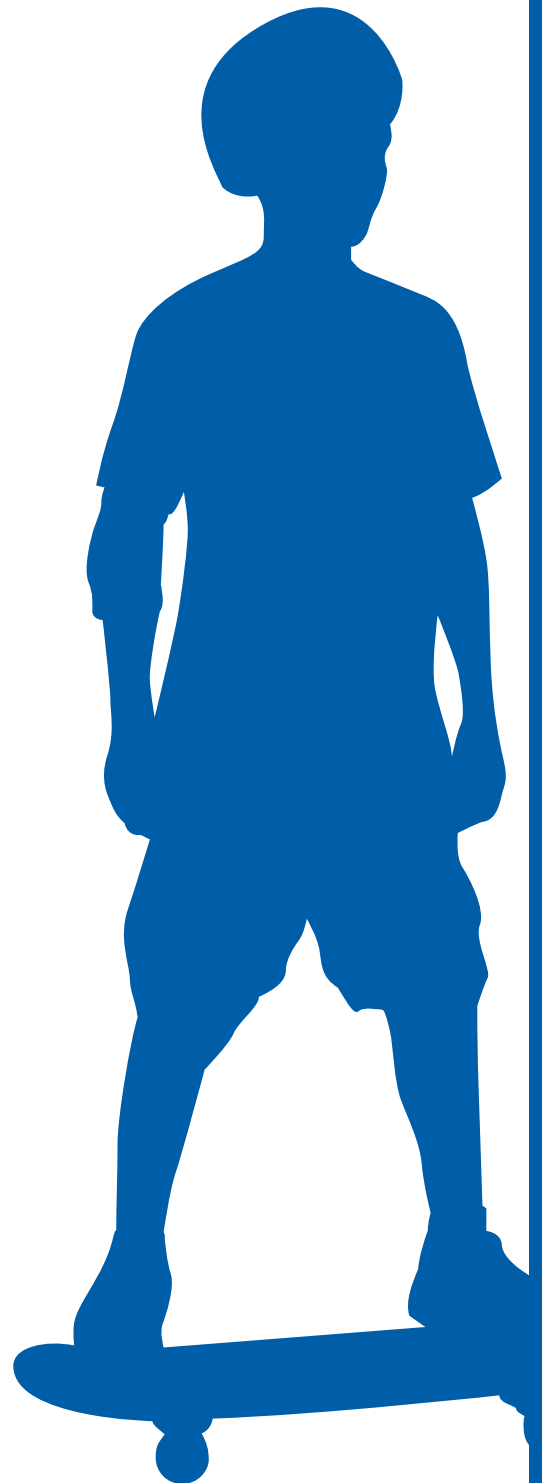
blik grafisch ontwerp, Utrecht

DRUKWERK

Karmac, Lelystad









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

