

Jaarverslag 2012



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



Inhoud

Vooraf 4

1 Algemene voortgang 6

2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers 12

3 Wie verre reizen doet... 20

4 Voorkomen is – nog steeds! – beter dan genezen 26



5 Vooruitblik 32

6 Financiële gegevens 34

Bijlage: overzicht aangesloten ziektekostenverzekeraars 38



Vooraf

Een jaarverslag biedt, naast de functie van het publiek verantwoord van verrichte activiteiten en daartoe ingezette middelen, ook gelegenheid om vooruit te kijken. Daarom treft u in dit jaarverslag naast de cijfers en getallen ook juridisch inhoudelijke bijdragen aan van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Dat is op zichzelf niet nieuw; deze beschouwingen vormen immers sinds jaar en dag een essentieel onderdeel van het jaarverslag van de SKGZ. Nieuw is, en wel per 1 januari 2013, de signaleringsplicht die de SKGZ als erkende geschilleninstantie zoals bedoeld in de Wet financieel toezicht en het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen heeft aan De Nederlandsche Bank (DNB) en de Autoriteit Financiële Markten (AFM). Het jaarverslag van de SKGZ moge mede dienen ter invulling van die signaleringsplicht, naast andere activiteiten die in dat kader zullen worden ontplooid ten behoeve van de genoemde toezichthouders.

Economische ontwikkelingen

De economische vooruitzichten leiden er toe dat er moet worden gestreefd naar structurele beperking van de collectieve uitgaven, waaronder de gezondheidszorg. De Nederlandse burger, en verzekerde, lijkt dat idee

wat betreft het collectief wel te delen, maar dit betekent nog niet dat bij men zich bij een persoonlijke zorgbehoefte óók beperkingen oplegt. Hoewel de maatschappelijke discussie thans vooral gaat over de AWBZ-zorg en de WMO, speelt één en ander uiteraard ook bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Hoewel het verzekerde pakket tot op heden maar beperkt is versmald, levert dit bij de SKGZ wel extra dossiers op. Ook is het duidelijk dat de zorgverzekeraars scherp op de kosten letten, en dat ook in de toekomst zullen blijven doen. Het daarmee gepaard gaande selectief inkopen van zorg en het beëindigen van contracten tussen verzekeraars en zorgverleners betekent ook dat de verzekerden niet meer automatisch bij elke zorgverlener terecht kunnen. De ontwikkeling van het selectief inkopen zal, naar wij verwachten, in de toekomst leiden tot meer zaken die de verzekerden aan zullen brengen bij de SKGZ. Aan de andere kant zullen verzekerden, onder druk van het economische klimaat, zich inzetten om eventuele medische kosten indien mogelijk af te wentelen op de verzekeraars. Ook hierdoor zal het aantal zaken alleen maar toenemen.



Wijzigingen maken nieuwe kennis noodzakelijk

Omdat het zorgverzekeringsveld in beweging is, en ook de regelgeving verandert (zowel nationaal als europees), is het noodzakelijk de kennis binnen de SKGZ continu te actualiseren. Die kennis delen we graag, door middel van het jaarlijkse kenniscongres, en de website www.kpzv.nl waar onder meer de bindende adviezen van de Geschillencommissie worden gepubliceerd. Ook op deze wijze wordt een proactieve bijdrage geleverd aan de belangrijkste doelstelling: het onpartijdig en onafhankelijk faciliteren van partijen gericht op het beëindigen van hun verschil van mening op het terrein van ziektekostenverzekeringen.

2013 en verder

De verwachting is dat in de jaren 2013 en 2014 duidelijker zal worden welke besluiten er politiek zullen vallen ten aanzien van de bezuinigingen in de zorg. Ook zal in toenemende mate duidelijk worden op welke wijze en met welke consequenties de zorgverzekeraars invulling gaan geven aan het gericht inkopen van zorg. Gegeven dit veld bereidt de SKGZ zich voor op een blijvend groeiend aanbod van zaken, waarbij mag worden verwacht dat wetten en regels zullen veranderen. Het is een

boeiende uitdaging om hierbinnen kwalitatief hoogwaardige, onafhankelijke en onpartijdige bemiddeling en geschilbeslechting vorm te blijven geven.

Zeist, maart 2013

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



1

Algemene voortgang



Dit is het zevende 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 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 2012 is aantal klachten toegenomen met 6 % ten opzichte van 2011. Het aantal geschillen is afgenomen met 2 %. Voor de nadere analyse van de klachten en geschillen wordt u verwezen naar hoofdstuk 2: 'Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers'.

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 Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen. (Bgfo). Deze wijzigingen zijn eind 2012 door het parlement besloten, en per 1 januari 2013 van kracht geworden. Voor de SKGZ heeft dit tot gevolg gehad dat de [Reglementen van de Ombudsman Zorgverzekeringen](#)

en de [Geschillencommissie Zorgverzekeringen](#) zijn gewijzigd, evenals de [statuten van de SKGZ](#). Belangrijkste wijzigingen zijn wel het instemmingsrecht van de Minister van Financiën betreffende benoemingen van leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen en van de Ombudsman Zorgverzekeringen, en op de begroting van de SKGZ. Ook van belang is de signaleringsplicht die de SKGZ heeft met ingang van 1 januari 2013 aan de toezicht-houders Autoriteit Financiële Markten en De Nederlandsche Bank. De praktische invulling van deze meldingsplicht zal in de loop van het jaar 2013 gestalte krijgen.

Digitalisering systemen SKGZ

Gezien de genoemde onduidelijkheden in wet- en regelgeving die speelden naar aanleiding van de commissie 'De Wit' is in 2012 afgezien van het voorgenomen investeren in nieuwe software. Er was, door het uitblijven van besluitvorming over deze wet- en regelgeving een langdurig en reëel risico dat deze investeringen zinloos zouden blijken door eventuele ingrijpende nieuwe regelgeving. De aanpassingen staan thans gepland voor 2013. 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 websites www.skgz.nl geoptimaliseerd.

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.

Congres

In oktober 2012 organiseerde de SKGZ haar [jaarlijkse kenniscongres](#). Diverse sprekers van binnen en buiten de SKGZ leverden hun bijdragen: prof. Mr. J.W. van de Gronden inzake Europese regelgeving in relatie tot de Zvw, mevrouw dr. N. Jungmann over schuldenproblematiek in relatie tot de effecten van 'wanbetalersregeling' in de Zvw, en de Ombudsman Zorgverzekeringen mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy over haar waarnemingen inzake het voorgaande jaar. Ook prof. Mr. A.I.M. van Mierlo, voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, leidde een workshop inzake het nieuwe Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen, en de werking daarvan voor de SKGZ en de verzekeraars. Een goed bezochte bijeenkomst (ruim 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 2013 te houden congres.

Social Media

Social media zijn relatief nieuwe media. De SKGZ heeft daarin in 2012 voorzichtig haar weg gezocht vanwege de relatieve onbekendheid met deze media. Zo is er in 2012 een zogenaamde LinkedIn groep gelanceerd op het medium LinkedIn. Dit is vooral een zakelijk netwerk, en hiermee denkt de SKGZ een deel van de professionals op het terrein van de ziektekostenverzekeringen te bedienen. De SKGZ is



tevens present op Twitter. Dit betreft evenwel vooral een verwijfsfunctie naar de normale websites.

Informatieverstrekking aan het publiek

Ook in het jaar 2011 heeft de SKGZ gefungeerd als vraagbaak. In het verslagjaar werd de SKGZ ruim 9.000 keer gebeld, iets vaker dan in 2011, en werden 1101 verzoeken om informatie per post geregistreerd (792 in 2011). Verder werden 3.282 e-mails met informatieve vragen beantwoord (2.984 in 2011). Eén en ander betekent een verzwaaring van de werklust voor het bureau, vooral ook 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.

Klanttevredenheidsonderzoeken

Ruim de helft van de verzekerden voor wie een zaak was afgesloten in 2012 is benaderd met een vragenlijst op tal van punten waarop procesverbeteringen mogelijk zijn. De respons hierop was ruim 30%, hetgeen tot tevredenheid stemt. De reacties geven stof tot nadenken en verbetering, bijvoorbeeld ten aanzien van de leesbaarheid van brieven. Deze klanttevredenheidsonderzoeken worden in 2013 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 2012 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 is 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 2012 op ambtelijk niveau regelmatig contact geweest. Deze contacten stonden in het teken van informatie uitwisseling. In 2012 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'.

Klachten over de SKGZ

De SKGZ meent dat ook kritisch moet worden gekeken naar het eigen functioneren. Het ook in 2012 uitgevoerde klanttevredenheidsonderzoek vormt 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 door de Ombudsman Zorgverzekeringen, 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 en de Geschillencommissie.

2012: een enerverend jaar

Voor bestuur, leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Ombudsman

Zorgverzekeringen, directie en medewerkers van de SKGZ was het jaar 2012 een enerverend jaar met veel veranderingen en vernieuwingen. Veel aandacht is besteed, meer nog dan voorgaande jaren, 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 2012? 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 de voorgaande jaren gesignaleerde toename van informatieverzoeken heeft zich ook in 2012 voortgezet. Een deel daarvan is terug te voeren op de economische ontwikkeling, hetgeen leidt tot meer betalingsproblemen aan de kant van de verzekerden, waardoor verzekerden uiteindelijk in de complexe 'wanbetalersregeling' terecht komen. Ook in het verleden leidde die regeling tot veel vragen. Ook de 'Europsyche'-kwestie heeft geleid tot extra informatieverzoeken. Europsyche was een erkende zorginstelling, die kennelijk (ook) behandelingen uitvoerde die niet vielen onder het verzekerde pakket. In 2012 hebben, voor zover ons bekend, alle zorgverzekeraars hun

betalingen aan deze zorginstelling gestaakt. Daarnaast is er sprake van een autonome groei van het aantal informatieverzoeken waarvoor geen verklaring te geven is, anders dan de toenemende naamsbekendheid van de SKGZ.

Schriftelijke informatieverzoeken en informatieverzoeken per e-mail.

Onder de 1101 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.

Ten opzichte van 2011 is hier sprake van een duidelijke stijging met zo'n 40%. De helft daarvan is terug te voeren op de zogenoemde 'Europsyche'zaken. Allen die zich tot de SKGZ wendden van wie wij over een naam en een adres beschikten hebben een uitgebreide brief ontvangen waarin de juridische situatie van dat moment uitéén werd gezet. Een andere groep van enkele honderden verzekerden stuurde de SKGZ weliswaar een (vaak standaard)brief met een klacht, echter zonder vermelding van adresgegevens. Daar de SKGZ niet in staat was deze personen te antwoorden zijn deze laatste brieven niet geadministreerd als informatieverzoek.

Telefonische informatieverzoeken

Het aantal telefonische informatieverzoeken is in 2012 toegenomen met ongeveer 2 procent. Na een extreme stijging in 2010 vooral veroorzaakt

door de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling vanaf begin 2010, zou een vermindering van het aantal telefoontjes in 2011 en 2012 in de rede hebben gelegen. Dat bleek evenwel niet het geval. Ook in 2012 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.

Klachten in 2012

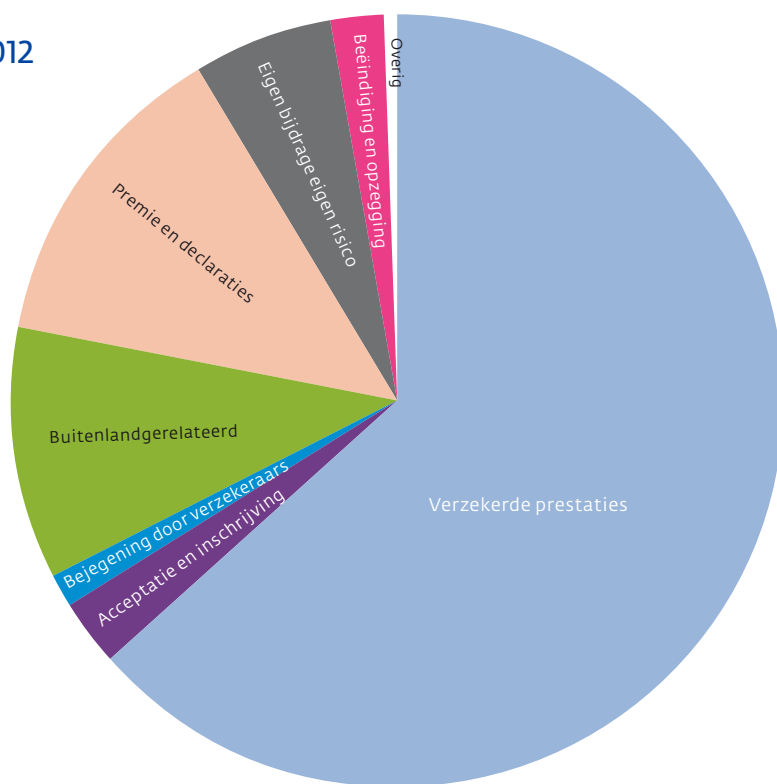
Het beeld over 2012 wijkt op een aantal punten af van het beeld 2011. Over het geheel was er sprake van een toename van 7% van het aantal klachten. Het aantal zaken over plastische chirurgie (vaak gaat het hier om behandelingen als bovenooglidcorrecties en buikwandcorrecties) is na jaren van stijging iets afgenomen in 2012. Stijgers in 2012 waren geneesmiddelen, buitenland gerelateerde zaken, premiezaken, tandheelkunde- en eigen bijdragekwesities. Op zich niet verrassend, gezien het economische tij, en het experiment in 2012 met de vrije tarieven voor de tandartsen. Nieuwe regels leiden overigens vrijwel altijd tot nieuwe zaken, omdat verzekerden deze regels nog niet voldoende kennen.

Het aantal 'verbeteringen', dat wil zeggen zaken waarin de uitkomst van de klachtprocedure voor de verzekerde positief is, is iets toegenomen.

Inhoudelijke contacten in 2011:			
	2012	2011	2010
Schriftelijke informatieverzoeken:	1.101	792	1.124
Telefonische informatieverzoeken:	9.084	8.915	8.629
Informatieverzoeken per mail:	3.282	2.984	2.436
<hr/>			
Klachten	1.975	1.853	1.751
Geschillen	491	516	495
Totaal:	15.933	15.060	14.435



Klachten 2011-2012



	2012	2011	2010
Verzekerde prestaties	1254	1188	1085
- behandelingen	206	212	211
- plastische chirurgie	305	346	237
- geneesmiddelen	114	70	92
- ggz	44	23	30
- hulpmiddelen	194	226	183
- tandheelkunde	263	199	208
- vervoer	62	33	63
- fysiotherapie	62	69	43
- diverse	4	10	17
acceptatie en inschrijving	56	60	53
bejegening door verzekeraars	27	56	48
buitenlandgerelateerd	205	188	182
premie en declaraties	263	200	227
eigen bijdrage eigen risico	120	99	90
beëindiging en opzegging	40	50	41
overig	10	12	25
Totaal	1975	1853	1750

Afhandeling klachten

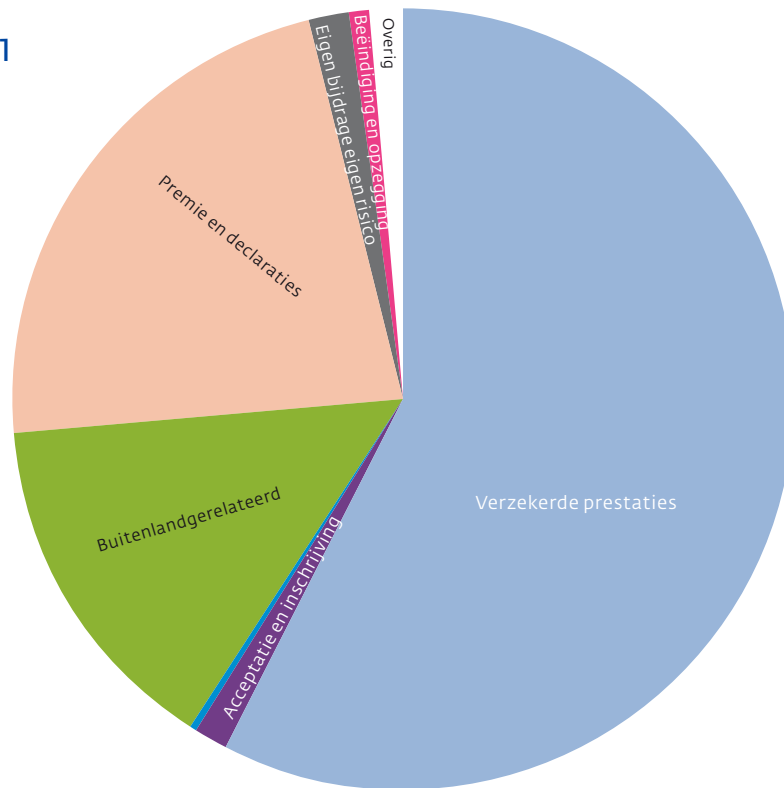
In 2012 zijn de klachten veelal (77%) binnen de gestelde termijn van acht weken afgewikkeld. De gemiddelde behandelingsduur voor de in 2012 afgewikkelde klachten was 47 dagen. Voor het behalen van de gestelde termijnen zijn de medewerkers van de SKGZ mede afhankelijk van de snelheid van reageren door 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 2012							
	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	2012	2011	2010
ingediend	519	486	441	529	1975	1853	1751
afgehandeld	556	450	424	537	1947	1873	1736
gemm behandeltermijn	6 weken 5 dagen	6 weken 1 dag	6 weken 6 dagen	7 weken 4 dagen	7 weken	7 weken	6 weken
succesvolle bemiddelingen					855 (44%)	757 (41%)	819 (47%)

Geschillen in 2012

Het aantal geschillen is in 2012 iets afgenomen ten opzichte van 2011. Er is geen sprake van opvallende wijzigingen in de aard van de zaken.

Geschillen in 2011



	2012	2011	2010
verzekerde prestaties	288	271	279
- behandelingen	73	64	59
- plastische chirurgie	65	62	93
- geneesmiddelen	20	17	16
- GGZ	8	7	9
- hulpmiddelen	47	42	49
- tandheelkunde	55	51	33
- vervoer	13	16	12
- diverse	7	12	8
acceptatie/inschrijving	6	9	6
bejegening	2	9	8
buitenlandgerelateerd	72	79	77
premiebetaling / declaraties	112	114	98
eigen risico/eigen bijdrage	9	12	6
beëindiging/opzegging	4	4	6
overig	6	18	15
totaal	491	516	495

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

een bindend advies komt. Een aantal door de consument ingediende zaken bereikt dat stadium niet. Zo trokken in 2012 63 verzekerden hun zaak in (2011 : 50) voordat de commissie tot een uitspraak kon komen.

Afhandeling van geschillen in 2012

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 afgenomen.

Afhandeling geschillen 2011							
	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	In 2012	in 2011	in 2010
ingediend	142	106	122	121	491	516	495
afgehandeld	135	120	108	126	489	528	469
gemiddelde behandeltermijn					20 weken 3 dagen	20 weken 3 dagen	20 weken 2 dagen
(gedeeltelijke) toewijzing bij bindend advies					104 (21%)	60 (12%)	101 (22%)

In 2012 zijn de geschillen veelal (79%) 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





3

Wie verre reizen doet....



**PROF. MR. A.I.M. VAN MIERLO, VOORZITTER
GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN**

Toen Odysseus op weg ging naar Troje – in het huidige Turkije – hadden hij en zijn metgezellen geen European Health Insurance Card (EHIC) of formulier N/EUR 111 bij zich. Het zou hun ook niet veel hebben geholpen. Met een aantal van zijn reisgenoten liep het sowieso niet goed af, en indien medische zorg hen nog had kunnen redden, was deze ter plaatse toch niet aanwezig.

De moderne reiziger heeft het in dat opzicht beter. Overkomt hem iets, dan kan hij vrijwel altijd terugvallen op de plaatselijke medische voorzieningen. Er zijn er ook die speciaal voor die voorzieningen naar een ander land gaan, dan wel hier als grensarbeider op zijn aangewezen. Het beschikbaar zijn van de medische zorg is dus heden ten dage dan ook bijna nooit het probleem. De vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten kan dat wel zijn.

Van de zaken die de Geschillencommissie Zorgverzekeringen ter bindende advisering krijgt voorgelegd, heeft een aanzienlijk deel betrekking op in het buitenland gemaakte zorgkosten. Voor zover het daarbij landen betreft buiten de Europese Unie, en waarmee geen – bilateraal – verdrag is gesloten, is het betrekkelijk eenvoudig. Indien aan de in de polis opgenomen eisen is voldaan, bestaat aanspraak op vergoeding van het op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, dan wel – bij ontbreken daarvan – het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Artikel 13 Zvw

Een complicatie vormt hierbij het gegeven dat de Nederlandse DBC-systematiek sterk afwijkt van de wijze waarop in andere landen zorgkosten worden berekend. Daarnaast kan een rol spelen of betrokkene een natura- dan wel restitutiepolis heeft. Immers, artikel 13 lid 1 Zvw bepaalt dat de verzekerde met een naturapolis die de zorg of andere dienst betreft bij een niet-gecontracteerde aanbieder recht heeft op “een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.” De zorgverzekeraar dient de wijze waarop hij de vergoeding berekent in zijn modelovereenkomst op te nemen (lid 2), en de wijze waarop de vergoeding wordt berekend dient voor alle verzekerden die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven gelijk te zijn (lid 4).

Rond artikel 13 Zvw is in het afgelopen jaar veel te doen geweest. Bij de totstandkoming van de wet werd al geconstateerd dat een zorgverzekeraar, op grond van het EU-recht, de vergoeding ook bij niet-noodgevallen niet zo mag vaststellen, dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in het buitenland betrekken van zorg of diensten. Daarmee zouden immers buitenlandse aanbieders ten opzichte van Nederlandse aanbieders worden gediscrimineerd, met als gevolg een niet gerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer. Verwezen werd in dit verband naar het [arrest Muller-Fauré/Van Riet \(C-385/99\)](#).

Tot op heden kent de zorgverzekering werelddekking, terwijl in de polissen geen onderscheid wordt gemaakt tussen de korting die wordt toegepast bij zorg of diensten, betrokken bij een niet-gecontracteerde aanbieder binnen of buiten de EU. Is in de voorwaarden een korting opgenomen van bijvoorbeeld 25%, dan geldt

deze derhalve in een land als Duitsland, maar ook in de VS.

Vanuit de optiek van de zorgverzekeraar is een aanpassing van artikel 13 Zvw begrijpelijk. Immers, met de inkoop van zorg of diensten op basis van volume kan een besparing worden gerealiseerd, en die winst gaat teniet indien veel verzekerden met een naturapolis toch zouden kiezen voor een niet-gecontracteerde aanbieder. De vraag is echter of een bepaling in de overeenkomst, inhoudende dat in dat geval het recht op vergoeding volledig vervalt, juridisch houdbaar is. De zorgverzekering blijft een consumentenovereenkomst en de bepalingen inzake algemene voorwaarden zijn onverkort van toepassing. De discussie over de aanpassing van artikel 13 Zvw is echter op het moment van het schrijven van dit artikel nog niet afgerond.

Verdragslanden

Is er met een bepaald land een verdrag gesloten, dan zal met name bij spoedhulp moeten worden bekeken wat het verdrag hierover bepaalt. De definitie van 'spoedhulp' kan verschillen, zodat het lastig kan zijn de aanspraken uit hoofde van het – bilaterale – verdrag af te zetten tegen de hiervoor beschreven aanspraken uit de polis. Een bijzondere positie neemt in dit verband de Zwitserse Bondsstaat in. Hoewel geen lidstaat van de Europese Unie, zijn op grond van een verdrag tussen de Europese Unie en de Zwitserse Bondsstaat de aanspraken vergelijkbaar met die welke de verzekerde heeft indien hij zich op het grondgebied van een andere EU-lidstaat bevindt. Waar het gaat om die laatste situatie, geldt het volgende.

Europese Unie

Het kan niet genoeg worden benadrukt dat de zorgverzekering – ondanks zijn 'privaatrechtelijke jasje' – wordt beschouwd als een sociale ziektekostenverzekering in het kader van de Europese wet- en regelgeving. Dit betekent met name dat de bepalingen van het VWEU en de verordeningen 883/2004 en 987/2009 van toepassing zijn.

Verordening 883/2004 onderscheidt – kort gezegd – drie 'buitenlandsituaties'. De eerste is die van de grensarbeiders en hun gezinsleden. De grensarbeider werkt in het ene land en woont in het andere. Deelname aan de sociale ziektekostenverzekering is veelal gekoppeld aan het ontvangen van loon of een loonvervangende uitkering. Dit betekent dus verzekering in het werkland. Soms zal echter zorg of een dienst worden betrokken in het woonland. De verordening regelt dat de grensarbeider zich ook kan inschrijven bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering van het woonland. In de Nederlandse situatie betekent dit dat iemand die hier te lande woont en werkt in Duitsland is verzekerd bij de Krankenkasse. Hij kan zich als grensarbeider aanmelden bij de hiertoe aangewezen Nederlandse zorgverzekeraar en bepaalt vervolgens zelf waar hij kosten declareert. Dit kan zijn bij de Krankenkasse of bij de zorgverzekeraar. Dient hij een Duitse nota in bij de zorgverzekeraar, dan zal deze worden vergoed met inachtneming van het Wmg-tarief dan wel – bij ontbreken daarvan – het marktconforme tarief. Gaat het om een naturapolis, dan kan een korting van toepassing zijn. Voor de Duitser die in Nederland werkt is de situatie spiegelbeeldig. Hij is verzekerd in Nederland; kiest hier voor een bepaalde zorgverzekeraar, en kan zich tevens aanmelden bij de Krankenkasse van zijn keuze.



'Grensarbeiders'

Rond de vergoeding van zorgkosten van grensarbeiders en hun gezinsleden doen zich weinig tot geen problemen voor. Het kan zijn dat de grensarbeider bepaalde formaliteiten niet in acht heeft genomen, waardoor hij niet de keuze heeft voor het sociale zekerheidsstelsel van het woon- of het werkland. In de meeste gevallen is de inzet van de procedure echter het verkrijgen van een aanvullende vergoeding. Hier bestaat soms ruimte voor, in die zin dat op grond van het VWEU aanvulling kan plaatsvinden tot het Nederlands tarief. Aanvulling blijft evenwel achterwege indien bijvoorbeeld geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de Zvw. Betrokkene kan dan worden geconfronteerd met aanzienlijke kosten die voor eigen rekening blijven.

Electieve zorg

De tweede buitenlandsituatie die hier moet worden benoemd is die van de electieve zorg. Hierover blijkt de nodige onduidelijkheid te bestaan. Dient een verzekerde een aanvraag in voor een geplande behandeling in een andere lidstaat, dan zal de zorgverzekeraar met die aanvraag aan de slag moeten gaan. Een verwijzing naar de voorwaarden van de zorgverzekering volstaat niet; de verzekeraar zal primair aan artikel 20 van verordening 883/2004 moeten toetsen en op de aanvraag moeten beslissen. Is die beslissing positief, dan moet een S2-formulier worden afgegeven en vindt de afwikkeling plaats via het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in de lidstaat van verblijf. Iemand die bijvoorbeeld voor een behandeling naar België wil gaan, kan het S2-formulier afgeven bij het ziekenhuis, waarna deze instelling kan declareren via de plaatselijke mutualiteit.

Afgifte van het formulier betekent overigens dat de zorgverzekeraar de bevindingen en behandelkeuzen van de arts in de andere lidstaat dient te respecteren. Anders gezegd, er ontstaat na afgifte niet een moment van 'heroverweging' van de eenmaal gegeven toestemming.

Wordt het formulier geweigerd, dan zal dit op de juiste grond moeten gebeuren, namelijk hetzij omdat geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering dan wel een indicatie voor de behandeling ontbreekt of omdat een zelfde of hiermee vergelijkbare behandeling tijdig in Nederland beschikbaar is. Wordt de beslissing gebaseerd op een onjuiste grond, dan kan dit ertoe leiden dat moet worden getarifeerd. Tarifiering houdt in dat wordt nagegaan of de zorg of dienst onder het verzekeringspakket van de lidstaat van verblijf valt, en zo ja, welke vergoeding op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering zou zijn verleend. De verzekerde heeft recht op dit bedrag of – indien dit hoger is – het Wmg-tarief dan wel het marktconforme tarief in Nederland. Indien de beslissing op de aanvraag te laat wordt genomen, wordt de toestemming geacht te zijn verleend en zal alsnog een S2-formulier moeten worden afgegeven dan wel dient te worden getarifeerd. Het is, in het kader van artikel 20 van verordening 883/2004, een misverstand te denken dat voor extramurale zorg geen toestemming hoeft te worden gevraagd aan de zorgverzekeraar (en dat dus ook geen S2-formulier hoeft te worden afgegeven). Een in dit kader gevraagde en verkregen toestemming impliceert recht op vergoeding volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf.

In het kader van de toepassing van de artikelen 56 en 59 VWEU ligt het voorgaande

anders. Daar speelt het onderscheid intra- en extramuraal wel een rol. Overigens zij hierbij opgemerkt dat dit onderscheid niet geheel correct is, aangezien het toestemmingsvereiste in dit verband ook geldt voor 'dure' extramurale behandelingen zoals in vitrofertilisatie (IVF). Iets anders is dat niet alle lidstaten tarifieren. Bekend is het voorbeeld van Spanje. Dit land tarifeert echter vanaf 1 juli 2012 ook. Gaat het om electieve zorg, dan zal, gelet op het voorgaande, steeds moeten worden begonnen met de vraag of vooraf toestemming is gevraagd. Zo ja, dan zal de weigeringsgrond worden getoetst aan de verordening en dient eventueel tarifiering plaats te vinden. Naast de verordeningsaanspraken zal moeten worden getoetst aan het VWEU. Hier is de vraag of vooraf toestemming is gevraagd relevant voor de aard van de zorg, te weten intra- of extramuraal.

Het komt wel voor dat een zorgverzekeraar weigert te tarifieren. In dat geval is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat het Nederlandse tarief op grond van de polis inderdaad het hoogste tarief is. In voorkomend geval kan de commissie niet anders dan bepalen dat de werkelijke kosten moeten worden vergoed.

EHIC-situatie

De derde 'buitenlandssituatie' uit verordening 883/2004 is die waarin de noodzaak tot het inroepen van de zorg of dienst ontstaat tijdens het verblijf in een andere lidstaat. De vergoeding zou in dit geval in theorie weinig problemen mogen opleveren indien gebruik wordt gemaakt van de EHIC. De verzekerde heeft op vertoon van deze kaart recht op vergoeding volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf. Problemen ontstaan indien de verzekerde zich wendt tot

bijvoorbeeld een privékliniek, dan wel de EHIC niet bij zich heeft of de EHIC niet door de zorgaanbieder ter plaatse wordt geaccepteerd. Artikel 25 van verordening 987/2009 kan in veel gevallen uitkomst bieden. Zo bepaalt lid 4 dat de verzekerde het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in de lidstaat van verblijf zelf kan vragen om vergoeding. Op grond van lid 5 kan hij zich ook wenden tot de zorgverzekeraar, in welk geval deze dient te tarifieren. Vermeldenswaard is verder lid 9, hierin is opgenomen dat "indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde (kan) uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient."

De commissie is een aantal malen geconfronteerd met verzekerden die bijvoorbeeld tijdens een skivakantie hoge kosten hadden moeten maken vanwege een ongeval. Het is dan enigszins teleurstellend te moeten constateren dat in een dergelijke situatie door de zorgverzekeraar geen enkel initiatief is ondernomen, zoals tarifieren of het betalen van een voorschot. Als basis voor de berekening van een dergelijk voorschot zou het Nederlands tarief kunnen worden gehanteerd. Leidt tarifiering tot een lagere vergoeding bij een rekening die hoger is dan het Nederlandse tarief, dan moet op grond van het VWEU toch worden aangevuld tot dat tarief. Is de vergoeding hoger, dan kan een aanvullende betaling worden gedaan. Is er een probleem rond de EHIC, dan zal de commissie als regel opdracht geven tot tarifiering. Laat de zorgverzekeraar na hieraan gevolg te geven, dan geldt hetgeen hiervoor al is opgemerkt bij de S2-situatie: de zorgverzekeraar heeft dan onvoldoende aannemelijk gemaakt dat het Nederlandse tarief op grond van de polis inderdaad het hoogste tarief is, en de werkelijke kosten zullen moeten worden vergoed.



Slot

Het spreekwoord luidt: “Wie verre reizen doet kan veel verhalen”. Dit gold zeker voor Odysseus, wiens belevenissen tot de wereldliteratuur zijn gaan behoren. Reizende hedendaagse verzekerden maken meestal minder avonturen mee. Moeten zij onverhoopt een beroep doen op hun verzekering tegen ziektekosten, dan kan het soms toch nog spannend worden.

Zoals uit het voorgaande mag blijken, is de kwestie van de vergoeding van de zorgkosten namelijk geen eenvoudige. Verzekeringsvoorwaarden, verdragen, VWEU en de verordeningen lopen in de praktijk door elkaar, en het onderscheid tussen natura en restitutie vormt een extra complicatie. De aangekondigde wijziging van artikel 13 Zvw zal het mogelijk nog ingewikkelder maken. Het komt mij voor dat de zorgverzekeraars hun administratieve processen – althans voor zover dit nog niet is gebeurd – hier op zouden moeten aanpassen, in die zin dat een verzekerde die naar het buitenland wil gaan voor een behandeling, dan wel in het buitenland verblijft en daar een behandeling moet ondergaan, snel de noodzakelijke duidelijkheid krijgt over de vergoeding. Nog te vaak wordt volstaan met een enkele verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden of wordt geschermd met een verplichting een melding te doen bij een alarmcentrale. Voor alle duidelijkheid: dit laatste is geen verplichting die uit het VWEU of de verordeningen voortvloeit.

Tot besluit zij opgemerkt dat de beschikbare ruimte noodzakelijkerwijs een beperking inhoudt. Om die reden zijn hiervoor alleen de belangrijkste bepalingen van het VWEU en de verordeningen op het gebied van de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels binnen de Europese Unie benoemd. Het onderwerp ‘Europa’ in ruime zin is echter een verdere bestudering zeker waard.



4

Voorkomen is
– nog steeds –
beter dan genezen



MR. R.P. VAN MARWIJK KOOY, OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN

In het kader van mijn werkzaamheden als Ombudsman Zorgverzekeringen word ik vaak geconfronteerd met zaken waarin partijen diametraal ten opzichte van elkaar staan. Gelukkig hebben beide partijen hun standpunten meestal goed onderbouwd. Het is dan de taak van de Ombudsman te beoordelen of de gehanteerde argumenten valide zijn, en zo ja wat hun gewicht is in de betreffende casus. Er zijn ook zaken waarin zonneklaar is dat de partij die de kwestie voorlegt het niet bij het juiste eind heeft. Jaarlijks worden relatief veel dossiers gesloten zonder tussenkomst door de Ombudsman. Er is dan geconcludeerd dat er geen ruimte is voor bemiddeling. Helaas komt een derde variant ook nogal eens voor, te weten die van de zaken waarin de betrokken ziektekostenverzekeraar een standpunt inneemt dat duidelijk niet in lijn is met de eigen verzekeringsvoorwaarden en/of de onderliggende wetten en regelgeving. Het is dit soort zaken dat bij verzekerden veel ergernis oproept, zeker indien de ziektekostenverzekeraar pas na uitvoerige correspondentie overstag gaat en zijn ongelijk erkent.

Bgfo: Interne klachtenbehandeling

In het [Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen](#) (Bgfo) (zijn ter uitvoering van artikel 4:17 van de Wet op het financieel toezicht (Wft), enkele bepalingen opgenomen over de interne klachtenbehandeling. Doel hiervan is (mede) het voorkomen van onnodige geschillen bij de burgerlijke rechter of een erkende geschilleninstantie. Het Wijzigingsbesluit financiële markten 2013 voorziet in een aanpassing van het Bgfo onder andere op dit punt, en het

is interessant om eens na te gaan of en in hoeverre de inzichten van de wetgever zijn gewijzigd.

Het eerste dat opvalt, is dat de term 'financiële onderneming' wordt gehanteerd. Hieronder worden onder andere verstaan 'financiële dienstverleners'. Een ziektekostenverzekeraar is – waar het gaat om het aanbieden en uitvoeren van particuliere ziektekostenverzekeringen, zoals aanvullende ziektekostenverzekeringen, buitenlandpolissen en ziektekostenverzekeringen voor mensen die hier tijdelijk verblijven, te beschouwen als financieledienstverlener. Dat daarnaast mogelijk ook zorgverzekeringen als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden aangeboden en uitgevoerd maakt dit niet anders. Integendeel, blijkt een als zorgverzekering aangeboden verzekering tegen ziektekosten niet te voldoen aan de wettelijke eisen – met name omdat de geboden dekking beperkter of juist ruimer is dan de wet toestaat – dan vervalt als het ware het predicaat zorgverzekering en blijft een 'gewone' ziektekostenverzekering over.

Procedurebeschrijving

Kennelijk acht de wetgever het van groot belang dat de interne klachtenbehandeling van de financiële onderneming goed is vastgelegd. Er moet aan de medewerkers van de onderneming namelijk een beschrijving van de te volgen procedure voor de afhandeling van de klachten beschikbaar worden gesteld.

Het is mij niet bekend of en in hoeverre dit al praktijk is bij de ziektekostenverzekeraars. Het komt mij voor dat, alvorens een dergelijke beschrijving beschikbaar te stellen, het zaak is dat binnen de organisatie wordt bepaald wat

als 'klacht' wordt aangemerkt, en wie bevoegd is deze te behandelen. Helaas komt het nog te vaak voor dat tussen betrokkene en de ziektekostenverzekeraar eerst een soort 'welles-nietes'-discussie wordt gevoerd, tot het moment waarop de directie of de klachtenafdeling bij de zaak wordt betrokken. Dit kan worden voorkomen door intern goede afspraken te maken en vast te leggen wat wordt beschouwd als een verzoek om informatie en wat als een klacht, en wie deze laatste mag behandelen. In het verlengde hiervan kan, waar het de bevoegdheidsvraag betreft, worden overwogen de interne klachtenbehandeling zo in te richten dat een zaak steeds wordt behandeld door een andere medewerker dan degene die het primaire besluit heeft voorbereid.

Het komt overigens met enige regelmaat voor dat de verzekerde zich rechtstreeks tot de SKGZ wendt, zonder gebruik te maken van de interne procedure bij de ziektekostenverzekeraar. De SKGZ zendt een dergelijke zaak door naar de betrokken ziektekostenverzekeraar, met het verzoek deze in behandeling te nemen. In de afgelopen jaren is een netwerk van contactpersonen opgebouwd zodat dit soort zaken na doorzending en ontvangst kan worden behandeld door de binnen de organisatie van de ziektekostenverzekeraar daartoe aangewezen persoon.

Behoorlijke administratie van de klachten

Het Bgfo regelt verder dat de financiële onderneming over een behoorlijke administratie van de klachten dient te beschikken. Hetgeen hierin moet worden opgenomen ligt voor de hand. Het gaat om de NAW-gegevens van de klager, de klacht met dagtekening van

ontvangst, een omschrijving van de klacht, en een beschrijving van de wijze waarop de klacht is behandeld. Deze gegevens moeten ten minste één jaar na de afhandeling van de klacht worden bewaard.

Ik zou aan bovenstaande opsomming nog het een en ander willen toevoegen. In de eerste plaats mag duidelijk zijn dat aan elke klacht een primaire beslissing, handelen of nalaten vooraf gaat. Zeker bij een primaire beslissing mag worden verwacht dat deze behoorlijk is onderbouwd. Bij ziektekosten zou bijvoorbeeld kunnen worden gedacht aan een rapportage door een medisch of tandheelkundig adviseur. Het komt met regelmaat voor dat een ziektekostenverzekeraar in de procedure bij de Ombudsman stelt dat een bepaald besluit is genomen op basis van een advies van de medisch adviseur, maar dat bij navraag geen verslag daarvan kan worden geleverd. Het lijkt mij dat ook dit soort gegevens in de administratie moet zijn opgenomen. Iets anders, waarmee ik in het afgelopen jaar enige ervaring heb opgedaan, is het nut van het in de administratie opnemen van de voor de afwikkeling van de klacht relevante bepalingen uit de wet- en regelgeving onderscheidenlijk de verzekeringsvoorwaarden. Ik zou dit dan ook van harte willen aanbevelen, zeker nu dit in lijn is met het bepaalde in de zogenoemde richtsnoeren van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Op te nemen verwijzingen bij afwijzing klacht

Bij een gehele of gedeeltelijke afwijzing van de klacht, dient de financiële onderneming een verwijzing op te nemen naar de erkende geschilleninstantie waarbij hij is aangesloten, onder vermelding van de geldende termijnen.



Tevens dient te worden vermeld dat een geschil ook direct bij de burgerlijke rechter aanhangig kan worden gemaakt.

Wat dit laatste betreft, is het mij opgevallen dat enkele ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid van een beroep op de burgerlijke rechter niet heeft opgenomen in zijn verzekeringsvoorwaarden. Vanuit de SKGZ is hier aandacht voor gevraagd, aangezien een enkele verwijzing naar de erkende geschilleninstantie strijdig is met artikel 6:236 sub n BW (de zogenoemde 'Zwarte lijst' (link invoegen). Het betreffende beding is onredelijk bezwarend en in geval van vernietiging komt een eventueel bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen hierdoor op losse schroeven te staan. De meeste verzekeraars hebben dit gelukkig wel goed geregeld, zodat het opnemen van de verwijzing bij afhandeling van de klacht niet bezwaarlijk is.

Voorts verdient in dit verband nog aandacht dat bij één ziektekostenverzekeraar is geconstateerd dat in de verzekeringsvoorwaarden de SKGZ was uitgesloten als erkende geschilleninstantie. Toegezegd is dat dit wordt gecorrigeerd. Dit laatste is gewenst aangezien er momenteel maar twee erkende geschilleninstanties zijn en bij uitsluiting van de SKGZ dan toch het KiFiD had moeten worden genoemd. Ook hier geldt dat indien het goed is geregeld in de verzekeringsvoorwaarden, er geen beletsel kan zijn om bij de afhandeling van de klacht de erkende geschilleninstantie waarbij men is aangesloten te vermelden.

Verplichte termijnen interne klachtenbehandeling

Voorts heeft de wetgever bedacht dat het goed is aan de interne klachtbehandeling termijnen en voorwaarden te verbinden. Zo moet de financiële onderneming de ontvangst van de klacht schriftelijk bevestigen en de klager binnen twee weken na ontvangst van de klacht schriftelijk berichten binnen welke termijn deze zal worden afgehandeld. Het idee is dat afhandeling geschiedt binnen een redelijke termijn. Wat hieronder moet worden verstaan blijkt eveneens uit het besluit, want de klager kan vanaf zes weken na ontvangst van de ontvangstbevestiging of acht weken na het indienen van de klacht, deze rechtstreeks voorleggen aan de erkende geschilleninstantie waarbij de financiële onderneming is aangesloten. Deze termijnen worden overigens verlengd indien de financiële onderneming nadere informatie van de klager nodig heeft, en in dat kader een termijn voor de beantwoording is gesteld.

Ik zou de ziektekostenverzekeraars willen adviseren van die laatste mogelijkheid spaarzaam gebruik te maken. Hiervoor merkte ik al op dat aan een klacht altijd een primaire beslissing, handelen of nalaten vooraf gaat. Zeker bij een primaire beslissing mag worden verwacht dat deze is gebaseerd op een zorgvuldige behandeling van bijvoorbeeld een aanvraag of ingediende nota. De interne klachtbehandeling is in die situatie min of meer complementair. Er ligt reeds een goed gedocumenteerde beslissing en de klachtbehandelaar hoeft alleen de juistheid van die beslissing nog maar te checken. De door de wetgever genoemde termijnen zouden dan toereikend moeten zijn, tenzij de klager in de klachtfase met volledig nieuwe informatie komt.

Verbetering kwaliteit dienstverlening

Dit brengt mij tot het laatste punt. In het besluit is bepaald dat een financiële onderneming voorziet in een procedure en maatregelen die waarborgen dat klachten van klagers zorgvuldig, verifieerbaar, consistent en binnen de gestelde termijnen worden afgewikkeld. Het mag duidelijk zijn dat dit alles alleen mogelijk is indien ook de rest van het werkproces bij de financiële onderneming – lees: de ziektekostenverzekeraar – op orde is. Zo dit niet het geval is, schiet de klachtenbehandeling overigens zijn belangrijkste doel voorbij en gaat het niet om het verbeteren van het proces, doch uitsluitend om het herstellen van onnodige fouten die elders in de organisatie worden gemaakt.

Ik zie de onderhavige wetswijziging dan ook in een groter verband. De wetgever wenst de kwaliteit van de dienstverlening bij de financiële ondernemingen te verbeteren en heeft daartoe ook bepaalde opleidingseisen geïntroduceerd. Voor de medewerkers van de ziektekostenverzekeraars is door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland bedongen dat zij een op de branche gerichte module mogen volgen. Ik zou graag zien dat dit in de toekomst zijn vruchten afwerpt, in die zin dat onnodige klachten worden voorkomen, en dat – indien er onverhoopt toch klachten worden ingediend – deze door de ziektekostenverzekeraars in het kader van de interne klachtenprocedure deskundig worden afgewikkeld.





5

Vooruitblik



Het jaar 2013 belooft een jaar te worden waarin het nodige staat te gebeuren. Onderstaand een impressie van de ontwikkelingen die min of meer op dit moment 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!

Regeerakkoord Rutte II

Het in 2012 aangetreden kabinet Rutte II heeft in het regeerakkoord een aantal zaken opgenomen staan die in 2013 of 2014 mogelijk hun beslag gaan krijgen. Elders in dit jaarverslag wordt reeds stilgestaan bij de mogelijke wijziging in artikel 13 van de zorgverzekeringswet. Hoewel nog onduidelijk hoe de wijziging er precies zal uitzien, leert de ervaring dat deze wijzigingen vaak leiden tot extra zaken. Ook zijn er verdere beperkingen van het verzekerde pakket te verwachten, gezien de economische toestand. Ook dergelijke beperkingen leiden in de regel tot extra zaken.

Digitalisering SKGZ-processen

Het jaar 2013 zal 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 partijen die bij de behandeling van klachten en geschillen zijn betrokken. Gevolgen van deze ontwikkeling voor die partijen voorzien wij eerst in 2014. Het blijft voor verzekeren en verzekeraars uiteraard ook in de toekomst mogelijk op papier met de SKGZ te corresponderen.

Kwaliteitsbewaking

In 2012 zijn er klanttevredenheidsonderzoeken door de SKGZ uitgevoerd. Deze zullen in 2013 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 aanpassingen in de Wft en het Bgfo per 1 januari 2013 zijn een extra aanleiding betekenen om de kwaliteit van het werk continu systematisch te meten en aan te passen. Ook de te verwachten Europese 'Alternative Dispute Resolution' Richtlijn (voorjaar 2013) zal leiden tot het systematisch verder werken aan een zo hoog mogelijke kwaliteit.

Wijzigingen in statuten en reglementen van de SKGZ

Ten gevolge van de reeds genoemde te verwachten wijzigingen in de Wft en het Bgfo zijn de statuten en de reglementen van de SKGZ per 1 januari 2013 aangepast. Ook zal in 2013, in goede samenspraak met de diverse toezichthouders, een nadere invulling worden gegeven aan de nieuwe signaleringsplicht die per 1 januari 2013 ten gevolge van de wijzigingen van het Bgfo op de SKGZ rust.



6

Financiële gegevens



Staat van baten & lasten over 2012

	uitkomst	begroot	uitkomst
	2012	2012	2011
	€	€	€
Baten			
Bijdrage zorgverzekeraars	1.717.582	1.712.500	1.409.415
Subsidie Ministerie van VWS	-	-	294.934
Bijdrage geschillen	16.354	19.000	17.057
Rente	23.954	20.000	26.714
Totale baten	1.757.890	1.751.500	1.748.120
Lasten			
Personeelskosten	1.268.676	1.300.000	1.183.413
Afschrijvingen op materiële vaste activa	10.562	20.000	31.854
Overige lasten			
- Bestuur, geschillencommissie, ombudsman	365.328	371.000	357.989
- Huisvesting en automatisering	172.282	240.500	170.571
- Bureaunkosten	88.564	84.700	105.740
- Profilering en communicatie	49.673	67.000	69.822
- Overige stichtingskosten	5.990	6.000	7.542
- Onvoorzien	-	0	-
	681.837	769.200	711.664
Totale lasten	1.961.075	2.089.200	1.926.931
SALDO	-203.185	-337.700	-178.811

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het nadelig saldo 2012 gegeven:

- ten laste van de bestemmingsreserve automatisering	-3.468
- ten laste van de algemene reserve	-199.717
	-203.185

Balans per 31 december 2012 na bestemming saldo van baten en lasten

	31-12-2012 €	31-12-2011 €
Actief		
Vaste activa		
Materiële vaste activa	5.986	13.824
Vlottende activa		
Vorderingen		
Belastingen en premies sociale verzekeringen	-	28.611
Rente	24.351	17.497
Overige vorderingen en overlopende activa	5.950	5.859
	<u>30.301</u>	<u>51.967</u>
Liquide middelen	681.562	896.872
	717.849	962.663



	31-12-2012 €	31-12-2011 €
Passief		
Eigen vermogen		
Vrij besteedbaar vermogen	544.160	747.345
Voorziening		
Jubileum uitkeringen	16.917	13.301
Kortlopende schulden		
Crediteuren	23.506	35.178
Zorgverzekeraars Nederland	41.311	51.109
Ministerie van VWS	-	48.422
Belastingen en premies sociale verzekeringen	33.106	-
Overige schulden en overlopende passiva	<u>58.849</u>	<u>67.308</u>
	156.772	202.017
	717.849	962.663

Zie voor het volledige Financieel Verslag 2012 onze website www.skgz.nl
Desgewenst kan het Financieel Verslag u ook per post worden toegezonden.



Bijlage: overzicht aangesloten ziekte- kostenverzekeraars



In het verslagjaar 2012 waren bij de SKGZ de navolgende ziektekostenverzekeraars aangesloten. Alle in Nederland actieve zorgverzekeraars zijn aangesloten bij de SKGZ.

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.
Caresco B.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.
National Academic Verzekeringsmaatschappij N.V.
N.V. Univé Zorg
N.V. Zorgverzekeraar UMC
OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.
OHRA Zorgverzekering N.V.
Onderlinge Waarborgmaatschappij 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.
Stichting Promovendum
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.



Afkortingenlijst

AFM	Autoriteit Financiële Markten
Bgfo	Besluit Gedragstoezicht Financiële Ondernemingen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
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 zorgverzekeraars.
Wft	Wet op het financieel toezicht
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Colofon

Zeist, maart 2013.

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. de Groot,
mr. L. Simonse,
C.J. van Kranenburg MA

Uitgave en eindredactie

Stichting Klachten en Geschillen
Zorgverzekeringen.

Vormgeving

Blik grafisch ontwerp, Utrecht

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