



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

JAARVERSLAG 2010

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Ombudsman Zorgverzekeringen
Onafhankelijk en naar eigen inzicht

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
Penny-wise, pound-foolish

Feiten en cijfers over klacht- en geschilafwikkeling



REGLEMENT OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN: ARTIKEL 3 TAKEN EN BEVOEGDHEDEN 1 DE OMBUDSMAN HEEFT TOT TAAK TE BEMIDDELEN TUSSEN



Inhoud

Vooraf	4
1 Algemene voortgang	7
2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers	15
3 Onafhankelijk en naar eigen inzicht	23
4 Penny-wise, pound-foolish?	29
5 Vooruitblik	35
6 Financiële gegevens	37
Bijlage: overzicht aangesloten zorgverzekeraars	41



Vooraf

Bij een jaarverslag, waarin in meer dan één opzicht verantwoording wordt afgelegd over het voorbije jaar, past niet alleen een terugblik op de ontwikkelingen die in dat jaar hebben plaatsgevonden en die hun weerslag hebben gehad op de inrichting van de organisatie en de financiën, maar ook een vooruitblik. Wat zijn de verwachtingen voor het komende jaar? Zijn er veranderingen op komst binnen de organisatie of haar omgeving en welke gevolgen hebben deze in organisatorisch en financieel opzicht?

In het jaarverslag 2009 is uitgebreid aandacht besteed aan de zogenoemde Wanbetalersregeling. Vanwege de wetswijziging met ingang van 1 september van dat jaar werd een sterke toename van de werkzaamheden verwacht, ook al omdat de afwikkeling van het 'stuwmeer' samen zou vallen met de instroom van nieuwe gevallen lopende het jaar. De ervaringen gedurende de eerste maanden na inwerkingtreding waren hoopgevend, in die zin dat de grote aantallen zaken waarop de organisatie zich had voorbereid, uitbleven. In het verslagjaar is daar geen verandering in gekomen. Het is dan ook waarschijnlijk dat in de loop van 2011 de wanbetalerszaken kunnen worden ondergebracht in het reguliere behandeltraject.

Op het punt van het informatiecentrum op het terrein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de ziektekostenverzekeringen in meer algemene zin is in het afgelopen jaar een grote stap voorwaarts gezet. De organisatie zal hier vanaf 2011 de vruchten van kunnen plukken, met name omdat documentatie systematisch – en daardoor beter en sneller – toegankelijk wordt.

Een belangrijke ontwikkeling in 2010 was voorts de inwerkingtreding van de EG-Verordening 883/2004, een Europese verordening inzake de sociale zekerheid die onder andere het recht op zorg in een andere EU-lidstaat regelt. Door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) is in het verslagjaar mede naar aanleiding daarvan een congres georganiseerd waarbij veel belangstellenden aanwezig waren. De belangstelling strekte zich uit tot over de landsgrenzen.

Wat in dit verband zeker ook vermelding behoeft, is het feit dat mevrouw mr. E.M.A. Schmitz met ingang van 1 september 2010 is teruggetreden als Ombudsman Zorgverzekeringen. Mevrouw Schmitz was altijd zeer betrokken. Zij vroeg steeds aandacht voor de menselijke maat. Wij zijn haar veel dank verschuldigd voor haar intermediaire rol. Mevrouw Schmitz is intussen opgevolgd door mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy.



Voor 2011 zijn de nodige ontwikkelingen voorzien op het terrein van de ziektekostenverzekering. De kosten van de zorg stijgen nog steeds, hetgeen tot maatregelen aanleiding geeft. Zo is een verhoging van het eigen risico voorzien en zijn pakketmaatregelen aangekondigd. Daarnaast is een stijging van de premie onontkoombaar gebleken. Een andere ontwikkeling is de komst van de zogenoemde 'onverzekerden'-wetgeving. Naar verwachting zal een en ander leiden tot een groter aantal zaken over de verzekeringsdekking en de berekening van het eigen risico. De hogere premie en de 'onverzekerden'-wetgeving zullen mogelijk meer premiekwesties tot gevolg hebben. Hoe dan ook zullen deze ontwikkelingen de organisatie raken. Vermeldenswaard is tot slot de digitaliseringsslag die de SKGZ in het komende jaar zal maken. Ik spreek de hoop en zeker ook de verwachting uit dat de organisatie er ook het komende jaar in slaagt de kwaliteit van haar werkzaamheden te waarborgen.

Zeist, maart 2011

mr. F.J.M. Houben, voorzitter bestuur SKGZ



DAT KADER KAN DE OMBUDSMAN BEMIDDELINGSVOORSTELLEN EINDAANBRENGEN, EN DEZE GEMOTIVEERD AAN PARTIJEN VOORLEGGEN. 2



1 Algemene voortgang

Inleiding

Dit is het vijfde jaarverslag van de SKGZ. De SKGZ is in 2006 opgericht door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Het doel van de SKGZ is het helpen oplossen van problemen tussen verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars. Dit gebeurt door voorlichting, door bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen of door een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Met het begrip verzekeringsconsumenten wordt bedoeld op de (aspirant-)verzekerden en verzekeringnemers. Als ziektekostenverzekeraars zijn bedoeld de zorgverzekeraars in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de ziektekostenverzekeraars die aanvullende en particuliere ziektekostenverzekeringen aanbieden. Alle in Nederland werkzame ziektekostenverzekeraars hebben zich aangesloten bij de SKGZ als erkende geschilleninstantie in het kader van de Wft (Wet op het financieel toezicht).

In het verslagjaar heeft een wisseling van de Ombudsman Zorgverzekeringen plaatsgevonden. Tot 1 september 2010 fungeerde mevrouw mr. E.M.A. Schmitz als Ombudsman. Per 1 september 2010 heeft mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy de functie van Ombudsman Zorgverzekeringen overgenomen.

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen werd voorgezeten door de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo.

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

- Voorzitter: de heer mr. F.J.M. Houben
- Vice-voorzitter / secretaris: mevrouw mr. E.E. Aberson
- Penningmeester: de heer ir. Th.J.M. van Brunschot

De heer C.J. van Kranenburg MA fungeerde in het verslagjaar als directeur van de SKGZ. Hij was verantwoordelijk voor het functioneren van de organisatie en het extern vertegenwoordigen daarvan.



Toename aantal klachten en geschillen

In 2010 is het aantal klachten toegenomen met 10% ten opzichte van 2009. Het aantal geschillen is toegenomen met 8%. Voor de nadere analyse van de klachten en geschillen wordt u verwezen naar hoofdstuk 2: Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers.

Wanbetalersregeling

Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering van kracht geworden. Gelet op het aantal verzekerden met een premieachterstand voor de zorgverzekering (medio 2009 circa 280.000) en gezien de raming van de Raad voor de rechtspraak met betrekking tot het aantal te behandelen zaken, heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zich voorbereid op de behandeling van enkele duizenden geschillen over de uitvoering van de wanbetalerregeling. Deze prognoses zijn niet uitgekomen. In het verslagjaar hebben honderden mensen de SKGZ gebeld met vragen over de uitvoering van de wanbetalersregeling. Verder hebben in het verslagjaar ruim 200 mensen een geschil met hun zorgverzekeraar over een premieachterstand aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voorgelegd. In zo'n 75% van deze zaken kwam de Geschillencommissie niet toe aan een beoordeling, bijvoorbeeld omdat de verzekerde de zaak nog niet aan de zorgverzekeraar had voorgelegd ter herbeoordeling (een juridische vereiste), omdat het entreegeld van € 37,-- niet werd betaald door verzekerde, of omdat de verzekerde de noodzakelijke informatie voor de behandeling van de kwestie niet of onvoldoende informatie verstrekke.

Bij de introductie van de wanbetalersregeling in 2009 was de verwachting van de SKGZ dat bemiddeling door de Ombudsman in wanbetalerszaken niet vaak aan de orde zou zijn. Tegen de verwachting in heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen in 2010 ongeveer 100 dossiers behandeld waarin de Wanbetalersregeling een rol speelde.

Informatiecentrum Zvw

In het jaarverslag van 2009 is aangekondigd dat de SKGZ – naar aanleiding van het onderzoek dat is gedaan in dat jaar – een informatieve website inzake ziektekostenverzekeringen zou gaan inrichten. Deze site heeft primair als doel alle voor de behandeling van klachten en geschillen relevante juridische informatie in één systeem beschikbaar en doorzoekbaar te maken. In het jaar 2010 is deze site technisch



RIJ EEN ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR IS DIE, GEEN LID ZIJNDE VAN DE VERENIGING ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND, HEEFT VERKLAARD ZICH AAN

gebouwd, en inmiddels deels voorzien van de beoogde content. De verwachting is dat de site in jaar 2011 operationeel wordt. Wat betreft de techniek is gekozen voor een vorm die het mogelijk maakt dat ook anderen dan alleen SKGZ-medewerkers gebruik maken van deze gegevens.

Digitalisering systemen SKGZ

Het huidige systeem van de SKGZ is uiterst stabiel en heeft een hoge mate van bedrijfszekerheid. Het systeem sluit echter niet meer volledig aan bij de (beoogde) werkwijze van de SKGZ. Gedurende het verslagjaar is geïnterviewd wat de wensen en behoeftes zijn ten aanzien van een systeem. Daarnaast bleken er nog een aantal andere winstpunten te behalen, mits het digitale dossier op een juiste wijze zou worden vormgegeven. Met het digitaal toesturen van stukken aan bijvoorbeeld de zorgverzekeraars en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zouden doorlooptijden kunnen worden bekort (geen tijd meer die verloren gaat met het heen en weer sturen van stukken per post), de hoeveelheid papier worden verminderd en de portokosten zouden omlaag kunnen. Verder kan een slimme koppeling met het online klachtformulier op de website de procedure vergemakkelijken.

Alles overziend, is de conclusie getrokken dat het verstandig is een stevige slag te maken naar 'volledig digitaal'. Een aantal bedrijven is vervolgens gevraagd ons te informeren over de oplossingen die zij kunnen bieden. Inmiddels is er een voorlopige keuze gemaakt. Naar verwachting zal de SKGZ in het jaar 2011 volledig overgaan op het nieuwe systeem.

Communicatie

Websites

In het verslagjaar is de website www.skgz.nl verder geoptimaliseerd. Er is meer inhoudelijke informatie opgenomen over zowel de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, als geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Daarnaast zijn er enkele voorbeelden van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen opgenomen. De belangrijkste verandering is wel het online klachtformulier, waarmee consumenten direct online hun klacht aan de SKGZ voor kunnen leggen. Zo hoeven klagers niet meer eerst het formulier te downloaden



en/of te printen, in te vullen en vervolgens via de post te versturen, maar kan het gelijk op het scherm met een paar klikken ingevuld en verstuurd worden.

Hiernaast is de site www.skgzpro.nl, waarop de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen worden gepubliceerd, voortdurend geactualiseerd.

Beide sites zijn in het jaar 2010 in totaal zo'n 90.000 keer bezocht. De gemiddelde verblijfsduur was 2,5 minuut per bezoek.

Congres

In juni 2010 organiseerde de SKGZ een congres onder de titel "Europa en de Nederlandse Zorgverzekering". Aanleiding hiertoe vormde het toenemend aantal geschillen en klachten waarin Europese regelgeving een rol speelt, en de complexiteit van deze regelgeving, alsmede het feit dat kort daarvoor de EG-Verordening 883/2004 in werking was getreden. Naast direct betrokkenen bij de SKGZ waren medewerkers van zorgverzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties, VWS, CVZ, NZa en politici uitgenodigd. Zo'n 140 geïnteresseerden hebben het congres bezocht.

Verschillende presentaties werden verzorgd door de sprekers:

Prof. mr. Wolf Sauter, bijzonder hoogleraar Regulering van de zorg aan de Universiteit van Tilburg en expert mededinging bij de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit), prof. dr. Paul Schnabel, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau, universiteitshoogleraar van de Universiteit van Utrecht en prof. dr. Yves Jorens, hoogleraar (Europees) sociaal zekerheidsrecht aan de Universiteit van Gent.

Congresbundel

In oktober 2010 is de congresbundel gepubliceerd; een handig naslagwerk waarin de verschillende teksten van de sprekers op het congres zijn opgenomen. Naast de bijdragen van de sprekers zijn enkele artikelen opgenomen van andere auteurs over deze thematiek.

De congresbundel had een oplage van 400 exemplaren en is naar iedereen die het congres in juni had bijgewoond, opgestuurd. Daarnaast is de bundel ook aangeboden aan de woordvoerders Volksgezondheid van de Tweede- en Eerste Kamerfracties. De reacties op zowel het congres als de bundel waren positief.

Nieuwsbrief

In november is de nieuwsbrief van de SKGZ met de titel "Klacht en Geschil" verschenen. De oplage van de nieuwsbrief was 750 stuks en is verstuurd naar nagenoeg iedereen waar de SKGZ zowel op bureauniveau als op directieniveau contact mee onderhoudt:



ziekttekostenverzekeraars, patiëntenverenigingen, overheidsorganisaties, organisaties voor rechtsbijstand, etc.

Informatieverstrekking

Ook in het jaar 2010 heeft de SKGZ gefungeerd als vraagbaak. In het verslagjaar werden 8629 inkomende telefoongesprekken (5328 in 2009) en 1124 verzoeken om informatie per post (1123 in 2009) geregistreerd. Ook werden 2436 e-mails met informatieve vragen beantwoord (2390 in 2009). Met name de toename van het telefoonverkeer was in 2010 opvallend, en betekende ook een verzwaring van de werklust voor het bureau. Een duidelijke oorzaak was de reeds eerder genoemde wanbetalersregeling, die bij veel consumenten voor vragen zorgt. De SKGZ streeft ernaar iedereen die om informatie verzoekt een goed antwoord te geven, of te verwijzen naar de juiste instantie.

Werkbezoeken

In 2010 hebben medewerkers van de verzekeraars Menzis en Achmea een werkbezoek gebracht aan de SKGZ. Doel van deze werkbezoeken is de medewerkers van de ziektekostenverzekeraars te informeren over onze wijze van werken, en de juridische bijzonderheden die door ons worden gesignaleerd. De werkbezoeken in 2010 hebben vooral in het teken gestaan van de uitvoering van de wanbetalersregeling.

Externe contacten

De SKGZ heeft als doelgroep tientallen ziektekostenverzekeraars enerzijds en ongeveer 16 miljoen consumenten anderzijds. Hiervoor is al beschreven hoe de SKGZ de banden met deze groepen onderhoudt. Naast deze groepen onderhoudt de SKGZ op verschillende niveau's contacten met andere spelers in het veld.

Allereerst kan het CVZ genoemd worden in dit kader. Het CVZ treedt op als adviseur van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is de beheerder van het pakket verzekerde prestaties binnen de Zvw. Tevens adviseert het CVZ de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in zaken over verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Tenslotte is het CVZ een belangrijke uitvoerder van de wanbetalersregeling. In de laatste twee rollen wordt op bureauniveau geregeld overleg gevoerd over de voorgelegde zaken. Daarnaast is er overleg op bestuurlijk niveau. Deze contacten, met behoud van ieders verantwoordelijkheden, verlopen uitstekend.



Een andere belangrijke partij is ZN. Deze organisatie biedt verschillende voorzieningen waar de SKGZ gebruik van maakt en fungeert als platform in de contacten met de ziektekostenverzekeraars. Jaarlijks vindt er een bestuurlijk overleg plaats tussen de SKGZ en ZN, naast diverse overleggen met een meer adhoc karakter.

In 2010 hebben verder diverse contacten met de NPCF, de andere oprichtende organisatie, plaatsgevonden op directieniveau. Daarnaast zijn er geregeld contacten op het gebied van het doorsturen van dossiers, en het verwijzen van consumenten.

Zowel de SKGZ als de NPCF zijn deelnemer aan het signaleringsoverleg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Met de NZa, die optreedt als marktmeester, is er op bureauniveau ad-hoc overleg. Het laatste geldt eveneens voor de Consumentenbond en het Klachtinstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD).

Met het Ministerie van VWS is in 2010 op ambtelijk niveau regelmatig contact geweest. Deze contacten stonden in het teken stonden van informatie uitwisseling, met name in het kader van de wanbetalersregeling.

Zoals al eerder vermeld, heeft mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy per 1 september 2010 de functie van Ombudsman Zorgverzekeringen overgenomen van mevrouw mr. E.M.A. Schmitz als Ombudsman. Mevrouw Van Marwijk Kooy heeft in het kader van haar nieuwe functie kennismakingsgesprekken gehad met de Nationale Ombudsman en enkele ziektekostenverzekeraars. Deze bezoeken zijn door de SKGZ als zeer informatief ervaren.

Klachten over de SKGZ

Hoewel dit formeel buiten het bestek van dit jaarverslag valt, 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 afgehandeld.

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 Zorgverzekeringen of de burgerlijk 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.

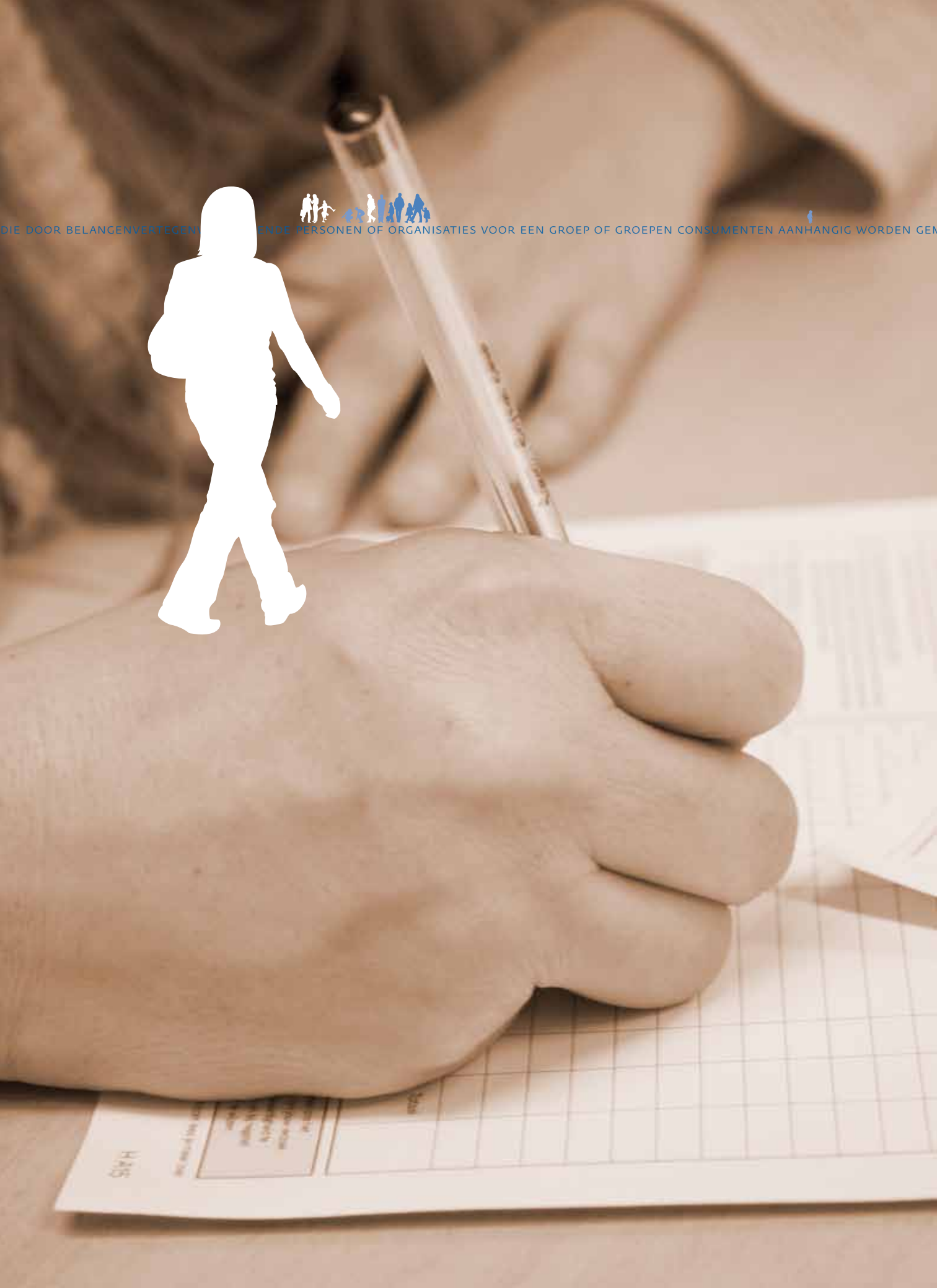


Ten algemene geldt dat het bestuur en de directie statutair en reglementair niet kunnen treden in de inhoudelijke aspecten van een zaak. Daarmee zouden zij de inhoudelijke onafhankelijke positie van de Ombudsman en de Geschillencommissie afbreuk doen.

2010: een enerverend jaar

Voor bestuur, leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Ombudsman Zorgverzekeringen, directie en medewerkers van de SKGZ was het jaar 2010 een enerverend jaar met veel veranderingen en vernieuwingen. Wij zijn ons er van bewust dat verandering de enige constante factor is, ook voor de SKGZ. Ook voor het jaar 2011 en verder staat weer het nodige op stapel. U leest er meer over in het hoofdstuk 5.

DIE DOOR BELANGENVERTEGENWOORDIGENDE PERSONEN OF ORGANISATIES VOOR EEN GROEP OF GROEPEN CONSUMENTEN AANHANGIG WORDEN GEMAKT





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 bindend 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 2009 gesignaleerde toename van het aantal informatieverzoeken heeft zich in 2010 voortgezet. Een deel van deze toename is toe te schrijven aan de introductie van de 'wanbetalersregeling' in de Zvw per september 2009. Daarnaast is er sprake van een autonome groei, waarvoor geen eenduidige verklaring is te geven, of het moet de toenemende naamsbekendheid van de SKGZ zijn.

Schriftelijke informatieverzoeken

Onder de 1124 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. Ook zaken die worden ingetrokken in enig stadium van behandeling door de SKGZ zijn meegeteld bij de Informatieverzoeken.



Telefonische informatieverzoeken

Het aantal telefonische informatieverzoeken is ook in 2010 weer fors toegenomen, met zo'n 60%. Deze stijging is deels veroorzaakt door in invoering van de zogenoemde 'wanbetalersregeling' in de Zvw. Mensen die hun zorgpremie niet betalen komen door deze regeling in een stevig incassotraject. Dit heeft geleid tot extra vragen aan de SKGZ over de mogelijkheden hier bezwaar tegen te maken. Daarnaast betreft het een autonome groei van het telefoonverkeer. Het betreft vaak 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 doorwezen naar (zoveel mogelijk) de juiste instantie. Hetzelfde geldt voor de informatieverzoeken per e-mail.

Inhoudelijke contacten in 2010	2010	2009
Schriftelijke informatieverzoeken	1.124	1.123
Telefonische informatieverzoeken	8.629	5.358
Informatieverzoeken per e-mail	2.436	2.390
Klachten	1.751	1.599
Geschillen	495	472
Totaal	14.435	10.942

Klachten in 2010

Opvallende stijgers

Het aantal klachten is in totaal toegenomen met zo'n 10%. Opvallende stijgers in 2010 waren de klachten inzake premies en declaraties. Hier ligt een verband met de 'wanbetalersregeling': een fors aantal klachten ging over de uitvoering van deze regeling. Daarnaast is het aantal 'buitenlandgerelateerde' klachten toegenomen. Dat is niet onlogisch, gezien het toenemende gebruik van zorg door Nederlanders in het buitenland, en de complexiteit van de regelgeving daaromtrent. De toename van het

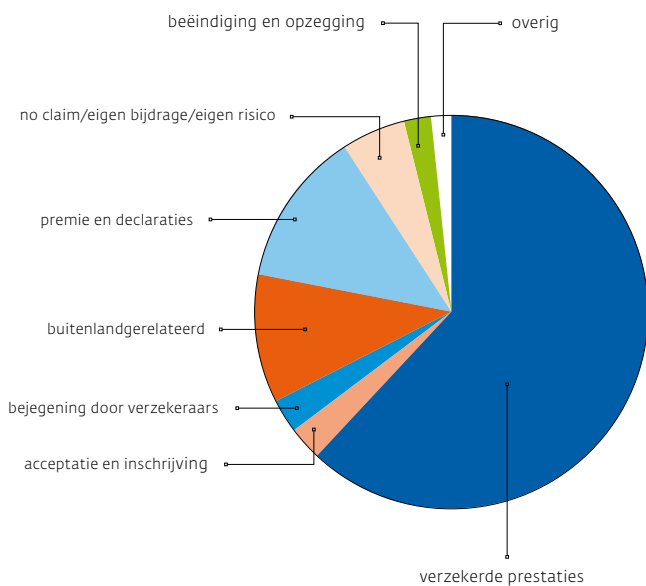


aantal zaken 'tandheelkunde' is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan wijziging van de regelgeving ten opzichte van 2009.

Dalers

Het aantal bejegeningklachten is ook in 2010 weer afgenomen. Wellicht ligt hier een verband met de inspanningen van de zorgverzekeraars hun communicatie met de verzekerden te verbeteren. Ook het aantal zaken betreffende acceptatie en inschrijving, beëindiging en opzegging, no claim/eigen bijdrage/eigen risico zijn gedaald.

Ingekomen klachten in 2010 naar onderwerp



	2010	2009
■ verzekerde prestaties	1085	977
– behandelingen	255	203
– plastische chirurgie	237	207
– geneesmiddelen	92	73
– ggz	30	46
– hulpmiddelen	183	193
– tandheelkunde	208	154
– vervoer	63	48
– diverse	17	53
■ acceptatie en inschrijving	53	63
■ bejegening door verzekeraars	48	58
■ buitenlandgerelateerd	182	114
■ premie en declaraties	227	186
■ no claim/eigen bijdrage/eigen risico	90	128
■ beëindiging en opzegging	41	50
□ overig	25	23
totaal	1.751	1.599



Afhandeling klachten

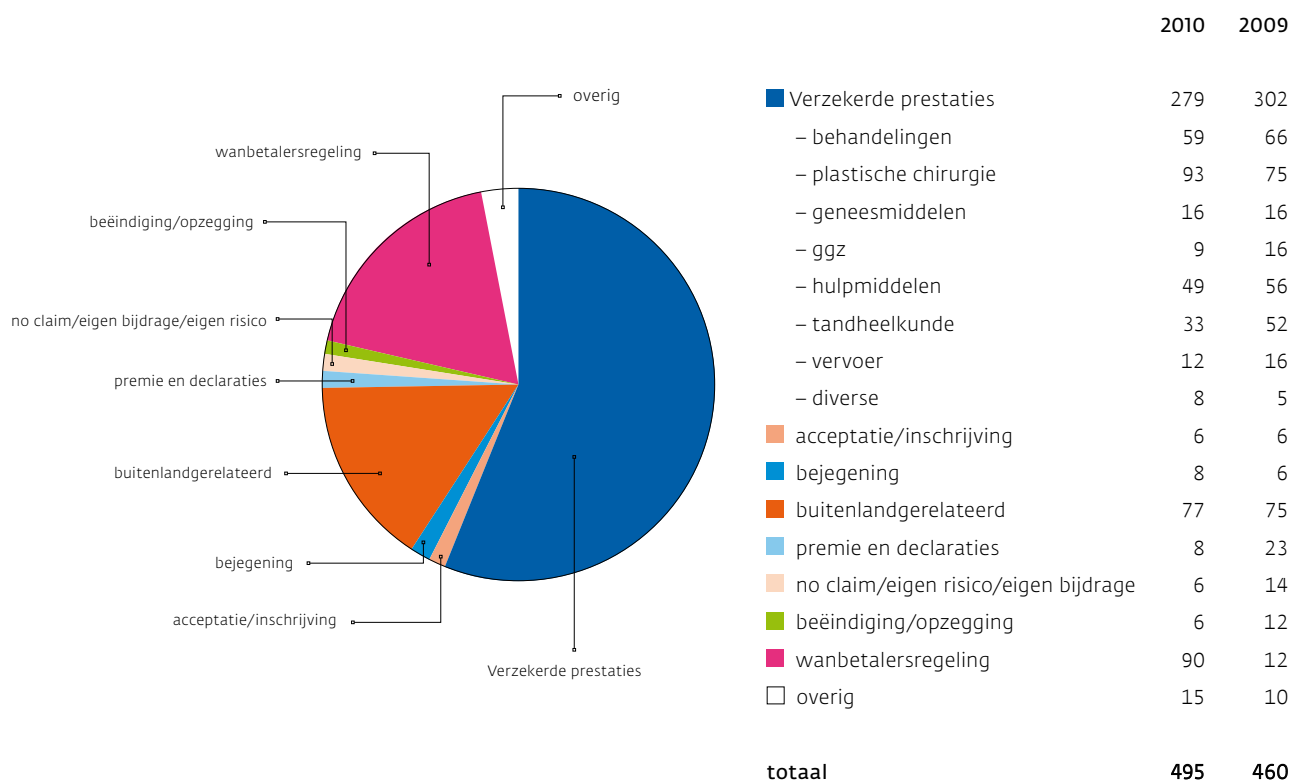
In 2010 zijn de klachten veelal (84%) binnen de gestelde termijn van 8 weken afgewikkeld. Voor het behalen van die termijnen zijn de medewerkers van de SKGZ mede afhankelijk van de snelheid van reageren door de medewerkers van de verzekeraars en van verzekerden. Bij het overschrijden van de termijnen wordt de verzekerde geïnformeerd.

Afhandeling klachten 2010

	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	in 2010	in 2009
ingediend	506	393	452	400	1.751	1.599
afgehandeld	430	458	398	450	1.736	1.600
gemiddelde behandeltermijn	6 weken	6 weken en 1 dag	6 weken	6 weken	6 weken	6 weken en 1 dag
succesvolle bemiddelingen	202	205	208	204	819	831
					47%	52%

Geschillen in 2010

Het aantal geschillen is in het verslagjaar toegenomen met circa 8% ten opzichte van 2009. Een belangrijke toename betrof het aantal geschillen ten gevolge van de 'wanbetalersregeling' (zie de paragraaf hieronder). Daarnaast was er geen sprake van bijzondere toe- of afnames. Wel is opvallend dat het aantal 'buitenland-gerelateerde geschillen' slechts marginaal is toegenomen, terwijl in die categorie het aantal klachten fors is toegenomen. De conclusie kan worden getrokken dat in veel buitenlandzaken die behandeld zijn als klacht de verzekerden, in tegenstelling tot eerdere jaren, geen aanleiding zien na de bemiddeling door de Ombudsman de kwestie daarna nog voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.



In bovenstaande tabellen en grafieken zijn alleen de zaken opgenomen waarvoor de verzekerde het entreegeld van € 37,- heeft betaald.

Afhandeling van geschillen in 2010

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

In 2010 zijn de geschillen veelal (78%) binnen de gestelde 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.

Afhandeling geschillen in 2010

	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	in 2010	in 2009
ingediend	111	108	109	132	495	460
afgehandeld	118	114	120	117	469	450
gemiddelde behandeltermijn					20 weken en 2 dagen	20 weken en 3 dagen
toewijzing bij bindend advies					101 (22%)	55 (12%)

De stijging van het aantal 'toewijzingen bij bindend advies' is opvallend, maar wordt vooral veroorzaakt door de behandeling van de 'wanbetalerszaken'. Deze toewijzingen vinden vaak hun oorzaak in procedurele fouten die zijn gemaakt door de zorgverzekeraars, zoals het te vroeg aanmelden van verzekerde bij het CVZ voor het verzwaarde incasso-regime

Bovenstaande tabel geeft een beeld van de aantallen zaken waarbij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen tot een bindend advies komt. Een vrij fors aantal ingediende zaken bereikt dat stadium niet. Voor het jaar 2010 geldt het volgende beeld:



Reden van niet-behandeling door de commissie	Aantal	Waarvan 'wanbetalerszaken'
Entreegeld niet voldaan	44	28
Doorgezonden aan verzekeraar wegens ontbreken heroverweging	91	90
Verzekerde verstrekt geen/onvoldoende informatie, waarna het dossier wordt gesloten	38	37
Niet ontvankelijk/niet bevoegd, bijvoorbeeld het geschil wordt buiten de reglementaire termijn ingediend, of is reeds in behandeling (geweest) bij burgerlijke rechter	6	2
Verzekerde trekt zaak in voordat de Commissie toekomt aan het Bindend Advies	57	18
Totaal	236	175

Bijzondere categorie: 'Wanbetalers-geschillen'

In het jaar 2010 is door de Geschillencommissie in 46 zaken een bindend advies gegeven inzake wanbetalersgeschillen. In 24 gevallen betrof dat een (gedeeltelijke) toewijzing, in 22 zaken een afwijzing. Ook zijn een groot aantal zaken wanbetalerszaken tot een afsluiting gekomen voordat de commissie aan een bindend advies toekomt (zie bovenstaande tabel).



... NAAR EIGEN INZICHT ... ZAGEN INSTRUCTIES VAN WIE DAN OOK, DAARONDER BEGEPEN BESTUUR EN DIRECTIE, AANGAANDE DE BEHANDEL...



3 Onafhankelijk en naar eigen inzicht

Over maatschappelijke ontwikkelingen en de veranderende positie van de Ombudsman Zorgverzekeringen

Mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy

Inleiding

Per 1 september 2010 is mijn voorgangster, mevrouw mr. E.M.A. Schmitz, teruggetreden als Ombudsman Zorgverzekeringen. In de daaraan voorafgaande weken ben ik met haar 'meegelopen' teneinde kennis op te doen van de ins en outs van het ombudswerk. Daarbij is mij onder andere haar grote betrokkenheid bij de zaken opgevallen. Zo schroomde zij niet om in die gevallen waarin formele argumenten de ziektekostenverzekeraar niet konden overtuigen te wijzen op de soms schrijnende situatie, in de hoop op een mogelijke onverplichte vergoeding. Daarbij was zij zich er terdege van bewust dat een beroep op *coulance* geen gelegenheidsargument mag worden in die zaken waarin overduidelijk is dat op grond van de verzekeringsovereenkomst geen aanspraak op verstrekking of vergoeding kan worden gemaakt. Ik realiseer mij dat die afweging – wanneer ga je als Ombudsman Zorgverzekeringen wel door met de behandeling van de zaak en wanneer ga je over tot het sluiten van het dossier – een van de moeilijkste aspecten van het werk is. Immers, het standpunt van de verzekeraar kan formeel juist zijn, maar in zijn uitwerking leiden tot een situatie die beslist ongewenst is. Soms zul je als Ombudsman echter moeten accepteren dat de poging tot bemiddeling ergens eindigt.

Wat mij verder is opgevallen in de afgelopen maanden, is dat het voor sommige verzekerden moeilijk is de bemiddelende rol van de Ombudsman te accepteren, waarin de Ombudsman niet als belangenbehartiger van de verzekerde optreedt en geen oordeel geeft over de zaak. Ondanks de uitgebreide toelichting in de zogenoemde 'afsluitende brief' komt het wel voor dat verzekerden reageren met een uiteenzetting van hoe zij menen dat de Ombudsman invulling zou moeten geven aan zijn taak. Er is ook niet altijd waardering voor de pogingen die zijn ondernomen om tot een oplossing te komen. Slechts het resultaat lijkt te tellen.



Deze constatering lijkt te passen in een trend die ook buiten het veld van de ziektekostenverzekeringen zichtbaar is. Men accepteert minder snel een 'nee'. Direct na mijn aantreden als Ombudsman Zorgverzekeringen enkele maanden geleden, heb ik gesprekken gevoerd met de diverse medewerkers. Bij de gesprekken met degenen die al wat langer meeliepen kwam ook naar voren dat het karakter van de werkzaamheden sinds 1996 wel zeer ingrijpend was veranderd. Zo werden destijds nog veel zaken afgedaan zonder bemiddeling. Bovendien waren de medewerkers zonder uitzondering afkomstig uit kringen van ziektekostenverzekeraars en kenden zij het klappen van de zweep. Zij wisten dat het in bepaalde gevallen niet zinvol was de verzekeraar te benaderen omdat een bepaalde kwestie al eerder aan de orde was geweest of omdat bekend was hoe door de betreffende verzekeraar met bijvoorbeeld coulanceverzoeken werd omgegaan. In die gevallen waarin er wel werd bemiddeld, had de tussenkomst evenwel relatief vaak succes, juist vanwege de bekendheid met de branche.

Grote concerns en de menselijke maat

In de afgelopen vijftien jaar is er veel veranderd, zo is mij wel duidelijk geworden. Niet alleen bij de Ombudsman, maar ook binnen de organisaties van de ziektekostenverzekeraars. Waar voorheen sprake was van een kennelijk toch wat bijzonder terrein binnen het verzekeringsgebied, vormen de ziektekosten thans steeds meer een 'gewone' tak van het schadeverzekeringsbedrijf.

Dit laatste heeft zeker gevolgen gehad voor de wijze waarop ziektekostenverzekeraars met hun verzekerden omgaan. De misschien wat paternalistische houding van de ziekenfondsen is geheel verdwenen en de sterk commercieel gerichte inslag van sommige particuliere ziektekostenverzekeraars lijkt intussen ook iets uit een andere tijd. Hun rechtsopvolgers hebben zich meer en meer ontwikkeld tot steeds grotere bedrijven met callcenters en beleid ten aanzien van zaken als onverplichte vergoedingen. In het Jaarverslag 2009 vroeg mevrouw Schmitz aandacht voor de daaraan verbonden negatieve gevolgen. Hartstochtelijk pleitte zij voor een terugkeer naar de menselijke maat.

Ik kan haar pleidooi onderschrijven, geconfronteerd als ik ben met de soms schrijnende gevallen van verzekerden die tussen de wal en het schip zijn gekomen. Anderzijds ben ik realistisch genoeg om te zien dat een meer bedrijfsmatige benadering op termijn onontkoombaar is, zelfs bij een product als ziektekostenverzekeringen. Immers, de verzekeraars zullen in de toekomst naar verwachting meer risico gaan lopen, terwijl anderzijds



mag worden aangenomen dat de druk om de premie zo laag mogelijk te houden alleen maar zal toenemen, dit onder invloed van de dubbele vergrijzing (steeds meer mensen worden steeds ouder) en de ontgroening (er komen minder jongere generaties). Ook ziektekostenverzekeraars zullen efficiënter moeten werken om de kosten in de hand te houden en ook zij zullen moeite krijgen met het aantrekken van voldoende gekwalificeerd personeel. De prijs die voor een en ander moet worden betaald is samen te vatten onder de term 'verzakelijking'.

Verzakelijking en de Ombudsman Zorgverzekeringen

Deze ontwikkeling zal ook gevolgen hebben voor de werkzaamheden van de Ombudsman. Meer dan thans het geval is, zal de vraag aan de orde komen of een kwestie zich wel leent voor bemiddeling. Daarbij speelt nog een andere ontwikkeling een rol. In de afgelopen jaren zijn er reeds de nodige pakketmaatregelen getroffen. Verdere bezuinigingen in de zorg zijn te voorzien en steeds vaker zal het dus voorkomen dat medisch noodzakelijke zorg niet onder de dekking van de verzekering valt. Waar het de zorgverzekering betreft is dat een keuze van de wetgever. De ziektekostenverzekeraar heeft maar te volgen, want handhaaft hij de dekking, dan is geen sprake meer van een zorgverzekering en loopt hij het risico te worden geconfronteerd met de daaraan verbonden consequenties zoals een verplichting tot schadevergoeding. Men zou zich kunnen afvragen of het wel opportuun is om als bemiddelaar te pleiten voor vergoeding, wetende dat de wetgever de betreffende zorg na een gedegen afweging uit het pakket van de zorgverzekering heeft gehaald en dat de verzekeraar blijkbaar geen mogelijkheid ziet daarvoor dekking te bieden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Ombudsman: Onafhankelijk, maar niet lijdelijk

Naast de vraag of de kwestie zich leent voor bemiddeling, moet worden bedacht welke benadering het meest passend is. Anders dan vijftien jaar geleden, kan niet meer worden volstaan met het enkel voorleggen van de zaak. De procedure bij de SKGZ is sindsdien zo ingericht dat er altijd eerst een heroverweging moeten hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft er dus al een tweede keer naar gekeken en is tot het oordeel gekomen dat hij zijn standpunt geheel of ten dele handhaaft. Hier komt bij dat de verwachtingen van de verzekerde over de inzet van de Ombudsman zijn



veranderd. Men gaat er van uit dat deze een actieve rol speelt om tot een oplossing te komen.

Hoewel dat laatste niet altijd wordt waargemaakt – want er zijn evenals voorheen ook verzekerden die het gelijk eenvoudigweg niet aan hun kant hebben – zal degene die het dossier behandelt in voorkomend geval zijn of haar weg moeten zoeken bij het voorleggen van de klacht. Afhankelijk van de zaak kan de gekozen rol actiever of passiever zijn. Zo kan het zijn dat een verzekerde door zijn verzekeraar volstrekt op het verkeerde been is gezet doordat deze onjuiste informatie heeft verstrekt. Ik meen dat er in dat geval geen discussie over zal ontstaan indien de dossierbehandelaar de verzekeraar daar op wijst. Er zijn echter ook gevallen denkbaar waarin het genuanceerder ligt en bij de verzekeraar de indruk van partijdigheid zou kunnen ontstaan. In dat verband wil ik aantekenen dat de Ombudsman onafhankelijk is, maar niet lijdelijk. Het lijkt mij niet meer dan redelijk dat een ziektekostenverzekeraar desgevraagd kan toelichten waarom hij voor een bepaald beleid heeft gekozen of waarom hij een polisvoorwaarde op een bepaalde manier heeft geredigeerd. De onafhankelijkheid wordt daardoor niet aangetast. Immers, het beleid moet consistent zijn en polisvoorwaarden slechts voor één uitleg vatbaar. Ook dat is een aspect van een meer zakelijke benadering.

Ombudsman: onafhankelijk en transparant

Is het antwoord van de ziektekostenverzekeraar op de door de Ombudsman voorgelegde klacht onbevredigend, dan kan dit aanleiding zijn voor een tweede brief. Het is mij opgevallen dat – in een overigens zeer beperkt aantal zaken – verzekeraars hier soms moeite mee hebben en dat zij dan verwijzen naar eerdere correspondentie. Daar kan grond toe bestaan, met name als de vraag van de dossierbehandelaar inderdaad al is beantwoord, maar soms blijkt dat toch niet het geval te zijn. Dan lijkt mij zo'n reactie ongepast. Van een ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat hij, daar naar gevraagd, inzicht kan en wil geven over zijn keuzes en handelen. Het onderdeel 'verantwoording' is ook een aspect van het ombudswerk. Onder de vorige Ombudsman is in gang gezet dat in de brief waarmee het dossier in beginsel wordt gesloten, wordt toegelicht wat men van de bemiddeling mag verwachten. Doel is een beeld te geven van de werkzaamheden door de Ombudsman, zodat er aan de zijde van de verzekerde geen irreële verwachtingen ontstaan. Dit houdt onder andere in dat duidelijk wordt gemaakt dat de Ombudsman geen onderdeel vormt van een consumentenorganisatie en dat de Ombudsman geen bindende uitspraken doet. Verder



wordt in de brief richting verzekerde uitgelegd welke acties zijn ondernomen en welke argumenten zijn gehanteerd. Een zodanige verantwoording past mijns inziens in het huidige tijdsgewricht.

Dat verantwoording wordt afgelegd betekent vanzelfsprekend niet dat de verzekerde in de procedure 'aan het stuur zit'. Zoals gezegd is de Ombudsman onafhankelijk en worden partijen als gelijkwaardig beschouwd, zij het met de mogelijkheid van een correctie ten gunste van de verzekerde op grond van een vaak voorkomende kennisachterstand.

De onafhankelijkheid van de Ombudsman raakt ook de verhouding met de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Biedt bemiddeling geen oplossing en leent de zaak zich voor bindende advisering, dan zal worden verwezen naar de Geschillencommissie. Is verwijzing niet zinvol – bijvoorbeeld als het een zuiver coulanceverzoek betreft waarvan de commissie bij herhaling heeft uitgesproken te dien aanzien niet bevoegd te zijn – dan blijft deze achterwege.

Het bovenstaande lijkt wellicht wat streng, zeker richting de ziektekostenverzekeraars. Ik meen evenwel er goed aan te doen inzicht te geven in de rol van de Ombudsman in de huidige tijd en de verwachtingen die ik, maar vooral ook de verzekerden, hebben van hun ziektekostenverzekeraar. Daarbij kan ik aantekenen dat de relatie met de verzekeraars zonder meer goed is, zodat er vanuit die optiek geen enkele aanleiding bestaat de bestaande werkwijze aan te passen.

Graag eindig ik, in lijn met het pleidooi van mijn voorgangster, met de oproep ook binnen de wellicht zakelijker relatie met verzekerden toch vooral ruimte te laten voor afwijkingen.

VOORAF SCHRIFTELIJK HEEFT VERKLAARD ZICH

REGLEMENT TE ONDERWERPEN IN GESCHILLEN OMTRENT EEN ZORGVERZEK





4 Penny-wise, pound-foolish?

Over premieachterstanden, de ervaringen met de Wanbetalersregeling en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Voorzitter Geschillencommissie Zorgverzekeringen

In het Jaarverslag 2009 heb ik uitgebreid stilgestaan bij de Wanbetalersregeling die in september 2009 in werking was getreden. Inmiddels zijn we ruim een jaar verder en is het mogelijk terug te blikken en te bezien of en in hoeverre de destijds door mij geuite veronderstellingen bewaarheid zijn geworden. Ik zou daartoe willen aansluiten bij de bestaande casuïstiek.

Wanbetalerszaken: complexer dan voorzien

In het Jaarverslag 2009 stelde ik vast dat de commissie enkel zou kunnen toetsen of de aangewezen procedure is gevolgd, of de ziektekostenverzekeraar eventuele betalingen juist heeft toegerekend en of de conclusie van de verzekeraar dat sprake is van een x-aantal maanden premie juist is. Dit was, achteraf beschouwd, een tamelijk optimistische benadering van de problematiek.

Waar het gaat om de procedure blijkt de discussie meestal niet te gaan om de vraag of de verzekeraar de in de wet genoemde mededelingen heeft gedaan, maar of deze de betrokken verzekeringnemer ook hebben bereikt. Veel 'wanbetalers' voeren geen behoorlijke administratie en kunnen niet aangeven of zij het tweemaandsaanbod onderscheidenlijk de viermaandswaarschuwing sowieso hebben ontvangen. Een deel meent zich de betreffende brieven wel te kunnen herinneren maar kan geen afschrift overleggen; een ander deel ontkent de stukken te hebben ontvangen. De aanleiding de zaak voor te leggen is – anders dan aanvankelijk werd gedacht – meestal ook niet het tweemaandsaanbod of de viermaandswaarschuwing, maar de melding bij het College voor zorgverzekeringen of, in het verlengde daarvan, de inning van de bestuursrechtelijke premie.

Toerekening van betalingen

Ook op het punt van de toerekening is de praktijk weerbarstiger dan de leer. In het algemeen blijken verzekeringnemers niet bekend met het bepaalde in artikel 6:43 lid 1 BW. Als er wordt betaald, dan wordt die betaling meestal niet gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar mag de betaling dan toerekenen aan de meest belastende of de oudst openstaande schuld. Soms meent de verzekeringnemer een specificatie te hebben vermeld, maar kan hij dit niet aannemelijk maken omdat bank- of giroafschriften ontbreken en er geen overzicht is van de betalingen via internet. Ook komt het voor dat de techniek tekortschiet. Zo was er een verzekeringnemer die de betalingen per girofoon deed en daarbij het verzekerdennummer vermeldde. Het relevante deel van de specificatie kon daardoor niet worden verwerkt in de administratie van de ziektekostenverzekeraar.

Niet alleen aan de kant van de verzekeringnemer ontstaan problemen. Ook ziektekostenverzekeraars gaan soms creatief om met betalingen. Bijvoorbeeld omdat hun administratie zo is ingericht dat bij ontbreken van een specificatie wordt gekeken van welk bank- of girorekeningnummer de betaling afkomstig is. Dat kan een probleem opleveren in de situatie dat vanaf één rekeningnummer betalingen voor twee verzekerden plaatsvinden en alle betalingen worden toegerekend aan de rekeninghouder.

Incassobureaus

Problemen rond de toerekening kunnen ook ontstaan als een vordering deels is overgedragen aan een incassobureau. Een verzekeringnemer die met het incassobureau een betalingsregeling had afgesproken en tevens het voornemen had de lopende premie steeds tijdig aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen, kwam in grote problemen toen de verzekeraar zijn ongespecificeerde premiebetalingen ging toerekenen aan de oudst openstaande schuld, de schuld die bij het incassobureau was ondergebracht. Betrokkene liep de bestaande achterstand aldus snel in, maar bouwde een nieuwe achterstand op omdat de lopende premies niet werden voldaan.

Overigens is het ook voorgekomen dat het incassobureau met de verzekeringnemer een betalingsregeling was overeengekomen zonder dat de ziektekostenverzekeraar dit wist. Een groot deel van de vordering bleek al te zijn afbetaald.



Vaststelling betalingsachterstand

Oorspronkelijk was de gedachte dat de commissie in voorkomend geval, aan de hand van de stukken van verzekeringnemer en ziektekostenverzekeraar, op eenvoudige wijze zou kunnen concluderen dat eerstgenoemde een achterstand heeft van een x-aantal maanden. Ook dit bleek een te optimistische inschatting. De veelal gebrekkige administratie van de verzekeringnemer, al dan niet in combinatie met de toerekening van betalingen door de ziektekostenverzekeraar, leidt er meer dan eens toe dat conclusies ten aanzien van de achterstand pas kunnen worden getrokken nadat tot achter de komma is berekend wat partijen over en weer van elkaar te vorderen hebben. 'Over en weer', omdat soms posten als de no-claimteruggave (2006 en 2007) en declaraties door de ziektekostenverzekeraar zijn betrokken bij de vaststelling van de betalingsachterstand.

Dit laatste brengt mij tot een volgende complicatie waar de commissie zich mee geconfronteerd ziet. De wet gaat uit van een achterstand in de premiebetaling. Echter, vanaf 2008 is ook sprake van een eigen risico aan de voet. Het kan dus zijn dat een verzekeringnemer ter zake hiervan nog een betaling moet doen omdat door de verzekeraar zorgkosten rechtstreeks zijn voldaan.

Bedacht moet voorts worden dat de wet ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meer zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Ten onrechte wordt ook wel eens de achterstand per polis gehanteerd of de premie voor de aanvullende verzekering in de berekening van de achterstand betrokken.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de geschilbeslechting aanzienlijk gecompliceerder is dan bij de inwerkingtreding van de wet werd aangenomen.

Volgorde toerekening

Van de imputatiebepalingen kwam artikel 6:43 BW hiervoor al aan de orde. Artikel 6:44 BW is minstens zo belangrijk en zorgt in de praktijk van de behandeling van wanbetalerszaken voor weer andere problemen. Dit artikel bepaalt dat betalingen in de eerste plaats strekken tot vermindering van kosten, vervolgens tot vermindering van de verschenen rente en tot slot tot vermindering van de hoofdsom en de lopende rente. Dat de wetgever hiervoor heeft gekozen, is begrijpelijk. Immers, door de hoofdsom zo



lang mogelijk 'intact' te laten, wordt de schuldenaar tot algehele voldoening aangezet. Laat hij zulks na en betaalt hij alleen de kosten en de verschenen rente, dan kan op basis van de 'intact' gebleven hoofdsom opnieuw tot incassomaatregelen (met de daaraan verbonden kosten) en het vorderen van rente worden besloten. Hoewel de wetgever de mogelijkheid open heeft gelaten dat partijen bij overeenkomst tot een andere volgorde besluiten, heb ik in het Jaarverslag 2009 al uiteengezet waarom een ziektekostenverzekeraar daar niet mee zal instemmen. Wijziging van de volgorde kan namelijk betekenen dat overdracht aan het CVZ niet mogelijk is en dat de betrokken verzekeringnemer buiten de bestuursrechtelijke premieheffing blijft. Een krachtig middel om hem tot een behoorlijke betalingsdiscipline te dwingen, zou aldus niet kunnen worden benut.

De regeling van artikel 6:44 BW heeft evenwel tot gevolg dat verzekeringnemers met een betalingsachterstand soms absoluut niet meer weten aan wie zij wat moeten betalen. Uit de praktijk zijn gevallen bekend van verzekeringnemers die, na te zijn gedagvaard en te zijn veroordeeld, werden geconfronteerd met zaken als betekeningskosten, welke bijna even hoog zijn als de oorspronkelijke hoofdsom. Betrokkenen hebben geen zicht op deze kosten omdat zij pas worden berekend nadat het vonnis is gewezen en aan hen is betekend. Ook wordt nogal eens vergeten dat in het vonnis is bepaald dat de gevorderde rente wordt toegewezen tot de dag der algehele voldoening. De verzekeringnemer die denkt een goede deal te sluiten met het incassobureau door een laag termijnbedrag overeen te komen, kan zich mede daardoor in de vingers snijden. Betreft het een grote vordering in combinatie met een laag termijnbedrag, dan komt het geregeld voor dat de verzekeringnemer de weg volledig kwijt is. De stelling van menig verzekeringnemer is dan – maar ten onrechte – dat de oorspronkelijke hoofdsom toch al lang is voldaan.

Hoe nu verder? Over 'onwilligen' en 'onmachtigen'

Kom ik nu op de keuze voor het kopje 'Penny-wise, pound-foolish'. Zoals de Raad van State naar aanleiding van het wetsvoorstel al concludeerde, voorziet de wanbetalersregeling niet in een onderscheid tussen de 'onwilligen' en de 'onmachtigen'. Een deel van de verzekeringnemers die hun zaak voorleggen aan de Geschillencommissie zijn duidelijk onmachtig. Hun schuldenproblematiek beperkt zich niet tot de ziektekostenverzekering en voor zover dit wel het geval is, zijn de problemen vaak gelegen in een redelijk ver verleden. Waar mogelijk heeft het de voorkeur van de commissie om in dit soort gevallen tot een oplossing te komen, liefst een waarin beide partijen zich kunnen vinden. Helaas blijkt dit niet altijd mogelijk. De huidige systematiek maakt het voor



de ziektekostenverzekeraar eenvoudig om tegen zijn verzekeringnemer te zeggen dat deze zich maar tot de schuldhulpverlening moet wenden. Zo heeft de wetgever het bedacht en de verzekeraar heeft geen (financieel) voordeel bij een andere oplossing. Bovendien komt betrokkene dan in een strikt regime en zal hij het wel uit zijn hoofd laten opnieuw schulden te maken.

Hoewel deze keuze uit economisch oogpunt begrijpelijk en bovendien juridisch correct is, blijft het toch jammer dat de nuance – die de Raad van State kennelijk graag had gezien – ontbreekt. Dit laatste geldt overigens ook in breder verband. Weinigen realiseren zich wat de impact is van het vallen onder het bestuursrechtelijk premieregime. In de eerste plaats wordt het premieniveau opgetrokken tot dat van de standaardpremie. Dit kan enkele tientallen euro's per maand schelen. Vervolgens wordt over de standaardpremie een toeslag van dertig percent gerekend. De betrokken verzekeringnemer wordt aldus aan twee kanten 'gepakt'. Aan de ene kant nemen zijn lasten voor de toekomst sterk toe; aan de andere kant vermindert zijn opgebouwde schuld langzaam omdat elke incassomaatregel van de ziektekostenverzekeraar leidt tot extra kosten.

De relevante vraag zou mijns inziens daarom moeten zijn of er een manier te bedenken valt om wanbetalers weg te houden bij het CVZ, dan wel – zo zij daar al zijn aangemeld – hen zo snel mogelijk buiten het publiekrechtelijk premieregime te brengen. 'Onwilligen' zullen daar waarschijnlijk niet in geïnteresseerd zijn. Zij hebben deze situatie onnodig laten ontstaan en er is dan ook geen grond deze groep te ontzien.

Voor de 'onmachtigen' ware nog wel een alternatief denkbaar. Zo zou de wetgever de bestaande imputatiebepalingen deels terzijde kunnen stellen en de verzekeringnemer de mogelijkheid kunnen bieden betalingen te specificeren als betalingen die in mindering moeten worden gebracht op de hoofdsom. Voor de verzekeringnemer zou het gevolg hiervan zijn dat hij eerder weg kan bij het CVZ. Anderzijds zou ook het collectief profiteren omdat, waar nu in het kader van een schuldenregeling maar twee of drie procent van de hoofdsom wordt ontvangen, door de voorgestelde wijziging in ieder geval het volledige bedrag binnenkomt.

Feit blijft natuurlijk dat het beter is te voorkomen dan te genezen. Is het 'stuwmeer' van wanbetalers eenmaal weggewerkt, dan is het aan de ziektekostenverzekeraars er zorg voor te dragen dat hun administraties zodanig zijn ingericht dat olopemde achterstanden worden geconstateerd en adequaat worden behandeld. Mijns inziens zou dit laatste in ieder geval meer moeten inhouden dan een verwijzing naar de schuldhulpverlening.

EEN UITSpraak IS GEDAAN, DOOR EEN RECHTERLIJKE INSTANTIE OF EEN SCHEIDSGERECHT. 6. DE GESCHILLENCOMMISSIE BESLIJST VOORTS GEEN O





5 Vooruitblik

Het jaar 2011 belooft weer een jaar te worden met de nodige vernieuwingen en aanpassingen. Onderstaand een impressie van de ontwikkelingen die te voorzien zijn. Die zijn – min of meer -planbaar. Daarnaast leert de ervaring dat er ieder jaar ook niet te voorziene ontwikkelingen zullen zijn. We verwachten weer een boeiend jaar!

Wanbetalersregeling

In september 2009 is de Wanbetalersregeling van kracht geworden, die er toe leidt dat verzekerden die hun premie niet voldoen onder en zwaarder incassoregime worden gebracht. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 was dat inmiddels een behoorlijke groep verzekerden geworden: het zogenoemde 'stuwmeer'. De verwachting is dat in de eerste maanden van 2011 de laatste wanbetalerszaken uit het 'stuwmeer' zullen worden afgewikkeld. Daar past wel een nuancering bij, want de ervaring leert dat een vrij groot deel van de zaken die worden ingediend bij de SKGZ zich reeds bevinden in het stadium dat de premie (en de bestuursrechtelijke heffing) wordt geïncasseerd door het CVZ, dus het moment dat de verzekerde de consequenties van de wanbetalersregeling voelt in de portemonnee. Niet uitgesloten kan worden dat in de loop van het jaar nog een aantal zaken zullen volgen uit het 'stuwmeer'. Daarnaast zijn er ook nog de 'nieuwe gevallen': verzekerden die na september 2009 hun premie-verplichting niet zijn nagekomen.

Onverzekerdenwetgeving

Naast de categorie 'wanbetalers' (mensen die wél een polis hebben, maar hun premieplicht niet nakomen) zijn er ook nog een 150.000 mensen die in het geheel geen ziektekostenverzekering hebben afgesloten, hoewel dit wettelijk verplicht is. Om ook deze groep te doen verzekeren is thans een wet in behandeling bij het parlement. De verwachting is dat deze wet gedurende de eerste helft van 2011 wordt ingevoerd. Onduidelijk is nog of deze nieuwe wet zal leiden tot extra zaken bij de SKGZ.

Digitalisering SKGZ-processen

Naar het zich laat aanzien zal 2011 voor de SKGZ het jaar zijn waarin de administratie van de dossiers geheel digitaal zal gaan verlopen. Uiteindelijk kan dit ook leiden tot het meer digitaal communiceren met de diverse partijen die bij de behandeling van klachten en geschillen betrokken zijn. Gevolgen van deze ontwikkeling voor die andere partijen voorzien wij in 2012. Het blijft voor verzekerden en verzekeraars uiteraard ook in de toekomst mogelijk op papier met de SKGZ te corresponderen.



Kwaliteitsbewaking

Reeds jaren worden de –zeldzame – klachten over het functioneren van de SKGZ ook gezien als signalering van de mogelijkheid onze processen te verbeteren. Daar gaan we uiteraard mee door, maar daarnaast zal met ingang van 2011 gestructureerd de klanttevredenheid ten aanzien van de diverse processen in beeld worden gebracht, één en ander met het doel de kwaliteit van de processen verder te optimaliseren.

6 Financiële gegevens

Staat van baten & lasten over 2010

	UITKOMST 2010	BEGROOT 2010	UITKOMST 2009
BATEN			
Bijdrage Zorgverzekeraars	1.402.741	1.410.500	1.660.019
Subsidie ministerie van VWS	404.155	451.650	267.936
Bijdrage geschillen	17.020	27.100	15.059
Rente	42.096	15.000	48.622
Overige opbrengsten	-	-	1.775
Totale baten	1.866.012	1.904.250	1.993.411
LASTEN			
Personeelskosten	1.099.962	1.083.800	1.020.828
Afschrijving op materiële vaste activa	29.907	27.000	23.554
Overige lasten			
Bestuur, Geschillencommissie, Ombudsman	314.371	471.250	289.092
Huisvesting en automatisering	213.306	199.000	230.806
Bureaunkosten	87.662	134.000	85.568
Profilering en communicatie	110.941	118.000	70.646
Overige stichtingskosten	2.850	11.200	16.404
Onvoorzien	-	40.000	-
	729.130	973.450	692.516
Totale lasten	1.858.999	2.084.250	1.736.898
Saldo	7.013	-180.000	256.513

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het voordelig saldo over 2010 gegeven:

Ten laste van de bestemmingsreserve automatisering	-20.809
Ten gunste van de algemene discontinuïteit	300.000
Ten gunste van de algemene personeel	100.000
Ten laste van de algemene reserve	-372.178
	7.013



Balans

		31/12/2010	31/12/2009
ACTIEF			
Vaste activa	Materiële vaste activa	42.178	58.964
Vlottende activa	Vorderingen		
	Rente	26.873	29.704
	Overige vorderingen	229	-
		27.102	29.704
	Liquide middelen	1.131.591	1.350.128
		1.200.871	1.438.796

		31/12/2010	31/12/2009
PASSIEF			
Eigen vermogen	Vrij besteedbaar vermogen	926.156	919.143
Vorzieningen	Jubileumuitkeringen	11.477	10.418
Kortlopende schulden	Crediteuren	55.106	67.311
	Zorgverzekeraars Nederland	57.754	51.933
	Ministerie van VWS	58.595	302.056
	Belastingen en premies sociale verzekeringen	26.236	29.967
	Overige schulden en overlopende passiva	65.547	57.968
		263.238	509.235
		1.200.871	1.438.796

Zie voor het volledige Financieel Verslag 2010 onze website <http://www.skgz.nl>
Desgewenst kan het Financieel Verslag u ook per post worden toegezonden.

BODEN HET INGENOMEN STANDPUNT TE HEROVEREN. DAT IS GEBLEKEN DAT TUSSENKOMST DOOR DE OMBUDSMAN VOLGENS DEZE NIET (L





Bijlage: overzicht aangesloten zorgverzekeraars

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 N.V.
- Agis Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Agis Zorgverzekeringen N.V.
- AnderZorg N.V.
- ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
- ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- Azivo Aanvullende Verzekeringen N.V.
- Azivo Zorgverzekeraar N.V.
- Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.
- Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
- Eno Zorgverzekeraar N.V.
- FBTO Zorgverzekeringen N.V.
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
- IZA Zorgverzekeraar N.V.
- IZZ Zorgverzekeraar N.V.
- Menzis N.V.
- Menzis Zorgverzekeraar N.V.
- N.V. Univé Zorg
- N.V. Zorgverzekeraar UMC
- OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.
- OHRA Zorgverzekeringen N.V.
- Onderlinge Waarborgmaatschappij AZVZ U.A.

- Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A.
- Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.
- Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar U.A.
- Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.
- Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
- ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
- ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
- OOM Global Care N.V.
- OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringsmaatschappij U.A.
- Stad Holland Zorgverzekeraar Onderlinge Waarborgmaatschappij U.A.
- Trias Zorgverzekeraar N.V.
- VGZ Zorgverzekeraar N.V.
- Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Gevolmachtigden

- Aevitae B.V.
- IAK Verzekeringen B.V.
- Kettlitz Wulfse Volmachten B.V.
- Nedasco B.V.
- Turien & Co. Assuradeuren
- VPZ Assuradeuren



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 2011

Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Uitgave

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Vormgeving

Blik grafisch ontwerp, Utrecht

Drukwerk

Drukkerij Pascal, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een automatisch gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s). Ook voor het overnemen van gedeelte(n) van deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 auteurswet 1912) dient men zich tot de auteurs te wenden.



INZICHT UIT. 2. HET BESTUUR EN DE DIRECTIE TREDEN NOCH IN DE INHOUDELIJKE BEHANDELING VAN EEN GESCHIL DAT AAN DE GESCHILLENCOM-



SKGZ
OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postadres Postbus 291, 3700 AG Zeist

Bezoekadres Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist

Tel. (030) 698 83 60 **Fax** (030) 698 83 99

www.skgz.nl