

Jaarverslag 2008

- Ombudsman Zorgverzekeringen:
Trends in 2008
- Europese Verordening en de
Zorgverzekeringswet

STICHTING **KLACHTEN**

EN **GESCHILLEN**

ZORGVERZEKERINGEN



Afkortingenlijst

AFM	Autoriteit Financiële Markten
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
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



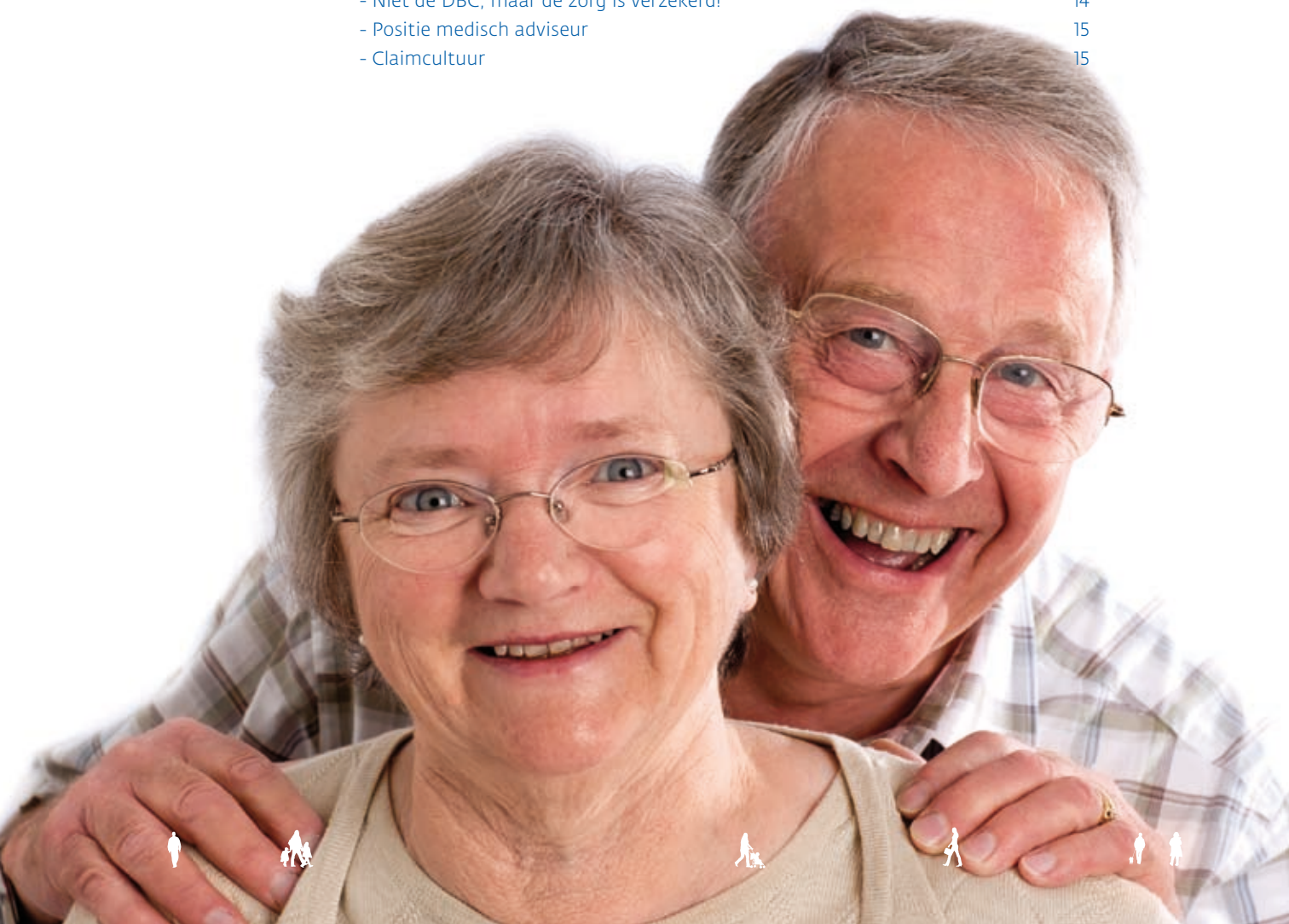
Jaarverslag 2008

- Ombudsman Zorgverzekeringen:
Trends in 2008
- Europese Verordening en de Zorgverzekeringswet



Inhoud

Vooraf	4
1 Algemene voortgang	5
Inleiding	5
Wijziging procedure en Wft-erkenning	5
Een nieuwe taak – de wanbetalersregeling	7
Communicatie	8
Externe contacten	9
Klachten over de SKGZ	9
2 Terugblik Ombudsman Zorgverzekeringen	12
Rol Ombudsman	12
Positie Ombudsman binnen de SKGZ	13
Signalen van de Ombudsman:	13
- Marktwerking in de zorg	13
- Voorlichting door zorgverleners	14
- Bejegening	14
- Informatie: niet alléén via internet	14
- Niet de DBC, maar de zorg is verzekerd!	14
- Positie medisch adviseur	15
- Claimcultuur	15



3 De Europese dimensie van de zorgverzekering	17
- De 'Europese' aanspraken uit de zorgverzekering	17
- De indicatie	19
- Doelmatigheid	19
- Formele vereisten: geen formaliteit	20
- Hoogte van de vergoeding	20
- De aanvullende werking/meerwaarde van de Europese verordening	20
4 Cijfers informatieverzoeken, klachten en geschillen	23
5 Vooruitblik	28
Wanbetalersregeling: uitbreiden en daarna weer inkrimpen	28
Ontwikkeling kenniscentrum ZVW?	28
6 Financiële gegevens	30
Bijlage Overzicht aangesloten verzekeraars	34



Vooraf

In mijn voorwoord bij het jaarverslag 2007 gaf ik aan dat verzekeringsconsumenten met ingang van 1 januari 2008 ook zaken met betrekking tot de aanvullende verzekering voor bindende advisering kunnen voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Daarmee is voldaan aan een reeds lang gekoesterde wens, namelijk een laagdrempelige procedure, als alternatief voor de burgerlijke rechter, bij kwesties over private ziektekostenverzekeringen.

Naar aanleiding van deze wijziging is de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering in het afgelopen jaar regelmatig aan de orde geweest bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Tevens werd – en ook dat is nieuw – met ingang van dit jaar door de Ombudsman Zorgverzekeringen in voorkomende gevallen bemiddeld in zaken over de zorgverzekering. In het cijfergedeelte van dit jaarverslag wordt u geïnformeerd over de uitkomsten van een en ander.

Voor het jaar 2009 wordt opnieuw een ingrijpende verandering voorzien. De Zorgverzekeringswet zal worden gewijzigd om personen met een achterstand in de premiebetalingen ertoe te bewegen deze in te lopen. Voor de SKGZ is daarbij een rol weggelegd als instantie waarbij men kan opkomen tegen de eventuele overgang naar een verzaamd incassoregime. Het kan als een blijk van vertrouwen worden beschouwd dat de wetgever de SKGZ in de toelichting op de wetswijziging met name noemt.

Vanzelfsprekend is het bestuur en de directie van de SKGZ er veel aan gelegen dit vertrouwen niet te beschamen. Zoals in het navolgende wordt toegelicht, is eind 2008 al het nodige in het werk gesteld om de organisatie in te richten op deze nieuwe taak, en ervoor te zorgen dat het kwalitatieve niveau van de werkzaamheden gegarandeerd blijft en waar mogelijk wordt verbeterd.

Zeist, april 2009

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



1 Algemene voortgang

Inleiding

Voor u ligt het derde jaarverslag van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ is in 2006 opgericht door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). De stichting heeft tot doel het oplossen van problemen tussen verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars. Met het begrip ziektekostenverzekeraars zijn bedoeld de zorgverzekeraars in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de ziektekostenverzekeraars als aanbieders van aanvullende en particuliere ziektekostenverzekeringen, zoals specifieke buitenlandpolissen. Als verzekeringsconsument worden aangeduid de (aspirant-)verzekerden en verzekeringnemers.

Het oplossen van problemen gebeurt in de eerste plaats door het desgevraagd geven van voorlichting. Komen verzekeringsconsument en ziektekostenverzekeraar er onderling niet uit, dan kan de bemiddeling worden gevraagd van de Ombudsman Zorgverzekeringen. Uiteindelijk kan de uitkomst een bindend advies zijn van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

In het verslagjaar fungeerde mevrouw mr. E.M.A. Schmitz als Ombudsman. De Geschillencommissie werd voorgezeten door de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo.

Ombudsman en Geschillencommissie zijn organen van de SKGZ. Zij voeren hun werkzaamheden onafhankelijk van bestuur en directie van de SKGZ uit.

Het bestuur van de SKGZ bestaat uit twee leden voorgedragen door de oprichtende organisaties en een onafhankelijk voorzitter. Leden en voorzitter worden benoemd voor een periode van vier jaren. In het verslagjaar was het bestuur als volgt samengesteld:

- 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 Brunshot, penningmeester, voorgedragen door ZN

De heer C.J. van Kranenburg MA is in 2008 aangetrokken als directeur. Als zodanig is hij verantwoordelijk voor het functioneren van de organisatie en het extern vertegenwoordigen daarvan.

Wijziging procedure en Wft-erkenning

Het jaar 2008 stond grotendeels in het teken van de wijziging van de procedure. Voorheen werd bij de behandeling van zaken een onderscheid gemaakt tussen klachten en geschillen. Geschillen hadden, met uitzondering van bejegeningklachten, per definitie betrekking op de zorgverzekering en werden in behandeling genomen door de Geschillencommissie.



Ging het om een aanvullende of particuliere ziektekostenverzekering, dan wel een bejegeningskwestie, dan werd de zaak beschouwd als een klacht, waarin de Ombudsman kon bemiddelen.

Achtergrond van een en ander vormde het gegeven dat de Geschillencommissie, op grond van het reglement, bindend adviseert. De mogelijkheid tot bindende advisering moet tussen partijen zijn overeengekomen, en vóór 1 januari 2008 was dit voor de aanvullende en particuliere ziektekostenverzekeringen niet het geval.

Met ingang van het jaar 2008 is de procedure bij de SKGZ gewijzigd. De reglementen zijn aangepast en er is ingaande 1 augustus 2008 een erkenning verkregen in het kader van de Wet financieel toezicht (Wft). Het laatste is vooral ook voor de ziektekostenverzekeraars van belang, daar zij – indien actief op het terrein van de financiële dienstverlening – op grond van de wet verplicht zijn zich aan te sluiten bij een erkende geschilleninstantie. In de bijlage bij dit jaarverslag (pagina 34) is een overzicht opgenomen van de aangesloten ziektekostenverzekeraars, en de in sommige gevallen namens hen opererende gevolmachtigden.

De SKGZ-procedure met ingang van 1 januari 2008

Bij binnenkomst van een zaak wordt gekeken of het dossier compleet is en of de verzekeringsconsument om heroverweging heeft verzocht. Vanzelfsprekend wordt tevens bezien of de kwestie onder de bevoegdheid van de SKGZ valt. Is dat het geval, dan volgt overdracht aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen. In een groot aantal zaken lukt het om door bemiddeling tot een oplossing te komen. Slaagt de bemiddelingspoging niet, of betreft het een zaak waarbij tussen partijen geen minnelijke regeling (meer) is te bereiken, dan wordt de verzekeringsconsument in de gelegenheid gesteld het oordeel van de Geschillencommissie te vragen. Het uitgangspunt is hierbij dat de mogelijkheid van een beroep op de bevoegde rechter te allen tijde aanwezig is. In de praktijk wordt van die mogelijkheid overigens maar op zeer beperkte schaal gebruikgemaakt. Wordt voor de Geschillencommissie gekozen, dan moet een entreegeld worden betaald. Met de ontvangst van dit entreegeld start de procedure bij de commissie.

De – waar mogelijk – voorafgaande bemiddeling door de Ombudsman vormt één aspect van de nieuwe procedure. Een ander aspect is dat de Geschillencommissie vanaf 1 januari 2008 bevoegd is bindend te adviseren in na die datum opgekomen kwesties over aanvullende of particuliere ziektekostenverzekeringen. De ziektekostenverzekeraars hebben aan de SKGZ een bevoegdheidsverklaring afgegeven, en verwijzen in de toepasselijke voorwaarden naar de stichting.



Brengt de Geschillencommissie een advies uit, dan is dit bindend. Consequentie daarvan is dat de partij die zich niet met de uitkomst van de procedure kan verenigen nog slechts een beroep op de bevoegde rechter toekomt, waarbij deze uitsluitend marginaal toetst.

Met de ervaring van het afgelopen jaar kan worden geconcludeerd dat de gewijzigde procedure goed functioneert. Wel past hierbij de kanttekening dat na de door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde heroverweging en de bemiddeling door de Ombudsman veel zaken die kansrijk zouden zijn bij de Geschillencommissie, worden 'afgevangen'. Wie de recente bindende adviezen raadpleegt zou hierdoor een enigszins vertekend beeld kunnen krijgen van het nut van een beroep op de Geschillencommissie van de SKGZ. De in het statistische gedeelte opgenomen cijfers laten zien dat het voorleggen van een zaak voor de verzekeringsconsument zonder meer zinvol kan zijn.

Een nieuwe taak – de wanbetalersregeling

Ombudsman en Geschillencommissie zijn bevoegd waar het de uitvoering van ziektekostenverzekeringen betreft. Ook premiekwesties vallen hier onder. In voorkomend geval zijn door tussenkomst van de Ombudsman betalingsregelingen en (gedeeltelijke) kwijtscheldingen bereikt. Ook de Geschillencommissie heeft zich een aantal malen over een premiekwestie gebogen.

De minister van VWS acht het zorgwekkend dat een steeds groter aantal verzekeringsconsumenten weigert de premie voor de zorgverzekering – tijdig – te voldoen. De bestaande verzekeringsplicht verwordt daardoor tot een wassen neus en de solidariteitsgedachte, die mede aan de basis ligt van de acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar, wordt door het 'freeriders'-gedrag ernstig ondergraven. In het verslagjaar is om deze redenen een wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

De strekking van dit wetsvoorstel is dat wanbetalers met een betalingsachterstand van zes maandpremies, na enkele malen te zijn gemaand door de zorgverzekeraar en te zijn gewaarschuwd voor de mogelijke consequenties, onder een verzwaard incassoregime worden gebracht. Kenmerken van dit verzwaarde regime zijn dat de premie wordt verhoogd naar de standaardpremie met een toeslag van 30%; dat bronheffing kan plaatsvinden, en dat het Centraal Justitieel Incassobureau kan worden ingeschakeld voor de inning. Voor 2010 wordt daarnaast de mogelijkheid van omleiding van de zorgtoeslag via de Belastingdienst voorzien. De wanbetaler blijft onder dit regime vallen tot de betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar volledig is ingelopen, dan wel de vordering is vervallen.

In de toelichting bij het wetsvoorstel wordt de SKGZ een aantal malen met name genoemd. Verzekeringsconsumenten die van oordeel zijn dat zij ten onrechte als wanbetaler worden aangemerkt, kunnen daartegen bij de stichting opkomen. Aanvankelijk was de verwachting dat de wetswijziging met ingang van 1 maart 2009 van kracht zou worden. Inmiddels is een latere ingangsdatum voorzien.



Communicatie

Op het terrein van de communicatie werden in het verslagjaar de nodige activiteiten ondernomen. Zo werd een nieuwe website gelanceerd (www.skgzpro.nl). Op deze site zijn de geanonimiseerde bindende adviezen van de Geschillencommissie op eenvoudige wijze te raadplegen. Op de algemene website (www.skgz.nl) is een link opgenomen zodat de geïnteresseerde bezoeker slechts één muisklik van de jurisprudentie verwijderd is. De websites werden in het jaar 2008 zo'n 48.000 keer bezocht. De bezoekers bekeken ongeveer 185.000 pagina's, en verbleven gemiddeld 2,5 minuten op de site.

Voorts is in het verslagjaar gewerkt aan een verbetering van de brochures en de brieven. Omdat signalen werden ontvangen over een slechte telefonische bereikbaarheid is onderzoek gedaan naar de oorzaken, hetgeen intussen heeft geleid tot een andere opzet van de telefoonketen. Het aantal lijnen van het algemene nummer werd verdubbeld, van twee naar vier.

In oktober 2008 is door de SKGZ een seminar georganiseerd. Dit seminar werd goed bezocht door medewerkers van de ziektekostenverzekeraars, en door medewerkers van stakeholders als het CVZ. Inleidingen werden verzorgd door de heer Van Kranenburg en mevrouw Schmitz. De bezoekers konden daarna een deelbijeenkomst naar keuze bijwonen. Deze bijeenkomsten hadden als onderwerp: 'Zo werkt de SKGZ', 'Ontwikkelingen op het terrein van de ziektekostenverzekeringen sinds 1 januari 2006', en 'Zorgverzekeringen en Europa'. De heer Van Mierlo verzorgde de afsluiting van het officiële gedeelte.

Het seminar is zeer positief ontvangen, zo bleek uit een deelnemersenquête. Door de respondenten zijn ook suggesties gedaan voor onderwerpen die een volgende keer zouden kunnen worden behandeld.

Vermeldenswaard is voorts dat in het verslagjaar is gewerkt aan de ontwikkeling van een nieuwsbrief, met als titel 'Klacht en geschil'. Het eerste nummer van deze nieuwsbrief is in februari 2009 verschenen, en kent een oplage van 500 exemplaren.

Zoals in de inleiding werd aangestipt, fungeert de SKGZ ook als vraagbaak. Een belangrijk deel van de communicatie betreft dan ook de beantwoording van telefonische en schriftelijke vragen van verzekeringsconsumenten. In het verslagjaar werden bijna 4000 telefoongesprekken geregistreerd, en ruim 1000 schriftelijke verzoeken om informatie. Daarnaast werden circa 1650 e-mails beantwoord.

In het kader van de bemiddelingstaak bezocht de Ombudsman in het jaar 2008 een aantal ziektekostenverzekeraars om te spreken over specifieke problemen die waren gerezen. Bij één ziektekostenverzekeraar werd, op diens verzoek, een presentatie gehouden en een toelichting gegeven op de gewijzigde procedure. Een soortgelijke presentatie werd verzorgd voor de vereniging artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (ziektelkosten-)verzekeraars (VAGZ), en de adviseurs hulpmiddelen van de zorgverzekeraars.



Externe contacten

'No man is an island'. Dat geldt temeer voor de SKGZ als instantie die enerzijds te maken heeft met tientallen ziektekostenverzekeraars, en anderzijds met circa zestien miljoen verzekeringsconsumenten. In de vorige paragraaf werd al beschreven op welke wijze de stichting de verbindingen met deze beide groepen onderhoudt en tracht te verbeteren. Daarnaast zijn er andere spelers in het veld, waarmee de stichting op uitvoerend en bestuurlijk niveau regelmatig contact heeft.

In dit kader kan eerstens het College voor zorgverzekeringen (CVZ) worden genoemd. Het CVZ verenigt verschillende taken in zich. Zo treedt het College op als adviseur van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is beheerder van het pakket verzekerde prestaties binnen de Zvw, en adviseert de Geschillencommissie in zaken over verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. In die laatste rol wordt op bureauniveau vrijwel dagelijks overleg gevoerd over voorgelegde zaken. Deze samenwerking, met behoud van ieders verantwoordelijkheden, verloopt uitstekend. Omdat het CVZ tevens betrokken is bij de komende wanbetalersregeling, vindt ook daarover met enige regelmaat overleg plaats tussen medewerkers van het CVZ en de SKGZ.

Een volgende partij die in dit verband de aandacht verdient is ZN. De organisatie biedt verschillende voorzieningen waar de SKGZ gebruik van maakt en fungeert als platform in de contacten met de ziektekostenverzekeraars. Mede door de inzet van ZN kon voldoende draagvlak worden gecreëerd voor de wijziging van de procedure met ingang van 1 januari 2008. De aanstaande wetswijziging vormde in het verslagjaar regelmatig onderwerp van overleg met ZN.

In 2008 hebben eveneens diverse contacten met de andere oprichtende organisatie, de NPCF, plaatsgevonden op directieniveau. Tevens vond op medewerkersniveau overleg plaats over individuele verzekeringskwesties.

Zowel NPCF als SKGZ zijn deelnemer aan het signaleringsoverleg van de Nederlandse Zorgautoriteit. Met de NZa, die optreedt als marktmeester, is er op bureauniveau op ad-hocbasis overleg. Het laatste geldt evenzeer voor de Consumentenbond en het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD). Taken en bevoegdheden van KiFiD en SKGZ zijn in de afgelopen drie jaar helder onderscheiden.

Tot slot is nog vermeldenswaard dat in 2008 een aantal malen is gesproken met ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dit in het kader van de al eerder genoemde wanbetalersregeling.

Klachten over de SKGZ

Hoewel formeel buiten het bestek van dit jaarverslag vallend, meent de SKGZ dat - indien daar aanleiding toe bestaat - ook kritisch moet worden gekeken naar het eigen functioneren. De aanleiding kan worden gevormd door een bij het bestuur of de directie ingediende klacht. In het verslagjaar was sprake van een enkele klacht,



die door de directie, in overleg met het bestuur is afgewikkeld. Uitingen van onvrede over de uitkomst van de procedure vallen hier overigens niet onder. Is de verzekeringsconsument niet tevreden over het resultaat van de bemiddeling, dan kan hij zich wenden tot de Geschillencommissie of de burgerlijke rechter. Tegen een bindend advies van de Geschillencommissie staat de mogelijkheid van een beroep op de burgerlijke rechter open, zij het met de al eerder genoemde beperking dat deze dan slechts marginaal toetst.

Ten algemene geldt dat het bestuur en de directie niet kunnen treden in de inhoudelijke aspecten van een zaak. Daarmee zouden zij de inhoudelijk onafhankelijke positie van Ombudsman en Geschillencommissie in gevaar brengen.



2 Terugblik Ombudsman Zorgverzekeringen

De Ombudsman Zorgverzekeringen, mevrouw mr. E.M.A. Schmitz, blikt terug op het jaar 2008. Veel zaken zijn haar bureau gepasseerd. De diversiteit is zo groot als de geschakeerdheid van de Nederlandse bevolking en haar gezondheid. Mevrouw Schmitz gaat in op haar rol, de met ingang van het jaar 2008 gewijzigde procedure, en signaleert enkele trends en ontwikkelingen in zorgverzekeringsland.

Rol Ombudsman

Het instituut Ombudsman is op initiatief van ZN opgericht in 1995. De brancheorganisatie kwam tot dit initiatief om de klantgerichtheid ten opzichte van de verzekeringsconsument te bevorderen, en stelde hiervoor personeel en middelen ter beschikking. Vanaf 2006 vormt de Ombudsman een orgaan van de SKGZ.

De Ombudsman heeft ten doel op te komen voor de belangen van de individuele verzekeringsconsument, daarbij rekening houdend met de positie van de betrokken ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman is onafhankelijk, maar houdt wel rekening met de soms aanwezige kennisachterstand van de verzekeringsconsument ten opzichte van zijn wederpartij, de ziektekostenverzekeraar.

De Ombudsman, bijgestaan door een team van behandelaars, behandelt klachten betreffende de zorgverzekeringen, en de aanvullende en particuliere ziektekostenverzekeringen. De bemiddeling vindt in beginsel schriftelijk plaats, maar steeds vaker wordt ook telefonisch contact gezocht met de verzekeringsconsument of de ziektekostenverzekeraar om nadere informatie te verkrijgen of de behandeling van de zaak te bespoedigen.

Bemiddeling kan leiden tot gehele of gedeeltelijke oplossing van het probleem. In het geval dat geen of slechts een gedeeltelijke oplossing wordt bereikt, kan de verzekeringsconsument gewezen worden op de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Geschillencommissie. De bemiddeling door de Ombudsman is kosteloos.

Het kan zijn dat bepaalde klachten zo regelmatig voorkomen dat van een trend kan worden gesproken. Het is aan de Ombudsman dergelijke trends te signaleren en daar beleid voor te ontwikkelen. Daarnaast kan de situatie ontstaan dat van een bepaalde ziektekostenverzekeraar verhoudingsgewijs (mede rekening houdend met het aantal verzekerden) zoveel zaken bij de Ombudsman binnenkomen dat afwikkeling op individuele basis niet zinvol of gewenst is. Een meer structurele oplossing is dan aangewezen. Daartoe wordt door de Ombudsman contact opgenomen met de raad van bestuur of directie van de ziektekostenverzekeraar om deze kwestie te bespreken. Doorgaans leidt dit tot een duidelijke verbetering. Zo niet, dan komt de Ombudsman opnieuw in actie.



Positie Ombudsman binnen de SKGZ

Zoals reeds eerder is opgemerkt is met ingang van 2008 de procedure bij de SKGZ gewijzigd. In beginsel worden alle zaken (ook die met betrekking tot de zorgverzekering) die bij de stichting worden aangebracht beoordeeld op de mogelijkheid van bemiddeling. Nadat het bemiddelingstraject is doorlopen, kan de verzekeringsconsument, indien de uitkomst daarvan niet tegemoet komt aan zijn wensen, zijn zaak alsnog voorleggen aan de Geschillencommissie.

Door deze wijziging in de procedure wordt voorkomen dat verzekeringsconsumenten direct de relatief zware procedure bij de Geschillencommissie in moeten gaan. Voor de Ombudsman is het voordeel dat een vollediger beeld wordt gekregen van de zaken die spelen in zorgverzekeringsland en hun onderlinge samenhang. Als voorbeeld van het laatste noemt mevrouw Schmitz de constatering dat de in sommige aanvullende producten opgenomen dekking voor plastische chirurgie nauwelijks verder lijkt te gaan dan de aanspraken die men al heeft op grond van de zorgverzekering.

Signalen van de Ombudsman

Mevrouw Schmitz signaleert de volgende ontwikkelingen:

1. Marktwerking in de zorg

In toenemende mate is sprake van marktwerking in de zorg. Daarin spelen ook de ziektekostenverzekeraars een rol. Er is een trend waarneembaar dat bepaalde ziektekostenverzekeraars zich meer en meer richten op de regio, waarbij het uitgangspunt is dat de verzekerde zorg zo veel mogelijk op korte afstand van de verzekeringsconsument beschikbaar moet zijn. Dit komt onder andere tot uiting in het lokaal stimuleren en organiseren van zorgketens, en deelneming door ziektekostenverzekeraars in ziekenhuizen in die regio's waar veel verzekerden wonen. Wat de gevolgen hiervan zullen zijn, is nog onduidelijk. Ongetwijfeld biedt de genoemde trend kansen voor verbetering van de (beschikbaarheid) van de zorg, maar naast de kansen moet er ook oog zijn voor de risico's. De versterking van de positie in de regio mag er niet toe leiden dat verzekerden in hun rechten worden beknot. Mevrouw Schmitz noemt als voorbeeld daarvan een mogelijke beperking van het recht op vrije artskeuze doordat verzekerden door de verzekeraar primair naar het eigen ziekenhuis worden geleid.

De concurrentie tussen de ziektekostenverzekeraars lijkt in Nederland overigens niet te leiden tot het massaal overstappen door verzekerden, ook al kunnen er aanzienlijke verschillen in premie worden geconstateerd. De conclusie lijkt gewettigd – ook gezien het totaal aantal zaken met betrekking tot opzegging en acceptatie in het jaar 2008 – dat de meeste verzekeringsconsumenten tamelijk tevreden zijn met hetgeen hun ziektekostenverzekeraar hen biedt.



2. Voorlichting door zorgverleners

Opvallend is dat op het gebied van de plastische chirurgie betrekkelijk veel zaken worden voorgelegd. Vooral waar het de bovenooglidcorrectie, de buikwandcorrectie en het plaatsen of vervangen van borstprothesen betreft, is verstrekking/vergoeding op basis van de zorgverzekering alleen aan de orde indien aan de zeer strikte voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden mogen ook bekend worden verondersteld bij de behandelende sector. Zeker indien de zorgverlener werkt bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis, zou mogen worden verwacht dat deze de patiënt ook informeert over de financiële aspecten. Helaas wordt niet altijd duidelijk gemaakt dat een medische indicatie – zeker als het een plastisch chirurgische ingreep betreft – nog niet inhoudt dat ook een verzekeringsindicatie bestaat.

3. Bejegening

De wijze waarop ziektekostenverzekeraars met hun verzekerden communiceren is in het verleden voor de Ombudsman bij herhaling reden van kritiek geweest. Slechte telefonische bereikbaarheid, onduidelijke of zelfs inhoudsloze brieven en onvolledige vergoedingenoverzichten waaraan door de verzekerde geen rechten kunnen worden ontleend, zijn daarvan goede voorbeelden. Mevrouw Schmitz signaleert echter opvallende verbeteringen. Ziektekostenverzekeraars formuleren hun polisvoorwaarden en vergoedingenoverzichten zorgvuldiger, en er wordt meer aandacht besteed aan de toelichting van een voor de verzekerde negatieve beslissing. Medewerkers van de ziektekostenverzekeraars pakken in geval van een klacht sneller de telefoon om uitleg te geven. Dat is plezierig; de verzekerde kan dan meteen doorvragen en reageren. Komt men er onderling niet uit, dan is het vanzelfsprekend wél zaak dat de ziektekostenverzekeraars de uitkomst van de heroverweging op papier zet, opdat betrokkene zich daarmee tot de SKGZ kan wenden.

4. Informatie: niet alléén via internet

Een aspect dat evenwel nog aandacht verdient, is de positie van verzekeringsconsumenten die niet over een internetaansluiting beschikken. Soms wordt te makkelijk aangenomen dat het voldoende is informatie elektronisch beschikbaar te stellen. Vooral ouderen lopen hier tegen een probleem aan. Het ware goed indien de ziektekostenverzekeraars, bij het beschikbaar stellen van informatie, ook met deze groep rekening houden.

5. Niet de DBC, maar de zorg is verzekerd!

Een deel van de aan de Ombudsman voorgelegde zaken heeft direct of indirect te maken met de systematiek van de DBC (Diagnose Behandel Combinatie). Soms wordt daarbij de indruk gewekt dat niet de zorg, maar de DBC's verzekerd zijn. Die benadering leidt tot veel onbegrip bij verzekeringsconsumenten, bijvoorbeeld indien na



ruim een jaar alsnog de no-claimteruggave wordt gecorrigeerd vanwege een naijlende ziekenhuisnota. Het handelen van de ziektekostenverzekeraar mag dan formeel juist zijn, maar begrijpen doet de verzekerde het niet. Door een behoorlijke toelichting te geven zou volgens mevrouw Schmitz veel ergernis kunnen worden voorkomen, met name op dit punt.

6. Positie medisch adviseur

Binnen de organisatie van de ziektekostenverzekeraar neemt de medisch adviseur een lastige positie in. Enerzijds is hij arts, anderzijds deskundig adviseur van een verzekeraar die hem betaalt en (financieel) belang kan hebben bij een afwijzend oordeel. Daarbij komt dat de medisch adviseur soms een mening zal moeten geven over een kwestie die buiten zijn specifieke vakgebied ligt.

In het verslagjaar is enkele malen aan de orde geweest dat een medisch adviseur de ziektekostenverzekeraar adviseerde een verzoek om toestemming voor behandeling in het buitenland af te wijzen omdat de verzekerde door de Nederlandse artsen was opgegeven. De vraag of het ging om een verzekerde prestatie stond daarbij niet ter discussie, terwijl partijen ook niet van mening verschilden over het bestaan van een indicatie. Behandeling in het buitenland – in dit soort situaties veelal in een centrum met een specifieke deskundigheid – zou echter niet (meer) doelmatig zijn. Mevrouw Schmitz plaatst daar vraagtekens bij. Niet alleen vanwege de hardheid die er uit naar voren komt, maar ook omdat de facto de deskundigheid van de buitenlandse arts ter discussie wordt gesteld. Het is onbevredigend dat een medisch adviseur met een volstrekt andere specialisatie bijvoorbeeld moet uitspreken dat een voorgestelde behandeling door een oncoloog, verbonden aan een academisch centrum, niet doelmatig is.

Tegen de achtergrond van dit soort – gelukkig uitzonderlijke – situaties zou het wellicht goed zijn indien de ziektekostenverzekeraars zich zouden beraden over de positie van hun medisch adviseur. In hoeverre kan van hem of haar in redelijkheid een advies worden gevraagd over een kwestie waar de betrokken medisch specialisten lijnrecht tegenover elkaar staan en het min of meer gaat om een zaak van leven of dood? Mogelijk is het antwoord dat dit niet kan worden gevegd.

7. Claimcultuur

Mevrouw Schmitz signaleert aan de kant van de verzekeringsconsument een zekere verzakelijking. Zo worden geregeld claims gelegd voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van het aanhangig maken van een zaak. In de regel zijn deze claims niet reëel. Ook de verzekeringsconsument zal zich moeten realiseren dat soms moeite dient te worden gedaan om recht te krijgen. Die moeite zal – ook bij de vordering van nakoming van andere overeenkomsten – bijvoorbeeld bestaan uit het sturen van een ingebrekestelling. Het gaat te ver daar direct een nota bij te voegen op basis van een volstrekt onrealistisch uurtarief.



Voor de bemiddelingsprocedure van de SKGZ komt daar bij dat deze kosteloos is. Hiervoor is gekozen om een laagdrempelige voorziening te creëren. Het laagdrempelige karakter zou geheel verloren gaan indien partijen over en weer kosten gaan claimen. Slechts bij zeer hoge uitzondering zullen de inspanningen van de Ombudsman er dan ook op gericht zijn dat de (werkelijk gemaakte) kosten worden gecompenseerd. Wie meer dan dat wil, zal zich tot de Geschillencommissie of de burgerlijke rechter moeten wenden. Voor bemiddeling is dan geen plaats.

Ten slotte

Al met al wordt geconstateerd dat ook in 2008, zoals ook in de voorafgaande jaren, bemiddeling door de Ombudsman door alle partijen als zinvol wordt ervaren. De oprichting van de SKGZ, met de mogelijkheid voor verzekerden ook de Geschillencommissie in te schakelen, is de relatie verzekerde – verzekeraar verder ten goede gekomen.



3 De Europese dimensie van de zorgverzekering

Prof. mr. A.I.M. van Mierlo

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft over het jaar 2008 401 zaken voorgelegd gekregen. Diverse soorten zaken zouden interessant zijn om nader te beschouwen. Door de voorzitter van de Geschillencommissie, prof. mr. A.I.M. van Mierlo, wordt hierna, mede aan de hand van casuïstiek, stilgestaan bij de Europese dimensie van de zorgverzekeringen, gezien het toenemend aantal kwesties op dit terrein.

Inleiding

Met Europa onder handbereik, niet alleen digitaal maar ook in 'real life', neemt ook het verschijnsel zorg over de grenzen toe. Mensen bevinden zich om uiteenlopende redenen tijdelijk in een van de andere Europese lidstaten. Vakantie, overwintering, studie en zakenreizen zijn de meest voorkomende redenen. In die situaties kunnen mensen gezondheidsklachten krijgen, waardoor het medisch noodzakelijk kan zijn zich aldaar tot een zorgverlener te wenden. Bij terugkomst in Nederland worden de voorgeschieden nota's bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.

Een ander fenomeen is dat mensen steeds vaker naar het buitenland afreizen om daar hun zorg in te kopen. In de grensstreken is het ziekenhuis over de grens dichterbij; vinden verzekerden de zorg beter, of zijn zij van mening dat die vorm van zorg in Nederland niet is te krijgen. Vaak kunnen ze ook sneller terecht voor bepaalde vormen van zorg. Voor Nederlanders zijn België en Duitsland de bestemmingen bij uitstek. In die situatie wordt door verzekerden vooraf toestemming gevraagd, dan wel worden achteraf de nota's ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, of een combinatie van beide.

In situaties als deze worden verzekerden nogal eens geconfronteerd met een afwijzing. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen ziet zich dan ook met enige regelmaat geconfronteerd met zaken die een Europese dimensie hebben. Bij de beoordeling van deze geschillen is enerzijds de zorgverzekering van belang. Anderzijds moet gekeken worden naar de toepasselijkheid van de Europese socialezekerheidsverordening. Hoe ligt die verhouding nu precies?

'Europese' aanspraken uit de zorgverzekering / polisvoorwaarden

Alle zorgverzekeringen kennen een restitutiemogelijkheid. (Hierbij zij aangetekend dat de zogenaamde naturapolissen vaak een korting toepassen op de restitutiemo-



gelijkheid, hetgeen geheel overeenkomstig de Zvw is.) Elke verzekerde kan daarom, binnen de dekking van de polisvoorwaarden, zijn eigen zorgverlener of leverancier kiezen, ongeacht waar die zich bevindt. Dat betekent dus ook een zorgverlener of een leverancier in een van de Europese lidstaten. Daarom wordt wel gesproken van de 'werelddekking' van de zorgverzekering.

Dit zegt echter niets over welke zorg onder de dekking van de zorgverzekeringen valt, de zogenaamde verzekerde prestaties. Bepalend voor de omvang van de dekking zijn in beginsel de polisvoorwaarden. Deze dienen overigens in overeenstemming te zijn met de onderliggende wetgeving omdat anders niet kan worden gesproken van een zorgverzekering. Aan de hand van de polisvoorwaarden toetst de Geschillencommissie de volgende vier elementen:

- of de genoten zorg een verzekerde prestatie is
- of de verzekerde een indicatie voor die zorg heeft
- of de zorg doelmatig is
- of aan de overige formele vereisten is voldaan.

De verzekerde prestatie

De Geschillencommissie ziet zich regelmatig voor de vraag geplaatst of de in een andere lidstaat genoten zorg een verzekerde prestatie is. Veel verzekerden concluderen op grond van het enkele feit dát een behandeling ergens wordt uitgevoerd, dat deze onder de verzekerde zorg valt. Deze conclusie is echter niet juist. De aanspraken worden immers bepaald in de polisvoorwaarden van de zorgverzekering.

De omschrijving van de inhoud en omvang van de dekking van de zorgverzekering verschilt per zorgvorm. Sommige zorgvormen zijn algemeen omschreven – zoals medisch specialistische zorg –, andere zorgvormen zijn tot in detail geregeld, zoals extramurale farmaceutische zorg. Voor de meer in algemene termen beschreven zorg zijn de aanspraken functioneel omschreven. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van de term 'plegen te bieden'. Bedoeld is aan te geven die vormen van zorg, die behoren tot het domein van bepaalde beroepsgroepen. Voor specialistische zorg betekent dit bijvoorbeeld dat aanspraak bestaat op 'zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'. Het CVZ geeft in zijn rapport 'Betekenis en beoordeling criterium "plegen te bieden"' uitgebreid toelichting op dit criterium.

De zorg wordt naar omvang mede bepaald door het criterium 'de stand van de wetenschap en de praktijk'. Dit criterium is eveneens onderwerp geweest van een rapport van het CVZ². In dit rapport wordt op heldere wijze uiteengezet aan welke criteria moet zijn voldaan wil sprake zijn van een behandeling die 'conform de stand van de wetenschap en de praktijk' is. Deze criteria sluiten aan bij de criteria die in West-Europa, Noord-Amerika en Japan worden gehanteerd voor de beoordeling van wetenschappelijk onderzoek. Daarom is de Geschillencommissie van mening dat die criteria voldoende objectief zijn, en als uitgangspunt kunnen dienen bij de beantwoor-

1 College voor zorgverzekeringen, Rapport 'Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'', publicatienummer 268, herziene druk 28 januari 2009.

2 College voor zorgverzekeringen, Rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk', publicatienummer 254, 5 november 2007.



ding van de vraag of een behandeling als verzekerde prestatie is te beschouwen. Dit geldt temeer nu het hanteren van andere criteria een zeker risico van willekeur inhoudt. Is het bijvoorbeeld bij de bepaling of al dan niet sprake is van een verzekerde prestatie van belang of een bepaalde behandeling vaak wordt toegepast, zoals door de Centrale Raad van Beroep in het kader van de ziekenfondsverzekering is meegewogen? Persoonlijk zou ik menen van niet. Er zijn immers veel niet-reguliere therapieën, zoals acupunctuur, die door veel mensen worden gevolgd. Daarmee behoren deze therapieën echter nog niet tot de verzekerde prestaties die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen.

In het jaar 2008 is de beoordeling of een behandeling is te beschouwen als een verzekerde prestatie verscheidene malen aan de orde geweest. Interessante voorbeelden³ met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk zijn onder andere een tweede cochleair implantaat (zaaknummer 2007.02293) en een HIFU-behandeling (zaaknummer 2008.00786).

Voor het criterium 'plegen te bieden' is een uitspraak over een door de huisarts aangevraagde MRI interessant (zaaknummer 2007.02296). Voor de goede orde: het voorgaande is niet beperkt tot medisch-specialistische zorg, maar strekt zich uit tot het gehele verzekerde pakket, dus ook bijvoorbeeld de hulpmiddelenzorg.

De indicatie

Staat eenmaal vast dat het een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering betreft, dan moet vervolgens worden gekeken of betrokkene ook een verzekeringsindicatie heeft. Een verzekeringsindicatie is dat deel van de medische indicaties voor een bepaalde behandeling, dat onder de dekking van de zorgverzekering valt.

Een goed voorbeeld daarvan is de correctie van de bovenoogleden. De commissie ziet zich regelmatig geconfronteerd met verzekerden die wel degelijk een medische indicatie lijken te hebben voor de correctie van de bovenoogleden. Echter, op grond van de zorgverzekering komt een correctie van de bovenoogleden pas voor vergoeding in aanmerking als voldaan is aan de verzekeringsindicatie. Bij deze behandeling geldt dan dat de verslakte of verlamde bovenoogleden het gevolg moeten zijn van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Soms lopen de criteria 'verzekerde prestatie' en de 'indicatie' in elkaar over. Dit is het geval indien een bepaalde behandeling alleen bij een bepaalde indicatie is aangewezen. Dit kan zich onder andere voordoen bij een spondylodese van de rug (zie zaaknummer 2008.00327).

Doelmatigheid

Een volgende stap in de beoordeling is of de zorg ook doelmatig is. Met name bij de hulpmiddelenzorg ziet de Geschillencommissie zich soms voor de vraag gesteld of het zinvol is een verzekerde een bepaald hulpmiddel te verstrekken of te vergoeden, indien deze verzekerde al over diverse andere hulpmiddelen beschikt waardoor zijn of haar zorgbehoefte eigenlijk volledig gedekt is.

³ Alle genoemde uitspraken zijn te vinden op www.skgzpro.nl



Formele vereisten: geen formaliteit

Ten vierde gelden in het algemeen ook zekere 'formele vereisten', waarvan met name het hebben van een verwijzing een belangrijke is. Het woord 'formele' ligt dicht bij 'formaliteit', en zo wordt het ook vaak door verzekerden opgevat. Dit is evenwel niet correct. Aan een verwijzing worden bepaalde eisen gesteld. Een briefje waarin de huisarts aangeeft dat hij het verzoek van een patiënt een bepaalde behandeling te ondergaan, steunt, is niet voldoende. Ook een verklaring achteraf volstaat niet. De huisarts heeft immers te gelden als poortwachter voor de tweedelijns zorgverlening. In eerdere bindende adviezen heeft de Geschillencommissie aangegeven aan welke eisen een verwijzing moet voldoen (zaaknummer ANO07.242).

Hoogte van de vergoeding

Een volgend punt dat aandacht verdient betreft de hoogte van de vergoeding. In beginsel vindt vergoeding op grond van de zorgverzekering plaats met inachtneming van de Nederlandse tarieven. Voor specialistische zorg zijn dit meestal DBC-tarieven. Meer dan eens blijkt het in Nederland geldende DBC-tarief onvoldoende om de kosten van in Europa genoten zorg te dekken. Dit kan het geval zijn omdat de behandeling geschiedt in een land waar de kosten van de gezondheidszorg eenvoudig hoger zijn dan in Nederland, zoals bijvoorbeeld Noorwegen. Ook kunnen bij een ingreep complicaties optreden waardoor een langere opname noodzakelijk is. In Nederland ligt het risico dan bij het ziekenhuis. In veel andere Europese lidstaten worden de extra ligdagen op de nota bijgeschreven. De veronderstelling dat medische zorg over de grens altijd goedkoper is dan in Nederland, is dus niet per definitie juist. De verzekerde blijft in de gevallen waarin de kosten hoger zijn voor een deel met die kosten zitten.

De aanvullende werking van de Europese verordening

Wat in de praktijk meer dan eens wordt vergeten, is dat de zorgverzekering in Europees perspectief een sociale ziektekostenverzekering is. Die duiding heeft tot gevolg dat de aanspraken niet beperkt blijven tot de polis, maar dat de verzekerde binnen de Europese Unie op grond van artikel 49 van het EG-verdrag per definitie voor diensten en goederen – lees zorg, hulpmiddelen en medicijnen – naar een andere lidstaat mag gaan en in een aantal situaties een beroep kan doen op de aanvullende werking van EG-verordening 1408/71. Zoals uit de inleiding valt op te maken, doen zich twee situaties voor waarin de Europese verordening een rol kan spelen.

De eerste situatie is de verzekerde die vanwege vakantie of een zakenreis tijdelijk in een van de andere Europese lidstaten verblijft en zorg nodig heeft. Het van toepassing zijn van de verordening betekent dat die verzekerde zonder meer aanspraak heeft op de voor hem of haar medisch noodzakelijke zorg overeenkomstig de sociale regelgeving van het verblijfsland. Voorheen werd hiertoe een E111-formulier afgegeven. Dit formulier is intussen vervangen door de European Health Insurance Card. Het is de Geschillencommissie in het afgelopen jaar opgevallen dat de zorgverzekeraars soms terughoudend zijn met het afgeven van een dergelijke EHIC, terwijl bovendien met enige regelmaat ten onrechte de voorwaarde wordt gesteld dat het dient te gaan om spoedeisende zorg. Het criterium is, zoals gezegd, medisch noodzakelijke zorg, waarop zonder meer aanspraak bestaat. Van een verzekerde mag dan ook niet worden



verwacht dat hij voor die zorg zijn vakantie of zakenreis onderbreekt om die zorg in Nederland te krijgen. Een verzekerde die geen EHIC heeft gekregen, of die de pech heeft in een ziekenhuis of instelling terecht te komen die de EHIC niet accepteert, zal de rekening bij de zorgverzekeraar moeten indienen.

Het toepasselijk zijn van de verordening betekent ten tweede dat een verzekerde die specifiek voor die zorg naar een andere lidstaat gaat, kan vragen om afgifte van een E112-formulier door de verzekeraar. Afgifte daarvan mag uitsluitend door de zorgverzekeraar worden onthouden indien hij kan aantonen dat de verzekerde zorg tijdig in Nederland kan worden geleverd. Wordt het formulier afgegeven, dan bestaat op grond daarvan recht op vergoeding van de in een andere lidstaat gemaakte kosten conform de wetgeving van de betreffende lidstaat. Wordt het formulier tijdig aangevraagd en verstrekt, dan is een bijkomend voordeel dat de verzekerde geen kosten hoeft voor te schieten (aangenomen dat de behandeling in die lidstaat tot de verzekerde zorg behoort). Zonder een E112-formulier – al dan niet op voorhand aangevraagd – zal de verzekerde achteraf de nota bij de zorgverzekeraar indienen.

Hoogte van de vergoeding – de verordening, de jurisprudentie en het EG-verdrag

De vergoeding zal achteraf moeten worden vastgesteld indien een verzekerde om welke reden dan ook geen gebruik heeft kunnen maken van een EHIC, dan wel ten onrechte een E112-formulier is onthouden. Het vaststellen van de hoogte van die vergoeding dient op grond van de verordening plaats te vinden aan de hand van de tarieven van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat waar de zorg heeft plaatsgevonden. Dat betekent dus tarifieren. De zorgverzekeraar verzoekt daartoe met behulp van een E126-formulier het zogenaamde verbindingsorgaan van het land waar verzekerde zijn zorg heeft gehad, om aan te geven welk bedrag de verzekerde vergoed zou hebben gekregen van het sociale verzekeringsorgaan van die lidstaat indien die verzekerde daar zou zijn verzekerd. Dat is het bedrag waar verzekerde vervolgens recht op heeft. Uit die tarifiering kunnen drie verschillende scenario's naar voren komen.

1. Het land waar de verzekerde zijn zorg heeft genoten, tarifeert niet omdat het geen vastgestelde tarieven in zijn sociale verzekeringssysteem heeft, zoals Spanje. In die situatie moet op grond van de toepassingsverordening de regeling van het socialezekerheidsstelsel van het land waar een verzekerde woont worden toegepast. De hoogte van de vergoeding wordt dan op grond van de zorgverzekering vastgesteld.
2. De tarifiering leidt tot een hoger bedrag dan waarop op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat. De zorgverzekeraar dient dan het tarifieringsbedrag aan de verzekerde uit te keren, tot maximaal het bedrag van de nota.
3. De tarifiering leidt tot een lager bedrag dan waarop op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat. Zolang dit lagere bedrag overeenkomt met de hoogte van de rekening, is er geen probleem. Maar wat als de rekening hoger is dan het getarifierde bedrag?

In het jaar 2008 heeft de Geschillencommissie, naar aanleiding van een voorgelegde zaak (zaaknummer 2008.01585), onderzoek gedaan naar de jurisprudentie van het Europese Hof met betrekking tot de hoogte van de vergoeding. Daarbij was



de conclusie dat de artikelen 49 en 50 van het EG-verdrag, welke bepalingen in de Nederlandse situatie de rechten uit de zorgverzekering in een andere lidstaat garanderen, onder omstandigheden recht geven op een aanvullende vergoeding tot maximaal het toepasselijke Nederlandse tarief, zoals dat hierboven is beschreven. Dit geldt in ieder geval voor die posten van de rekening die verbonden zijn aan de geleverde zorg. Het recht op aanvulling strekt zich dus niet uit tot bijvoorbeeld een toeslag op een éénpersoonskamer of de kosten van maaltijden die aan familieleden van de patiënt worden verstrekt door een ziekenhuis.

Ten slotte

Het moge duidelijk zijn dat de Europese dimensie van de zorgverzekering in voorkomende gevallen aandacht behoeft, ook van de zorgverzekeraars. Het recht is de afgelopen jaren, zeker ook in 2008, in ontwikkeling geweest en er is geen reden aan te nemen dat dit in 2009 anders zal zijn. Ook al omdat de Geschillencommissie de indruk heeft dat het gebruik door verzekerden van zorg in het buitenland eerder toe- dan afneemt. Goed geïnformeerd zijn en goede informatieverstrekking zijn daarbij van essentieel belang.



4 Cijfers informatieverzoeken, klachten en geschillen

Doel van de SKGZ is het oplossen van problemen tussen verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars. Dat gebeurt door voorlichting, door bemiddeling bij klachten door de Ombudsman en door bindend advisering van de Geschillencommissie. In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de cijfermatige kant van een en ander. Allereerst een geïntegreerd overzicht van de diverse activiteiten, daarna een aparte paragraaf inzake de klachtenbemiddeling en een aparte paragraaf betreffende geschillenafhandeling.

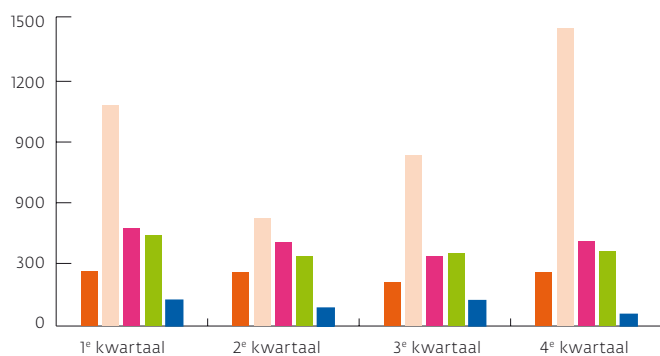
Toename informatieverzoeken

Het aantal schriftelijke en telefonische informatieverzoeken is in 2008 opvallend toegenomen ten opzichte van 2007. Een eenduidige verklaring is hiervoor niet te geven, of het moet de toenemende naamsbekendheid van de SKGZ zijn. Onder de 1013 schriftelijke informatieverzoeken vallen ook aanmeldingen die niet-ontvankelijk waren. Deze zijn behandeld als informatieverzoek. Daarnaast zijn er contacten per e-mail geweest. Over 2007 is daarvan geen registratie bijgehouden. In 2008 zijn er 1655 mails van informatieve aard door de SKGZ beantwoord.

Toename aantal bemiddelingen, afname aantal geschillen

Het aantal geschillen is afgenomen met ruim 300. Dit laatste is voor een belangrijk deel te verklaren uit het gegeven dat met ingang van 2008 gewerkt is met een aangepaste procedure. In deze nieuwe procedure wordt eerst beoordeeld of er ruimte is voor bemiddeling, voordat een zaak wordt voorgelegd bij de Geschillencommissie. Als een zaak naar tevredenheid van de verzekeringsconsument is bemiddeld, volgt er uiteraard geen geschilprocedure meer. Van de 1517 klachten waarin is bemiddeld door de Ombudsman, heeft de verzekeringsconsument in 248 gevallen de zaak alsnog voorgelegd aan de Geschillencommissie. Overigens betekent dit dat deze 248 dossiers twee keer zijn behandeld: eerst door de Ombudsman en haar team, en vervolgens door de Geschillencommissie die haar eigen (juridische) voorbereidingstraject kent. Het totaal aantal zaken groeit overigens gestaag.

Inhoudelijke contacten 2008

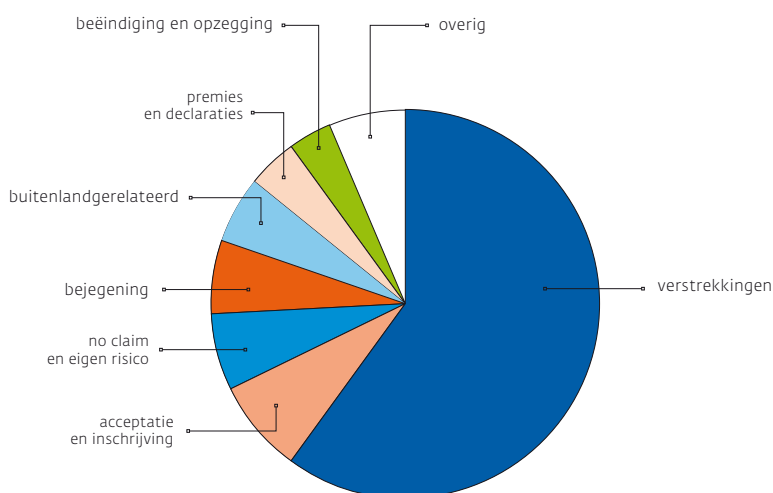


	2008	2007
Schriftelijke informatieverzoeken	1013	543
Telefonische informatieverzoeken	3938	3462
Klachten	1517	1440
Geschillen	401	730
Totaal	6869	6175

Daarnaast zijn er in 2008 1655 e-mails met informatieverzoeken beantwoord

Klachten in 2008

Klachten 2008 naar onderwerp



	2008	2007
Verstrekkings	913	573
– behandelingen	251	214
– plastische chirurgie	172	
– geneesmiddelen	65	25
– ggz	48	66
– hulpmiddelen	172	84
– overig	19	8
– tandheeskunde	146	165
– vervoer	40	11
Acceptatie/inschrijving	118	66
No-claim/eigen risico	98	130
Bejegening	91	308
Buitenlandgerelateerd	83	14
Premie en declaraties	65	245
Beëindiging/opzegging	56	76
Overig	93	28
Totaal	1517	1440

Afhandeling klachten 2008

	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	in 2008	in 2007
Ingediend	447	334	359	367	1517	1440
Afgehandeld	445	338	321	348	1452	1407
% van totaal	99%	98%	89%	95%	96%	98%
Gemiddelde behandeltermijn	7 weken 6 dagen	5 weken 3 dagen	5 weken 2 dagen	5 weken 5 dagen	6 weken	6 weken 1 dag
Succesvolle bemiddelingen	196	151	158	178	683 (45%)	663 (46%)

In 2008 werden 1517 zaken behandeld als klacht, wat een toename van ongeveer 10% betekent ten opzichte van het aantal klachten in 2007 (1440). De gemiddelde behandeltermijn van 6 weken is conform de doelstelling.

Dalers en stijgers

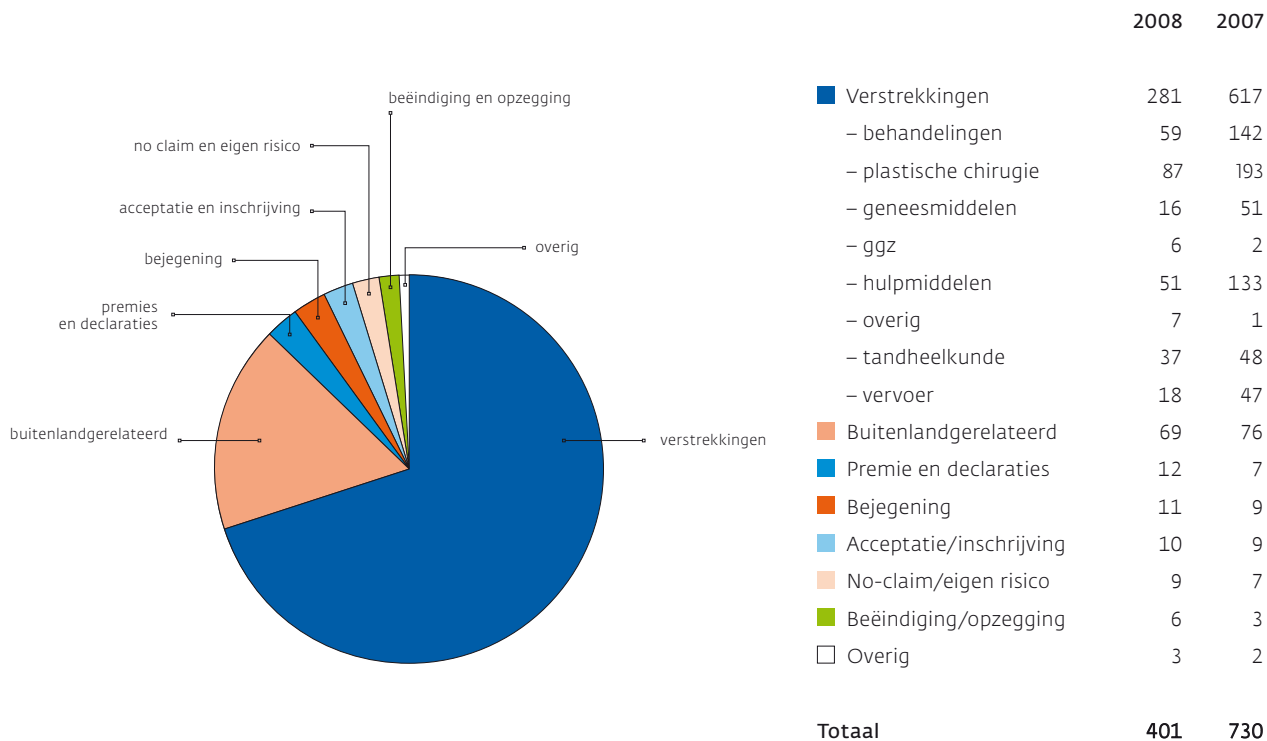
Wat betreft de onderwerpen is er een aantal opvallende verschillen ten opzichte van 2007. Zo is het aantal zaken betreffende 'bejegening' teruggelopen tot eenderde van het niveau van 2007, en het aantal zaken betreffende 'premies en declaraties' tot ongeveer eenvierde. De indruk bestaat dat de zorgverzekeraars in toenemende mate aandacht besteden aan het uitleggen en toelichten van hun beslissingen.

Stijgers zijn de zaken 'buitenlandgerelateerd' en 'plastische chirurgie'.



Geschillen in 2008

Geschillen naar onderwerp



Afhandeling geschillen 2008

	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	in 2008	in 2007
Ingediend	128	89	127	58	401	730
Afgehandeld	123	69	51	5	248	401
% van totaal	96%	77%	40%	9%	62%	55%
Gemiddelde behandeltermijn					20 weken 1dag	18 weken 5 dagen
Tussentijdse oplossing					59 (24%)	98 (24%)
Na bindend advies					22 (9%)	27 (7%)



Afname aantal geschillen

Het aantal behandelde geschillen is verminderd ten opzichte van 2007. Oorzaak hiervan is dat alle zaken die worden aangeleverd bij de SKGZ in eerste instantie worden behandeld als klacht, indien er sprake is van enige ruimte tot bemiddeling. In de bemiddelingsfase worden partijen tot elkaar gebracht, hetgeen in veel gevallen leidt tot oplossing. Dat heeft tot gevolg dat er minder zaken worden voorgelegd aan de Geschillencommissie.

Stijgers en dalers

Het aantal geschillen is afgenomen, maar relatief gezien valt op dat het aantal 'buitenland'-gerelateerde zaken – ook al een toename bij de klachtenbemiddeling – minder is gedaald. Buitenlandzaken vormden in 2007 10% van het aantal geschillen, in 2008 was dat 17% van het aantal geschillen.

Behandeltermijnen

Het zo kort mogelijk houden van behandeltermijnen is een constant punt van aandacht binnen de SKGZ. De gemiddelde behandeltermijn van geschillen is ten opzichte van 2007 opgelopen. Een analyse van de oorzaken die hieraan ten grondslag liggen is de volgende:

- het aantal geschillen is afgenomen; de complexiteit van de geschillen die zijn ingediend is toegenomen. De nieuwe procedure leidt ertoe dat in principe alle kwesties eerst worden bemiddeld door de Ombudsman. De meer eenvoudige zaken komen in die fase tot een oplossing, en worden dus niet meer voorgelegd bij de Geschillencommissie. Het 'gemiddelde geschil' was in 2008 dus complexer dan in 2007;
- de doorlooptijd van een procedure wordt niet alleen bepaald door de activiteiten van de Geschillencommissie en het bureau van de SKGZ. Externe factoren leiden eveneens tot extra behandeltime. Te denken valt aan het zogenoemde tarifieren in buitenlandzaken – waarbij buitenlandse instanties betrokken zijn, verzoeken tot uitstel door een van de partijen in het geschil voor het geven van reacties, en het verzetten van het moment van hoorzitting door een van de partijen.



5 Vooruitblik

Wanbetalersregeling: uitbreiden en daarna weer inkrimpen

De hiervoor geschetste ontwikkelingen rond de wanbetalersregeling hebben een grote impact op de bureauorganisatie. Mogelijk zal het aantal medewerkers – tijdelijk – worden verdubbeld. In verband hiermee zijn in de laatste maanden van het verslagjaar enkele medewerkers (gedeeltelijk) vrijgesteld om de noodzakelijke voorbereidingen te treffen.

Intussen zijn berekeningen gemaakt van de te verwachten werklast en kosten, is een procedurebeschrijving gemaakt, zijn voorbereidingen getroffen voor uitbreiding van de huisvesting, en is onderzocht op welke wijze in de toekomstige personeelsbehoefte kan worden voorzien. Complicerende factor vormt daarbij het gegeven dat het wetsvoorstel ook voorziet in een regeling voor bestaande gevallen. Het gaat daarbij om een grote groep personen met een betalingsachterstand, die via een verkort traject onder het verzwaarde incassoregime komt te vallen.

De activiteiten in verband met de uitvoering van de wanbetalersregeling zullen in eerste instantie worden ondergebracht in een apart team, dat grotendeels zal bestaan uit tijdelijke krachten. Zodra de bestaande gevallen zijn afgewikkeld wordt de betreffende eenheid mogelijk opgeheven.

Los van het voorgaande is in het verslagjaar ook begonnen met een aanpassing van de kantoorautomatisering. De huidige apparatuur is verouderd en investeringen waren dan ook noodzakelijk. Bij de te maken afweging is vanzelfsprekend rekening gehouden met de extra werkzaamheden die naar verwachting in 2009 op de SKGZ afkomen.

Opleidingen: blijvend aandachtsgebied

Het belangrijkste kapitaalmiddel voor de SKGZ is het personeel. De stichting kent een gering personeelsverloop. Behoud van medewerkers is desalniettemin een belangrijk punt van aandacht. Mede gezien het hoge niveau waarop zij werkzaam zijn, is investeren in opleidingen dan ook zinvol. In dat kader is eind 2008 begonnen met het opstellen van een opleidingsplan. Dit plan voorziet in het gestructureerd realiseren van bedrijfsbrede opleidingen en de mogelijkheid om, op individuele basis, kennis en kunde te verdiepen.

Ontwikkeling kenniscentrum Zvw?

De SKGZ heeft in de loop der jaren behoorlijke kennis ontwikkeld op het gebied van de (uitvoering van) de Zvw. Ook bij andere actoren in het veld is een grote hoeveelheid kennis beschikbaar. Niet alle kennis is echter voor iedereen snel bereikbaar, hoewel dit voor de uitvoering van ieders werk wél gewenst zou kunnen zijn.



Dit heeft ertoe geleid dat het voornemen bestaat om te komen tot een kenniscentrum op het gebied van de Zvw. Niet noodzakelijkerwijs binnen de eigen organisatie overigens. Contacten met anderen in het werkveld moeten uitwijzen welke vorm en organisatorische inbedding daarvoor het meest zijn aangewezen. Vanzelfsprekend dient daarbij de positie van andere partijen in het veld te worden gerespecteerd, en mag een en ander niet ten koste gaan van de kernactiviteit: het oplossen van problemen tussen verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars. In het kader van deze gewenste ontwikkeling zal een activiteit als het seminar een prominentere plaats krijgen. Ook kan worden gedacht aan informatiebijeenkomsten voor nieuwe medewerkers van de ziektekostenverzekeraars. In hoeverre dit alles in 2009 al vorm kan krijgen is nog ongewis, gelet op de verwachte ontwikkelingen.



6 Financiële gegevens

Staat van baten & lasten over 2008

	UITKOMST 2008	BEGROOT 2008	UITKOMST 2007
BATEN			
Bijdrage Zorgverzekeraars Nederland	1.672.758	1.668.000	1.493.436
Bijdrage geschillen	11.247	37.000	21.534
Rente	42.554	-	29.552
Totale baten	1.726.559	1.705.000	1.544.522
LASTEN			
Personeelskosten	812.411	920.000	724.096
Afschrijving op materiële vaste activa	11.460	10.000	10.218
Overige lasten			
Bestuur, geschillencommissie, ombudsman	319.514	360.000	357.823
Huisvesting en automatisering	134.862	185.000	96.430
Bureaunkosten	102.155	45.000	64.802
Profilering en communicatie	91.033	90.000	73.818
Overige stichtingskosten	8.240	15.000	8.003
Onvoorzien	-	80.000	-
	655.804	775.000	600.876
Totale lasten	1.479.675	1.705.000	1.335.190
Saldo	246.884	0	209.332

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het voordelig saldo over 2008 gegeven:

Ten gunste van de algemene reserve	246.884
------------------------------------	---------





Balans

		31/12/2008	31/12/2007
ACTIEF			
Vaste Activa	Materiële vaste activa	4.509	12.186
Vlottende Activa	Vorderingen		
	Rente	9.945	8.219
	Overige vorderingen	-	15.251
		9.945	23.470
	Liquide middelen		
	ING Bank	906.453	582.342
		920.907	617.998



31/12/2008**31/12/2007****PASSIEF**

Eigen vermogen	Vrij besteedbaar vermogen	662.630	415.746
Vorzieningen	Jubileumuitkeringen	10.210	9.341
Kortlopende schulden	Crediteuren	86.926	72.277
	Zorgverzekeraars Nederland	81.134	41.767
	Belastingen en premies sociale verzekeringen	20.576	17.324
	Overige schulden en overlopende passiva	59.431	61.543
		248.067	192.911
		920.907	617.998

Zie voor het volledige Financieel Verslag 2008 onze website www.skgz.nl/publicaties.php.
Desgewenst kan het Financieel Verslag 2008 u ook per post worden toegezonden.



Bijlage: overzicht aangesloten verzekeraars

In het verslagjaar waren bij de SKGZ de navolgende ziektekostenverzekeraars aangesloten. Tevens zijn vermeld de namen van de gevolmachtigden die optreden namens een of meer ziektekostenverzekeraars.

Ziektekostenverzekeraars

- Achmea Zorgverzekeringen NV
- Agis Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Agis Zorgverzekeringen N.V.
- OWM AZIVO Algemeen Ziekenfonds de Volharding u.a.
- OWM AnderZorg U.A.
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- OWM AZVZ U.A.
- Confior Zorgverzekeraar N.V.
- Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V.
- owm Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar u.a.
- owm Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar u.a.
- Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.
- OWM Zorgverzekeraar DSW U.A.
- FBTO Zorgverzekering N.V.
- Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Fortis Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
- OWM De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.
- OWM De Friesland Zorgverzekeraar U.A.
- Groene Land PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
- IZA Zorgverzekeraar N.V.
- IZZ Zorgverzekeraar N.V.
- OWM Menzis u.a.
- OWM Menzis Zorgverzekeraar u.a.
- OHRA Ziektekostenverzekeringen NV
- OHRA Zorgverzekeringen NV
- OOM Global Care NV
- ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
- ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
- OZF Achmea Zorgverzekeringen NV
- PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringmaatschappij U.A.
- Salland Aanvullende Verzekeringen N.V.
- Salland Zorgverzekeraar N.V.
- OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.
- Trias Zorgverzekeraar N.V.
- N.V. Zorgverzekeraar UMC
- N.V. Univé Zorg
- OVM Univé Zorgverzekeraar U.A.
- VGZ Zorgverzekeraar N.V.
- Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen
- OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
- Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen

Gevolmachtigden

- Aevitae
- IAK Verzekeringen B.V.
- National Academic
- Nedasco
- Turien & Co Assuradeuren
- VPZ Assuradeuren B.V.



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
www.skgzpro.nl

Bezoekadres

Sparrenheuvel 16
3708 JE Zeist

Colofon

Zeist, april 2009. Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

UITGAVE EN EINDREDACTIE
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

COÖRDINATIE EN ADVIES
Koningswerk Communicatie Utrecht

VORMGEVING
blik grafisch ontwerp, Utrecht

DRUKWERK
Drukkerij Pascal, Utrecht









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
www.skgzpro.nl

Bezoekadres

Sparrenheuvel 16
3708 JE Zeist

