



Jaarverslag 2022

De oren en ogen van het
zorgverzekeringsstelsel

skgz

Ombudsman
Geschillencommissie
Zorgverzekeringslijn

Inhoud

Voorwoord		
Interview directeur SKGZ, Theunis Schaafstra		
Iedereen even goede toegang tot zorg		
Laagdrempelige probleemoplossing		
Signaleren & adviseren		
Voorlichten		
Bemiddelen		
Beslechten		
2022 in vogelvlucht		
Kerncijfers SKGZ		
Signaleren & adviseren		
Beleidsaanpassingen bij zorgverzekeraars naar aanleiding van bindende adviezen		
Vergoeding van medische zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne		
Verzekeringsplicht Caribische studenten gewijzigd		
Gemeente aanpak, wanbetalerslijsten en hoe deze kunnen worden gebruikt door gemeenten		
Voorlichten		
Voorlichten in cijfers	20	
Zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne, van signaal naar adequate informatie	21	
Congres 'Schulden als gezondheidsprobleem'	22	
Klantwaardering	23	
3 Bemiddelen		24
Persoonlijk contact		25
Nieuwe Ombudsman Zorgverzekeringen		26
5 Bemiddelen in cijfers		27
Klantwaardering		29
7 Interview Ombudsman Zorgverzekeringen, Frederique van Zomeren		30
8		
9		
9 Beslechten		32
9 Geschillencommissie Zorgverzekeringen		33
9 Verduidelijking preferentiebeleid		33
Beslechten in cijfers		34
10 Hoorzittingen		36
11 Klantwaardering		36
Interview met voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Toon van Mierlo		37
14 Doeltreffendheid		39
15		
16 En verder...		41
16 Woordenlijst		42
Aangesloten zorgverzekeraars		43
Handig om te weten		44
Zo bereikt u ons		44
18		

Voorwoord



Wij beleven hectische tijden. De wereld lijkt in brand te staan. Voor leiders is het zaak 'het hoofd koel te houden en het hart warm'. Ook dichterbij huis worden bestuurders op de proef gesteld. In de zorg en rondom de zorgverzekering. Het systeem staat onder druk. De kosten en premies stijgen. Hoe houden we de premies voor iedereen betaalbaar en de zorg bereikbaar? Op de zorgverzekeraars rust een zware verantwoordelijkheid. Ook wij van de SKGZ worden stevig bevraagd door bezorgde verzekerden. En over niet-verzekerden.

Mijn collega's Cornelia van Bergenhenegouwen-Bolhuis, Kees Erends en ik proberen ons bij ons bestuurlijk handelen steeds voor ogen te houden: waartoe is de SKGZ op aarde? Voor wie doen wij ons belangrijke werk? En dan komen wij natuurlijk altijd uit bij onze oprichters. De zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Bij -zoals de Amerikaanse hoogleraar Mark Moore het ooit formuleerde- 'the dead hand on your shoulder', De hand van de 'founders' van onze stichting. Wat stond hen voor ogen? En moet dat ook niet de leidraad zijn voor ons handelen nu en in de toekomst? Hoe kunnen we de belangen van de zorgverzekerden en de zorgverzekeraars bij elkaar brengen? Vanuit de intenties van onze oprichters kijkend is een tegenstelling vaak geen tegenstelling, maar slechts een te overbruggen verscheidenheid in de oplossingsrichting. "Van in gebreke stellen naar in

verbinding stellen" is niet voor niets een credo dat onze nieuwe Ombudsman Frederique van Zomeren gebruikte tijdens haar bijdrage aan het afscheidssymposium van haar voorgangster Reina van Marwijk Kooy.

Denken vanuit die bedoeling is voor ons als bestuur ook de leidraad geweest in het afgelopen jaar. Een jaar waarin bij de SKGZ veel veranderingen plaatsvonden: een nieuwe directeur, een nieuwe voorzitter van de Geschillencommissie en een nieuwe Ombudsman.

Op 1 maart hebben we een nieuwe directeur kunnen verwelkomen. Theunis Schaafstra neemt veel ervaring mee en kan ons helpen de functie 'signaleren en adviseren', meer vorm en inhoud te geven. Ambitieuus? Jazeker. Maar stevig geworteld in het verleden en gevoed door de wens om een steentje bij te dragen aan het behoud van het kostbare zorgstelsel dat we hebben.

Met instemming van de minister van Financiën is besloten om de waarnemend voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voor een beperkte periode te herbenoemen als voorzitter. Medio vorig jaar had onze Ombudsman Reina van Marwijk Kooy haar maximale zittingstermijn bereikt. In die jaren heeft zij met haar talenten van hoofd en hart een grote impuls gegeven aan het laagdrempelig oplossen van problemen tussen consumenten en zorgverzekeraars. Hiervoor zijn wij haar uitermate dankbaar.

Haar afscheidssymposium was een goed moment om onze stakeholders te ontmoeten en met elkaar te spreken over verleden, heden en toekomst van het ombudswerk. De SKGZ heeft daarop een duidelijke visie: laagdrempeligheid is meer dan ooit nodig, zodat niemand uitgesloten is van de toegang tot recht en oplossing van problemen. In de persoon van Frederique van Zomeren hebben wij een opvolger als Ombudsman Zorgverzekeringen gevonden die dit gedachtegoed en deze aanpak op haar eigen wijze zal uitbouwen.

Naast het laagdrempelig bemiddelen en beslechten van geschillen is onze voorlichtingsrol essentieel. Want onverzekerde of betalingsproblemen kunnen

grote gevolgen hebben. De medewerkers van onze Zorgverzekeringslijn leverden via trainingen en gastlessen weer een uitstekende bijdrage aan het voorkomen en oplossen van deze problemen. Trots zijn wij als bestuur misschien nog wel het meest op de rol die de SKGZ heeft gespeeld bij het organiseren van de toegang tot zorg voor Oekraïense vluchtelingen.

Vol vertrouwen kijk ik uit naar 2023. Een jaar waarin de SKGZ onder leiding van Theunis Schaafstra een nog actievere rol binnen het zorgverzekeringsstelsel zal vervullen.

Ton Rombouts
bestuursvoorzitter van de SKGZ

Interview directeur SKGZ, Theunis Schaafstra



Vooral de sterk inhoudelijke motivatie van medewerkers viel mij op.

Waaruit bestaat jouw motivatie?

In Nederland hebben wij een heel mooi en bijzonder stelsel waar iedereen via de zorgverzekering toegang heeft tot kwalitatieve goede zorg. Iedereen moet daarop kunnen vertrouwen. Meestal is dat ook zo, maar soms gaat het mis. Wie niet de behandeling of medicijnen krijgt die nodig zijn, kan tegen veel problemen aanlopen. Onze inzet is die problemen op te lossen. Ik beschouw het daarbij ook als onze opdracht om soortgelijke problemen in de toekomst te helpen voorkomen.

Wat trof je aan?

Toen ik in maart 2022 startte, trof ik een gezonde organisatie aan met uitstekende dienstverlening en laagdrempelige communicatie. Vooral de sterk inhoudelijke motivatie van medewerkers viel mij op. Zij zijn zeer betrokken bij het werk. Zij willen mensen helpen die om wat voor reden dan ook zijn vastgelopen. Dat resulteert in een gemiddelde klantwaardering van een 8,3. Een cijfer om trots op te zijn! Ik ben echt onder de indruk van hun kennis en expertise, maar toch is die maar in beperkte kring bekend. Wij zijn stiekem heel goed. De SKGZ heeft de mensen en de kennis in huis om consumenten te

informer en hen heel laagdrempelig te helpen met bemiddeling en geschilbeslechting. Door die unieke positie en de dagelijkse belletjes naar onze Zorgverzekeringslijn zijn onze medewerkers de ogen en oren van het zorgverzekeringsstelsel. Zij signaleren als geen ander waar het gaat knellen in de toegang tot een zorgverzekering of in de uitvoering daarvan. Deze signalen zijn waardevolle kansen om het zorgverzekeringsstelsel verder te verbeteren.

Wat is jouw visie?

Iedereen moet kunnen vertrouwen op een gelijke toegang tot zorg. Daar dragen wij aan bij. Door het oplossen van problemen via bemiddeling en geschilbeslechting, maar zeker ook door het helpen voorkomen van problemen via voorlichting en signaleren & adviseren. Wij voegen iets toe aan het klachtenproces van de zorgverzekeraar. Met een onafhankelijke blik en kennis van zaken kijken wij nog eens naar het probleem. Samen proberen wij een oplossing te vinden of anders in de vorm van een bindend advies een knoop door te hakken. Wij moeten een gezonde balans vinden tussen rechtszekerheid (het algemeen belang) en de menselijke maat (de individuele behoefte). Dit kan door een responsieve werkwijze die wij verder willen ontwikkelen.

Responsief werken houdt in: direct persoonlijk contact en kijken naar de individuele behoefte van de consument in relatie tot de bedoeling van de regels, in plaats van sec de regels toepassen. Deze werkwijze zal vaker minder juridisch zijn. Gericht op een oplossing in een zo vroeg mogelijk stadium.

Bij ons kan de consument op één plek terecht als hij er even niet meer uitkomt. Dit vereist dat wij onze expertise intern nog meer bundelen en optimaliseren. En deze vervolgens op alle mogelijke manieren laagdrempelig beschikbaar maken. Extra energie steken wij in het bereiken van consumenten die ons nu om wat voor reden dan ook niet vinden. En in het voorkomen van problemen, door het delen van inzichten. Op die manier dragen wij bij aan verbeteringen in (de uitvoering van) het zorgverzekeringsstelsel. Dat zie ik echt als een heel belangrijke opgave voor ons.

Hoe vertaalt zich dat naar een strategie?

Samen met de medewerkers hebben wij de handschoen opgepakt om onze ambities te vertalen naar de uitvoering. Wij hebben dat niet alleen intern met een grote groep collega's gedaan, maar ook in mijn kennismakingsgesprekken met diverse stakeholders is gesproken over de wijze waarop wij een bijdrage kunnen leveren.

Wij hebben het model van één organisatie met vier functies (voorlichten, bemiddelen, beslechten en signaleren & adviseren) verder uitgewerkt en bepaald waar wij over drie jaar willen staan. Hierbij hebben wij vier strategische speerpunten met daaronder zeven ontwikkelpaden gedefinieerd. De vier speerpunten zijn:

- Laagdrempelige toegang voor iedereen tot relevante informatie, ondersteuning en oplossingen voor problemen met de zorgverzekeraar
- De organisatie doorontwikkelen tot één SKGZ als toonaangevend expertisecentrum
- Ontwikkelen van de 'vierde pijler': signaleren & adviseren
- Verwerven van positie en invloed om verbeteringen in (de uitvoering van) het zorgverzekeringsstelsel te bewerkstelligen

De eerste effecten daarvan zagen we al in 2022. Zo is het aantal geschillen over het aanvragen en verlenen

van een PGB verpleging en verzorging flink gedaald. Andere successen zijn de informatievoorziening voor Oekraïners, het inrichten van een interne signaleringsstructuur en een verbeterde aansluiting tussen de bemiddelings- en geschilfase. Ook was de SKGZ extern meer zichtbaar op verschillende relevante onderwerpen. Zo hebben we ruim een derde van alle gemeenten voorgelicht over het gebruik van de CAK-wanbetalerslijst.

Wat kunnen wij verwachten in 2023?

Wij gaan onze voorlichtingsrol meer inzetten. Voorkomen van problemen is tenslotte beter dan genezen. Daarbij moeten wij juist die mensen weten te bereiken die ons het hardste nodig hebben, maar ons nu nog niet weten te vinden. Dat gaan we doen door nauw samen te werken met organisaties die ervaring hebben met het bereiken van deze 'afgehaakte' consumenten.

Wij blijven actief onze bijdrage leveren aan de aanpak van problemen op het gebied van armoede, schulden en gezondheid. Geldzorgen leiden tot chronische stress en gezondheidsklachten, dus tot een hogere zorgvraag. Een van de eerste vaste lasten die mensen niet meer betalen is de zorgpremie. De angst voor hoge kosten leidt vaak tot zorgmijding. Wij adviseren gemeenten daarom met een gerichte signalering en een actieve aanpak van financiële zorgverzekeringsproblemen om ervoor te zorgen dat de toegang tot de zorg voor deze groep consumenten gewaarborgd blijft.

Met een online Klachten Dashboard gaan wij verzekeraars meer inzicht geven in de aard van de klachten, de trends en daaruit voortkomende signalen. Deze kunnen zij gebruiken om de dienstverlening te verbeteren en onvolkomenheden in het zorgverzekeringsstelsel aan te pakken.

Voor een goede werking van het stelsel en ook voor het behoud van het vertrouwen hierin, moeten we meer zichtbaar zijn voor het grote publiek op de actuele thema's. Zodat wij de consument van goede informatie voorzien, zichtbaar maken wat trends zijn en laten zien waar knelpunten zitten of waar knelpunten juist zijn opgelost.



**Iedereen even goede
toegang tot zorg**



De SKGZ is er voor iedereen die ons nodig heeft. Wij dragen bij aan het verbeteren van het zorgverzekeringstelsel met als doel dat iedereen even goede toegang heeft tot zorg. Dit doen wij door het delen van onze kennis en ervaring, verkregen door voorlichting, bemiddeling en geschilbeslechting.

Laagdrempelige probleemoplossing

Wij zijn een van de vier erkende ADR (Alternative Dispute Resolution) instanties in Nederland en bieden onafhankelijke en laagdrempelige probleemoplossing in aanvulling op de reguliere rechtspraak. Wij hanteren daarbij een responsieve aanpak die er op is gericht dat mensen weer vooruit kunnen. Dat wil zeggen niet aansprakelijk stellen maar in verbinding stellen, werken vanuit de behoefte van de consument en vanuit de bedoeling van de regels. SKGZ is één organisatie met vier functies die nauw met elkaar verbonden zijn: voorlichten, bemiddelen, beslechten en signaleren & adviseren. De ministers van Financiën en Volksgezondheid, Welzijn en

Sport hebben de SKGZ aangewezen als geschilleninstantie voor de ziektekostenverzekeringen. Een consument kan bij ons terecht met een klacht over de eigen zorgverzekeraar. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn bij de SKGZ aangesloten. Daarom maakt het niet uit welke zorgverzekeraar het betreft; de consument kan altijd bij de SKGZ terecht. De procedure bij de Ombudsman en de Geschillencommissie is eenvoudig en betaalbaar. De consument kan alles zelf doen. De consument mag een juridisch adviseur inschakelen, maar dit is niet verplicht. Bemiddeling door de Ombudsman is gratis. Het entreegeld voor de Geschillencommissie is € 37,-. Dat bedrag krijgt de consument vergoed als hij bij de behandeling van de klacht gelijk krijgt.

¹ In dit jaarverslag schrijven we voor de leesbaarheid zorgverzekering en zorgverzekeraar. Hieronder verstaan wij ook de ziektekostenverzekering en de ziektekostenverzekeraar.

SKGZ biedt één plek voor probleemoplossing



Signaleren & adviseren

Door haar werk ziet de SKGZ goed tegen welke problemen consumenten en zorgverzekeraars aanlopen. Zo wordt duidelijk welke regelgeving beter kan, of waar verbeteringen in de uitvoering nodig zijn. De SKGZ deelt deze kennis en inzichten met zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties, beleidsmakers en toezichthouders en helpt zo het zorgverzekeringsstelsel verder te verbeteren. Met onze inzichten kunnen alle betrokken partijen doelgericht werken aan het optimaliseren van het zorgverzekeringsstelsel.

Voorlichten

Onze onafhankelijke en laagdrempelige informatie op de website, via chat en telefoon, voorkomt klachten en vergroot kennis en begrip over de soms ingewikkelde regels. Wij helpen consumenten om problemen rond de zorgverzekering te voorkomen en op te lossen. Onze Zorgverzekeringslijn geeft tips en advies. Waar dit niet lukt, geeft Zorgverzekeringslijn hulpverleners in het sociaal domein de tools om consumenten te ondersteunen. Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bemiddelen

Als verzekerde en zorgverzekeraar een meningsverschil hebben, zorgen wij voor een gelijk speelveld en helpt onze Ombudsman hen samen een oplossing te vinden. We gaan soms letterlijk met elkaar aan tafel maar in ieder geval wordt de klacht altijd telefonisch besproken. Dit persoonlijk contact zorgt over en weer voor meer begrip.

Beslechten

Lukt het niet om via bemiddeling tot een oplossing te komen of wil een consument direct een bindende uitspraak? Dan kan onze Geschillencommissie zich buigen over het probleem en een bindend advies geven. Uitspraken van de Geschillencommissie worden anoniem gepubliceerd op onze website.



2022 in vogelvlucht

Resultaten onder de loep

Kerncijfers SKGZ

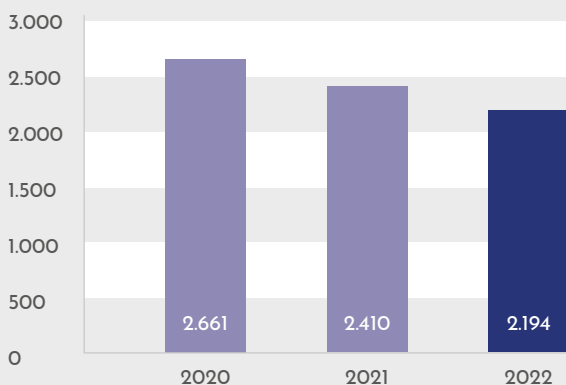
Cijfers onder de loep



Méér dan alleen laagdrempelige klachtenafhandeling

Het aantal ontvangen klachten daalt al enige jaren en in 2022 was dat ook het geval (-9%). In 2022 ontving de SKGZ 2.194 nieuwe klachten. Het bereik en daarmee het belang van de SKGZ is echter veel groter.

Trend van het aantal nieuwe dossiers



De onafhankelijke voorlichtingsfunctie via telefoon, chat, mail en met name website wint steeds meer aan impact en heeft in 2022 bijgedragen aan de ruim

450.000 contactmomenten. Er was direct contact via de telefoon, mail of het contactformulier. Men volgde webinars, ontving de nieuwsbrieven of stelde vragen via de chat. Ook werden er casussen en bindende adviezen opgezocht op de website. Daarnaast wordt een groep consumenten indirect bereikt. Bijvoorbeeld wanneer onze Zorgverzekeringslijn een training aan hulpverleners geeft en zij de aangereikte tips en tools gebruiken bij de ondersteuning van hun cliënten. Zo maakt de SKGZ ook indirect impact.

Hoge klantwaardering door persoonlijk contact

De SKGZ staat voor persoonlijk contact en aandacht. Dit wordt hoog gewaardeerd. Van de vier functies van de SKGZ zijn er drie waarvan de klantwaardering wordt gemeten. Het gaat dan om voorlichten, bemiddelen en beslechten. Al onze diensten tezamen worden gewaardeerd met een 8,3. Een cijfer waar wij zuinig en trots op zijn!

Kerncijfers SKGZ

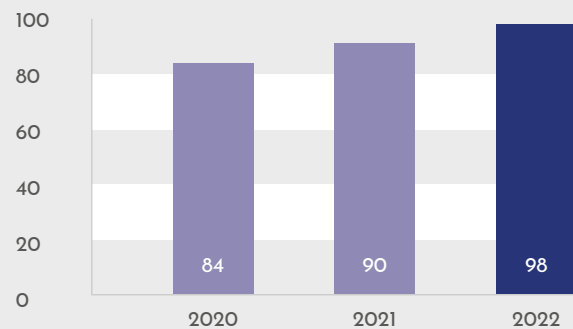
Cijfers onder de loep

Meer aandacht voor ieder dossier

In de tweede helft van 2022 nam het aantal klachten toe. Ook werd met de komst van een nieuwe Ombudsman Zorgverzekeringen een nieuwe manier van bemiddelen geïntroduceerd. Bij deze nieuwe werkwijze is meer aandacht voor ieder dossier en de persoon achter het dossier.

Mede als gevolg van deze twee ontwikkelingen liep de Consumenten Doorlooptijd Index (CDI) op. Deze index laat het gemiddelde aantal dagen zien vanaf het indienen van de klacht tot het laatste contactmoment. Het verkorten van de doorlooptijd, met behoud van de extra persoonlijke aanpak, heeft in 2023 de aandacht.

Consumenten Doorlooptijd Index (CDI)



Financieel

SKGZ werkte in 2022 met een budget van 5,3 mln euro. Vijfentwintig procent daarvan is een subsidie vanuit het ministerie van VWS ter dekking van de activiteiten voorlichting, advies en hulp in het kader van het terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden. Voor het overige bestaat de door de minister van Financiën vastgestelde kostendeckering uit de verplichte bijdrage door zorgverzekeraars naar rato van hun marktaandeel. In 2022 zijn de kosten lager uitgevallen dan begroot. Dat komt door de gevolgen van de coronapandemie, die in het eerste

kwartaal nog merkbaar waren.

Daarnaast realiseerden we besparingen op de kantoor- en ICT-kosten. Ook hebben we een aantal vacatures in 2022 niet direct ingevuld. Het hogere resultaat dat hierdoor resteert wordt gebruikt om te investeren in: verder verbeteren van de toegankelijkheid van onze dienstverlening, het beter bereiken van de mensen die ons nodig hebben en tot slot signaleren & adviseren om zo actief bij te dragen aan verbetering van (de uitvoering van) het zorgverzekeringsstelsel.

De jaarrekening staat op skgz.nl onder 'Over de SKGZ' bij Publicaties en jaarverslagen.

Kerncijfers SKGZ

Betrokken medewerkers

Dat de dienstverlening van de SKGZ zo goed wordt gewaardeerd, komt door de zeer gemotiveerde en betrokken medewerkers. De SKGZ borgt de kennis van haar medewerkers door een aantrekkelijke werkgever te zijn. Zo blijven medewerkers lang in dienst en blijft kennis behouden. Dat neemt niet weg dat we volop ontwikkelen. In 2022 zijn alle medewerkers actief betrokken geweest bij het formuleren en herijken van de strategie. Daarnaast werd de kennis over responsief werken (doen wat er écht toe doet) gedeeld tijdens een kennissessie met de Ombudsman Zorgverzekeringen, Frederique van Zomeren.

In afwachting van te maken keuzes hebben wij vacatures in 2022 iets langer aangehouden. Eind 2022 zijn deze alsnog opengesteld. In het eerste kwartaal van 2023 worden deze ingevuld. Waarmee wij

kwantitatief en kwalitatief versterkt de volgende fase ingaan en tegelijk onze ervaren organisatie aanvullen met nieuw bloed en frisse nieuwe ideeën.

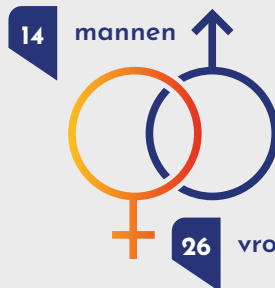
De SKGZ had in 2022 40 medewerkers: 14 mannen en 26 vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 46 jaar. SKGZ heeft veel ervaring in huis. Dat is ook zichtbaar in de opbouw van het personeelsbestand.



Cijfers onder de loep



40 medewerkers



14 mannen

26 vrouwen



Gemiddeld 46 jaar

Aandacht voor privacy

De SKGZ werkt met (bijzondere) persoonsgegevens. Privacy is daarom een belangrijk onderwerp binnen de organisatie. In 2022 hebben zich geen incidenten voorgedaan die bij de Autoriteit Persoonsgegevens gemeld moesten worden.



Signaleren & Adviseren

Signaleren & adviseren

Inzichtelijk maken waar het beter kan

Samen verbeteren

Bij het beantwoorden van vragen, behandelen van klachten en het geven van voorlichting ziet de SKGZ waar het mis kan gaan tussen consumenten en zorgverzekeraars. Zo wordt ook duidelijk waar regelgeving beter kan. In lijn met de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten deelt de SKGZ deze inzichten met zorgverzekeraars, toezichthouders, beleidsmakers en de pakket-beheerder Zorginstituut Nederland. Zo draagt de SKGZ bij aan een verdere verbetering van het zorgverzekeringsstelsel. Graag delen wij enkele signalen en adviezen uit 2022.



Beleidsaanpassingen bij zorgverzekeraars naar aanleiding van bindende adviezen

In 2022 had de SKGZ regelmatig contact met de verschillende zorgverzekeraars. Uit dit contact bleek dat de zorgverzekeraars met grote belangstelling de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen lezen. Niet alleen om de uitslag in de zaak te weten, maar ook om te kijken of de beslissing van de commissie iets betekent voor het beleid.

Zoals besproken in het jaarverslag over 2021 deed de commissie uitspraken over het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB vv).

In 2022 heeft dit geleid tot een wijziging in het beleid. Kort gezegd heeft de commissie in deze zaken beslist dat als een zorgverzekeraar het aantal door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren van een PGB wil aanpassen, hij hierover contact moet opnemen met de wijkverpleegkundige.

Dit omdat de procedurele zorgvuldigheid vereist dat in zo'n situatie overleg wordt gevoerd met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie. Na deze uitspraak hebben we gezien dat de zorgverzekeraars het beleid op dit punt hebben aangepast en dat niet langer eenzijdig tot een verlaging van het aantal uren wordt besloten.

Eenzelfde wijziging in het beleid van de zorgverzekeraars zien we terug na een uitspraak van de Geschillencommissie over het preferentiebeleid (GcZ 28 september 2022, 202100921). In deze uitspraak is bepaald dat een zorgverzekeraar voor geregistreerde onderling vervangbare geneesmiddelen een preferentiebeleid mag voeren. Daarbij moet voor een consument helder zijn welke geneesmiddelen door de zorgverzekeraar in dat verband zijn aangewezen. Varianten op het wettelijk preferentiebeleid, zoals bijvoorbeeld de Laagste Prijs Garantie, vormen een beperking van de aanspraken van de consument en zijn dan ook niet toegestaan. In vervolg op deze uitspraak hebben wij gezien dat zorgverzekeraars hun beleid en polisvoorwaarden hierop hebben aangepast.



Vergoeding van medische zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne

In februari 2022 merkte Zorgverzekeringslijn op dat steeds meer vragen werden gesteld over de zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne. Hierbij werd geconstateerd dat voor deze groep geen adequate toegang tot zorg bestond en laagdrempelige informatie hierover ontbrak. Zorgverzekeringslijn deelde dit signaal met de ketenpartners.

Vervolgens speelde Zorgverzekeringslijn een sleutelrol bij het opzetten van een communicatielijnen en het delen van informatie. Webpagina's in het Oekraïens en Russisch en een [webinar over de vergoeding van medische zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne](#) maakten hiervan deel uit.

Verzekeringsplicht Caribische studenten onduidelijk

Caribische studenten zijn niet meer uitgesloten van de verzekeringsplicht. Nu wordt de verzekeringsplicht beoordeeld op basis van ingezetenschap en is deze dus afhankelijk van persoonlijke omstandigheden. De impact van deze wijziging is daarom groot. Omdat de verzekeringsplicht nu afhankelijk is van persoonlijke omstandigheden (bijvoorbeeld studieduur en herkomst van financiering) weten studenten nu niet of zij wel of juist geen

zorgverzekering moeten afsluiten. Praktische informatie is daarvoor noodzakelijk, maar de (juridische) gevoeligheid maakt het lastig om hierin specifiek te zijn. Deze onduidelijkheid zorgde ervoor dat het Kabinet van de Gevolmachtigde Minister van Aruba contact heeft opgenomen met Zorgverzekeringslijn. Naar aanleiding van dit signaal heeft er overleg plaatsgevonden met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, en de Sociale Verzekeringsbank. Om zo samen te kijken hoe deze informatie in de toekomst laagdrempelig kan worden aangeboden en studenten weten waar zij aan toe zijn.

Gemeente aanpak, wanbetalerslijsten en hoe gemeenten deze kunnen gebruiken

Gemeenten hebben een belangrijke rol bij het oplossen van financiële zorgverzekeringsproblemen, zoals betalingsachterstanden, onverzekerdheid, of het niet hebben van een passende zorgverzekering. Roos Meertens is Projectmanager Gemeenten bij Zorgverzekeringslijn. Zij zet zich in om gemeenten bewust te maken van de omvang en consequenties van financiële zorgverzekeringsproblemen. Ook informeert en adviseert zij gemeenten over de beschikbare instrumenten om deze problemen aan te pakken.

Roos, wat doe jij namens Zorgverzekeringslijn voor gemeenten?

De focus in de voorlichting aan gemeenten ligt op de CAK-wanbetalerslijst. Een groeiend aantal gemeenten vraagt bij het CAK gegevens op over inwoners die door hun zorgverzekeraars zijn aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. Vaak gaat een aanmelding bij het CAK gepaard met bredere schuldenproblematiek en multi-problematiek. Dit maakt dat de CAK-wanbetalerslijst een belangrijke vindplaats is van inwoners van een gemeente met een hulpvraag. Namens Zorgverzekeringslijn informeer en adviseer ik gemeenten over de inzet van deze lijst.

Hoe ging dat in 2022?

In 2022 zijn ruim 100 gemeenten bereikt door middel van kennissessies en één-op-één adviesgesprekken. Uit deze gesprekken blijkt dat er veel behoefte is aan informatie over het juridisch kader waarbinnen met de CAK-wanbetalerslijst gewerkt kan worden en aan ervaringen en geleerde lessen van gemeenten die de lijst al langer gebruiken.



*Duidelijkheid
verschaffen heeft voor
Zorgverzekeringslijn de
hoogste prioriteit.*

Waar ligt de focus voor volgend jaar?

Gemeenten die overwegen om met de CAK-wanbetalerslijst aan de slag te gaan, hebben behoefte aan duidelijkheid over het juridisch kader. Werken met deze lijst betekent dat je als gemeente persoonsgegevens verwerkt, waarbij je je moet houden aan de geldende wet- en regelgeving. Op dit moment zijn de spelregels onvoldoende duidelijk. Deze onduidelijkheid leidt ertoe dat sommige gemeenten ervan afzien om met deze lijst aan de slag te gaan. Dit is een gemiste kans. Het verschaffen van duidelijkheid heeft voor Zorgverzekeringslijn dan ook de hoogste prioriteit. Begin 2023 starten wij, in samenwerking met Stimulansz, met een uitgebreide juridische analyse. Deze analyse zal een antwoord geven op de vraag waartoe een gemeente verplicht is wanneer hij de lijst opvraagt. Om de analyse praktisch toepasbaar te maken zullen ook de meest gebruikte werkwijzen worden geïnventariseerd en zullen per werkwijze de juridische randvoorwaarden worden omschreven. In de tweede helft van 2023 zal deze juridische analyse in combinatie met geleerde lessen van gemeenten worden gedeeld tijdens vier kennissessies.



Voorlichten

**Kan veel problemen
voorkomen**

Cijfers onder de loep



8,5

Klantwaardering



17.663

Bereik kennisdeling



8.451

Ontvangen vragen

De SKGZ ontvangt dagelijks vragen via de telefoon, mail en chat. Ook zoeken mensen via de website naar informatie, kijken ze webinars en lezen zij de nieuwsbrief. In 2022 waren er ruim 450.000 van dit soort contactmomenten. Elk van deze contactmomenten is voor ons een kans om consumenten voor te lichten en op weg te helpen. Bijvoorbeeld door regels uit te leggen, onze eigen procedure toe te lichten of door hen te verwijzen naar het juiste aanspreekpunt.

Webinars

Kennisdelen is belangrijk. Daarom organiseerde de SKGZ in 2022 een drietal webinars.

- [Hoe werkt de SKGZ en wat betekent het nieuwe reglement?](#)
- [Hoe is de vergoeding van medische zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne geregeld?](#)
- [De SKGZ blikt terug en kijkt vooruit](#)



Voorlichten in cijfers

Het voorkomen en oplossen van zorgverzekeringsproblemen vereist specifieke kennis van ons zorgverzekeringsstelsel en de wet- en regelgeving daarover. Zorgverzekeringslijn maakt de wet- en regelgeving door middel van voorlichting, informatie en advies toegankelijk en signaleert knelpunten in het zorgverzekeringsstelsel. Deze voorlichting is een eerste stap om financiële zorgverzekeringsproblemen het hoofd te bieden en te voorkomen. Daarnaast komen financiële zorgverzekeringsproblemen meestal niet alleen.

Daarom is in de aanpak van zorgverzekeringsproblemen ingezet op een intensivering van de samenwerking met hulp- en dienstverleners in het sociale domein, gemeenten en andere relevante ketenpartners, waaronder het CAK, de SVB en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hiermee is in 2022 de impact vergroot en hebben we actief bijgedragen aan het voorkomen en oplossen van financiële zorgverzekeringsproblemen en een goede uitvoering van het stelsel.

Resultaten kennisdeling	2022	2021	2020
Bereik			
Professionals via training	3.614	2.816	2.089
Professionals via e-learning	393	492	996
Professionals via nieuwsbrief	6.829	6.375	5.847
Studenten via gastles en voorlichting	3.773	2.554	1.796
Studenten via digitale module*	2.674	1.185	536
Congres			
Deelnemers congres	380	275	721

* De digitale module werd door 2.674 klassen afgenomen. Het aantal studenten per klas ligt gemiddeld tussen 13-22 studenten en is mede afhankelijk van het soort onderwijs.

Overige resultaten	2022	2021	2020
Ontvangen vragen	8.451	5.643	6.323
Telefoon	4.121	2.745	3.146
Chat	3.634	2.382	2.480
E-mail	696	516	697
Websitebezoekers "Jouw Situatie"	319.206	207.328	216.072
Betalingsproblemen	29.856	28.305	42.539
Buitenland	21.953	20.282	19.579
Onverzekerd	84.775	67.807	54.964
Zorgtoeslag	79.607	48.570	48.490
Zorgverzekering	44.580	42.364	50.500
Oekraïne	58.435		
Volgers sociale media	2.764	2.506	2.260
Instagram	998	820	668
LinkedIn	802	710	629
Twitter	964	976	963

Zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne, van signaal naar adequate informatie

Enkele weken na het uitbreken van de oorlog in Oekraïne, kwamen bij Zorgverzekeringslijn de eerste vragen binnen over de medische zorg voor vluchtelingen uit Oekraïne. Mensen uit Oekraïne hadden zorg nodig en vroegen zich af: "Kan ik zomaar naar de dokter of de tandarts gaan? En hoe wordt die zorg vergoed?" Deze vragen kwamen van hulpverleners maar ook van vluchtelingen zelf. Toen dat werd gedeeld met de ketenpartners, kwam het balletje snel aan het rollen. Een belangrijke rol hiervoor was weggelegd voor Liesbeth Boon, communicatieadviseur van Zorgverzekeringslijn. Met haar blikken we terug.

Liesbeth, hoe kwam dit probleem op de radar?

Wij zijn de oren en ogen van het zorgverzekeringsstelsel. Dus toen dit signaal binnenkwam heeft Gert-Jan Heinsman, manager van Zorgverzekeringslijn, contact gezocht met onze opdrachtgever, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In Den Haag werkten ze al aan een oplossing. Omdat Zorgverzekeringslijn een groot netwerk heeft en al veel vragen kreeg en signalen opving, werd ons gevraagd om de communicatie over dit onderwerp te verzorgen.

Hoe heeft Zorgverzekeringslijn bijgedragen aan toegankelijke informatie over zorg voor Oekraïners?

Binnen enkele weken hadden we een campagne live. Op het moment dat wij wisten via welke routes de medische zorg vergoed zou worden, moest er snel geschakeld worden om de informatie laagdrempelig te verspreiden. Een bijkomend probleem was de schaarste aan Oekraïense en Russische tolken en vertalers. Het vertaalbureau heeft contact gezocht met een Oekraïense die gevlucht was naar Polen. Zij heeft soms nog tot diep in de nacht de teksten voor onze website vertaald. Begin maart stond de website met informatie in vier talen (Nederlands, Engels, Oekraïens en Russisch) live en konden wij ons netwerk



Wij zijn de oren en ogen van het zorgverzekeringsstelsel.

op de hoogte brengen. Naast de website hebben wij veel mensen via 'de lijn' geholpen en zijn er speciale webinars en kennissessies georganiseerd.

Hoe kijk jij terug op dit proces?

Voor het team van Zorgverzekeringslijn was dit een mooie ervaring. Wij hebben op een laagdrempelige manier iets kunnen betekenen voor de vluchtelingen. Onze bijdrage lijkt klein als je kijkt naar de grote problemen waar de Oekraïners mee te maken hebben, maar de toegang tot zorg is zeker voor mensen in een onzekere situatie heel belangrijk. Iedereen voelde de urgentie. Bij Zorgverzekeringslijn zijn wij gewend om met een klein team snel te schakelen, maar in het hele proces is er ook vanuit grote organisaties zoals de ministeries en het CAK, heel snel actie ondernomen.

Informatievoorziening onthemde Oekraïners	2022
Telefoon	1.199
Chat	1.160
E-mail	109
Website	58.435
Webinar deelnemers	854

Congres 'Schulden als gezondheidsprobleem'

Financiële zorgverzekeringsproblemen zijn een belangrijk onderdeel van de bredere problematiek op het gebied van schulden, armoede en gezondheid. De gevolgen van dergelijke problemen kunnen zeer ingrijpend zijn. Zo leiden langdurige financiële zorgen en een gebrek aan perspectief tot chronische stress, wat een negatief effect heeft op iemands (mentale) gezondheid. Op 1 november organiseerde

Zorgverzekeringslijn een succesvol [congres](#) en werd de relatie tussen schulden en gezondheidsproblemen nader in kaart gebracht. Zo zijn de samenhang van schulden en gezondheid en de belemmerende werking van financiële zorgverzekeringsproblemen voor de toegang tot zorg aan de orde gekomen. Samen met enkele vooraanstaande sprekers hebben de ruim 380 deelnemers actief deelgenomen en werd online meegedacht over de vormgeving van de samenwerking tussen zorgverleners en het sociaal domein.



Contactmomenten naar probleemgebied	2022	2021	2020
Algemene vraag	4.297	1.923	1.744
Onverzekerde minderjarige	70	68	99
Onverzekerde meerderjarige	803	853	1.071
Premieschulden	314	430	750
Wanbetalers	313	347	528
Verzekeringsplicht	2.635	2.009	2.131

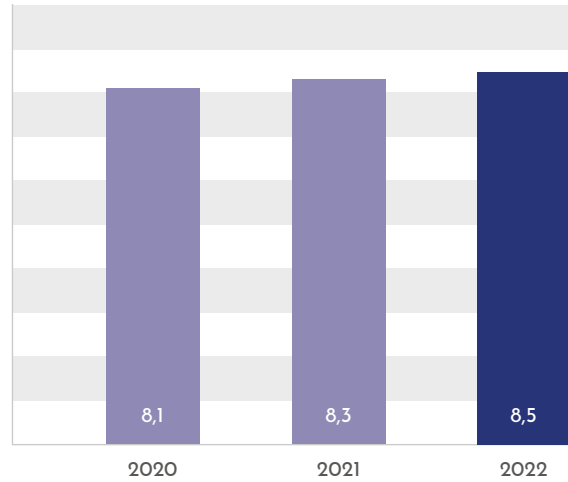
Verzonden documenten	2022	2021	2020
Flyers	61.192	70.779	76.079
Betalingsproblemen	2.920	1.832	5.258
Baby geboren	57.275	66.810	66.893
Onverzekerd	1.015	2.137	3.928
Rapportages wanbetalers	214	118	262
Uitgebreide rapportage wanbetalers	114	112	142
Wanbetalers per wijk	100	76	120

Klantwaardering

De voorlichting door Zorgverzekeringslijn wordt op alle onderdelen beoordeeld met een gemiddeld rapportcijfer van maar liefst een 8,5. Daar zijn we trots op!

Deelnemers aan de trainingen waarderen in het bijzonder de interactie met de trainers, de expertise en de aansluiting met de praktijk. Dat de voorlichting relevant is en bijdraagt aan het oplossen en voorkomen van financiële zorgverzekeringsproblemen, blijkt ook uit de NPS-score: deelnemers bevelen collega's aan om de e-learning of training zelf ook te volgen. Een mooier compliment kun je niet krijgen!

Klantwaardering voorlichting



"Het is fijn om in zo'n korte tijd opgefrist te worden met kennis die ik in de praktijk goed kan gebruiken. To the point, duidelijk en heel efficiënt omdat het weinig tijd kost."

"Ondanks de wat droge stof, was het een inspirerende bijeenkomst. De trainer deed het erg leuk en betrok iedereen erbij."



Bemiddelen

Bemiddelen

*Van aansprakelijk stellen
naar in verbinding stellen*

Cijfers onder de loep



7,9
Klantwaardering



65 dagen
Doorlooptijd



1.869
Afgeronde klachten

Soms heeft een consument een klacht over zijn zorgverzekeraar en lukt het niet om dit met de zorgverzekeraar samen op te lossen. In dat geval kan de consument bij de SKGZ terecht. De Ombudsman Zorgverzekeringen probeert dan te bemiddelen. Dit doet zij door te luisteren naar het verhaal en te zoeken naar een oplossing voor de klacht.

De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt op verschillende manieren:

1. Door uit te zoeken hoe de klacht van de consument over de zorgverzekeraar is ontstaan.
2. Door de zorgverzekeraar te vragen om de beslissing nogmaals te bekijken en toe te lichten.
3. Door de consument te informeren over de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving.
4. Door een toelichting te geven over de werking van het stelsel of de beslissing van de zorgverzekeraar.

Persoonlijk contact

Zowel de SKGZ als consumenten communiceren steeds meer digitaal. 78% dient de klacht digitaal in. En 64% ontvangt onze berichten via de digitale berichtenbox. Digitaal communiceren werkt niet voor iedereen. De SKGZ zet daarom in op toegankelijk en persoonlijk contact. We zijn telefonisch goed bereikbaar en de consument krijgt meteen iemand aan de lijn die hem of haar op weg helpt. Ook kunnen consumenten per post met ons communiceren. Op die manier kan iedereen bij ons terecht met zijn vraag of klacht.





Nieuwe Ombudsman Zorgverzekeringen

In 2022 nam de SKGZ afscheid van Ombudsman Reina van Marwijk Kooy. In haar twaalf jaar als Ombudsman Zorgverzekeringen gaf zij een grote impuls aan het laagdrempelig oplossen van problemen tussen consumenten en zorgverzekeraars. Begrijpelijke brieven, telefonisch contact én consumenten die een vast aanspreekpunt hebben voor de behandeling van hun klacht, zijn hier voorbeelden van. Een bijdrage die ze leverde met 'hart en hoofd'.

Met een symposium, waarin de rol van ombudswerk in een tijd van wantrouwen jegens instanties centraal stond, werd door 'zorgverzekeringsland' passend afscheid genomen.

De Nationale ombudsman, Reinier van Zutphen, was aanwezig en riep op alert te zijn: "De samenleving staat op het spel. We moeten de burger weer vertrouwen". Janny Bakker-Klein, bestuursvoorzitter van Movisie, legde met haar bijdrage uit waarom responsief handelen moeilijk, maar ook heel belangrijk is voor professionals in de uitvoering. Want volgens haar help je mensen verder door te doen of te geven wat ze nodig hebben. Een waardevol inzicht dat werd omarmd door de nieuwe Ombudsman Frederique van Zomeren. Die sprak over "van in gebreke stellen naar in verbinding stellen". Bekijk [hier](#) de terugblik op het symposium.

Afbeelding: overzicht klachtenprocedure.



Uit de praktijk

María Fuentes, medewerker van het secretariaat, hoe draag jij bij aan een toegankelijke SKGZ?

Dagelijks komen er tientallen telefoontjes binnen. Het ene telefoontje is wat lastiger dan het andere. Wij proberen vragen van consumenten zo goed mogelijk te beantwoorden. Dat doen wij rustig en vriendelijk. Zo helpen wij consumenten op weg. Een luisterend oor is vaak al voldoende om consumenten gerust te stellen of wegwijs te maken. Zij zijn vaak zeer dankbaar omdat jij de tijd voor hen hebt genomen.



Bemiddelen in cijfers

Consumenten wisten de SKGZ ook in 2022 goed te vinden over veel verschillende onderwerpen. In totaal ontving de SKGZ 2.194 klachten. Een daling van 9% ten opzichte van 2021. In 2021 kon de zorg vanwege de coronapandemie niet op volle kracht worden ingezet. In 2022 werd een inhaalslag gemaakt in de verleende zorg. Dit is terug te zien in de ontvangen klachten. Klachten over medisch-specialistische zorg kwamen in 2022 het meest voor.

Meest voorkomende klachten	2022	2021	2020
1.	Medisch-specialistische zorg	Geneesmiddelenzorg	Premie
2.	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Medisch-specialistische zorg
3.	Premie	Medisch-specialistische zorg	Begin en einde verzekering

Na een opvallende daling van het aantal klachten over de betaling en inning van de premie in 2021, zijn hierover in 2022 weer veel meer klachten ontvangen door de SKGZ. Mogelijk dat de aanhoudende druk op de financiële situatie van consumenten zorgt voor meer problemen bij de betaling van de premie.

Nieuwe klachten onderwerp	2022		2021		2020	
Medisch-specialistische zorg	331	15,1%	260	10,8%	284	10,7%
Plastische chirurgie	249	11,3%	263	10,9%	269	10,1%
Premie	240	10,9%	227	9,4%	342	12,9%
Mondzorg	213	9,7%	253	10,5%	213	8,0%
Geneesmiddelenzorg	189	8,6%	281	11,7%	221	8,3%
Hulpmiddelenzorg	184	8,4%	193	8,0%	225	8,5%
Begin en einde verzekering	161	7,3%	193	8,0%	276	10,4%
Verpleging en verzorging	160	7,3%	215	8,9%	269	10,1%
Eigen risico	94	4,3%	126	5,2%	150	5,6%
Paramedische zorg	72	3,3%	93	3,9%	92	3,5%
Ziekenvervoer	58	2,6%	42	1,7%	55	2,1%
GGZ	53	2,4%	70	2,9%	49	1,8%
Fraude / verzwijging	19	0,9%	11	0,5%	18	0,7%
Alternatieve geneeswijzen	7	0,3%	20	0,8%	19	0,7%
Wijziging voorwaarden	5	0,2%	12	0,5%	7	0,3%
Overig	159	7,2%	151	6,3%	172	6,5%
Totaal	2.194	100%	2.410	100%	2.661	100%

Klachten over geneesmiddelen fors gedaald

Het aantal klachten over geneesmiddelenzorg is in 2022 met bijna 1/3 gedaald nadat dit juist de grootste stijger was in 2021. In 2022 heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen duidelijkheid gegeven aan consumenten en zorgverzekeraars over toepassing van het preferentiebeleid. Dit heeft geleid tot aanpassingen in de werkwijze van verschillende zorgverzekeraars en een duidelijke uitleg van het preferentiebeleid aan consumenten door zorgverzekeraars.

Uitkomsten bemiddeling

Het aantal klachten dat 'kennelijk ongegrond' is, is flink afgenomen. De SKGZ hanteert 'kennelijk ongegrond' als zonder verder onderzoek duidelijk is dat de klacht niet terecht is. Bijvoorbeeld als de regelgeving duidelijk is én de beslissing van de zorgverzekeraar daar naadloos op aansluit. De Ombudsman legt dan aan de consument uit hoe de regelgeving werkt. De daling in deze categorie is deels toe te schrijven aan het vooraf verstrekken van duidelijke informatie. Door meer uitleg te geven op onze website én meer uitspraken te publiceren, weten consumenten beter of hun klacht een kans van slagen heeft. Een andere reden is dat de nieuwe Ombudsman Zorgverzekeringen meer kijkt naar

de manier van communiceren van de zorgverzekeraar. Soms is een klacht op basis van de regelgeving 'kennelijk ongegrond', maar neemt de Ombudsman deze toch in behandeling om de verzekeraar te vragen een betere uitleg te geven over zijn besluit. Deze insteek is ook een verklaring voor de stijging van de uitkomst 'opgelost'. Door een betere uitleg van de verzekeraar nemen meer consumenten genoegen met het besluit van de zorgverzekeraar, zonder dat het besluit is herzien. Voor 2023 probeert de SKGZ dit soort nuances duidelijker te maken in haar rapportages. Voor komend jaar staat dan ook een herziening van de uitkomstregistratie op de agenda.

Afgeronde klachten uitkomst	2022		2021		2020	
Niet (verder) behandelbaar	367	19,6%	424	18,2%	500	19,0%
- Onbevoegd	49	2,6%	35	1,5%	45	1,7%
- Geen heroverweging	5	0,3%	4	0,2%	18	0,7%
- Vexatoir / te gering belang	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
- Onder rechter (geweest)	13	0,7%	11	0,5%	12	0,5%
- Te laat ingediend	11	0,6%	7	0,3%	12	0,5%
- Dossier incompleet	288	15,4%	367	15,8%	413	15,7%
Ingetrokken	309	16,5%	347	14,9%	395	15,0%
Opgelost	342	18,3%	374	16,1%	450	17,1%
Verzekeraar komt (deels) tegemoet	81	4,3%	141	6,1%	149	5,7%
Verzekeraar handhaaft standpunt	498	26,6%	627	26,9%	699	26,6%
Kennelijk ongegrond	272	14,6%	417	17,9%	432	16,5%
Totaal	1.869	100%	2.330	100%	2.625	100%
Direct naar geschil	105		122		81	
Nog in behandeling eind verslagjaar	537		342		334	

Doorlooptijd

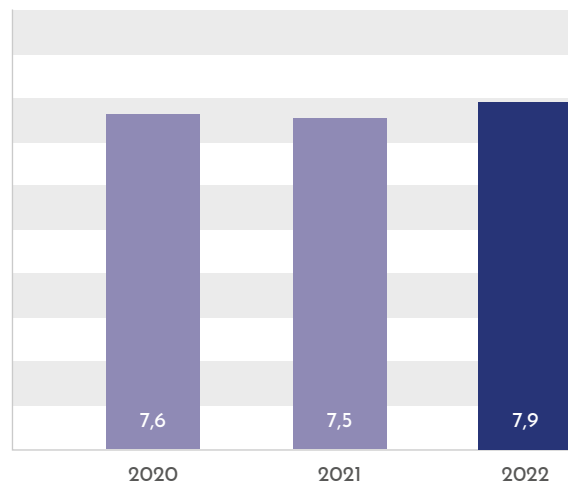
De gemiddelde doorlooptijd van een dossier bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is in 2022 gestegen naar 65 dagen. Dit is gelijk aan het niveau van 2020. De stijging van de gemiddelde doorlooptijd wordt mede veroorzaakt door een aanpassing waarmee er meer persoonlijke aandacht besteed wordt in een zaak om uitleg te geven dan wel alsnog te bemiddelen. Dit leidt tot minder zaken "kennelijk ongegrond" die een zeer korte doorlooptijd kenden.

Doorlooptijd klachten	2022	2021	2020
1-56 dagen	53%	57%	55,4%
57-90 dagen	26%	23%	23,4%
Meer dan 90 dagen	21%	20%	21,2%
Gemiddeld aantal dagen	65	62	65

Klantwaardering

De waardering voor het werk van de Ombudsman en de medewerkers van het ombudsteam steeg in het afgelopen jaar. Met gemiddeld 0,3 punt meer, is het jaarcijfer voor 2022 een 7,9. Hierbij zien wij in het laatste kwartaal van 2022 zelfs een stijging naar een 8,2. In zes van de laatste zeven maanden van 2022 was het meest gegeven cijfer een 10. Het betrokken, persoonlijke contact met de dossierbehandelaars wordt het meest genoemd door consumenten.

Klantwaardering bemiddeling



"Ik kon mijn klacht uitvoerig toelichten. De ombudsmedewerker heeft al het denkbare gedaan om onze klacht onder de aandacht van de zorgverzekeraar te brengen."

"Een compliment naar uw medewerker, en dus ook naar SKGZ, dat jullie zo opkomen voor de rechten van de consument in geschillen als deze."

Interview Ombudsman Zorgverzekeringen, Frederique van Zomeren

Hoe kijk je terug op jouw eerste periode als Ombudsman Zorgverzekeringen?

Ik ben verwelkomd in een gedreven organisatie, met een hoog kennisniveau. De medewerkers zijn betrokken, hebben hart voor de zaak en blijven kijken hoe het werk dat ze doen beter kan.

Tijdens het afscheid van oud Ombudsman Zorgverzekeringen, Reina van Marwijk Kooij, zei je responsief werken belangrijk te vinden. Wat bedoel je daar precies mee?

Binnen Nederland hebben we duidelijke kaders voor de zorgverzekering. Om het ook praktisch uitvoerbaar te maken zijn er regels vastgelegd. Bij responsief werken kijk je niet alleen of de regel juist is toegepast, maar ook naar de bedoeling achter de regel. Om de situatie te beoordelen is het daarom belangrijk om te weten wat er speelt en welke behoefte een consument heeft. Door middel van inspiratiesessies heb ik mijn kennis over responsief werken gedeeld met de medewerkers.

Deze manier van werken, responsief werken, geeft ruimte om op een andere manier naar klachten te kijken. Hierdoor komen er soms uitkomsten en oplossingen aan het licht die je in eerste instantie niet had verwacht. Dit zien wij bijvoorbeeld bij plastische chirurgie. De voorwaarden voor vergoeding zijn duidelijk en streng. Toch gebeurt het vaak dat een arts aangeeft dat de behandeling nodig is, maar dat de zorg niet vergoed wordt. Dit zijn klachten waarbij wij door goed te luisteren en uitleg te geven aan de consument een klacht eenzijdig kunnen oplossen.

In 2022 was er aandacht voor het meenemen van input uit de bemiddelingsfase bij de Ombudsman, naar de beslechttingsfase bij de Geschillencommissie. Kun je daar meer over vertellen?

De SKGZ is een organisatie met daarbinnen verschillende rollen zoals voorlichten, bemiddelen en beslechten. Voor een consument maakt dat niet uit. Die komt bij ons met zijn probleem. Ik vind het daarom belangrijk dat wij de informatie uit de bemiddelingsfase warm overdragen naar de geschilfase. Op die manier brengen wij verschil in kennisniveau tussen consument en verzekeraar in balans. Zo kan een consument erop vertrouwen dat alle informatie die hij heeft gegeven in een volgende fase ook kan worden meegenomen.



*Kom je er niet uit?
Zoek dan hulp!*

Als bemiddeling niet tot het gewenste resultaat leidt, dan vind ik het belangrijk de consument te wijzen op de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Geschillencommissie. Waarbij ik het ook als onze taak zien om de verwachting te managen. Want als geschilbeslechting niet kansrijk lijkt, dan zie ik het als onze taak daar helder in te zijn.

Er was afgelopen jaar veel aandacht voor het overstapeseizoen, de budgetpolis en de hoge zorgkosten. Hoe kijk jij daar op terug?

Wij hebben deze ontwikkelingen gesignaleerd en aangegrepen om onze kennis hierover te delen. Wij hebben mensen alert gemaakt dat zij zelf kunnen kiezen waar en hoe zij verzekerd zijn. Maar ook waarop zij moeten letten als zij die keuze maken. "Informeer je over de mogelijkheden. En kom je er niet uit? Zoek dan hulp!".

Jij hebt ook bemiddeld met de zorgverzekeraar en consument aan tafel. Een nieuw concept voor de SKGZ. Hoe was dat?

Soms zijn er situaties waarin de gebruikelijke manier van bemiddelen (telefonisch en per brief) niet volstaat. Dan is er meer nodig om écht in contact te komen, zodat je elkaar echt kunt horen. Gelukkig was zowel de consument als de verzekeraar bereid om hierover het gesprek aan te gaan. Een mooi voorbeeld van responsief werken.

Welke klachten vielen jou op in 2022?

Allereerst vielen de hoeveelheid en diversiteit van klachten mij op. Ook de complexiteit van het zorgverzekeringsstelsel sprong eruit. Het persoonlijke leed dat er in schrijnende situaties is, viel eveneens op. Hierin probeer ik te luisteren, mij in te leven en mee te denken over de mogelijkheden binnen de kaders. Tegelijkertijd houd ik oog voor de balans van een betaalbaar en houdbaar systeem. Dat zorgt voor een complexe uitdaging.

Welke verbetermogelijkheden zie jij voor het zorgverzekeringsstelsel?

Zet menselijk contact op de eerste plek. Want hoewel er veel digitaal kan, is het ontzettend belangrijk dat een zorgverzekeraar goed bereikbaar blijft voor zijn consumenten. Niet alleen als er een probleem is, maar ook daarvoor al.

Blijf daarnaast ook de consumenten goed informeren. Zeker nu er steeds meer naturapolissen komen, is heldere informatie over gecontracteerde zorg belangrijk. Dus borg naast de kwaliteit van de zorg, ook de informatie over hoe de vergoeding werkt. Zo voorkom je dat consumenten voor verrassingen komen te staan. Wat mij betreft mag daar meer aandacht voor zijn.

Wat zijn jouw verwachtingen voor 2023?

We bevinden ons in een maatschappelijke en financiële crisistoestand. Ik blijf alert voor de manier waarop dat doorwerkt op het zorgverzekeringsvlak. Ook hebben wij het afgelopen jaar meer overstappers gehad. We weten inmiddels dat de meeste mensen overstappen uit financiële overwegingen. Het is belangrijk dat mensen weten wat de zorginhoudelijke consequenties zijn. Daar komt bij dat de contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders in lang niet alle gevallen tijdig rond waren. Wij krijgen signalen dat dit tot problemen leidt. Ik maak me daar zorgen over.

Ik zal in 2023 onderzoeken in hoeverre de consument hierdoor tussen wal en schip valt. Ik vind het belangrijk dat verzekeraars, zorgaanbieders en toezichthouders hierin hun verantwoordelijkheid nemen.



Beslechten

Beslechten

Duidelijkheid in grijs gebied

Cijfers onder de loep



6,4
Klantwaardering



185 dagen
Doorlooptijd



348
Afgeronde geschillen

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Soms lost bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen het probleem niet op. De consument kan dan aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een bindende uitspraak vragen. Een consument kan ook direct bij de Geschillencommissie terecht.

In 2022 is Toon van Mierlo, na tijdelijke waarneming voor Rolf de Groot, benoemd als voorzitter van de Geschillencommissie.

Verder bestond de commissie uit:

- Jilles Heringa
- Huub Kroon
- Mariëlle Nauta-Sluijs
- Lidia Ritzema

Het geschilteam ondersteunt de Geschillencommissie bij haar werk.

Verduidelijking preferentiebeleid

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen verduidelijkte in recente uitspraken het preferentiebeleid. Hieruit volgt dat alleen het wettelijk preferentiebeleid is toegestaan. De basisregel is: een consument heeft recht op door de minister aangewezen geregistreerde onderling vervangbare geneesmiddelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem, GVS). Het wettelijk gedefinieerde preferentiebeleid is de enige toegestane beperking hierop. Ook verduidelijkte de commissie de uitvoering van het wettelijk preferentiebeleid. Volgens de Geschillencommissie kan een zorgverzekeraar binnen een cluster één of meer geneesmiddelen met een bepaalde werkzame stof als preferent aanwijzen.

Daarbij zijn de volgende zaken van belang:

- Is het gebruik van een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord voor de consument? Dan is het aan de voorschrijver (bijvoorbeeld de huisarts) om deze 'medische noodzaak' toe te lichten.
- Twijfelt de apotheker over de gegeven toelichting? Dan moet deze contact opnemen met de voorschrijver.
- Als zij er samen niet uitkomen moet de apotheker vanuit zijn vakkennis onderbouwen waarom de behandeling met het preferente geneesmiddel wél medisch verantwoord is voor de consument.
- Hierbij kan de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen worden gebruikt.

Voert een zorgverzekeraar een preferentiebeleid? Dan moet deze zijn consumenten hierover tijdig via de polisvoorwaarden en website informeren.

Beslechten in cijfers

Er zijn 305 geschillen aan de Geschillencommissie voorgelegd. Dit is bijna 25% minder dan in 2021. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er in 2021 minder zorg is geleverd vanwege de

coronapandemie. De afname, die hier het gevolg van is, is pas in 2022 zichtbaar in het aantal zaken bij de Geschillencommissie. Dit komt doordat voorafgaand aan een geschil eerst een heroverweging aan de zorgverzekeraar moet worden gevraagd en er, als dat mogelijk is, wordt bemiddeld door de Ombudsman.

Onderwerp nieuwe geschillen	2022		2021		2020	
Medisch-specialistische zorg	58	19,0%	47	11,9%	50	13,7%
Verpleging en Verzorging	46	15,1%	91	23,1%	64	17,5%
Mondzorg	40	13,1%	44	11,2%	38	10,4%
Plastische chirurgie	31	10,2%	34	8,6%	37	10,1%
Geneesmiddelenzorg	26	8,5%	40	10,2%	29	7,9%
Hulpmiddelenzorg	25	8,2%	44	11,2%	45	12,3%
Premie	17	5,6%	34	8,6%	35	9,6%
Overig	13	4,3%	10	2,5%	10	2,7%
GGZ	11	3,6%	10	2,5%	7	1,9%
Begin en einde verzekering	10	3,3%	13	3,3%	13	3,6%
Eigen risico	10	3,3%	10	2,5%	10	2,7%
Paramedische zorg	6	2,0%	4	1,0%	11	3,0%
Ziekenvervoer	6	2,0%	6	1,5%	5	1,4%
Fraude / verzwijging	5	1,6%	3	0,8%	4	1,1%
Wijziging voorwaarden	1	0,3%	3	0,8%	2	0,5%
Alternatieve geneeswijzen	0	0,0%	1	0,3%	6	1,6%
Totaal	305	100%	394	100%	366	100%

Flinke daling geschillen PGB Verpleging en Verzorging

Een andere verklaring voor de afname is de grote daling van het aantal dossiers in de categorie Verpleging en Verzorging (vv). Dit zijn dossiers die voornamelijk gaan over het aanvragen en verlenen van een PGB vv. De Geschillencommissie heeft in 2021 duidelijkheid gegeven over de reikwijdte van de overlegplicht. De Geschillencommissie stelde dat bij twijfel over de indicatie voor een PGB vv, altijd overleg nodig is met de indicierend wijkverpleegkundige. De SKGZ stelt vast dat deze duidelijkheid heeft gezorgd voor een flinke daling van het aantal geschillen over het PGB vv. In 2022 ontving de SKGZ bijna de helft minder geschillen over dit onderwerp (46 in 2022 en 91 in 2021).

Ondanks deze daling staan klachten over 'Verpleging en Verzorging' nog altijd op de tweede plaats in de top 3 onderwerpen voor 2022:

1. Medisch-specialistische zorg
2. Verpleging en Verzorging
3. Mondzorg

Opvallende afwezigheid in deze top 3 is 'Hulpmiddelenzorg'. Het aantal geschillen over dit onderwerp daalde van 11,2% in 2021 naar 8,2% in 2022.

Uitkomsten

De Geschillencommissie doet uitspraak in de vorm van een bindend advies. Dit betekent dat de consument en de zorgverzekeraar aan de uitspraak zijn gebonden. Het is niet mogelijk hiertegen in hoger beroep te gaan. Wel kunnen partijen met het bindend advies voor een 'marginale toetsing' naar de rechter. Deze kijkt bijvoorbeeld of de regels van hoor en wederhoor goed zijn toegepast. De rechter kan het bindend advies vernietigen als de Geschillencommissie grote fouten heeft gemaakt of als de uitspraak naar 'maatstaven van redelijkheid en billijkheid' onaanvaardbaar is. Voor zover bekend zijn er in 2022 geen bindende adviezen van de Geschillencommissie marginaal getoetst.

Opvallend is dat steeds meer zaken worden opgelost. Voor het eerst in de geschiedenis kwam dit percentage boven de 20% (21,8% in 2022). Dit betekent dat 1 op de 5 verzoekers pas tijdens de behandeling van het geschil tegemoet wordt gekomen door de zorgverzekeraar. Dat is zonde; het is voor de verzoeker en de zorgverzekeraar beter als al tijdens het klachtenproces bij de zorgverzekeraar of tijdens de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen een oplossing wordt bereikt.

Er worden ook meer zaken ingetrokken. Dit percentage steeg in de periode van 2018-2022 van 3,3% naar 10,6%. Door betere voorlichting over de rol van de Geschillencommissie is het voor verzoekers duidelijker wat zij mogen verwachten. Op basis van de verstrekte informatie kiezen meer verzoekers voor het afbreken van de geschilprocedure.

Afsluitreden afgeronde geschillen	2022		2021		2020	
Niet (verder) behandelbaar	22	6,3%	21	5,6%	21	5,9%
- Onbevoegd	3	0,9%	1	0,3%	0	0,0%
- Geen heroverweging	0	0,0%	2	0,5%	0	0,0%
- Vexatoir / te gering belang	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%
- Onder rechter (geweest)	1	0,3%	3	0,8%	3	0,8%
- Te laat ingediend	5	1,4%	2	0,5%	1	0,3%
- Entreegeld niet betaald	13	3,7%	12	3,2%	17	4,8%
Ingetrokken	37	10,6%	31	8,2%	21	5,9%
Opgelost	76	21,8%	65	17,2%	71	19,9%
Toegewezen (deels)	50	14,4%	58	15,4%	55	15,4%
Afgewezen	163	46,8%	202	53,6%	189	52,9%
Totaal	348	100%	377	100%	357	100%
Nog in behandeling eind verslagjaar	150		191		171	

Doorlooptijden

De gemiddelde doorlooptijd is gestegen van 173 dagen in 2021 naar 185 dagen in 2022. Hierdoor is de doorlooptijd weer terug op het niveau van 2018. Uit een analyse blijkt dat de grootste vertraging ontstaat door de opgelopen wachttijden bij derde partijen. De SKGZ gaat in 2023 in gesprek met deze partijen om een verdere stijging van de doorlooptijden te voorkomen.

Doorlooptijd geschillen	2022	2021	2020
1-90 dagen	15%	14%	16%
91-182 dagen	38%	49%	50%
Meer dan 182 dagen	47%	37%	34%
Gemiddeld aantal dagen	185	173	165

Hoorzittingen

In 2020 en 2021 werd (noodgedwongen) geëxperimenteerd met het aanbieden van digitale hoorzittingen. Hierbij werden de partijen door middel van videobellen gehoord. Deze mogelijkheid bleek voor zowel consumenten als verzekeraars zeer gewild. In 2022 koos 30% van de consumenten voor de optie van videobellen. Toch benadrukt Toon van Mierlo, voorzitter Geschillencommissie Zorgverzekeringen, ook het belang van horen in persoon. "Het geeft namelijk blijk van het belang dat een verzekeraar hecht aan het begrijpen van de consument."



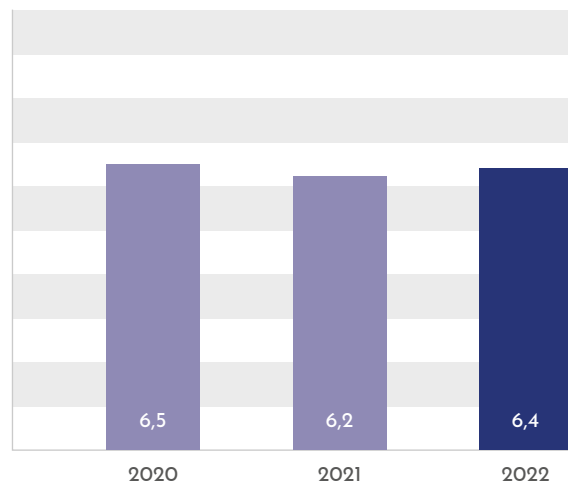
Klantwaardering

De geschilbeslechting werd in 2022 gewaardeerd met een gemiddelde van 6,4. Dit is een stijging met 0,2 % ten opzichte van 2021.

Wat opvalt is de grote variatie in de klantbeleving. Naast achten, negens en zelfs tiens werden er ook onvoldoendes gegeven. Het verbeteren van de klantbeleving heeft onze aandacht.

Onder de bevroegden van het klanttevredenheids-onderzoek heeft ongeveer 65% een hoorzitting meegemaakt. Zij waardeerden deze zeer positief.

Klantwaardering geschilbeslechting



Interview met voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Toon van Mierlo

Hoe kijk jij terug op het afgelopen jaar?

Met tevredenheid. De samenwerking van de Geschillencommissie met de dossierbehandelaars van de SKGZ is goed. Beslissingen die wij nemen, worden goed afgewogen. Daarbij hebben wij steeds veel aandacht voor gelijkheid in beslissingen. Denk daarbij aan de uitsprakenlijn die is uitgezet rondom de procedurele zorgvuldigheid bij het PGB vv. Die blijkt heel bestendig en werkt goed in de praktijk.

Wij zien dat zorgverzekeraars ernaar zijn gaan handelen, waardoor veel klachten op dit gebied worden voorkomen.

Welke ontwikkelingen zag jij in 2022?

Binnen de Geschillencommissie was er veel aandacht voor een toegankelijke en laagdrempelige procedure. Laagdrempelige communicatie is daarin belangrijk.



Wij blijven ons inzetten voor de onafhankelijke beslechting van individuele geschillen.

Denk aan begrijpelijke brieven en uitspraken. 'Klare taal' helpt daarbij. Daarnaast zorgen wij voor gestroomlijnde communicatie tijdens de procedure. Bij een hoorzitting leggen wij bijvoorbeeld uit hoe deze verloopt. Wij geven daarbij iedereen de ruimte om het eigen standpunt toe te lichten. Ook als een consument een procesvertegenwoordiger heeft, mag hij zelf zijn inbreng geven. Zo weten wij zeker dat iedereen de kans heeft gehad om alles te zeggen wat van belang is voor de zaak.

Zittingen kunnen zowel telefonisch, via videobellen als in persoon. Hoe gaat dat?

Wij zien steeds minder telefonische hoorzittingen. Het merendeel van de zittingen gaat via videobellen. Ongeveer een op de vijf zittingen is volledig in persoon. In persoon horen blijft mijn voorkeur. Dan kijk je elkaar in de ogen en kom je tot de kern. Dat is belangrijk, zeker wanneer er emoties in het spel zijn. Videobellen is dan 'the next best thing', want je ziet elkaar in ieder geval. Daarbij is het tijdsefficiënt. Al waarderen consumenten toch ook een fysieke verschijning. Het geeft namelijk blijk van het belang dat een verzekeraar hecht aan het begrijpen van de consument.

Welke zaken vielen op in 2022?

De zaken over het preferentiebeleid vielen op. Kort gezegd was de vraag "Kan ik als verzekeraar de apotheek een ander, goedkoper middel met zelfde samenstelling laten afleveren? Mag ik zo'n beleid voeren, eventueel ook naast het wettelijk preferentiebeleid?" Daarvan hebben wij geprobeerd systematisch op te schrijven hoe dat werkt. Vervolgens hebben wij in onze bindende adviezen richtlijnen gegeven over hoe een verzekeraar daarmee moet omgaan. Wij hebben gezegd: je mag een preferentiebeleid voeren, maar dat moet dan wel het preferentiebeleid zijn zoals de wetgever het

heeft bedoeld, want anders beperk je ten onrechte de aanspraken van een consument. Je moet het preferentiebeleid ook duidelijk kenbaar maken. En het middel dat ter hand wordt gesteld moet qua werkzame stof hetzelfde zijn. Kan iemand ergens niet tegen, bijvoorbeeld een bepaalde hulpstof? Dan moet je iets anders kunnen bieden waar deze persoon wel tegen kan. Sinds wij dat hebben gedaan lijkt het aantal zaken hierover terug te lopen. Zo dragen wij bij aan het voorkomen van deze klachten.

Wij zagen opvallende zaken rondom transgender-problematiek. Vooral bij de transitie van man naar vrouw speelt vaak de vraag of er een passabiliteitsprobleem is. Met andere woorden: wordt deze persoon ongewild nog herkend als man? De vragenlijsten om dit te bepalen zijn afgeschaft. De zorgaanbieder moet nu met een goede onderbouwing komen, en dit leidt in de praktijk tot discussie. Daarnaast kan er een verschil zijn in wat objectief is vast te stellen en wat mensen ervaren. Dit soort zaken is emotioneel erg beladen. Een goede en heldere beslissing is daarom essentieel. Duidelijke communicatie helpt daar enorm bij.

Wij zien in toenemende mate mensen vragen om een schadevergoeding. Dat valt grotendeels buiten onze bevoegdheid. Een consument moet daarvoor naar de overheidsrechter. In onze uitspraken leggen wij dat uit. Wij kijken hoe wij hier in de toekomst eerder in het proces al duidelijkheid over kunnen geven. De overheidsrechter kan een schadevergoeding

toekennen. Die procedure is echter minder toegankelijk en veelal duurder, zonder de zekerheid dat de vordering ook wordt toegewezen. Dat is voor een consument een lastige afweging.

Welke verbetermogelijkheden zie jij voor het zorgverzekeringsstelsel?

Soms hebben wij te maken met open normen. Die open normen leiden tot discussies. Bijvoorbeeld in het eerdergenoemde geval van een passabiliteitsprobleem. Wanneer is iemand redelijkerwijs aangewezen op zorg? Dat raakt de diverse rollen van zorgaanbieders en verzekeraars en dit kun je niet met regels dichttimmeren. De zorgaanbieder bepaalt of er een medische indicatie is, maar dat leidt niet altijd tot vergoeding. Zo kan de wetgever een uitsluiting hebben opgenomen of vindt de verzekeraar dat de zorg niet doelmatig is. Het zou mooi zijn als wij die rolverdeling nog beter kunnen duiden. Want daarmee kun je veel onduidelijkheden voorkomen.

Wat zijn jouw verwachtingen voor 2023?

Aankomend jaar blijft de Geschillencommissie kijken waar het regelmatig misgaat. Dan kunnen wij het probleem duiden en bijdragen aan het voorkomen van herhaling. Wij hebben de positieve effecten hiervan gezien bij onze nieuwe lijn rondom het PGB vv en het preferentiebeleid. Daarnaast blijven wij ons onvermoeibaar inzetten voor de onafhankelijke beslechting van individuele geschillen.

Afbeelding: overzicht geschilprocedure.





Doeltreffendheid

*Goed kan altijd
nog beter*

Soms lost bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen het probleem niet op. De consument kan dan aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een bindende uitspraak vragen. Een consument kan ook direct bij de Geschillencommissie terecht.

Alternative Dispute Resolution

De SKGZ is een van de vier erkende Alternative Dispute Resolution (ADR) instanties in Nederland. Samen met de Geschillencommissie, De Huurcommissie en het Kifid zijn wij een laagdrempelig alternatief voor de rechter.

Als ADR-instantie rapporteren wij jaarlijks aan de ministeries van VWS, Financiën en van Justitie & Veiligheid. Ook laten wij iedere twee jaar aan de Europese Commissie weten hoe wij onze werkzaamheden hebben ingevuld. In juni 2022 lieten wij weten dat er over 2021 maar één zaak was waarin de verzekeraar niet reageerde. En dat wij 30 zaken niet in behandeling konden nemen, omdat wij niet bevoegd waren. Alle gerapporteerde data over aantallen, doorlooptijden en uitkomsten van de klachten en geschillen, kunt u lezen in ons [jaarverslag 2021](#).

Evaluatie en aanbevelingen

Eind 2021 heeft USBO Advies de tweejaarlijkse ADR-evaluatie van de SKGZ gedaan. De conclusie is dat de SKGZ doeltreffend opereert. Omdat goed altijd nog beter kan, deden zij enkele aanbevelingen. Hieronder beschrijven we hoe de SKGZ hier vervolg aan heeft gegeven

Aandacht voor kwetsbare groepen

In 2022 is contact gelegd met de koepel van de informatiepunten digitale overheid (IDO). Hier kunnen mensen terecht met vragen over de overheid en digitale hulp. Vanaf 2023 liggen de folders van de SKGZ en Zorgverzekering.nl bij deze informatiepunten in de openbare bibliotheken. Ook kunnen mensen daar geholpen worden bij het indienen van een klacht. Daarnaast is de samenwerking met het Juridisch Loket geïntensiveerd. Dit is een belangrijke

samenwerking. Het Juridisch Loket speelt namelijk een belangrijke rol in de veranderende toegang tot het recht.

Signaleringsfunctie ontwikkelen

Midden 2022 is geïnvesteerd in het opzetten van een gedegen signaleringsstructuur. Alle medewerkers worden gevraagd scherp te zijn op het signaleren en indien nodig agenderen van problemen. Door deze werkwijze komen zeer diverse zaken en oplossingen aan de orde. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een fout in de polisvoorwaarden van een zorgverzekeraar. Hier is toen contact gezocht met de zorgverzekeraar, die binnen een dag de fout herstelde.

Andere signalen worden verwerkt tot informatie op de website of een casus. Een voorbeeld hiervan is het niet kunnen vinden van een huisarts. Dit is een breed ervaren maatschappelijk probleem. Op de website leggen wij uit dat zorgverzekeraars consumenten hierin moet helpen en dat zij dus hun zorgverzekeraar moeten bellen voor zorgbemiddeling.

<https://www.skgz.nl/themas/huisartsenzorg>

Leren en verbeteren

Dit advies wordt zeer ter harte genomen. Onder andere het klanttevredenheidsonderzoek blijft hiervoor input geven; waar hebben consumenten behoefte aan? Zo is er begonnen met inspiratiesessies 'responsief werken' om op die manier het cliëntperspectief nog beter te integreren in ons werk. Aankomend jaar zal nog meer worden ingezet op leren en verbeteren. Het verdubbelde opleidingsbudget is daarbij van groot belang.

Let op verwijzing door de zorgverzekeraars naar de SKGZ

Uit het klanttevredenheidsonderzoek blijkt dat 45% van de consumenten naar de SKGZ is doorverwezen door hun zorgverzekeraar. 55% zegt de SKGZ op een andere manier te hebben gevonden. In 2023 onderzoeken wij hoe wordt doorverwezen door zorgverzekeraars. Wij gaan dan bijvoorbeeld kijken of zij in iedere heroverwegingsbrief de SKGZ noemen. En of wij goed vindbaar zijn op de websites van de zorgverzekeraars.



En verder...

- **Woordenlijst**
- **Aangesloten zorgverzekeraars**
- **Handig om te weten**
- **Zo bereikt u ons**

Woordenlijst

In het jaarverslag gebruiken wij juridische woorden en afkortingen. Hieronder leggen wij de betekenis daarvan uit.

ADR Dit staat voor Alternative Dispute Resolution, ook wel Anders Dan Rechtspraak. Hierbij worden klachten en geschillen opgelost buiten de rechter om.

Bemiddelen Het zoeken naar een oplossing voor de klacht van de consument door hierover met betrokkenen (consument en zorgverzekeraar) in gesprek te gaan (mondeling en/of schriftelijk).

Berichtenbox De persoonlijke, beveiligde postbus voor digitale berichten van de SKGZ.

Bindend advies Uitspraak van de Geschillencommissie waaraan beide partijen zijn gebonden.

Consumenten Doorlooptijd Index (CDI) Geeft het gemiddeld aantal dagen weer tussen het officieel indienen van de klacht bij de SKGZ tot het laatste contactmoment in de procedure.

Geschilprocedure Het deel van de procedure bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

GGZ Geestelijke gezondheidszorg.

Heroverweging Het door de zorgverzekeraar desgevraagd nadenken over zijn eerdere beslissing.

Implementatiewet Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten.

Kennelijk ongegrond Zonder nader onderzoek wordt vastgesteld dat de klacht ongegrond is. Bijvoorbeeld omdat de wet geen ruimte laat voor een andere beslissing.

Marginale toetsing Hierbij beoordeelt de rechter of de Geschillencommissie haar werk goed heeft gedaan en 'in redelijkheid' tot haar oordeel heeft kunnen komen. De rechter doet de procedure dus niet inhoudelijk over.

Ombudsprocedure Het deel van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Onbevoegd De SKGZ mag de klacht of het geschil niet behandelen.

Ongegrond Niet terecht volgens de regels.

PGB vv Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

SKGZ Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Vexatoir De klachtenprocedure gebruiken waarvoor die niet bedoeld is.

VWS Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Zorginstituut Nederland Kennisinstituut, bevordert de kwaliteit van onze gezondheidszorg en adviseert over de inhoud van de zorgverzekering.

Zorgverzekeringslijn Het onderdeel van de SKGZ dat zich richt op wanbetalers en onverzekerden.

Aangesloten zorgverzekeraars

1. Achmea Zorgverzekeringen N.V.
2. Aevitae B.V. / Aevitae Beheer B.V.
3. AnderZorg N.V.
4. ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
5. ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
6. Centrale Zorgverzekeringen NZV. N.V.
7. CZ Zorgverzekeringen N.V.
8. De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
9. DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.
10. Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
11. Eno Zorgverzekeraar N.V.
12. EUCARE Insurance PCC Ltd
13. FBTO Zorgverzekeringen N.V.
14. Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
15. IZA Zorgverzekeraar N.V.
16. Menzis N.V.
17. Menzis Zorgverzekeraar N.V.
18. N.V. Univé Zorg
19. N.V. Zorgverzekeraar UMC
20. OHRA Zorgverzekeringen N.V.
21. Onderlinge Waarborgmaatschappij CZ groep U.A.
22. Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.
23. Stad Holland Zorgverzekeraar
24. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
25. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
26. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
27. OOM Global Care N.V.
28. VGZ Zorgverzekeraar N.V.
29. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.



Handig om te weten

Heeft u een vraag over een probleem met uw zorgverzekeraar?

Kijk op www.skgz.nl. Of bel met 088 900 69 00. Wij zijn van maandag t/m vrijdag bereikbaar tussen 08.30 en 17.00 uur.

Wilt u weten hoe de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in eerdere zaken heeft beslist?

Ga naar www.skgz.nl/uitspraken. Daar vindt u alle uitspraken van de Geschillencommissie. Op de hoogte blijven? Meldt u zich dan [aan voor het uitsprakenoverzicht](#). Dit overzicht verschijnt ongeveer om de veertien dagen.

Wilt u een gratis training aanvragen?

Zorgverzekeringslijn traint professionals en vrijwilligers om zorgverzekeringsproblemen te voorkomen en op te lossen. U kunt de gratis training aanvragen via www.zorgverzekeringslijn.nl.

Wilt u geen toekomstige SKGZ-webinars missen?

Kennis delen is belangrijk. De SKGZ doet dat onder andere door het organiseren van webinars. Stuur een mail naar communicatie@skgz.nl met daarin uw naam, mailadres, functie en de organisatie waarvoor u werkt. Dan zorgen wij dat u automatisch een uitnodiging krijgt voor toekomstige webinars.

Ziet u een datalek?

Bij een datalek gaat het om toegang tot of vernietiging, wijziging of vrijkomen van persoonsgegevens zonder dat dit de bedoeling is. Meld dit dan op datalek@skgz.nl. Wij kunnen het datalek dan beoordelen en daarop actie ondernemen.

Bent u journalist en heeft u vragen aan de SKGZ?

Neem dan contact op met Marike Spanjaard. Zij is bereikbaar via telefoonnummer 088 900 69 00 of per e-mail: communicatie@skgz.nl.

Zo bereikt u ons

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
Postadres: Postbus 291, 3700 AG Zeist
Bezoekadres: Het Rond 6D, 3701 HS Zeist
Telefoon: 088 900 69 00

E-mail: info@skgz.nl
Website: www.skgz.nl
KvK-nummer: 30213012
Rekeningnummer: NL23 INGB 0650249097



Colofon

Beeld

Marius Roos
Getty Images

Vormgeving

Brût Communicatie

Zeist, April 2023

Alle rechten voorbehouden.

Overname van informatie uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding: SKGZ, Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Jaarverslag 2022, www.skgz.nl. Bij overname van de informatie stellen wij de toezending van betreffende publicatie op prijs.