



SKGZ



ombudsman en geschillencommissie zorgverzekeringen

Jaarverslag

2020

APRIL 2021

ZORGVERZEKERINGSLIJN

Tips, training & advies



We hebben onze online vindbaarheid en aanwezigheid verder vergroot. We hebben nagenoeg hetzelfde aantal klachten en geschillen afgehandeld als in 2019, ondanks dat door COVID-19 de zorg werd afgeschaald.

In dit jaarverslag

03	Voorwoord
04	Profiel en kerncijfers
05	2020 in vogelvlucht
12	Diensten van SKGZ
13	Voorlichting, training en informatie
15	Bemiddeling en geschilbeslechting
15	Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen
18	De Ombudsman Zorgverzekeringen blikt terug
22	Geschilbeslechting door Geschillencommissie Zorgverzekeringen
25	Wetenswaardigheden
26	Nieuws uit de Geschillencommissie Zorgverzekeringen
29	Bijdragen aan een goed werkend zorgverzekeringsstelsel
32	Bedrijfsvoering bij de SKGZ
33	Medewerkers SKGZ
34	Doorlooptijd
34	Klantwaardering
36	Doeltreffendheid
37	Financiën
39	En verder ...
40	Woordenlijst
41	Alle zorgverzekeraars zijn aangesloten
42	Handig om te weten
42	Zo bereikt u ons
43	Colofon

Poortwachter

2020 was een jaar om niet snel te vergeten. Ons aanpassingsvermogen werd behoorlijk op de proef gesteld. In het bijzonder van artsen en verpleegkundigen, maar ook van vele anderen. De reguliere zorg werd afgeschaald en uitgesteld om het coronavirus zo goed mogelijk het hoofd te bieden. De impact die dit op het zorgstelsel had, was groot.

Wij mogen ons gelukkig prijzen dat wij in Nederland over een solide en kwalitatief hoogstaand zorgstelsel beschikken. Natuurlijk heeft de COVID-19 crisis ook enkele tekortkomingen blootgelegd, maar overall kunnen wij trots zijn op ons Nederlandse zorgstelsel. En - voeg ik er aan toe - op ons zorgverzekeringsstelsel. Juist in deze tijden vol verandering mogen wij daarin als SKGZ een beperkte, maar onmisbare rol vervullen. De rol van een poortwachter, zoals die van de SKGZ, is een belangrijke. Want hoe goed ons zorgverzekeringsstelsel ook is, waar mensen werken worden soms fouten gemaakt of zijn consumenten ontevreden. Daarmee is de SKGZ als het ware het slot op de deur van ons zorgverzekeringsstelsel.

Het geeft voldoening om deze rol te mogen vervullen. In het afgelopen jaar werd hierbij het aanpassingsvermogen van onze medewerkers op de proef gesteld. Van de ene op de andere dag moest worden thuisgewerkt, zonder dat dit onze werkzaamheden mocht verhinderen. Het was een uitdaging, maar door digitaal te werken en slim gebruik van technische voorzieningen kon de SKGZ blijven voorlichten, bemiddelen, beslechten en feedback geven. Alle veranderingen zorgden er ook voor dat er vrijheid en ruimte ontstond voor nieuwe initiatieven. Sommige oplossingen, zoals de hoorzittingen via beeldbellen en de open online trainingen van Zorgverzekeringslijn, zullen we in de toekomst blijven aanbieden. Deze zijn uit nood geboren, maar blijken nuttig en toekomstbestendig.

Ook onze Ombudsman en de leden van onze Geschillencommissie zijn er uitstekend in geslaagd hun werk ondanks alle beperkingen door te laten gaan. Ten behoeve van de zorgverzekerden. Graag spreek ik hiervoor mijn dankbaarheid en bewondering uit.

Gesterkt door de in 2020 getoonde veerkracht kijk ik vol vertrouwen vooruit naar 2021. Een jaar waarin zaken zich hopelijk normaliseren, maar waarin de effecten van het afgelopen jaar nog zullen nawerken. Ik heb er alle vertrouwen in dat de SKGZ onder leiding van Sabine Muijers ook aankomend jaar haar poortwachtersrol met verve zal vervullen. Ik wens u allen, mede namens mijn medebestuurders Cornelia van Bergenhenegouwen en Kees Erends, een inspirerend en bovenal gezond 2021 toe!

Ton Rombouts
Voorzitter SKGZ-bestuur



De SKGZ is als het ware het slot op de deur van ons zorgverzekeringsstelsel.

Mr. dr. Ton Rombouts

Is sinds 1 april 2015 voorzitter van het bestuur van de SKGZ. Daarnaast is hij oud-burgemeester van 's-Hertogenbosch en onder andere lid van de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

Profiel en kerncijfers

‘De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) draagt bij aan een zo vlekkeloos mogelijke werking van de Nederlandse zorgverzekering door het beslechten van geschillen, bemiddeling en voorlichting aan het publiek, de overheid en toezichthouders.’

Onze dienstverlening bestaat uit:

- Voorlichting, training en informatie door Zorgverzekeringslijn
- Behandeling van klachten en geschillen
 - bemiddeling en advies door de Ombudsman Zorgverzekeringen
 - (bindend) advies door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen
- Bijdragen aan optimaliseren zorgverzekeringsstelsel

Zorgverzekeringslijn

Het team Zorgverzekeringslijn richt zich op het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden. Dit doet het team vooral door het geven van training en voorlichting. Zorgverzekeringslijn werkt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ombudsman en Geschillencommissie

De ministers van Financiën en Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben de SKGZ aangewezen als geschilleninstantie voor de zorgverzekering¹. Een consument kan bij ons terecht met een klacht over de eigen zorgverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen kan bemiddelen en vragen beantwoorden.

Als er zo geen oplossing komt, kan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een bindend advies geven. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn bij de SKGZ aangesloten. Daarom maakt het niet uit wie de zorgverzekeraar is: de consument kan altijd bij de SKGZ aankloppen.

De procedure bij de Ombudsman en de Geschillencommissie is eenvoudig en goedkoop. 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 terug als hij bij de behandeling van de klacht gelijk krijgt.

Bijdragen aan optimaliseren zorgverzekeringsstelsel

Door al haar werk op het gebied van onder andere voorlichting, training, advies, bemiddeling en geschilbeslechting ziet de SKGZ goed waar het misgaat tussen consumenten en zorgverzekeraars. Zo wordt ook duidelijk welke regelgeving nog beter kan. De SKGZ deelt deze kennis en inzichten met zorgverzekeraars en beleidsmakers en helpt zo het zorgverzekeringsstelsel verder te verbeteren.

Kerncijfers 2020

2.661

nieuwe dossiers

4.881

mensen bereikt met
voorlichting door
Zorgverzekeringslijn

4,6 mln.

budget

42

medewerkers

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



2020 in vogelvlucht

De SKGZ toonde veerkracht in 2020. Het volgende hoofdstuk geeft een overzicht van het afgelopen jaar.



We krijgen veel waardering van consumenten en verzekeraars. Daar mogen we trots op zijn!

Drs. Sabine Muijers MMC, directeur SKGZ

Veerkracht

In maart kwam de wereld met een geluidloze klap tot stilstand. We schakelden om van onze gebruikelijke bedrijfsvoering naar een intensief gebruik van digitale media. Het betekende improviseren, leren, flexibiliseren en onze vindbaarheid verbeteren.

Waar we begin maart nog een groot en geslaagd congres organiseerden met ontmoetingen op een prachtige congreslocatie, beleefden we in november een evenzeer geslaagd congres in de virtuele ruimte. Waar eerst kantoorwerken de norm was, werkten we na half maart bijna volledig vanuit huis. Papierloos en via video- en belverbindingen. Gelukkig bleek thuiswerken in onze sector goed mogelijk. Samen met al onze medewerkers hebben we dit goed opgepakt.

Het is ons gelukt om onze online vindbaarheid en aanwezigheid sterk te vergroten. We hebben het aantal afgehandelde klachten en geschillen nagenoeg op het peil van 2019 weten te houden, ondanks dat door COVID-19 de zorg werd afgeschaald. Via online voorlichting en trainingen hebben wij ook nu onze doelgroepen bereikt. Onze productiviteit steeg zelfs zichtbaar en de al hoge klanttevredenheid groeide nog verder. Veel waardering kregen we van zowel consumenten als verzekeraars voor onze professionaliteit, deskundigheid, bereikbaarheid en ons luisterend oor. Daar mogen we best trots op zijn.

2020 was een bewogen jaar. Natuurlijk hopen ook wij op licht aan het einde van de tunnel en op echte ontmoetingen! De digitale lessen van 2020 nemen we mee. Om onze diensten verder te ontwikkelen en deze in de toekomst zowel digitaal als in persoon aan te bieden.

ADR-congres

Tijdens het congres over Alternative Dispute Resolution (ADR) op 5 maart kwamen medewerkers van de vier Nederlandse ADR-instellingen samen om kennis en ervaringen uit te wisselen. Een leerzame dag met onder andere een presentatie over procedurele rechtvaardigheid door staatsraad André Verburg. Promovenda Eline Verhage sprak over de nieuwe Europese regelgeving die voor veel

verandering zorgde op het vlak van alternatieve geschillenbeslechting voor consumenten.

Daarnaast waren er verschillende interactieve workshops, onder andere over digitale inclusie en laagdrempelige juridische communicatie. Er werd ook bij elkaar 'in de keuken gekeken', om de verschillende ADR-instanties beter te leren kennen.



Staatsraad André Verburg



Promovenda Eline Verhage



Zaal met deelnemers ADR-congres



Directeuren Nederlandse ADR-instanties

Digitaal werken

Vanwege het coronavirus werkten bijna alle collega's van de SKGZ vanaf 16 maart 2020 vanuit huis. Alleen enkele secretariaatsmedewerkers kwamen naar kantoor om de in- en uitgaande post te verwerken. Door een aantal aanpassingen en de grote inzet van alle collega's bleef de SKGZ ook nu voorlichten, bemiddelen en bindende adviezen geven. De lockdown leverde onder meer de volgende ontwikkelingen op:

Online training

Krap drie weken na afkondiging van de intelligente lockdown in maart organiseerde Zorgverzekeringslijn de eerste online training. Later kwamen hier open online trainingen bij. Daarbij nemen professionals van verschillende organisaties deel aan dezelfde training'. Op deze manier kon Zorgverzekeringslijn in het afgelopen jaar toch haar taken vervullen.

Hoorzitting via beeldbellen

Voor veel consumenten is een hoorzitting belangrijk. Daar kunnen ze hun eigen standpunten delen met de Geschillencommissie. Hoorzittingen waren eerder altijd op locatie of telefonisch mogelijk. Vanaf half maart was een hoorzitting op locatie geen optie meer. Het alternatief werd videobellen. Half juni vond de eerste hoorzitting via videobellen plaats. Ook de telefonische zittingen bleven doorgaan. Tegenwoordig is een hoorzitting via videobellen een vast onderdeel van onze dienstverlening.

Digitalisering

Het verbeteren van de digitale systemen van de SKGZ is een continu proces. In 2020 werd extra duidelijk hoe belangrijk dit is. Om op iedere mogelijke plek te kunnen werken, is de SKGZ overgestapt op een nieuw telefoonsysteem. De voorbereidingen voor verdere verbetering van de digitalisering in 2021 zijn in volle gang.

Jongeren informeren via Instagram

Veel jongeren denken niet bewust na over hun zorgverzekering. Toch is het belangrijk dat ze genoeg weten over bijvoorbeeld de kosten, om zo geldproblemen te voorkomen. Daarom werkte Zorgverzekeringslijn in de zomer samen met social influencer en radiopresentator YousToub. Tijdens een live sessie op Instagram brachten ze samen de zorgverzekering onder de aandacht.



Aankondiging live sessie YousToub & Zorgverzekeringslijn

In verbinding blijven

Op afstand toch in verbinding blijven met collega's. Dat was een uitdaging die ook de SKGZ het afgelopen jaar oppakte. We hielden digitaal en teamoverstijgend contact via 'koffiezooms'. Zo konden we bijpraten: 'Hoe gaat het met jou?' en 'Waar ben jij zoal mee bezig?' Dit was belangrijk om goed te blijven samenwerken en de onderlinge band sterk te houden.

Om onze rol binnen het zorgverzekeringsstelsel goed te vervullen, zijn ook de contacten met externe partijen van belang. Omdat fysieke bezoeken niet mogelijk waren, vonden digitale werkbezoeken bij verzekeraars plaats.

Hierover leest u meer op [pagina 26](#).



Uitnodiging koffiezoom met collega's

Online kennis delen

Kennis delen is belangrijk en dat zijn we in 2020 blijven doen, onder meer via een webinar en online congres.

Online congres Zorgverzekeringslijn:

'Een schuldenvrije toekomst voor jongeren. Begin met de zorgverzekering!'

Dagvoorzitter Eef van Opdorp, bekend van het tv-programma 'Uitstel van Executie', ging met uiteenlopende gasten in gesprek over de impact van schulden onder jongeren. Hoe kunnen Rijk, gemeenten, (schuld)hulpverleners, jongerenwerkers en zorgverzekeraars samenwerken om dit op te lossen? En welke rol speelt Zorgverzekeringslijn hierin? Het online congres was een groot succes met 700 live toeschouwers.

[Klik hier om het terug te kijken.](#)



Sergio Staphorst (ervaringsdeskundige), Eef van Opdorp (dagvoorzitter), Daan Hoefsmit (VWS) en Roos Meertens (Zorgverzekeringslijn) tijdens het online congres

Webinar SKGZ:

'Hoe zit het met de Nederlandse zorgverzekering en Europa?'

Hoe staat het met de wet- en regelgeving rond de Nederlandse zorgverzekering in relatie tot Europa? Gerard de Groot en Edwin Niezen organiseerden hierover een webinar voor een grote groep professionals die werkzaam zijn bij zorgverzekeraars. De focus van het webinar lag op de regels over de aanspraken die iemand heeft als deelnemer aan de sociale ziektekostenverzekering van een EU/EER-lidstaat.

Webinar gemist?

[Klik hier om het terug te kijken.](#)



Sprekers Edwin Niezen en Gerard de Groot achter de coronaschermen bij het webinar

Samenstelling geschillencommissie

Het afgelopen jaar veranderde de samenstelling van de Geschillencommissie. Na 10 jaar nam op 1 juli 2020 mr. drs. Hanneke Strens-Meulemeester afscheid van de commissie. Met haar achtergrond in de geneeskunde en rechten was ze van grote toegevoegde waarde voor de Geschillencommissie.

We zijn haar dankbaar voor haar jarenlange deskundige en toegewijde inzet voor de SKGZ. Met het aanstaande afscheid van Hanneke Strens-Meulemeester werd de Geschillencommissie per 1 maart aangevuld met [mr. drs. Jilles Heringa](#) en per 1 april met [mr. Mariëlle Nauta-Sluijs](#).



*Mr. drs. Jilles Heringa,
nieuw lid Geschillencommissie
Zorgverzekeringen*



*Mr. Mariëlle Nauta-Sluijs,
nieuw lid Geschillencommissie
Zorgverzekeringen*



*Mr. drs. Hanneke Strens-
Meulemeester, aftredend lid Geschil-
lencommissie Zorgverzekeringen*

Vindbaarheid

Om onze taken goed uit te kunnen voeren, is het erg belangrijk dat mensen de SKGZ weten te vinden. Daar is in 2020 op verschillende manieren succesvol aan gewerkt. De inzet van Google Advertenties speelde hierin een belangrijke rol. Door met de juiste zoektermen te adverteren, vonden consumenten ons op het juiste moment. De inzet van de Google Advertenties is gedurende het jaar verbeterd. Zo zorgen ze voor het beste resultaat.

Via de nieuwe folder 'Zo helpt de SKGZ u op weg' heeft de SKGZ haar bereik vergroot onder hulpverleners. De folder beschrijft wat een consument kan doen als deze problemen met de zorgverzekeraar heeft. De folder is ook digitaal beschikbaar.

Privacy

Privacy is bij de SKGZ een belangrijk en vast punt op de agenda. Om de privacy van consumenten, medewerkers van zorgverzekeraars en andere partijen, maar ook van eigen medewerkers te waarborgen heeft de SKGZ in 2020 verschillende acties ondernomen. Er is bijvoorbeeld een privacy beleidskader vastgesteld. Ook zijn medewerkers regelmatig geïnformeerd over privacy en de noodzaak van het zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens.

De functionaris gegevensbescherming (FG) van de SKGZ concludeert in het verslag over 2020 dat medewerkers de FG goed weten te vinden. Het onderwerp privacy was bij iedereen goed in beeld en er heerste een goede meldcultuur. Hierdoor werden bijvoorbeeld vermoedens van datalekken altijd snel gemeld.

Hulpverleners kunnen de folder [gratis bestellen](#) en aan patiënten en cliënten geven.

SKGZ bereikbaar via chat

Dat de SKGZ goed bereikbaar is, vinden we heel belangrijk. Daarom startte in 2020 een pilot meteen chatfunctie op de website. Dit is een nieuwe eenvoudige manier om contact te hebben met de SKGZ.





Diensten van de SKGZ

In dit hoofdstuk staan cijfers rond de verschillende diensten van de SKGZ:

- Voorlichting, training en informatie door Zorgverzekeringslijn
- Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen
- Geschilbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen
- Bijdragen aan optimaliseren zorgverzekeringsstelsel

Voorlichting, training en informatie

'Zorgverzekeringslijn geeft tips, training en advies met als doel om onverzekerdheid en wanbetaling van de zorgverzekering te voorkomen. Zorgverzekeringslijn doet dit door hulpverleners te trainen, gastlessen te geven aan jongeren en hulpvragen te beantwoorden per telefoon, e-mail en chat.'

Het jaar begon goed. Maar de lockdown in maart gooide roet in het eten, vooral voor het geven van trainingen op locatie. Het was even zoeken naar de juiste vorm en toon van de dienstverlening. De verwachte hoos aan vragen over betaling van de zorgverzekering bleef uit. De behoefte van hulpverleners aan meer informatie bleef wel bestaan.

De online diensten van Zorgverzekeringslijn zijn flink gegroeid in 2020. Maar veel activiteiten op locatie, zoals trainingen en gastlessen, konden niet doorgaan. Hierdoor zijn sommige doelstellingen voor 2020 niet gehaald en andere juist overtroffen.

Zorgverzekeringslijn gaf meer informatie over de zorgverzekering met de volgende resultaten:

Resultaten bijeenkomsten	2020
Bereik	
Professionals met training (op locatie of digitaal)	2.089
Professionals met e-learning	996
Professionals via nieuwsbrief	5.400
Leerlingen via gastlessen (op locatie of digitaal)	1.769
Leerlingen (klassen) via digitale module	668
Georganiseerde bijeenkomsten	
Congres	1
Overige resultaten	
Contactmomenten	
Telefoon	3.146
Chat	2.480
Chat tickets* + mail	697
Verstuurde flyers	77.260
Websitebezoekers	123.733
Instagramvolgers	668

* Dit zijn chatberichten die binnenkomen buiten kantooruren. Deze vragen worden de volgende werkdag beantwoord.

Digitaal en op locatie

Voor Zorgverzekeringslijn was 2020 het jaar van de digitale dienstverlening. Dit is terug te zien in de resultaten. Een succesvolle lancering van het Instagram-kanaal leverde in 2020 in totaal 668 volgers op. Een mooi resultaat aangezien veel jongeren zich niet echt bezighouden met de zorgverzekering. Daarnaast steeg het aantal deelnemers aan de e-learnings van Zorgverzekeringslijn van bijna 600 in 2019 naar bijna 1000 in 2020. Verder hebben meer scholieren gebruik gemaakt van onze digitale lesmodule (2019: 303, 2020: 668) en waren er meer bezoekers voor de website (2019: 121.230, 2020: 123.733).



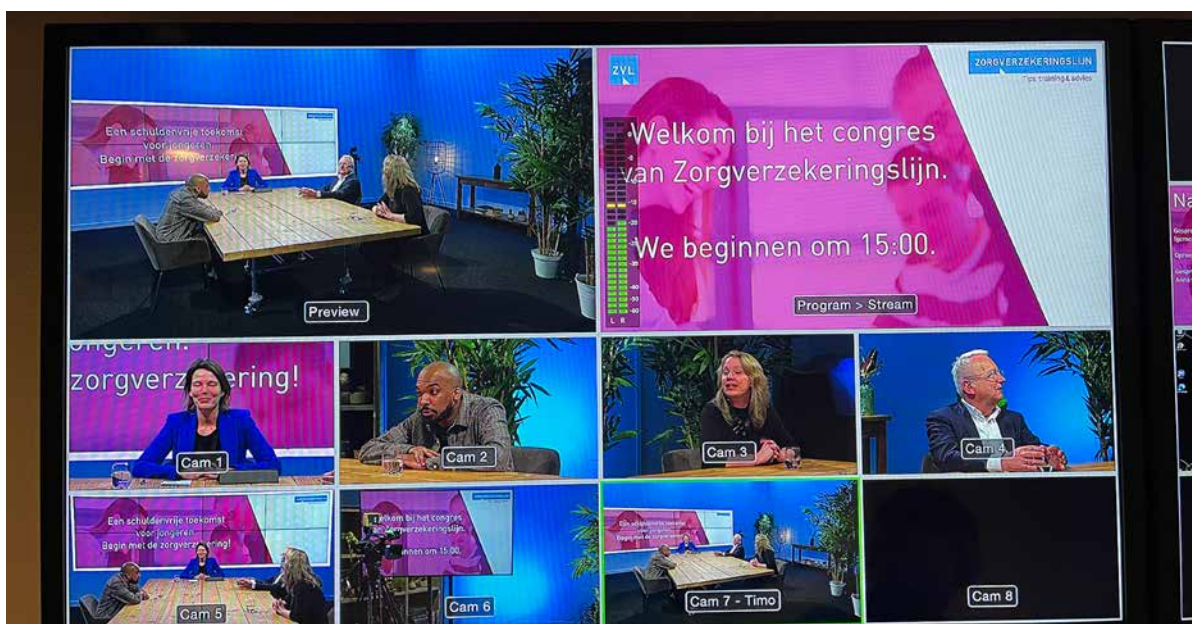
Het aantal flyerbestellingen nam vorig jaar flink af. Dit komt doordat grote afnamelocaties, zoals wijkcentra en sociale diensten, gesloten waren of minder bezoekers hadden.

Congres

Het congres van Zorgverzekeringslijn was in 2020 digitaal. De sprekers waren coronaproof op locatie aanwezig en deelnemers konden via een livestream meekijken en per chat vragen stellen. Deze opzet bood meer deelnemers de kans om aanwezig te zijn bij het congres 'Een schuldevrije toekomst voor jongeren. Begin met de zorgverzekering!' In totaal luisterden 700 aanwezigen naar Schuldhelpverlener van het jaar John Wildenberg over innovaties bij de aanpak van schulden. Een andere spreker was Daan Hoefsmit, adviseur van het ministerie van VWS. Hij besprak de mogelijkheden om wanbetaling van de zorgverzekering in te zetten als signaal voor bredere schuldenproblematiek.

Het online congres gemist?
Klik hier om het terug te kijken.

*Achter de schermen bij het online congres:
'Een schuldevrije toekomst voor jongeren.
Begin met de zorgverzekering!'*



Bemiddeling en geschilbeslechting

Een consument kan met zijn klacht bij de SKGZ aankloppen. Daar kan de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelen of adviseren. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen kan een bindend advies geven.

1. Bemiddeling en advies door de Ombudsman Zorgverzekeringen

De Ombudsman onderzoekt of de klacht door bemiddeling op te lossen is.

2. Bindend advies door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Lost bemiddeling door de Ombudsman de klacht niet op? Dan kan de consument de Geschillencommissie Zorgverzekeringen vragen om een (bindende) uitspraak. Een consument kan zijn klacht ook direct aan de Geschillencommissie voor te leggen.

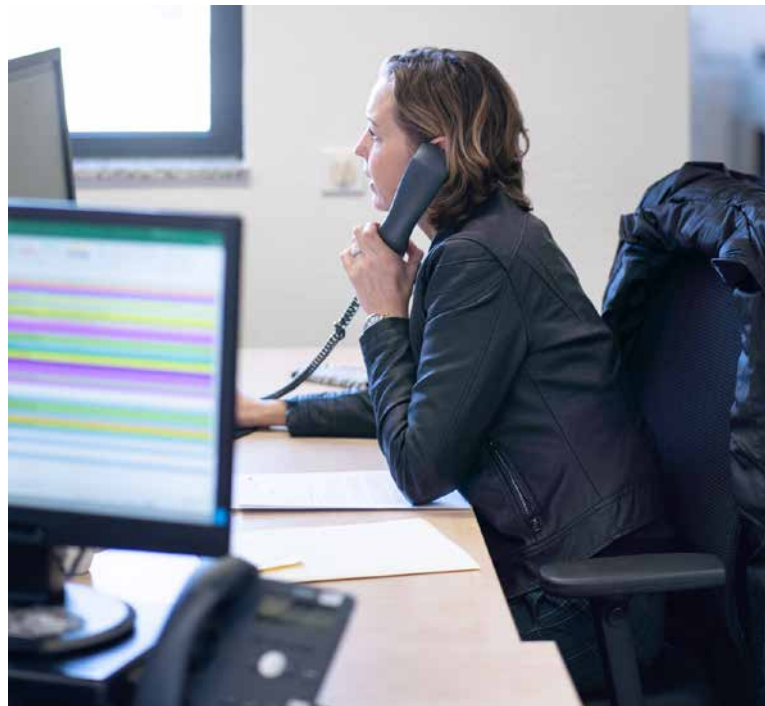
Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen

De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt bij problemen tussen consument en zorgverzekeraar en luistert naar beide kanten van het verhaal. De Ombudsman zoekt hierbij naar een oplossing voor de klacht van de consument.

Dit gebeurt bijvoorbeeld door:

- uit te zoeken waar het misverstand tussen de consument en de zorgverzekeraar zit;
- de zorgverzekeraar te vragen om zijn beslissing opnieuw te bekijken;
- de consument te informeren over de verzekeringsvoorwaarden, de wet of eerdere uitspraken van rechters;
- de consument uit te leggen waarom de zorgverzekeraar niet betaalt of waarom de verzekeraar een bepaalde beslissing heeft genomen.

De onderwerpen waarover consumenten klagen, zijn divers. In onderstaande tabel zijn deze per categorie weergegeven. Ook zijn de cijfers van voorgaande jaren opgenomen.



Onderwerp nieuwe klachten	2020	2019	2018	2017
Premie	342 12,9%	360 13,3%	328 15,3%	308 14,0%
Medisch- specialistische zorg	281 10,6% ↓	336 12,4%	246 11,5%	249 11,4%
Begin en einde verzekering	276 10,4% ↑	244 9,0%	147 6,9%	148 6,8%
Zvw-pgb	269 10,1% ↑	145 5,3%	113 5,3%	110 5,1%
Plastische chirurgie	269 10,1% ↑	251 9,2%	247 11,5%	259 11,9%
Hulpmiddelenzorg	225 8,5%	256 9,4%	199 9,3%	212 9,7%
Geneesmiddelenzorg	221 8,3%	221 8,1%	150 7,0%	180 8,3%
Mondzorg	213 8,0% ↓	254 9,4%	187 8,7%	180 8,3%
Eigen risico	150 5,6% ↓	196 7,2%	177 8,3%	194 8,9%
Paramedische zorg	92 3,5%	126 4,6%	78 3,6%	80 3,7%
Ziekenvervoer	55 2,1%	64 2,4%	41 1,9%	45 2,1%
GGZ	49 1,8%	46 1,7%	49 2,3%	25 1,1%
Alternatieve geneeswijzen	19 0,7%	39 1,4%	14 0,7%	17 0,8%
Fraude / verzwijging	18 0,7%	3 0,1%	6 0,3%	11 0,5%
Wijziging voorwaarden	7 0,3%	18 0,7%	9 0,4%	10 0,5%
Bevalling en kraamzorg	3 0,1%	9 0,3%	5 0,2%	5 0,2%
Overig	172 6,5%	148 5,4%	143 6,7%	142 6,5%
Totaal aantal ontvangen klachten	2661	2716	2139	2175



Onderwerpen waarover in 2020 (ten opzichte van 2019) het aantal klachten relatief het sterkst steeg.



Onderwerpen waarover in 2020 (ten opzichte van 2019) het aantal klachten relatief het sterkst daalde.

Afsluitreden klachten	2020		2019		2018		2017	
Niet (verder) behandelbaar	500	19,0%	488	18,3%	292	14,8%	368	15,6%
- Onbevoegd	45	1,7%	49	1,8%	17	0,9%	31	1,3%
- Geen heroverweging	18	0,7%	41	1,5%	32	1,6%	75	3,2%
- Vexatoir / te gering belang	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
- Onder rechter (geweest)	12	0,5%	16	0,6%	7	0,4%	19	0,8%
- Te laat ingediend	12	0,5%	8	0,3%	8	0,4%	13	0,6%
- Dossier incompleet	413	15,7%	374	14,0%	228	11,5%	230	9,8%
Ingetrokken	395	15,0%	498	18,7%	287	14,5%	274	11,6%
Opgelost	450	17,1%	427	16,0%	363	18,3%	360	15,3%
Verzekeraar komt (deels) tegemoet	149	5,7%	164	6,2%	121	6,1%	131	5,6%
Verzekeraar handhaaft standpunt	699	26,6%	729	27,4%	580	29,3%	815	34,6%
Kennelijk ongegrond	432	16,6%	357	13,4%	336	17,0%	408	17,3%
Totaal aantal afgesloten klachten	2625		2663		1979		2356	
Nog in behandeling eind verslagjaar	334		537		439		308	

81 consumenten sloegen de bemiddelingsfase over. Zij vroegen direct om een bindend advies.
In 2019 vroegen 92 consumenten direct om een bindend advies.

Doorlooptijd klachten	2020	2019	2018	2017
1-56 dagen	55%	46%	50%	54%
57-90 dagen	23%	30%	27%	27%
meer dan 90 dagen	21%	24%	23%	19%
Gemiddeld	65 dagen	71 dagen	63 dagen	63 dagen

De Ombudsman Zorgverzekeringen blikt terug

De klachten die ik als Ombudsman ter bemiddeling krijg voorgelegd zijn zeer divers. Niet alleen inhoudelijk, maar ook als het gaat om de ruimte voor bemiddeling. Soms is die ruimte maar beperkt, zoals ik hierna zal illustreren aan de hand van een drietal onderwerpen.

Sinds de introductie is er veel te doen geweest over het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb). De zorgverzekeraars geven, op basis van een door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland opgesteld modelreglement, uitvoering aan de regeling voor het pgb. Met name de in het reglement opgenomen eis ten aanzien van de planbaarheid van de zorg gaf aanvankelijk aanleiding tot veel klachten. Later kwam deze eis te vervallen. Vervolgens viel een gestage toename van het aantal klachten te constateren, zo ook in het afgelopen jaar. Deze toename wordt verklaard doordat een zorgverzekeraar nog steeds moet beoordelen of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen 'plegen te bieden' en een 'geneeskundige context' en of de geïndiceerde zorg doelmatig is. Dat de wetgever het indiceren bij de verpleegkundige heeft neergelegd, doet hieraan niet af.

Wel ligt hier de basis voor klachten, met name als

- (1) zorg is geïndiceerd die volgens de zorgverzekeraar onder de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) valt,
- (2) een 'geneeskundige context' ontbreekt dan wel
- (3) de zorgverzekeraar – anders dan de indicerende verpleegkundige – meent dat een pgb niet doelmatig is omdat een hulpmiddel kan worden ingezet teneinde in de zorgvraag te voorzien.

Iets soortgelijks doet zich voor bij medisch-specialistische revalidatie. De revalidatiearts stelt een indicatie voor deze zorg, en de zorgverzekeraar oordeelt dat geen sprake is van zorg 'zoals revalidatieartsen die plegen te bieden' of dat het principe van 'stepped care' niet is gevolgd. Op basis hiervan behoort eerst te worden gekeken of



Mr. Reina van Marwijk Kooy,
Ombudsman Zorgverzekeringen

een minder zwaar middel tot resultaat kan leiden, alvorens een revalidatietraject voor vergoeding in aanmerking komt. Bijvoorbeeld de inzet van een psycholoog en een fysiotherapeut. Inmiddels zijn hier bij de burgerlijke rechter al enkele procedures over gevoerd, met als inzet of de zorgverzekeraar 'op de stoel van de zorgaanbieder mag gaan zitten'.

Het is prettig aan het eind van het kalenderjaar te constateren dat toch in veel zaken een oplossing kon worden bereikt.

Als derde noem ik in dit verband de taperingstrips. Hier speelt dat de zorgaanbieder oordeelt dat het gebruikelijke afbouwschema voor medicatie niet kan worden gevolgd, waarna taperingstrips worden voorgeschreven. Veel zorgverzekeraars oordelen dat deze magistraal bereide middelen niet voldoen aan de eis van 'rationele farmacotherapie' en dat ze daarom niet hoeven te worden vergoed. Wel is intussen een lichte verschuiving merkbaar. Voor enkele specifieke middelen geldt dat bij afbouw volgens een bepaald schema en vanaf een bepaalde dosering, aan voornoemde eis wordt voldaan. In die gevallen zal de zorgverzekeraar de taperingstrips meestal wel vergoeden.

Mijn ervaring is dat in dit soort zaken, waar de domeinen van zorgaanbieder en zorgverzekeraar elkaar raken, de ruimte voor bemiddeling beperkt is. Daarbij speelt natuurlijk een belangrijke rol dat het inhoudelijke beoordelingskader van de zorgverzekeraar – 'plegen te bieden', 'geneeskundige context', doelmatig, 'stepped care', 'rationele farmacotherapie' – anders is dan dat van de zorgaanbieder. Voor laatstgenoemde zal met name de aanwezigheid van een (medische) indicatie leidend zijn. Als Ombudsman kan ik dat begrijpen, maar dit betekent natuurlijk niet dat daarmee het kader van de zorgverzekeraar zo maar opzij kan worden gezet. Het is immers de wetgever die dat kader heeft bepaald of die de invulling hiervan bij wet heeft overgelaten aan het Zorginstituut Nederland. Het argument dat de zorgverzekeraar 'op de stoel van de zorgaanbieder gaat zitten' wordt soms dan ook te makkelijk gebezigd en doet aan de rol van de zorgverzekeraar tekort. In die gevallen waarin de opvattingen van zorgaanbieder en zorgverzekeraar sterk uiteenlopen, zal bemiddeling niet succesvol zijn en blijft het bij het geven van uitleg over het standpunt van de zorgverzekeraar.

Er waren in 2020 ook regelmatig klachten waarin bemiddeling door de Ombudsman wel tot een verbetering voor de consument heeft geleid. Ik geef daarvan vier voorbeelden uit de praktijk.

Als eerste voorbeeld noem ik de klachten over het afnemen van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In deze zaken was de oorzaak steeds COVID-19, waardoor de consument niet (tijdig) bij een gecontracteerde zorgverlener terecht kon. Dit was voor de zorgverzekeraar –

hierop gewezen – aanleiding de korting alsnog achterwege te laten en de nota te vergoeden. Deze klachten waren daarmee opgelost.

Een tweede voorbeeld betreft het 'marktconforme tarief'. Hier leidde een verwijzing naar een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen met de daarin opgenomen berekeningssystematiek geregeld tot een hogere vergoeding, waarmee dan aan de klacht van betrokkene tegemoet werd gekomen.

Als derde voorbeeld noem ik de vergoeding van hoortoestellen, afgenomen bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mede aan de hand van een verwijzing naar de jurisprudentie van de Nederlandse Zorgautoriteit besloot de betrokken zorgverzekeraar in een bepaald geval een hogere vergoeding te verlenen, waardoor de klacht werd opgelost.

Soms volstaat het ook dat aan de consument duidelijk wordt gemaakt welke informatie nog moet worden aangeleverd bij de zorgverzekeraar om voor vergoeding in aanmerking te komen. Zoals in de situatie waarin een aanvraag voor een uitwendige neuscorrectie alsnog kon worden gehonoreerd nadat in de bemiddelingsfase een aanvullende verklaring van de behandelend KNO-arts werd overgelegd.

In een beperkt aantal gevallen is de oplossing niet het aanleveren van ontbrekende gegevens of het voorzien van een inhoudelijke argumentatie, maar is een situatie toch zo schrijnend dat er iets aan zou moeten worden gedaan. Dit kan aanleiding zijn voor een coulanceverzoek richting de zorgverzekeraar. Natuurlijk moet met dit soort verzoeken terughoudend worden omgegaan. Het risico van willekeur ligt op de loer, en de vrees voor precedentwerking bij de zorgverzekeraars is begrijpelijk. Ook als onzerzijds niet om coulance wordt verzocht, kan door de betrokken zorgverzekeraar worden besloten tot een onverplichte vergoeding. In het navolgende geval kon de kwestie daardoor worden opgelost.

De zaak betrof de vergoeding van Nutrilon lactose-vrije voeding in het geval van een klein kind met lactose-intolerantie, waarbij mogelijk sprake was van ernstige spijsverteringsproblemen

(resorptiestoornis). Volgens de zorgverzekeraar was sprake van een situatie die niet duidelijk is geregeld in de basisverzekering. Voor hem vormde dit, in combinatie met het feit dat de ouders eerder niet goed waren geïnformeerd, aanleiding de kosten te vergoeden tot de leeftijd van één jaar, zoals ook was aangevraagd door de arts. Daarmee werd volledig aan de klacht tegemoet gekomen.

Ik begon ermee te stellen dat de ruimte voor bemiddeling niet in alle gevallen even groot is. Het is prettig aan het eind van het kalenderjaar te kunnen constateren dat toch in veel zaken een oplossing kon worden bereikt, vaak door juridische of andere inhoudelijke argumenten dan wel door het aanleveren van ontbrekende informatie, en soms door een beroep te doen op coulance, indien de casus hiertoe aanleiding gaf.

Casus

Verzekeringsplicht aangetoond met een recent salarisafschrift

Iemand toonde met een recent salarisafschrift de verzekeringsplicht aan. Een zorgverzekeraar accepteerde het salarisafschrift niet als bewijs. De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelde.

Een zorgverzekeraar accepteerde een verzekeringsplichtige niet voor een zorgverzekering zolang hij niet was ingeschreven in de Basis Registratie Personen (BRP). Betrokkene woonde na een echtscheiding tijdelijk op een camping en werkte in loondienst in Nederland. Hij kon zich bij de gemeente niet inschrijven op het adres van de camping. Hij stuurde de zorgverzekeraar een recent salarisafschrift. Met dit afschrift toonde hij aan dat hij in Nederland werkte en dus verzekeringsplichtig was. De zorgverzekeraar accepteerde het salarisafschrift niet als bewijs.

Volgens artikel 4a, derde lid, onder a, van de Zorgverzekeringswet volstaat een recent salarisafschrift om de verzekeringsplicht aan te tonen. Na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen werd deze persoon alsnog geaccepteerd bij een zorgverzekering.



*Petra van Wijngaarden-Versteeg,
dossierbehandelaar Ombudsman Zorgverzekeringen*

Casus

Ombudsman Zorgverzekeringen legt werking van de eigen bijdrage en het eigen risico uit

Een getrouwd koppel van ver in de 70 hebben beiden een nieuw kunstgebit nodig en krijgen dit vergoed uit de basisverzekering. Eén kunstgebit kost € 1.100,-. Hiervan moeten ze € 660,- per kunstgebit zelf betalen. Aangezien het om twee nieuwe kunstgebitten gaat moeten ze in totaal € 1.320,- betalen. Het stel begrijpt niet waar die kosten vandaan komen. De kosten worden toch vergoed door de basisverzekering? Ze dienen een klacht in bij de SKGZ.

De Ombudsman Zorgverzekeringen bekijkt de klacht en besluit niet te bemiddelen. De zorgverzekeraar heeft de kosten namelijk op de juiste manier vergoed.

De Ombudsman legt ze uit dat 75% van de totale kosten wordt vergoed uit de basisverzekering. Dit betekent dat 25% van de kosten zelf moet worden betaald. Van het bedrag van € 1.100,- wordt 75% vergoed. Dit is € 825,-. Het stel had dat kalenderjaar nog geen andere zorgkosten gemaakt. Dit betekent dat het verplicht eigen risico nog niet was betaald. Het kunstgebit wordt vergoed uit de basisverzekering en hiervoor geldt het verplicht eigen risico. Van de vergoeding van € 825,- wordt € 385,- verrekend met dit eigen risico. Ze betaalden dus allebei € 660,- (€ 385,- aan verplicht eigen risico en € 275,- aan eigen bijdrage) voor het kunstgebit van € 1.100,-.



*Mr. Sarah de Vries,
dossierbehandelaar Ombudsman Zorgverzekeringen*

Geschilbeslechting door Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Lost bemiddeling het probleem niet op? Of wil een consument meteen een uitspraak? Dan kan de consument de Geschillencommissie Zorgverzekeringen om een (bindend) advies vragen.

In de praktijk gebeurt dit door:

- Het bestuderen van de klacht.
- Beide partijen te vragen om de klacht toe te lichten tijdens een hoorzitting. Veel van deze hoorzittingen vonden in 2020 vanwege de COVID-19-maatregelen telefonisch of via beeldbellen plaats. Als de maatregelen het weer toestaan, is ons kantoor ingericht om weer hoorzittingen op locatie te houden.
- Uitspraak te doen in de vorm van een (bindend) advies.

Alle adviezen van de Geschillencommissie staan op www.kpzv.nl



Hoorzittingsruimte ingericht met plexiglas vanwege COVID-19.

Verplicht advies Zorginstituut Nederland

Bij geschillen over de dekking van de basisverzekering is de Geschillencommissie verplicht om advies te vragen aan Zorginstituut Nederland.

Bindend of niet-bindend advies?

Bij een klacht over de aanvullende verzekering kan de consument kiezen voor een bindend óf een niet-bindend advies. In 2020 zijn er alleen bindende adviezen aangevraagd. Daarom spreken we in de rest van dit jaarverslag alleen nog over het bindend advies.

Oneens met bindend advies?

Is een partij van mening dat het bindend advies niet volgens de regels tot stand is gekomen? Dan kan deze partij de rechter vragen om naar de uitspraak te kijken. Hierbij beoordeelt de rechter of de Geschillencommissie haar werk goed heeft gedaan. De rechter doet de procedure dus niet over. Vervolgens kan de rechter besluiten een bindend advies te 'vernietigen', maar dit gebeurt zelden. Voor zover bekend zijn er in 2020 geen uitspraken van de Geschillencommissie vernietigd.

De klachten die aan de Geschillencommissie worden voorgelegd, zijn divers. In de tabel hieronder zijn ze per categorie vermeld. Ook zijn de cijfers van voorgaande jaren opgenomen. Opvallend is dat het aantal klachten is gestegen, ondanks de afschaling van de zorg door COVID-19.

De klachten die aan de Geschillencommissie worden voorgelegd, zijn divers. In de tabel hieronder zijn ze per categorie vermeld. Ook zijn de cijfers van voorgaande jaren opgenomen. Opvallend is dat het aantal klachten is gestegen, ondanks de afschaling van de zorg door COVID-19.

Onderwerp nieuwe geschillen	2020	2019	2018	2017
Zvw-pgb	64 17,5% ↑	43 12,4%	33 12,0%	45 11,3%
Medisch-specialistische zorg	50 13,7% ↓	58 16,7%	56 20,4%	63 15,9%
Hulpmiddelenzorg	45 12,3% ↓	47 13,5%	28 10,2%	38 9,6%
Mondzorg	38 10,4% ↑	29 8,3%	18 6,6%	40 10,1%
Plastische chirurgie	37 10,1%	38 10,9%	28 10,2%	46 11,6%
Premie	35 9,6%	32 9,2%	33 12,0%	62 15,6%
Geneesmiddelenzorg	29 7,9% ↑	20 5,7%	22 8,0%	19 4,8%
Begin en einde verzekering	13 3,6% ↓	22 6,3%	14 5,1%	9 2,3%
Paramedische zorg	11 3,0%	14 4,0%	4 1,5%	12 3,0%
Eigen risico	10 2,7%	11 3,2%	9 3,3%	18 4,5%
GGZ	7 1,9%	2 0,6%	6 2,2%	7 1,8%
Alternatieve geneeswijzen	6 1,6%	5 1,4%	0 0,0%	1 0,3%
Ziekenvervoer	5 1,4%	3 0,9%	6 2,2%	6 1,5%
Fraude / verzwijging	4 1,1%	5 1,4%	2 0,7%	6 1,5%
Wijziging voorwaarden	2 0,5%	3 0,9%	3 1,1%	6 1,5%
Bevalling en kraamzorg	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Overig	10 2,7%	16 4,6%	13 4,7%	19 4,8%
Totaal aantal ontvangen geschillen	366	348	275	397

↑ Onderwerpen waarover in 2020 (ten opzichte van 2019) het aantal klachten relatief het sterkst steeg.

↓ Onderwerpen waarover in 2020 (ten opzichte van 2019) het aantal klachten relatief het sterkst daalde.

Afsluitreden afgeronde geschillen	2020		2019		2018		2017	
Niet (verder) behandelbaar	21	5,9%	26	8,6%	10	3,0%	27	5,5%
- Onbevoegd	0	0,0%	1	0,3%	2	0,6%	1	0,2%
- Geen heroverweging	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
- Vexatoir / te gering belang	0	0,0%	1	0,3%	2	0,6%	0	0,0%
- Onder rechter (geweest)	3	0,8%	3	1,0%	0	0,0%	1	0,2%
- Te laat ingediend	1	0,3%	3	1,0%	1	0,3%	2	0,4%
- Entreegeld niet betaald	17	4,8%	18	6,0%	5	1,5%	22	4,5%
Ingetrokken	21	5,9%	16	5,3%	11	3,3%	65	13,2%
Opgelost	71	19,9%	50	16,6%	34	10,3%	36	7,3%
Toegewezen (deels)	55	15,4%	46	15,2%	63	19,1%	58	11,8%
Afgewezen	189	52,9%	164	54,3%	212	64,2%	306	62,2%
Totaal aantal afgesloten geschillen	357		302		330		492	
Nog in behandeling eind verslagjaar	171		165		115		168	

Doorlooptijd geschillen	2020	2019	2018	2017
1-90 dagen	16%	16%	9%	11%
91-182 dagen	50%	51%	46%	55%
meer dan 182 dagen	34%	33%	45%	33%
Gemiddeld	165 dagen	164 dagen	186 dagen	163 dagen

Door de maatregelen rond COVID-19 waren niet alle partijen altijd even goed bereikbaar. Hierdoor kwam de doorlooptijd onder druk te staan.

Een geschil wordt in behandeling genomen na het betalen van het entreegeld. Het entreegeld werd gemiddeld 12 dagen na het indienen van de klacht betaald.

Wetenswaardigheden

Er zijn nog enkele cijfers die we u niet willen onthouden:

%	Feiten
77	van de consumenten dient de klacht in via het digitale klachtenformulier op de website. (2019: 75%)
0	van de consumenten heeft de klacht ingediend via het Europees ODR-platform (online geschilbeslechting). (2019: 0%)
48	van de consumenten gebruikt de digitale SKGZ-berichtenbox voor het ontvangen van post van de SKGZ. (2019: 44%)
8	van de klachten die de Ombudsman behandelt, heeft een buitenlandcomponent. (2019: 9%)
13	van de geschillen die de Geschillencommissie behandelt, heeft een buitenlandcomponent. (2019: 14%)
78	van de klachten die de Geschillencommissie behandelt, heeft de Ombudsman eerder geprobeerd op te lossen. (2019: 78%)
22	van de consumenten legt een klacht direct voor aan de Geschillencommissie. Deze klachten worden dan niet behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. (2019: 22%)
100	van de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen wordt gepubliceerd op www.kpzv.nl . Het advies wordt voor publicatie anoniem gemaakt. (2019: 100%)

Nieuws uit de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

*Door mr. Rolf de Groot, voorzitter
Geschillencommissie Zorgverzekeringen*

Vernieuwing

Veel hoorzittingen worden sinds de coronacrisis telefonisch of via beeldbellen gehouden.



Beeldbellen

In het voorjaar kwam door de coronacrisis voorlopig een einde aan de 'gewone' zitting van de Geschillencommissie: de zitting waarbij partijen in persoon, op dezelfde locatie aanwezig zijn en waar zij in elkaars aanwezigheid hun argumenten naar voren kunnen brengen. Veel hoorzittingen werden sindsdien telefonisch gehouden. Voor het persoonlijk contact tussen partijen en de commissie was dit beslist niet ideaal. Gelukkig is er een alternatief dat we kunnen aanbieden: het beeldbellen. Daarvan is in 2020 regelmatig gebruik gemaakt. Voor een hoorzitting waarbij partijen elkaar kunnen zien, is niet meer nodig dan een druk op de knop. Toch vraagt beeldbellen nog wel gewenning. De commissie zal partijen hierbij blijven ondersteunen.

Ook de commissie hoopt op verandering van de tijden. Een hoorzitting in persoon is namelijk voor het onderling contact tussen partijen nog steeds de beste optie. De zittingszalen zijn daarom voorzien van plexiglazen afscheidingen. Hierdoor kunnen we, zodra de maatregelen het toelaten, weer hoorzittingen op locatie aanbieden, waarbij partijen aanwezig kunnen zijn.

De zitting nieuwe stijl

In de 'klassieke' procedure bij de Geschillencommissie worden stukken ingediend, aanvullende stukken opgevraagd, advies gevraagd aan het Zorginstituut en pas dan volgt een zitting. Dat is zorgvuldig, maar niet altijd even efficiënt. De commissie heeft bij wijze van experiment een

andere aanpak geprobeerd. In dit experiment wordt de consument eerst uitgenodigd voor een zitting. Daar wordt in aanwezigheid van de zorgverzekeraar de zaak doorgesproken. Partijen en commissie kunnen samen aan de hand van het dossier bekijken wat er nodig is voor een doeltreffende oplossing en of die past binnen de wettelijke kaders.

Deze procedure is onder andere geschikt voor spoedeisende gevallen, waarin partijen snel behoefte hebben aan duidelijkheid. Daarvoor kan bijvoorbeeld ook in een vroeg stadium een (spoed) advies aan het Zorginstituut worden gevraagd. De commissie gaat in 2021 het experiment evalueren. Daarbij zal ook gekeken worden naar de mogelijkheden tot afstemming tussen geschillenprocedure en de ombudsprocedure.

Het marktconform tarief

Wie een restitutieverzekering heeft, heeft in principe recht op vergoeding van alle kosten van (verzekerde) zorg en overige diensten. De wetgever heeft een grens getrokken bij excessieve kosten, die uitgaan boven het 'marktconform tarief'. Daarboven hoeven de kosten niet vergoed te worden. Dat is redelijk en klinkt duidelijk. Maar wanneer zijn kosten excessief? En wie moet aantonen of kosten excessief zijn of niet? Op geen van deze vragen is tot dusver in de gewone rechtspraak een definitief antwoord gegeven.

Wel heeft de Geschillencommissie geprobeerd enig houvast te bieden. De commissie bepaalt de maximale vergoeding in twee stappen. Allereerst wordt gekeken naar de Open DIS-data. Het betreft hier een databank van de Nederlandse Zorgautoriteit met daarin de gecontracteerde tarieven voor een bepaalde behandeling. Van deze tarieven neemt de Geschillencommissie het hoogste in de berekening betrokken tarief. De uitschieters – waaronder het hoogste en laagste bekende tarief – zijn daarbij al buiten beschouwing gelaten. Vervolgens wordt dit tarief verhoogd met een marge. De marge wordt

berekend door de premie van de restitutiepolis en de naturapolis van de zorgverzekeraar met elkaar te vergelijken. De gedachte daarachter is dat het premieverschil parallel loopt met een verschil in kosten: als de restitutieverzekering 5% duurder is, zullen de nota's die de restitutieverzekerden indienen gemiddeld ook 5% hoger zijn.

Dit is in de visie van de commissie een benadering die aansluit bij de wet, maar ook bij de eisen van de markt. Deze lijn is inmiddels in verschillende bindende adviezen doorgetrokken.



*Door Jos van der Linden LLB,
dossierbehandelaar Geschillencommissie
Zorgverzekeringen*

Het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb vv)

De zorgverzekering biedt dekking voor verpleging en persoonlijke verzorging in de thuissituatie. Het moet dan gaan om zorg zoals verpleegkundigen die 'plegen te bieden' en er moet sprake zijn van een 'geneeskundige context'. Dit laatste wil zeggen dat de zorg gericht moet zijn op het voorkomen van een ziekte of aandoening of verergering hiervan. De indicierend wijkverpleegkundige moet in het zorgplan onderbouwen dat aan beide voorwaarden wordt voldaan.

Verpleging en persoonlijke verzorging kan worden verleend door een thuiszorgorganisatie. Er is dan sprake van zorg in natura. Ook bestaat de mogelijkheid deze zorg zelf in te kopen met een persoonsgebonden budget (pgb vv). Om hiervoor in aanmerking te komen gelden aanvullende voorwaarden. Zo moet een verzekerde in staat zijn het pgb vv te beheren en een goede administratie

kunnen voeren. Ook moet de verzekerde een of meer zorgverleners kunnen aansturen. De geïndiceerde zorg moet namelijk op de juiste momenten worden verleend en de kwaliteit hiervan moet goed zijn.

De commissie heeft in de afgelopen jaren meerdere geschillen over het pgb vv behandeld. In de loop van de tijd zijn de zorgverzekeraars het pgb anders gaan beoordelen. Vroeger stond de vraag centraal of de zorg planbaar was en of een verzekerde in staat was het pgb vv zelfstandig, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te beheren. Vanwege het vervallen van dit criterium is de planbaarheid van zorg minder belangrijk geworden. Het aantal zaken over het kunnen beheren van het pgb vv is ook afgenomen. Wel wordt tegenwoordig veel kritischer gekeken naar het proces van indiceren. Daaruit moet duidelijk volgen dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die 'plegen te bieden'

en een 'geneeskundige context' voor de gewenste zorg. De commissie heeft zich inmiddels diverse malen uitgelaten over de vraag of aan deze twee voorwaarden is voldaan. Daarbij concludeerde de commissie in een groot aantal gevallen dat het proces van indiceren niet is verlopen volgens de

normen die de verpleegkundige beroepsgroep stelt. Niet zelden wordt in de indicatie zorg meegenomen die niet valt onder de Zorgverzekeringswet. Voorts ontbreekt geregeld een duidelijke onderbouwing van de 'geneeskundige context'. De commissie ziet dit in de toekomst graag veranderen.

*Door Robert Jan Kleijn LLB,
dossierbehandelaar Geschillencommissie
Zorgverzekeringen*

Ontwikkelingen wanbetalers

Op 1 juli 2016 zijn met de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen veranderingen gerealiseerd in de wanbetalersregeling. Per 6 juli 2018 zijn aanvullende maatregelen getroffen. Een belangrijke wijziging is dat de aanmelding als wanbetaler bij het CAK moet worden opgeschort als een consument een betalingsregeling afsprekt voor de hele schuld. Daar tegenover staat dat bij het niet-nakomen van de betalingsregeling de aanmelding als wanbetaler direct kan worden hervat. Deze maatregel heeft geleid tot een daling van het aantal premiegerelateerde geschillen, maar ook tot een verandering van het soort zaken. Zo ziet de Geschillencommissie steeds meer zaken waarbij de aanmelding als wanbetaler meerdere keren is opgeschort en hervat. Dit omdat de afgesproken betalingsregelingen niet of niet tijdig werden nagekomen.

Mogelijk neemt het aantal premiegerelateerde geschillen in 2021 toe, als gevolg van betalingsproblemen die zijn ontstaan door corona. In 2020 kregen we hier nog geen signalen over.



Verder heeft de commissie zich in 2020 een aantal keren gebogen over verjaarde vorderingen in relatie tot de opschorting als wanbetaler, de afmelding als wanbetaler en de mogelijkheid om de zorgverzekering op te zeggen. In alle situaties is geoordeeld dat de verjaarde vordering is aan te merken als een natuurlijke verbintenis en niet (meer) als een vordering die voortvloeit uit de zorgverzekering. Dit betekent dat de opschorting en afmelding als wanbetaler bij het CAK, of de opzegging van de zorgverzekering bij de verzekeraar de verzekerde niet meer kan worden tegengeworpen. Wel mag de verzekerde het openstaande bedrag alsnog betalen. De verzekeraar hoeft dit bedrag dan niet terug te betalen, omdat het niet gaat om onverschuldigde betaling.

Bijdragen aan optimaliseren zorgverzekeringsstelsel

Bij het behandelen van klachten ziet de SKGZ goed 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 de zorgverzekeraars, toezichthouders, beleidsmakers en de pakketbeheerder Zorginstituut Nederland. Zo draagt de SKGZ bij aan een verdere verbetering van het zorgverzekeringsstelsel.

Informatieverstrekking aan individuele zorgverzekeraars

Ieder kwartaal deelt de SKGZ cijfers over de ontvangen klachten met individuele zorgverzekeraars. Inzicht in het aantal en type klachten helpt zorgverzekeraars om hun dienstverlening te verbeteren en klachten te voorkomen. De SKGZ bespreekt deze cijfers en signalen met de individuele zorgverzekeraars tijdens werkbezoeken. In 2020 waren de meeste van deze werkbezoeken digitaal.

Type signalen

Een signaal kan bijvoorbeeld zijn dat de SKGZ van een zorgverzekeraar veel of juist weinig premieklachten ontvangt. Hoe kan dat? En als er weinig klachten zijn, wat kunnen andere zorgverzekeraars hiervan leren?

Signalen kunnen ook gaan over de vastgestelde klachtenprocedure. Soms is er reden om van die procedure af te wijken. Zo kan telefonische bemiddeling slim zijn bij klachten die haast hebben, bijvoorbeeld als iemand onverzekerd is geworden. Een klacht kan dan mogelijk snel en efficiënt worden opgelost. Tijdens een werkbezoek kunnen zulke opties met een zorgverzekeraar worden besproken.

Sommige signalen deelt de SKGZ ook buiten werkbezoeken om. Bijvoorbeeld als consumenten aangeven dat een zorgverzekeraar niet goed bereikbaar is. Hier kan een zorgverzekeraar dan direct iets aan doen.

Door het geven van feedback aan individuele zorgverzekeraars draagt de SKGZ bij aan verbetering van het proces. Hierdoor worden nieuwe klachten voorkomen.

Overleg met toezichthouders, beleidsmakers en de pakketbeheerder

Om toezichthouders, beleidsmakers en de pakketbeheerder inzicht te geven in het functioneren van het stelsel delen wij jaarcijfers en trends met hen. Een praktisch voorbeeld hiervan is de jaarlijkse bijdrage van Zorgverzekeringslijn aan de [Verzekerdenmonitor van VWS](#) en de bijdrage van de SKGZ aan de www.monitorzvwpgb.nl.

Kennisdeling

Voorkomen is beter dan genezen. De SKGZ is specialist op het gebied van zorgverzekeringen. Om het ontstaan van problemen te voorkomen, deelt de SKGZ haar kennis.

Dat gebeurt met name door:

- Publicatie van alle (geanonimiseerde) bindende adviezen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen op www.kpzy.nl.
- Het organiseren van congressen of webinars.
- Het geven van voorlichting en advies door Zorgverzekeringslijn over het omgaan met, en voorkomen van zorgverzekeringsschulden.
- Het beantwoorden van vragen van consumenten.

Aanbevelingen

Tot slot doet de SKGZ in meer algemene zin aanbevelingen aan de zorgverzekeraars. Drie actuele voorbeelden zijn:

1.

We adviseren de zorgverzekeraars bij twijfel over de indicatie voor een pgb vv contact op te nemen met de indicierend verpleegkundige.

In 2020 nam het aantal klachten over het pgb vv toe. Veel problemen kunnen worden voorkomen door een goede indicatiestelling, die voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep. Helaas is hiervan niet altijd sprake.

De zorgverzekeraar kan meestal goed beoordelen of Wlz- of Wmo-zorg is geïndiceerd. Hetzelfde geldt voor het criterium 'plegen te bieden', de 'geneeskundige context' en de doelmatigheid van de zorg.

Anders is het bij het vaststellen van de zorgbehoefte in individuele gevallen. De SKGZ ziet hierbij graag dat zorgverzekeraars wegblijven bij het zelf stellen van een indicatie. Als de indicatiestelling voor het pgb vv door de verpleegkundige slecht onderbouwd is, dan kan de zorgverzekeraar de aanvraag afwijzen. Bij twijfel hierover is het raadzaam om contact te zoeken met de zorgverlener.

2.

Om te voorkomen dat consumenten onterecht onverzekerd raken, adviseren we iemand niet te snel uit te schrijven.

De richtlijn 'gerede twijfel' geeft zorgverzekeraars handvatten voor situaties waarin de zorgverzekering moet worden stopgezet. Als iemand bijvoorbeeld emigreert, dan eindigt de verzekeringsplicht. De emigratie moet worden gemeld bij de zorgverzekeraar. Die kan de zorgverzekering dan stopzetten. Maar vaak wordt die melding niet gedaan. De richtlijn biedt dan uitkomst.

De laatste tijd ziet de SKGZ dat zorgverzekeraars de richtlijn soms te strikt toepassen. Daardoor wordt de zorgverzekering onterecht stopgezet. Dit kan gebeuren als iemand door verlies van werk een huurachterstand krijgt en uit de woning wordt gezet. De BRP-check (Basisregistratie Personen) leidt dan tot een brief, die natuurlijk niet bij deze persoon aankomt. De zorgverzekering wordt vervolgens stopgezet. Maar betrokkene is nog

steeds verzekeringsplichtig. Om weer verzekerd te raken, moet de Sociale Verzekeringsbank (SVB) eerst een verklaring afgeven. Dit kost tijd, waarna de achterstallige premie nog moet worden betaald. Soms zorgt dat voor nieuwe problemen.

Vrijwel iedereen vindt het belangrijk dat mensen verzekerd blijven en geen zorgschulden oplopen. De SKGZ vraagt daarom aandacht voor het voorkomen van het onterecht stopzetten van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar zou kunnen overwegen zelf de controle via de SVB uit te voeren. Zeker bij het ontvangen van signalen over een woninguitzetting. Dit is natuurlijk niet verplicht. Ook kan een andere vorm van contact of het toestaan van een langere reactietijd helpen om problemen tegen te gaan.

3.

Soms wijkt een telefonische toezegging af van de verzekeringsvoorwaarden. In dat geval adviseren we de zorgverzekeraars om zelf een schriftelijke bevestiging hiervan te sturen.

Ieder jaar zien we problemen ontstaan rond telefonische afspraken die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden. Achteraf is het vaak lastig om te weten te komen wat er aan de telefoon precies is gezegd. Aantekeningen van het gesprek helpen meestal maar een beetje. Volgens de regels moet de consument die zich hierop beroept aannemelijk maken dat er een telefonische toezegging is gedaan. Vaak denken mensen echter dat de bewijslast bij de zorgverzekeraar ligt. De consument kan misverstanden voorkomen door een schriftelijke bevestiging van

de afspraak te vragen (artikel 5 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit). Als er een afspraak is gemaakt die afwijkt van de verzekeringsvoorwaarden, moedigt de SKGZ de verzekeraar aan hiervan standaard een schriftelijke bevestiging te sturen. Dit kan veel discussie voorkomen.

Verdere ideeën en verbeterpunten van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen leest u op pagina 17 en 23.



Bedrijfsvoering bij de SKGZ

De SKGZ wil zich ieder jaar blijven ontwikkelen en verbeteren. In dit hoofdstuk vindt u de cijfers over de bedrijfsvoering van de SKGZ:

- Medewerkers SKGZ
- Doorlooptijd
- Klantwaardering
- Doeltreffendheid
- Financiën

Medewerkers SKGZ

Eind 2020 had de SKGZ 42 medewerkers. Om ons werk goed te kunnen doen, moeten onze medewerkers actuele kennis en expertise hebben. Daarom besteden we veel aandacht aan scholing en opleidingen, individueel en in teams.

We nodigen daarvoor graag deskundigen uit van buiten de SKGZ. In 2020 vond er een scholing plaats over het thema 'Aanspraak op geneesmiddelen ten laste van de zorgverzekering'. Ook wisselden we tijdens een congres kennis uit met collega's van andere ADR-instellingen.

Vanaf half maart gingen we over op digitale interne scholing. Waar dit niet digitaal kon plaatsvinden, stelden we het uit naar 2021.

In maart 2020 veranderde de werkomgeving van onze medewerkers rigoureus. Aandacht voor een goede werkhouding en voldoende beweging werd daarmee extra belangrijk. Daarom deelde de nieuw opgerichte 'fitcommissie' regelmatig tips.



Thuiswerken
2020



ZORGVERZEKERINGSLIJN
Tips, training & advies

Verskillende thuiswerkplekken van collega's

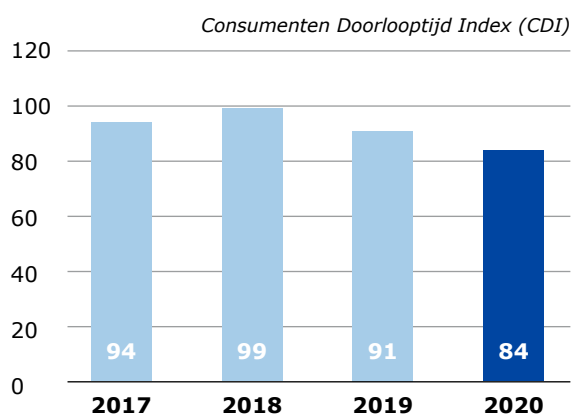
Doorlooptijd

Op de pagina's 16 en 22 staat de doorlooptijd van de procedure bij de SKGZ per fase. Als de consument de procedures van de Ombudsman én de Geschillencommissie doorloopt, is de doorlooptijd uiteraard langer.

Voor de SKGZ is het belangrijk grip te hebben op de doorlooptijd zoals de consument die ervaart. Vanaf de eerste mail of brief tot de eventuele uitspraak van de Geschillencommissie. Hiervoor gebruiken wij de Consumenten Doorlooptijd Index (CDI). Deze index laat het gemiddelde aantal dagen zien vanaf het indienen van de klacht tot het laatste contactmoment.

Het is goed om te zien dat de CDI in 2020 verder is gedaald. Een mooi resultaat van een jaar waarin sterk is ingezet op nog efficiënter werken. Met een

toegenomen productiviteit en een kortere doorlooptijd als gevolg, ondanks de invloed van het coronavirus.



Klantwaardering

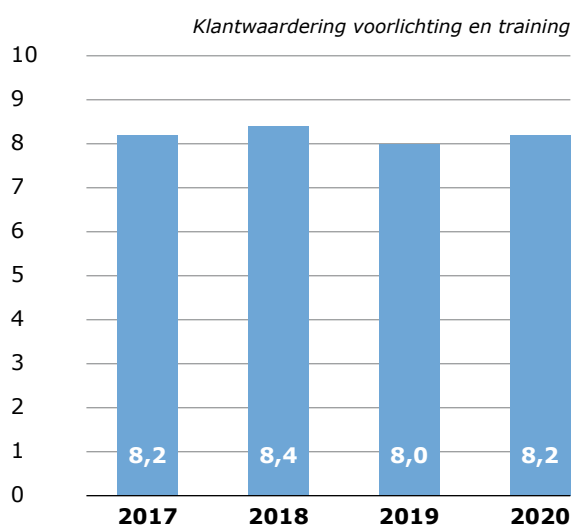
Door alle eerder beschreven inspanningen kon het geven van voorlichting en het behandelen van klachten en geschillen vorig jaar gewoon doorgaan.

Voorlichting en training

De diensten van Zorgverzekeringslijn kregen een gemiddeld rapportcijfer van 8,2. Het verschil tussen de waardering van de e-learning en de gewone training is minimaal.

Mensen stelden het digitaal aanbieden van de training en voorlichting op prijs:

"Fijn dat de trainingen toch op deze wijze door kunnen gaan. De uitleg was duidelijk, zeker als je de hand-outs nog nagestuurd krijgt."

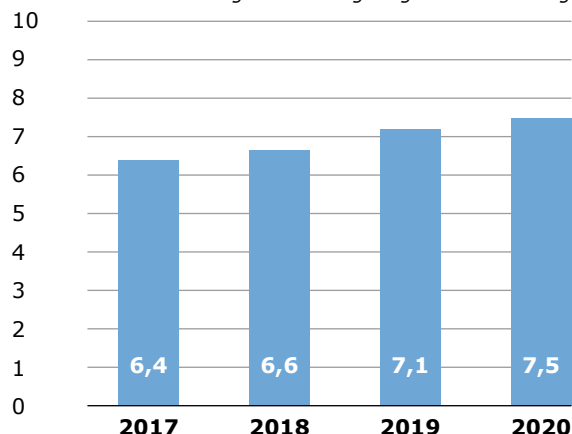


Behandeling van klachten en geschillen

In totaal steeg de gemiddelde klanttevredenheid in 2020 met 0,4 punt: van een 7,1 in 2019 naar een gemiddelde van 7,5 in 2020. Zeker in een uniek jaar als 2020 zijn we daar trots op.

Nevenstaande grafiek laat het verloop van de gemiddelde klanttevredenheid zien.

Klantwaardering bemiddeling en geschilbeslechting



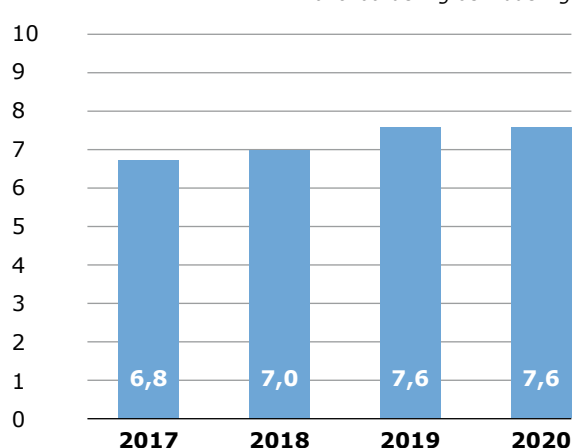
Bemiddeling

Het ombudsteam kreeg gemiddeld een 7,6 voor zijn bemiddelingen. Hierbij valt op dat sommige mensen denken dat de Ombudsman Zorgverzekeringen hun belangen behartigt. Zo werd de vraag over mogelijke verbeterpunten beantwoord met "de consument meer gelijk geven". Dat kan niet, omdat de Ombudsman onafhankelijk en onpartijdig is.

Een mooi citaat uit een enquête:

"Uw instantie is er echt voor de normale mens die in de wirwar van bureaucratie niet verder komt, hier een helpende hand vindt en je ondersteunt tot de zaak de juiste oplossing heeft gekregen."

Klantwaardering bemiddeling



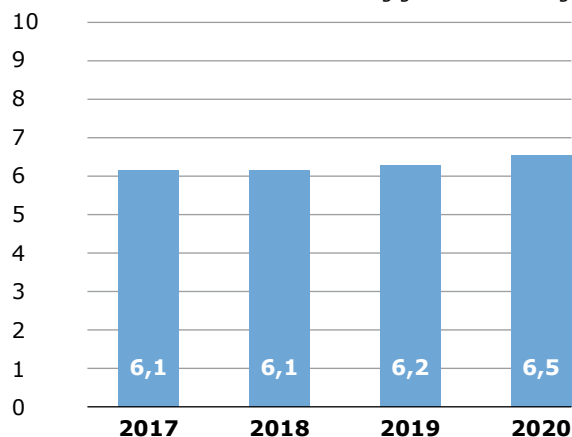
Geschilbeslechting

Bij de Geschillencommissie Zorgverzekering ligt het gemiddelde cijfer altijd wat lager dan bij de Ombudsman. Bij de Ombudsman is namelijk meer ruimte voor bemiddeling. De Geschillencommissie werkt binnen de strakke kaders van de Zorgverzekeringswet. De waardering voor de Geschillencommissie steeg licht tot een 6,5. Consumenten vonden het prettig dat de SKGZ het hele jaar telefonisch bereikbaar was en dat zittingen ondanks corona gewoon doorgingen, via beeldbellen.

Een mooi citaat uit een enquête:

"Goed bereikbaar. Goede communicatie. Tevreden met de wijze waarop u invulling gaf aan de hoorzitting."

Klantwaardering geschilbeslechting



Klachten over de SKGZ

In 2020 werd negen keer geklaagd over de SKGZ. Vaak waren dit consumenten die het niet eens waren met de uitkomst van de bemiddeling of het bindend advies. Eenmaal klaagde een consument met een beperking dat het moeilijk was zelfstandig, zonder gemachtigde, een klacht in te dienen.

In samenspraak met de consument is naar een oplossing gezocht. Wij vinden het namelijk belangrijk dat iedereen kan participeren. Dat betekent dat iedereen op zijn manier bij ons een klacht kan indienen.

Doeltreffendheid

Eens per twee jaar laat de SKGZ de doeltreffendheid van de klacht- en geschilprocedure onderzoeken. Het laatste onderzoek werd uitgevoerd in 2019 door USBO Advies. De uitkomsten van dit [onderzoek](#) zijn vorig jaar gedeeld. In 2020 lag de focus op het behouden van de sterke punten en het verder opvolgen van de adviezen van het USBO.

Vereenvoudigen bindende adviezen

USBO adviseerde ons het bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen te vereenvoudigen. Daarom heeft in 2020 een lezerspanel feedback gegeven op de bindende adviezen. Daarmee zijn verschillende teksten in de bindende adviezen aangepast.

Verkorten doorlooptijd

Als tweede adviseerde USBO ons te blijven werken aan de doorlooptijd zoals consumenten die ervaren, zonder dat dit ten koste gaat van de juridische zorgvuldigheid. Zoals op pagina 32 te lezen is, nam de doorlooptijd in 2020 dankzij verschillende inspanningen flink af. Een mooi resultaat.

Bereiken van specifieke doelgroepen

USBO raadde ook aan te blijven werken aan het bereiken van specifieke doelgroepen. Daarom is de SKGZ in februari 2020 gestart met de inzet van Google Advertenties. Door te adverteren op de juiste zoekwoorden vinden mensen de SKGZ op het moment dat het nodig is. Gemiddeld een derde van de klachten komt binnen via Google Advertenties. Hiermee bereiken wij een doelgroep die ons anders mogelijk niet had gevonden. Daarnaast is de folder 'Zo helpt de SKGZ u op weg' gemaakt. Deze folder informeert consumenten als zij een klacht hebben over hun zorgverzekeraar.

De folder is gratis te bestellen op de [website van Zorgverzekeringslijn](#). Op deze manier bereikt de SKGZ een nieuwe doelgroep via hulpverleners uit het netwerk van Zorgverzekeringslijn.

Evaluatie SKGZ-procedure 2017-2018



Balans per 31 december 2020

Na resultaatbestemming (bedragen in euro)

	31 december 2020	31 december 2019
ACTIVA		
Vaste activa		
<i>Immateriële vaste activa</i>		
Digitalisering	-	-
<i>Materiële vaste activa</i>		
Overige vaste bedrijfsmiddelen	325.434	305.571
<i>Financiële vaste activa</i>		
Waarborgsom	33.931	33.931
Vlottende activa		
<i>Vorderingen</i>		
Overige vorderingen en overlopende activa	89.807	80.021
<i>Liquide middelen</i>	1.038.449	1.082.531
Totaal	1.487.621	1.502.054

	31 december 2020	31 december 2019
PASSIVA		
Stichtingsvermogen		
Bestemmingsreserves	864.529	688.849
<i>Overige reserves</i>	-	-
Bestemmingsfonds egaliseringsreserve VWS	121.181	111.367
	985.710	800.216
Voorzieningen		
Overige voorzieningen	33.266	28.768
Kortlopende schulden		
Schulden aan leveranciers en handelskredieten	29.166	120.018
<i>Belastingen en premies sociale verzekeringen</i>	120.025	128.827
Overige schulden en overlopende passiva	319.454	424.225
	468.645	673.070
Totaal	1.487.621	1.502.054

Staat van baten en lasten over 2020

(Bedragen in euro)

	Uitkomst 2020	Begroot 2020	Uitkomst 2019
Baten			
Bijdrage zorgverzekeraars	3.448.602	3.442.800	3.293.648
Overige overheidsbijdragen en -subsidies	1.078.923	1.186.506	1.005.851
Bijdrage geschillen	12.137	15.725	11.359
Financiële baten en lasten	-3.519	-1.500	-797
Som der baten	4.536.143	4.643.531	4.310.061
Lasten			
Personeelskosten	1.743.219	1.614.040	1.887.190
Sociale lasten en pensioenpremies	600.309	571.145	548.630
Overige personeelskosten	58.450	143.464	171.990
Afschrijvingen materiële vaste activa	34.887	54.750	37.770
Bestuur, geschillencommissie en ombudsman	338.602	404.500	391.416
Huisvesting	126.549	143.250	134.581
Automatisering en digitalisering	194.087	210.999	196.333
Bureaunkosten	100.037	97.125	116.948
Profilering en communicatie	68.248	156.499	99.939
Overige stichtingskosten	21.397	11.250	12.179
Zorgverzekeringslijn	1.064.864	1.186.505	1.006.683
Som der organisatielasten	4.350.649	4.593.527	4.603.659
Netto resultaat	185.494	50.004	-293.598
Resultaatbestemming			
Bestemmingsreserve discontinuïteit	125.680		488.849
Bestemmingsreserve profilering en communicatie	50.000		-
Bestemmingsfonds Egalisatiereserve VWS	9.814		-833
Overige reserves	-		-781.614
Totaal	185.494		-293.598



En verder ...



En verder ...

- Woordenlijst
- Aangesloten zorgverzekeraars
- Handig om te weten
- Hoe u ons bereikt

Woordenlijst

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

ADR-instanties ADR staat voor Alternative Dispute Resolution. 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 zich moeten houden.

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 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.

KPZV Afkorting van Kennisplein Ziektekostenverzekeringen. Op deze website (www.kpzv.nl) staan alle uitspraken van de Geschillencommissie.

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

Nederlandse Zorgautoriteit Controleert of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de regels houden.

ODR-platform De website van de Europese Commissie voor online geschilbeslechting.

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.

SKGZ Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Vexatoir De klachtenprocedure gebruiken waarvoor die niet bedoeld is.

VWS ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wmo-zorg Zorg die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zorginstituut Nederland Bevordert de kwaliteit van onze gezondheidszorg en adviseert over de inhoud van de verplichte zorgverzekeringen.

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

Zvw-pgb Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Alle zorgverzekeraars zijn aangesloten

In 2020 waren de hieronder genoemde bedrijven aangesloten bij de SKGZ. Dit zijn alle in Nederland actieve zorgverzekeraars. In het overzicht worden ook de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens een zorgverzekeraar.

- | | |
|---|--|
| 1. Achmea Zorgverzekeringen N.V. | 21. N.V. Zorgverzekeraar UMC |
| 2. Aevitae B.V. / Aevitae Beheer B.V. | 22. OHRA Zorgverzekeringen N.V. |
| 3. AnderZorg N.V. | 23. Onderlinge Waarborgmaatschappij CZ groep, U.A. |
| 4. ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. | 24. Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. |
| 5. ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. | 25. Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. |
| 6. Caresco B.V. | 26. One Underwriting B.V. |
| 7. Centrale Zorgverzekeringen NZV. N.V. | 27. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. |
| 8. CZ Zorgverzekeringen N.V. | 28. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. |
| 9. De Friesland Zorgverzekeraar N.V. | 29. OOM Global Care N.V. |
| 10. DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. | 30. Onderlinge Waarborgmaatschappij Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. |
| 11. Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. | 31. VGZ Zorgverzekeraar N.V. |
| 12. Eno Zorgverzekeraar N.V. | 32. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. |
| 13. EUCARE Insurance PCC Ltd | |
| 14. FBTO Zorgverzekeringen N.V. | |
| 15. Interpolis Zorgverzekeringen N.V. | |
| 16. iptiQ Life S.A. | |
| 17. IZA Zorgverzekeraar N.V. | |
| 18. Menzis N.V. | |
| 19. Menzis Zorgverzekeraar N.V. | |
| 20. N.V. Univé Zorg | |

Dit overzicht is opgemaakt op 10 maart 2021.

Zo bereikt u ons

Handig om te weten

Heeft u een vraag over een probleem met uw zorgverzekeraar?

Kijk op www.skgz.nl. Of bel met 088 900 6 900. Wij zijn van maandag t/m vrijdag bereikbaar tussen 08.30 en 17.00 uur.

Bent u journalist en heeft u vragen aan de SKGZ?

Neem dan contact op met Sonja Schröder. Zij is bereikbaar via telefoonnummer 088 900 6 900 of per e-mail: communicatie@skgz.nl.

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

Ga naar www.kpzv.nl. Daar vindt u alle uitspraken van de Geschillencommissie. Op de hoogte blijven? Meldt u dan via de website aan voor het uitsprakenoverzicht. Dit overzicht verschijnt elke 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.

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. Meldt dit dan op datalek@skgz.nl. Wij kunnen het datalek dan beoordelen en daarop actie ondernemen.

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

 **SKGZ**
ombudsman en geschillencommissie zorgverzekeringen



Colofon

Beeld

Bergh Fotografie, Bfoto, Niek Stam,
Asman Khan en Renzo Koopmans

Tekstredactie

Luvi Media

Vormgeving

Brût Communicatie

Zeist, April 2021



Alle rechten voorbehouden.

Overname van informatie uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding: SKGZ, Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Jaarverslag 2020, www.skgz.nl. Bij overname van de informatie stellen wij de toezending van betreffende publicatie op prijs.

