

# Jaarverslag 2016

‘10 jaar SKGZ’

De SKGZ is onpartijdig en deskundig

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

[www.skgz.nl](http://www.skgz.nl) 088 900 6 900

---

Wij zijn bereikbaar van  
maandag t/m vrijdag tussen  
08.30 en 17.00 uur

# Inhoud

Inhoud	2
Voorwoord	3
2016 in het kort	4
Klachten & geschillen jaaroverzicht	5
10 jaar Ombudsman – interview met mr. Reina van Marwijk Kooy	9
Aanbeveling van de Ombudsman	11
In de praktijk – taperingstrips	12
10 jaar Geschillencommissie – interview met prof. mr. Toon van Mierlo	13
In de praktijk – de restitutiepolis	16
SKGZ doet meer	18
Privacy – functionaris voor de gegevensbescherming	21
Zorgverzekeringslijn	22
Onze medewerkers	25
Vooruitblik	26
Financiën	27
Personalia	29
Aangesloten organisaties	30
Gebruikte afkortingen	31
Colofon	32

# Voorwoord



Mr. dr. A.G.J.M.  
Rombouts,  
voorzitter SKGZ-  
bestuur

In 2016 was het tien jaar geleden dat de Zorgverzekeringswet in werking trad. Op grond van artikel 114 van deze wet werd in 2006 de SKGZ opgericht. Het afgelopen jaar vierde de SKGZ dan ook haar tienjarig bestaan, een mooie mijlpaal waarmee ik de medewerkers nogmaals van harte feliciteer. Dit heuglijke feit werd onder andere gevierd met het congres 'Tien jaar SKGZ' in oktober, waar bijna tweehonderd gasten mee terugbliken op de ongeveer 25.000 zaken die inmiddels door de SKGZ zijn behandeld.

De lijn van het congres is ook terug te vinden in dit jaarverslag. Naast alle cijfers van 2016 komen de Ombudsman Zorgverzekeringen (mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy) en de voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo) aan het woord. In een interview kijken zij terug op opvallende ontwikkelingen en zaken die zij behandelden. Ook signaleren zij trends en geven ze aan wat er mogelijk beter kan in 2017.

In dit jaarverslag is er verder aandacht voor Zorgverzekeringslijn, de voorlichtings- en adviesactiviteit die de SKGZ uitvoert op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Oorspronkelijk was het de bedoeling dat dit project eind 2016 beëindigd zou worden, maar het ministerie van VWS vindt dat Zorgverzekeringslijn haar maatschappelijke meerwaarde bewezen heeft. Daarom is de projectsubsidie per 1 januari 2017 omgezet naar een instellingssubsidie. De continuïteit van Zorgverzekeringslijn is hiermee gewaarborgd.

Net als in het afgelopen jaar zal ook in 2017 sprake zijn van de nodige ontwikkelingen op het terrein van de zorgverzekering. De SKGZ zal hier in meerdere of mindere mate mee te maken krijgen. Zo zijn er veranderingen in het pakket die invloed gaan hebben, bijvoorbeeld op het vlak van plastische chirurgie. Nieuwe jurisprudentielijnen zullen zich op dit punt moeten uitkristalliseren. Ik heb er alle vertrouwen in dat de SKGZ en haar betrokken medewerkers deskundig op deze nieuwe ontwikkelingen zullen inspelen. Op naar het derde lustrum!

Zeist, april 2017

Mr. dr. Ton Rombouts, voorzitter bestuur  
SKGZ

# 2016

## in het kort

### Klachten

Het aantal klachten bij de Ombudsman nam in 2016 toe ten opzichte van 2015.

Klachten	2016	2015	2014
Ingediend	3.050	2.650	2.396
Afgehandeld	3.135	2.521	2.602
Gemiddelde behandelduur (dagen)	55	56	55

### Geschillen

Het aantal geschillen dat werd behandeld door de Geschillencommissie steeg flink ten opzichte van een jaar eerder.

Geschillen	2016	2015	2014
Ingediend	660	502	518
Afgehandeld	620	523	491
Gemiddelde behandelduur (dagen)	148	153	136

### Aparte behandelijn pgb-vv

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelde de SKGZ een aparte behandelijn in voor klachten en geschillen over het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb-vv). Doel hiervan was het verkorten van de behandelduur. Pgb-zaken behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen hadden daardoor in 2016 een doorlooptijd van 36 dagen. Dat is 19 dagen sneller dan de gemiddelde doorlooptijd. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen had 136 dagen nodig voor pgb-geschillen, 12 dagen minder dan gemiddeld.

### Project Zorgverzekeringslijn voortgezet

Het ministerie van VWS kende in 2016 een instellingssubsidie toe voor de activiteit Zorgverzekeringslijn. Zo kunnen we ook na 1 januari 2017 blijven werken aan het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden voor de Zorgverzekeringwet.

### Klantwaardering: 6,2

De dienstverlening van de SKGZ wordt door consumenten gewaardeerd met gemiddeld een 6,2. Ook de ziektekostenverzekeraars en Zorginstituut Nederland hebben hun feedback gegeven.

### www.skgz.nl vernieuwd

De website van de SKGZ werd in 2016 geheel vernieuwd. De site heeft nu een frisse, overzichtelijke en gebruiksvriendelijke uitstraling, waarbij ook aandacht is besteed aan de toegankelijkheid en beveiliging. Daarnaast is de site nu goed te raadplegen via tablet en smartphone.

### Online geschilbeslechting

Voor grensoverschrijdende geschillen is de SKGZ sinds 15 februari 2016 aangesloten op het Europese platform voor online geschilbeslechting.

### SKGZ Jubileumcongres

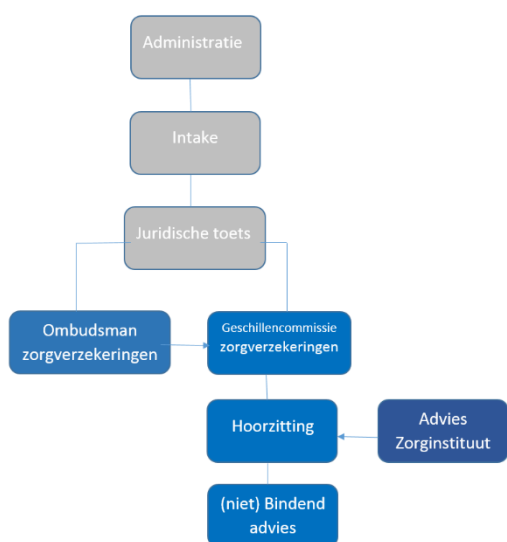
Op 5 oktober 2016 vond het jaarlijks SKGZ-congres plaats. Het thema dit jaar was 'Tien jaar Zorgverzekeringwet, tien jaar SKGZ'. De ruim 180 bezoekers waardeerden het congres met een 7,6.

# Klachten & Geschillen

Een consument die het niet eens is met een beslissing van zijn ziektekostenverzekeraar kan daarover een klacht indienen. Nadat de consument de interne klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar heeft doorlopen, kan hij zijn klacht voorleggen aan de SKGZ.



De behandeling van de klacht verloopt bij de SKGZ als volgt:



## Aparte behandelijn pgb-vv

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de SKGZ een aparte behandelijn ingesteld voor klachten en geschillen over het pgb verpleging en verzorging. Doel hiervan was het bekorten van de behandelduur van deze klachten.

Voor het vlot kunnen behandelen van klachten en geschillen is de SKGZ wel in hoge mate afhankelijk van de reactiesnelheid van derden. Daarom is contact opgenomen met Per Saldo (de belangenvereniging van mensen met een pgb), de ziektekostenverzekeraars en Zorginstituut Nederland. Hierbij werden afspraken gemaakt om de processen in deze zaken zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Daarnaast is op de SKGZ-website een speciaal pgb-klachtenformulier geplaatst. De informatie in dit online formulier is helemaal gericht op pgb-klachten, zodat snel een goed beeld van het probleem kan worden gevormd.

Verder is versneld ingezet op digitale communicatie met partijen. Daartoe is onder andere een digitale brievenbus ontwikkeld. Door digitaal te communiceren in plaats van per post kunnen enkele dagen tot circa twee weken tijds winst worden behaald.

## Klachtbehandeling door de Ombudsman

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.'*

## Ontvangen klachten

In 2016 ontving de Ombudsman 3.050 klachten. Dit is een stijging ten opzichte van een jaar eerder. Deze stijging wordt verklaard doordat per juli 2015 op een andere wijze moest worden geadmistreerd vanwege de Implementatiewet alternatieve geschillenbeslechting.

256 klachten waren buitenland gerelateerd. Meestal ging het om zorg in de Europese Unie, waarbij de Europese sociale zekerheidsverordening 883/2004 en de Europese Patiënten richtlijn een rol spelen.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de onderwerpen waarover in 2016 werd geklaagd.

Onderwerp ontvangen klacht	2016	2016 %	2015
<b>Verzekerde prestaties</b>	<b>1520</b>	<b>49,8%</b>	<b>1.499</b>
- Medisch-specialistisch	337		315
- Plastisch-chirurgisch	262		280
- Geneesmiddelen	175		220
- Ggz	53		67
- Hulpmiddelen	235		203
- Mondzorg	268		235
- Ziekenvervoer	64		71
- Paramedisch	87		99
- Diversen	3		9
<b>Begin en einde verzekering</b>	<b>162</b>	<b>5,3%</b>	<b>125</b>
<b>Bejegening door verzekeraars</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>24</b>
Premie en declaraties	411	13,5%	276
<b>Eigen bijdrage en eigen risico</b>	<b>317</b>	<b>10,4%</b>	<b>269</b>
<b>Overig</b>	<b>224</b>	<b>7,8%</b>	<b>457</b>
- Pgb vv	390	12,8%	273
- Fraude/verzwijging	10	0,3%	7
- Privacy	-	-	-
- Diversen	-	-	177
<b>Totaal</b>	<b>3.050</b>	<b>100%</b>	<b>2.650</b>



## Afhandeling klachten

De Ombudsman sloot in 2016 3.135 dossiers af. Indieners van klachten waarvan direct duidelijk is dat ze niet te behandelen zijn, krijgen binnen drie weken bericht. Daarbij wordt uitgelegd waarom behandeling niet mogelijk is. Over het sluiten van een klachtdossier krijgt zowel de consument als de ziektekostenverzekeraar bericht.

In onderstaande tabel staat een overzicht van de afsluitgronden:

Afsluitgrond klacht	2016	2016 %	2015
<b>Niet inhoudelijk behandeld*</b>	<b>585</b>	<b>18,7%</b>	<b>366</b>
- Niet-ontvankelijk/onbevoegd	48		28
- Geen heroverweging [a]	216		118
- Vexatoir/te gering belang [b]	3		1
- Onder rechter (geweest) [c]	16		7
- Te laat ingediend [e]	22		9
- Dossier incompleet [f]	280		203
<b>Ingetrokken</b>	<b>240</b>	<b>7,7%</b>	<b>133</b>
Opgelost/verzekeraar komt (deels) aan klacht tegemoet	585	18,7%	496
<b>Verzekeraar handhaaft standpunt</b>	<b>1169</b>	<b>37,3%</b>	<b>893</b>
<b>Kennelijk ongegrond</b>	<b>556</b>	<b>17,7%</b>	<b>633</b>
<b>Totaal</b>	<b>3.135</b>	<b>100%</b>	<b>2.521</b>

De gemiddelde behandelduur vanaf ontvangst van de noodzakelijke stukken was 55 dagen. Dat is binnen de termijn van 56 dagen die de SKGZ zichzelf tot doel heeft gesteld. De behandelduur van klachten over pgb's was 36 dagen.

## Geschilbehandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

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

### Ontvangen geschillen

In 2016 werden aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen 660 geschillen voorgelegd. Dat is een stijging van 31% ten opzichte van 2015.

Van de voorgelegde geschillen waren er 530 (ofwel 80%) al in een eerder stadium door de Ombudsman behandeld. De overige geschillen kwamen na de interne klachtenprocedure van de ziektekostenverzekeraar direct bij de Geschillencommissie terecht, dus zonder tussenkomst van de Ombudsman.

90 geschillen hadden een buitenland component. 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 Patiënten richtlijn een rol spelen.

In de volgende tabel staat een overzicht van de onderwerpen waarover werd geklaagd.

Onderwerp ontvangen geschil	2016	2016 %	2015
<b>Verzekerde prestaties</b>	<b>337</b>	<b>51,0%</b>	<b>258</b>
- Medisch-specialistisch	111		78
- Plastisch-chirurgisch	57		54
- Geneesmiddelen	24		27
- Ggz	11		9
- Hulpmiddelen	43		38
- Mondzorg	53		32
- Ziekenvervoer	19		6
- Paramedisch	17		13
- Diversen	3		1
<b>Begin en einde verzekering</b>	<b>11</b>	<b>1,6%</b>	<b>20</b>
<b>Bejegening door verzekeraars</b>			<b>0</b>
Premie en declaraties	92	13,9%	141
<b>Eigen bijdrage en eigen risico</b>	<b>40</b>	<b>6,0%</b>	<b>25</b>
<b>Overig</b>	<b>34</b>	<b>5,2%</b>	<b>58</b>
- Pgb vv	142	21,5%	41
- Fraude/verzwijging	3	0,1%	1
- Privacy	-		-
- Divers	-		16
<b>Totaal</b>	<b>660</b>	<b>100%</b>	<b>502</b>

### Afhandeling geschillen

Bij geschillen over de dekking van de zorgverzekering is de Geschillencommissie wettelijk verplicht om advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland. De werkrelatie met het Zorginstituut is zonder meer goed te noemen.

De gemiddelde behandelduur van de geschillen (vanaf ontvangst van het entreegeld tot het sluiten van het dossier) was 148 dagen. Dat is binnen de termijn van 180 dagen die de SKGZ zichzelf tot doel heeft gesteld. De behandelduur van klachten over het pgb-vv was 136 dagen.



Alle geschillen werden afgewikkeld binnen de wettelijke termijn van 90 dagen, nadat het dossier compleet is.

Het aantal dossiers dat de Geschillencommissie in 2016 afsloot, bedraagt 620. Een overzicht van de afsluitgronden staat in de onderstaande tabel.

Afsluitgrond geschil	2016	2016 %	2015
<b>Niet inhoudelijk behandeld*</b>	<b>41</b>	<b>6,6%</b>	<b>47</b>
- Niet-ontvankelijk/onbevoegd	7		6
- Geen heroverweging [a]	1		-
- Vexatoir/te gering belang [b]	1		1
- Onder rechter (geweest) [c]	2		2
- Te laat ingediend [e]	7		1
- Dossier incompleet [f]	6		-
- Entreegeld niet betaald	17		37
<b>Ingetrokken/opgelost voor de hoorzitting</b>	<b>94</b>	<b>15,1%</b>	<b>87</b>
Opgelost tijdens hoorzitting (= vaststellingsovereenkomst)	44	7,0%	18
<b>(Gedeeltelijke) toewijzing bij (bindend) advies</b>	<b>87</b>	<b>14%</b>	<b>102</b>
Afgewezen bij (bindend) advies	354	57,0%	269
<b>Totaal</b>	<b>620</b>	<b>100%</b>	<b>523</b>

Alle uitspraken die de Geschillencommissie in 2016 deed, waren zogenoemde bindende adviezen. Van de mogelijkheid om de procedure te beëindigen met een niet-bindend advies, werd in het verslagjaar geen gebruik gemaakt.

De uitgebrachte adviezen worden geanonimiseerd gepubliceerd op het Kennisplein Ziektekostenverzekering ([www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl)).

In de Gedragscode Goed

Zorgverzekeraarschap is vastgelegd dat de ziektekostenverzekeraar een bindend advies van de Geschillencommissie moet opvolgen.

De naleving hiervan wordt door de SKGZ niet actief gemonitord.

Voor zover bekend is in 2016 geen bindend advies van de Geschillencommissie ter vernietiging voorgelegd aan de rechter.

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



# 10 jaar

## Ombudsman



Mr. R.P. van Marwijk  
Kooy, Ombudsman  
Zorgverzekeringen

**Ombudsman Zorgverzekeringen Reina van Marwijk Kooy:**

**“Mensen moeten zich gehoord voelen”**

**Zij noemt het haar absolute stokpaardje: zorgen dat verzekerden zich gehoord voelen en heldere uitleg krijgen over hun zaak. Ombudsman Zorgverzekeringen Reina van Marwijk Kooy: “Ik vind het enorm belangrijk dat mensen een beslissing kunnen begrijpen, met name als wij niet kunnen bemiddelen.” Die visie loopt al jaren als een rode draad door het werk van de Ombudsman en was ook in 2016 duidelijk zichtbaar. Van Marwijk Kooy licht toe.**

**Hoe kijkt u als Ombudsman terug op het afgelopen jaar?**

“Naar mijn mening zijn wij goed doorgegaan op de ingeslagen weg. Daarbij zijn een paar facetten belangrijk. Wij zijn specialistischer gaan werken: onze medewerkers richten zich nu ieder op specifieke rechtsgebieden. Sommigen pakken bijvoorbeeld vooral dossiers rond het persoonsgebonden budget (pgb) op, waar anderen zich specialiseren in klachten over geneesmiddelen. Dat komt de

kwaliteit van de bemiddeling ten goede. Daardoor zijn de behandelaars inhoudelijk beter op de hoogte en kunnen zij ook de actuele rechtsontwikkelingen gericht bijhouden.

Verder zijn wij veel meer gaan bellen. Als mensen een klacht hebben, vinden zij het fijn om gehoord te worden. Dit is niet altijd het geval bij de verzekeraar. Onze behandelaars zijn goed bekend met het dossier en nemen de tijd om dingen uit te leggen. Dat wordt erg gewaardeerd.”

**Is dat een grote omslag in de manier van werken geweest?**

“Ja, behoorlijk. Toen ik hier in 2010 Ombudsman werd, verliep alles nog heel formeel en voornamelijk schriftelijk. Ik vind het ontzettend belangrijk dat verzekerden een beslissing kunnen begrijpen, met name als wij niet kunnen bemiddelen. Dit is bij 1 op de 5 klachten het geval. Dan heeft de arts bijvoorbeeld gezegd: ‘U moet geopereerd worden.’ Maar niet alle operaties worden vergoed op grond van de zorgverzekering. Dat vinden mensen lastig te snappen, want ‘die ingreep moest toch van de dokter?’ Al kunnen wij niets doen voor zo iemand, wij kunnen wel empathisch zijn en telefonisch uitleggen hoe het (juridisch) zit. Dat werkt veel beter dan alleen een formele brief sturen.

Ook met de verzekeraars hebben wij meer telefonisch contact. Even bellen verheldert vaak zo veel. Het voorkomt misverstanden en langs elkaar heen redeneren. Samen met een aantal teamleden zoek ik de verzekeraars regelmatig op. Dan bespreken wij onderwerpen waar relatief veel over wordt geklaagd en mogelijke verbeterpunten. Dat persoonlijke contact is prettig: dan weet je later aan de telefoon ook meteen wie je aan de lijn hebt.”

**Als Ombudsman bent u onpartijdig en onafhankelijk. Wordt dat volgens u**

### **voldoende herkend?**

“Wij zijn geen belangenbehartiger. Binnen de ruimte van de polis en alle wet- en regelgeving bekijken wij of er mogelijkheden zijn om te bemiddelen. Indien dat het geval is, wijzen wij de verzekeraar op de relevante polisvoorwaarden, wet- en regelgeving en toepasselijke jurisprudentie. Sommige mensen verwachten dat wij hun advocaat zijn. Bij een teleurstellende beslissing noemen zij ons dan soms een verlengstuk van de verzekeraar. Aan de andere kant vinden verzekeraars weleens dat wij dicht tegen belangenbehartiging aan zitten. Zeker omdat we steeds specialistischer zijn geworden en ons kennisniveau is gestegen, stellen wij de verzekeraars steeds kritischer vragen. Zij zeggen wel eens: ‘We moeten echt gaan zitten voor jullie brief.’ Dat beschouw ik als een compliment.”

### **Wat vindt u het mooie van uw werk?**

“Het rechtsgebied van de Zorgverzekeringswet is heel ruim, afwisselend en maatschappelijk zeer relevant. Daarnaast kunnen wij wat betekenen voor individuele mensen die echt in de knel zitten, tussen wal en schip terecht zijn gekomen. Als Ombudsman zie ik veel van wat er misgaat, maar ik wil toch benadrukken dat het vrijwel altijd goed gaat en dat we naar mijn mening een prima zorgstelsel hebben. Het is ook prachtig om een team van jonge professionals aan te sturen en te zien hoe zij zich ontwikkelen. De combinatie van juridische, maatschappelijke en menselijke aspecten vind ik het mooiste van deze functie.”

### **Met welk type zaken kreeg u in 2016 vooral te maken?**

“De pgb’s vielen zonder meer op. Dan heb je het over mensen die chronisch of langdurig ziek zijn en via een pgb zorg willen krijgen van iemand die zij kennen of die hun taal spreekt. Er gelden in 2015 en 2016 echter strikte zorginhoudelijke criteria om in aanmerking te komen voor een pgb. Het aantal pgb-zaken

steeg van 273 in 2015 naar 390 in 2016. Wij hebben hier extra mensen op gezet en gezorgd voor een efficiëntere interne procedure om de zaken versneld af te wikkelen.

Verder zijn er nog steeds veel mensen die in de financiële problemen komen in verband met de kosten van hun zorgverzekering. Wij zien ook veel klachten die voortvloeien uit het DBC-systeem (de Diagnose Behandeling Combinaties bij medisch-specialistische zorg). Dan komt iemand één keer op gesprek bij de medisch specialist en is meteen zijn eigen risico kwijt. Het kan ook voorkomen dat de kosten van een operatie, die in 2016 plaatsvindt, verrekend worden met het eigen risico 2015 omdat iemand in dat jaar voor het eerst bij de arts kwam. Hoewel het juridisch juist kan zijn, is dit voor veel verzekerden bijzonder ingewikkeld. De kunst is om dit zo uit te leggen dat de verzekerde het begrijpt. Dat is onze taak.

Bij de behandeling van een klacht zijn altijd twee dossierbehandelaars betrokken. Zij overleggen en lezen met elkaar mee. Gebleken is dat dit de bemiddeling en de kwaliteit van de brieven ten goede komt.

### **Merkt u dat de klanttevredenheid stijgt door de veranderingen die u hebt geïntroduceerd?**

“Sinds wij meer zijn gaan bellen, is het cijfer dat mensen ons werk geven inderdaad omhoog gegaan. Juist omdat het gaat over hun gezondheid, lopen bij verzekerden de emoties vaak hoog op. Aan de telefoon kun je begrip tonen. Mensen voelen zich vaak niet begrepen als zij enkel een ingewikkelde lange brief vol juridische termen ontvangen. In 2016 zijn wij ook aan de slag gegaan om onze brieven eenvoudiger en begrijpelijker te schrijven. Het blijft daarbij uiteraard van belang dat deze juridisch juist zijn.

De medewerkers voelen zich erg betrokken bij hun werk. Als Ombudsteam hebben wij net wat meer speelruimte dan de Geschillencommissie, die puur juridisch kijkt. Krijgt iemand bijvoorbeeld zijn medicijnen opeens niet meer vergoed, dan kunnen wij de verzekeraar in sommige gevallen vragen om een overgangsregeling. Strikt genomen voldoet de verzekerde dan niet aan de polisvoorwaarden, maar is de verzekeraar incidenteel toch bereid tijdelijk een coulancevergoeding toe te passen. Zo kunnen wij toch wat voor een verzekerde betekenen.”

### Hoe kijkt u vooruit naar 2017?

“Wij gaan uiteraard door met het verbeteren van onze dienstverlening. Wij worden nog klantvriendelijker, werken verder aan de vereenvoudiging van onze brieven en blijven ervoor zorgen dat onze kennis steeds up-to-date is. Ons werk is relevant in het groot en in het klein, maatschappelijk en voor het individu. Dat is toch prachtig?”

### Opvallende cijfers en feiten 2006 – 2016

**2007** was het jaar met de **minste klachten**: 1.440

**2015** was het jaar met de **meeste klachten**: 2.650

#### Top 3 onderwerpen 2006:

1. Bejegening
2. Verstrekkingen
3. Beëindiging/opzegging

#### Top 3 onderwerpen 2016:

1. Premie en declaraties
2. Pgb verpleging en verzorging
3. Medisch-specialistische zorg

# Aanbeveling van de Ombudsman

**Op grond van de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting moet de SKGZ rapporteren over systematische of aanzienlijk veel voorkomende problemen die leiden tot geschillen tussen consumenten en ziektekostenverzekeraars. Op basis van deze informatie en aanbevelingen, kunnen vergelijkbare problemen in de toekomst worden voorkomen of opgelost.**

### Casus zittend ziekenvervoer

Een patiënt verblijft gedurende de week in een zorginstelling en brengt de weekenden thuis door. De patiënt reist maandagochtend naar de zorginstelling en op vrijdagavond weer naar huis. Kan deze patiënt aanspraak maken op zittend ziekenvervoer?

Verzekeraars beantwoorden deze vraag veelal negatief. Ze motiveren dit met de stelling dat in deze situatie sprake is van weekendverlof. Zittend ziekenvervoer in verband met weekendverlof komt volgens verzekeraars niet voor vergoeding in aanmerking.

‘Weekendverlof’ is echter een term die sinds 1 januari 2006 niet meer terug te vinden is in de wet- en regelgeving. Het gebruik van deze term werkt onnodig verwarrend en leidt soms tot een onjuiste beoordeling door verzekeraars. Beoordeeld moet worden of wordt voldaan aan de criteria in artikel 2.13, 2.14 en 2.15 Besluit zorgverzekering (Bzv) en de daarop aansluitende verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast moet rekening worden gehouden met de jurisprudentie en ingenomen standpunten van Zorginstituut Nederland (zie o.a. Advies Zorginstituut Nederland van 26 september 2016, 2016109091, SKGZ201503179).

## Geneesmiddelenzorg

**De Ombudsman Zorgverzekeringen ontvangt regelmatig klachten over de vergoeding van farmaceutische zorg. Het gaat hierbij onder andere om de vergoeding van taperingstrips om medicatie zoals antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen af te bouwen.**

Normaal gesproken wordt medicatie in relatief grote stappen afgebouwd. Het kenmerk van de taperingstrips is dat dit meer geleidelijk verloopt en daardoor voor de patiënt makkelijker. Omdat de kosten echter veel hoger zijn, is over de vergoeding van taperingstrips veel te doen. Hieronder een voorbeeld van een zaak waarin de Ombudsman heeft bemiddeld.

### Casus

Een verzekerde krijgt van zijn behandelend arts het advies om het antidepressivum Venlafaxine af te bouwen met behulp van taperingstrips. Volgens de arts zou vergoeding mogelijk zijn, maar de ziektekostenverzekeraar beslist anders. Onterecht, vindt de verzekerde: de kans op terugval is kleiner bij gebruik van de strips en hierdoor kunnen hogere kosten in de toekomst worden voorkomen. De verzekeraar ziet dit anders. Er is volgens hem geen bewijs dat de strips beter werken dan de reguliere afbouwschema's, terwijl de kosten veel hoger liggen.

### Kader

Op grond van de zorgverzekering heeft een verzekerde aanspraak op farmaceutische zorg. Daartoe behoort de apotheekbereiding: geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt, zoals de betreffende taperingstrips. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet dat

middel te beschouwen zijn als rationele farmacotherapie. Dit houdt in dat de werkzaamheid en effectiviteit moeten blijken uit wetenschappelijke literatuur. Daarnaast is een vereiste dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de verzekerde.

### Uitkomst

In dit geval concludeert de Ombudsman dat er geen ruimte is voor bemiddeling. De uitlating van de arts en het besparingsargument doen niet af aan het feit dat er geen sprake is van rationele farmacotherapie. Dit wordt bevestigd in een aantal bindende adviezen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, waarbij de commissie zich mede heeft gebaseerd op adviezen van het Zorginstituut Nederland, de bij wet aangewezen pakketbeheerder. Dit neemt niet weg dat in een volgend geval mogelijk wél succesvolle bemiddeling mogelijk is. Dit hangt steeds af van de specifieke omstandigheden.

### Telefonische heroverweging vastleggen

Ter verbetering van de klanttevredenheid nemen ziektekostenverzekeraars steeds vaker telefonisch contact op met verzekerden om toe te lichten waarom een beslissing waarover is geklaagd, wordt gehandhaafd. Dit wordt vervolgens niet altijd schriftelijk bevestigd. De SKGZ adviseert ziektekostenverzekeraars om de inhoud van telefoongesprekken in dit soort gevallen altijd vast te leggen in de administratie. Daarnaast is het belangrijk de verzekerde een schriftelijke bevestiging van het telefoongesprek te sturen, zeker als het gaat om een heroverweging na een klacht. Het verslag van een telefoongesprek kan bij een klacht of geschil een belangrijke rol spelen. Een verzekerde moet altijd kunnen vertrouwen op wat een ziektekostenverzekeraar hem telefonisch meldt. Dit geldt niet alleen voor algemene informatievertrekking, maar zeker voor een telefonisch gegeven heroverweging.

# 10 jaar

## Geschillencommissie



Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, voorzitter Geschillencommissie Zorgverzekeringen

**Voorzitter Geschillencommissie Toon van Mierlo:**

***“Een heldere uitleg is de helft van ons werk”***

**Het tienjarig bestaan van de SKGZ in 2016 vormde voor Toon van Mierlo meteen een persoonlijk jubileum. Al vanaf het prille begin is hij voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Dankbaar werk noemt hij het. “Een geschil beheerst iemands leven. Wij zorgen voor een eerlijke procedure, een duidelijk oordeel en heldere uitleg.”**

**Hoe kijkt u als voorzitter van de Geschillencommissie terug op het jubileumjaar 2016?**

“Ik constateer dat wij de afgelopen tien jaar een slagvaardig geschilbeslechtingsysteem hebben neergezet. De procedures doen wij naar mijn mening goed en zorgvuldig. De acceptatiegraad van onze uitspraken is hoog. In 2016 hebben wij onze termijnen ook keurig gehaald, ondanks een toename van het aantal zaken met 25 tot 30%. Daarnaast vind ik het een groot goed dat de onderlinge sfeer zo uitstekend is: tussen de commissieleden, de

zaakbehandelaars en het secretariaat. Daarvoor mag best eens een pluim worden gegeven.”

**Wat typeert het werk van de Geschillencommissie?**

“Wij kunnen nooit uit coulance oordelen, maar zijn met handen en voeten gebonden aan de wet- en regelgeving. Onze taak is het om tot een consistente rechtspraak te komen, het mag niet ‘zwabberen’. Soms zijn principiële uitspraken nodig. Daarvan zijn er de afgelopen jaren verschillende geweest. Rond borstprotheses bijvoorbeeld; een vrouw heeft hier recht op als borstweefsel ontbreekt. Op een zeker moment diende de zaak van een transgender, in de transitie van man naar vrouw. Juridisch gezien was zij een vrouw, dus wij hebben de vergoeding toegewezen. Later heeft de minister van VWS daar een stokje voor gestoken, maar recent is de regelgeving op dit punt alsnog aangepast. Een ander veelbesproken voorbeeld is het tweede cochleair implantaat, een hoorimplantaat voor mensen die aan beide kanten doof zijn. Tot dan toe werd één implantaat vergoed. Er kwamen ouders bij ons die zelf een tweede implantaat voor hun jonge kind hadden aangeschaft en om vergoeding vroegen. Als een kind aan twee kanten kan horen, zal hij zich namelijk op allerlei fronten beter ontwikkelen. We hebben dit toegewezen en daarbij zelf vergoedingscriteria opgesteld om de aanspraak helder af te bakenen.”

**Komen er wel eens zaken voorbij die u persoonlijk extra raken?**

“Jazeker. Ik denk dan met name aan wanbetalers die hun zorgverzekering echt niet kunnen betalen. Daar zitten zulke schrijnende gevallen tussen. Weer een deurwaarder sturen helpt niets. Als iemand als wanbetaler wordt aangemeld bij het Zorginstituut of CAK gaat diegene de (extra hoge) bestuursrechtelijke premie betalen. Intussen

blijft de schuld openstaan en blijven zorgkosten, proceskosten en het eigen risico gewoon doorlopen. Gelukkig is de regelgeving aangepast en krijgen ook verzekeraars steeds meer oog voor dit soort situaties. Zij schorten de aanmelding op of melden mensen die bereid zijn mee te werken aan een oplossing eerder af bij het CAK. Zo ontstaat er wat ruimte voor schuldaflossing. Dat vind ik absoluut een verbetering.

Als geschilbeslechter moet je emotioneel leed natuurlijk buiten beschouwing laten bij je oordeel. Je kunt het je niet aantrekken. Sommige zaken zijn mij wel altijd bijgebleven. Zoals de zaak rond een kindje dat geen kuitbenen had en daardoor niet kon lopen. Volgens de verzekeraar was amputatie de enige optie; de ouders hadden gekozen voor een behandeling in Zwitserland van 80.000 euro. Tijdens de hoorzitting liep dat kind zó naar binnen. De verzekeraar kreeg gelijk in die zaak, maar ik dacht wel: ‘Stel nou dat die benen waren weggenomen...’ De verzekeraar was daar trouwens niet aanwezig. Ik vind dat niet kunnen, dat een verzekeraar in een emotioneel zo beladen zaak niet op de hoorzitting komt.”

#### **Waarom moet een verzekeraar volgens u altijd op de hoorzitting verschijnen?**

“Een geschil is ontzettend vervelend, het beheerst iemands leven. De hoorzitting is de eerste keer dat beide partijen fysiek bij elkaar komen. Als verzekeraar laat je zien dat je de verzekerde serieus neemt. Je moet iemand in de ogen kijken, horen hoe iemand denkt. Ben je er niet, dan bevestig je het gevoel van de consument dat hij een nummer is. Als commissie doen wij er alles aan om verzekeraars te faciliteren, bijvoorbeeld door verschillende zaken van één verzekeraar aansluitend te behandelen. Ik merk gelukkig dat verzekeraars de afgelopen tien jaar in empathie zijn gegroeid.”

#### **Welk type klachten viel op in 2016?**

“Eén op de vijf klachten betrof het persoonsgebonden budget (pgb). Vaak ging het om planbare zorg, zoals aankleden en een verband aanleggen. Dingen die de thuiszorg op vaste tijdstippen kan doen en waarvoor niet direct een pgb nodig is. Maar soms spreekt een verzekerde bijvoorbeeld geen Nederlands en wil hij om die reden zelf iemand inhuren. In 2016 zijn veel zaken afgewezen omdat niet werd voldaan aan de toen geldende zorginhoudelijke criteria, vooral ten aanzien van de planbaarheid van de zorg. Per 1 januari 2017 zijn deze vervallen. Waarschijnlijk zal het aantal pgb-zaken daarom dalen. Er waren verder veel premiezaken: 17% van de geschillen draaide om wanbetalers. Ook de zaken rond DBC's (Diagnose Behandel Combinaties) blijven opvallen. Dan moet iemand na één gesprek 400 euro afrekenen, evenveel als een ander die daarna ook een behandeling krijgt. Het klopt in de systematiek, maar je moet het wel helder uitleggen. Eigenlijk is die uitleg de helft van ons werk. Het maakt het werk dankbaar.”

#### **Dankbaar in welke zin?**

“Uiteindelijk gaat het om de acceptatiegraad van ons oordeel. Mensen zijn meestal tevreden over de manier waarop wij de zaak hebben behandeld, maar vinden soms dat de uitkomst van de procedure niet deugt. De commissie kan daar niks aan doen: wij moeten ons strikt houden aan de wet- en regelgeving. We kunnen wél zorgen dat mensen zich gehoord voelen en duidelijk toelichten waarom er op een bepaalde manier wordt beslist. Als ze een goede motivering horen, begrijpen zij het vaak wel.”

#### **De wereld wordt kleiner. Leidt dat tot meer buitenland gerelateerde geschillen?**

“Dat klopt. Soms worden de Europese regels daarbij verkeerd toegepast, terwijl dit eigenlijk niet nodig is. Voor zorg tijdens verblijf is er de



Europese zorgpas EHIC. En als iemand naar een andere lidstaat wil gaan voor behandeling, hoeft de verzekeraar alleen te beoordelen of die zorg ook tijdig in Nederland te leveren is - of bij een gecontracteerde zorgaanbieder daarbuiten. Zo ja, dan valt de consument terug op de werelddekking van zijn polis. Er zullen echter altijd mensen zijn die zonder voorafgaande toestemming naar het buitenland uitwijken. Bijvoorbeeld omdat zij daar verder zijn met bepaalde technieken of de patiënt dit denkt. Maar zelfs als een behandeling daar al duizend keer is toegepast, kan het nog zijn dat wij concluderen dat deze 'niet volgens de stand van de wetenschap en praktijk' is. Ons land is namelijk terughoudender; eerst moet duidelijk zijn hoe zulke behandelingen op langere termijn uitpakken. Verzekerden vinden dat lastig te accepteren. Wij zien ook wel eens dat mensen op sterven na dood zijn, uitbehandeld en dan voor een behandeling naar het buitenland gaan. 'Wat zou u doen?', vragen zij dan. Maar hoe begrijpelijk de keuze ook is, soms wordt het nu eenmaal niet vergoed."

### **Zijn er nog andere zaken waar u graag wat extra aandacht op vestigt?**

"Wij zien regelmatig geschillen rond verzekeringsfraude. Als sprake is van fraude, wordt iemand uit de verzekering gezet. Dit heeft zeer vèrstrekkende gevolgen. Daarom legt de Geschillencommissie de lat hoog in dit soort gevallen. Net als bij de strafrechter moet het *overtuigend* bewezen zijn dat iemand *bewust* fraude heeft gepleegd. Daarnaast moet de procedure goed zijn gevolgd. Denk aan het toepassen van hoor en wederhoor en het waarschuwen dat iemand in een fraudeonderzoek verwickeld is. Een andere boodschap die ik wil meegeven, betreft de labeling van verzekeringsproducten. In een tijd waarin transparantie zo hoog in het vaandel staat, hoort dat ook te gelden voor verzekeringen. Nu worden er wel eens labels

geplakt die de lading eigenlijk niet dekken. Een 'restitutieverzekering' blijkt dan qua vergoedingen verduveld veel te lijken op een naturaverzekering, terwijl de premie hoger is. De Nederlandse Zorgautoriteit is daar duidelijk in en de commissie heeft hier intussen adviezen over uitgebracht. Verkoop een product gewoon voor wat het is, zou ik zeggen."

### **Hoe kijkt u vooruit naar 2017?**

"Wij blijven streven naar het behandelen van geschillen binnen een redelijke termijn. Dat kan onder spanning staan door de toenemende complexiteit van de materie, maar wij proberen de snelheid erin te houden. Wij verwachten dat het aantal wanbetalerszaken zal dalen door de veranderende aanpak van verzekeraars. Ook het aandeel pgb-zaken zal afnemen. Daarentegen komen er mogelijk meer plastische chirurgiezaken, hoewel het altijd even duurt voor deze bij de Geschillencommissie terecht komen. Verder blijven wij ons inzetten voor eerlijke procedures en een duidelijke uitleg. Verzekerden hebben er recht op."

### **Opvallende cijfers en feiten 2006 – 2016**

**2008** was het jaar met de **minste geschillen**: 401

**2007** was het jaar met de **meeste geschillen**: 730

#### **Top 3 onderwerpen 2006:**

1. Verstrekkingen
2. Buitenland
3. Beëindiging/opzegging

#### **Top 3 onderwerpen 2016:**

1. Pgb verpleging en verzorging
2. Premie en declaraties
3. Medisch-specialistische zorg

## Thema

### De restitutiepolis

**De Geschillencommissie Zorgverzekeringen behandelt regelmatig zaken waarin het gaat om de hoogte van een vergoeding. Daarbij komen de verschillende soorten polissen aan de orde (natura, restitutie of combinatie), alsook het gecontracteerde tarief, het marktconforme tarief, de toegepaste korting en het hinderpaalcriterium. Onlangs bracht de commissie een bindend advies uit in een zaak over de hoogte van de vergoeding voor oogheelkundige hulp. In dit advies staan enkele principiële punten. Een goede aanleiding voor een korte uiteenzetting over de restitutiepolis.**

Overeenkomstig artikel 11 van de Zorgverzekeringswet biedt een zorgverzekeraar een naturapolis, een restitutiepolis of een combinatiepolis aan. De ‘zuivere’ restitutiepolis bevindt zich aan de ene kant van het spectrum, de naturapolis aan de andere. Daartussen bestaan vele mengvormen.

#### **‘Zuivere’ restitutiepolis**

Een verzekerde met een ‘zuivere’ restitutiepolis heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft (artikel 2.2 lid 1 Besluit zorgverzekering). Lid 2 van dit artikel bepaalt dat bij het vaststellen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Eerder al bepaalde de commissie ten aanzien van een ‘zuivere’ restitutiepolis dat het hoogste passanttarief voor een

bepaalde medisch-specialistische behandeling nog als passend wordt gezien.

#### **De combinatiepolis**

Naast de zuivere restitutiepolis en de naturapolis – die buiten dit bestek valt – is er de combinatiepolis. Daarbij moet een verzekerde voor bepaalde vormen van zorg of diensten gebruik maken van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Voor overige zorg en diensten heeft hij een vrije keuze. Voor de vergoeding van deze zorg wordt doorgaans maximaal het gemiddelde gecontracteerde tarief gehanteerd. De verzekeraar heeft de bevoegdheid hiertoe op grond van artikel 13 Zorgverzekeringswet. Hij dient deze vergoedingsregeling op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden.

#### **Het bindend advies**

In het eerder genoemde bindend advies van de commissie (201602189) betreft het een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Als uitgangspunt voor de vergoeding hanteert de betreffende zorgverzekeraar diverse tarieven. Als een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, wordt het afgesproken (gecontracteerde) tarief, het wettelijk/marktconforme tarief of het gedeclareerde tarief vergoed. Dit is opgenomen in de polisvoorwaarden. Daarnaast maakt de zorgverzekeraar in het vergoedingenoverzicht melding van de ‘redelijke marktprijs’. Daaronder moet volgens hem worden verstaan het gemiddelde gecontracteerde tarief dan wel het gemiddelde gewogen gecontracteerde tarief. Bij het bepalen van de feitelijke vergoeding wordt 150% van het gemiddelde gewogen gecontracteerde tarief gehanteerd, omdat dit nog ‘binnen de grenzen van de redelijkheid’ valt. De commissie oordeelt dat deze berekeningswijze van de zorgverzekeraar onnavolgbaar is, zowel qua basis voor de



berekening als het toegepaste percentage. Het past niet om bij een restitutiepolis met gecontracteerde zorg de vergoeding te baseren op het gemiddelde gecontracteerde tarief of het gemiddelde gewogen gecontracteerde tarief. De vergoeding valt dan namelijk per definitie lager uit, omdat de basis wordt gevormd door tarieven waarover is onderhandeld met zorgaanbieders. Vergoedingen bij een 'zuivere' restitutiepolis liggen hoger, omdat de basis daarvoor wordt bepaald door de Nederlandse marktomstandigheden. Dat een tarief in redelijkheid niet passend wordt geacht, zal niet snel aan de orde zijn: zelfs het hoogste passantentarief voldoet zoals gezegd nog aan die voorwaarde.

De betreffende zorgverzekeraar heeft de invulling van de 'redelijke marktprijs' niet eenduidig geregeld. Daarom valt de commissie terug op de bepalingen in de polisvoorwaarden. Daarin staat dat als een wettelijk tarief ontbreekt en het marktconforme tarief niet vast te stellen is, de verzekerde aanspraak maakt op het gedeclareerde tarief ofwel de werkelijke kosten.

### Hoogte van de vergoeding

De kern van het bindend advies is dat 'zuivere' restitutiepolissen en combinatiepolissen van elkaar moeten worden onderscheiden. Een restitutiepolis met gecontracteerde zorg is geen zuivere restitutiepolis. Dus geldt de norm van artikel 2.2 lid 2 Besluit zorgverzekering niet. Dit betekent echter niet dat de berekening van de vergoeding conform artikel 13 Zorgverzekeringswet kan worden gebaseerd op het gemiddelde gecontracteerde tarief bij een naturapolis. Een restitutiepolis kent immers een hogere premie en dit moet daarom ook blijken uit de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Door uit te gaan van het gemiddelde zou de

vergoeding voor een verzekerde met en restitutiepolis lager uitvallen dan het bedrag dat de verzekeraar betaalt aan de 'dure', door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De gehanteerde berekeningswijze dient transparant en eenduidig te zijn.

Niet eerder zette de commissie in een bindend advies het onderscheid tussen 'zuivere' restitutiepolissen en combinatiepolissen en de bijbehorende vergoedingen zo duidelijk uiteen. Een goed principiële advies waarop in toekomstige zaken kan worden teruggevallen.

## doet meer

**De SKGZ is hét onpartijdige aanspreekpunt bij geschillen tussen consumenten en ziektekostenverzekeraars. Wij lossen problemen op door advies, bemiddeling en bindende uitspraken en dragen zo bij aan een goed functionerend zorgverzekeringsstelsel. In sommige gevallen kan een probleem ook zonder klacht- of geschilprocedure worden opgelost of zelfs worden voorkomen. Bijvoorbeeld door goede voorlichting en het leren van eerdere problemen. Daarom delen wij onze kennis en ervaring graag met anderen.**

### Informatievragen

In 2016 zochten bijna 26.000 consumenten de SKGZ op met een vraag: per email, telefonisch, per brief of via het webformulier.

### Klanttevredenheid

Een vlotte behandeling van klachten kan voorkomen dat een probleem escaleert. Daarom bekijkt de SKGZ regelmatig de effectiviteit en doeltreffendheid van haar manier van werken. Daarbij is de feedback van alle betrokkenen belangrijk.

Via digitale vragenlijsten verzamelt de SKGZ gedurende het hele jaar informatie over de waardering, beleving en verwachtingen van consumenten. Ook werkbezoeken aan ziektekostenverzekeraars en Zorginstituut Nederland leveren waardevolle informatie op.

Naar aanleiding hiervan zijn in 2016 bijvoorbeeld de volgende aanpassingen doorgevoerd:

- digitale communicatie
- vernieuwde website
- cursus Engels voor telefoonmedewerkers

Consumenten waarderen de dienstverlening door de SKGZ met een 6,2.

### Complimenten en klachten over de SKGZ

De SKGZ ontvangt ook buiten het klanttevredenheidsonderzoek om complimenten en klachten over haar dienstverlening. Sinds 2016 kan dit onder andere digitaal via het formulier 'Geef uw mening'. Soms zijn consumenten ontevreden over de dienstverlening. Dan biedt de SKGZ de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de directie. In 2016 werd dit vier maal gedaan. De directie onderzoekt in zo'n geval of de klacht terecht is en of er stappen gezet kunnen worden om herhaling te voorkomen.

### SKGZ-Congres

Jaarlijks organiseert de SKGZ een kenniscongres. Dit congres is de ontmoetingsplek voor het zorgverzekeringsveld, de patiënten- en consumentenwereld en de overheid, waar kennis over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet bij elkaar komt.





*Sfeerimpressie SKGZ-jubileumcongres*

De tiende editie van het congres vond plaats op 5 oktober 2016 met als thema: 'Tien jaar Zorgverzekeringswet, tien jaar SKGZ'. Er waren lezingen en workshops over tien jaar Zorgverzekeringswet, de huidige stand van zaken en een blik op de toekomst:

- Terug naar je zorgverzekeraar! Uitstroom van wanbetalers in de Zorgverzekeringswet
- Basispakket en behandelingen van plastisch chirurgische aard
- Schuldpreventie in een vroeg stadium. Hoe doe je dat?
- Inzicht in de kosten voorafgaand aan de behandeling
- 10 jaar Zorgverzekeringswet: een evaluatie

Daarnaast stond het congres in het teken van ontmoeting, uitwisseling en informeel netwerken. De 176 bezoekers waardeerden het congres met een 7,6.

### [www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl)

De uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen worden geanonimiseerd gepubliceerd op [www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl). Zo kan iedereen zien hoe de Geschillencommissie in eerdere zaken heeft beslist.



### Contact ziektekostenverzekeraars

Bij het jaarverslag 2015 bood de SKGZ ziektekostenverzekeraars aan om het jaarverslag mondeling te komen toelichten. Daarbij kon de verzekeraar meteen zijn scores horen ten opzichte van het landelijk gemiddelde ('spiegelinformatie') en mogelijkheden bespreken om klachten te voorkomen.

### Project Zorgverzekeringslijn

Waar het gaat om betalingsachterstanden, valt niet elk probleem tussen een consument en zijn ziektekostenverzekeraar op te lossen met bemiddeling door de Ombudsman of een uitspraak door de Geschillencommissie. Soms is over het probleem geen verschil van inzicht, maar kan de consument eenvoudigweg de ontvangen rekeningen niet betalen. Onder meer voor dit soort zaken bestaat het project Zorgverzekeringslijn. In opdracht van het ministerie van VWS wordt hierbij gewerkt aan het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden voor de Zorgverzekeringswet. Elders in dit jaarverslag leest u meer over dit project.

### Website bezoek

De website van de SKGZ, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl), werd in 2016 42.622 keer bezocht. De gebruikers bleven gemiddeld ruim drie minuten op de website. De website [www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl) werd in 2016 10.950 keer bezocht. Op deze site plaats de SKGZ de bindende adviezen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

## Externe contacten

Trends die de SKGZ signaleert bij de behandeling van klachten en geschillen, worden gedeeld met onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit\*.

Consumenten die bij de SKGZ niet aan het juiste adres zijn, proberen wij zo goed mogelijk door te verwijzen. Niets is immers zo vervelend als het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden. In het dagelijks werk heeft de SKGZ contact met veel verschillende organisaties, zoals het onderstaande overzicht laat zien:



*\* Op grond van het Besluit Gedragstoezicht Financiële ondernemingen Wft dient de SKGZ de toezichthouder en de minister van Financiën de gegevens en inlichtingen te verstrekken die zij voor de uitoefening van hun taak nodig hebben.*

# Privacy

**Per 1 januari 2016 is een functionaris voor de gegevensbescherming (FG) aangesteld. De functionaris waakt voor het zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens.**

De SKGZ verwerkt veel persoonsgegevens. Daarbij gaat het niet alleen om 'reguliere' persoonsgegevens zoals naam, adres en woonplaats, maar vaak ook om medische en financiële gegevens. Het in verkeerde handen vallen van deze informatie kan voor betrokkenen leiden tot schade, bijvoorbeeld door identiteitsfraude. Daarom moet zeer zorgvuldig met persoonsgegevens worden omgegaan. Daar komt bij dat de SKGZ is aangewezen als klachteninstituut voor mensen die een klacht hebben over de naleving van de privacyregelgeving door zorgverzekeraars. Het komt de geloofwaardigheid van de SKGZ niet ten goede als zij zelf de privacybescherming niet op orde heeft. Daarnaast wordt de laatste jaren steeds meer informatie digitaal uitgewisseld en zijn de wettelijke regels voor het werken met persoonsgegevens strenger geworden.

## Functionaris voor de gegevensbescherming

Dit alles vormde aanleiding om de privacybescherming binnen de SKGZ steviger te verankeren. Daarom is per 1 januari 2016 een functionaris voor de gegevensbescherming (FG) aangesteld. Een FG is een interne toezichthouder. Doordat de FG deel uitmaakt van de SKGZ is deze goed in staat privacy kwesties te beoordelen en mee te denken over oplossingen die passen bij de SKGZ.

## Quick scan

Het vertrekpunt voor de werkzaamheden van de FG in 2016 waren de uitkomsten van de

medio 2015 uitgevoerde quick scan. Daaruit bleek onder meer dat de documentatie – zoals beleidsplannen en protocollen – niet altijd volledig, toegankelijk en actueel is. Vandaar dat is gestart met het actualiseren van de documentatie.



De SKGZ is onpartijdig en deskundig.

De berichtenbox op [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl) voor het veilig versturen van bestanden

## Digitale gegevensuitwisseling

De laatste jaren ontving de SKGZ in toenemende mate gegevens per e-mail, onder andere medische informatie. Hiervoor is mailverkeer echter onvoldoende veilig. In 2016 werden daarom de vernieuwde website en de SKGZ-berichtenbox gelanceerd. Via deze weg is het mogelijk om eenvoudig én veilig gegevens naar de SKGZ te sturen.

## Datalek

Om adequaat te kunnen reageren op een eventueel datalek, heeft de SKGZ een zogenoemd 'datalekteam'. Dit team heeft in 2016 drie signalen ontvangen over een (mogelijk) datalek. Onderzoek wees uit dat in geen van deze gevallen melding bij de Autoriteit Persoonsgegevens of de betrokkene nodig was. Wel waren de signalen aanleiding om de beveiligingsmaatregelen op onderdelen aan te scherpen. Zo zijn de toegangsrechten op bepaalde systeemmappen aangepast.

# Zorgverzekeringslijn

## Bijdragen aan een beter solidair zorgstelsel

**Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De opdracht aan Zorgverzekeringslijn is het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden. Al drie jaar is Zorgverzekeringslijn onderdeel van de SKGZ.**

Een verplichte zorgverzekering houdt de zorg betaalbaar en toegankelijk voor iedereen. Dat is een van de uitgangspunten van ons zorgstelsel. Maar er zijn veel mensen die de zorgpremie niet betalen of geen verplichte zorgverzekering afsluiten. Zorgverzekeringslijn zoekt deze groepen op, legt uit hoe de wetgeving in elkaar zit en welke rechten en plichten mensen hebben.

### **Persoonlijk advies en praktische, onafhankelijke informatie**

Zorgverzekeringslijn geeft persoonlijk advies en praktische tips voor het oplossen van zorgverzekerings schulden en het afsluiten van een zorgverzekering. Dat doen wij gratis en voor iedereen, via het telefoonnummer 0800-646 46 44 en e-mail. Om hulpverleners te ondersteunen bij de voorlichting, verstrekt Zorgverzekeringslijn gratis diverse flyers aan onder meer ziekenhuizen, gemeenten en (schuld)hulpverlenende instanties. Daarnaast geeft Zorgverzekeringslijn gastlessen op scholen en voorlichting in de vorm van workshops door het hele land.

0800 64 64 644



ZORGVERZEKERINGSLIJN.NL

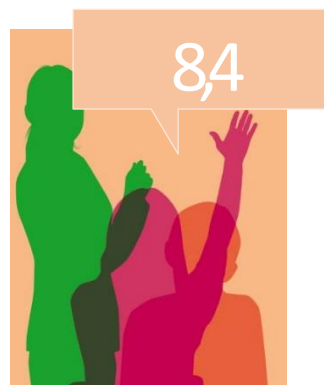
gratis en onpartijdig

### **Gratis workshop:**

#### **Zó los je zorgverzekerings schulden op!**

Kwetsbare groepen, zoals sociale minima en migranten, bereiken we via intermediairs. Dat kunnen bijvoorbeeld (schuld)hulpverleners, bewindvoerders, maatschappelijk werkers of vrijwilligers zijn. Deze hulpverleners kunnen hun cliënten beter begeleiden bij het oplossen van zorgverzekeringsproblemen.

Zorgverzekeringslijn deelt haar kennis en inzichten onder meer door het geven van de gratis workshop 'Zó los je zorgverzekerings schulden op!'



### **Gastles: 18+? Verzekeren dus!**

Een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar staat op nummer 1 in de top 5 van schulden onder jongeren. Door het geven van gastlessen op scholen wil Zorgverzekeringslijn voorkomen dat jongeren premieachterstanden opbouwen. In samenwerking met onderwijskundigen is een gastles ontwikkeld die aansluit bij de belevingswereld van jongeren. Na afloop van de gastles begrijpen de leerlingen hoe het zorgverzekeringsstelsel werkt. Ze zijn zich bewust dat het niet betalen van de premie grote financiële gevolgen heeft en ze weten dat ze zorgtoeslag kunnen aanvragen. Dat leuk en nuttig samen kunnen gaan, bewijst de gemiddelde waardering van een 8,4.



## Dienstverlening Zorgverzekeringslijn in cijfers

	2015	2016
- Telefoongesprekken	6.601	6.931
- E-mails	1.069	901
- Websitebezoek*	31.566	44.673
<b>Workshops</b>	<b>164</b>	<b>133</b>
<b>Gastlessen</b>	<b>36</b>	<b>225</b>
<b>Flyers</b>	<b>118.489</b>	<b>1.007.277</b>
<b>Totaal</b>	<b>157.925</b>	<b>1.060.140</b>

Het totaal aan informatie- en contactmomenten is in 2016 met 34% gestegen ten opzichte van 2015. Hierin is het bezoek van specifieke pagina's op de website meegenomen. Deze pagina's geven antwoord op veelvoorkomende problemen en kunnen een telefoontje of e-mailcontact vervangen. Het totaal aantal websitebezoeken in 2016 bedroeg 100.101 (2015: 60.126). In 2016 hebben we de gastles '18+? Verzekeren dus!' doorontwikkeld en actief onder de aandacht gebracht. Dit heeft ertoe geleid dat het aantal gastlessen fors is gestegen. In 2016 zijn er naast de flyeraanvragen die binnenkwamen ook mailings verstuurd aan onder andere huisartsenpraktijken om de aandacht te vestigen op ons voorlichtingsmateriaal.



Praktische flyers met handige informatie en tips

## Blik op 2017

In 2017 breidt Zorgverzekeringslijn haar activiteiten verder uit. We streven ernaar om minimaal 200 gastlessen te geven en zo'n 400 workshops. Om dit te realiseren worden nieuwe medewerkers aangetrokken. Ook wordt gewerkt aan de effectiviteit en efficiëntie van onze interne werkzaamheden. Door doelgroepen slimmer aan te schrijven,

zagen we in 2016 al mooie resultaten. Daarom trekken we deze werkwijze in 2017 door. Daarnaast kijken wij continu naar nieuwe mogelijkheden om onze kennis te delen en onze zichtbaarheid te vergroten. Zo zijn we in samenwerking met de VNG Academie gestart met het geven van webinars, online trainingen. De webinars zijn interactief en voor de deelnemers te volgen vanaf hun eigen werkplek. Dit jaar verzorgen wij ook inhoudelijke workshops op diverse congressen en seminars die de schuldenproblematiek aankaarten.

Zorgverzekeringslijn wil het aantal wanbetalers in 2017 verder laten dalen via de zogenaamde WUB-aanpak. Sinds juli 2016 kunnen gemeenten door samenwerking met zorgverzekeraars bijstandsgerechtigden uit de wanbetalersregeling laten uitstromen via deze aanpak. Zorgverzekeringslijn gaat gemeenten actief stimuleren om van deze mogelijkheid gebruik te maken.

\* WUB-aanpak: de Wet verbetering wanbetalersregeling biedt gemeenten de mogelijkheid om bijstandsgerechtigden uit te laten stromen uit het bestuursrechtelijke premieregime. De WUB-aanpak beschrijft het proces dat hiervoor nodig is.

## Zorgverzekeringslijn in de praktijk

**De onderstaande cases geven weer met welke onderwerpen Zorgverzekeringslijn zich bezighoudt.**

### Verzekeringsplicht nieuwkomers

Sharon uit de Verenigde Staten gaat in Nederland wonen en werken. Op zondag 26 juni is zij in Nederland aangekomen. Dezelfde dag regelt zij meteen een aantal belangrijke zaken. Ze heeft zich bij de gemeente ingeschreven. In de weken daarna vergelijkt Sharon de verschillende zorgverzekeringen. Tijdens het klussen begin juli breekt ze haar duim en gaat naar de spoedeisende hulp. Ze krijgt hiervoor een ziekenhuisrekening van € 875,-. Moet Sharon de rekening zelf betalen?

### Bestuursrechtelijke premie: Sara lost niets af

Wegens een betalingsachterstand van zes maandpremies is Sara door haar zorgverzekeraar bij het CAK aangemeld. Zij moet nu de bestuursrechtelijke premie betalen van € 134,38. Deze premie wordt ingehouden op haar loon. Haar aanvullende verzekering is stopgezet. Lost Sara haar schuld bij de zorgverzekeraar af door de bestuursrechtelijke premie te betalen?

### Acceptgiro's van het CJIB

Vrijwillig helpt Suzanne haar cliënt om de financiële administratie weer op orde te brengen en houden. Ze merkt dat haar cliënt stapels brieven van het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) ongeopend in een hoekje heeft liggen. Ze maakt een envelop open en ziet dat het CJIB de bestuursrechtelijke premie int. De financiële problemen zijn niet meer te overzien. Na een gesprek met Zorgverzekeringslijn over de situatie blijkt dat er niet alleen schulden zijn bij de zorgverzekeraar, maar dat er zo veel schulden openstaan dat schuldhulpverlening de beste

optie lijkt.

### Eigen risico naar rato

Eind september is Ryan 18 geworden en daarmee premieplichtig voor de zorgverzekering. Samen met zijn ouders besluit Ryan dat hij zelf de premie gaat betalen. De eerstvolgende maand schrijft de zorgverzekeraar zijn premie af. Door gladheid valt Ryan in december van zijn scooter. Hij moet naar het ziekenhuis en krijgt een nota voor het eigen risico. Maar omdat Ryan niet het hele jaar 18 jaar was, hoeft hij niet het hele eigen risico te betalen. Hoe wordt het eigen risico berekend?

**'Wij geloven dat kennis van en begrip voor wet- en regelgeving bijdraagt aan een betere collectieve bijdrage aan ons solidair zorgstelsel.'**

Zorgverzekeringslijn.nl

### Gedetineerd en onverzekerd

Ben komt onverzekerd de penitentiaire inrichting binnen. Hij is een ingezetene van Nederland. De casemanager vraagt tijdens een workshop van Zorgverzekeringslijn hoe hij om kan gaan met het feit dat deze gedetineerde geen Nederlandse zorgverzekering heeft. Een gedetineerde heeft immers recht op medische zorg van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Waarom moet hij dan een zorgverzekering hebben?

### 'Geen adres, dan geen zorgverzekering!'

Karel is dakloos. Vanwege een psychose wordt hij met een onverzekerde status opgenomen in een psychiatrische kliniek. Voor zijn vervolgzorg heeft Karel een zorgverzekering nodig. Karel komt niet in aanmerking voor een uitkering of woning en hij kan ook geen zorgverzekering afsluiten. Hoe kan Karel in de basisregistratie personen worden opgenomen?

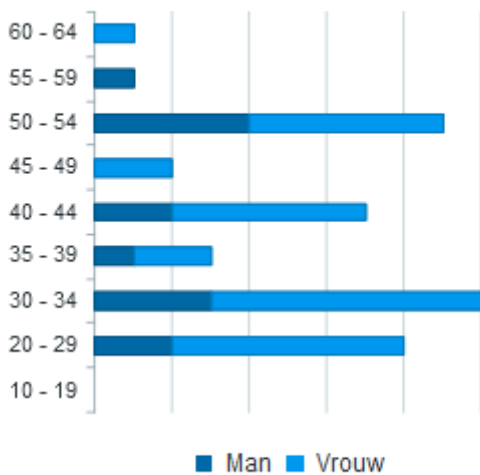


# Onze medewerkers

## Dienstverbanden en populatie

Van 37 medewerkers op 1 januari 2016 (34,36 fte) groeide onze organisatie door naar 41 medewerkers (38,25 fte) op 31 december 2016. Gedurende het jaar zijn er 4 nieuwe medewerkers in dienst gekomen en hebben we afscheid genomen van 11 collega's. De gemiddelde diensttijd is 4,8 dienstjaren. Er zijn 29 vrouwen en 12 mannen werkzaam bij de SKGZ. Daarvan hebben 24 medewerkers een fulltime dienstverband (36 u/w) en 17 medewerkers een parttime dienstverband. De gemiddelde leeftijd van de medewerkers is 39,9 jaar.

## Leeftijd



## Verzuimcijfers en Arbo zaken

De SKGZ heeft een samenwerking met arbodienst Health Services, die ondersteuning biedt in de Arbo-dienstverlening. Samen met de personeelsfunctionaris bewaakt de bedrijfsarts de termijnen en taken uit de Wet Verbetering Poortwachter.

Elke maand houdt de bedrijfsarts spreekuur op locatie voor medewerkers. Daarnaast vindt

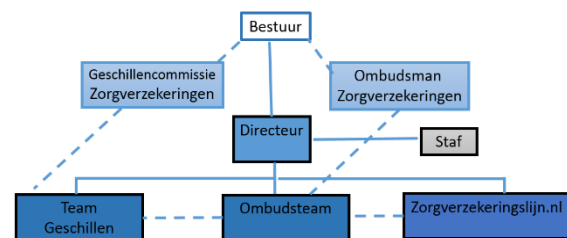
Sociaal Medisch Overleg plaats met de personeelsfunctionaris.

Het verzuimpercentage lag in 2016 op 3,5%. Dit betekent een significante daling ten opzichte van 2015 (7,7%).

## Opleiding en ontwikkeling

Als kennisorganisatie hecht de SKGZ veel waarde aan goed opgeleide medewerkers. We bieden medewerkers dan ook ruimte om op eigen initiatief opleidingen te volgen. Dit kan zowel individueel als in teamverband. Daarnaast organiseren we interne kennisuren en opleidingen die ervoor zorgen dat het kennisniveau op peil blijft. Omdat het algemene opleidingsaanbod niet altijd goed aansluit bij onze specifieke werkzaamheden, regelt de SKGZ regelmatig maatwerk cursussen en voorlichtingsbijeenkomsten. Dit gebeurde in 2016 zo'n 10 keer.

## Organogram



# Vooruitblik

**In 2017 staat weer het nodige te gebeuren. De gevolgen voor de SKGZ zijn bij het verschijnen van dit jaarverslag, voorjaar 2017, nog niet allemaal inzichtelijk. Daarnaast leert de ervaring dat er vaak niet te voorziene ontwikkelingen zijn. In ieder geval houdt de SKGZ rekening met de volgende zaken die spelen.**

## **Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg**

Vanaf 1 januari 2017 moeten alle zorgaanbieders zijn aangesloten bij een door de minister van VWS erkende geschilleninstantie. Deze ontwikkeling heeft 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). De SKGZ volgt de ontwikkelingen dan ook nauwlettend. Mocht een consument bij de SKGZ aankloppen met een klacht die eigenlijk thuishoort bij een Wkkgz-geschillencommissie, dan zorgen wij dat deze consument bij de juiste instantie terecht komt.

## **Europese privacy verordening**

In 2016 is de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming vastgesteld. Deze verordening treedt per 25 mei 2018 in werking. Op grond van deze verordening heeft de SKGZ meer verplichtingen. Zo wordt in de verordening meer de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van organisaties om de wet na te leven én om te kunnen aantonen dat zij zich aan de wet houden.

Verder worden de privacy rechten van mensen versterkt en uitgebreid. Wij maken ons in 2017 op voor de inwerkingtreding van de verordening.

## **Op weg naar Engelstalige procedure**

Op dit moment kunnen klachten en geschillen in het Nederlands en het Engels worden ingediend. De procedure is verder in het Nederlands. In 2015 hebben enkele medewerkers van het secretariaat een gesprekstraining 'Engels' gevolgd. In 2016 is dit voortgezet. Het doel is om uiteindelijk de gehele procedure bij de SKGZ in het Engels te kunnen aanbieden.

## **Ontwikkeling in wetgeving**

Jaarlijks vinden er wijzigingen plaats in het verzekerde pakket. Voor 2017 viel op dat de wetgever wat meer ruimte laat voor plastische chirurgie dan de voorgaande jaren. Ook is de regelgeving rondom het pgb in de Zorgverzekeringswet gewijzigd per 1 januari 2017. De effecten van een en ander laten zich niet goed voorspellen, maar dat ze er zullen zijn is zeker.

## **En verder...**

Ieder jaar kent haar eigen bijzonderheden. In maart 2017 zijn er verkiezingen geweest voor de Tweede Kamer, en op dit moment vinden formatiebesprekingen plaats. De uitkomsten daarvan kunnen invloed hebben op de organisatie van de zorg in Nederland, op de wijze van financiering en ook op de rechtspositie van de consumenten/patiënten. Dat alles kan gevolgen hebben voor de SKGZ. We zien met belangstelling uit naar de ontwikkelingen en zullen onze bijdrage aan het geheel ook in 2017 naar vermogen en met plezier leveren.

# Financiën

## Staat van baten & lasten over 2016

	<b>Uitkomst 2016</b>	<b>Begroot 2016</b>	<b>Uitkomst 2015</b>
	€	€	€
<b>Baten</b>			
Bijdrage zorgverzekeraars	3.433.416	3.423.500	3.301.116
Subsidie ministerie VWS - Zorgverzekeringslijn.nl	923.688	946.130	903.781
Bijdrage geschillen	20.978	18.500	14.467
Financiële baten	1.450	6.000	6.373
	<b>4.379.523</b>	<b>4.394.130</b>	<b>4.225.737</b>
<b>Lasten</b>			
Personeelskosten	2.105.265	2.200.000	2.217.860
Afschrijvingen immateriële vaste activa	39.778	41.000	39.778
Afschrijvingen materiële vaste activa	28.311	38.000	26.539
Bestuur, geschillencommissie en ombudsman	377.363	378.000	406.650
Huisvesting	151.984	181.000	158.688
Automatisering en digitalisering	129.150	127.000	147.535
Bureaunkosten	107.718	80.000	85.808
Profilering en communicatie	46.618	70.000	57.444
Overige stichtingskosten	4.333	13.000	5.543
Zorgverzekeringslijn.nl	923.688	946.130	903.779
Versnelling pgb	278.997	310.000	-
Invoeren kwaliteitssysteem	-	10.000	-
	<b>4.193.205</b>	<b>4.394.130</b>	<b>4.049.624</b>
<b>Som der organisatielasten</b>	<b>4.193.205</b>	<b>4.394.130</b>	<b>4.049.624</b>
<b>Netto resultaat</b>	<b>186.327</b>	<b>-</b>	<b>176.113</b>
<b>Resultaatbestemming</b>			
Algemene reserves	186.327		176.113

## Balans per 31 december 2016 na resultaatbestemming

	31 december 2016		31 december 2015	
	€	€	€	€
<b>ACTIVA</b>				
<b>Vaste activa</b>				
<i>Immateriële vaste activa</i>				
Digitalisering		59.668		99.446
<i>Materiële vaste activa</i>				
Andere vaste bedrijfsmiddelen	68.104		101.568	
Zorgverzekeringslijn.nl	-		21.625	
		68.104		123.193
<b>Vlottende activa</b>				
<i>Vorderingen</i>				
Debiteuren	82.672		-	
Overige vorderingen en overlopende activa	63.889		9.288	
		146.561		9.288
<i>Liquide middelen</i>		903.596		727.356
<b>Totaal activazijde</b>		<b>1.177.929</b>		<b>959.283</b>

	31 december 2016		31 december 2015	
	€	€	€	€
<b>PASSIVA</b>				
<b>Stichtingsvermogen</b>				
Bestemmingsreserves	200.000		200.000	
Algemene reserves	523.600		337.273	
		723.600		537.273
<b>Voorzieningen</b>				
Overige voorzieningen		26.145		20.978
<b>Kortlopende schulden</b>				
Schulden aan leveranciers en handelskredieten	17.078		64.612	
Belastingen en premies sociale verzekeringen	71.274		80.178	
Schulden ter zake van pensioenen	-		15.116	
Overige schulden en overlopende passiva	339.832		241.126	
		428.184		401.032
<b>Totaal passivazijde</b>		<b>1.177.929</b>		<b>959.283</b>

Zie voor het volledig Financieel Verslag 2016 onze website [www.skgz.nl/over/skgz/publicaties](http://www.skgz.nl/over/skgz/publicaties). Desgewenst kan het Financieel Verslag 2016 u ook per post worden toegezonden.

# Personalia

## Bestuur & directie

Het SKGZ-bestuur bestaat uit:

- mr. dr. A.G.J.M. Rombouts, voorzitter
- mr. E.E. Aberson, vice-voorzitter/secretaris
- ir. Th. J.M. van Brunschot, penningmeester

## Ombudsman Zorgverzekeringen

Mr. R.P. van Marwijk Kooy

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

De Geschillencommissie bestaat uit:

- prof. mr. A.I.M. Van Mierlo, voorzitter
- mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester
- mr. drs. P.J.J. Vonk
- mr. H.A.J. Kroon

Mr. G.J. de Groot is de secretaris van de Geschillencommissie.

## Directeur

C.J. van Kranenburg MA.

---

*Meer weten over de organisatie van de SKGZ?  
Kijk op: [www.skgz.nl/over-skgz/organisatie](http://www.skgz.nl/over-skgz/organisatie).*

# Aangesloten organisaties

In het verslagjaar 2016 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 Ziektekostenverzekeringen 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. VGZ Cares
26. N.V. Zorgverzekeraar UMC
27. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.
28. OHRA Zorgverzekeringen N.V.
29. Onderlinge Waarborgmaatschappij AZVZ U.A.
30. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar U.A.
31. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.
32. Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.
33. Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
34. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
35. OOM Global Care N.V.
36. OZF Zorgverzekeringen N.V.
37. Vereniging PNOzorg
38. Stad Holland Zorgverzekeraar Onderlinge Waarborgmaatschappij U.A.
39. Stichting Promovendum
40. Turien & Co. Assuradeuren B.V.
41. VGZ Zorgverzekeraar N.V.
42. VPZ Assuradeuren B.V.
43. VvAA schadeverzekeringen N.V.
44. Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V.
45. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.

---

*Bent u op zoek naar informatie over de interne klachtenprocedure bij een ziektekostenverzekeraar? Kijk op: [www.skgz.nl/over-skgz/aangesloten\\_organisaties](http://www.skgz.nl/over-skgz/aangesloten_organisaties).*

# Gebruikte afkortingen

De in dit jaarverslag gebruikte afkortingen:

ACM	Autoriteit Consument & Markt
AFM	Autoriteit Financiële Markten
ADR	Alternative Dispute Resolution
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
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
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
Wft	Wet op het financieel toezicht
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
ZiNL	Zorginstituut Nederland
ZVL	Zorgverzekeringslijn.nl
Zvw	Zorgverzekeringswet

# Colofon

## Uitgave



Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

088 – 900 69 00

info@skgz.nl

www.skgz.nl

## Aan dit jaarverslag werkten mee

Mr. R.P. van Marwijk Kooy, prof. mr. A.I.M. van Mierlo, drs. C.J. van Kranenburg, 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

## Eindredactie

Angélique van Beers, Luvi Media

## Vormgeving

Tamara Becker B.COM

Zeist, april 2017. Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

---

*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.*