

# Jaarverslag 2009



STICHTING **KLACHTEN EN GESCHILLEN ZORGVERZEKERINGEN**

OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN  GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN 



## Inhoud

Vooraf	5
1 Algemene voortgang	6
2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers	14
3 'Een klein gebaar doet wonderen'	20
4 'Slechts de kaas in de muizenval is gratis'	26
5 Vooruitblik	33
6 Financiële gegevens	35
Bijlage: overzicht aangesloten verzekeraars	38



ONAFHANKELIJKE INSTANTIE NEEMT EEN BESLUIT OERDEKS IN BEHANDELING NADAT DE VERZEKERINGNEMER OF DE VERZEKERDE DE ZORGVERZEKERING

## Vooraf

Het jaar 2008 stond in het teken van de procedurewijzigingen. In 2009 is opnieuw sprake van wijzigingen. Daarbij springt vooral de wetswijziging van september 2009 in het oog.

Gedoeld wordt op de aanpassing van de Zorgverzekeringswet, waardoor verzekerden met een achterstand in de premiebetaling structureel worden aangepakt. Hierop werd in het voorgaande jaarverslag al gepreludeerd. Toen was de gedachte nog dat de wet op korte termijn zou worden gewijzigd. In dat kader werd in de laatste maanden van het jaar 2008 al druk gewerkt aan het opzetten van een aparte afdeling binnen de SKGZ. Uiteindelijk is de datum van inwerkingtreding 1 september 2009 geworden en is door het ministerie van VWS gekozen voor het gefaseerd wegwerken van het 'stuwmeer' door de verzekeraars.

Vanwege de te verwachten extra werkzaamheden is het personeelsbestand in de recente maanden enigszins uitgebreid en zijn taken en processen opnieuw geformuleerd. Hoewel het nog te vroeg is om definitieve uitspraken te doen, lijkt het aantal ingediende zaken ten gevolge van de wanbetalersregeling aanmerkelijk lager te zijn dan verwacht. Evenwel is het stuwmeer van verzekerden met een betalingsachterstand nog grotendeels gevuld. Ook kan nog een substantieel aantal zaken door verzekerden bij de SKGZ worden aangebracht. De medewerkers van de SKGZ zijn degelijk voorbereid op de verwerking van deze eventuele zaken.

Een ontwikkeling die in dit korte bestek zeker ook de aandacht verdient, is het door de SKGZ geïnitieerde onderzoek naar de mogelijkheid en de behoefte van het oprichten van een informatiecentrum op het terrein van de Zorgverzekeringswet en de ziektekostenverzekeringen. In het komende jaar zal een en ander concreter worden. De eerste reacties uit het veld zijn positief.

Het mag duidelijk zijn dat de SKGZ er veel aan is gelegen de kwaliteit van haar werkzaamheden de hoogste prioriteit te geven.

Zeist, maart 2010

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



# 1 Algemene voortgang

## Inleiding

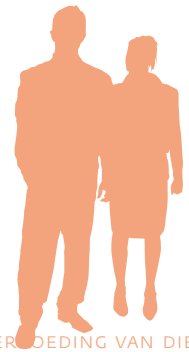
Voor u ligt het vierde jaarverslag van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ is in 2006 opgericht door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet. Deze wet schrijft een onafhankelijke geschilleninstantie voor, die haar vorm heeft gekregen in de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De andere activiteit van de SKGZ, de Ombudsman Zorgverzekeringen, bestaat reeds sinds 1996 en is in 2006 deel geworden van de SKGZ.

De SKGZ 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 aanbieders van aanvullende en particuliere ziektekostenverzekeringen: de ziektekostenverzekeraars. Als verzekeringsconsument worden aangeduid de (aspirant-)verzekerden en verzekeringnemers.

Het oplossen van problemen door de SKGZ gebeurt in de eerste plaats door het desgevraagd geven van voorlichting. Komen consument en verzekeraar er onderling niet uit, dan kan de bemiddeling worden ingeroepen van de Ombudsman Zorgverzekeringen. Leiden de activiteiten van de Ombudsman niet tot tevredenheid bij verzekerde, dan kan deze zich wenden tot de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Deze geeft een bindend advies. Ombudsman en Geschillencommissie zijn organen van de SKGZ.

In het verslagjaar fungeerde mevrouw mr. E.M.A. Schmitz als Ombudsman Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie werd voorgezeten door de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo. De Geschillencommissie bestond daarnaast uit de heren mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk.

De SKGZ kent een bestuur. Dit bestuur bestaat uit twee leden voorgedragen door de oprichtende organisaties, en een onafhankelijk voorzitter. Leden en voorzitter worden



benoemd voor een periode van vier jaren, en functioneren binnen het bestuur zonder last of ruggespraak. In het verslagjaar was het bestuur als volgt samengesteld:

- de heer mr. F.J.M. Houben, voorzitter
- mevrouw mr. E.E. Aberson, vicevoorzitter/secretaris
- de heer ir. Th.J.M. van Brunshot, penningmeester

De directie werd gevoerd door de heer C.J. van Kranenburg MA. Hij was in het verslagjaar verantwoordelijk voor het functioneren van de organisatie en het extern vertegenwoordigen ervan.

## Toename aantal klachten en geschillen

In 2009 is het aantal klachten toegenomen met ruim 5% ten opzichte van 2008. Het aantal geschillen is toegenomen met 15%. Voor een nadere analyse van de klachten en geschillen wordt u verwezen naar hoofdstuk 2: Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers.

## Wanbetalersregeling

Ombudsman en Geschillencommissie zijn bevoegd waar het de uitvoering van ziektekostenverzekeringen betreft. Dat betreft niet alleen het verzekerde pakket. Ook premiekwesties vallen hieronder. Dit zijn zaken waarbij verzekerde het oneens is met de verzekeraar inzake het al dan niet (geheel) betaald zijn van premies. In voorkomend geval zijn door tussenkomst van de Ombudsman betalingsregelingen en (gedeeltelijke) kwijtscheldingen bereikt. Ook de Geschillencommissie heeft zich in 2009 een aantal malen over een premiekwestie gebogen.

Het is betrekkelijk zorgwekkend dat een steeds groter aantal consumenten weigert de premie voor de verzekering – tijdig – te voldoen. De bestaande verzekeringsplicht verwordt daardoor tot een wassen neus. De solidariteitsgedachte, die mede aan de basis ligt van de acceptatieplicht voor de verzekeraar, wordt door het 'freeriders'-gedrag ernstig ondergraven. In het verslagjaar is om deze redenen een wetsvoorstel aanvaard door de Staten-Generaal, ingaande per 1 september 2009. De strekking hiervan is dat wanbetalers met een betalingsachterstand van zes of meer maandpremies, na enkele malen te zijn gemaand door de verzekeraar en te zijn gewaarschuwd voor de mogelijke consequenties, onder een verzaamd 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 2010 is daarnaast de mogelijkheid van omleiding van de zorgtoeslag via de Belastingdienst voorzien. De wanbetaler blijft onder dit regime vallen tot de betalingsachterstand bij de verzekeraar volledig is ingelopen, dan wel de vordering is vervallen.

In de toelichting op de wet wordt de SKGZ een aantal malen met name genoemd als instantie waar geschillen inzake de uitvoering van deze wanbetalersregeling kunnen worden aangebracht. Consumenten die van oordeel zijn dat zij ten onrechte als wanbetaler worden aangemerkt, kunnen daartegen bij de SKGZ opkomen. De verwachting was (bij VWS, het CVZ, de verzekeraars en de SKGZ) dat een substantieel aantal wanbetalers gebruik zou maken van deze mogelijkheid. Hierop heeft de SKGZ zich terdege voorbereid, door het inrichten van een snel opschaalbare projectorganisatie, het aanpassen van de ICT en de administratieve organisatie. Ook is – in beperkte mate – extra personeel aangenomen om de te verwachten hoeveelheid dossiers binnen een redelijk tijdsbestek te kunnen verwerken.

Vooralsnog is het grote aantal zaken waarop was gerekend uitgebleven. Het verder aantrekken van extra medewerkers is niet noodzakelijk gebleken. Voor 2010 worden de ontwikkelingen op de voet gevolgd, om zo nodig alsnog snel te kunnen opschalen. Mocht het aantal zaken in de loop van 2010 niet substantieel blijken te zijn, dan zullen de 'wanbetalers-activiteiten' eind 2010 worden geïncorporeerd in de normale activiteiten van de SKGZ.

De financiering van de extra werkzaamheden van de SKGZ ten gevolge van de wanbetalersregeling is door VWS voor zijn rekening genomen, tot en met 31 december 2010. Hiervoor heeft de SKGZ een subsidiebeschikking ontvangen van het ministerie.

## Communicatie

Op het terrein van de communicatie werden in het verslagjaar de nodige activiteiten ondernomen.



## Website

De website van de SKGZ ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)) is in het verslagjaar flink onder handen genomen. Dit heeft geleid tot een vernieuwde opmaak, en actualisatie van de inhoud. Meer dan voorheen is bij het inrichten van de site rekening gehouden met de vragen van consumenten, en de wijze waarop zij de voor hen belangrijke informatie zoeken. Naast de algemene site is reeds in 2008 een aparte site ([www.skgzpro.nl](http://www.skgzpro.nl)) ingericht, waarop de bindende adviezen van de Geschillencommissie worden gepubliceerd. Op deze site staan per 31 december 2009 1280 adviezen.

De sites werden in totaal zo'n 100.000 keer bezocht in 2009. Per bezoek werden gemiddeld drie pagina's bekeken. De gemiddelde verblijfsduur was twee minuten.

## Brochures

In 2009 heeft de SKGZ haar schriftelijke informatiemateriaal geëvalueerd. Dit heeft geleid tot het opstellen van vijf nieuwe folders: een algemene folder, en vier folders die nadere informatie geven over een bepaalde stap in de procedure bij de Ombudsman of de Geschillencommissie. Voordeel van deze werkwijze is dat de consument detailinformatie krijgt die op dat moment voor hem van belang is. Daarnaast is veel aandacht besteed aan de leesbaarheid van de teksten.

## Informatiebijeenkomst voor medewerkers van verzekeraars

In oktober 2009 is door de SKGZ een informatiebijeenkomst georganiseerd voor medewerkers van verzekeraars. In deze bijeenkomst was aandacht voor de werkwijze van de Ombudsman en de Geschillencommissie. In een aparte sessie is gesproken over de bijzonderheden van de wanbetalersregeling. Het CVZ, adviseur van de Geschillencommissie, gaf acte de présence door een inleiding te verzorgen over belangrijke elementen in zijn advisering, te weten de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Daarnaast sprak mevrouw Schmitz de aanwezigen toe over haar rol als Ombudsman. Een plezierige en door de medewerkers van de verzekeraars goed bezochte bijeenkomst, die, zoals ook bleek uit de evaluatie gehouden onder de bezoekers, aan haar doel beantwoordde.





## Informatiebijeenkomst voor medewerkers Zorgbelang

In oktober 2009 heeft de SKGZ tevens een informatiebijeenkomst verzorgd voor klachtencoördinatoren van Zorgbelang uit de verschillende provincies. Het was de eerste keer dat de SKGZ ook voor de consumentenzijde een dergelijke activiteit heeft vormgegeven. De inhoud van deze bijeenkomst is vergelijkbaar met de informatiebijeenkomst voor de verzekeraars.

## Gastcolleges

In november 2009 heeft een tweetal medewerkers van de SKGZ op verzoek gastcolleges verzorgd aan de Hogeschool van Amsterdam voor de opleiding HBO-rechten. Van deze colleges zijn video-opnamen gemaakt, zodat het bereik uiteindelijk ruim honderd studenten betreft. In deze colleges is zowel aandacht besteed aan de werkwijze van de Geschillencommissie als aan de werkwijze van de Ombudsman.

## Media

In 2009 hebben er twee interviews plaatsgevonden, die hebben geleid tot een artikel. In het blad van de ANBO een interview met de Ombudsman, in De Telegraaf van 5 december een artikel naar aanleiding van een interview met de Ombudsman en de voorzitter van de Geschillencommissie.

In maart 2009 heeft een opname plaatsgevonden voor het tv-programma Kassa, waarin naast de Ombudsman Zorgverzekeringen aandacht was voor de diverse andere Ombudsmannen die Nederland rijk is.

Naast genoemde perscontacten wordt de SKGZ met enige regelmaat gebeld door journalisten voor het verkrijgen van achtergrondinformatie over de wet- en regelgeving, en het werk van de Geschillencommissie en de Ombudsman.

## Informatieverstrekking: telefonisch, per post en per mail

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 consumenten. In het verslagjaar werden 5328 telefoongesprekken geregistreerd (3938 in 2008), en 1123 verzoeken om informatie per post (1013



in 2008). Daarnaast werden 2390 e-mails met informatieve vragen beantwoord (1655 in 2008). Geconstateerd kan worden dat consumenten de SKGZ ieder jaar beter weten te vinden.

## Informatiecentrum Zvw

In het jaarverslag 2008 is aangekondigd dat de SKGZ in 2009 een onderzoek zou starten naar de wenselijkheid van een kennis- of informatiecentrum. De vraag naar zo'n informatiecentrum komt primair voort uit een eigen behoefte van de SKGZ. In 2009 is een vooronderzoek uitgevoerd, waaruit bleek dat er ook in het veld een draagvlak bestaat om te komen tot een dergelijk initiatief. Daarnaast zijn er belangrijke vragen aan het licht gekomen door het vooronderzoek, met name ten aanzien van reikwijdte en doelgroep. Complexe vragen, die een verdere doordenking verdienen. In 2010 zal de SKGZ verdere besluiten nemen over vorm, inhoud, reikwijdte en doelgroep van het informatiecentrum Zvw. Nauw verbonden daarmee is de vraag waar en op welke wijze dit informatiecentrum organisatorisch zal worden ingebed.

## Externe contacten

De SKGZ heeft te maken met tientallen verzekeraars, en met circa zestien miljoen consumenten. Hiervoor werd al beschreven op welke wijze de SKGZ de verbindingen met deze beide groepen onderhoudt en tracht te verbeteren.

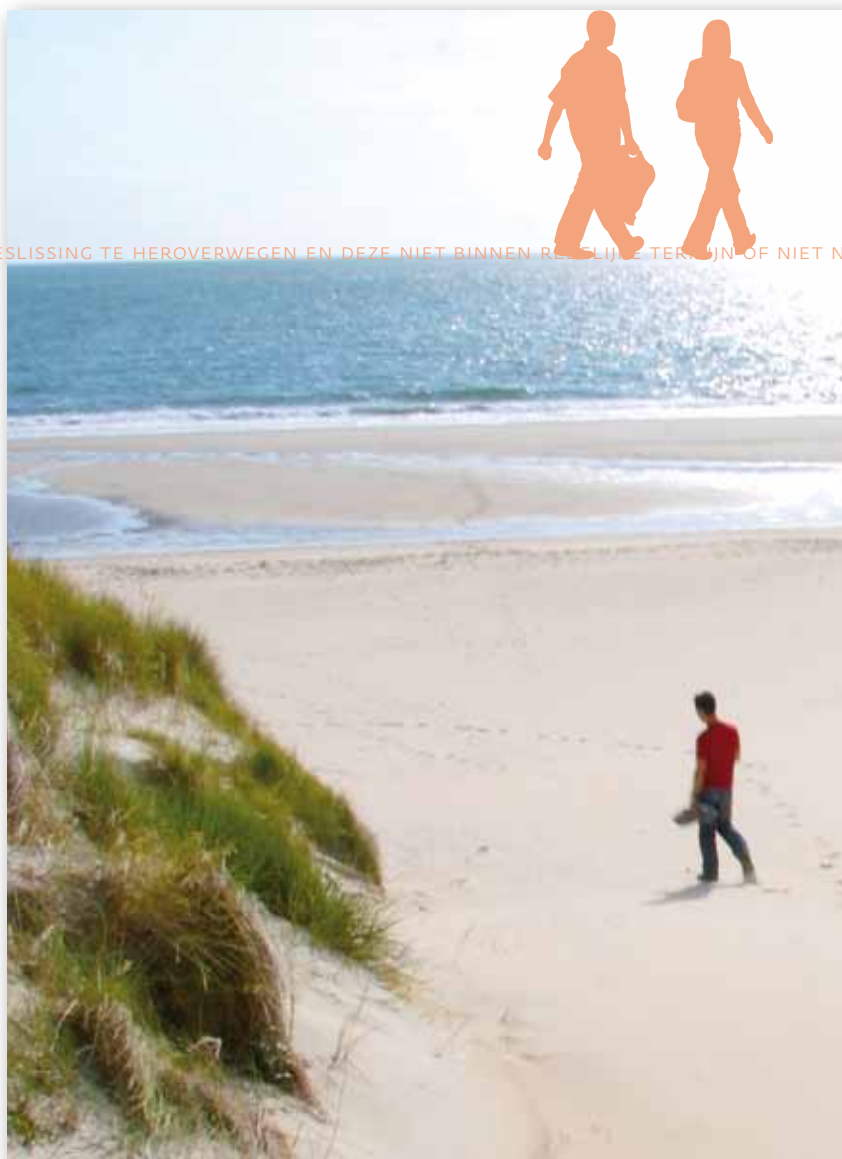
Er zijn ook andere spelers in het veld, waarmee de stichting op bureau- respectievelijk bestuursniveau regelmatig contact heeft.

In de eerste plaats kan het 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, is het pakketbeheerder, en adviseert het 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. Daarnaast is er geregeld overleg over de (wijze van) praktische samenwerking. Tevens is er jaarlijks contact op bestuursniveau.

Een volgende partij die in dit verband de aandacht verdient is ZN. Deze organisatie fungeert voor de SKGZ als platform in de contacten met de verzekeraars. Mede door



VERZEKERARAAR HEEFT VERZOCHE ZIJN BESLISSING TE HEROVERWEGEN EN DEZE NIET BINNEN REASOENABELE TERMIJN OF NIET NAAR TEVREDENHEID VAN L



de inzet van ZN kon een goede financiering van de activiteiten ten gevolge van de wanbetalersregeling worden gerealiseerd. Ook heeft ZN gefungeerd als schakel tussen de SKGZ en de verzekeraars betreffende de informatie waarover de SKGZ moet kunnen beschikken bij de behandeling van de wanbetalerszaken.

In 2009 hebben voorts diverse contacten met de NPCF, de andere oprichtende organisatie, plaatsgevonden op directieniveau.

Zowel NPCF als SKGZ zijn deelnemer aan het signaleringsoverleg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Met de NZa, die optreedt als marktmeester is er ad hoc overleg op bureauniveau. Het laatste geldt evenzeer voor de Consumentenbond, stichting De Ombudsman en het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KlIFiD). Tot slot zijn nog vermeldenswaard de goede contacten met ambtenaren van VWS, 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.

Die 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 consument 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 beperking dat deze dan slechts marginaal toetst.

Het bestuur en de directie treden niet in de inhoudelijke aspecten van een zaak, daarmee zouden zij afbreuk doen aan de onafhankelijkheid van Ombudsman en Geschillencommissie.

## 2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers

Doel van de SKGZ is het oplossen van problemen tussen consumenten en verzekeraars. Dat gebeurt door voorlichting, door bemiddeling bij klachten door de Ombudsman en door bindende advisering in geschillen door 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 de geschillenafhandeling.

### Toename informatieverzoeken

De in 2008 gesignaleerde toename van het aantal informatieverzoeken heeft zich in 2009 voortgezet. Een eenduidige verklaring is hiervoor niet te geven, of het moet de toenemende naamsbekendheid van de SKGZ zijn.

### Schriftelijke informatieverzoeken

Onder de 1123 schriftelijke informatieverzoeken vallen ook aanmeldingen die niet ontvankelijk zijn, bijvoorbeeld omdat ze niet gaan over de uitvoering van de ziektekostenverzekering maar over een andere kwestie, of omdat de consument een zaak buiten de termijn van een jaar na de heroverweging door de verzekeraar bij de SKGZ voorlegt. Al deze zaken zijn beschouwd als informatieverzoeken.

### Telefonische informatieverzoeken

Het aantal telefonische informatieverzoeken is fors toegenomen, met zo'n 30%. Het gaat vaak om consumenten die niet weten waar ze met hun klacht naartoe moeten. Betreft het een ziektekostenverzekering, dan worden bellers door de SKGZ eerst



verwezen naar hun ziektekostenverzekeraar, om daar de zaak voor te leggen voor een heroverweging. In die gevallen waar het niet een ziektekostenverzekering betreft wordt doorverwezen naar (zoveel mogelijk) de juiste instantie. Hetzelfde geldt voor de informatieverzoeken per e-mail.

## Inhoudelijke contacten in 2009

	2009	2008
Schriftelijke informatieverzoeken	1.123	1.013
Telefonische informatieverzoeken	5.358	3.938
Informatieverzoeken per e-mail	2.390	1.655
Klachten	1.599	1.517
Geschillen	472	401
<b>Totaal</b>	<b>10.942</b>	<b>8.524</b>

## Klachten in 2009

### Opvallende stijgers

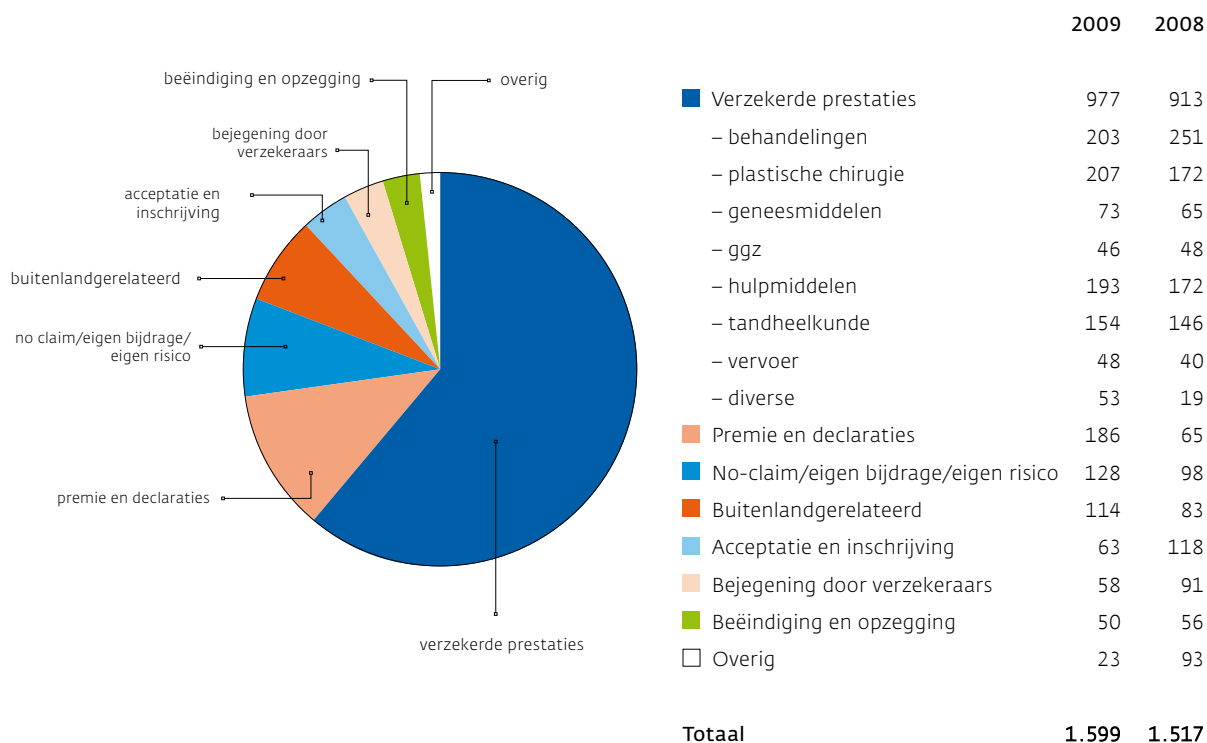
Het aantal klachten is in totaal toegenomen met zo'n 5%. Opvallende stijgers in 2009 waren de klachten inzake premies en declaraties: een verdrievoudiging. Mogelijk ligt hier een verband met de economische recessie. Een direct verband met de wanbetalersregeling is overigens niet gesignaleerd.

De stijging van het aantal buitenlandgerelateerde zaken, reeds gesignaleerd in 2007 en 2008, heeft zich ook in 2009 voortgezet.

### Dalers

Het aantal bejegeningklachten is ook in 2009 fors gedaald. Ook het aantal zaken betreffende acceptatie en inschrijving is vrijwel gehalveerd. Oorzaken zijn hiervoor niet aan te geven.

### Ingekomen klachten in 2009 naar onderwerp



### Afhandeling klachten

In 2009 zijn de klachten veelal (87%) binnen de gestelde gemiddelde termijn van 8 weken afgewikkeld. Voor het behalen van die termijnen zijn de medewerkers van de SKGZ mede afhankelijk van de snelheid van reageren door de medewerkers van de verzekeraars en van verzekerden. Bij het overschrijden van de termijnen wordt de verzekerde geïnformeerd. In 350 gevallen volgde op de klachtbehandeling een geschilprocedure.



AT ZIJN VERZEKERINGNEMERS EN VERZEKERDEN GESCHILLEN OVER DE UITVOERING VAN DE ZORGVERZEKERING KUNNEN VOORLEGGEN AAN EEN ON-

## Afhandeling klachten 2009

	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	in 2009	in 2008
ingediend	427	404	389	379	1.599	1.517
afgehandeld	369	400	408	423	1.600	1.407
gemiddelde behandeltermijn	6 weken en 2 dagen	6 weken en 4 dagen	6 weken	6 weken	6 weken en 1 dag	6 weken
succesvolle bemiddelingen	187	196	208	240	831	683
					52%	45%

## Geschillen in 2009

Het aantal geschillen is in het verslagjaar toegenomen met circa 15% ten opzichte van 2008. De stijging vond plaats over ongeveer de gehele linie; er is geen sprake van een opvallende stijging in een bepaalde categorie.

## Afhandeling van geschillen in 2009

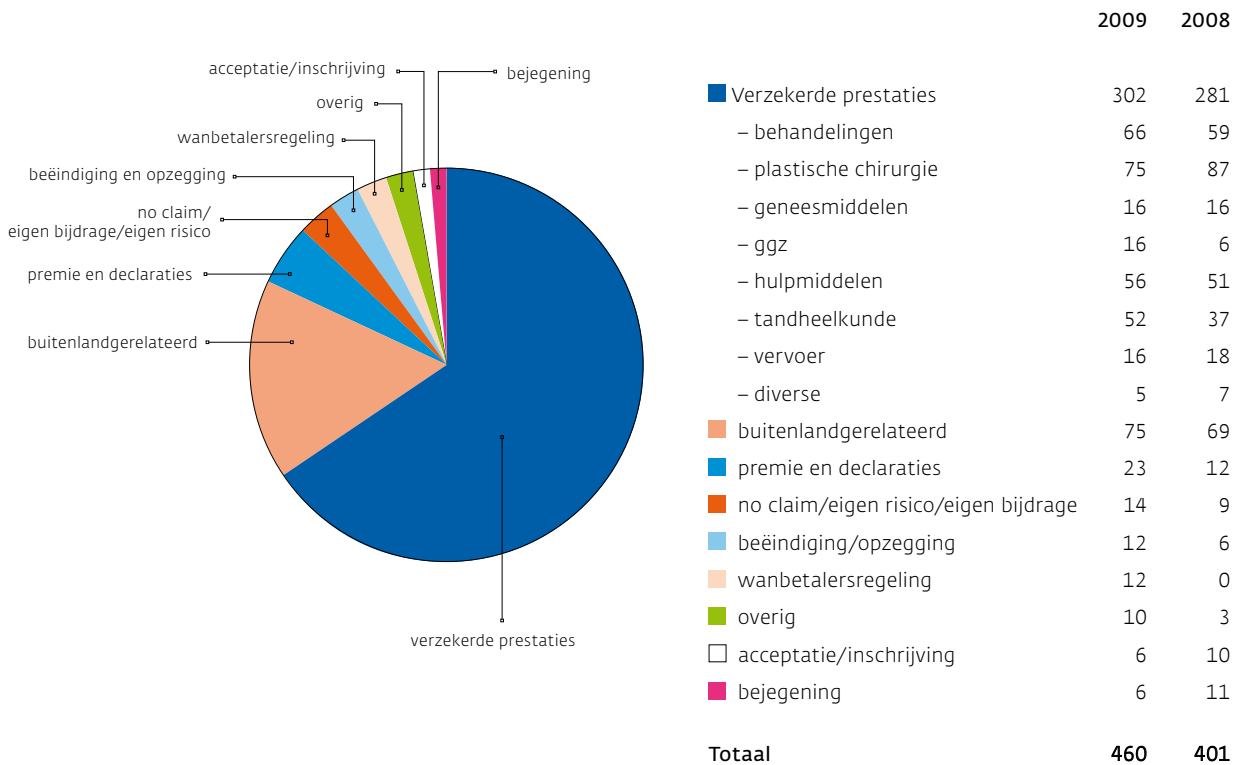
Uit onderstaande tabel blijkt een toename van het aantal zaken, waarin de Geschillencommissie een voor de consument positief advies heeft uitgebracht (een zogenoemde toewijzing).

Opvallend is het aantal zaken waar tussentijds een oplossing werd bereikt tussen consument en verzekeraar, hoewel daarin een afname zichtbaar is. Het betreft hier zaken die worden ingetrokken door de consument, voordat de commissie tot een bindend advies komt. De reden voor intrekking die vaak wordt gegeven door de consument is dat de verzekeraar alsnog met een aanvaardbaar voorstel voor





### Ingekomen geschillen



afwikkeling van het geschil komt. De exacte inhoud van de daarbij gemaakte afspraken onttrekt zich aan onze waarneming.

In 2009 zijn de geschillen veelal (76%) binnen de gestelde gemiddelde termijn van 20 weken afgewikkeld. Voor het behalen van die termijnen zijn de medewerkers van de SKGZ mede afhankelijk van de snelheid van reageren door de medewerkers van de verzekeraars, van verzekerden en van het CVZ. Bij het overschrijden van de termijnen wordt de verzekerde geïnformeerd.



VERZEKERDE DE ZORGVERZEKERAR HEEFT VERZOCHT ZIJN BESLISSING TE HEROVERWEGEN. DE DEZE NIET BINNEN REDELIJKE TERMIJN OF NIET NAAR

## Afhandeling geschillen in 2009

	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	in 2009	in 2008
ingediend	111	108	109	132	460	401
afgehandeld	104	91	137	118	450	248
gemiddelde behandeltermijn					20 weken en 3 dagen	20 weken en 1 dag
tussentijdse oplossing					53 (12%)	59 (23%)
toewijzing bij bindend advies					55 (12%)	22 (9%)

### 3 'Een klein gebaar doet wonderen'

Over coulance, schadevergoeding, callcenters en de menselijke maat

Mevrouw mr. E.M.A. Schmitz  
Ombudsman Zorgverzekeringen

In de loop van het verslagjaar zijn veel zaken mijn bureau gepasseerd. De aard van de klachten is zeer divers. Sommige onderwerpen zijn bekend; andere houden verband met recente wijzigingen in de wet- en regelgeving of de verzekeringsvoorwaarden. In het algemeen mag gesteld worden dat de relatie tussen verzekeraars en verzekerden veelal positief wordt beoordeeld, zeker sinds de wetgeving van 2006. In het verslagjaar is bovendien gebleken dat het percentage waarin verzekeraars alsnog tegemoet zijn gekomen aan de klachten van verzekerden naar aanleiding van bemiddeling door de Ombudsman, is toegenomen van 45% naar 52%. Opvallend is ook dat het aantal ingediende bejegeningzaken in 2009 is gehalveerd ten opzichte van 2008.

Niettemin signaleer ik enkele kritische aspecten in de dienstverlening door de verzekeraars. Ik hoop daarmee een bijdrage te leveren aan nog verdere verbetering in de klantgerichtheid. Dit laatste overigens zonder mijn ogen te sluiten voor soms onrealistische wensen van verzekerden. Ik hoop daarbij dat mijn pleidooi voor 'de menselijke maat' gehoor vindt.

In het navolgende ga ik in op een aantal aspecten die ik in de afgelopen jaren heb gesignaleerd, en die ik graag in een wat breder perspectief zou willen plaatsen.

#### Coulance

De kern van het werk van de Ombudsman is bemiddeling. Dit impliceert het opkomen voor de consument, maar met begrip voor de positie van de verzekeraar. Ook in het afgelopen jaar is een aanzienlijk percentage van de ontvangen klachten tot gehele of



DE ZORGVERZEKERINGEN INDIEN HET GESCHIL BETREKKING HEEFT OP DE ZORG OMBUDSMAN DOORICHT DIENSTEN, BEDOELD IN ARTIKEL 11, DAN WEL DE

gedeeltelijke oplossing gekomen. De bemiddeling speelt zich uiteraard af binnen de grenzen van wet- en regelgeving, polisvoorwaarden en dergelijke.

Niettemin zijn er soms situaties waarin de omstandigheden voor de consument zo schrijnend zijn dat de Ombudsman daarvoor begrip van de verzekeraar vraagt. De verzekeraar heeft de mogelijkheid met die omstandigheden enigszins rekening te houden, door middel van een vergoeding. Het is mijn indruk dat die in uitzonderlijke gevallen toe te passen mogelijkheid in de afgelopen periode minder is gehanteerd. Met begrip voor de noodzaak dat een verzekeraar een economisch gezond bedrijf moet zijn, pleit ik toch voor het in leven houden en in bijzondere gevallen toekennen van een vergoeding. Met soms betrekkelijk bescheiden bedragen kan de consument niet zozeer het gevoel van recht, maar meer van rechtvaardigheid worden gegeven.

## Immateriële schadevergoeding

Het is mij opgevallen dat, los van het onderwerp van de zaak, door consumenten steeds vaker ook om schadevergoeding wordt gevraagd; zie in dit verband ook het jaarverslag over 2008. Meestal gaat het dan om relatief kleine bedragen voor kosten die zijn gemaakt in verband met telefoongesprekken en correspondentie. Het komt echter ook voor dat wordt gesteld dat immateriële schade is geleden, en daar hangt dan vaak een behoorlijk prijskaartje aan. In een aantal gevallen wordt ook vergoeding op basis van de wettelijke rente gevorderd.

Het is voor mij moeilijk hier 'handen en voeten' aan te geven. De taak van de Ombudsman is immers te bemiddelen. Ik kan dan ook geen bindende uitspraak doen, niet over de hoofdzaak en niet over de eventueel gevorderde schade. Het laatste lijkt mij overigens ook zeer lastig. Is bijvoorbeeld het psychisch leed dat ontstaat door het niet binnen een redelijke termijn uitbetalen van een declaratie inderdaad zo groot dat dit een schadevergoeding van enkele duizenden euro's rechtvaardigt? Hoewel het niet aan mij is het recht op, laat staan de hoogte van de gevorderde schadevergoeding te beoordelen, wil ik wel trachten de achtergronden van deze trend te doorgronden.



## Ergernis over het handelen van de verzekeraar

### Bereikbaarheid en kwaliteit van callcenters

In de betreffende dossiers is me opgevallen dat consumenten zich vooral ergeren aan het gebrek aan communicatie, duidelijkheid, deskundigheid en/of snelheid bij behandeling van dossiers aan de kant van de verzekeraar. Het begint vaak met telefonisch contact met het callcenter. Een veelgehoorde klacht is dat deze centra niet altijd even goed bereikbaar zijn, zowel feitelijk, als vanwege de omstandigheid dat gebruik moet worden gemaakt van een nummer waarvoor kosten worden gerekend. Vervolgens is de beantwoording niet altijd juist en/of volledig. In bepaalde gevallen kan ik mij dat goed voorstellen. Van een medewerker van een callcenter kan en mag niet worden verwacht dat deze tot op de cent nauwkeurig aan kan geven hoe hoog de vergoeding is indien een verzekerde er voor wil kiezen een behandeling in het buitenland te ondergaan. Verzekeraars realiseren zich wellicht te weinig dat ook het callcenter een visitekaartje voor hen is. Met andere woorden: de kwaliteit van het callcenter en de daar gegeven antwoorden zijn van invloed op hun reputatie. Anders is dit voor de te volgen procedure. Zo kan in de betreffende situatie worden toegelicht dat in geval van behandeling binnen de EU vergoeding kan plaatsvinden op grond van de polis, dan wel de toepasselijke verordening, en dat het met het oog op het laatste raadzaam is een E112-formulier aan te vragen. Niet alleen rond de zorg in het buitenland, maar bijvoorbeeld ook met betrekking tot het ziekenvervoer blijken regelmatig misverstanden te ontstaan.

### Afwikkeling van per mail gestelde vragen

Er zijn verzekeraars die hun verzekerden de mogelijkheid bieden bovengenoemd soort vragen per mail te stellen. Hoewel ik natuurlijk maar een klein deel zie – mogelijk juist die zaken waarin het fout is gegaan – is de beantwoording daarvan niet altijd adequaat. Berichten worden binnen de organisatie ter beantwoording doorgestuurd en raken daarbij soms in het ongerede. Het 'vertalen' van vragen leidt er nogal eens toe dat het antwoord van de kant van de verzekeraar in het geheel niet aansluit bij de oorspronkelijke vraagstelling.

Natuurlijk valt ook de consument wel wat te verwijten. E-mail is een snel medium en de vraagstelling is niet altijd even precies of compleet. Voor het gegeven dat een verzekeraar slechts in algemene termen kan antwoorden op de vraag: 'Ik moet een rugoperatie in het buitenland ondergaan; wat is de vergoeding?', heb ik vanzelfsprekend alle begrip. Ook hier geldt evenwel dat de vraagstelling kan worden gekanaliseerd door de verzekerde de mogelijkheid te bieden aanvullende informatie aan te leveren, dan wel door hem te wijzen op de toepasselijke procedure.



ADVIESAANVRAAG AAN DE ONAFHANKELIJKE INSTANTIE VOOR VERZEKERINGSWET HOOFDSTUK 10 RECHTSBESCHERMING ART. 114. -1. DE ZORVERZEKER

Krijgt de betrokkene geen afdoende antwoord van het callcenter, en wordt op een eventueel mailbericht niet of onvolledig gereageerd, dan rest nog het voorleggen van de vraag door middel van een brief aan de verzekeraar.

### **Beantwoording en kosten van brieven**

Het schrijven van een brief vormt voor veel, vaak ook oudere, mensen een drempel. Meestal is het ook in deze fase dat voor het eerst het punt van de schadevergoeding naar voren wordt gebracht. De consument wijst daarbij op de tijd die hij heeft moeten besteden aan het opstellen van de brief en op de portokosten, met name indien is gekozen voor aangetekende verzending.

Een argument dat door de consument in deze fase nogal eens naar voren wordt gebracht, is dat de verzekeraar vlot is met het incasseren van de premie, en dat bij uitblijven van de betaling direct maatregelen worden getroffen, zoals het in rekening brengen van administratiekosten. De verzekerde ziet zich daardoor gesterkt als hij



vergoeding van schade vordert, welke schade is ontstaan door het niet-presteren van de verzekeraar.

Gaat het om een wat meer gecompliceerde zaak, dan is mijn ervaring dat ook brieven niet altijd adequaat worden beantwoord. Zo is mij een brief onder ogen gekomen waarbij door de verzekeraar op correcte wijze uiteen werd gezet dat bepaalde kosten niet onder de extramurale zorg zouden kunnen worden vergoed. Dat diezelfde kosten wél als intramurale zorg onder de dekking van de zorgverzekering zouden vallen, werd slechts in een bijzin vermeld. De betrokken verzekerde bleef vervolgens twee jaar lang verstoken van deze zorg.

Wie de resultaten van mijn tussenkomst beziet, zal kunnen vaststellen dat deze in een groot aantal zaken tot een positieve uitkomst voor de consument leidt. Dat de primaire kwestie geheel of gedeeltelijk wordt opgelost, betekent helaas niet dat ook een oplossing wordt bereikt voor het onderdeel schadevergoeding. In het algemeen blijken de verzekeraars niet snel genegen op dit punt toe te geven. Sommige verwijzen daarbij zelfs naar hun polisvoorwaarden, waarin een uitsluiting ter zake is opgenomen. Of een dergelijke uitsluiting, in het licht van afdeling 3 van Boek 6 BW, juridisch houdbaar is, kan worden betwijfeld. Anderzijds is het natuurlijk niet zo dat vanwege de enkele stelling dat schade is geleden, de verzekeraar direct met de portemonnee klaar moet staan. Zo zal de consument, afhankelijk van de situatie, wellicht eerst een ingebrekestelling moeten doen uitgaan, en kan de wettelijke rente pas worden gevorderd als deze behoorlijk is aangezegd. Bij de hoogte van de in sommige zaken gevorderde immateriële schade plaatste ik reeds een kanttekening.



### **Een klein gebaar doet wonderen**

Rekening houdend met deze haken en ogen blijft het in bepaalde gevallen jammer dat de verzekeraar niet bereid is de verzekerde enigszins tegemoet te komen. Het gaat dan niet om de grote bedragen, maar om aantoonbaar gemaakte telefoon- en portokosten vanwege een fout van de verzekeraar. Gaat de tegemoetkoming in de kosten de verzekeraar te ver, of is er zorg over mogelijke precedentwerking, dan zou toch te overwegen zijn begrip te tonen voor het ongemak van de consument via duidelijke excuses, al dan niet vergezeld van een zekere tegemoetkoming via een Irischeque of iets dergelijks. Ik heb overigens in het afgelopen jaar mogen constateren dat sommige die weg – die hun reputatie van klantvriendelijkheid ook ten goede komt – wel degelijk af en toe bewandelen.

Juist in de hiervoor bedoelde gevallen van absolute afwijzing is doorverwijzing naar de Geschillencommissie weinig zinvol. De primaire kwestie is immers geheel of ten dele opgelost, en het (financiële) belang is als het gaat om de schade te klein om daar een procedure voor te starten. Deze zaken sterven zodoende een stille dood.





## Positie medisch adviseurs

In het afgelopen jaar vond er een discussie plaats tussen het bestuur van de VAGZ en de Ombudsman. Aanleiding was een enigszins bezorgde en kritische kanttekening mijnerzijds in het jaarverslag 2008.

In dit constructieve contact werd nog eens geconstateerd dat de positie van de medisch adviseur lastig kan zijn. Zijn onafhankelijkheid zal altijd gegarandeerd moeten blijven. Het is daarom goed dat die onafhankelijkheid is vastgelegd in een professioneel statuut, en dat ook in veel arbeidsovereenkomsten naar dat statuut wordt verwezen.

Het zou overigens goed zijn als de medisch adviseurs niet alleen richting het eigen bedrijf, maar zeker ook richting verzekerden en indien nodig zorgverleners hun positie zouden verduidelijken. Juist omdat voor verzekerden de schijn van gebrek aan het onafhankelijk oordeel van de medisch adviseur nogal eens aanwezig is, verdient het aanbeveling de eigen positie van de medisch adviseur te benadrukken. De stelling dat de adviseur en de beslisser ieder een andere en eigen verantwoordelijkheid hebben blijft dan ook overeind.

## Onderscheid medische indicatie en verzekeringsindicatie

In eerdere jaarverslagen is aandacht gevraagd voor een bron van onvrede: het onderscheid tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie. Veel patiënten lijkt het woord van de zorgverlener een garantie voor een vergoeding door de verzekeraar. Hier rust een belangrijke verantwoordelijkheid bij de zorgverlener. Maar verzekeraars, en mogelijk ook patiëntenorganisaties zouden ter voorkoming van onnodige onvrede bij consumenten ook actief bij de informatieverstrekking kunnen zijn.

## Schaalvergroting bij de zorgverzekeraars versus de menselijke maat

In het begin van mijn betoog gaf ik al aan dat ik de gesignaleerde trend graag in een breder perspectief zou willen plaatsen. Zo constateer ik dat de noodzaak tot kostenreductie en efficiënter werken op veel gebieden heeft geleid tot schaalvergroting, zo



ook bij de verzekeraars. De vele fusies en overnames hebben tot gevolg gehad dat er feitelijk maar enkele grote spelers over zijn. Consumenten hebben op hun manier ook bijgedragen aan deze ontwikkeling. Zij willen immers een lage premie, en die kan alleen worden gerealiseerd door de verzekerde zorg scherp in te kopen en/of door goed te letten op de uitgaven.

Als het gaat om de uitgavenkant, is het risico natuurlijk wel dat de dienstverlening vanuit de verzekeraar op enig moment minder wordt. Om – dure – backofficemedewerkers zoveel mogelijk te ontlasten, wordt bijvoorbeeld een callcenter ingericht of wordt deze faciliteit extern ingehuurd. De mogelijkheid gebruik te maken van de binnen de organisatie aanwezige medische of juridische deskundigheid wordt beperkt.

Die ontwikkeling zal naar verwachting in de komende jaren nog sterker worden onder invloed van de vergrijzing. Bij de verzekeraars is al een aantal jaren sprake van een uitstroom van ouder en deskundig personeel. Mensen die bij een ziekenfonds, ziektekostenverzekeraar of uitvoeringsorgaan van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling hebben gewerkt, en die bekend zijn met de historie en achtergronden van bepaalde regelingen, gaan met de VUT of met pensioen. Het aantrekken van jongeren die bereid zijn om in de branche te werken verloopt intussen moeilijk, zo blijkt uit publicaties in de vakbladen.

Ik begrijp dat het onder deze omstandigheden, en in een concurrerende markt, voor een verzekeraar moeilijk is een goede koers te bepalen. Men wordt immers toch afgerekend op marktaandeel. Toch zou ik, waar het gaat om het 'grote plaatje', een lans willen breken voor een terugkeer naar de menselijke maat. Dat de laagste premie niet alles is, blijkt als een verzekerde zorg nodig heeft. Dan wil hij rechtstreeks contact met zijn verzekeraar – zonder de hobbels van een 0900-nummer en standaardantwoorden vanuit een callcenter –, en wil hij te woord worden gestaan door deskundig personeel dat hem juist en duidelijk uitlegt wat er mogelijk is en welke procedure daartoe moet worden gevolgd. Iedere consument zal op enig moment op dat punt komen. Verhoging van het niveau van serviceverlening is dan ook geen niche voor één of enkele verzekeraars, maar de core-business. Bezinning ten aanzien van de huidige ontwikkelingen lijkt mij daarom aangewezen.

## 4 'Slechts de kaas in de muizenval is gratis'

Over premieachterstanden, de wet en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Prof. mr. A.I.M. van Mierlo  
Voorzitter Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Wie iets koopt of een dienst afneemt, zal daarvoor in de regel moeten betalen. Immers, slechts de kaas in de muizenval is gratis. Als het gaat om de premie voor de ziektekostenverzekering denken sommigen daar blijkbaar anders over. Nederland kent ruim 350.000 verzekerden met een premieachterstand. Een situatie die door de minister en de Staten-Generaal als onwenselijk wordt gezien, omdat hierdoor het systeem (gebaseerd op solidariteit) van binnenuit wordt uitgehold. Reden dus voor een aanpassing van de Zvw in september 2009: de zogenoemde wanbetalersregeling is toen van kracht geworden.

### Situatie vóór invoering van de Zvw

Wie vóór 1 januari 2006 particulier was verzekerd tegen ziektekosten, werd meestal vrij snel met de consequenties geconfronteerd wanneer de premie niet tijdig werd betaald. De verzekeraar ging na een aantal weken over tot schorsing of opschorting van de dekking en na enige tijd volgde dan roeyement. Omdat – uitgezonderd de standaardverzekeringen op basis van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998) – geen sprake was van acceptatieplicht, en men bij het aanvragen van een nieuwe ziektekostenverzekering werd beoordeeld op de gezondheidssituatie van dat moment, lieten de meeste verzekerden het wel uit hun hoofd een premieachterstand te laten ontstaan.

Anders was dit destijds voor de ziekenfondsverzekering. Daarbij ging het immers om een verzekering van rechtswege. Wie tot de kring der verzekerden behoorde hoefde zich maar aan te melden bij een uitvoeringsorgaan van de Ziekenfondswet en werd



dan ingeschreven. Het niet betalen van de nominale premie had geen gevolgen voor de verzekering. De verzekerde liep wel het risico in een civiele procedure betrokken te raken, want ook het ziekenfonds had de premie-inkomsten hard nodig en was bovendien wettelijk verplicht op dit punt actie te ondernemen.

### Zvw: acceptatieplicht en relatie tot betalingsachterstand

Dat onder de Zorgverzekeringswet sprake is van acceptatieplicht en van een verbod op premiedifferentiatie, ligt mogelijk (mede) ten grondslag aan de sterke toename van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand. Hierbij zal ook een rol spelen dat in de politiek en bij de verzekeraars van meet af aan de wens leefde betrokkenen 'in dekking te houden'.

Voor alle duidelijkheid: het gaat hier enkel om degenen die invulling aan de bestaande verzekeringsplicht hebben gegeven door het sluiten van een zorgverzekering.

Daarnaast bestaat – ik zou haast zeggen als voorheen – een grote groep personen die zijn verantwoordelijkheid niet neemt en ervoor kiest onverzekerd te blijven.

### Invoering Wanbetalersregeling

Met ingang van 1 september 2009 hebben de verzekeraars de middelen gekregen om verzekerden met een premieachterstand aan te pakken. Over de betreffende wet is al veel gezegd. Zo is in de Eerste en Tweede Kamer van de Staten-Generaal stilgestaan bij de noodzaak van aparte wetgeving. Strikt genomen zou men immers de stelling kunnen innemen dat het hier gaat om een particuliere verzekeringsovereenkomst, en dat indien één partij tekort schiet in de nakoming daarvan, de andere partij zich tot de rechter kan wenden om nakoming af te dwingen en vergoeding van schade te vorderen. Daarmee zou echter het sociale karakter van de zorgverzekering worden miskend.

Verder is bij de parlementaire behandeling de vraag aan de orde gekomen of verzekerden met een betalingsachterstand door deze wet niet juist verder in de problemen komen. Door de Raad van State was al eerder opgemerkt dat in het toenmalige wetsvoorstel geen onderscheid werd gemaakt tussen de onwilligen en de onmachtigen.



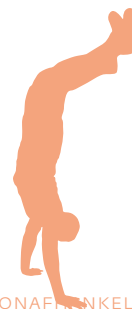
## Uitvoeringspraktijk wanbetalersregeling

Vanuit de uitvoeringspraktijk kan ik de kritiek van de Raad van State wel plaatsen. Door de wetgever is als een tamelijk dogmatisch uitgangspunt genomen dat iedereen een inkomen heeft en dat het inkomen zodanig is dat daaruit de premie voor de zorgverzekering kan worden betaald. Schiet het inkomen tekort, dan zijn er allerlei regelingen om dit tekort op te vangen, en de Wet op de zorgtoeslag garandeert dat ook mensen met een inkomen op het niveau van het sociaal minimum aan hun verplichtingen kunnen voldoen.

De werkelijkheid is evenwel veel weerbarstiger. Ook in Nederland zijn er mensen zonder inkomen, dan wel met een inkomen beneden het sociaal minimum. Daarnaast zijn er ook mensen met een – strikt genomen – redelijk inkomen, die echter door omstandigheden met hoge lasten zitten en aan het eind van de maand een stukje te kort komen. Gedacht kan worden aan de situatie dat iemand met een bovenmodaal inkomen is ontslagen, terugvalt naar het niveau van de WW, maar wel zijn aanzienlijke (hypotheek)verplichtingen moet blijven nakomen. Of degene die door een echtscheiding ineens met dubbele lasten wordt geconfronteerd. Voor deze groepen is een oplossing natuurlijk zeker mogelijk, maar het kan enige tijd duren voordat die is gerealiseerd.

Afgezien van deze gevallen kennen wij de echte wanbetalers. Verzekerden die in staat moeten worden geacht de premie te kunnen betalen, doch daarin – zonder een valide reden te hebben – nalatig zijn en blijven.

Of iemand tot de eerste, dan wel de tweede of de derde groep behoort, is sedert de wijziging van de wet uit september 2009 niet van belang. Bij een achterstand van zes of meer maandpremies – ongeacht de oorzaak daarvan – vindt melding plaats bij het CVZ, waarna een speciaal publiekrechtelijk premieregime van toepassing wordt. In dat kader wordt de premie allereerst gesteld op het niveau van de standaardpremie en daarover vervolgens een toeslag van dertig procent berekend. Het mag duidelijk zijn dat sommige verzekerden met een premieachterstand langdurig onder dit premieregime zullen blijven vallen.



## Geschilbeslechting

Voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is de ruimte om te manoeuvreren beperkt. De commissie kan toetsen of de aangewezen procedure is gevolgd, of de verzekeraar eventuele betalingen juist heeft toegerekend, en of de conclusie van de verzekeraar dat sprake is van een achterstand van een x-aantal maanden premie juist is. Bij het punt van de toerekening van betalingen zou ik in dit verband graag wat langer stil blijven staan.

## Volgorde toerekening betaling bij wet bepaald

In het verslagjaar, doch reeds vóór inwerkingtreding van de hier bedoelde wetgeving, is aan de commissie een zaak voorgelegd van een moeder die, met gebruikmaking van dezelfde bankrekening, premie betaalde voor haarzelf en voor haar, op een eigen polis verzekerde, meerderjarige zoon. De premiebedragen verschilden onderling en bij de betalingen werd een deel van een betalingskenmerk vermeld. De verzekeraar zag evenwel aanleiding de betreffende betalingen geheel naar eigen inzicht te boeken. Daardoor ontstonden tijdelijk achterstanden en – op de andere polis – overschotten.

Ik verwijs hier naar artikel 6:43 lid 1 BW waaruit volgt dat de betaling moet worden toegerekend aan de verbintenis die de schuldenaar aanwijst. Een dergelijke aanwijzing kon hier worden vastgesteld aan de hand van het gedeeltelijke betalingskenmerk, en kon tevens worden afgeleid uit de hoogte van het betaalde bedrag. Ontbreekt een aanwijzing door de schuldenaar, dan geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Daarbij worden nog onderscheiden de meest bezwarende verbintenis en de oudste verbintenis. De te hanteren volgorde is dus: eerst de aangewezen verbintenis, dan de meest bezwarende, vervolgens de oudste. Heeft geen aanwijzing plaatsgevonden en zijn de verbintenissen even bezwarend en even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid (lid 2).

Ook artikel 6:44 lid 2 BW bevat een regeling omtrent de toerekening van betaalde geldsommen. Deze strekken in de eerste plaats tot vermindering van kosten, vervolgens tot vermindering van de verschenen rente, en tot slot tot vermindering van de hoofdsom en de lopende rente. Relevant is verder dat de schuldeiser een door de schuldenaar voorgestelde andere volgorde van toerekening mag weigeren. Hier zou bijvoorbeeld kunnen worden gedacht aan het geval dat de verzekerde aanbiedt de achterstallige premie te voldoen teneinde de overgang naar het publiekrechtelijk



HANKELIJKE INSTANTIE NEEMT EEN GESCHIL SLECHTS IN BEHANDELING NADAT DE VERZEKERINGNEMER OF DE VERZEKERDE DE ZORGVERZEKERAAR H

premieregim te voorkomen. De verzekeraar behoudt dan de vordering met betrekking tot de kosten en de verschenen rente, maar kan daarvan geen melding doen bij het college. De wet heeft het immers over een achterstand van zes of meer maandpremies, niet over een vordering ter grootte van zes of meer maandpremies voor de zorgverzekering. In dit voorbeeld kan de verzekeraar dus een belang hebben bij afwijzing van het aanbod.

Is de hoofdsom opeisbaar, dan vormt artikel 6:44 lid 1 BW een uitzondering op artikel 6: 43 lid 2 BW voornoemd, omdat de oorspronkelijke hoofdsom, de kosten en de verschenen rente verschillende schulden vormen.

## Onoverzichtelijk betalingsgedrag in beeld door format

Met als doel duidelijkheid te krijgen over de toerekening en over eventuele verrekeningen, zijn door het bureau van de commissie formats ontwikkeld. De ervaring met eerdere premiekwesties leerde namelijk dat verzekeraars soms te veel uitgaan van een rekening-courantsysteem, waarbij de premievordering wordt verminderd met uit te betalen declaraties of (tot en met 2007) de no-claimteruggave. Anderzijds zijn gevallen bekend waarin de vordering werd vermeerderd met onterechte uitkeringen en vorderingen uit hoofde van de eigen risicoregeling. Een en ander verhoudt zich niet met de wet, zoals hiervoor betoogd.

De ervaringen met zaken die verband houden met eerder genoemde wet zijn op dit moment nog relatief beperkt. Zeven maanden na inwerkingtreding kunnen nog geen conclusies worden getrokken, ook al niet omdat het wegwerken van het zogenoemde stuwmeer gefaseerd – dat wil zeggen per verzekeraar – geschiedt, en de ervaringen die zijn opgedaan met de ene verzekeraar niet automatisch hebben te gelden voor de andere verzekeraars.

## Wanbetaler en onverzekerde: dreigende rechtsongelijkheid

Hiervoor werd al onderscheid gemaakt tussen de verzekerden met een betalingsachterstand en de onverzekerden. De politieke wens bestaat om deze laatste groep aan te pakken. Ik zou willen eindigen met het uitspreken van de verwachting dat daarbij een zekere evenwichtigheid wordt nagestreefd door de wetgever. Het kan mijns inziens namelijk niet zo zijn dat degenen die wel invulling hebben gegeven aan de verzekeringsplicht – maar die soms door omstandigheden buiten hun schuld de premie niet steeds hebben kunnen betalen – per saldo financieel slechter af zijn dan degenen die op dit punt in het geheel geen actie hebben ondernomen, en zich in het geheel niet hebben verzekerd.



## 5 Vooruitblik

### Wanbetalersregeling

Zoals in het hoofdstuk Algemene Voortgang reeds aangegeven is het aantal wanbetalerszaken in 2009 minder geweest dan algemeen werd aangenomen. Het is te verwachten dat dit beeld in 2010 niet wezenlijk zal wijzigen. Niettemin blijft de SKGZ wel voorbereid op de mogelijkheid van een toename van het aantal zaken. Eind 2010 kan de definitieve balans worden opgemaakt.

### Wetgeving 'onverzekerden'

In zijn bijdrage aan dit jaarverslag maakt de voorzitter van de Geschillencommissie melding van de verwachting dat in het jaar 2010 een wet zal worden aangenomen, om 'onverzekerden' te dwingen een zorgverzekering af te sluiten. Naar verwachting zal de SKGZ niet worden geconfronteerd met klachten en geschillen voortkomend uit deze nieuwe wettelijke maatregel. Per definitie is er immers geen sprake van een verzekeringsovereenkomst, terwijl daar juist de basis ligt voor de bemiddeling door de Ombudsman en de bindende advisering door de Geschillencommissie. De definitieve wetstekst zal evenwel uitsluitel geven.





GEREAGEERD. -3 DE ONAFHANKELIJKE INSTANTIE VRAAGT ADVIES AAN HET COLLEGE ZORGVERZEKERINGEN, INDIEN HET GESCHIL BETREKING HEEFT

## Informatiecentrum Zorgverzekeringswet

In het hoofdstuk Algemene Voortgang is aangegeven dat de SKGZ zich verder zal beraden op de mogelijke ontwikkeling van een dergelijk kennis- of informatiecentrum. Andere mogelijke stakeholders (waaronder verzekeraars en overheidsinstellingen) zullen worden betrokken bij en geïnformeerd over de voortgang en de besluitvorming.

## Toename aantal zaken

Reeds een aantal jaren doet zich een gestage groei van het aantal zaken voor. Dit geldt zowel voor de geschillen als de klachten en de informatievragen. Het is te verwachten dat ook in 2010 het aantal zaken zal toenemen. Het blijft een uitdaging al deze kwesties op een kwalitatief hoogwaardige wijze af te wikkelen. Een technisch goede samenwerking met alle partijen, zoals het CVZ, ZN, de verzekeraars, de NPCF en de organisaties die naar ons verwijzen, helpt daarbij. In die samenwerking zal de SKGZ blijven investeren.



## 6 Financiële gegevens

### Staat van baten & lasten over 2009

	<b>UITKOMST 2009</b>	<b>BEGROOT 2009</b>	<b>UITKOMST 2008</b>
<b>BATEN</b>			
Bijdrage Zorgverzekeraars Nederland	1.660.019	1.668.000	1.672.758
Subsidie ministerie van VWS	267.936	-	-
Bijdrage geschillen	15.059	16.000	11.247
Rente	48.622	21.000	42.554
Overige opbrengsten	1.775	-	-
<b>Totale baten</b>	<b>1.993.411</b>	<b>1.705.000</b>	<b>1.726.559</b>
<b>LASTEN</b>			
Personeelskosten	1.020.828	1.011.300	812.411
Afschrijving op materiële vaste activa	23.554	11.000	11.460
Overige lasten			
Bestuur, Geschillencommissie, Ombudsman	289.092	335.000	319.514
Huisvesting en automatisering	230.806	303.500	134.862
Bureaunkosten	85.568	98.000	102.155
Profilering en communicatie	70.646	75.000	91.033
Overige stichtingskosten	16.404	11.200	8.240
Onvoorzien	-	40.000	-
	692.516	862.700	655.804
<b>Totale lasten</b>	<b>1.736.898</b>	<b>1.885.000</b>	<b>1.479.675</b>
Saldo	256.513	-180.000	246.884

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het voordelig saldo over 2009 gegeven:

Ten laste van de bestemmingsreserve automatisering	-146.046
Ten gunste van de algemene reserve	402.559
	256.513



...KERINGEN ZENDT ZIJN ADVIES BINNEN VIER WEKEN NA ONTVANGST VAN DE ADVIESAANVRAAG AAN DE ONAFHANKELIJKE INSTANTIE. ZORGVERZEKERING

## Balans

		31/12/2009	31/12/2008
<b>ACTIEF</b>			
<b>Vaste activa</b>	Materiële vaste activa	58.964	4.509
<b>Vlottende activa</b>	Vorderingen		
	Rente	29.704	9.945
	Liquide middelen		
	ING Bank	336.635	906.453
	ABN-AMRO	1.013.493	
		1.350.128	906.453
		<b>1.438.796</b>	<b>920.907</b>

		<b>31/12/2009</b>	<b>31/12/2008</b>
<b>PASSIEF</b>			
<b>Eigen vermogen</b>	Vrij besteedbaar vermogen	919.143	662.630
<b>Vorzieningen</b>	Jubileumuitkeringen	10.418	10.210
<b>Kortlopende schulden</b>	Crediteuren	67.311	86.926
	Zorgverzekeraars Nederland	51.933	81.134
	Ministerie van VWS	302.056	-
	Belastingen en premies sociale verzekeringen	29.967	20.576
	Overige schulden en overlopende passiva	57.968	59.431
		509.235	248.067
		<b>1.438.796</b>	<b>920.907</b>

Zie voor het volledige Financieel Verslag 2009 onze website <http://www.skgz.nl/verderlezen.php>. Desgewenst kan het Financieel Verslag 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 Ziektekostenverzekering 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 Zorgverzekeringen N.V.  
Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.  
Fortis Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.  
OWM De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekering 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 Zorgverzekering 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.

## 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
VAGZ	Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (v/h de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen)
Wft	Wet op het financieel toezicht
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Colofon

Zeist, maart 2010

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**



OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN  
GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



Postbus 291  
3700 AG Zeist  
Tel: (030) 698 83 60  
Fax: (030) 698 83 99  
E-mail: [info@skz.nl](mailto:info@skz.nl)  
[www.skz.nl](http://www.skz.nl)  
[www.skzpro.nl](http://www.skzpro.nl)

**Bezoekadres**  
Sparrenheuvel 16  
3708 JE Zeist

