

Jaarverslag 2011



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



Inhoud

Vooraf 4

1 Algemene voortgang 6



2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers 14

3 Kunnen we niet iets regelen? 24

4 Wie adviseert de adviseur? 28

5 Vooruitblik 34



6 Financiële gegevens 36

Bijlage: overzicht aangesloten zorgverzekeraars 40



Vooraf

Het is goed in een jaarverslag niet alleen te kijken naar de feiten en cijfers van de afgelopen periode, maar ook vooruit te kijken. In dit Jaarverslag treft u daarom naast 'de getallen' ook inhoudelijke bijdragen aan van de Ombudsman Zorgverzekeringen, en de voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

2011: Vijf jaar SKGZ

De SKGZ is in 2006 opgericht, bij de invoering van de Zorgverzekeringswet. Deze wet schreef de instelling van een onafhankelijke geschillencommissie voor, ter beslechting van geschillen tussen de zorgverzekeraars en de verzekeringsconsumenten. Deze Geschillencommissie Zorgverzekeringen is ondergebracht bij de SKGZ, naast het reeds langer bestaande instituut Ombudsman Zorgverzekeringen.

In de afgelopen vijf jaar heeft de SKGZ een vrij constante toename van het aantal aangemelde zaken gezien. Dat duidt er op dat de verzekerden in toenemende mate de SKGZ weten te vinden, wanneer het niet lukt met de verzekeraar tot de oplossing van een probleem te komen.

In de afgelopen jaren is er door de SKGZ veel aandacht besteed aan bereikbaarheid en vindbaarheid. Het internet is daarbij een krachtig middel, en er wordt dus veel aandacht besteed aan de websites van de stichting. Omdat niet iedereen over internet beschikt worden daarnaast de verwijzende instanties zoals de Bureaus voor Rechtshulp, Zorgbelangorganisaties en patiëntenverenigingen actief benaderd met informatiemateriaal over doelen en werkwijzen van de stichting.

Binnen de SKGZ is in de loop van de jaren een behoorlijke kennis ontstaan over de werking van de Zorgverzekeringswet. Die kennis delen we graag, door middel van een jaarlijks congres, en de website waar onder meer de Bindende Adviezen van de Geschillencommissie worden gepubliceerd. Ook op deze wijze wordt een proactieve bijdrage geleverd aan de doelstelling: het onpartijdig en onafhankelijk faciliteren van partijen bij het beëindigen van hun onenigheid betreffende ziektekostenverzekeringen.

Politieke ontwikkelingen in 2011

Naast de gebruikelijke politieke discussies betreffende de omvang van het verzekerde pakket stond de Tweede Kamer in 2011 stil bij de aanbevelingen van de commissie 'de Wit'. Deze aanbevelingen zullen in 2012 leiden tot aanpassingen van de Wet op het financieel toezicht (Wft). Omdat de SKGZ is erkend als geschilleninstantie zoals bedoeld in de Wft heeft dit tot gevolg dat de Reglementen en statuten aangepast zullen worden.

2012 en verder

Het economisch tij is ongunstig. De overheid zal –meer nog dan tevoren – de kosten van de zorg in de hand willen houden. Voordat de verzekerden daar aan gewend zijn zal dit leiden, zo leert de ervaring, tot een iets hogere instroom van zaken. Daarnaast speelt het experiment met de vrije prijzen voor de tandartsen, hetgeen een zekere mate van onduidelijkheid oplevert voor de verzekerden. Ook dat zal kunnen leiden tot meer zaken. Ten slotte zal per 2013 de AWBZ worden uitgevoerd door de zorgverzekeraars. Dat zal leiden tot nieuwe vragen, en het is zaak de SKGZ voor te bereiden op deze nieuwe situatie.

Gezien het voorgaande zal 2012 vooral een jaar worden van verdere consolidatie van de kwaliteit van de processen, en van een gestage uitbouw. Het bestuur spreekt de hoop en de verwachting uit dat de in 2006 ingezette lijn ook dit jaar kan worden voortgezet.

Zeist, maart 2012

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

1 Algemene voortgang



Inleiding

Dit is het zesde 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 en Consumenten Federatie (NPCF).

Het doel van de SKGZ is het onpartijdig faciliteren van verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars bij het voorkomen en beëindigen van een eventuele onenigheid op het terrein ziektekostenverzekeringen. Dit gebeurt door voorlichting, bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of bindende advisering door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Met het begrip 'verzekeringsconsumenten' wordt bedoeld op de (aspirant-) verzekerden en verzekeringnemers. Onder 'ziektekostenverzekeraars' worden verstaan 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).

De SKGZ kent, naast het bestuur, als organen de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. In het verslagjaar fungeerde mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy als Ombudsman Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen werd voorgezeten door de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo, en bestond daarnaast uit de leden de heer mr. drs. P.J.J. Vonk, mevrouw mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en de heer mr. H.P.C. van Dijk.

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

- 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 Van Brunshot was in het jaar 2011 aftredend en herbenoembaar. Het bestuur van de SKGZ is verheugd dat de heer Van Brunshot voor herbenoeming beschikbaar was en dat hij ook de komende vier jaren zitting zal hebben in het bestuur van de SKGZ.

De heer C.J. van Kranenburg MA is directeur van de SKGZ. Hij is verantwoordelijk voor het functioneren van de organisatie en het vertegenwoordigen daarvan.





Toename aantal klachten en geschillen

In 2011 is aantal klachten toegenomen met 6% ten opzichte van 2010. Het aantal geschillen is toegenomen met 4%. 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. Ter financiering van de behandeling van klachten en geschillen welke voortkomen uit deze regeling heeft de SKGZ voor de jaren 2009, 2010 en 2011 een projectsubsidie ontvangen van het Ministerie van VWS. Deze subsidie zou oorspronkelijk aflopen per 1 april 2011. Daar er zich nog steeds zaken aandienden vanuit het 'stuwmeer' (personen die reeds per 1 september 2009 een betalingsachterstand hadden), is de subsidieregeling verlengd tot 1 november 2011. In 2011 zijn er zo'n 150 geschillen en 45 klachten ingediend die onder de subsidieregeling vallen.

Commissie 'de Wit' en de SKGZ

In 2011 werd door de Tweede kamer verder gesproken over de aanbevelingen van de commissie 'de Wit', zoals opgenomen in haar rapport "Verloren krediet". Deze commissie heeft onderzoek gedaan naar het ontstaan en de aanpak van de zogenoemde 'woekerpolis-affaire'. In het verlengde hiervan heeft de minister besloten tot aanpassing van de Wet Financieel Toezicht (Wft) en het BGFO. Deze wijzigingen worden in 2012 verwacht, en kunnen ook voor de SKGZ gevolgen hebben. Het gaat hierbij vooral om het bevorderen van de onafhankelijkheid van instellingen zoals de SKGZ ten opzichte van de sector waarbinnen zij hun activiteiten uitvoeren. Naar het zich laat aanzien zal de SKGZ met beperkte aanpassingen haar werkzaamheden onder de gewijzigde regelgeving kunnen voortzetten.

Digitalisering systemen SKGZ

Gezien de genoemde onduidelijkheden in wet- regelgeving die vanaf begin 2011 speelden naar aanleiding van de commissie 'De Wit' is in 2011 afgezien van het voorgenomen investeren in nieuwe software. Er was een reëel risico dat deze investeringen zinloos zouden blijken door eventuele

ingrijpende nieuwe regelgeving. De aanpassingen staan thans gepland voor 2012. Deze moeten leiden tot stabiele digitale dossiervorming, zodat de veiligheid van de aanwezige stukken is gewaarborgd en de communicatie met partijen en het CVZ nog vlotter kan verlopen.

Communicatie

Websites

In het verslagjaar is de website www.skgz.nl verder geoptimaliseerd. Opvallendste verandering was het toevoegen van een informatiefilmpje op de homepage. In dit filmpje wordt in zes minuten uitgelegd hoe de SKGZ haar werk doet. Daarnaast is er meer inhoudelijke informatie opgenomen over zowel de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, als de geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Het online klachtenformulier, waarmee is gestart in 2010 blijkt in een behoefte te voorzien: zo'n 1200 mensen maakten in 2011 van deze mogelijkheid gebruik.

Ook is de site www.kpzv.nl, waarop de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen worden gepubliceerd, voortdurend geactualiseerd. Het streven om de bindende adviezen binnen twee weken na ondertekening daarvan anoniem op de site te hebben geplaatst wordt ruimschoots gehaald.

Beide sites zijn in het jaar 2011 in totaal zo'n 90.000 keer bezocht. De gemiddelde verblijfsduur was 3 tot 3,5 minuut per bezoek.

Congres

In oktober 2011 organiseerde de SKGZ haar jaarlijkse congres, ditmaal onder de noemer "Vijf jaar Zorgverzekeringswet: de verzekerde patiënt centraal!" Inleidingen werden verzorgd vanuit de kring van de NPCF, het Ministerie van VWS, de SKGZ en de ziektekostenverzekeraars. Een goed bezochte bijeenkomst (zo'n 200 personen uit de wereld van de ziektekostenverzekeraars, de consumenten- en patiëntenwereld en de overheid), die naast het doel van kennisoverdracht ook een duidelijke netwerkfunctie heeft. Ook uit de evaluaties bleek een goede waardering, voorts werden door de bezoekers onderwerpen aangereikt voor een in 2012 te houden congres.

Nieuwsbrief

In 2011 is tweemaal de nieuwsbrief van de SKGZ met de titel "Klacht en Geschi" verschenen. De oplage van de nieuwsbrief was 750 stuks en deze is verstuurd naar iedereen waarmee de SKGZ contact onderhoudt, dat wil

zeggen ziektekostenverzekeraars, patiëntenverenigingen, overheidsorganisaties, organisaties voor rechtsbijstand, etc.

Informatieverstrekking

Ook in het jaar 2011 heeft de SKGZ gefungeerd als vraagbaak. In het verslagjaar werd de SKGZ zo'n 9.000 keer gebeld (8.500 in 2010) en werden 792 verzoeken om informatie per post geregistreerd. Verder werden 2.984 e-mails met informatieve vragen beantwoord (2.436 in 2010). Eén en ander betekent een verzwaring van de werklust voor het bureau, vooral omdat de organisatie hoge eisen stelt aan de kwaliteit van de beantwoording van (telefonische) vragen. De SKGZ streeft ernaar iedereen die om informatie verzoekt een goed antwoord te geven, of te verwijzen naar de juiste instantie. Daarom werd in 2011 een telefoontraining georganiseerd, met als doel het persoonlijk én effectief afwikkelen van telefoonverkeer.

Klanttevredenheidsonderzoeken

In 2011 is de SKGZ gestart met het uitvoeren van klanttevredenheidsonderzoeken. Deze richten zich op de procesgang en de mogelijke verbeteringen daarin. De respons op de vragenlijsten was goed. De reacties geven geregeld stof tot nadenken en verbetering, bijvoorbeeld ten aanzien van de leesbaarheid van brieven. Deze klanttevredenheidsonderzoeken worden gecontinueerd.

Externe contacten

De SKGZ heeft als doelgroepen de tientallen ziektekostenverzekeraars/labels enerzijds en de ongeveer 16 miljoen consumenten anderzijds. Hiervoor is al beschreven hoe de SKGZ deze groepen bedient. Hiernaast onderhoudt de SKGZ op verschillende niveaus contacten met andere spelers in het veld.

Allereerst kan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in dit kader worden genoemd. 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 individuele zaken over verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Tot slot is het CVZ 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 Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze organisatie 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 ad-hoc karakter.

In 2011 zijn er diverse contacten geweest met de NPCF, de andere oprichtende organisatie, op directieniveau. Daarnaast vindt er geregeld afstemming plaats over 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 er in 2011 op ambtelijk niveau regelmatig contact geweest. Deze contacten stonden in het teken van informatie uitwisseling, met name in het kader van de wanbetalersregeling. Ook op bestuurlijk niveau was er overleg. Deze overleggen zijn in 2011 door het ministerie geformaliseerd.

In 2011 zijn er ook diverse contacten geweest met het Ministerie van Financiën, dit in het kader van de eerder genoemde parlementaire behandeling van de aanbevelingen van de commissie 'De Wit'.

Eigen functioneren

De SKGZ meent dat ook kritisch moet worden gekeken naar het eigen functioneren. De in 2011 ingevoerde klanttevredenheidsonderzoeken vormen een belangrijke informatiebron. Daarnaast kan ook een bij het bestuur of de directie ingediende klacht aanleiding zijn tot het doorvoeren van veranderingen. 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 in dit verband dat het bestuur en de directie statutair en reglementair niet kunnen treden in de inhoudelijke aspecten van een zaak. Daarmee zouden zij immers afbreuk doen aan onafhankelijke positie van de Ombudsman Zorgverzekering en de Geschillencommissie Zorgverzekering.

2011: een enerverend jaar

Voor bestuur, leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Ombudsman Zorgverzekeringen, directie en medewerkers van de SKGZ was het jaar 2011 een enerverend jaar met veel veranderingen en vernieuwingen. Veel aandacht is besteed aan deskundigheidsbevordering en servicegerichtheid. Wij zijn ons er van bewust dat verandering de enige constante factor is, ook voor de SKGZ.



2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers

Het doel van de SKGZ is het onpartijdig faciliteren van verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars bij het voorkomen en beëindigen van een onenigheid. Dit gebeurt door voorlichting, bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of bindende advisering door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de cijfermatige kant van een en ander: hoeveel klachten, geschillen en informatieverzoeken zijn er door de SKGZ behandeld in het jaar 2011? Deze cijfers dienen uiteraard gelezen te worden tegen de achtergrond van het aantal verzekerde prestaties per jaar: dat zijn er honderden miljoenen. Het aantal zaken dat de SKGZ bereikt is in dat perspectief beperkt: enkele duizenden. Dat betekent dat de verzekerden veelal na de interne klachtprocedure bij de verzekeraar geen aanleiding zien hun zaak alsnog aan de SKGZ voor te leggen, hoewel de verzekeraars de verzekerden op die mogelijkheid wel attent maken.

Toename informatieverzoeken

De in 2009 en 2010 gesignaleerde toename van informatieverzoeken heeft zich ook in 2011 voortgezet. Een deel daarvan is terug te voeren op de 'wanbetalersregeling': deze regeling is kennelijk complex. Daarnaast is er sprake van een autonome groei, waarvoor geen eenduidige verklaring te geven is, anders dan de toenemende naamsbekendheid van de SKGZ.

Schriftelijke informatieverzoeken en informatieverzoeken per e-mail.

Onder de 792 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.



De daling van het aantal schriftelijke informatieverzoeken is overigens vooral een verschuiving naar de categorie 'informatieverzoeken per e-mail'.

Telefonische informatieverzoeken

Het aantal telefonische informatieverzoeken is ook in 2011 weer toegenomen met ongeveer drie procent. Na een extreme stijging in 2010 (van 5358 naar 8629), vooral veroorzaakt door de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling vanaf begin 2010, zou een vermindering van het aantal telefoontjes in 2011 in de rede hebben gelegen. Dat bleek evenwel niet het geval. Ook in 2011 was een fors deel van het telefoonverkeer gerelateerd aan de wanbetalersregeling. Daarnaast is er sprake van een autonome groei van het telefoonverkeer. Het betreft vaak verzekeringsconsumenten die niet weten waar ze met hun klacht naartoe moeten. Betreft het een ziektekostenverzekering dan worden de 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 mail.



Inhoudelijke contacten in 2011	2011	2010
Schriftelijke informatieverzoeken	792	1.124
Telefonische informatieverzoeken	8.915	8.629
Informatieverzoeken per mail	2.984	2.436
Klachten	1.853	1.751
Geschillen	516	495
Totaal	15.060	14.435

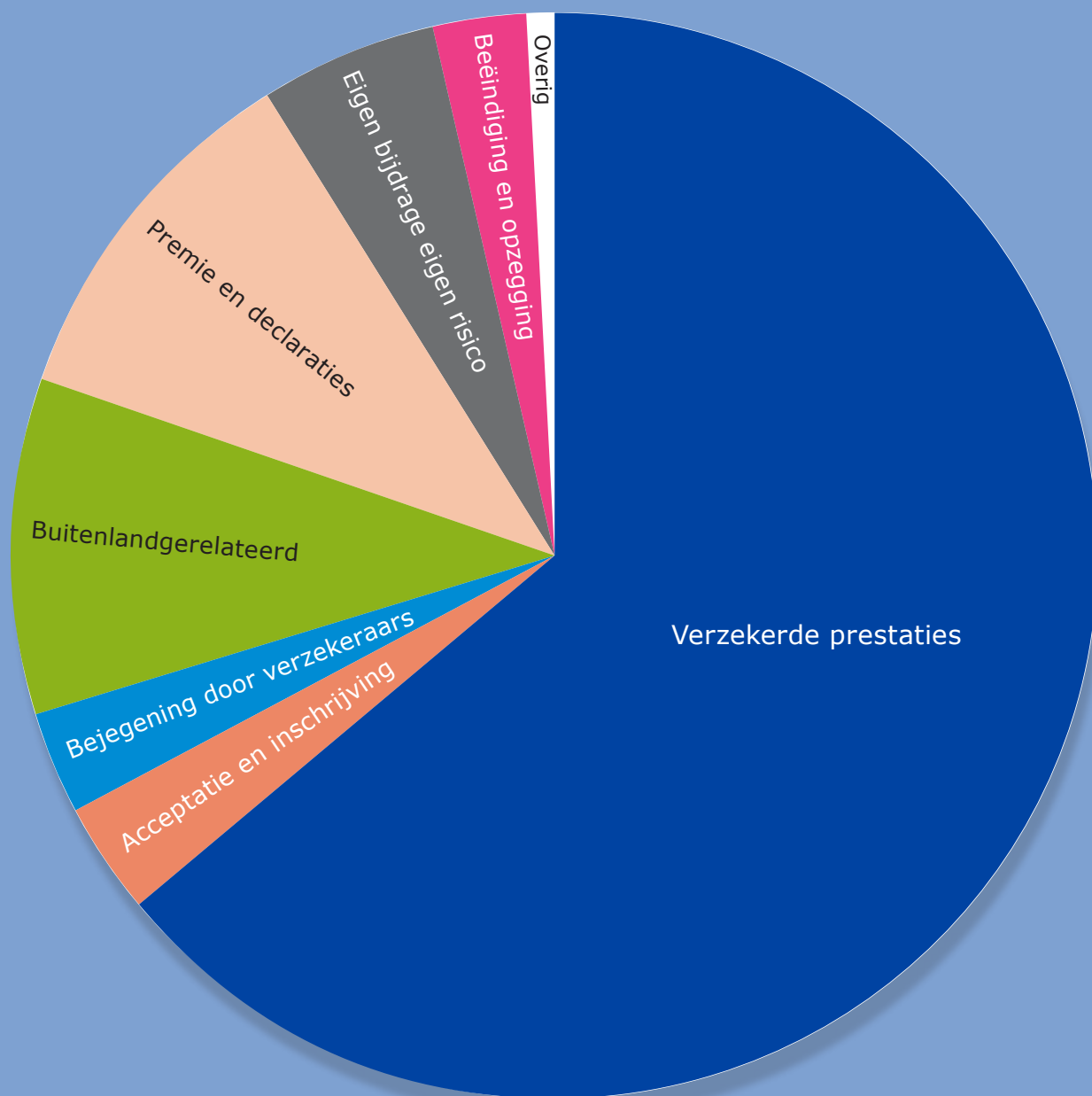
Klachten in 2011

Het beeld over 2011 wijkt slechts op enkele punten af van het beeld 2010. Opvallende stijger is het aantal zaken betreffende 'plastische chirurgie'. Het betreft hier veelal afgewezen verzoeken om vergoeding voor een bovenooglidcorrectie of een buikwandcorrectie. Voor beiden geldt dat er zeer strikte criteria voor vergoeding uit de basisverzekering gelden, waar de zorgverzekeraar aan moet toetsen. De zorgverzekeraars moeten derhalve hun verzekerden vaak teleurstellen. Verzekerden ervaren dit nogal eens als onrechtvaardig, en proberen dan via de Ombudsman of de Geschillencommissie alsnog hun gelijk te halen.

Het aantal 'verbeteringen', dat wil zeggen zaken waarin de uitkomst van de klachtprocedure voor de verzekerde positief is, is afgenomen met een zeven procent. Dit kan tot oorzaak hebben dat de zorgverzekeraars scherper op de uitgaven letten.

Klachten	2011	2010
■ Verzekerde prestaties	1188	1085
- behandelingen	212	211
- plastische chirurgie	346	237
- geneesmiddelen	70	92
- ggz	23	30
- hulpmiddelen	226	183
- tandheerkunde	199	208
- vervoer	33	63
- fysiotherapie	69	43
- diverse	10	17
■ Acceptatie en inschrijving	60	53
■ Bejegening door verzekeraars	56	48
■ Buitenlandgerelateerd	188	182
■ Premie en declaraties	200	227
■ Eigen bijdrage eigen risico	99	90
■ Beëindiging en opzegging	50	41
□ Overig	12	25
Totaal	1853	1750

Klachten in 2011



Afhandeling klachten

In 2011 zijn de klachten veelal (79%) binnen de gestelde termijn van acht 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 daarover, met redenen omkleed, geïnformeerd.

Afhandeling klachten in 2011

	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	in 2011	in 2010
ingediend	487	477	452	437	1853	1751
afgehandeld	347	417	532	577	1873	1736
gemiddelde behandeltermijn	6 weken 2 dagen	6 weken 4 dagen	6 weken 6 dagen	8 weken	7 weken	6 weken
succesvolle bemiddelingen					757 (41%)	819 (47%)

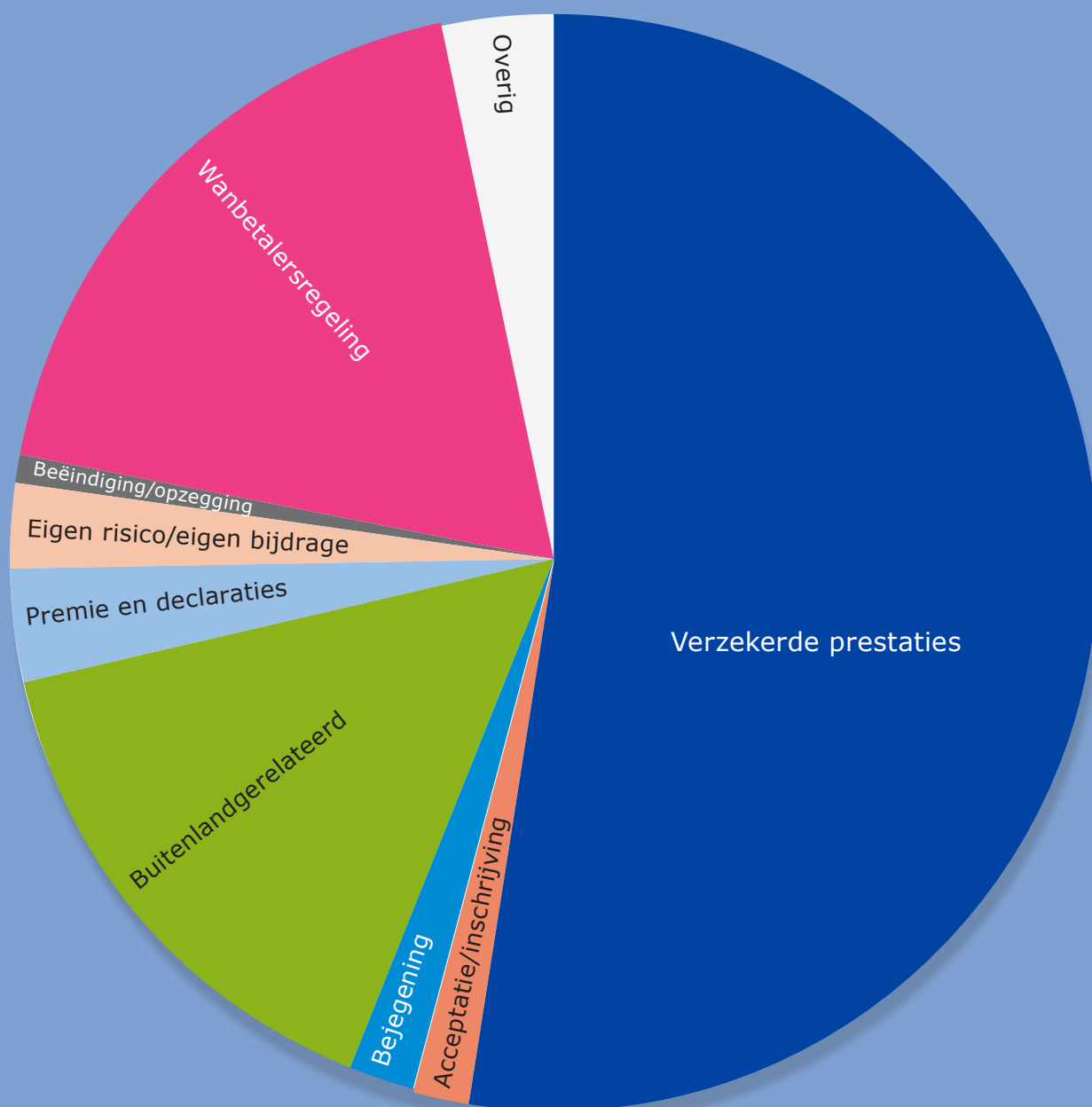


Geschillen in 2011

Het aantal geschillen is in 2011 toegenomen met vier procent ten opzichte van 2010. Er was in 2011 geen sprake van bijzondere toe- of afnames.

Geschillen	2011	2010
■ Verzekerde prestaties	271	279
- behandelingen	64	59
- plastische chirurgie	62	93
- geneesmiddelen	17	16
- GGZ	7	9
- hulpmiddelen	42	49
- tandheelkunde	51	33
- vervoer	16	12
- diverse	12	8
■ Acceptatie/inschrijving	9	6
■ Bejegening	9	8
■ Buitenlandgerelateerd	79	77
■ Premie en declaraties	18	8
■ Eigen risico/eigen bijdrage	12	6
■ Beëindiging/opzegging	4	6
■ Wanbetalersregeling	96	90
□ Overig	18	15
Totaal	516	495

Geschillen in 2011



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

Afhandeling van geschillen in 2011

Uit onderstaande tabel blijkt een afname van het aantal zaken waarin de Geschillencommissie een voor de consument positief advies heeft uitgebracht (een zogenoemde toewijzing). Het aantal geschillen is iets toegenomen.

Afhandeling geschillen 2011

	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	in 2011	in 2010
ingediend	147	105	134	129	516	495
afgehandeld	148	138	120	122	528	469
gemiddelde behandeltermijn					20 weken en 3 dagen	20 weken en 2 dagen
toewijzing bij bindend advies					60 (12%)	101 (22%)

In 2011 zijn de geschillen veelal (86%) binnen de gestelde termijn van 26 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 verzekeraars, van verzekerden en van het CVZ. Bij het overschrijden van de termijnen wordt de verzekerde daarover, met redenen omkleed, geïnformeerd.

Bovenstaande tabel geeft een beeld van de aantallen zaken waarbij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen tot een bindend advies komt. Een aantal door de consument ingediende zaken bereikt dat stadium niet.

Voor het jaar 2011 geldt het volgende beeld:

Reden van niet-behandeling door de commissie	Aantal	waarvan 'wanbetalerszaken'
Entreegeld niet voldaan	42	34
Doorgezonden naar verzekeraar wegens ontbreken van heroverweging	10	10
Verzekerde verstrekt geen/ onvoldoende informatie, waarna het dossier wordt gesloten.	72	71
Niet ontvankelijk/niet bevoegd, bijvoorbeeld het geschil wordt buiten de reglementaire termijn ingediend, of is reeds in behandeling (geweest) bij burgerlijke rechter	10	3
Verzekerde trekt zaak in voordat de Commissie toekomt aan het Bindend advies	50	23
Totaal:	184	141

3 “Kunnen we niet iets regelen?”

Over veranderingen in de maatschappij en de weerslag hiervan op de positie van de Ombudsman Zorgverzekeringen

Inleiding

Toen in 1995, op initiatief van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland, werd gestart met het instituut Ombudsman Zorgverzekeringen zag het landschap van de ziektekostenverzekeringen er nog volstrekt anders uit. Er was sprake van een groot aantal spelers, met een zeer diverse, vooral historisch bepaalde achtergrond. Aan de ene kant van het spectrum had je de sociale ziektekostenverzekeraars, de ziekenfondsen, vaak al lang geleden ontstaan op initiatief van bijvoorbeeld een bepaalde beroepsvereniging. Aan de andere kant waren er de particuliere ziektekostenverzekeraars. Voor deze verzekeraars vormde de ziektekostenbranche nog vaak een bijzaak; via de ziektekostenverzekering kon men nieuwe klanten werven voor andere lucratievere producten.

Niet alleen de achtergrond van de spelers verschilde, maar ook hun omvang. Er waren enkele grote ziekenfondsen, ontstaan na verschillende fusies in de voorafgaande jaren, die veelal ook een particuliere poot hadden. De particuliere verzekeraars van oudsher waren vaak kleinere maatschappijen.

De ziektekostenverzekeraars

In de jaren na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringwet heeft een 'shake-out' plaatsgevonden. Het overgrote deel van de Nederlandse bevolking is momenteel verzekerd bij één van de handvol grote concerns. Dat deze diverse labels voeren, alsmede verschillende producten, en dat zij gebruik maken van alle mogelijke distributiekanaalen, maakt de feitelijke situatie niet anders; vergeleken met 1996 is het aantal spelers sterk afgenomen.

Ook binnen de bedrijven hebben in de voorbije jaren grote veranderingen plaatsgevonden. Veel verzekeraars kiezen er inmiddels voor de consumenten geen rechtstreeks contact te laten hebben met de medewerkers van de backoffice; de gesprekken verlopen in dat geval via een – soms extern – callcenter. Dit 'opknippen' van het proces



levert weliswaar efficiencywinst op, maar leidt er tevens toe dat vrijwel niemand het volledige overzicht meer heeft. Mede door de uitstroom van werknemers is al veel (allround) kennis verdwenen. Voor zover de kennis er binnen de organisatie wel is, is deze specifiek en geconcentreerd op bepaalde afdelingen. Ook de behandeling van klachten en geschillen is steeds vaker op deze wijze ingericht. Zaken komen binnen op één afdeling, of zij nu betrekking hebben op de aanmelding als verzekerde, de premie of declaraties. Voorts kan met betrekking tot de verzekeraars worden geconstateerd dat ten aanzien van onverplichte vergoedingen meer en meer beleid wordt geformuleerd, met name omdat de verzekeraars bevreesd zijn voor willekeur en precedentwerking.

De consumenten

Niet alleen aan de kant van de ziektekostenverzekeraars is de wereld veranderd, ook bij de consumenten is sprake geweest van bepaalde ontwikkelingen die in dit kader moeten worden benoemd.

Zo kan worden vastgesteld dat de consumentenmacht sterk is toegenomen. In de eerste plaats is de positie van de consument in de afgelopen jaren door de wetgever versterkt. Deze ontwikkeling is overigens al ver vóór de instelling van de Ombudsman Zorgverzekeringen aangevangen. Als ijkpunten kunnen worden genoemd de totstandkoming van de Richtlijn inzake oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten, de inwerkingtreding van afdeling 3 van Boek 6 BW, de wijziging van artikel 6:238 BW, en de totstandkoming van de regelgeving met betrekking tot koop op afstand. Voorts is er de niet te onderschatten invloed van de media, die sinds 1996 sterk is toegenomen. Bekend zijn de consumentenprogramma's als Kassa! en Radar. Mede door de media is bij veel consumenten ook de notie ontstaan dat alles in het leven maakbaar is. Denk bijvoorbeeld aan de zogenoemde 'make-over'-programma's. Hierin wordt de indruk gewekt dat men – desgewenst – iedere plastisch-chirurgische of tandheelkundige behandeling kan ondergaan. Wie voor de kosten hiervan opdraait blijft helaas in deze programma's in het midden.

In meer algemene zin zijn consumenten minder dan voorheen bereid 'nee' te accepteren of eigen fouten te erkennen. Velen hebben een rechtsbijstandverzekering, en zo niet, dan zijn er verschillende organisaties die op een andere basis juridische ondersteuning bieden.

De hiervoor benoemde ontwikkeling heeft ook een ander kantje dat vermeldenswaard is, namelijk dat consumenten zich minder snel neerleggen

bij het oordeel van de zorgverlener. Gevolg hiervan is een toename van het aantal second opinions. Steeds vaker komt het voor dat men, al dan niet in vervolg daarop, kiest voor behandeling in het buitenland. Binnen de Europese Unie maakt de Verordening 883/2004, die met ingang van 1 mei 2010 in werking is getreden, dit ook eenvoudiger.

Positie Ombudsman

Bovenstaande ontwikkelingen – ik pretendeer overigens niet alle relevante ontwikkelingen te hebben benoemd – hebben hun weerslag op de wijze waarop de Ombudsman invulling geeft aan zijn reglementaire taak, te weten het bemiddelen bij klachten over ziektekostenverzekeringen. Zeker in de afgelopen maanden is mij gebleken dat de verwachtingen ten aanzien van de Ombudsman zowel bij de consumenten als de politiek zijn opgeschoven. Men neemt kennelijk aan dat de Ombudsman partij kiest voor de consument en deze met raad en daad bijstaat. Dit lijkt mij echter een miskennis van de functie. De Ombudsman is in de eerste plaats onafhankelijk en zo is het – althans voor de ziektekostenverzekeringen - ook in het toepasselijke reglement verwoord: *"De Ombudsman oefent zijn functie onafhankelijk en naar eigen inzicht uit. Hij zal geen instructies van wie dan ook, daaronder begrepen bestuur en directie, aangaande de behandeling en de inhoudelijke beoordeling van klachten aanvaarden."*

Wat mag de consument, in het huidige tijdsgewricht, dan wel van de Ombudsman verwachten? Duidelijk is dat de toegenomen concentratie en professionalisering in de branche de consument op achterstand hebben geplaatst, ondanks zijn sterkere positie op grond van wet- en regelgeving. Er zullen niet veel mensen bekend zijn met bijvoorbeeld de DBC-systematiek, de indicaties vermeld op Bijlage 2 van het Besluit zorgverzekeringen of de hiervoor genoemde verordening. Juist hier ligt dan ook een taak voor de Ombudsman, namelijk er voor te zorgen dat de uitgangsposities van partijen min of meer vergelijkbaar zijn. Bij de verzekeraars kan dit tot misverstanden aanleiding geven omdat dit wel wordt geïnterpreteerd als het kiezen van partij voor de consument. Die interpretatie is dus niet juist.

En de praktijk?

De titel van deze bijdrage is: "Kunnen we niet iets regelen?" Het mag duidelijk zijn dat deze vraag, die soms door verzekerden wordt gesteld, niet de wijze is waarop de bemiddeling door de Ombudsman vorm krijgt. Onder omstandigheden kan een situatie zo uitzonderlijk zijn dat een pleidooi



voor een onverplichte vergoeding nog steeds op zijn plaats is. In andere gevallen kan de conclusie zijn dat er geen ruimte is voor bemiddeling en dat het dossier moet worden gesloten. Is die ruimte er wel, dan zal - rekening houdend met de kennisachterstand bij de consument - de kwestie gemotiveerd en zo nodig voorzien van aanvullingen dezerzijds worden voorgelegd aan de betrokken verzekeraar. Teneinde tot een deugdelijke onderbouwing te komen, zijn kennis en een goede analyse van de voorgelegde problematiek onontbeerlijk. In het afgelopen jaar is hier veel in geïnvesteerd. Zo is er een interne cursus privaatrecht opgezet en is aandacht besteed aan de ontwikkelingen op Europees niveau. Ook werd een aantal colleges op het gebied van het verzekeringsrecht georganiseerd. Tot slot is onderzocht langs welke weg kan worden bewerkstelligd dat een voorgelegde kwestie goed wordt geanalyseerd en op de correcte wijze juridisch wordt geïdentificeerd.

Concluderend kan worden opgemerkt dat de wereld om ons heen verandert, en dat het zelfde geldt voor het instituut Ombudsman.

4 “Wie adviseert de adviseur?”

Een terugblik op ruim vijf jaar samenwerking met het College voor zorgverzekeringen

Inleiding

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is besloten dat de onafhankelijke geschilleninstantie ingevolge deze wet terzake van aanspraken op het verzekerde pakket geadviseerd moest worden door het CVZ. In het onderstaande artikel wordt ingegaan op deze adviesrol van het CVZ, en wordt de conclusie getrokken dat deze advisering de kwaliteit van de geschilbeslechting ten goede komt.

Historie

Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet was het uitgangspunt dat de aanspraken zouden worden ondergebracht in een private verzekeringsovereenkomst. Overwegingen die daarbij een rol speelden waren onder andere dat veel werd verwacht van marktwerking. Bovendien wilde de wetgever de burger een duidelijke eigen (financiële) verantwoordelijkheid geven. Bij een private overeenkomst past geen publiekrechtelijke rechtsbescherming. Omdat dit zou betekenen dat eventuele geschillen over de zorgverzekering ter beoordeling aan de burgerlijke rechter zouden moeten worden voorgelegd – met de daaraan verbonden kosten – bedacht de wetgever dat de zorgverzekeraars ervoor zorg zouden moeten dragen dat hun verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. En aldus is geschied, want met ingang van 1 januari 2006 bestaat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Eén van de organen van deze stichting is de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Alle op de Nederlandse markt actieve ziektekostenverzekeraars zijn aangesloten bij de SKGZ en voldoen aldus aan het bepaalde in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet. Voor zover deze verzekeraars aanvullende ziektekostenverzekeringen aanbieden voldoen zij tevens aan de verplichting tot aansluiting bij een erkende geschilleninstantie als bedoeld in het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen wft. Dit laatste valt buiten het bestek van deze bijdrage.



Bij de behandeling van het toenmalige wetsvoorstel bleek bij sommige politieke partijen enige huiver te bestaan voor de door de wetgever voorgestelde vorm van geschilbeslechting. Men vertrouwde de zorgverzekeraars de behandeling van geschillen toch niet geheel toe. Bovendien zou het College voor Zorgverzekeringen een belangrijke bron van informatie kwijtraken indien hier de tot dan bestaande adviestaak zou worden weggehaald. Informatie die vooral van belang zou kunnen zijn uit hoofde van de functie van pakketbeheerder in het kader van de Zorgverzekeringswet en die van adviseur van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De oplossing die uiteindelijk werd gevonden was dat de onafhankelijke geschilleninstantie bij geschillen over verzekerde prestaties advies zou moeten vragen bij het College voor zorgverzekeringen. Deze verplichte advisering is thans geregeld in artikel 114, lid 3 van de Zorgverzekeringswet.

Rolverdeling

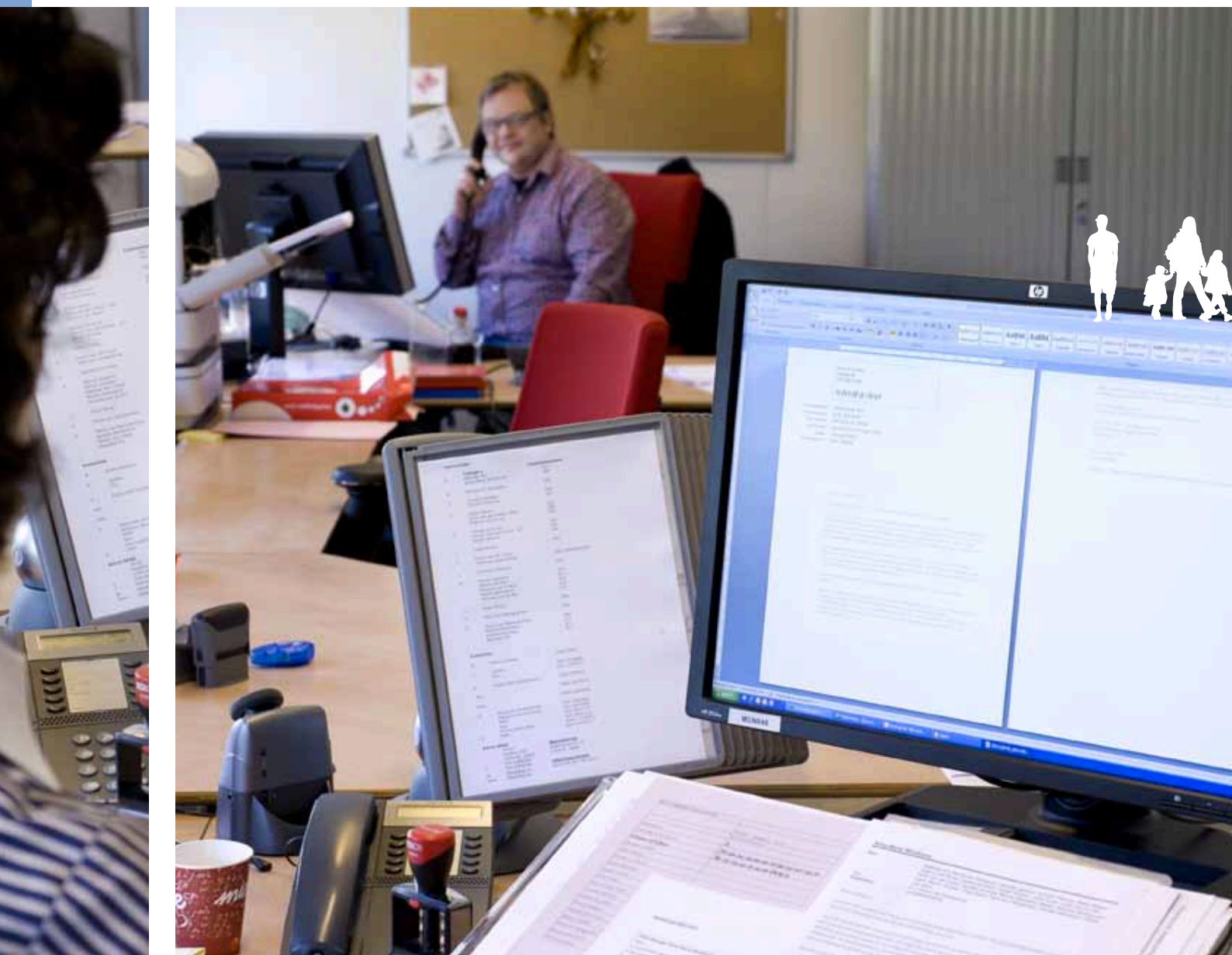
In de afgelopen jaren heeft de Geschillencommissie vele honderden adviesaanvragen gedaan. Terugkijkend kan worden geconstateerd dat de commissie het advies van het College voor zorgverzekeringen veelvuldig heeft gevolgd. Er is intussen ook een duidelijke taakverdeling ontwikkeld. Het college kijkt of is voldaan aan het criterium 'plegen te bieden' onderscheidenlijk 'stand van de wetenschap en praktijk', en gaat na of een indicatie aanwezig is en of aan de formele vereisten, zoals bijvoorbeeld een verwijzing, is voldaan. De commissie neemt kennis van het advies, toetst de doelmatigheid marginaal en gaat na of op grond van het privaatrecht aanleiding bestaat om van het advies af te wijken. Indien aan de orde beoordeelt de commissie ook eventuele aanspraken uit hoofde van verordeningen en verdragen.

Wanneer wordt het advies gevolgd?

Met betrekking tot het criterium 'plegen te bieden', heeft de commissie tot op heden nooit reden gehad af te wijken van de adviezen van het college. Waar het gaat om de beoordeling of de zorg of dienst voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' bestond er aanvankelijk wel enige scepsis. Deze betrof overigens niet zozeer de deskundigheid van het college. Veeleer ging het om de vraag of de Evidence Based Medicine-methode wel de juiste, respectievelijk de enige maatstaf voor de beoordeling zou moeten vormen. Als de EBM-methode al zou worden toegepast, hoe zou dan moeten worden omgegaan met zorg of diensten waarnaar het onderzoek

nog gaande is? Moet die zorg of dienst dan het voordeel van de twijfel krijgen tot het tegendeel is bewezen? En wanneer pas je de EBM-methode niet toe? Veel reguliere behandelingen zijn immers nooit langs deze maatlat gelegd. Daarnaast speelden vragen als: Welke databases zijn relevant? en Welke zoekmethodiek moet worden gevolgd?

In voorkomend geval zijn al deze vragen de revue gepasseerd en gaandeweg is de commissie tot de conclusie gekomen dat bij de beoordeling of een bepaalde zorg of dienst een verzekerde prestatie vormt,



de EBM-methode, zoals deze door het College voor zorgverzekeringen wordt toegepast, voornamelijk de meest werkbaar is.

Met betrekking tot de zaak van het tweede cochleair implantaat is in de literatuur wel eens gesuggereerd dat de commissie had kunnen oordelen dat deze zorg conform de 'stand van de wetenschap en praktijk' is, en daarmee een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Ik deel die mening niet. Wetenschappelijk bewijs van voldoende niveau ontbrak en ten aanzien van de mate van acceptatie in de praktijk bestond geen eenduidig beeld. Het gegeven dat in een bepaald ziekenhuis al enkele jaren voor eigen rekening tweede CI's bij kinderen werden geplaatst was weliswaar opmerkelijk, maar onvoldoende om tot eerder genoemd oordeel te kunnen komen. Er bestond dan ook geen reden op dit punt af te wijken van het advies van het college. Omdat onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden zou leiden tot een uitkomst die naar het oordeel van de commissie onaanvaardbaar was, werd een oplossing gevonden via het privaatrecht.



In enkele gevallen was sprake van voortschrijdend inzicht bij het College voor zorgverzekeringen. Bepaalde vormen van zorg hadden in het verleden het voordeel van de twijfel gekregen en werden beschouwd als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Bij hernieuwd onderzoek bleek de betreffende zorg toch niet te voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ik noem in dit verband de TACE-behandeling bij sommige indicaties, bepaalde endoscopische rugoperaties, en de Ness Handmaster. Deze 'uitstroom'-zaken zijn lastig, niet alleen omdat de betreffende zorg of dienst al een plaats heeft gekregen in het verzekerde pakket en hiermee ook de praktijk, maar ook omdat het voorgelegde geschil, dat meestal over een ander aspect gaat (zoals over de hoogte van de verleende vergoeding), de aanleiding vormt voor de beoordeling. Dat verzekerde prestaties niet alleen kunnen 'instromen' maar ook 'uitstromen' is echter inherent aan de door de wetgever gemaakte keuze. In voorkomend geval volgde de commissie het advies van het college, ook in de 'instroom'-zaken. Ik noem bijvoorbeeld de MOM-prothese. De beoordeling van de indicatie is meestal meer medisch dan juridisch van aard. Hoewel de commissie intussen een arts onder haar leden telt, dient te worden erkend dat vooral op dit onderdeel de toegevoegde waarde van de advisering groot is. Dit geldt ook voor die gevallen waarin, in vervolg op de beoordeling van de indicatie, de vraag naar de toepasselijke DBC-code aan de orde komt. In de voorbije jaren werd op dit onderdeel dan ook zelden of niet van de adviezen afgeweken.

Dan is er nog het punt van de formele vereisten. Te denken valt aan het vereiste van voorafgaande toestemming of van een – gerichte – verwijzing. De rol van het College voor zorgverzekeringen blijft op dit punt in het algemeen beperkt tot het enkel constateren dat aan één of meer van deze vereisten niet is voldaan. Slechts in een enkel geval speelde de beoordeling van de verwijzing zelve een rol. Geconstateerd kan worden dat de standpunten van het college en de commissie hier eigenlijk nooit uiteenlopen.

Ten aanzien van de doelmatigheid wordt door het College voor zorgverzekeringen soms een enkele opmerking geplaatst. De wetgever heeft de beoordeling van de doelmatigheid echter aan de zorgverzekeraars gelaten, zodat de commissie – als gezegd – slechts een marginale toetsing toekomt.

Wanneer is er reden tot afwijking?

Het voorgaande neemt niet weg dat de Geschillencommissie in een aantal zaken toch afwijkt van het advies van het college. Een belangrijke reden om af te wijken kan zijn dat de verzekeraar heeft nagelaten een essentieel punt niet op te voeren als reden van afwijzing. Indien bijvoorbeeld een verzekeraar zich tot en met de behandeling ter zitting enkel beroept op het ontbreken van een verwijzing, terwijl de zorg of dienst geen verzekerde prestatie vormt of een indicatie ontbreekt, dan zal toewijzing volgen indien aan genoemd formeel vereiste blijkt te zijn voldaan. Dergelijke gevallen zijn schaars.

Genoemd werd al de zaak van het tweede CI. Bekend zijn ook de zaken over de plaatsing van borstprothesen bij aplasie en man-vrouw transseksuelen. De commissie oordeelde in die gevallen dat de situatie van betrokkenen vergelijkbaar was met die van vrouwen die een mamma-amputatie hebben ondergaan. In dit geval deed de wetgever wat mag worden verwacht indien de rechtspraak in een richting gaat die door hem als niet gewenst wordt beschouwd, te weten aanpassing van de regelgeving. Een andere reden om af te wijken van het advies van het college, kan gelegen zijn in een zijdens de verzekeraar gedane mondelinge dan wel telefonische toezegging of een andere uiting, zoals een mailbericht, brief of afgegeven machtiging.

Door de commissie wordt overigens niet snel aangenomen dat toepassing van een bepaling in de zorgverzekering in het specifieke geval naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit geldt

evenzeer voor een beroep op de contra-proferentemregel, zoals verwoord in artikel 6:238 lid 2 BW.

Zoals hiervoor werd aangestipt, heeft het College voor zorgverzekeringen geen bemoeienis met de aanspraken die eventueel op grond van verordening of verdrag bestaan. In een eerder jaarverslag ben ik al op deze materie uitgebreid ingegaan.

Besluit

De ervaringen van de afgelopen jaren beschouwend, moet de conclusie zijn dat de wetgever destijds een goede keuze heeft gemaakt door het College voor zorgverzekeringen aan te wijzen als adviseur van de commissie. Een andere conclusie is dat de reserve die bij de politiek duidelijk aanwezig was ten aanzien van de instelling van een onafhankelijke instantie door de verzekeraars ongegrond is gebleken. Immers, in die gevallen waarin door de commissie werd afgeweken van het advies van het college was dit steeds ten faveure van de verzekeringnemer of verzekerde.

Ik besluit met het uitspreken van de hoop en de verwachting dat de commissie ook in de komende jaren een beroep mag blijven doen op de bij het College voor zorgverzekeringen aanwezige deskundigheid.

5 Vooruitblik

Het jaar 2012 belooft een jaar te worden waarin het nodige staat te gebeuren. Onderstaand een impressie van de ontwikkelingen die op dit moment enigzins te voorzien zijn. De consequenties voor de organisatie zijn min of meer inzichtelijk. Daarnaast leert de ervaring dat er ook niet te voorziene ontwikkelingen zullen zijn. We verwachten weer een boeiend jaar!

Onverzekerdenwetgeving

De onverzekerdenwetgeving is in 2011 geïmplementeerd. De eerste verzekerden die, ondanks herhaalde aanmaningen daartoe, nog geen zorgverzekering hebben gesloten, zijn met ingang van 1 februari 2012 door het CVZ ondergebracht bij een zorgverzekeraar. Onduidelijk is nog of de uitvoering van de nieuwe regeling tot klachten en geschillen zal leiden. Wel valt nu reeds te voorzien dat, met het oog op de gekozen ingangsdatum problemen kunnen rijzen met betrekking tot de – gewenste – beëindiging per ultimo 2012.

Wanbetalersregeling

De Tweede Kamer is begin 2012 met de Minister van VWS in debat geweest over de werking en de effecten van de 'wanbetalersregeling' in de Zvw. Uit dit overleg is naar voren gekomen dat de uitvoering op punten zal worden aangepast. Het is thans niet te overzien of deze aanpassingen zullen leiden tot extra zaken.

Digitalisering SKGZ-processen

Naar het zich laat aanzien zal 2012 voor de SKGZ het jaar worden 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 zijn betrokken. Gevolgen van deze ontwikkeling voor die andere partijen voorzien wij eerst in 2013. Het blijft voor verzekerden en verzekeraars uiteraard ook in de toekomst mogelijk op papier met de SKGZ te corresponderen.



Kwaliteitsbewaking

In 2011 is gestart met de klanttevredenheidsonderzoeken. Deze zullen in 2012 worden gecontinueerd. Reeds langer worden de – zeldzame – klachten over het functioneren van de SKGZ ook gezien als signalen om onze processen te verbeteren. Daar gaan we uiteraard mee door. Los hiervan is met enige regelmaat sprake van het evalueren en zo nodig herzien van de interne processen. De te verwachten aanpassingen in de Wft en het Besluit Gedragstoezicht Financiële Ondernemingen in 2012 zullen een extra aanleiding betekenen om de kwaliteit van het werk systematisch te meten en aan te passen.

Wijzigingen in statuten en reglementen van de SKGZ

Ten gevolge van de reeds genoemde te verwachten wijzigingen in de Wft en het BGFO zullen waarschijnlijk de statuten en de reglementen van de SKGZ in de loop van 2012 moeten worden aangepast. Deze wijzigingen kunnen gevolgen hebben voor de processen en procedures.

Per 2013 uitvoering AWBZ door de zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zullen per 1 januari 2013 ook de AWBZ gaan uitvoeren voor de eigen verzekerden. Het onderscheid tussen AWBZ en Zvw zal daardoor in de waarneming van de verzekerden wegvallen. Ook thans wordt de SKGZ met regelmaat geconfronteerd met zaken waarin een samenloop van AWBZ en Zvw aanspraken speelt. De AWBZ is evenwel publiekrechtelijk van aard, en kent een andere rechtsbescherming (bezwaarprocedure gebaseerd op de Algemene wet bestuursrecht) dan de Zvw. De SKGZ zal de ontwikkelingen in 2012 blijven volgen, om goed voorbereid te zijn op deze nieuwe situatie.

6 Financiële gegevens

Staat van baten & lasten over 2011

	uitkomst	begroot	uitkomst
	2011	2011	2010
	€	€	€
Baten			
Bijdrage zorgverzekeraars	1.409.415	1.410.500	1.402.741
Subsidie Ministerie van VWS	294.934	321.629	404.155
Bijdrage geschillen	17.057	23.458	17.020
Rente	26.714	20.000	42.096
Totale baten	1.748.120	1.775.587	1.866.012
Lasten			
Personeelskosten	1.183.413	1.139.938	1.099.962
Afschrijvingen op materiële vaste activa	31.854	27.845	29.907
Overige lasten			
- Bestuur, geschillencommissie, ombudsman	357.989	406.919	314.371
- Huisvesting en automatisering	170.571	313.027	213.306
- Bureaunkosten	105.740	103.209	87.662
- Profilering en communicatie	69.822	132.649	110.941
- Overige stichtingskosten	7.542	11.500	2.850
- Onvoorzien	-	40.000	-
	711.664	1.007.304	729.130
Totale lasten	1.926.931	2.175.087	1.858.999
SALDO	-178.811	-399.500	7.013



Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het nadelig saldo 2011 gegeven:

- ten laste van de bestemmingsreserve automatisering	-20.809
- ten laste van de algemene reserve	-158.002
	<hr/> -178.811



Balans per 31 december 2011 na bestemming saldo van baten en lasten

	31-12-2011 €	31-12-2010 €
Actief		
Vaste activa		
Materiële vaste activa	13.824	42.178
Vlottende activa		
Vorderingen		
Belastingen en premies sociale verzekeringen	28.611	
Rente	17.497	26.873
Overige vorderingen en overlopende activa	5.859	229
	51.967	27.102
Liquide middelen	896.872	1.131.591
	962.663	1.200.871

	31-12-2011	31-12-2010
	€	€
Passief		
Eigen vermogen		
Vrij besteedbaar vermogen	747.345	926.156
Voorziening		
Jubileum uitkeringen	13.301	11.477
Kortlopende schulden		
Crediteuren	35.178	55.106
Zorgverzekeraars Nederland	51.109	57.754
Ministerie van VWS	48.422	58.595
Belastingen en premies sociale verzekeringen	-	26.236
Overige schulden en overlopende passiva	67.308	65.547
	202.017	263.238
	962.663	1.200.871

Zie voor het volledige Financieel Verslag 2000 onze website www.skgz.nl
Desgewenst kan het Financieel Verslag u ook per post worden toegezonden.

Bijlage: overzicht aangesloten ziektekostenverzekeraars

In het verslagjaar waren bij de SKGZ de navolgende ziektekostenverzekeraars aangesloten. Dit zijn alle in Nederland actieve zorgverzekeraars. Onderaan het overzicht worden tevens de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens één of meerdere 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 Zorgverzekeraar N.V.

De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V.

Delta Lloyd Zorgverzekering 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 Waarborgmaatschap-pij AZVZ U.A.

Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep,
Zorgverzekeraar U.A.

Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep,
Aanvullende Verzekering 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.

VGZ Zorgverzekeraar N. V.

VIT Organisatie B.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.

VPZ Assuradeuren B.V.



Klachtenformulier

Toelichting:
Vul dit formulier volledig en in de Nederlandse taal in. Het formulier moet worden ingevuld door degene die het probleem met zijn/haar zorgverzekeraar heeft.

1 Ik heb een klacht. Mijn gegevens zijn:

Geslacht: man vrouw

Voorletter(s): _____

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Geboortedatum: _____

E-mailadres: _____

Telefoonnummer overdag: _____

Afkortingenlijst:

AFM	Autoriteit Financiële Markten
BGFO	Besluit Gedragstoezicht Financiële Ondernemingen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Organisatie
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 zorgverzekeraars.
Wft	Wet op het financieel toezicht
Zvw	Zorgverzekeringswet

Colofon

Zeist, maart 2012.

Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Aan dit Jaarverslag werkten mee: mr. R.P. van Marwijk Kooy, prof. mr. A.I.M. van Mierlo, Ö. Bulut-Eser, mr. G.J. de Groot, mr. L.E.W. Simonse, C.J. van Kranenburg MA

Uitgave en eindredactie:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Vormgeving:

Blik grafisch ontwerp

Fotografie:

Yon GlouDEMANS Photos, Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden doormiddel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever of auteur. 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.

terug naar inhoudsopgave

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postadres: Postbus 291, 3700 AG Zeist

T 030 – 6988360, F 030 – 6988399

info@skgz.nl, www.skgz.nl



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN