



SKGZ



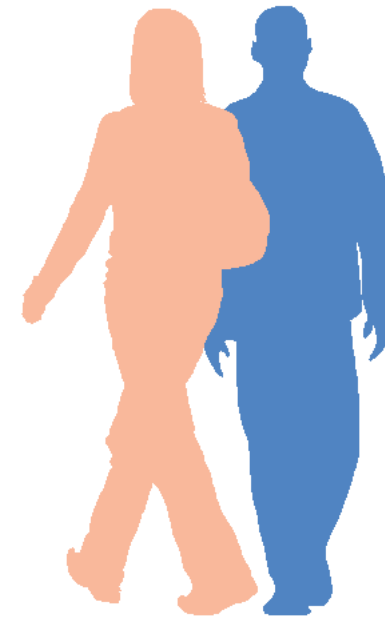
Ombudsman Zorgverzekeringen en Geschillencommissie Zorgverzekeringen

**Jaarverslagen
2015**

Jaarverslag
SKGZ-bestuur

Jaarverslag
Geschillencommissie
Zorgverzekeringen

Jaarverslag
Ombudsman
Zorgverzekeringen



Inhoud

Introductie **2**

Inhoud	2
Voorwoord	3
2015 in het kort	5

Jaarverslag SKGZ-bestuur **7**

Organisatie	8
SKGZ als ADR-instantie	11
Algemene voortgang	14
Zorgverzekeringslijn.nl	19
Sociaal	23
Vooruitblik	25
Financiën	27

Jaarverslag Ombudsman Zorgverzekeringen **29**

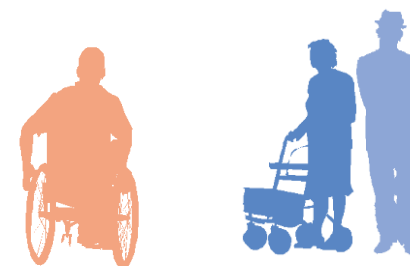
Ontvangen klachten in 2015	30
Afhandeling klachten in 2015	32
Aandachtsdossiers	34
Wijziging klachtprocedure	36

Jaarverslag Geschillencommissie Zorgverzekeringen **40**

Ontvangen geschillen in 2015	41
Afhandeling geschillen in 2015	42
Aandachtsdossiers	45
Beschouwing: van richtsnoer naar beleidsregel	47

Bijlagen **56**

Aangesloten organisaties	57
Afkortingenlijst	59
Colofon & contact	60



Voorwoord



Het jaarverslag 2015 is het eerste jaarverslag van de SKGZ waarvoor ik het voorwoord mag schrijven. In april heb ik de voorzittershamer mogen overnemen van mr. F.J.M. Houben, die de functie van SKGZ-voorzitter de afgelopen negen jaar zo buitengewoon consciëntieus heeft uitgeoefend. Het bestuur en het bureau van de SKGZ willen hem voor zijn inzet nogmaals hartelijk dank zeggen.

Een jaarverslag biedt, naast de functie van het publiek verantwoord van verrichte activiteiten en daartoe ingezette middelen, gelegenheid om te evalueren en vooruit te kijken. Daarom treft u 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 reeds jaar en dag een essentieel onderdeel van het jaarverslag van de SKGZ.

Wel nieuw is de extra wettelijke basis van dit jaarverslag. In juli 2015 is de SKGZ door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de minister van Financiën aangewezen als geschilleninstantie voor de zorgverzekering en de (aanvullende) ziektekostenverzekering. Deze aanwijzing is gedaan op grond van de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten. Daarin worden eisen gesteld aan het jaarverslag. Zo moet onder andere worden aangegeven wat de Ombudsman en de Geschillencommissie aan zaken behandeld hebben en welke klachten daarbij opvallen. Mede gelet op de verschillende rollen, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het SKGZ-bestuur, de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, heeft dit geleid tot een jaarverslag dat is opgebouwd rond de jaarverslagen van de drie SKGZ-organen, gecombineerd met een verkorte jaarrekening.

Daarnaast is er onder meer aandacht voor de toegevoegde waarde van bemiddeling, hetgeen terug te zien is in de mooie klantwaardering voor de Ombudsman Zorgverzekeringen en haar team. Dit alles heeft wel geleid tot een iets uitgebreider jaarverslag dan u van ons gewend bent.

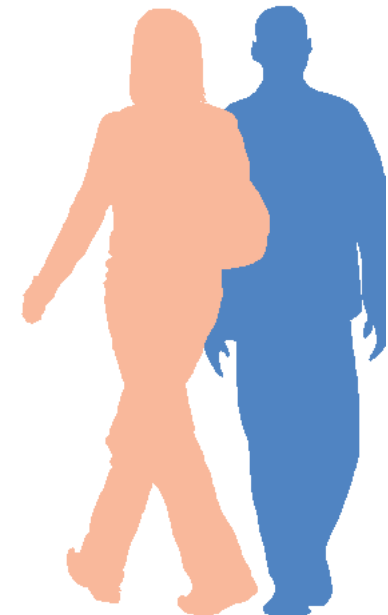
Ook Zorgverzekeringslijn.nl komt aan bod, het project dat door de SKGZ op verzoek van het ministerie van VWS wordt uitgevoerd. Het komend jaar zal

mede in het teken staan van de zoektocht naar bestending van dit project. We zien inmiddels drie jaar dat Zorgverzekeringslijn.nl een maatschappelijke meerwaarde heeft en doen dan ook ons best om dit mooie project naar de toekomst veilig te stellen.

Tot slot bestaat de SKGZ in 2016 tien jaar. Daaraan zal op gepaste wijze aandacht worden geschonken. Net als in het afgelopen jaar zal er ook in 2016 sprake zijn van de nodige ontwikkelingen op het terrein van de zorgverzekering, waar de SKGZ in meer of mindere mate mee te maken krijgt. Daarmee belooft 2016 opnieuw een enerverend jaar te worden. Ik heb er alle vertrouwen in dat de SKGZ met haar toegewijde medewerkers, onder leiding van onze directeur Kees van Kranenburg, op adequate wijze op de nieuwe ontwikkelingen zal weten in te spelen.

Zeist, maart 2016

Mr. dr. Ton Rombouts, voorzitter bestuur SKGZ



2015 in het kort

Per 1 april 2015 nieuwe voorzitter SKGZ

Mr. dr. A.G.J.M. Rombouts, burgemeester van 's-Hertogenbosch, is de nieuwe voorzitter van de SKGZ. Per 1 april 2015 is hij mr. F.J.M. Houben opgevolgd. De heer Houben was voorzitter sinds 2006.

Intensivering project Zorgverzekeringslijn.nl

Doel van de voorlichting door Zorgverzekeringslijn.nl is het effectief helpen terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden. Hiervoor heeft het project extra subsidie gekregen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Goedbezocht SKGZ-congres

Op 7 oktober 2015 vond het jaarlijkse congres van de SKGZ plaats. Het congres is gewaardeerd met een 7,6.

Pgb vv

Nieuw in 2015 zijn klachten en geschillen over het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Klantwaardering stijgt

Consumenten die een klacht of geschil aan de SKGZ hebben voorgelegd, krijgen vragen over hun ervaringen. Uit deze periodieke klanttevredenheidsonderzoeken blijkt dat de klantwaardering stijgt.

SKGZ per 9 juli 2015 aangewezen als ADR-instantie

De minister van VWS heeft de SKGZ aangewezen als instantie tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting voor de zorgverzekeringen. De minister van Financiën heeft de SKGZ aangewezen als instantie tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting voor de overige (aanvullende) ziektekostenverzekeringen.

Klachtbehandeling 2015 in cijfers

Ontvangen:	2.650
Afgehandeld:	2.521
Gemiddelde behandeltijd:	56 dagen
Kosten per klacht:	€ 563

Geschilbehandeling 2015 in cijfers

Ontvangen:	502
Afgehandeld:	523
Gemiddelde behandeltijd:	153 dagen
Kosten per geschil:	€ 1.847

Informatievragen 2015 in cijfers

Telefonisch:	14.826
Schriftelijk:	1.103
E-mail:	6.608
Kosten per vraag:	€ 21

Aantal klachten en geschillen sinds 2006

Sinds de oprichting in 2006 heeft de SKGZ circa 19.000 klachten en circa 5.000 geschillen ontvangen. Het aantal klachten is sinds 2006 met ongeveer 77% toegenomen en het aantal geschillen met zo'n 20%.

Nieuw online klachtenformulier

In december 2015 is het online klachtenformulier vernieuwd. Doel is om het indienen van een klacht te vereenvoudigen en het aantal niet-ontvankelijke zaken te verminderen.

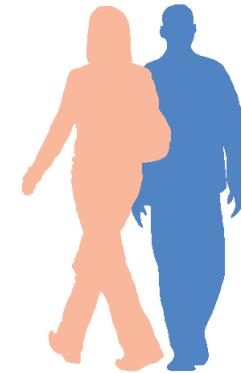


Jaarverslag SKGZ-bestuur

Jaarverslag SKGZ-bestuur

Organisatie	8
SKGZ als ADR-instantie	11
Algemene voortgang	14
Zorgverzekeringslijn.nl	19
Sociaal	23
Vooruitblik	25
Financiën	27

Het bestuur is belast met het besturen en beheren van de SKGZ. Het bestuur treedt niet in de processuele behandeling van, de inhoudelijke beoordeling van, alsmede de beslissing in klachten en geschillen die aan de Ombudsman Zorgverzekeringen of de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn of kunnen worden voorgelegd. (bron: statuten SKGZ)



Van links naar rechts: ir. Th.J.M. van Brunschot, mr. E.E. Aberson, mr. dr. A.G.J.M. Rombouts en C.J. van Kranenburg MA.

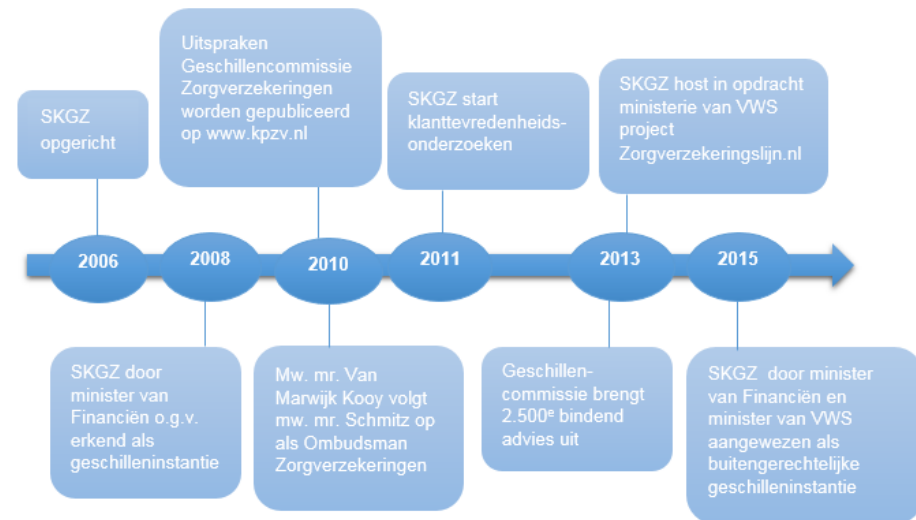
Organisatie

SKGZ van 2006 tot nu

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) is in 2006 opgericht door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). De SKGZ behandelt klachten van consumenten over hun ziektekostenverzekeraar. Het gaat daarbij om problemen rond de ziektekostenverzekering of de bescherming van persoonsgegevens. De SKGZ helpt zulke problemen op een onpartijdige manier op te lossen en te voorkomen. Dat gebeurt door:

- Voorlichting
- Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen
- (Niet-)bindend advies door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Sinds de oprichting heeft de SKGZ verschillende ontwikkelingen doorgemaakt, zoals beschreven in het hierna volgende overzicht. Dat de SKGZ in 2015 als buitengerechtelijke geschilleninstantie werd aangewezen, is de meest recente stap.



Visie en Missie

De visie van de SKGZ luidt als volgt:

‘De Nederlandse overheid wil kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg voor alle burgers. De basis voor de wijze waarop dit moet worden bereikt, is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De interactie tussen

ziektekostenverzekeraars, zorgverleners en verzekerden is daarin het uitgangspunt. Voor het goed functioneren van het zorgstelsel zijn goede voorlichting, onpartijdig advies en rechtvaardige beslechting van geschillen tussen partijen cruciaal. Want hoe duidelijk wetten en regels ook zijn, er zullen altijd verschillen van inzicht bestaan tussen partijen over de interpretatie en de werking van de wet. Geschillen spelen zich af tegen de achtergrond van de gezondheid van mensen en de kosten van de zorg. Daarom zetten wij ons maximaal in voor een zorgvuldige, kosteneffectieve en positief gewaardeerde uitvoering van onze taken.'

Uit deze visie komt de volgende missie van de SKGZ en het project Zorgverzekeringslijn.nl voort:

*'De **SKGZ** is hét onpartijdige aanspreekpunt bij geschillen tussen ziektekostenverzekeraars en verzekerden. Door onze expertise in te zetten voor advies, bemiddeling en bindende uitspraken van een kwalitatief hoogwaardig niveau lossen we problemen op tussen ziektekostenverzekeraars en verzekerden en dragen we bij aan het goed functioneren van de Zorgverzekeringswet.'*

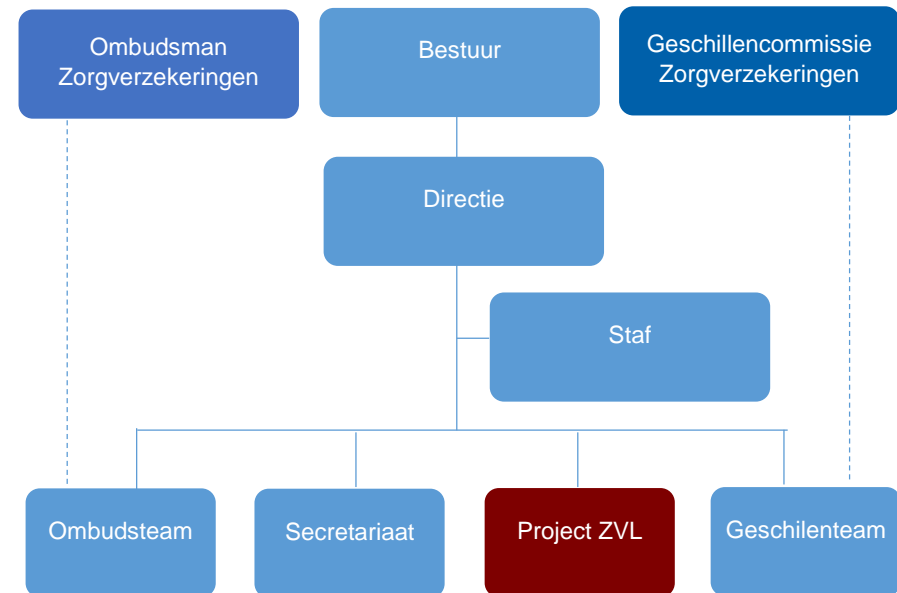
*'**Zorgverzekeringslijn.nl** is de deskundige adviseur voor alle burgers op het gebied van de zorgverzekeringsplicht, premiebetaling en zorgverzekeringsschulden. Door goede voorlichting en verwijzing dragen wij bij aan minder zorgverzekeringsschulden en onverzekerden in Nederland.'*

Voor de SKGZ geldt daarbij bovendien nog het volgende:

'De organisatie functioneert operationeel excellent en levert kwalitatief hoogwaardige diensten en producten tegen een acceptabele kostprijs en wordt in haar activiteiten begrepen en gewaardeerd door klanten en financiers.'

Organisatieschema

De SKGZ kent onderstaande organisatiestructuur:



Bestuur & directie

Het bestuur van de SKGZ bestaat uit twee leden en een voorzitter. Zij worden benoemd voor een periode van vier jaren. In het verslagjaar was het bestuur als volgt samengesteld:

- de heer mr. F.J.M. Houben (tot 1 april 2015), voorzitter
- de heer mr. dr. A.G.J.M. Rombouts (vanaf 1 april 2015), voorzitter
- mevrouw mr. E.E. Aberson, vicevoorzitter / secretaris
- de heer ir. Th.J.M. van Brunschot, penningmeester

De heer C.J. van Kranenburg MA is directeur van de SKGZ.

Ombudsman en Geschillencommissie

De SKGZ kent naast het bestuur als organen de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

In 2015 fungeerde mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy als Ombudsman Zorgverzekeringen.

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen was in 2015 als volgt samengesteld:

- de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo, voorzitter
- de heer mr. drs. P.J.J. Vonk
- mevrouw mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester
- de heer mr. H.A.J. Kroon

Overzicht externe relaties

In het dagelijks werk heeft de SKGZ contact met een veelheid aan organisaties, zoals is weergegeven in onderstaand overzicht:



SKGZ als ADR-instantie

Sinds de oprichting heeft de SKGZ circa 19.000 klachten en 5.000 geschillen behandeld. Het aantal klachten is sinds 2006 met zo'n 77% toegenomen en het aantal geschillen met ruim 20%. Het juridische landschap waarin de SKGZ opereert, is geregeld veranderd. Het jaar 2015 was daarop geen uitzondering.

Implementatie Europese ADR-richtlijn

Op 9 juli 2015 is de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten (kortweg de Implementatiewet) van kracht geworden. Met deze wet wordt de Richtlijn 2013/11/EU van het Europees Parlement en de Raad van 21 mei 2013 rond alternatieve geschillenbeslechting van consumentengeschillen (ADR-richtlijn) geïmplementeerd. Ook wordt uitvoering gegeven aan Verordening (EU) nr. 524/2013 van het Europees Parlement en de Raad van 21 mei 2013 betreffende online beslechting van consumentengeschillen (Online Dispute

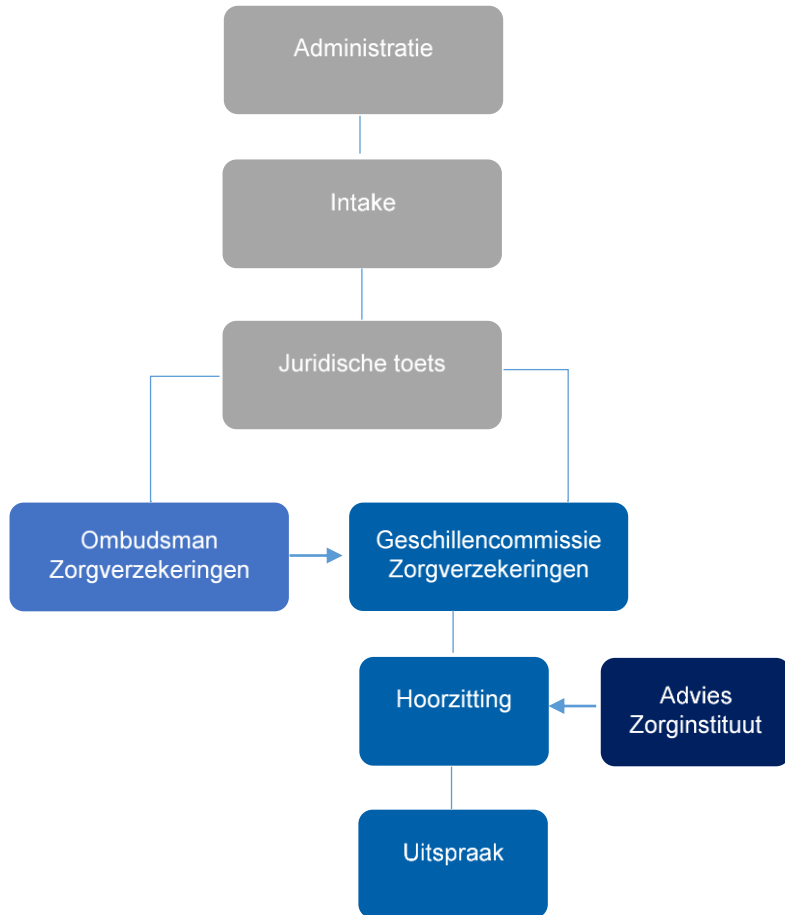
Resolution, ODR). De ODR-verordening voorziet onder meer in de oprichting van een Europees ODR-platform.

Aanwijzing als ADR-instantie

In het kader van de Implementatiewet heeft de minister van VWS de SKGZ medio 2015 aangewezen als instantie tot buitengerechtelijke geschilbeslechting, voor zover het de zorgverzekeringen betreft. Verder heeft de minister van Financiën de SKGZ in juli 2015 aangewezen als instantie tot buitengerechtelijke geschilbeslechting waar het gaat om de overige (aanvullende) ziektekostenverzekeringen.

Klachtenprocedure

Nadat de consument eerst de interne klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar heeft doorlopen, kan hij zijn klacht voorleggen aan de SKGZ. De behandeling van de klacht verloopt dan als volgt:



Gewijzigde registratie klachten en geschillen

Vanwege de inwerkingtreding van de Implementatiewet is de registratie van klachten en geschillen met ingang van het derde kwartaal van 2015 veranderd. Zo moet er nu ook worden gerapporteerd over klachten die zonder uitkomst zijn stopgezet. Verder sluit de uitkomstregistratie aan bij de afsluitgronden in het reglement van de Ombudsman Zorgverzekeringen en het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Beide reglementen zijn begin 2015 al aangepast aan de Implementatiewet. Hierdoor vallen de uitkomsten echter niet meer goed te vergelijken met die van eerdere jaren.

In het Jaarverslag van de Ombudsman Zorgverzekeringen kunt u meer lezen over de behandeling van klachten door de Ombudsman. Over de behandeling van geschillen door de Geschillencommissie kunt u meer lezen in het Jaarverslag van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Wettelijke regelingen en interne codes

Als ADR-instituut heeft de SKGZ te maken met wettelijke regelingen en interne codes.

Wettelijke regelingen:

- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Wet op het financieel toezicht (Wft)
- Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft
- Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten
- Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)
- Wet meldplicht datalekken (onderdeel Wbp)
- Verordening (EU) nr. 524/2013 van het Europees Parlement en de Raad van 21 mei 2013 betreffende online beslechting van consumentengeschillen (ODR-verordening).

Interne codes:

- Integriteitscode
- Beleid ongewenste omgangsvormen



Algemene voortgang

Informatievragen

Een zaak voorleggen aan de SKGZ kan online, schriftelijk en per e-mail. Ook kunnen mensen altijd bellen met vragen. Dit laatste wordt veelvuldig gedaan. 14.826 consumenten belden de SKGZ in 2015 met een vraag. Daarnaast behandelde de SKGZ 1.103 schriftelijke informatieverzoeken en 6.608 informatieverzoeken per e-mail. Vragen variëren van: *'Klopt het wat mijn ziektekosten-verzekeraar zegt?'* tot *'Wat hebben jullie nodig aan bewijsstukken bij mijn klacht?'*

+35% Stijging informatievragen

Het totaal aantal informatievragen in 2015 bedroeg 22.537, tegenover 16.741 in 2014. Dit is een stijging van maar liefst 35%. De behandeling van een informatievraag kostte in 2015 € 21.

	2015	2014	2013
Telefonische informatievragen	14.826	11.030	9.981
Schriftelijke informatievragen	1.103	1.103	1.342
Informatievragen per e-mail	6.608	4.608	4.302
Totaal	22.537	16.741	15.625

Klachten

In 2015 werden 2.650 klachten voorgelegd, tegenover 2.396 in 2014. Er zijn 2.521 klachten afgehandeld, met een gemiddelde behandeltijd van 56 dagen. De behandeling van een klacht kostte in 2015 € 563.

Geschillen

Er kwamen 502 geschillen binnen in 2015, tegenover 518 in 2014. 523 geschillen werden afgehandeld, met een gemiddelde behandeltijd van 153 dagen. De behandeling van een geschil kostte in 2015 € 1.847.



Toegankelijk voor iedereen

Voor mensen die de procedure bij de SKGZ niet zelf kunnen voeren, is er de mogelijkheid om een gemachtigde aan te wijzen. Al jaren kiest tussen de 15 en 20% van de consumenten daarvoor. Vaak zijn het mensen die dit voor hun bejaarde ouders doen, of behulpzame kennissen. In een beperkt aantal gevallen is de gemachtigde een professionele partij, zoals een advocaat of een medewerker van een rechtsbijstandsverzekeraar.

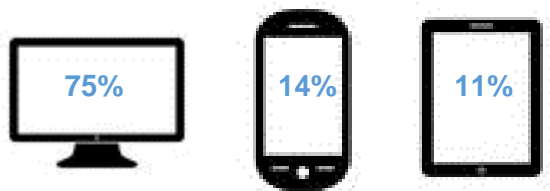
Kennisplein ziektekostenverzekeringen

De uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen worden gepubliceerd op het kennisplein ziektekostenverzekeringen: www.kpzv.nl. Dit is een themasite van de SKGZ en bevat ook uitspraken van rechters over ziektekostenverzekeringen. In 2015 telde de website in totaal 10.540 bezoekers.

www.skgz.nl



Heel veel informatie over het werk van de SKGZ is te vinden op de site www.skgz.nl. Opvallend is dat het aantal bezoekers aan het begin en het eind van het kalenderjaar toeneemt. Een voor de hand liggende verklaring hiervoor is het overstapseizoen. In 2015 werd de website 43.613 keer bezocht, door 30.624 unieke bezoekers. Dit komt neer op gemiddeld 3.634 bezoekers per maand en 120 per dag. Gemiddeld brachten mensen rond de 3 minuten op de site door.

Steeds vaker verloopt het bezoek aan de site via een mobiele telefoon of tablet. In 2015 werd de website 32.895 keer bekeken via een desktop computer, 5.900 keer via een smartphone en 4.818 maal via een tablet. Om de gebruiksvriendelijkheid van de website te vergroten, wordt deze dan ook beter geschikt gemaakt voor gebruik via mobiele apparaten.



Nadat ze de homepage hebben bekeken, klikt 9,3% van de bezoekers meteen door naar het klachtenformulier. Dit formulier werd in december 2015 vernieuwd om het indienen van klachten gemakkelijker te maken en het aantal niet-ontvankelijke zaken te verminderen.

De Europese verordening over de online beslechting van consumentengeschillen maakt het voor consumenten bovendien eenvoudiger om grensoverschrijdende consumentengeschillen voor te leggen. Het overzicht hiernaast laat zien vanuit welke landen de website www.skgz.nl is bezocht.

Land	Bezoekers
Nederland 	40.596
Verenigde Staten 	593
België 	522
Duitsland 	383
Brazilië 	187
Verenigd Koninkrijk 	140
Frankrijk 	125
Spanje 	122
Rusland 	78

Klanttevredenheidsonderzoek

De SKGZ werkt continu aan het verbeteren van haar dienstverlening. Daarvoor wordt onder andere een klanttevredenheidsonderzoek (KTO) gebruikt. Door middel van digitale vragenlijsten verzamelt de SKGZ gedurende het hele jaar informatie over de waardering en beleving van consumenten. Naar aanleiding van deze reacties worden zo nodig veranderingen in de organisatie doorgevoerd. Daarbij kan het gaan om cursussen voor medewerkers die de telefoon aannemen of aangepaste brieven met een duidelijker woordgebruik.

In 2015 werden ruim 3.100 vragenlijsten uitgezet via internet. In sommige gevallen lijkt de waardering van mensen gekleurd door het resultaat van de bemiddeling door de Ombudsman of de uitspraak van de Geschillencommissie.

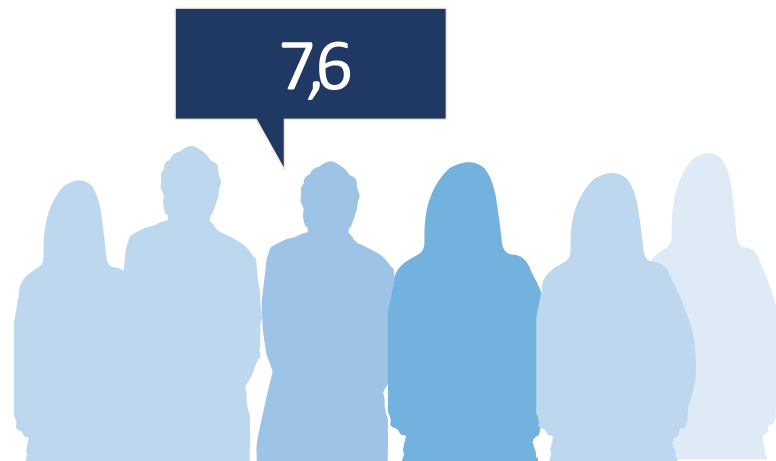
Toch is de waardering voor de SKGZ als geheel met gemiddeld 0,2 punt gestegen naar een 6,5. Daarin zijn de investeringen in kwaliteit en de inzet van medewerkers terug te zien. Opvallend is de waardering voor de bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen: deze krijgt een kleine zeven.

Uit het KTO dat in 2015 is uitgevoerd, blijkt verder dat de gemiddelde consument die zich met een zaak meldt vrij hoog is opgeleid. Zo'n 40% heeft vwo/hbo-niveau. Consumenten met een lagere opleiding zijn ondervertegenwoordigd. Dit is al meerdere jaren zo en dit betekent dat de communicatie vanuit de SKGZ zo laagdrempelig mogelijk moet zijn.

Vanaf 2016 wordt ook een doorlopend KTO onder de medewerkers van ziektekostenverzekeraars gehouden. Tot op heden hadden zij alleen de mogelijkheid om tijdens reguliere werkbezoeken input te geven, maar werden zij niet structureel bevraagd. Het komend jaar verandert dit dus.

Congres

De 9^e editie van het jaarlijkse SKGZ kenniscongres mocht in 2015 een record aantal bezoekers verwelkomen. Ruim 220 deskundigen en geïnteresseerden uit het zorg(verzekerings)veld, de patiënten- en consumentenwereld en de overheid luisterden onder andere naar de persoonlijke videoboodschap van VWS-minister Edith Schippers.



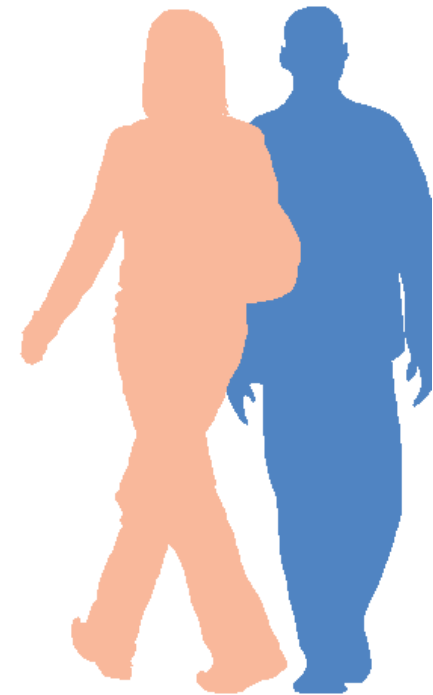
Beleidsmedewerkers van het ministerie informeerden het gezelschap over de ontwikkelingen rond de Wet structurele maatregelen wanbetalers, ofwel de wanbetalersregeling. Het debiteurengedrag kwam ook ter sprake tijdens de workshop van de heer Keizer, verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Met ingang van 1 januari 2015 is het persoonsgebonden budget (pgb) in de zorgverzekering geïntroduceerd. Spreker mr. Pulles besprak een aantal pgb-casussen. De heer Van der Wissel praatte de aanwezigen bij over mogelijke problemen bij een medische behandeling over de grens. Het congres werd door de bezoekers met een rapportcijfer van 7,6 gewaardeerd.

Complimenten en klachten over de SKGZ

De SKGZ ontvangt ook buiten het klanttevredenheidsonderzoek om complimenten en klachten over haar dienstverlening. Zo krijgen medewerkers soms kaartjes met een bedankje voor de inzet en aandacht die een consument heeft ervaren bij de behandeling van zijn dossier. Ook al beschouwen medewerkers het als normaal om hun werk zo goed mogelijk te doen, toch wordt een dergelijk gebaar altijd erg op prijs gesteld.

Soms zijn consumenten ontevreden over de dienstverlening. Dan biedt de SKGZ de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de directie. In 2015 werd dit vijf maal gedaan. De directie onderzoekt in zo'n geval of de klacht terecht is en of er eventuele stappen gezet kunnen worden om herhaling van de klacht te voorkomen.



Project

Zorgverzekeringslijn.nl

De SKGZ verzorgt in opdracht van het ministerie van VWS voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers en onverzekerden. Dit gebeurt onder de naam Zorgverzekeringslijn.nl. Enerzijds richt Zorgverzekeringslijn.nl zich rechtstreeks op burgers en anderzijds op professionals, die bij hun werkzaamheden te maken hebben met onverzekerden of mensen met een betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar. De voorlichting moet een effectieve bijdrage leveren aan het terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden.

Zorgverzekeringslijn.nl geeft neutrale voorlichting en onafhankelijk advies over de zorgverzekering, de verzekerings- en premieplicht, de gevolgen van het niet betalen van de zorgverzekering en niet verzekerd zijn. Dit doet zij via het gratis telefoonnummer 0800 64 64 644 en de website www.zorgverzekeringslijn.nl. Op de website worden specifieke doelgroepen aangesproken, zoals jongeren en studenten via de pagina '18

jaar' en nieuwkomers via de pagina 'coming from abroad'. Daarnaast wordt aan verzekerden met een betalingsachterstand uitgelegd wat de gevolgen hiervan zijn en worden onverzekerden aangespoord om een zorgverzekering af te sluiten. De website beschikt ook over een begrippenlijst en een lijst met veel gestelde vragen en antwoorden.



In 2013 en 2014 waren de inspanningen gericht op het vergroten van de naamsbekendheid. 2015 was het jaar dat hiervan de vruchten geplukt werden. Dit is duidelijk zichtbaar in onder meer het aantal (telefonische) informatie-aanvragen, het toegenomen websitebezoek en het aantal voorlichtingsbijeenkomsten.

In 2015 werd door het ministerie van VWS extra subsidie toegekend om het project Zorgverzekeringslijn.nl verder te laten groeien. Zo wordt het mogelijk om meer burgers te bereiken met preventieve en curatieve voorlichtingsactiviteiten.

Advies op maat

Als een wanbetaler of onverzekerde telefonisch of per e-mail contact opneemt, dan krijgt hij of zij aan de hand van de persoonlijke en financiële situatie advies op maat. De medewerkers van het project zijn goed in staat om op een laagdrempelige manier uitleg te geven over de zorgverzekering en de verzekerings- en premieplicht. Het is de ambitie van Zorgverzekeringslijn.nl om verzekerden met een betalingsachterstand te motiveren een haalbare betalingsregeling met hun ziektekostenverzekeraar af te spreken en onverzekerden te bewegen een zorgverzekering af te sluiten. Onderscheidend in de dienstverlening zijn de kennis van de incassoprotocolen, van de werkprocessen van ziektekostenverzekeraars en het feit dat tijd geen rol speelt in het contact met de burger. Zorgverzekeringslijn.nl verwijst als het nodig is door naar lokaal welzijnswerk of de schuldhulpverlening.

	Betalingsproblemen & onverzekerd	Algemene vragen zorgverzekeringen & overig
Klantvragen per telefoon	5.156	1445
Adviesvragen per e-mail	1.112	
Websitebezoek	31.675	28.451
Totaal	37.943	29.896

Zichtbaarheid Zorgverzekeringslijn.nl

Om de dienstverlening van Zorgverzekeringslijn.nl breed onder de aandacht te brengen, wordt het voorlichtingsmateriaal landelijk verspreid. Er worden persberichten verstuurd en Zorgverzekeringslijn.nl is actief op social media. Daarnaast biedt het project in het hele land gratis voorlichting aan: rechtstreeks aan burgers, maar ook aan professionals die werken met kwetsbare doelgroepen. Zo worden bijvoorbeeld gastlessen verzorgd op scholen en zijn er voorlichtingsbijeenkomsten in penitentiaire inrichtingen.

220 Voorlichtingen, gastlessen & werkbezoeken



Zorgverzekeringslijn.nl heeft flyers voor verschillende doelgroepen. Zo zijn er flyers ontwikkeld voor jongeren en gezinnen die betalingsproblemen hebben rond hun zorgverzekering. Er zijn ook flyers om het onverzekerd zijn onder de volgende groepen tegen te gaan: jongeren die (bijna) 18 zijn, arbeidsmigranten en ouders van pasgeborenen. Voor gedetineerden is een speciale folder over het opschorten en activeren van hun zorgverzekering beschikbaar. In alle flyers wordt verwezen naar de website en het gratis telefoonnummer.

De flyers worden verspreid via organisaties die specifiek met deze doelgroepen in contact staan. Daarbij kan gedacht worden aan gemeenten en ziekenhuizen (migranten en pasgeborenen), instellingen voor maatschappelijk werk (gezinnen met betalingsproblemen) en onderwijsinstellingen (jongeren).

	2015
Presentatiemappen voor professionals	1.226
Vouwkarten voor professionals	1.817
Posters	1.317
Flyers	118.639
- <i>Gezinnen met betalingsproblemen</i>	11.399
- <i>Jongeren met betalingsproblemen</i>	12.570
- <i>Nieuwkomers (Engelstalig)</i>	13.804
- <i>Jongeren van bijna 18 jaar</i>	9.444
- <i>Pasgeborenen</i>	67.182
- <i>Detentie</i>	4.240
Totaal	122.999

Aandacht voor specifieke groepen

In 2014 en 2015 zijn deelprojecten gestart om in een periode van één of enkele maanden specifieke doelgroepen te bereiken. Zo waren er in 2015 voorlichtingscampagnes gericht op (ex-)gedetineerden, allochtonen, dak- en thuislozen, GGZ-instellingen, uitzendbureaus, ziekenhuizen, jongeren en studenten, verloskundigen, apothekers en huisartsen.

Voor jongeren en studenten zijn in 2015 zogenoemde explanimations gemaakt, filmpjes die op een leuke en eenvoudige manier het belang van een zorgverzekering onder de aandacht brengen bij deze doelgroep.

Samenwerking met maatschappelijke organisaties

Zorgverzekeringslijn.nl werkt samen met maatschappelijke organisaties om via hen (kwetsbare) burgers te bereiken. Daarnaast ziet Zorgverzekeringslijn.nl het als haar taak om de kennis over de verplichte basisverzekering, premieplicht en zorgverzekerings schulden te delen met professionals. De medewerkers bieden met name professionals in het sociale domein op deskundige wijze ondersteuning, zodat zij voor hun cliënten sneller een betalingsregeling of stabilisatieovereenkomst met de ziektekostenverzekeraar kunnen regelen. Zo vormt het project een laagdrempelige schakel tussen wanbetalers en onverzekerden enerzijds, en ziektekostenverzekeraars, gemeenten en hulpverlenende instanties anderzijds.

Samenwerking verzekeraars

Zorgverzekeringslijn.nl streeft naar een intensieve samenwerking met verzekeraars. Verzekerden met premieachterstanden zijn het eerst in beeld bij de ziektekostenverzekeraar. Hoe eerder mensen met betalingsproblemen ondersteund worden, hoe groter de kans op succes. Daarom richt de samenwerking zich op het tijdig doorverwijzen van verzekerden met betalingsproblemen naar Zorgverzekeringslijn.nl. Dit gebeurt online door vermelding van Zorgverzekeringslijn.nl op de websites van ziektekostenverzekeraars en op de persoonlijke online omgevingen van verzekerden. Daarnaast sturen ziektekostenverzekeraars zogenaamde twee-, vier- en zesmaandsbrieven aan verzekerden met een

betalingsachterstand. Daarin wordt steeds vaker verwezen naar Zorgverzekeringslijn.nl. In samenwerking met het ministerie van VWS en de NVVK, de brancheorganisatie voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren, heeft Zorgverzekeringslijn.nl de folder 'Schuldhulpverlening' opgesteld. Deze folder wordt door verzekeraars gebruikt in de communicatie naar klanten met een betalingsachterstand. Zorgverzekeringslijn.nl kan voor een verzekerde met betalingsproblemen een 'Opgaaf van schuld' opvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Dit gebeurt uiteraard met schriftelijke toestemming van de verzekerde.

Verder zijn in 2015 de voorbereidingen gestart voor een pilot met een ziektekostenverzekeraar, waarbij bepaalde groepen verzekeringsklanten met een betalingsachterstand direct worden doorverbonden met Zorgverzekeringslijn.nl. Deze pilot gaat lopen in 2016.



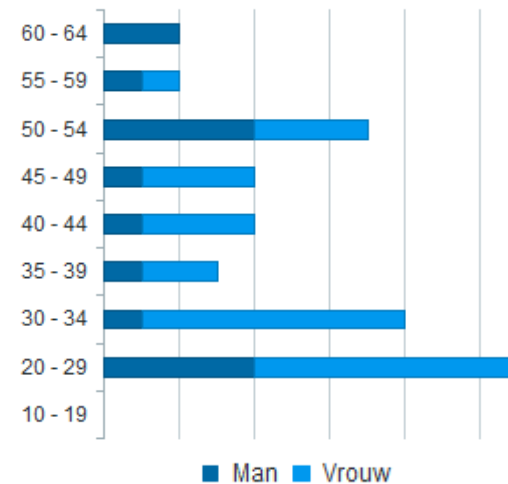
Sociaal

De SKGZ heeft in 2015 een flinke groei doorgemaakt qua personele bezetting. Van 35 medewerkers op 1 januari (31,33 fte) groeide de organisatie door naar 47 medewerkers (42,83 fte) op 31 december 2015. Voor een deel houdt dit verband met de extra subsidie van het ministerie van VWS voor het tijdelijk intensiveren van het project Zorgverzekeringslijn.nl. De gemiddelde diensttijd van de SKGZ-medewerkers is 3,3 dienstjaren.



De gemiddelde leeftijd van de medewerkers is 39 jaar. Er zijn 31 vrouwen en 15 mannen werkzaam bij de SKGZ, waarvan 25 medewerkers een fulltime dienstverband hebben (36 u/w) en 21 medewerkers een parttime dienstverband.

Leeftijd



De SKGZ hecht belang aan het bieden van stageplaatsen en heeft in 2015 dan ook begeleiding geboden aan vier stagiaires. Zij zijn meegenomen in de personeelstelling.



In 2015 heeft de SKGZ besloten een eigen personeelsfunctionaris in dienst te nemen. Dit werd eerder gefaciliteerd door externen. De personeelsfunctionaris is tevens vertrouwenspersoon.

De SKGZ heeft een samenwerking met arbodienst Health Services, die ondersteuning biedt in de arbo-dienstverlening. Zo houdt de bedrijfsarts elke maand spreekuur voor medewerkers op locatie. Daarnaast vindt Sociaal Medisch Overleg plaats met de personeelsfunctionaris en met leidinggevenden.

In 2015 bedroeg het verzuimpercentage 7,7%. Dit hoge percentage kan verklaard worden door een viertal langdurig zieken, die allen in de loop van 2015 succesvol zijn gere-integreerd.

Als kennisorganisatie hecht de SKGZ veel waarde aan goed opgeleide medewerkers. Daarom worden onder meer interne kennisuren en opleidingen georganiseerd. Omdat het algemene opleidingsaanbod meestal niet goed aansluit bij onze specifieke werkzaamheden, vinden er op initiatief van de SKGZ ook regelmatig maatwerk cursussen en voorlichtingsbijeenkomsten plaats. Dit gebeurde in 2015 ongeveer 20 keer.



Vooruitblik

In 2016 staat weer het nodige te gebeuren. De gevolgen voor de SKGZ zijn bij het verschijnen van dit jaarverslag, voorjaar 2016, nog niet allemaal inzichtelijk. Daarnaast leert de ervaring dat er altijd weer niet te voorziene ontwikkelingen zijn. In ieder geval houdt de SKGZ rekening met de volgende zaken die spelen:

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en geschillencommissie contractering

Uiterlijk op 1 januari 2017 moeten alle zorgaanbieders aangesloten zijn bij een door de minister van VWS erkende geschilleninstantie. De verwachting is verder dat medio 2016 een geschillencommissie operationeel wordt die geschillen behandelt tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars over de contractering van zorg. Beide ontwikkelingen hebben raakvlakken met het werk van de SKGZ. Zo rijst de vraag waar de grens ligt tussen de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraars voor kwaliteit van gecontracteerde zorg (Zvw) en de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de geleverde zorg (Wkkgz). Een uitspraak van één geschillencommissie in de driehoek

consument-zorgaanbieder-ziektekostenverzekeraar werkt straks mogelijk door in andere (contractuele) relaties. De SKGZ volgt de ontwikkelingen dan ook nauwlettend.

Vernieuwing website www.skgz.nl

In december 2015 is het online klachtenformulier vernieuwd. In 2016 volgt de rest van de website. De aangepaste site biedt informatie op een meer overzichtelijke en toegankelijke manier aan. Bovendien wordt het gemakkelijker om de site te bezoeken via een tablet of smartphone. Hiermee komt de SKGZ tegemoet aan de wensen van de consument.

Project Zorgverzekeringslijn.nl

De financiering voor het project Zorgverzekeringslijn.nl loopt tot 1 januari 2017. Daarom wordt rekening gehouden met een afbouw van dit project vanaf 1 juli 2016. Tegelijkertijd worden de mogelijkheden bekeken om het initiatief juist te bestendigen. De problematiek rondom wanbetalers en onverzekerden blijft immers bestaan en voortzetting van Zorgverzekeringslijn.nl kan een effectieve bijdrage leveren aan het terugdringen van het aantal probleemsituaties. Bovendien blijft zo de opgedane kennis en kunde rond het bereiken van deze doelgroepen

behouden. Als voortzetting van het project na 2016 gewenst is, zal ruim vóór die tijd duidelijkheid moeten komen over extra financiering.

Vooralsnog wordt de samenwerking met de ziektekostenverzekeraars gecontinueerd. Daarnaast start in 2016 de pilot met een ziektekostenverzekeraar die klanten met betalingsachterstanden direct gaat doorverbinden met Zorgverzekeringslijn.nl.

Kwaliteit

De afgelopen jaren heeft de SKGZ veel aandacht besteed aan de kwaliteit van haar werk. Die lijn wordt in 2016 doorgezet. In dit verband evalueert de SKGZ in 2016 de doeltreffendheid van de procedure. Er wordt ook gekeken naar manieren om de eigen prestaties verder te verbeteren. Uiteraard maakt de SKGZ daarbij (opnieuw) gebruik van input uit klanttevredenheidsonderzoeken en uit werkbezoeken aan verzekeraars en Zorginstituut Nederland.

Risicomanagement

De SKGZ vindt het belangrijk om verantwoord om te gaan met risico's. Dit is goed voor de continuïteit van de organisatie en het vertrouwen van onze klanten en stakeholders. In 2016 zetten we nieuwe stappen rond de implementatie van risicomanagement. Zo wordt een functionaris voor de gegevensbescherming aangesteld, aangezien de SKGZ veel werkt met zeer vertrouwelijke persoonsgegevens zoals medische en financiële informatie. De nieuwe functionaris wordt aangemeld bij de Autoriteit

Persoonsgegevens en zal toezien op de naleving van de privacyregelgeving door de SKGZ.

Digitale dossieruitwisseling

Aangesloten ziektekostenverzekeraars vragen in toenemende mate om digitale uitwisseling van dossiers. De SKGZ hoopt in 2016 stappen op dat vlak te kunnen zetten. Belangrijk uitgangspunt daarbij is de dataveiligheid.

Europees ODR-platform

Sinds 15 februari 2016 is het Europees platform voor online beslechting van consumentengeschillen operationeel. Vanaf dat moment kunnen klachten en geschillen ook via het ODR-platform worden ingediend. De SKGZ is hierop voorbereid.

10-jarig bestaan

In 2016 bestaat de SKGZ tien jaar. Daaraan zullen wij op gepaste en bescheiden wijze aandacht besteden, bijvoorbeeld tijdens het jaarlijkse SKGZ-congres.

Financiën

Staat van baten & lasten over 2015

	uitkomst 2015 in €	begroot 2015 in €	uitkomst 2014 in €
BATEN			
Bijdrage zorgverzekeraars	3.301.116	3.304.000	2.500.153
Bijdrage ministerie van VWS	903.781	330.000	424.846
Bijdrage geschillen	14.467	20.000	15.503
Rente	6.373	13.000	9.936
Van bestemmingsreserve automatisering		27.000	
Totale baten	4.225.737	3.694.000	2.950.438
LASTEN			
Personeelskosten	2.217.859	2.390.000	1.957.884
Afschrijvingen op materiële vaste activa	66.317	57.000	52.241
Overige lasten			
- Bestuur, Geschillencommissie, Ombudsman	406.649	463.000	341.128
- Huisvesting	158.687	181.000	121.096
- Automatisering en digitalisering	147.535	125.000	79.655
- Bureaunkosten	85.809	92.000	71.186
- Profilering en communicatie	57.444	45.000	42.771
- Overige stichtingskosten	5.543	6.000	7.228
- Zorgverzekeringlijn.nl	903.781	330.000	424.846
- Onvoorzien	-	5.000	-
	1.765.448	1.247.000	1.087.910
Totale lasten	4.049.624	3.694.000	3.098.035
SALDO	176.113	-	-147.597
Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het voordelig saldo 2015 gegeven:			
- ten gunste van de algemene reserve		176.113	

Balans per 31 december 2015 na bestemming saldo van baten en lasten

	31-12-2015 €	31-12-2014 €		31-12-2015 €	31-12-2014 €
ACTIEF			PASSIEF		
VASTE ACTIVA			EIGEN VERMOGEN		
Materiële vaste activa	222.639	238.849	Vrij besteedbaar vermogen	337.273	161.160
			Bestemmingsreserves	200.000	200.000
				537.273	361.160
VLOTTENDE ACTIVA			VOORZIENING		
Vorderingen			Jubileum uitkeringen	20.978	23.982
Debiteuren	-	4.527			
Rente	7.049	10.335	KORTLOPENDE SCHULDEN		
Overige vorderingen en overlopende activa	2.050	168.938	Crediteuren	64.612	16.172
	9.099	183.800	Zorgverzekeraars Nederland	102.760	127.849
Liquide middelen	727.355	271.191	Belastingen en premies sociale verzekeringen	80.178	57.292
			Pensioenpremie	15.116	
			Overige schulden en overlopende passiva	138.176	24.900
				400.842	308.698
	959.093	693.840		959.093	693.840

Zie voor het volledige Financieel Verslag 2015 onze website www.skgz.nl. Desgewenst kan het Financieel Verslag 2015 u ook per post worden toegezonden.

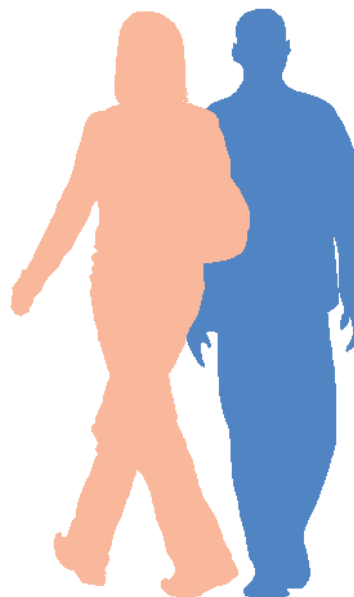
Jaarverslag Ombudsman Zorgverzekeringen

Jaarverslag Ombudsman Zorgverzekeringen

Ontvangen klachten in 2015	30
Afhandeling klachten in 2015	32
Aandachtsdossiers	34
Wijziging klachtprocedure	36

De taak van de Ombudsman is het bemiddelen bij klachten. Een klacht wordt in het reglement van de Ombudsman Zorgverzekeringen gedefinieerd als:

'Elke blijk van onvrede inzake een zorgverzekering of ziektekostenverzekering, tussen een consument en een ziektekostenverzekeraar, dan wel inzake de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.'



mr. R.P. van Marwijk Kooy

Ontvangen klachten

In 2015 ontving de Ombudsman Zorgverzekeringen 2.650 klachten. Dit is een flinke stijging ten opzichte van het jaar ervoor. Deze toename wordt echter volledig veroorzaakt door een andere wijze van registreren. Dit gebeurt sinds het derde kwartaal van 2015 in verband met het in werking treden van de Implementatiewet.

2.650 ontvangen klachten

Nieuw zijn klachten over het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb vv). Het pgb vv maakte in 2015 voor het eerst deel uit van de dekking van de zorgverzekering. De klachten gaan voornamelijk over de hoogte van het pgb vv ten opzichte van de oude regeling, het al dan niet (meer) hebben van een indicatie, het al dan niet kunnen beheren van het pgb vv, de planbaarheid van de zorg en de hoogte van het tarief als de zorg wordt verleend door een professionele zorgverlener zijnde een gezinslid. De klachten over het pgb vv kwamen vanaf de tweede helft van 2015 binnen.

	2015	2015 %	2014	2013
Verzekerde prestaties	1.499	57%	1.428	1.483
- Medisch-specialistisch	315		319	220
- Plastisch-chirurgisch	280		258	315
- Geneesmiddelen	220		188	149
- Ggz	67		86	101
- Hulpmiddelen	203		208	292
- Mondzorg	235		194	260
- Ziekenvervoer	71		66	65
- Paramedisch	99		89	73
- Diversen	9		20	8
Begin en einde verzekering	125	5%	235	104
Bejegening door verzekeraars	24	1%	57	40
Buitenland-gerelateerd	[*]	[*]	190	214
Premie en declaraties	276	10%	198	268
Eigen bijdrage en eigen risico	269	10%	231	204
Overig	457	17%	57	29
- Pgb vv	273			
- Fraude/verzwijging	7			
- Privacy				
- Divers	177			
Totaal	2.650	100%	2.396	2.342

[*] Klachten met een buitenlandcomponent werden in 2015 anders geregistreerd. In de eerste plaats ging de verzekerde prestatie als basis gelden. In totaal waren 263 klachten (10%) gerelateerd aan het buitenland. Meestal ging het daarbij om zorg in lidstaten van de Europese Unie, waarbij de Europese sociale zekerheidsverordening 883/2004, de daarbij horende toepassingsverordening en de Europese patiëntenrichtlijn een rol spelen.

Een deel van de klachten over geneesmiddelen had betrekking op het eerste uitgiftegesprek bij de apotheek. Dit aantal ligt ongeveer op het niveau van een jaar eerder.

Veel klachten over plastische chirurgie betroffen (de vergoeding van) ooglid-, buikwand- en borstcorrecties. Hoewel de zorgverzekering hiervoor slechts beperkt dekking biedt, is een veelgehoord argument van consumenten dat hun arts de behandeling nodig vindt. Daarom zouden deze kosten volgens hen voor rekening van de ziektekostenverzekeraar moeten komen.



Afhandeling klachten

De Ombudsman sloot in 2015 2.521 dossiers af. De gemiddelde behandelduur (vanaf ontvangst van de noodzakelijke stukken) was 56 dagen.

Voor het halen van de gestelde termijnen zijn de SKGZ-medewerkers afhankelijk van de reactiesnelheid van ziektekostenverzekeraars, consumenten en eventuele andere partijen. In 'buitenlandzaken' moet regelmatig om tarifiering worden gevraagd bij een buitenlands uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Zo'n verzoek neemt geregeld enkele maanden in beslag. Ook reageren consumenten en hun vertegenwoordigers niet altijd even vlot. De gemiddelde extra doorlooptijd die dit alles met zich meebrengt, bedroeg in 2015 9,4 dagen.

Bij overschrijding van de termijnen door de ziektekostenverzekeraar wordt de consument daarover geïnformeerd.

Indieners van klachten waarvan direct duidelijk is dat deze niet kunnen worden behandeld, krijgen binnen drie weken bericht. Daarin wordt uitgelegd waarom behandeling niet mogelijk is. Over het sluiten van het

klachtdossier krijgt zowel de consument als de ziektekostenverzekeraar bericht.

	2015	2014	2013
Ingediend	2.650	2.396	2.342
Afgehandeld	2.521	2.602	2.297
Gemiddelde behandelduur (dagen)	56	55	52



	2015	2015 %
Niet inhoudelijk behandeld	366	15%
- Niet-ontvankelijk / onbevoegd	28	1,11%
- Geen heroverweging [a]	118	4,68%
- Vexatoir / te gering belang [b]	1	0,04%
- Onder rechter (geweest) [c]	7	0,28%
- Te laat ingediend [e]	9	0,36%
- Dossier incompleet [f]	203	8,05%
Ingetrokken	133	5%
Opgelost / verzekeraar komt (deels) aan klacht tegemoet	496	20%
Verzekeraar handhaaft standpunt	893	35%
Kennelijk ongegrond	633	25%
Totaal	2.521	100%

De tussen []-haakjes genoemde letters verwijzen naar de gronden genoemd in de respectievelijke onderdelen van artikel 3 lid 2 van de Implementatiewet.

Klachten die niet inhoudelijk kunnen worden behandeld

Van alle klachten wordt 15% niet inhoudelijk behandeld, bijvoorbeeld omdat de Ombudsman onbevoegd is. Zo kan het zijn dat de klacht niet gaat over een ziektekostenverzekeraar of dat de klacht niet wordt voorgelegd door een consument. In het overgrote deel van de gevallen is de interne klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar (nog) niet

gevolgd of blijkt de klacht incompleet. Om het aantal niet inhoudelijk behandelde klachten te verminderen, is het online klachtenformulier op de website van de SKGZ aangepast. Als een klacht naar alle waarschijnlijkheid (nog) niet te behandelen is, krijgt de consument die informatie al tijdens het invulproces. Ook kunnen consumenten direct documenten uploaden die de klacht ondersteunen.

Kennelijk ongegronde klachten

Een kwart van de ontvangen klachten is kennelijk ongegrond. Dat wil zeggen dat ze naar de mening van de Ombudsman onvoldoende onderbouwd of niet gerechtvaardigd zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft dan bijvoorbeeld conform de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving gehandeld. Deze klachten worden niet voor een reactie aan de ziektekostenverzekeraar voorgelegd. De Ombudsman legt in zulke gevallen aan de consument uit waarom de klacht naar zijn mening kennelijk ongegrond is. Dit kan ook een extra toelichting betekenen, bijvoorbeeld over de werking van de DBC-systematiek. Een consument die het niet eens is met de visie van de Ombudsman, kan de kwestie aansluitend voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De ziektekostenverzekeraar ontvangt een afschrift van de uitleg die de Ombudsman aan de consument heeft gegeven.

Aandachtsdossiers

De Implementatiewet eist dat er gerapporteerd wordt over systematische of aanzienlijke, veel voorkomende problemen die leiden tot geschillen tussen consumenten en ziektekostenverzekeraars. Met deze informatie, eventueel vergezeld van aanbevelingen, zouden dergelijke problemen in de toekomst kunnen worden vermeden of opgelost. In dit kader verdienen drie kwesties de aandacht.

Klachten over inloggen met DiGiD + sms

Opvallend waren in 2015 de klachten over het verplicht inloggen met DiGiD + sms op de websites van een aantal ziektekostenverzekeraars ('mijn omgeving'). Nog lang niet iedereen blijkt te beschikken over DiGiD of een telefoon waarop een sms-bericht kan worden ontvangen. Bijzonder is dat sommige consumenten die een klacht indienden enkele maanden daarvoor juist waren overgestapt naar een verzekering waarbij veel zaken via internet worden geregeld. Doordat enkele maanden later de inlogmethode veranderde, konden deze consumenten hun zaken niet langer per internet regelen. Daarvoor moest eerst een mobiele telefoon worden aangeschaft. Het is beter als een voor de consument belangrijke technische wijziging op zijn minst duidelijk wordt aangekondigd tijdens de jaarlijkse overstapperiode. Dit kan bij een zodanige technische wijziging,

met een langere voorbereidings- en implementatietijd, beslist tijdig worden gedaan.

Klachten over gecontracteerde zorgaanbieders

Consumenten met een zorgverzekering met naturadekking hebben aanspraak op zorg die de ziektekostenverzekeraar daartoe heeft ingekocht. Verzekeraars stellen mede op grond van kwaliteit in te kopen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee als leverancier van zorg 'in natura' ook mede een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van die zorg. Als een consument een klacht heeft over de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieder, verwijzen enkele verzekeraars de consument stevast terug naar die zorgaanbieder. Komt het niet snel en naar tevredenheid tot een oplossing, dan is echter ook een rol weggelegd voor de verzekeraar. Anders dan de consument weet de ziektekostenverzekeraar immers welke (kwaliteits)afspraken er met de zorgaanbieder zijn gemaakt. Toch blijft een enkele verzekeraar zich ook in tweede instantie afzijdig houden. Bij voorkeur zijn de (kwaliteits)afspraken voor de consument kenbaar. Dan weet de consument ook écht welke dekking zijn verzekering biedt. Als de (kwaliteits)afspraken niet bekend zijn, verdient het aanbeveling dat de ziektekostenverzekeraar zich actief opstelt bij een consumentenklacht over een gecontracteerde zorgaanbieder.

Geneesmiddelen

Met enige regelmaat komen klachten binnen over het niet beschikbaar zijn van een geneesmiddel dat door de verzekeraar is aangewezen als preferent. Dan krijgen consumenten door de apotheek een ander, vergelijkbaar middel afgeleverd. Soms moet in zo'n geval worden bijbetaald, omdat het alternatieve middel niet is vrijgesteld van het eigen risico (een aantal verzekeraars berekent het eigen risico niet voor preferente geneesmiddelen). Met het toenemend aantal (tijdelijke) geneesmiddelentekorten baart dit zorgen, zeker waar het gaat om preferente geneesmiddelen voor grote groepen consumenten. Het verdient aanbeveling om hier bij de inkoop van geneesmiddelenzorg rekening mee te houden en waar mogelijk te zorgen voor voldoende spreiding over leveranciers. Dit laatste kan ook andere problemen voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan de discussie in 2014 over de veiligheid van geneesmiddelen van een bepaalde leverancier. Daarnaast geeft het bij naturapolissen geen pas om consumenten te laten opdraaien voor leveringsproblemen die met een andere wijze van inkoop zouden zijn voorkomen. De verzekeraar heeft op dit punt een zorgplicht.



Wijziging klachtprocedure

Door mr. R.P. van Marwijk Kooy

Als Ombudsman Zorgverzekeringen is het mijn taak om te bemiddelen tussen een consument en zijn ziektekostenverzekeraar, bij klachten die betrekking hebben op de totstandkoming of uitvoering van een zorgverzekering en/of een (aanvullende) ziektekostenverzekering. Ook klachten over de verwerking van persoonsgegevens door de verzekeraar worden door mij behandeld. In 2015 is de klachtbehandeling op onderdelen aangepast. Deze aanpassingen zijn bedoeld om een vlotte, laagdrempelige en deskundige klachtbehandeling te borgen. Op een aantal wijzigingen ga ik hier nader in.

Klacht indienen in het Engels

Niet alle consumenten beheersen de Nederlandse taal voldoende om hun klacht goed te verwoorden. Om hen toch een laagdrempelige klachtmogelijkheid te bieden, is sinds medio 2015 in het Reglement opgenomen dat een klacht ook in de Engelse taal kan worden ingediend. De verdere behandeling vindt vooralsnog plaats in de Nederlandse taal. Ik

sluit niet uit dat dit op termijn verandert. Met deze omstandigheid wordt in ieder geval al rekening gehouden bij het aannemebeleid van de medewerkers van het Ombudsteam. Het is ook een aspect van het opleidingsprogramma.

Bemiddelen

Bemiddelen omvat alle werkzaamheden die kunnen bijdragen aan het oplossen van de klacht. Een in de praktijk veel voorkomend misverstand – zowel bij de consument als bij de ziektekostenverzekeraar – is dat de Ombudsman elke klacht inhoudelijk voorlegt aan de verzekeraar. Dat is niet het geval. Bij ongeveer een kwart van de klachten bestaat de bemiddeling uit het nog eens – in andere woorden dan de ziektekostenverzekeraar – aan de consument uitleggen waarom de verzekering geen dekking biedt voor bepaalde zorg of een andere dienst, bijvoorbeeld in het geval van liposuctie van de buik. Door de overheid is bepaald dat deze zorg niet is opgenomen in de zorgverzekering (de basisverzekering). Als de zorg ook niet wordt gedekt door een aanvullende ziektekostenverzekering en de verzekeraar al gemotiveerd heeft laten weten geen ruimte te zien voor een coulancevergoeding, dan zou – bij het ontbreken van nieuwe feiten of omstandigheden – het aan de ziektekostenverzekeraar voorleggen van de klacht neerkomen op een herhaling van zetten, zonder een andere beslissing van de verzekeraar te verwachten valt.

Bemiddelen kan ook bestaan uit het uitzoeken waar het misverstand tussen de consument en de ziektekostenverzekeraar zit, bijvoorbeeld bij een betalingsachterstand. Het komt wel voor dat een ziektekostenverzekeraar de consument elke maand opnieuw een aanmaning stuurt voor de verschuldigde verzekeringspremie, terwijl de consument meent de premie steeds te hebben betaald en daarvan ook betaalbewijzen stuurt. Het misverstand kan er dan in zitten dat de consument de verschuldigde premie betaalt in de maand waarop deze betrekking heeft, terwijl de verzekeringsvoorwaarden vooruitbetaling van de premie verlangen. Het probleem dat aan de klacht ten grondslag ligt kan duurzaam worden opgelost, indien de consument zorgt voor een tijdige betaling van de premie. Dat leg ik dan aan de consument uit.

Bemiddelen omvat alle werkzaamheden die kunnen bijdragen aan het oplossen van de klacht.

Soms bestaat het bemiddelen alleen uit het uitleggen van een bepaalde systematiek, zoals bij klachten inzake het eigen risico en de DBC-systematiek. Vaak volstaat de toelichting dat medisch specialistische zorg en specialistische GGZ worden gedeclareerd door middel van DBC's en dat de openingsdatum van een DBC bepalend is voor het antwoord op de vraag ten laste van welk jaar (en van welk eigen risico) de kosten komen.

Juridische toets

In eerdere jaren werden alle klachten op volgorde van binnenkomst behandeld. In deze werkwijze is in 2015 een wijziging doorgevoerd. Na binnenkomst wordt de klacht direct juridisch getoetst, in die zin dat beoordeeld wordt of er ruimte is om inhoudelijk te bemiddelen.

Een klacht waarvan op voorhand vaststaat dat bemiddeling niet zal leiden tot een andere beslissing van de ziektekostenverzekeraar (dus kennelijk ongegrond) wordt gelijk afgehandeld. Uiteraard leg ik daarbij aan de consument uit waarom de klachtbehandeling hier stopt. De overige klachten worden verder behandeld op volgorde van binnenkomst. Het voordeel voor de consument is dat hij snel op de hoogte is als ik zijn klacht niet verder behandel, waarna hij uiteraard nog de keuze kan maken voor de gang naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen of de bevoegde rechter.

Meer telefonisch contact

In het verleden werd een klacht die geen goede argumenten bevatte om inhoudelijk aan de ziektekostenverzekeraar voor te leggen, direct schriftelijk afgesloten. Sinds begin 2015 wordt in een dergelijk geval zo veel mogelijk eerst telefonisch contact gezocht met de consument. In dit gesprek wordt gecheckt of de feiten en de klacht goed zijn geïnterpreteerd en wordt toegelicht waarom geen ruimte wordt gezien om de klacht inhoudelijk aan de ziektekostenverzekeraar voor te leggen. Mocht iets niet helder zijn, dan kan de consument direct vragen om verduidelijking. Ook

van mijn kant kunnen nog vragen worden gesteld en kan zo nodig de rol van de Ombudsman worden toegelicht. Levert het telefoongesprek geen nieuwe inzichten op, dan wordt de consument schriftelijk op de hoogte gebracht van het niet verder behandelen van de klacht, alsmede van de reden daarvan. Een afschrift van deze brief wordt aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Door deze manier van werken kan beter worden aangesloten bij de belevingswereld van de consument. De praktijk leert daarnaast dat consumenten het persoonlijk contact doorgaans erg waarderen.

Ook het telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraars draagt vaak bij aan een doeltreffende bemiddeling. De achtergrond van aan de verzekeraar gestelde vragen kan worden toegelicht en eventuele onduidelijkheden in een antwoord van de ziektekostenverzekeraar kunnen worden opgehelderd. Dit kan misverstanden voorkomen. Bovendien werkt dit veel vlotter dan het heen en weer sturen van brieven, met daaraan gekoppelde reactietermijnen van één of meer weken.

Geen belangenbehartiger, maar onafhankelijke en onpartijdige bemiddelaar

Als 'repeat-player' is de ziektekostenverzekeraar goed bekend met de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Bovendien is de ziektekostenverzekeraar goed ingevoerd in de zorgverzekeringssystematiek en de samenstelling van het

verzekeringspakket. Op dat gebied is de consument toch veelal een 'leek'. Waar dat voor de bemiddeling nodig is, vertaal ik de klacht van de consument naar voor de ziektekostenverzekeraar juridisch en verzekeringstechnisch relevante argumenten of beargumenteer ik waarom naar mijn mening een andere beslissing van de verzekeraar mogelijk of wenselijk is. Andersom leg ik de consument zo nodig uit wat de ziektekostenverzekeraar met sommige juridische termen bedoelt. Daarbij treed ik nadrukkelijk niet op als belangenbehartiger of vertegenwoordiger van de consument of de verzekeraar. In beginsel ben ik ook steeds bereid mijn visie bij te stellen, mits de verzekeraar of de consument hiervoor goede gronden aanvoert.

De Ombudsman Zorgverzekeringen is geen belangenbehartiger, maar een onafhankelijke en onpartijdige bemiddelaar.

Dat niet elke consument aan het begin van de klachtbehandeling doorheeft dat ik niet zijn belangenbehartiger ben, valt te begrijpen. Voor de meeste consumenten is het de eerste keer dat zij zich tot mij wenden. Bovendien kent Nederland meerdere 'Ombudsmannen' die de ombudsfunctie elk op een eigen wijze invullen. Als ik merk dat een consument een verkeerde verwachting heeft van mijn rol, tracht ik hierover gelijk duidelijkheid te verschaffen. Daarbij helpt het natuurlijk niet als een ziektekostenverzekeraar in zijn brieven aan mij schrijft: "In uw brief reageert u *namens* onze verzekerde op onze afwijzing." De door de

verzekeraar gebruikte formulering zou bij de consument (wederom) kunnen leiden tot onjuiste beeldvorming. In mijn periodieke werkoverleg met de betreffende ziektekostenverzekeraars vormt voorgaande dan een gesprekspunt.

Klacht opgelost?

De ziektekostenverzekeraar kan tijdens de klachtbehandeling besluiten de consument alsnog geheel of gedeeltelijk tegemoet te komen. In eerdere jaren sloot ik met deze tegemoetkoming de klachtbehandeling af. Sinds medio 2015 vraag ik de consument echter naar zijn opvatting over de aangeboden tegemoetkoming van de ziektekostenverzekeraar. Immers, alleen de consument kan bepalen of hiermee zijn onvrede over de eerdere beslissing van de verzekeraar is weggenomen. Is naar de mening van de consument de klacht voldoende opgelost, dan eindigt daarmee de klachtbehandeling en wordt het dossier afgesloten. Is de consument niet geheel tevreden met de tegemoetkoming, dan bekijk ik of verdere bemiddeling nog zinvol is. Afhankelijk van de uitkomst daarvan, wordt het dossier gesloten of wordt de bemiddeling voortgezet naar de stand van dat moment.

Deskundigheidsbevordering

Bij mijn bemiddelingswerkzaamheden word ik ondersteund door een professioneel team van circa vijftien medewerkers. Sinds medio 2015 hebben deze medewerkers elk een eigen aandachtsgebied. Daarbij kan

worden gedacht aan onderwerpen zoals buitenland, medisch-specialistische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Binnen het aandachtsgebied is de betreffende medewerker de vraagbaak voor de collega's, zorgt hij of zij voor het up-to-date blijven van de kennis en houdt hij of zij de actuele ontwikkelingen bij. Op deze wijze wordt kennis actueel gehouden, ook voor die onderwerpen die minder frequent voorkomen. Binnenkomende klachten kunnen zo vlot en doeltreffend worden behandeld.

Hiervoor heb ik een aantal procedurele wijzigingen in de klachtbehandeling in 2015 besproken. Eén ding is zeker: ook in 2016 zal er weer sprake zijn van wijzigingen. De periodieke klanttevredenheidsonderzoeken onder de consumenten, de werkbezoeken aan de ziektekostenverzekeraars en de evaluatie van de werkprocessen zullen daar ongetwijfeld de nodige input voor leveren. Hoewel de procedurele route om tot een oplossing voor een klacht te komen met de tijdsgeschiedenis verandert, blijft de inhoudelijke klachtbehandeling ook in 2016 plaatsvinden vanuit de ankerwaarden: onafhankelijk, onpartijdig en deskundig.



Jaarverslag Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Jaarverslag Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Ontvangen geschillen in 2015	41
Afhandeling geschillen in 2015	42
Aandachtsdossiers	45
Beschouwing: van richtsnoer naar beleidsregel	47



De taak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is het behandelen van geschillen en daarover een (bindend) advies uitbrengen. Een geschil wordt in het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gedefinieerd als:

'Elke klacht, voor zover deze, na interne klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar en de eventueel daaropvolgende tussenkomsst door de Ombudsman, niet tot tevredenheid van de consument is opgelost.'



Van links naar rechts: mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en prof. mr. A.I.M. van Mierlo.

Ontvangen geschillen

In 2015 zijn aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen 502 geschillen voorgelegd. Daarvan zijn er 371 (ofwel 74%) in een eerder stadium door de Ombudsman behandeld. De overige 131 geschillen kwamen na de interne klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar direct bij de Geschillencommissie terecht, dus zonder tussenkomst van de Ombudsman.

502 ontvangen geschillen

Net als bij de klachten zijn geschillen over het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb vv) nieuw. De aan de orde zijnde problemen zijn vergelijkbaar met de klachten die op dit vlak behandeld worden door de Ombudsman.

[*] De geschillen die 'het buitenland' betreffen, zijn in 2015 anders geregistreerd: de verzekerde prestatie werd als basis genomen. In het

verslagjaar hebben in totaal 65 geschillen (13%) een buitenlandcomponent.

	2015	2015 %	2014	2013
Verzekerde prestaties	258	51%	266	211
- Medisch-specialistisch	78		112	31
- Plastisch-chirurgisch	54		13	50
- Geneesmiddelen	27		17	17
- Ggz	9		6	9
- Hulpmiddelen	38		45	32
- Mondzorg	32		57	50
- Ziekenvervoer	6		10	17
- Paramedisch	13		-	-
- Diversen	1		6	5
Begin en einde verzekering	20	4%	19	12
Bejegening door verzekeraars	0	0%	0	0
Buitenland-gerelateerd	[*]	[*]	55	51
Premie en declaraties	141	28%	140	177
Eigen bijdrage en eigen risico	25	5%	29	13
Overig	58	12%	9	3
- Pgb vv	41			
- Fraude/verzwijging	1			
- Privacy	-			
- Divers	16			
Totaal	502	100%	518	467

Afhandeling geschillen

Het aantal dossiers dat de Geschillencommissie in 2015 afsloot, bedraagt 523. De gemiddelde behandelduur voor deze geschillen (vanaf de ontvangst van het entreegeld tot het sluiten van het dossier) was 153 dagen. De behandelduur hangt sterk af van de snelheid waarmee ziektekostenverzekeraars, consumenten en het Zorginstituut Nederland reageren. De gemiddelde extra doorlooptijd die hiermee verband houdt, bedroeg in 2015 4 dagen. Bij het overschrijden van de termijnen door de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut wordt de consument daarover geïnformeerd. Alle geschillen werden afgewikkeld binnen de wettelijke termijn van 90 dagen.

	2015	2014	2013
Ingediend	502	518	476
Afgehandeld	523	491	485
Gemiddelde behandelingsduur (dagen)	153	136	149

Bij geschillen over de dekking van de zorgverzekering is de Geschillencommissie wettelijk verplicht om advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland. Deze werkrelatie is zonder meer goed te noemen. Op grond van de wet heeft het Zorginstituut vier weken de tijd om een advies uit te brengen aan de Geschillencommissie. Deze termijn werd in 2015 niet altijd gehaald. Sommig onderzoek kan bewerkelijk zijn en enkele maanden tot een halfjaar in beslag nemen. Een goed voorbeeld is het beantwoorden van de vraag of een bepaalde behandeling of hulpmiddel voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.



	2015	2015 %
Niet inhoudelijk behandeld	47	9%
- Niet-ontvankelijk / onbevoegd	6	1,15%
- Geen heroverweging [a]	-	-
- Vexatoir / te gering belang [b]	1	0,19%
- Onder rechter (geweest) [c]	2	0,38%
- Te laat ingediend [e]	1	0,19%
- Dossier incompleet [f]	-	-
- Entreegeld niet betaald	37	7,07%
Ingetrokken / opgelost voor de hoorzitting	87	17%
Opgelost tijdens hoorzitting (= vaststellingsovereenkomst)	18	3%
(Gedeeltelijke) toewijzing bij (bindend) advies	102	19%
Afgewezen bij (bindend) advies	269	52%
Totaal	523	100%

De tussen []-haakjes genoemde letters verwijzen naar de gronden genoemd in de respectievelijke onderdelen van artikel 3 lid 2 van de Implementatiewet.

In 20% van de geschillen bracht de commissie een voor de consument (deels) positief bindend advies uit. Dit percentage is iets hoger dan een jaar eerder. Verder werd 17% van de geschillen lopende de procedure

opgelost dan wel ingetrokken. De reden van intrekking bleek vrijwel altijd dat de ziektekostenverzekeraar na contact met de consument alsnog tot overeenstemming was gekomen.

Dat de ziektekostenverzekeraar de consument in 37% van de geschillen alsnog (deels) tegemoetkomt of de Geschillencommissie de consument (deels) in het gelijk stelt, is opvallend. Eerst is immers de interne klachtenprocedure bij de verzekeraar al gevolgd en in driekwart van de zaken is de kwestie ook door de Ombudsman Zorgverzekeringen behandeld. Dit is dan ook onderwerp van gesprek tijdens de reguliere werkbezoeken aan de ziektekostenverzekeraars.

Alle adviezen die de Geschillencommissie in 2015 uitbracht, waren zogenoemde 'bindende adviezen'. Van de mogelijkheid de geschilprocedure te beëindigen met een 'niet-bindend advies' werd in het verslagjaar geen gebruik gemaakt.

De uitgebrachte adviezen worden geanonimiseerd gepubliceerd op het 'kennisplein ziektekostenverzekeringen' (www.kpzv.nl).

In de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap is vastgelegd dat de ziektekostenverzekeraar een bindend advies van de Geschillencommissie dient op te volgen. De naleving hiervan wordt door de SKGZ (nog) niet actief gemonitord. In 2015 hebben enkele consumenten bij de SKGZ

aangegeven dat de ziektekostenverzekeraar het bindend advies niet of niet volledig nakwam. Deze consumenten zijn gewezen op de mogelijkheid om naleving af te dwingen via de rechter.

Voor zover bekend heeft in 2015 één consument een door de Geschillencommissie uitgebracht bindend advies ter vernietiging voorgelegd aan de rechter. Dit verzoek is door de rechter afgewezen.



Aandachtsdossiers

De Implementatiewet eist dat er gerapporteerd wordt over systematische of aanzienlijke, veel voorkomende problemen die leiden tot geschillen tussen consumenten en verzekeraars. Met deze informatie en eventuele aanbevelingen zouden dergelijke problemen in de toekomst kunnen worden vermeden of opgelost. In dit kader verdienen drie kwesties de aandacht.

Geschillen over premie(achterstand)

Van alle geschillen gaat 28% over de premie. Vaak betreft het de hoogte van de premieachterstand die de consument heeft of de aanmelding als ‘wanbetaler’ bij het Zorginstituut Nederland (bij een betalingsachterstand ter hoogte van zes maandpremies). In veel gevallen blijkt het lastig om de exacte hoogte van de premieachterstand vast te stellen. Dat consumenten daarvan niet altijd een exact beeld hebben, valt nog te billijken. Maar dat er ook een enkele ziektekostenverzekeraar is die – als professionele partij en repeat-player – niet of onvoldoende in staat is om de precieze hoogte te bepalen, valt moeilijker te verteren. Verrekeningen, wijze van boeken, incassokosten en systeemtechnische aspecten zouden een duidelijke opgave van de premieachterstand niet in de weg mogen staan. Uit onder meer het Burgerlijk Wetboek en eerdere bindende adviezen van de

Geschillencommissie blijkt duidelijk hoe hiermee in juridische zin moet worden omgegaan. Voor zover een vordering is overgedragen aan een incassobureau of deurwaarder, ligt het in de rede dat de verzekeraar duidelijke afspraken maakt over de onderlinge informatie-uitwisseling. Bij een geschilbehandeling is het niet de Geschillencommissie die de actuele achterstand dient op te vragen bij het incassobureau of de deurwaarder; het is aan de ziektekostenverzekeraar om deze deugdelijk te onderbouwen. Tijdens werkbezoeken aan de betreffende ziektekostenverzekeraar(s) zullen wij dit aan de orde blijven stellen.

Aanmelding consument bij Zorginstituut Nederland

Een consument met een betalingsachterstand ter hoogte van zes maandpremies wordt door de verzekeraar aangemeld bij het Zorginstituut Nederland. Het wetsartikel dat deze aanmelding regelt, schrijft voor dat dit moet worden meegedeeld aan de consument. Er staat echter niet met zoveel woorden op welk moment die mededeling zou moeten plaatsvinden. Er is een verzekeraar die deze mededeling met enige regelmaat pas doet enkele weken nadat de aanmelding bij het Zorginstituut heeft plaatsgevonden. Een dergelijke handelwijze lijkt niet correct. De mededeling aan de consument is immers van groot gewicht in het licht van een redelijke wetstoepassing: hij wordt door zijn verzekeraar voorgedragen voor de toepassing van bestuursdwang (bestuursrechtelijke premieheffing, broninhouding op inkomen, omleiding zorgtoeslag). Deze rechtsgevolgen zijn dermate aanzienlijk dat de informatievoorziening aan

de consument zorgvuldig en vlot moet zijn. Aangezien de premie voor de zorgverzekering meestal bij vooruitbetaling verschuldigd is, is het van belang dat de consument in ieder geval *in* de maand van de aanmelding wordt geïnformeerd.

Buitenland gerelateerde geschillen

Bij buitenland-gerelateerde geschillen valt op dat een enkele verzekeraar consumenten niet of onvoldoende informeert over de Europese sociale zekerheidsverordening 883/2004, de daarbij behorende toepassingsverordening en de Europese patiëntenrichtlijn. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (van kracht sinds 1 november 2015) opgenomen dat ziektekostenverzekeraars consumenten moeten inlichten over de optie om op grond van EU-regels gebruik te maken van zorg in een andere EU-lidstaat. In ieder geval dienen zij informatie over de twee procedures voor vergoeding van zorg die geleverd is in een andere EU-lidstaat op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU en Verordening (EG) nr. 883/2004 op de website te plaatsen. De uitwerking hiervan zou in 2016 zichtbaar moeten zijn in de buitenland-gerelateerde geschillen.



Beschouwing

Hiervoor is de informatieverstrekking door zorgverzekeraars al benoemd. De voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gaat in onderstaande beschouwing uitgebreid in op de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit rond de informatievoorziening door zorgverzekeraars.

Van richtsnoer naar beleidsregel

*Door prof. mr. A.I. M. van Mierlo, voorzitter Geschillencommissie
Zorgverzekeringen*



Het richtsnoer

Een belangrijke speler op de markt van de ziektekostenverzekeringen – hieronder worden verstaan de zorgverzekeringen, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) en de (aanvullende) ziektekostenverzekeringen – is de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna:

NZa). In dit kader wil ik stilstaan bij de invulling die de NZa in de afgelopen jaren heeft gegeven aan de open normen van artikel 40, leden 1, 2 en 3

van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). Een eerste aanzet hiertoe vormde het 'Richtsnoer Informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars' uit 2006. In de daaropvolgende jaren zijn verschillende richtsnoeren gevolgd. Gedurende het grootste deel van het afgelopen jaar was de 'Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014' (TH/BR-015) van kracht.

Bij vergelijking van het oorspronkelijke richtsnoer uit 2006 en de beleidsregel uit 2014 zijn er verschillende zaken die opvallen. In de eerste plaats is de opzet van het stuk ingrijpend veranderd. Gaf het richtsnoer uit 2006 nog een aantal voorbeelden, in de beleidsregel uit 2014 zijn harde minimumeisen geformuleerd waaraan ziektekostenverzekeraars en volmachten zich hebben te houden. Ook de positie van de consument lijkt te zijn veranderd. In het richtsnoer werd de gemiddelde consument nog als uitgangspunt genomen, waarbij werd aangetekend dat deze (i) een eigen verantwoordelijkheid heeft bij de aanschaf van een ziektekostenverzekering en (ii) bereid moet zijn zich te verdiepen in de aangeboden informatie. Ook werd destijds nog aangenomen dat de consument in staat is de eigen financiële positie in kaart te brengen. In de beleidsregel is een en ander neutraler geformuleerd. Wat voorts opvalt, is dat in het richtsnoer

het creëren van een gelijk speelveld voor de ziektekostenverzekeraars nog als een apart doel werd benoemd.

Als gezegd, werden in het richtsnoer uit 2006 verschillende voorbeelden gegeven. Samengevat ging het hierbij om het volgende:

1. *Zaken die tot het wettelijk recht van de verzekerde behoren, presenteren als extra, gratis of uniek/specifiek voor een bepaald product;*
2. *Onvolledig/onjuist/te summier overzicht geven van zaken die in de basisverzekering zijn opgenomen, waardoor consumenten worden misleid;*
3. *Het op zodanige wijze presenteren/aanbieden van een of meer specifieke polissen dat de informatie over andere polissen de consument niet of nauwelijks bereikt;*
4. *Geen volledige/juiste/begrijpelijke beschrijving bieden van de verschillen tussen natura- en restitutieverzekeringen of een mengvorm daarvan dan wel niet goed aangeven in welke gevallen de verzekerde kan rekenen op welke vergoeding;*
5. *Het geven van niet (afdoende) onderbouwde garanties;*
6. *Onduidelijkheid over de wijze waarop de basis- en/of aanvullende verzekeringen kunnen worden opgezegd;*
7. *Aanvullende verzekering(en) opzeggen door de verzekeraar indien de verzekerde de basisverzekering niet voortzet;*
8. *Geen duidelijkheid bieden over wie de zorgverzekering uitvoert;*
9. *Jongeren tot 18 jaar niet de mogelijkheid bieden om zelfstandig een polis af te sluiten;*
10. *Onjuiste/oneerlijke/onvolledige vergelijkende reclame.*

Richtsnoer nog actueel?

Alvorens in te gaan op de recente beleidsregel is het wellicht aardig om vanuit de achtergrond van de zaken die aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn voorgelegd eens te kijken naar bovengenoemde voorbeelden. In hoeverre zijn deze thans nog actueel?

Ten aanzien van punt 1 en 2 is mijn indruk dat een en ander intussen behoorlijk is uitgekristalliseerd. Consumenten hebben een redelijk beeld van de zorg en overige diensten die onder de dekking van de basisverzekering vallen. Wel opvallend is dat zij de indruk hebben dat het verzekerde pakket in recente jaren is verschaald, terwijl de maatregelen die in dat verband worden aangehaald – op het terrein van tandheelkunde en plastische chirurgie – al van veel langer geleden dateren.

Het volgende punt (zie 3) is nog steeds actueel, zij het in een andere vorm dan in 2006 kon worden voorzien. Sinds de inwerkingtreding van de Zvw zijn de zorgverzekeraars niet alleen handiger gebruik gaan maken van de bestaande distributiekkanalen, maar zijn zij ook labels gaan voeren en speciale polissen voor collectiviteiten gaan ontwikkelen. De vraag komt op of – gegeven het kleine aantal spelers aan de aanbiederskant – de grens inmiddels niet is bereikt en vanuit een oogpunt van transparantie tot een forse beperking van het productaanbod moet worden gekomen, gebaseerd op drie typen polissen. Ik kom daarmee op het volgende voorbeeld uit het richtsnoer (zie 4).

Het is aan de zorgverzekeraars hierop actie te ondernemen en het productaanbod op te schonen.

Er is binnen en buiten de politieke arena uitgebreid gediscussieerd over het voorstel tot aanpassing van artikel 13 Zvw. Ik onthoud mij van een oordeel hierover, maar wil wel een kanttekening plaatsen bij de door de minister van VWS in dit verband gehanteerde argumenten. Eén van deze argumenten was dat er meer ruimte zou komen voor budgetpolissen. Persoonlijk betwijfel ik dat. Die ruimte is er namelijk al, alleen maken de zorgverzekeraars hiervan nog onvoldoende dan wel verkeerd gebruik. Zo geldt voor veel 'budgetpolissen' dat deze in dekking en premie nauwelijks verschillen van andere naturapolissen. Ik constateer dit met name bij de behandeling van geschillen over de restitutie bepaling. Soms is het vergoedingspercentage bij een 'budgetpolis' 75, en bij een gewone naturapolis 60, terwijl de premie voor deze laatste verzekering hoger is. Het is aan de zorgverzekeraars hierop actie te ondernemen en het productaanbod op te schonen. Alleen op die manier is een consument duidelijk te maken voor welke variant hij kiest en wat de consequenties van die keuze zijn. De keuzemogelijkheden zouden mijns inziens moeten bestaan uit (i) een echte budgetpolis met een lage premie, een lage restitutie vergoeding bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg of overige diensten en een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders, (ii) een naturapolis met een iets hogere premie dan de budgetpolis, een hogere

restitutievergoeding en een groot aantal gecontracteerde zorgaanbieders en (iii) een echte restitutiepolis met recht van vrije artskeuze en vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten op basis van het Nederlands tarief (Wmg-tarief dan wel marktconform tarief). Wijziging van artikel 13 Zvw is niet nodig om dit te bereiken.

Met betrekking tot de volgende voorbeelden (zie 5, 6 en 7) heb ik in de praktijk niet of nauwelijks ervaringen. Wel merk ik op dat hoewel het opzeggen van de aanvullende ziektekostenverzekering bij beëindiging van de basisverzekering wettelijk verboden is, consumenten soms op een andere wijze worden ontmoedigd de aanvullende ziektekostenverzekering 'los' voort te zetten. Het komt namelijk voor dat in die situatie een forse premietoeslag wordt berekend. Persoonlijk vind ik dat vreemd, aangezien de uitvoeringskosten van een 'losse' verzekering niet zoveel hoger zullen zijn en de reguliere premie – naar althans moet worden aangenomen – op een behoorlijke wijze actuarieel is berekend. Anders gezegd: het eventueel hogere risico op kosten van de consument die zijn aanvullende ziektekostenverzekering 'los' wil voortzetten, is al in de premieberekening betrokken.

Het hierna volgende voorbeeld (zie 8) is nog steeds erg actueel. Bij de beoordeling van een verzoek dient de commissie zich te baseren op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Welke dit zijn, blijkt uit het afgegeven polisblad. Helaas moet ik vaststellen dat op dit polisblad niet in alle gevallen de risicodragers is (zijn) vermeld. Soms wordt geschermd

met een label en is niet duidelijk wat de rol van de volmacht is. Overigens staat dit in het algemeen wel goed uitgeschreven in de verzekeringsvoorwaarden, maar dat zal, zo dunkt mij, niet de eerste plaats zijn waar de consument gaat kijken om te weten bij welke verzekeraar hij is verzekerd.

Het door de NZa aangehaalde voorbeeld betreffende jongeren tot 18 jaar (zie 9) staat - ook heden ten dage - helaas niet op zich en is illustratief voor de wijze waarop sommige zorgverzekeraars met deze materie omgaan. Van belang is dat de wetgever in 2006 de individuele verzekeringsplicht als uitgangspunt heeft genomen. Voor jongeren tot 18 jaar speelt hierbij het probleem dat zij in beginsel handelingsonbekwaam zijn en dus niet zelf invulling kunnen geven aan hun verzekeringsplicht. Er zijn zorgverzekeraars die, tegen deze achtergrond, de zaak omdraaien en de medeverzekering van jongeren tot norm verheffen. Bereikt betrokkene de leeftijd van 18 jaar, dan wordt deze norm verlaten en wordt hij of zij automatisch op een eigen polis gezet. Dit laatste is in strijd met artikel 7 Zvw. Het initiatief tot het zelf invulling geven aan de verzekeringsplicht ligt bij de 18-jarige en alleen dan kan de oorspronkelijke verzekeringnemer opzeggen. Natuurlijk realiseer ik mij dat de door de betreffende zorgverzekeraars gekozen benadering meer dan eens voorkomt dat problemen ontstaan. Anderzijds leert de praktijk dat jongeren die net 18 jaar zijn geworden hierdoor ook in financiële problemen kunnen komen. Het – in afwijking van de wet – nemen van medeverzekering als

uitgangspunt zorgt tevens voor de nodige problemen bij echtscheiding, zoals uit de jurisprudentie van de Geschillencommissie valt op te maken.

De wetgever heeft in 2006 de individuele verzekeringsplicht als uitgangspunt genomen.

Het laatste voorbeeld (zie 10) laat ik in dit beperkte bestek voor wat het is.

Naar de beleidsregel

De beleidsregel uit 2014 bevat, zoals reeds opgemerkt, de eisen waaraan de zorgverzekeraars minimaal moeten voldoen. Deze eisen zijn niet uitputtend geformuleerd door de NZa en de algemene regels uit de Wmg hangen er als het ware boven. De navolgende toetspunten zijn door de NZa specifiek benoemd.

Als minimale informatie over eigenschappen van aangeboden producten en diensten worden beschouwd:

11. *Premiegrondslag en aspecten die de premie beïnvloeden (toetspunt 1);*
12. *Opzegmogelijkheden van de (aanvullende) verzekering (toetspunt 2);*
13. *Toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering (toetspunt 3);*
14. *Wijzigingen in de basis zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering (toetspunt 4);*
15. *Vergoedingenoverzicht (toetspunt 5)*

16. *Mogelijkheid tot indienen klacht (toetspunt 6);*
17. *Het gecontracteerde zorgaanbod en volumeafspraken (toetspunt 7);*
18. *Vergoeding bij niet-gecontacteerde zorg (toetspunt 8);*
19. *Polisvoorwaarden van de op de markt gebrachte modelovereenkomsten (toetspunt 9);*
20. *(preferentie)beleid geneesmiddelen (toetspunt 10);*
21. *Rol van gecontracteerde zorg op vergoeding (toetspunt 11);*
22. *Eigen risico (toetspunt 12).*

De NZa rekent de volgende elementen tot de dienstverlening:

23. *European Health Insurance Card (EHIC) (toetspunt 13);*
24. *Beschikbaar stellen polisvoorwaarden en reglementen (toetspunt 14);*
25. *Afwijzingsgronden (toetspunt 15);*
26. *Normen voor tijdigheid en bereikbaarheid (toetspunt 16);*
27. *Buitenlandse nota's (toetspunt 17).*

Tot slot is als nieuw toetspunt opgenomen *de informatieverstrekking namens verzekeraars via vergelijkingsites (toetspunt 18).*

Van bovenstaande toetspunten zou ik er een aantal nader willen belichten.

De polisbladen vermelden niet in alle gevallen de risicodragers en soms worden elementen in de premieberekening betrokken die – gelet op artikel 17 Zvw – in zekere zin als ‘vervuilend’ zijn te beschouwen.

Eerder verklaarde ik al dat de commissie kennis neemt van de polisbladen om te kunnen vaststellen hoe iemand ten tijde van het geschil was verzekerd. Wat bij deze polisbladen opvalt, is dat soms elementen in de premieberekening worden betrokken die – gelet op artikel 17 Zvw – in zekere zin als ‘vervuilend’ zijn te beschouwen. Het uitgangspunt van de wetgever is simpel geweest. Voor iedere modelovereenkomst is de start de grondslag van de premie. Hierop zijn twee kortingen mogelijk, namelijk vanwege deelname aan een collectiviteit en vanwege een gekozen vrijwillig eigen risico. Uit het polisblad moet blijken hoe vanuit de grondslag van de premie, na aftrek van de korting(en), tot de verschuldigde premie wordt gekomen (toetspunt 1). In de praktijk komen polisbladen voor waarop posten staan als ‘bijdrage gemeente’. Mijns inziens doet het geen kwaad dit te vermelden, maar dan wel ‘onder de streep’, als laatste regel nadat de verschuldigde premie conform artikel 17 Zvw is vastgesteld. Voorheen werden ook wel ‘prolongatiekosten’ opgevoerd, waarbij ik mij niet aan de indruk kon onttrekken dat deze post vooral was bedacht om de netto premie laag te houden.

De informatievoorziening rond de opzegmogelijkheden (toetspunt 2) is naar mijn beleving goed op orde. Slechts één aandachtspunt is het vermelden waard, namelijk dat veel consumenten niet bekend zijn met het gegeven dat de zorgverzekering in geval van een premieachterstand door hen in beginsel niet opzegbaar is (artikel 8a Zvw).

Hoewel de Geschillencommissie natuurlijk maar een deel van de zaken krijgt voorgelegd, is mijn indruk dat de informatievoorziening rond de mogelijkheid van het indienen van een klacht (toetspunt 6) goed op orde is. Bij sommige verzekeraars kan het lastig zoeken zijn op de website, maar de informatie wordt wel gegeven. Nadat desgevraagd een heroverweging heeft plaatsgevonden, wordt in vrijwel alle gevallen gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor te leggen aan de SKGZ.

Voor een consument kan het soms moeilijk zijn inzicht te krijgen in het gecontracteerde zorgaanbod.

Voor een consument kan het soms moeilijk zijn inzicht te krijgen in het gecontracteerde zorgaanbod (toetspunt 7). Tot op heden speelt dit probleem bij aanvang van een nieuw verzekeringsjaar, als de keuze moet worden gemaakt om al dan niet over te stappen. Daarnaast blijkt het vaak lastig te reconstrueren welke zorgaanbieders ten tijde van het ontstaan van het geschil waren gecontracteerd. De betreffende lijstjes wijzigen lopende het jaar. Ik wil hier wijzen op het belang van vastlegging van deze informatie op een duurzame gegevensdrager. Voor een consument moet reproduceerbaar zijn welke zorgaanbieders waren gecontracteerd ten tijde van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, zodat hij niet kan worden geconfronteerd met een verzekeraar die halverwege het jaar besluit de kosten niet meer (volledig) te vergoeden omdat de onderhandelingen met de zorgaanbieder alsnog blijken te zijn afgeketst.

Het bestaan van omzetplafonds blijkt in de praktijk voor consumenten vaak een volstrekt onbekend fenomeen. In de polisvoorwaarden wordt hiervan meestal geen melding gemaakt. Toch kan het bestaan van een omzetplafond een consument lelijk opbreken, met name indien hij wenst te kiezen voor behandeling door een specifieke zorgaanbieder. Het kan dan zijn dat het eigen risico 2014 reeds is volgemaakt en dat de behandeling – vanwege het omzetplafond – wordt doorgeschoven naar 2015. Op de vergoeding wordt dan het eigen risico 2015 in mindering gebracht, terwijl de behandeling in de optiek van de consument in 2014 ‘gratis’ zou zijn geweest.

De informatieverstrekking over de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg blijkt in de praktijk problematisch.

De informatieverstrekking over de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg (toetspunt 8) blijkt in de praktijk problematisch. Het tarief dat de zorgaanbieder hanteert zal veelal hoger zijn dan het Wmg- of het marktconforme tarief. Vaak wordt door de zorgaanbieder of de consument geschermd met passantentarieven. Tevens is de vraag wat precies het marktconforme tarief is. Is dit het gemiddelde gecontracteerde tarief of moet worden uitgegaan van het hoogste tarief waartegen de verzekeraar nog bereid is te contracteren? Nog gecompliceerder wordt het indien de restitutiekring gaat meespelen of de zorg in het buitenland wordt betrokken. Op dit laatste punt kom ik later nog terug.

Polisvoorwaarden zijn als regel terug te vinden op de website. Echter, ook hier speelt de kwestie dat de oude voorwaarden zouden moeten worden vastgelegd op een duurzame gegevensdrager, zodat de consument verder kan terugkijken dan alleen het lopende jaar en het jaar dat hieraan is voorafgegaan (toetspunt 9).

Aan het preferentiebeleid (toetspunt 10) werd in het voorgaande jaarverslag al aandacht besteed. Ik volsta met de opmerking dat er in de praktijk vooral veel 'gedoe' is rond de medische noodzaak, die wel wordt aangevoerd als reden om van het preferentiebeleid af te wijken.

Hiervoor merkte ik reeds op dat meer transparantie gewenst is als het gaat om de aangeboden producten. Indien de zorgverzekeraars willen inzetten op budgetpolissen, zijn de door de NZa gestelde minimeisen aan de informatieverstrekking te mager (toetspunt 11). Er mag bij de consument geen enkel misverstand bestaan over het feit dat de keuze voor een budgetpolis enerzijds inhoudt dat een lagere premie is verschuldigd, maar dat daar anderzijds ook beperkingen tegenover staan en wel in de vorm van een beperkter zorgaanbod en een hogere restitutiekorting (dus: lagere vergoeding).

Geschillen over het eigen risico (toetspunt 12) zijn in veel gevallen terug te voeren op de DBC-systematiek. De zorgverzekeraars zijn transparant waar het de regeling van het eigen risico betreft, maar zij slagen er niet goed in duidelijk te maken waartoe toepassing van die regeling in een individuele situatie kan leiden als medisch specialistische zorg of

specialistische GGZ wordt genoten in twee kalenderjaren. Feitelijk valt hen dit ook niet te verwijten, maar het blijft voor een leek onbegrijpelijk dat, terwijl de ziekenhuisbezoeken in 2013 en 2015 hebben plaatsgevonden, het toch zo kan zijn dat het eigen risico 2014 van toepassing is.

Zoals uit de jurisprudentie van de Geschillencommissie blijkt, is de zorg in het buitenland een aandachtsgebied.

In de beleidsregel uit 2014 noemt de NZa de EHIC als aandachtspunt (toetspunt 13). Mijns inziens is dit een te beperkte benadering. Uitgangspunt moet zijn dat de zorgverzekering een sociale ziektekostenverzekering is in het kader van Vo. nr. 883/2004 en de toepassingsverordening Vo. nr. 987/2009. De EHIC ziet daarbij slechts toe op één aspect, namelijk de noodzakelijke zorg in een andere EU-lidstaat (of EER-lidstaat dan wel Zwitserland) bij tijdelijk verblijf. Uit genoemde verordeningen vloeien voor de zorgverzekeraar echter meer verplichtingen voort. Zo is hij in bepaalde gevallen gehouden desgevraagd toestemming te verlenen voor een intramurale behandeling in een andere EU-lidstaat (of EER-lidstaat dan wel Zwitserland). Hiertoe zal hij dan een S2-formulier afgeven. In andere gevallen is de zorgverzekeraar de instantie die het S1-formulier verstrekt. Zoals uit de jurisprudentie van de Geschillencommissie blijkt, is de zorg in het buitenland een aandachtsgebied. Zorgverzekeraars hebben hier een wettelijke taak en het komt mij voor dat deze verder gaat dan alleen het afgeven van een EHIC. Hierbij zij nog aangetekend dat er

discussie gaande is over de vraag of de zogenoemde Patiëntenrichtlijn correct is geïmplementeerd. Uit deze richtlijn zou in dat geval voor de zorgverzekeraar moeten voortvloeien dat hij zijn verzekerden informeert over de verschillende vergoedingsmogelijkheden (simpel gezegd: vergoeding volgens de verordening of op basis van de zorgverzekering).

Cruciaal is dat de consument vóór of bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst kan beschikken over de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en reglementen (toetspunt 14). De wet biedt de verzekeraar de mogelijkheid dit langs elektronische weg te regelen (artikel 6:234 lid 2 BW). Ook hier geldt dat de stukken reproduceerbaar moeten zijn en dat deze derhalve op een duurzame gegevensdrager moeten zijn opgeslagen. Het zij nogmaals benadrukt dat niet kan worden volstaan met het op de site publiceren van de verzekeringsvoorwaarden en reglementen die gelden voor het lopende jaar en eventueel het hieraan voorafgaande jaar. Voorts geldt dat deze stukken geen ‘werkdocumenten’ zijn waarin de verzekeraar lopende het jaar naar believen wijzigingen kan aanbrengen. Het is dit element van bestendigheid dat ontbreekt in de NZa beleidsregel, maar wel aandacht van de verzekeraars behoeft.

Deze stukken zijn geen ‘werkdocumenten’ waarin de verzekeraar lopende het jaar naar believen wijzigingen kan aanbrengen.

Ten aanzien van de informatieverstrekking over de afwijzingsgronden onderschrijf ik de stelling van de NZa dat een consument moet weten

waarom zijn aanvraag is afgewezen (toetspunt 15). In de praktijk ziet de Geschillencommissie zich meer dan eens geconfronteerd met door elkaar lopende en wisselende afwijzingsgronden. In het eerste geval kan men denken aan een afwijzing met als reden dat ‘de aangevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet doelmatig is’. Het zou zo moeten zijn dat de verzekeraar de aanvraag systematisch benadert: betreft het zorg zoals de beroepsgroep waar het om gaat pleegt te bieden, voldoet de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk, is er een indicatie bij deze verzekerde voor de zorg, is de zorg onder de gegeven omstandigheden doelmatig en is voldaan aan de formele vereisten zoals een verwijzing? Aldus wordt voorkomen dat in verschillende fasen van de procedure wisselende afwijzingsgronden moeten worden aangevoerd.

Op het punt van de normen die de zorgverzekeraar hanteert met betrekking tot bereikbaarheid en tijdigheid van de zorg (toetspunt 16) zal ik in dit beperkte kader niet ingaan. Hetzelfde geldt voor de informatieverstrekking via vergelijkingssites (toetspunt 18), mede omdat het een onderwerp betreft dat buiten het aandachtsgebied van de Geschillencommissie valt.

Het zou zo moeten zijn dat de verzekeraar de aanvraag systematisch benadert

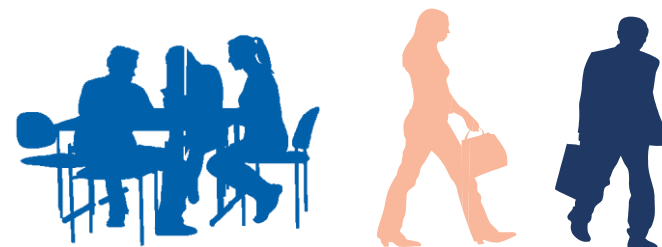
Rest dan nog de kwestie van de buitenlandse nota's (toetspunt 17). Eerder merkte ik op dat de informatieverstrekking over de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg problematisch is. Dit is temeer het geval indien de zorg of overige dienst in het buitenland wordt betrokken. Binnen de EU/EER/Zwitserland wordt het probleem deels ondervangen doordat gebruik kan worden gemaakt van de EHIC bij tijdelijk verblijf. Voor electieve zorg kan een S2-formulier worden aangevraagd en in een ideale wereld zal de verzekeraar de consument op basis van de geïmplementeerde Patiëntenrichtlijn goed informeren over de bestaande keuzemogelijkheden en de financiële consequenties. Echter, dan zijn er nog heel veel landen waar een consument ook zorg of overige diensten kan betrekken die de zorgverzekeraar – vanwege de bestaande werelddekking – met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden moet vergoeden. De Geschillencommissie wordt regelmatig geconfronteerd met onduidelijke buitenlandse nota's. Vaak is niet helder wie is behandeld, welke diagnose is gesteld, welke behandeling heeft plaatsgevonden en waar deze heeft plaatsgevonden. De zorgverzekeraar kan ten aanzien van de inrichting van de nota's slechts algemene regels stellen, die overigens ook binnen Nederland gelden. Hetzelfde gaat op voor de hoogte van de vergoeding. Buiten de EU/EER/Zwitserland wordt deze op dezelfde wijze berekend als wanneer de zorg of overige dienst was betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland (uitgaande van een naturapolis met restitutiekorting). Ik denk dat de informatieverstrekking op dit punt niet verder kan gaan dan dat.

De regelgeving van de NZa is minder bekend, maar wel degelijk van invloed op het handelen van de verzekeraars.

Tot besluit

Wie in algemene zin iets wil weten over de (uitvoering van) de zorgverzekering zal als eerste de Zvw en de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten – het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering – raadplegen. De regelgeving van de NZa is minder bekend, maar wel degelijk van invloed op het handelen van de verzekeraars. Niet in de laatste plaats omdat de NZa bij niet-naleving verschillende handhavinginstrumenten ten dienste staan zoals het opleggen van een aanwijzing, het opleggen van een last onder dwangsom, het opleggen van een boete en 'naming and shaming' van de betrokken verzekeraar. Zoals hiervoor is uiteengezet, valt de afgelopen tien jaar een ontwikkeling te constateren waarbij aanvankelijk slechts voorbeelden werden benoemd, maar inmiddels harde minimumeisen zijn geformuleerd op een groot aantal punten. Bij een aantal van deze punten heb ik toegelicht dat deze minimumeisen naar mijn persoonlijke mening nog niet ver genoeg gaan, omdat uit de wet en de jurisprudentie stringenter verplichtingen volgen. In de komende jaren zal de beleidsregel hierdoor aan belang toenemen. Intussen is overigens een nieuwe versie beschikbaar gekomen (Stcrt 2015/21582). Ik breng deze van harte onder uw aandacht.

Bijlagen



De medewerkers van de SKGZ en Zorgverzekeringslijn.nl

Bijlagen

Aangesloten organisaties	57
Afkortingenlijst	59
Colofon	60

Aangesloten organisaties

In het verslagjaar 2015 waren bij de SKGZ de navolgende organisaties aangesloten. Het betreft alle in Nederland actieve zorgverzekeraars. In het overzicht worden tevens de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens één of meerdere ziektekostenverzekeraars.

1. Achmea Zorgverzekeringen N.V.
2. Aevitae B.V.
3. Anderzorg N.V.
4. ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
5. ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
6. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
7. Azivo Zorgverzekeraar N.V.
8. Caresco B.V.
9. De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekering N.V.
10. De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
11. Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.
12. Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
13. Eno Zorgverzekeraar N.V.
14. FBTO Zorgverzekeringen N.V.
15. IAK Verzekeringen B.V.
16. Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
17. IZA Zorgverzekeraar N.V.
18. IZZ Zorgverzekeraar N.V.
19. Kettlitz Wulfse Volmachten B.V.
20. Menzis N.V.
21. Menzis Zorgverzekeraar N.V.
22. National Academic Verzekeringsmaatschappij N.V.
23. Nedasco B.V.
24. N.V. Univé Zorg
25. N.V. Zorgverzekeraar UMC

26. OHRA Ziekttekostenverzekeringen N.V.
27. OHRA Zorgverzekeringen N.V.
28. Onderlinge Waarborgmaatschappij AZVZ U.A.
29. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar U.A.
30. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.
31. Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.
32. Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
33. ONVZ Ziekttekostenverzekeraar N.V.
34. OOM Global Care N.V.
35. OZF Zorgverzekeringen N.V.
36. Vereniging PNOzorg
37. Stad Holland Zorgverzekeraar Onderlinge Waarborgmaatschappij U.A.
38. Stichting Promovendum
39. Turien & Co. Assuradeuren B.V.
40. VGZ Zorgverzekeraar N.V.
41. VPZ Assuradeuren B.V.
42. VvAA schadeverzekeringen N.V.
43. Zilveren Kruis Ziekttekostenverzekeringen N.V.
44. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.



Afkortingenlijst

De in dit jaarverslag gebruikte afkortingen:

ACM	Autoriteit Consument & Markt	Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
AFM	Autoriteit Financiële Markten	Wft	Wet op het financieel toezicht
ADR	Alternative Dispute Resolution	Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie	ZiNL	Zorginstituut Nederland
DiGiD	Digitale Identiteit	ZVL	Zorgverzekeringslijn.nl
DNB	De Nederlandsche Bank	Zvw	Zorgverzekeringswet
GGZ	geestelijke gezondheidszorg		
Kifid	Klachteninstituut Financiële Dienstverlening		
KTO	klanttevredenheidsonderzoek		
LMZ	Landelijk Meldpunt Zorg		
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit		
ODR	Online Dispute Resolution		
Pgb	persoonsgebonden budget		
Pgb vv	persoonsgebonden budget verpleging en verzorging		
SGC	Stichting Geschillencommissie voor Consumentenzaken		
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering		
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport		



Colofon & contact

Zeist, maart 2016. 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, C.J. van Kranenburg MA, mr. G.J. de Groot, mr. E.L. Niezen, drs. M.R.J. Spanjaard, mr. L.E.W. van Os-Simonse, mr. M. ten Kate, J.E. Boon B.COM, S. Saouti B.COM

Uitgave

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Eindredactie

Angélique van Beers, Luvi Media

Vormgeving

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door middel 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.



Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

088 – 900 69 00

info@skgz.nl www.skgz.nl