



Universiteit Utrecht



Evaluatie SKGZ-procedure 2013-2016

USBO
advies

Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)

Eindrapport

Januari 2018

Evaluatie SKGZ-procedure 2013-2016

Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)

Aline Bos
USBO advies
Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Universiteit Utrecht

31 januari 2018

COLOFON

Titel: Evaluatie SKGZ-procedure 2013-2016. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de procedure van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Opdrachtgever: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Auteur: Aline Bos

Utrecht, 31 januari 2018

USBO advies (departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap)

Universiteit Utrecht

INHOUD

Deel I: Introductie

Inleiding	8
Onderzoeksvragen en procedure	10
Aanpak	14

Deel II: Resultaten

1. Beschikbaarheid en toegankelijkheid	18
2. Juridische bijstand	24
3. Kosten	26
4. Informatie- voorziening	28
5. Doorlooptijd	32

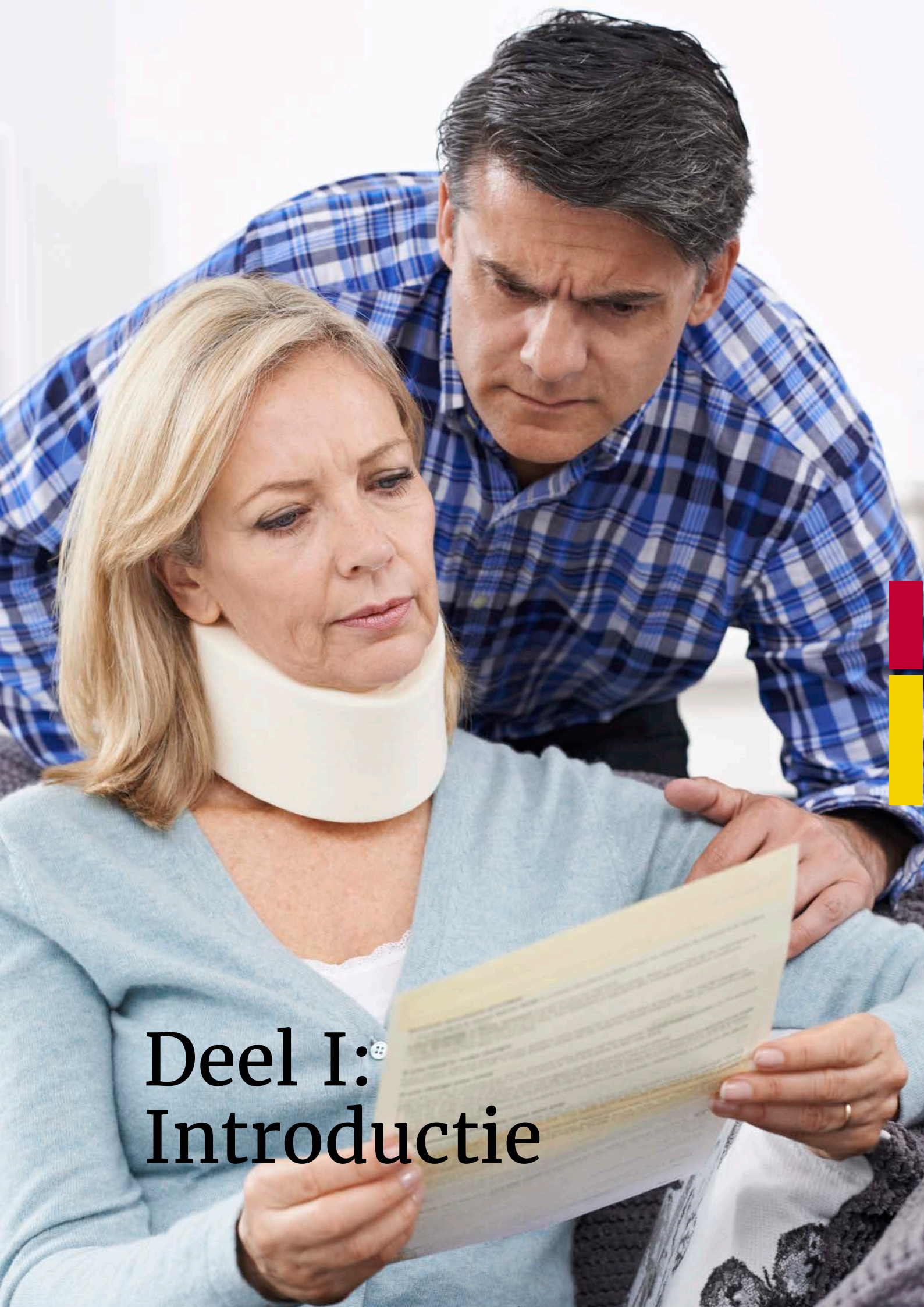
Deel III: Afsluitend

Conclusies & aanbevelingen	40
----------------------------	----

Bijlagen

Bijlage I Bronnenonderzoek	44
Bijlage II Respondenten	46
Bijlage III Aangesloten organisaties	48





Deel I: Introductie



Inleiding

Alle in Nederland actieve zorgverzekeraars¹ zijn aangesloten bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ helpt problemen tussen verzekerde en zorgverzekeraar op een onpartijdige manier op te lossen en te voorkomen door voorlichting, bemiddeling en (niet-)bindend advies.

In 2006 trad de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking. Naar aanleiding van deze Zvw richtten Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiëntenfederatie Nederland² de SKGZ op. De al bestaande Ombudsman Zorgverzekeringen³ vormde samen met de nieuw opgerichte Geschillencommissie Zorgverzekeringen de SKGZ. Naast een Ombudsman en een Geschillencommissie heeft de SKGZ een driehoofdig bestuur, een directeur en een ondersteunend team van circa 45 medewerkers.

De SKGZ geeft voorlichting, bemiddelt bij klachten via de Ombudsman Zorgverzekeringen en adviseert via de Geschillencommissie Zorgverzekeringen – al dan niet bindend – bij geschillen tussen zorgverzekeraar en verzekerde. Een 'klacht' gaat over de onvrede van een verzekerde ten aanzien van het handelen en/of een beslissing van zijn zorgverzekeraar. Een 'geschil' houdt in dat een klacht – na een interne klachtbehandeling bij de betreffende zorgverzekeraar en vervolgens de eventuele tussenkomst van de Ombudsman – nog niet is opgelost.⁴ De SKGZ start geen onderzoek op eigen initiatief. Ze werkt enkel naar aanleiding van door verzekerden aangebrachte zaken. De stichting neemt een klacht pas behandeling nadat de verzekerde de interne klachtenprocedure bij zijn zorgverzekeraar heeft doorlopen.⁵ In 2016 behandelde de stichting 3.050 klachten en rondde ze 660 geschillen af.⁶ De aard van die klachten en geschillen loopt uiteen. Zij

¹ We gebruiken in dit rapport de gangbare term 'zorgverzekeraar' in plaats van de bredere term ziektekostenverzekeraar. Waar 'zorgverzekeraar' staat kan ook 'ziektekostenverzekeraar' gelezen worden. In bijlage III is een overzicht opgenomen van alle aangesloten verzekeraars.

² De federatie had toen nog de naam 'Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie' (NPCF)

³ De Ombudsman was destijds ondergebracht bij Zorgverzekeraars Nederland.

⁴ Meer precies omschrijven de reglementen van de Ombudsman en de Geschillencommissie van de SKGZ (dd. 9 juli 2015) klachten en geschillen als volgt:

- Klacht: 'Elke blijf van onvrede inzake een zorgverzekering of ziektekostenverzekering tussen een consument en een ziektekostenverzekeraar, dan wel inzake de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'.
- Geschil: 'Elke klacht, voor zover deze na interne klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar en de eventueel daaropvolgende tussenkomst door de Ombudsman, niet tot tevredenheid van de consument is opgelost'.

⁵ Dit volgt uit artikel 114-2 van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

⁶ SKGZ (april 2017), *Jaarverslag 2016. 10 jaar SKGZ*. Zeist

betreffen bijvoorbeeld de vergoeding van behandelingen of de verwerking van persoonsgegevens door een verzekeraar.⁷

Sinds juli 2015 is de SKGZ wettelijk aangemerkt als een 'instantie voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting'.⁸ Deze status verplicht de SKGZ om periodiek de doeltreffendheid van haar procedure te evalueren. De Implementatiewet omschrijft deze verplichting als volgt: een *'evaluatie van de doeltreffendheid van de door de instantie aangeboden procedure en van de mogelijke manieren om de prestaties daarvan te verbeteren'*. De SKGZ heeft USBO advies (departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap, Universiteit Utrecht) gevraagd deze evaluatie uit te voeren voor de periode 2013-2016.

Op basis van gesprekken, documenten- en data-analyse (zie ook het hoofdstuk 'Aanpak') concluderen we in deze evaluatie dat de SKGZ haar procedure zorgvuldig doorloopt, met een voornamelijk juridische oriëntatie. Het belangrijkste aandachtspunt vormt de inzet op brede toegankelijkheid van de procedure. Ook vragen we op basis van de resultaten aandacht voor de definiëring van de doorlooptijden. In de volgende hoofdstukken lichten we dit verder toe. We bespreken eerst de precieze vraagstelling en de procedure van de SKGZ, evenals de aanpak van het evaluatieonderzoek. Vervolgens behandelen we per hoofdstuk de resultaten voor elk wettelijk vereiste. Afsluitend beschrijven we de belangrijkste conclusies en aandachtspunten voor de toekomst. ■

⁷ Spanjaard, M. (2017), Het klanttevredenheidsonderzoek bij de SKGZ, *Tijdschrift voor Klachtrecht*, jaargang 13 nummer 4, november 2017 p. 9-11

⁸ Meer precies: deze verplichting is opgenomen in de Implementatiewet buitengerechtelijke geschillenbeslechting consumenten, paragraaf 7.2, artikel 18, lid h.

Onderzoeksvragen en procedure

Deze evaluatie richt zich op de doeltreffendheid van de procedure van de SKGZ in de periode 2013-2016. We volgen daarbij de uitwerking van 'doeltreffendheid' zoals opgenomen in de Implementatiewet. Dit hoofdstuk start met de uitwerking van de wettelijke vereisten, die we vertalen naar onderzoeksvragen. Het beschrijft vervolgens de klachtenprocedure bij de SKGZ.

Wat 'doeltreffendheid' betekent in het geval van een instantie voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting, zoals de SKGZ, is nader omschreven in artikel 7 van de Implementatiewet (zie het kader op de volgende pagina). Op basis van deze omschrijving zijn de volgende hoofd- en deelvragen opgesteld:

*Hoe doeltreffend was de procedure van de SKGZ in de jaren 2013-2016
en wat zijn aandachtspunten voor de toekomst?*

- 1) Hoe beschikbaar en toegankelijk was de procedure (zowel elektronisch als niet-elektronisch)?
- 2) Welke ruimte hadden partijen om de procedure zonder advocaat of een juridisch adviseur te doorlopen? Tegelijkertijd: hadden partijen, in elk stadium van de procedure, voldoende mogelijkheden om (alsnog) onafhankelijk advies in te winnen of zich door een derde te laten vertegenwoordigen/bijstaan?
- 3) Was de procedure voor verzekerden kosteloos of tegen een geringe vergoeding beschikbaar?
- 4) Bracht de SKGZ partijen bij een geschil op de hoogte zodra ze alle documenten met de relevante informatie had ontvangen?
- 5) Stelde de SKGZ de uitkomst van de procedure beschikbaar binnen een termijn van 90 kalenderdagen vanaf de datum waarop ze het volledige dossier van de klacht had ontvangen? In het geval van zeer complexe geschillen: heeft de SKGZ de partijen tijdig geïnformeerd over een verlenging van 90 kalenderdagen en van de tijd die naar verwachting nodig was om het geschil beëindigen?
- 6) Wat zijn, op basis van de beantwoording van de vragen 1 t/m 5, aandachtspunten voor de toekomst?

Artikel 7

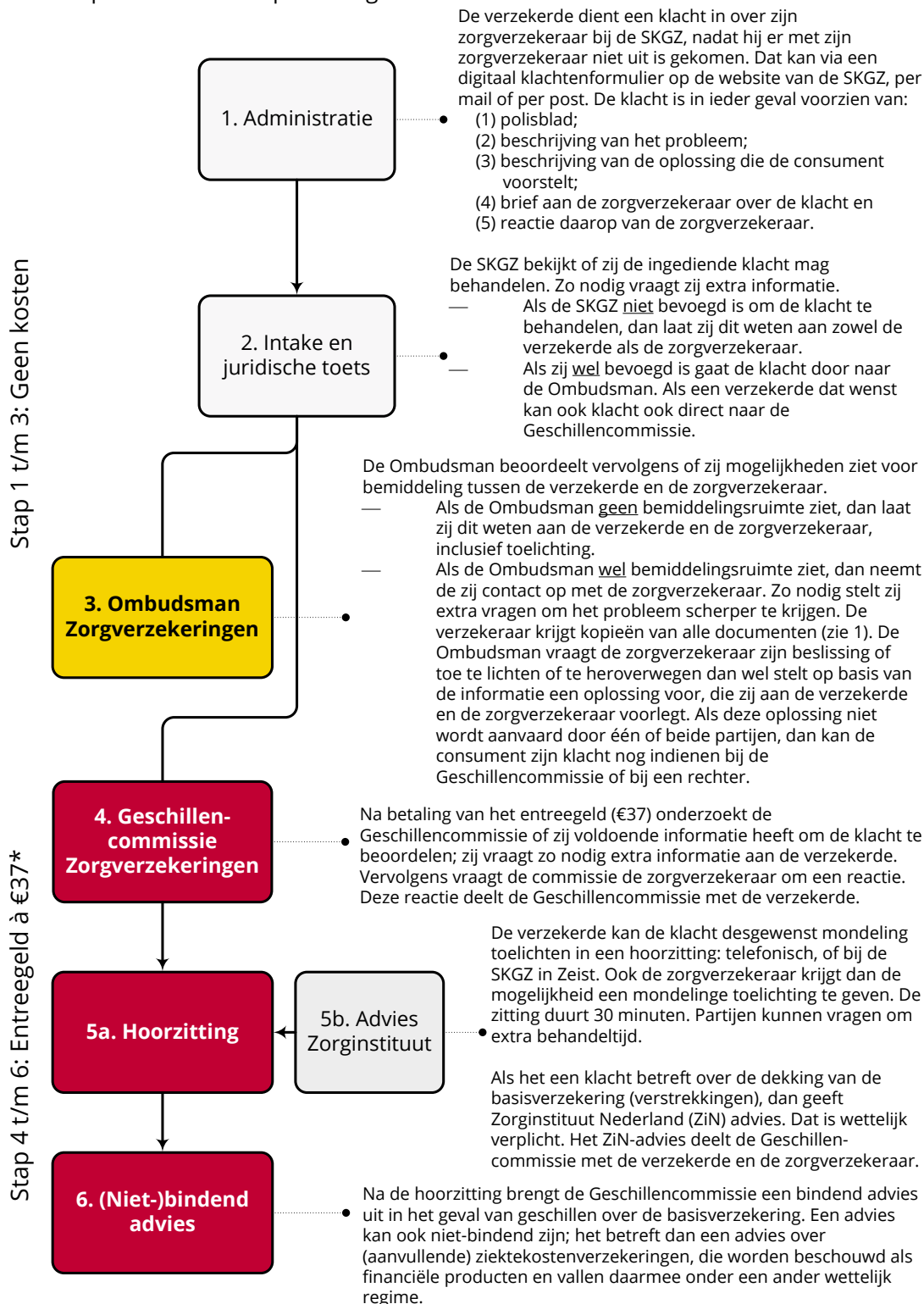
Implementatiewet

De instantie tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting draagt er in haar procesreglement zorg voor dat de procedures tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting doeltreffend zijn en voldoen aan de volgende vereisten:

- a) de procedure is zowel elektronisch als niet elektronisch beschikbaar en gemakkelijk toegankelijk voor beide partijen, ongeacht de plaats waar de partijen zich bevinden;
- b) de partijen hebben toegang tot de procedure zonder verplicht te zijn van een advocaat of een juridisch adviseur gebruik te maken, maar de procedure ontnemt de partijen niet het recht om in enig stadium van de procedure onafhankelijk advies in te winnen of zich door een derde te laten vertegenwoordigen of te laten bijstaan;
- c) de procedure is voor consumenten kosteloos of tegen een geringe vergoeding beschikbaar;
- d) de instantie die een klacht heeft ontvangen, brengt de partijen bij het geschil op de hoogte zodra zij alle documenten met de relevante informatie over de klacht heeft ontvangen;
- e) de uitkomst van de procedure wordt beschikbaar gesteld binnen een termijn van 90 kalenderdagen vanaf de datum waarop de instantie tot buitengerechtelijke geschillenbeslechting het volledige dossier van de klacht heeft ontvangen. In het geval van zeer complexe geschillen kan de met de klacht belaste instantie de termijn van 90 kalenderdagen verlengen. De partijen worden van elke verlenging van die termijn op de hoogte gesteld, alsmede van de tijd die nodig wordt geacht om het geschil te kunnen beëindigen."

Voordat we preciezer ingaan op de resultaten per onderzoeksvraag, beschrijven we eerst de procedure van de SKGZ (zie volgende pagina). Daarbij volgen we de behandeling van een klacht, vanaf de binnenkomt van een klacht. Als een verzekerde het niet eens is met een besluit van zijn zorgverzekeraar, dan kan hij een klacht indienen via de interne klachtenprocedure van de betreffende zorgverzekeraar. Als de verzekerde en zorgverzekeraar er via deze interne klachtenprocedure niet uitkomen, dan kan de verzekerde aankloppen bij de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen en/of de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kunnen deze klacht dan behandelen, mits deze voldoet aan daarvoor gestelde voorwaarden. Circa 80% van de geschillen bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is eerst als klacht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen voorgelegd. ■

De SKGZ-procedure verloopt als volgt:





Aanpak

In dit hoofdstuk lichten we de gehanteerde onderzoeksmethoden toe. Daarnaast maken we vooraf drie opmerkingen over de afbakening van de evaluatie.

ONDERZOEKSMETHODEN

We hebben de volgende onderzoeksmethoden ingezet: documenten- en data-analyse, interviews binnen de SKGZ en interviews met externe stakeholders van de SKGZ.

Documenten- en data-analyse

We analyseerden op systematische wijze verschillende interne documenten en databronnen. Aanvullend bestudeerden we enkele documenten buiten de SKGZ, zoals onderzoeksrapporten en een brief aan de Tweede Kamer (zie bijlage 1 voor een overzicht van bestudeerde documentatie).

De klanttevredenheidsonderzoeken (KTO's), uitgevoerd door de SKGZ, vormde een belangrijke databron. We kregen volledige toegang tot het dossier met deze onderzoeken, tot zowel primaire data (ingevulde vragenlijsten) als ook de analyses daarvan door de SKGZ zelf. Alle verzekerden die contact hebben gehad met de SKGZ (en waarvan een e-mailadres bekend was) kregen een digitale vragenlijst toegestuurd. Een mogelijk risico is dat een minder digitaal vaardige doelgroep ondervvertegenwoordigd is in de resultaten uit de KTO's.

Een andere belangrijke databron was het registratiesysteem C3. We kregen toegang tot de ruwe data uit dit registratiesysteem, waarin alle dossiers zijn opgenomen. Op basis van deze data hebben we de doorlooptijden berekend (zie hoofdstuk 5).

Interviews bij de SKGZ

Binnen de SKGZ voerden we vijf interviews uit (zie bijlage II). In deze interviews focusten we op de werking en positionering van de SKGZ en haar procedure in het algemeen, en meer in het bijzonder op de toegankelijkheid van de procedure, de mogelijkheden voor de verzekerde om zich te laten adviseren en bijstaan ofwel zonder juridische bijstand de procedure te doorlopen, de kosten van de procedure, de informatievoorziening richting verzekerden en de doorlooptijden. De interviews fungeerden in sommige gevallen als oriëntatie vooraf en in andere gevallen ter toetsing of verheldering van tussentijdse resultaten.

Interviews met externe stakeholders

We interviewden vier externe stakeholders van de SKGZ (zie eveneens bijlage II), namelijk: het Zorginstituut Nederland (ZiN), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het KiFiD en de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze interviews focusten op zaken die in de samenwerking met de SKGZ voor deze specifieke instantie relevant waren. In het interview bij het ZiN was een onderwerp van gesprek bijvoorbeeld de tijd die het ZiN nodig heeft om haar advies aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen uit te brengen – met het oog op doorlooptijden bij de SKGZ – terwijl het gesprek bij het ministerie van VWS zich focuste op de werking van de SKGZ-procedure rond dossiers over het persoonsgebonden budget (PGB) verpleging en verzorging.

AFBAKENING EVALUATIE

Over de afbakening van de evaluatie maken we vooraf drie opmerkingen:

Ten eerste betreft dit onderzoek een evaluatie van de *procedure*. Ze richt zich daarmee niet direct op vragen over bijvoorbeeld de positionering van de SKGZ ten opzichte van zorgverzekeraars en verzekerden, haar organisatorische vormgeving met zowel een Ombudsman als een Geschillencommissie binnen één organisatie of de financiële huishouding van de stichting.

Ten tweede vermelden we vooraf dat de eerder aangehaalde wetteksten (zie het kader op pagina 11) geen onderscheid maken tussen de Geschillencommissie en de Ombudsman en ook niet tussen een klacht en een geschil. In de praktijk van de SKGZ zijn de Ombudsman (klachten) en de Geschillencommissie (geschillen) gescheiden onderdelen, met elk hun eigen termijnen en werkwijzen. Toch gebruikt ook de SKGZ in haar communicatie bewust de term 'klacht' voor zowel geschillen als klachten – omdat verzekerden dit onderscheid (vooraf) niet altijd maken. In dit rapport spreken we over 'klachten'. Alleen daar waar nodig maken we expliciet het onderscheid tussen klachten en geschillen.

Ten slotte is het relevant om vooraf te vermelden dat de zogenoemde 'Zorgverzekeringslijn' buiten de reikwijdte van deze evaluatie valt. De Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het ministerie van VWS. Zij is sinds 2013 ondergebracht bij de SKGZ. De opdracht aan de Zorgverzekeringslijn is het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden, bijvoorbeeld via gastlessen op scholen, aan jongeren rond de 18 jaar. ■

A man with a goatee and short dark hair, wearing a grey blazer over a white button-down shirt, is seated at a light-colored wooden table. He is looking towards a woman on the right side of the frame. The woman is out of focus, wearing a light-colored sleeveless top. Another man is partially visible on the left side of the frame, also looking towards the woman. The background shows a bright, modern office space with large windows.

Deel II: Resultaten



1. Beschikbaarheid en toegankelijkheid

De eerste evaluatievraag luidt: *hoe beschikbaar en toegankelijk is de procedure van de SKGZ, zowel elektronisch als niet-elektronisch?* We stellen vast dat de procedure van de SKGZ online goed vindbaar is; offline lijkt die vindbaarheid de afgelopen jaren verminderd. Verder biedt de SKGZ uitstekende mogelijkheden voor het online of offline indienen van een klacht. Ten slotte is de procedure breed toegankelijk, al is de toegankelijkheid ook een aandachtspunt. Het gaat dan om meer begrijpelijke en persoonlijke communicatie, en de toegankelijkheid voor laagopgeleiden en niet-Nederlands sprekende verzekerden.

Hierna gaan we eerst in op de *beschikbaarheid* van de procedure. Daarna lichten we de resultaten toe voor de *toegankelijkheid* ervan.

BESCHIKBAARHEID

Beschikbaarheid interpreteren we in deze evaluatie enerzijds als (a) de mate waarin de klachtenprocedure van de SKGZ zowel online als offline *vindbaar* is, en (b) de mate waarin de klachtenprocedure van de SKGZ ruimte biedt om een klacht op verschillende manieren – zowel online als offline – *kenbaar te maken*.

Vindbaarheid

De (klachtenprocedure van de) SKGZ is *online* goed vindbaar. Zo is ze vermeld op diverse websites die een verzekerde logischerwijs bezoekt als hij met zijn zorgverzekeraar niet tot overeenstemming komt over de oplossing van een klacht. Allereerst is de website van de SKGZ zelf goed vindbaar (eerste hit bij de zoekterm 'klacht zorgverzekeraar'). Op die website is vervolgens direct zichtbaar waar en hoe een verzekerde een klacht kan indienen. Ten tweede verwijzen zorgverzekeraars op hun websites – onder het tabblad 'klachten' – door naar de website van de SKGZ. Ook op andere voor de hand liggende zoekplaatsen is de verwijzing naar de SKGZ goed te vinden, zoals zorgklacht.nl, zorgwijzer.nl, rijksoverheid.nl, consumentenbond.nl en landelijkmeldpuntzorg.nl.

Op andere websites is een verwijzing naar de SKGZ echter niet of lastig te vinden, terwijl die daar wel op zijn plaats lijkt, zoals bij de Nederlandse Patiëntenfederatie, Zorgbelang, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland. Overigens is het opvallend dat de SKGZ vrijwel afwezig is op de sociale media.⁹

De *offline* vindbaarheid van de procedure is beperkter. De polisvoorwaarden van zorgverzekeraars vermelden een verwijzing naar de SKGZ-procedure. Ook moet de procedure vermeld staan in de afwijzingsbrief van de zorgverzekeraar, die de verzekerde ontvangt als de zorgverzekeraar niet tegemoet komt aan een klacht. Overigens wijst de SKGZ er op dat zorgverzekeraars hun interne klachtenprocedures steeds vaker telefonisch in plaats van schriftelijk afhandelen. Daardoor is het niet altijd goed herleidbaar of de zorgverzekeraar de verzekerde wijst op de mogelijkheid van de SKGZ-procedure. Bovendien rijst de vraag of de verzekerde deze mogelijkheid überhaupt goed registreert als hij net daarvoor te horen heeft gekregen dat de verzekeraar zijn klacht afwijst.

Voorheen werkte de SKGZ ook met hard copy brochures over de stichting en haar procedure. Sinds april 2014 stuurt de SKGZ deze folders echter niet meer op; de folder is nog wel beschikbaar op de website. Bij afwezigheid van een hard copy brochure stuurt de SKGZ desgewenst een print (leaflet) van de digitale brochure. Momenteel werkt de SKGZ aan een nieuwe folder, die naar verwachting begin 2018 gereed zal zijn.

Overigens is het in het kader van de beschikbaarheid positief dat de SKGZ sinds 2006 al haar bindende adviezen openbaar maakt via de website <http://www.kpzv.nl/>. Hiermee is zij zeer transparant over (de uitkomsten van) haar procedure.

Mogelijkheden kenbaar maken klacht

Het tweede aspect van beschikbaarheid betreft de mate waarin de procedure zelf – zowel online als offline – ruimte biedt om een klacht kenbaar te maken. Hier blijkt dat verzekerden een klacht *online* kunnen indienen via het digitale klachtenformulier op de website van de SKGZ of via de e-mail. Daarbij kunnen verzekerden meteen de benodigde bijlagen toevoegen, maar dat kan ook op een later moment. Daarnaast is het *offline* mogelijk om het klachtenformulier van de SKGZ per post te ontvangen en retour te sturen of om de klacht in te dienen met een brief. Daarbij werkt de SKGZ vanuit één loket: het indienen van een klacht bij de Ombudsman kan via hetzelfde formulier als het indienen van het verzoek om een klacht direct bij de Geschillencommissie voor te leggen.

TOEGANKELIJKHEID

Beschikbaarheid hebben we bovenstaand o.a. geïnterpreteerd als de *vindbaarheid* van de SKGZ-procedure. Toegankelijkheid *volgt* daarop. Toegankelijkheid gaat over de mate

⁹ Wel heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ een Twitter-account (@OmbudsZorgverze). Ook de SKGZ als geheel heeft een Twitter-account (@SKGZ_Zvw), maar beide accounts zijn relatief inactief.

waarin verzekerden de procedure met gemak kunnen doorlopen als ze deze eenmaal hebben gevonden.¹⁰ We doelen dan op de *begrijpelijkheid* van de procedure en de *afwezigheid van (andere) blokkades* bij het doorlopen ervan.

In het algemeen is de procedure van de SKGZ breed toegankelijk. Uit gesprekken bij de SKGZ en de bestudeerde documentatie blijkt dat de SKGZ de afgelopen jaren zichtbaar werk heeft gemaakt van haar toegankelijkheid. Om de begrijpelijkheid van de procedure te vergroten, gebruikt de stichting sinds 2014 *graphics* op haar website. Verder is het doorlopen van de procedure vergemakkelijkt door de introductie van de SKGZ-berichtenbox. Via deze berichtenbox kunnen verzekerden op een veilige manier digitaal (persoons)informatie uitwisselen met de SKGZ.

Tegelijkertijd constateren we ook vier aandachtspunten met betrekking tot de toegankelijkheid van de SKGZ-procedure:

1. Ten eerste geven verzekerden geregeld aan dat ze de communicatie met de SKGZ als (te) formeel-juridisch ervaren.¹¹ In dat kader springt het 'brievenboek' (de set standaardbrieven) in het oog. Al vóór 2013 geven verzekerden aan dat ze de brieven van de SKGZ onduidelijk vinden.¹² Ook over emailcontacten geven verzekerden soms aan dat het 'minder ambtelijk en meer vanuit de klant kan'.¹³ Overigens bevestigen ook sommige externe stakeholders dat de SKGZ een zeer formeel-juridische stijl hanteert in haar communicatie. De behoefte aan duidelijker brieven voor verzekerden, minder juridisch en in meer begrijpelijk Nederlands, is een thema voor de verschillende onderdelen binnen de SKGZ. Met uitzondering van het derde kwartaal in 2016 (Geschillencommissie) geeft steeds minimaal 10% van de respondenten in de KTO's van de SKGZ aan de brief onduidelijk te vinden (zie tabel 1.1).

Tabel 1.1 Percentage respondenten in KTO's dat brieven *onduidelijk* SKGZ vindt¹⁴

Jaar	Brieven secretariaat	Brieven Ombudsman	Brieven Geschillencommissie
2013	21%	10%	16%
2014 (1)	27%	10%	18%
2014 (2)	17%	12%	10%
2015 (1)	14%	13%	16%
2015 (2)	13%	10%	15%
2016 (1+2)	19%	16%	15%
2016 (3)	28%	22%	0%
2016 (4)	23%	16%	24%

¹⁰ Daaronder is ook 'het kunnen doorlopen van de procedures met of zonder juridische bijstand' te scharen. Dat punt nemen we op deze plek niet mee, maar komt in het volgende hoofdstuk apart aan bod.

¹¹ Dit blijkt uit de bestudeerde KTO's, een recent jaarverslag (zie het interview met de ombudsman in het jaarverslag van 2016) en gesprekken bij de SKGZ.

¹² In het KTO van 2012 komt onduidelijkheid in het schriftelijke contact met de SKGZ al naar voren.

¹³ Pagina 3, 20130610 rapportage klanttevredenheidsonderzoek 2012.

¹⁴ In 2013 zijn gegevens van de KTO's enkel over het hele jaar beschikbaar. Voor 2014 en 2015 zijn gegevens per halfjaar uitgewerkt. Voor 2016 zijn resultaten per kwartaal inzichtelijk gemaakt.

Overigens staat dit aandachtspunt over de schriftelijke communicatie met verzekerden bij de SKGZ op de agenda. Ze zoekt naar een 'balans [...] tussen begrijpelijk en juridisch correct taalgebruik'¹⁵: juridische kennis als basis, maar ook gevoel van begrip voor de situatie van de verzekerde. Het SKGZ-bureau heeft in 2015 de inhoud van haar brieven enigszins aangepast.¹⁶ Het team van de Ombudsman werkt sinds 2016 aan de vereenvoudiging van haar brieven,¹⁷ naar het eigen inzicht van de teamleden. Het team van de Geschillencommissie heeft inhoudelijk enkele kleine aanpassingen doorgevoerd in haar adviezen, met name door de argumenten van de verzekerde explicieter weer te geven – ook als deze géén directe juridische relevantie hebben (de reden dat deze argumenten voorheen vaak achterwege bleven). De verwachting is dat verzekerden hun verhaal zo beter herkennen in het bindende advies. Voor alle drie de SKGZ-onderdelen is in 2018 een grondiger aanpak van de wijziging van de brieven gepland.

2. Een tweede aandachtspunt ligt in het verlengde van voorgaand punt. Deze formeel-juridische benadering vertaalt zich naar de communicatiekanalen, die voornamelijk (digitaal) schriftelijk zijn. Dat is enerzijds begrijpelijk in het licht van de taak van de SKGZ: het helpt in de procedure als zaken zwart-op-wit staan en schriftelijke informatie kan gelijktijdig met alle partijen worden gedeeld. Anderzijds hoeft dat telefonische of face to face contacten met zowel verzekerden als zorgverzekeraars niet in de weg te staan. De KTO's tonen de behoefte van verzekerden aan (meer) persoonlijk contact;¹⁸ ook zorgverzekeraars vragen om meer telefonische afstemming.¹⁹

Rond dit aandachtspunt neemt de SKGZ al stappen. Zo heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen in het voorjaar van 2017 een spreekuur ingesteld, naar aanleiding van verzoeken van klagers om in persoon langs te kunnen komen om hun zaak toe te lichten.²⁰ Tot nu toe hebben zes verzekerden van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De eerste signalen over deze mogelijkheid bij verzekerden zijn zeer positief. Daarnaast hebben medewerkers op het secretariaat een telefoontraining gehad voor het te woord staan van verzekerden. Verder hanteert de Ombudsman (per oktober 2014) het beleid dat de ze "outreaching" belt met in elk geval die klagers waarbij de Ombudsman geen ruimte ziet voor bemiddeling²¹ (ca. 20% van de klachten).²² Sinds januari 2015 pakt één medewerker deze taak op, wat leidt tot positieve ervaringen, zoals het vergaren van informatie die bemiddeling bij nader inzien tóch mogelijk

¹⁵ KTO 2015 (2).

¹⁶ KTO 2015 (2) en toetsende gesprekken bij de SKGZ.

¹⁷ KTO 2016 (1) en KTO 2016 (2).

¹⁸ Zie bijvoorbeeld KTO 2014 (1), over de Ombudsfase.

¹⁹ Zie daarvoor het KTO onder zorgverzekeraars, 2017 (1), waarin verzekeraars aangeven eerst telefonisch contact te wensen bij aanvullende vragen in plaats van (enkel) schriftelijke uitwisseling. In haar jaarverslag van 2015 merkt de SKGZ al op dat 'telefonisch contact met de zorgverzekeraar vaak [bijdraagt] aan een doeltreffende bemiddeling' (p. 38).

²⁰ Spanjaard, M. (2017), Het klanttevredenheidsonderzoek bij de SKGZ, *Tijdschrift voor Klachtrecht*, jaargang 13 nummer 4, november 2017 p. 9-11.

²¹ Dit zijn de zogenaamde K52 dossiers.

²² KTO 2014 (1) en interview ombudsman.

maakt.²³ De Ombudsman stimuleert dat er ook gebeld wordt in zaken waar wél de mogelijkheid is voor bemiddeling. Het lijkt echter eerst de uitdaging om in elk geval die personen te bereiken waar bemiddeling niet mogelijk is. Het lukt niet altijd om dit doel te behalen. Ook het secretariaat gaat in 2015 meer “outreaching” bellen.²⁴ Op basis van de KTO's – waarin verzekerden is gevraagd of ze telefonisch contact hebben gehad met de SKGZ – is voor de periode 2013-2016 geen duidelijke trend waarneembaar die duidt op meer of juist minder telefonisch contact.

3. Met betrekking tot de toegankelijkheid valt ten derde op dat de kenmerken van de verzekerden die een klacht indienen bij de SKGZ (‘veelal blank, hoog opgeleid, man en boven de 60’) naar verwachting niet representatief zijn voor de daadwerkelijke groep van verzekerden die er niet uitkomt bij een klacht met hun verzekeraar. Bovendien constateert de SKGZ in meerdere KTO's dat het opleidingsniveau afneemt in het verdere verloop van de procedure. Dat wil zeggen dat het opleidingsniveau van verzekerden die zich melden met een klacht bij het secretariaat is lager dan dat van degenen die verder gaan naar de Ombudsman. Bij de Geschillencommissie is vervolgens weer zo'n 10% van de verzekerden méér WO-geschoold dan bij de Ombudsman. De SKGZ constateert in haar eigen analyse dat academisch geschoolden hun zaak meer doorzetten naar de Geschillencommissie;²⁵ ‘de lager opgeleide kan het waarschijnlijk niet zonder hulp’ bij de Geschillencommissie²⁶. Hoewel dit uitdrukkelijk niet een uniek SKGZ-issue is²⁷, vraagt het wel blijvende aandacht. De SKGZ komt hieraan al tegemoet door verzekerden, waar mogelijk, te begeleiden bij het indienen van hun klacht. Op die manier wil de SKGZ de verzekerde op een ‘level playing field’ brengen met de verzekeraar. De verzekerde ‘moet het uiteindelijk wel zelf op papier zetten’.²⁸ De SKGZ worstelt soms wel met deze rol, omdat ze uitdrukkelijk geen belangenbehartiger is voor verzekerden, maar een onpartijdige instantie voor verzekerden en verzekeraars.
4. Ten slotte is de procedure bij de SKGZ in het Nederlands. Een verzekerde kan een klacht wel in het Engels indienen.²⁹ Als verzekerden tijdens de procedure stukken willen voorleggen in een andere taal dan het Nederlands, dan zijn de kosten voor een beëdigd vertaler voor rekening van de verzekerde.³⁰ Dit kan een risico zijn voor verzekerden die geen of slecht Nederlands spreken maar wel in Nederland verzekerd

²³ KTO 2014 (2); ambitie om dit contact zoveel mogelijk op te nemen in deze gevallen ook genoemd in Jaarverslag 2015.

²⁴ Met name in PGB-zaken die dan relatief veel voorkomen.

²⁵ Dit punt wordt herhaaldelijk gemaakt in de KTO's van de SKGZ, zoals bijv. in die van 2014 (1) en 2014 (2).

²⁶ KTO 2015 (1)

²⁷ Zie bijvoorbeeld resultaten in eerder onderzoek over de ‘participatie-elite’ van voornamelijk blanke mannen.

Inzichtelijk is in dit verband is bijvoorbeeld het volgende boek: Bovens, M. & A. Wille (2014), *Diplomademocratie: Over de spanning tussen meritocratie en democratie*. Amsterdam: Bert Bakker.

Uit onderzoek naar vergelijkbare organen als de SKGZ (zogenaamde *Alternative Dispute Resolution* aanbieders in diverse sectoren, in Groot-Brittannië, Duitsland en Frankrijk), blijkt eveneens dat het voornamelijk om mannen gaat (63%) die gemiddeld ouder zijn dan 50 jaar en hoogopgeleid, zie: Creutzfeldt, N. (juni 2016), *Trusting the middle-man: Impact and legitimacy of ombudsmen in Europe*, Westminster Law School, Economic & Social Research Council.

²⁸ Interview SKGZ

²⁹ Bron: <https://www.skgz.nl/klacht-indienen/> [9 november 2017]

³⁰ Reglement Ombudsman, dd. 9 juli 2015

zijn, zoals buitenlandse studenten. Overigens streeft SKGZ er op termijn naar om de mogelijkheid te bieden om de hele procedure in het Engels te doorlopen.³¹ We komen hier in hoofdstuk 3 (over de kosten van de procedure) op terug.

KORTOM

Wat betreft de beschikbaarheid is de procedure van de SKGZ online goed vindbaar, al is de SKGZ vrijwel niet actief op sociale media. Offline is de vindbaarheid van de SKGZ(-procedure) in de loop van de jaren beperkter geworden, nu zorgverzekeraars hun afwijzing na een interne klachtenprocedure met een verzekerde geregeld telefonisch (in plaats van schriftelijk) afdoen en nu de SKGZ geen hard copy brochure meer verspreidt. De online en offline mogelijkheden voor het kenbaar maken van een klacht zijn uitstekend.

De toegankelijkheid van de procedure heeft continue aandacht binnen de stichting. Specifieke aandachtspunten op dit terrein zijn (1) de versterking van de toegankelijkheid van de (schriftelijke) communicatie, (2) het inzetten op meer face to face en/of telefonisch contact, (3) het bereiken van een brede(re) doelgroep en (4) de toegankelijkheid van de procedure voor niet-Nederlands sprekende verzekerden. ■

³¹ Jaarverslag 2016

2. Juridische bijstand

De tweede vraag uit de evaluatie is: *welke ruimte hadden partijen om de procedure zonder advocaat of een juridisch adviseur te doorlopen? Tegelijkertijd: hadden partijen, in elk stadium van de procedure, voldoende mogelijkheden om (alsnog) onafhankelijk advies in te winnen of zich door een derde te laten vertegenwoordigen of bijstaan?* Uit de documentatie blijkt dat verzekerden voldoende ruimte hebben om de procedure zonder juridische bijstand te doorlopen en om op elk gewenst moment alsnog bijstand in te roepen.

De mogelijkheden voor verzekerden om zich juridisch te laten bijstaan of vertegenwoordigen zijn vastgelegd in de reglementen van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekering (zie onderstaand kader). Ze bieden expliciet de mogelijkheid voor de verzekerde om de procedure zonder advocaat of juridisch adviseur te doorlopen of om op elk moment in de procedure (alsnog) onafhankelijk advies in te winnen dan wel zich bij te laten staan door een gemachtigde.

Uit de reglementen

Ombudsman Zorgverzekeringen

Artikel 1 (lid 3): 'De consument kan, doch is daartoe niet verplicht, in elk stadium van de procedure advies inwinnen en/of zich desgewenst laten bijstaan en/of vertegenwoordigen door een gemachtigde.'³²

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 10 (lid 5): 'Partijen kunnen zich tijdens de hoorzitting laten vertegenwoordigen en bijstaan door deskundigen.'³³

Ook in haar (standaard) brief wijst de Ombudsman Zorgverzekeringen op de mogelijkheid om de procedure zowel met als zonder juridische bijstand te doorlopen: 'De procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is eenvoudig. U kunt alles zelf doen. Een advocaat of juridisch adviseur is niet verplicht. Als

³² Reglement Ombudsman Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015

³³ Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015

u wilt, mag u een juridisch adviseur inschakelen. Dit kan in elke stap van de procedure. De kosten hiervan worden door ons niet vergoed.'

In de praktijk maakt circa 15-20% van de verzekerden gebruik van een gemachtigde. In veel gevallen gaat het dan om kinderen die door hun ouders gemachtigd zijn of om behulpzame kennissen. In een heel beperkt aantal van die gevallen maakt de verzekerde gebruik van een professionele partij, zoals een advocaat of een medewerker van een rechtsbijstandsverzekeraar.³⁴

Het beperkte beroep op een professionele partij door verzekerden toont wellicht de eenvoud van de procedure en de mate waarin de SKGZ de verzekerde voorlicht (zie ook pagina 23 over een 'level playing field'). Een mogelijkheid is echter ook dat verzekerden die wel behoefte hebben aan een juridisch adviseur minder geneigd zijn om een procedure bij de SKGZ te starten, bijvoorbeeld vanwege bijkomende kosten.

KORTOM

Op papier hebben verzekerden alle mogelijkheden om de procedure met of zonder juridisch adviseur te doorlopen en kunnen ze op elk moment in de procedure juridische bijstand inroepen. Kosten van juridische bijstand zijn voor eigen rekening. In de praktijk maken weinig verzekerden gebruik van een juridisch adviseur. ■

³⁴ Jaarverslag SKGZ 2015, p. 15; percentages tevens zichtbaar in KTO 's 2013-2016.

3. Kosten

De derde vraag uit de evaluatie luidt: *is de procedure voor verzekerden kosteloos of tegen een geringe vergoeding beschikbaar?* De SKGZ-procedure is kosteloos (Ombudsman) of tegen een gering bedrag (à €37, Geschillencommissie) beschikbaar. Dat is exclusief eventuele kosten voor de vertaling van processtukken en/of voor juridische bijstand.

In de reglementen van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is opgenomen dat de procedure gratis is (Ombudsman) dan wel tegen geringe eigen bijdrage van € 37 toegankelijk (Geschillencommissie). Deze € 37 krijgt de verzekerde vergoed als hij (gedeeltelijk) in het gelijk wordt gesteld. De artikelen daarover zijn opgenomen in onderstaand kader.

Uit de reglementen

Ombudsman Zorgverzekeringen

Artikel 6 (lid 12): 'Aan de behandeling van een klacht door de Ombudsman zijn geen kosten verbonden. Voor zover door partijen kosten zijn gemaakt in verband met de indiening of behandeling van een klacht komen deze voor rekening van de partij die de kosten heeft gemaakt.'³⁵

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 8 (lid 1): 'Indien de Geschillencommissie oordeelt dat het Verzoek zich leent voor verdere behandeling, wordt de consument [...] gevraagd binnen een termijn van vier weken het entreegeld ad € 37,00 aan de Stichting over te maken.'

Artikel 14

(lid 1) De kosten die partijen voor de behandeling van het Verzoek door de Geschillencommissie maken, waaronder het entreegeld zoals genoemd in artikel 8 lid 1, de door een partij aan de zaak bestede tijd, de door een partij gemaakte reiskosten, en de kosten die verband houden met het horen van getuigen en/of deskundigen, zijn voor rekening van de partij die deze kosten maakt.'

(lid 2) In afwijking van artikel 14 lid 1 kan de Geschillencommissie evenwel in het bindend advies bepalen dat het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk wordt gerestitueerd. Daarnaast kan de Geschillencommissie in het bindend advies opnemen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld geheel of gedeeltelijk aan de consument dient te vergoeden, onder meer in het geval de consument geheel of grotendeels in het gelijk wordt gesteld.

(lid 3) Eveneens in afwijking van artikel 14 lid 1 kan de Geschillencommissie in het bindend advies bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade.³⁶

³⁵ Reglement Ombudsman Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015.

³⁶ Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015.

Bij de beschikbaarheid van de procedure zonder of tegen geringe kosten plaatsen we twee kanttekeningen (in het licht van de voorgaande twee hoofdstukken):

1. Allereerst merkten we in hoofdstuk 1 op dat verzekerden de procedure alleen in het Nederlands kunnen doorlopen. Bij het voorleggen van stukken in een andere taal dan het Nederlands zijn de kosten voor een beëdigd vertaler voor rekening van de verzekerde.³⁷ Dit gebeurt naar schatting enkele keren per jaar.³⁸ De SKGZ geeft in haar jaarverslag van 2016 aan dat ze haar procedure op termijn ook in het Engels beschikbaar wil stellen. Ook dan blijven de kosten van eventueel benodigde vertalingen bestaan voor rekening van verzekerden die een behandeling hebben gehad in een niet-Nederlands- of Engelstalig land. Dit zijn bijkomende uitgaven voor de verzekerde.
2. Andere mogelijke bijkomende kosten voor de verzekerde zijn die van juridische bijstand. De SKGZ constateert zelf dat de procedure voor lager opgeleiden lastiger te doorlopen lijkt; laagopgeleiden zijn in elk geval minder vertegenwoordigd in de latere stappen van de procedure (zie ook hoofdstuk 1, p. 22). Kosten van juridische bijstand zijn voor eigen rekening. Het is goed voorstelbaar dat juist degenen die dergelijke bijstand nodig hebben, minder draagkrachtig zijn.

KORTOM

De SKGZ-procedure is kosteloos of tegen geringe vergoeding beschikbaar en voldoet daarmee aan het wettelijk vereiste daarover. In specifieke dossiers kunnen de kosten voor verzekerden echter hoger zijn. Het gaat dan om gevallen waarin vertalingen van de processtukken nodig zijn of waarin de verzekerde juridische bijstand nodig heeft. ■

³⁷ Reglement Ombudsman, dd. 9 juli 2015.

³⁸ Eigen inschatting vanuit de SKGZ; hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

4. Informatie-voorziening

De vierde evaluatievraag is: *bracht de SKGZ partijen bij een geschil op de hoogte zodra ze alle documenten met de relevante informatie had ontvangen?* Uit de evaluatie blijkt dat de SKGZ hier strikt genomen niet aan voldoet: ze informeert verzekerden niet specifiek over de compleetheid van het dossier als zodanig. Wel houdt ze partijen (verzekerde en zorgverzekeraar) goed op de hoogte van de relevante documenten en het procedureverloop.

Het vereiste van het 'op de hoogte brengen van partijen als alle documenten met relevante informatie ontvangen zijn' is opgenomen in de Implementatiewet. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft in haar reglement bepaald dat ze een dossier direct na de hoorzitting als compleet beschouwt. Dit fictief ingebouwde moment lichten we hierna toe.

Het leeuwendeel van de geschillen gaat over verstrekkingen. In deze geschillen draait het om de vraag of de zorgverzekering de door de verzekerde gemaakte kosten dekt. Bij dergelijke verstrekkingengeschillen brengt het Zorginstituut Nederland (ZiN) een voorlopig advies uit. Dit voorlopig advies ontvangen de partijen (verzekerde en verzekeraar) voorafgaand aan de hoorzitting. Tijdens de hoorzitting kunnen zij daarop reageren. Na het voorlopig advies en de hoorzitting volgt het definitieve advies van het ZiN, waarin het ZiN zo nodig nieuwe, door partijen ingebrachte zaken verwerkt. Feitelijk is het dossier pas compleet als dit definitieve ZiN-advies is toegevoegd, ná de hoorzitting. De Geschillencommissie behandelt echter ook zaken waarin het *niet* om verstrekkingen gaat. In haar reglement heeft de Geschillencommissie bepaald dat zij – voor zowel verstrekkingen- als niet-verstrekkingenzaken – het dossier direct na de hoorzitting als compleet beschouwt (artikel 13, lid 1, zie het kader op de volgende pagina). De verzekerde krijgt geen specifiek bericht over de compleetheid van het dossier op dat moment, aangezien het (niet)bindende advies van de Geschillencommissie kort daarna volgt. Bovendien ontvangen de partijen wel alle stukken die het dossier completeren.

Uit de reglementen Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 13

(lid 1): 'Gehoord het eventuele advies van het Zorginstituut Nederland, brengt de Geschillencommissie binnen 90 dagen nadat de hoorzitting heeft plaatsgevonden danwel binnen 90 dagen nadat partijen op de voet van artikel 10 lid 3 aan de Geschillencommissie kenbaar hebben gemaakt niet in persoon of telefonisch te willen worden gehoord, haar bindend advies uit.

Indien de ziektekostenverzekeraar vooraf niet schriftelijk heeft ingestemd met bindende advisering dan wel de consument heeft verklaard prijs te stellen op een niet-bindend advies, brengt de Geschillencommissie voor zover het geschil ziet op een ziektekostenverzekering een niet-bindend advies uit binnen de hiervoor genoemde termijnen. Deze termijnen kunnen door de Geschillencommissie worden verlengd, in welk geval partijen hiervan schriftelijk worden in kennis gesteld.³⁹

Verzekerden ontvangen dus *geen* brief als het dossier voor de Geschillencommissie compleet is (dat gebeurt bij de Ombudsman overigens ook niet).

Wanneer we in de geest van dit artikel redeneren, dan gaat het om het goed op de hoogte houden van de verzekerden over de voortgang van de zaak. Dat gebeurt wel als het gaat om de voorlopige en definitieve adviezen van het ZiN en andere relevante documenten.

In het kader van het 'goed op de hoogte houden' bieden ook de KTO's binnen de SKGZ enig inzicht (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Percentage respondenten dat in de KTO's aangeeft goed op de hoogte te zijn gehouden over de voortgang van de zaak.

Jaar	Algemeen	Ombudsman	Geschillencommissie
2013 (1)	70%	78%	86%
2013 (2)	71%	84%	77%
2014 (1)	60%	86%	72%
2014 (2)	60%	81%	67%
2015 (1)	71%	83%	65%
2015 (2)	64%	75%	64%
2016 (1+2)	56%	84%	Niet beschikbaar ⁴⁰
2016 (3)	65%	78%	Idem
2016 (4)	53%	85%	Idem

³⁹ Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015.

⁴⁰ Vraag werd per abuis niet gesteld aan verzekerden die een voor hen negatief advies kregen.

Tabel 4.1 laat zien dat verzekerden vooral in de Ombudsfase tevreden zijn over de mate waarin ze op de hoogte zijn gehouden over de voortgang van de zaak. Interpretatie van de cijfers vraagt enige voorzichtigheid, omdat uitkomsten 'gekleurd' zijn door de uitkomst van de procedure (wel of niet in het gelijk gesteld).

KORTOM

Het dossier bij geschillen is in de meeste gevallen compleet nadat het definitieve advies van het Zorginstituut Nederland daaraan is toegevoegd. De SKGZ stuurt geen standaardbrief over de compleetheid van het dossier als zodanig. Wel krijgen verzekerden bericht als het definitieve advies van het ZiN beschikbaar is dan wel dat het voorlopig ZiN-advies wordt omgezet naar een definitief advies. Strikt genomen voldoet de SKGZ daarmee niet aan het vereiste om de verzekerde bij een geschil op de hoogte te stellen over de compleetheid van het dossier als zodanig. ■



5. Doorlooptijd

De laatste vraag in de evaluatie is: *stelde de SKGZ de uitkomst van de procedure beschikbaar binnen een termijn van 90 kalenderdagen vanaf de datum waarop ze het volledige dossier van de klacht had ontvangen? In het geval van zeer complexe geschillen: heeft de SKGZ de partijen tijdig geïnformeerd over een verlenging van 90 kalenderdagen en van de tijd die naar verwachting nodig was om het geschil beëindigen?* We constateren dat de Ombudsman meer dan 70 procent van de klachten binnen 90 dagen afhandelt, met een opvallende daling van de doorlooptijd in 2016. De Geschillencommissie behaalt de wettelijke termijn van 90 dagen in 94 procent of meer van de gevallen. De SKGZ informeert de partijen over het algemeen tijdig als er verlenging nodig is.

De Implementatiewet maakt geen onderscheid tussen de Ombudsman en de Geschillencommissie. In hun eigen reglementen hebben beide onderdelen hun doorlooptijd vastgesteld op 90 dagen (zie onderstaand kader).

Uit de reglementen

Ombudsman Zorgverzekeringen

Artikel 7 (lid 1): De bevindingen van de Ombudsman worden de consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar schriftelijk medegedeeld en wel zo spoedig mogelijk na ontvangst en beoordeling van de klacht danwel binnen 90 dagen nadat tussen partijen ten overstaan van de Ombudsman de laatst ontvangen stukken zijn gewisseld danwel nadat de Ombudsman met partijen in persoon heeft overlegd, danwel, in voorkomend geval, nadat de Ombudsman advies van (een) deskundige(n) heeft ingewonnen en partijen zich hierover al dan niet hebben mogen uitlaten. Deze termijnen kunnen door de Ombudsman worden verlengd, in welk geval de betrokken partij of partijen hiervan schriftelijk in kennis wordt gesteld. [...] De consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar worden schriftelijk van de bevindingen van de Ombudsman op de hoogte gebracht. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 13 (lid 1): 'Gehoord het eventuele advies van het Zorginstituut Nederland, brengt de Geschillencommissie binnen 90 dagen nadat de hoorzitting heeft plaatsgevonden danwel binnen 90 dagen nadat partijen op de voet van artikel 10 lid 3 aan de Geschillencommissie kenbaar hebben gemaakt niet in persoon of telefonisch te willen worden gehoord, haar bindend advies uit. Indien de ziektekostenverzekeraar vooraf niet schriftelijk heeft ingestemd met bindende advisering dan wel de consument heeft verklaard prijs te stellen op een niet-bindend advies, brengt de Geschillencommissie voor zover het geschil ziet op een ziektekostenverzekering een niet-bindend advies uit binnen de hiervoor genoemde termijnen. Deze termijnen kunnen door de Geschillencommissie worden verlengd, in welk geval partijen hiervan schriftelijk worden in kennis gesteld.'⁴¹

⁴¹ Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015

De 90 dagen-termijn geldt voor zowel de Ombudsman Zorgverzekeringen als voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, vanaf het moment dat de laatste informatie is toegevoegd aan het dossier. De Ombudsman en Geschillencommissie kunnen deze termijn van 90 dagen zo nodig verlengen. Daarover informeert de SKGZ de verzekerde. Overigens streeft de SKGZ voor haar Ombudsman naar een doorlooptijd van 56 dagen.

We vermelden vooraf dat de termijn van 90 dagen pas in 2015 in het reglement van zowel de Ombudsman als de Geschillencommissie is vastgelegd, omdat toen de Implementatiewet in werking trad. De SKGZ was voor 2015 wettelijk nog niet aan deze doorlooptijd gebonden, omdat ze toen nog niet was aangemerkt als een 'instantie voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting'. Hoewel we hierna de complete evaluatieperiode meenemen (2013-2016), geldt het vereiste voor doorlooptijden vanuit juridisch perspectief dus alleen voor 2015-2016.

OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN

We hebben de doorlooptijden berekend met behulp van gegevens uit het registratiesysteem C3. In het reglement van de Ombudsman Zorgverzekeringen staat dat de doorlooptijd de start op het moment dat 'de laatst ontvangen stukken zijn gewisseld', 'met partijen in persoon is overlegd' of na advies van een deskundige en de eventuele reacties van partijen daarop. Op die momenten is het dossier compleet. De SKGZ registreert dit moment echter niet in C3. Voor de berekening van de doorlooptijden hanteren we daarom een ander startpunt, namelijk het moment waarop de klacht bij de SKGZ binnenkomt. Onze berekening hanteert daarmee een iets ruimere periode dan de wettelijke aangeduide periode.

Tabel 5.1 vermeldt de doorlooptijden voor de Ombudsman Zorgverzekeringen. Naast de wettelijk vastgestelde doorlooptijd van 90 dagen en de verlengde wettelijke doorlooptijd (180 dagen), hebben we ook de interne richtlijn van 56 dagen opgenomen.

Tabel 5.1 Gemiddelde doorlooptijden **Ombudsman** o.b.v. gegevens uit het registratiesysteem C3

Jaar start klacht (aantal)	Aantal dagen tussen aanvang en einde klacht	Jaar start klacht (aantal)	Aantal dagen tussen aanvang en einde klacht
2013 (n = 2.281)	74 dg (SD: 56 dg)	2014 (n = 2.352)	59 dg (SD: 52 dg)
Min/max	0 / 643	Min/max	0 / 557
% < 56 dg	44%	% < 56dg	60%
% < 90 dg	75%	% < 90 dg	85%
% < 180 dg	95%	% < 180 dg	97%
2015 (n = 2.296)	71 dg (SD: 58 dg)	2016 (n = 2.080)	43 dg (SD: 38 dg)
Min/max	0 / 637	Min/max	0 / 316
% < 56 dg	46%	% < 56 dg	75%
% < 90 dg	71%	% < 90 dg	90%
% < 180 dg	96%	% < 180dg	99%

Toelichting tabel:

De SD is de standaarddeviatie en toont 'de gemiddelde afwijking van het gemiddelde'. Hoe groter de standaarddeviatie, hoe groter de variatie in doorlooptijden.

Min = minimum aantal dagen, max = maximum aantal dagen doorlooptijd. Deze cijfers geven reikwijdte in de doorlooptijden weer.

N = het aantal klachten waarbij het tot een afronding kwam, inclusief klachten die – na overweging – niet in behandeling werden genomen.

Bij de berekeningen zijn negatieve getallen niet meegenomen.

In de jaren 2013-2016 handelt de Ombudsman tussen de 71% en 90% van de zaken binnen de doorlooptermijn van 90 dagen af. In de verlengde doorlooptijd (180 dagen) handelt de Ombudsman 95% of meer van de klachten af. In 2016 is de doorlooptijd beduidend lager dan in de andere jaren, met een gemiddelde van 43 dagen en minder variatie.

In haar jaarverslag van 2015 stelt de SKGZ dat ze voor het halen van de gestelde termijnen mede afhankelijk is van de reactiesnelheid van zorgverzekeraars, verzekerden en soms ook andere partijen.⁴²⁻⁴³ In 'buitenlandzaken' is verder geregeld tarifiering nodig.⁴⁴ De SKGZ vraagt de zorgverzekeraar in dat geval bij het buitenlandse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering na te gaan of sprake is van verzekerde zorg en welk bedrag volgens het stelsel van dat land zou zijn vergoed. Tarifiering neemt vaak enkele maanden in beslag. De SKGZ stelt dat het in circa 10% van de gevallen om dergelijke 'buitenlandzaken' gaat en dat dit de gemiddelde doorlooptijd voor 2015 met ruim negen dagen verhoogt.⁴⁵

Op basis van een steekproef van acht dossiers met opvallend lange doorlooptijden,⁴⁶ zien we dat het in vier gevallen gaat om een administratieve mutatie, waarbij het dossier na sluiting is geopend en het systeem het mutatiemoment vervolgens als uitgangspunt neemt. In drie van de acht geanalyseerde gevallen gaat het om de genoemde tarifiering in het buitenland. In één geval ligt de oorzaak van de lange doorlooptijd bij de SKGZ zelf, omdat een dossier een jaar bleef liggen door gebrekkige overdracht van de ene naar de andere collega.

GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

De doorlooptijden voor de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn opgenomen in tabel 5.2. In hoofdstuk 4 gaven we aan dat de SKGZ het moment van de hoorzitting beschouwt als het tijdstip waarop het dossier compleet is. De hoorzitting geldt daarom als startpunt van de doorlooptijd (zie rechterkolom in tabel 5.2).

⁴² Zie ook de informatie daarover rond de PGB-zaken die de SKGZ in 2015 behandelde: Ramakers, C. & R. Schellingerhout (25 mei 2016), *Monitor Zvw-pgb wijkverpleging*, Nijmegen: ITS, p.29 & Belder, M. & H. Faun (14 juni 2017), *Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2016*, Zoetermeer: Panteia.

⁴³ Belder, M. & H. Faun (14 juni 2017), *Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2016*, Zoetermeer: Panteia, p. 25.

⁴⁴ Tarifiering is aan de orde als iemand in een andere EU/EER-lidstaat zorg heeft genoten en de EHIC (Europese zorgpas) niet bij zich had (of deze is geweigerd dan wel door de zorgverzekeraar ten onrechte toestemming in een andere EU/EER-lidstaat is geweigerd).

⁴⁵ Jaarverslag SKGZ (2015), p. 32.

⁴⁶ Dossiers met een doorlooptijd die langer is dan 400 dagen: 0 in 2013, 7 in 2014, 7 in 2015, 0 in 2016.

In onderstaande tabel laten we ook de doorlooptijden zien vanaf de betaling van het entreegeld tot aan het einde van het geschil (eerste) kolom, omdat dit aangeeft hoe lang een verzekerde binnen een geschil daadwerkelijk met de SKGZ te maken heeft. De verzekerde wisselt namelijk vóór de hoorzitting al informatie uit met de SKGZ.

In de verdere analyse gaan we uit van de tweede kolom, omdat dit de wettelijk afgebakende doorlooptijd is.⁴⁷

Tabel 5.2 Gemiddelde doorlooptijden **Geschillencommissie** o.b.v. gegevens uit het registratiesysteem C3

Jaar start geschil (aantal)	Aantal dagen tussen betaling entreegeld en einde geschil	Aantal dagen tussen hoorzitting en einde geschil
2013 (n = 478)	161 dg (SD: 73 dg)	30 dg (SD: 34 dg)
Min/max	0 dg / 569 dg	0 dag / 217 dg
% < 90 dg	8%	94%
% < 180 dg	66%	99%
2014 (n = 500)	161 dg (SD: 86 dg)	31 dg (SD: 43 dg)
Min/max	0 dg / 680 dg	0 dag / 483 dg
% < 90 dg	14%	95%
% < 180 dg	65%	98%
2015 (n = 550)	150 dg (SD: 77 dg)	30 dg (SD: 37 dg)
Min/max	0 dg / 709 dg	0 dg / 400 dg
% < 90 dg	19%	94%
% < 180 dg	72%	99%
2016 (n = 569)	144 dg (SD: 63 dg)	26 dg (SD: 26 dg)
Min/max	0 dg / 451 dg	0 dg / 238 dg
% < 90 dg	15%	98%
% < 180 dg	76%	99%

Toelichting tabel:

De SD is de standaarddeviatie en toont 'de gemiddelde afwijking van het gemiddelde'. Hoe groter de standaarddeviatie, hoe groter de variatie in doorlooptijden.

Min = minimum aantal dagen, max = maximum aantal dagen doorlooptijd. Deze cijfers geven reikwijdte in de doorlooptijden weer.

N = het aantal geschillen waarbij het tot een afronding kwam (waarvoor een datum 'einde geschil' bekend is).

Bij meerdere data voor een hoorzittingen is gerekend met de datum van de laatste hoorzitting.

We zien dat de Geschillencommissie er in slaagt om in een groot percentage van de geschillen binnen 90 dagen af te handelen, met gemiddeld 26 tot 31 dagen doorlooptijd. Binnen de verlengde looptijd (van 180 dagen) rondt de Geschillencommissie vrijwel alle geschillen af. Volgens betrokkenen is de belangrijkste reden voor langere doorlooptijden dat het advies van het ZiN niet binnen de gestelde termijn van vier weken beschikbaar is. Dat zijn onder andere zaken die een uitspraak van het ZiN vragen over de duiding van het

⁴⁷ Zie ook hoofdstuk 4, p. 28: het leeuwendeel van de zaken betreft verstrekkingen, waarbij het Zorginstituut Nederland (ZiN) adviseert. Voor de hoorzitting ontvangen partijen het voorlopige advies van het ZiN. In de meeste gevallen geldt dat dit voorlopige advies overeenkomt met het definitieve advies, dat volgt na de hoorzitting. Feitelijk is het dossier compleet als het definitieve advies van het ZiN daaraan is toegevoegd. De hoorzitting is daarom een fictief moment dat in het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen geldt als het moment waarop het dossier compleet is.

pakket (voldoet deze nieuwe behandeling aan de wetenschappelijke standaarden?) of over een indicatie-aspect (is hier daadwerkelijk sprake van de opgevoerde aandoening?). Bij het ZiN geven respondenten aan dat het bij de duiding van het pakket gaat om vier à vijf zaken per jaar. In die gevallen heeft het ZiN meer dan drie maanden nodig om tot een advies te komen, vanwege haar eigen interne proces met onder andere het raadplegen van relevante partijen (zoals patiënten, artsen en verzekeraars). Overigens zijn er ook zaken die geen duiding vragen, waarbij het ZiN-advies niet binnen vier weken beschikbaar is.

Ook het inschakelen van externe experts door de SKGZ zelf werkt in enkele gevallen vertragend. Het vinden van experts die deskundig zijn, die draagvlak hebben in de beroepsgroep en die bereid zijn om een rapport te maken, blijkt soms een behoorlijke uitdaging.

We analyseerden willekeurig een aantal dossiers met een doorlooptijd die langer was dan 180 dagen (en minder dan 400 dagen)⁴⁸ of langer dan 400 dagen⁴⁹. Aan deze uitzonderlijk lange doorlooptijden liggen uiteenlopende redenen ten grondslag. De drie belangrijkste, in volgorde van frequentie, zijn: (1) door een mutatie na sluiting van het dossier is de sluitingsdatum in het systeem later dan deze in werkelijkheid was, (2) een standpuntbepaling over de stand van de wetenschap en praktijk door het Zorginstituut Nederland vergde extra tijd, en (3) na de hoorzitting was er nader onderzoek nodig.

De Geschillencommissie is dus behoorlijk succesvol in het behalen van de wettelijke termijn, gerekend vanaf de datum van de hoorzitting. Wel merken we op dat de doorlooptijd voor verzekerden vanaf de start (de betaling van het entreegeld) vele malen langer is. In 2015 kreeg de SKGZ te maken met een aantal zaken rond het persoonsgebonden budget (PGB) verpleging en verzorging. Daar wordt de (politieke) druk op de doorlooptijden zichtbaar, als bijvoorbeeld wordt vastgesteld dat de doorlooptijd voor de bemiddeling en geschilbeslechting tot de helft kan worden gereduceerd.⁵⁰⁻⁵¹

KORTOM

De Ombudsman Zorgverzekeringen handelt in 2015 en 2016 respectievelijk 71 procent en 90 procent van de zaken binnen 90 dagen af. Voor langere doorlooptijden noemt de SKGZ als belangrijkste reden de ingewikkeldheid van klachten die tarifiering in het buitenland vereisen; dit wordt bevestigd in een steekproef van enkele dossiers met afwijkende doorlooptijden. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen is behoorlijk succesvol in het

⁴⁸ Het gaat om de volgende aantallen per jaar: 4 in 2013, 2 in 2014, 0 in 2015 en 1 in 2016.

⁴⁹ Het gaat om de volgende aantallen per jaar: 6 in 2013, 9 in 2014, 5 in 2015 en 4 in 2016.

⁵⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (29 april 2016), *Brief aan de Tweede Kamer. Betreft: Zvw-pgb*.

Kenmerk: 955695-149317-Z.

⁵¹ Deze afname was volgens respondenten binnen de SKGZ alleen mogelijk door inzet van extra financiële middelen door de zorgverzekeraars en onder de door de SKGZ geformuleerde voorwaarde dat de behandeling van andere zaken door deze versnelling niet zou worden vertraagd.

behalen van haar wettelijke termijn van 90 dagen (94 procent in 2015; 98 procent in 2016). Zowel de Ombudsman als de Geschillencommissie handelen vrijwel alle dossiers af binnen de maximale verlenging van 90 dagen.

De kanttekening bij deze conclusie is dat verzekerden de doorlooptijden in de praktijk anders kunnen ervaren, (A) omdat verzekerden met een geschil bij de Geschillencommissie daarvoor vaak al een traject bij de Ombudsman hebben doorlopen – en in elk geval al bij hun zorgverzekeraar – en (B) omdat verzekerden de betaling van het entreegeld bij geschillen wellicht eerder als startpunt ervaren dan de hoorzitting (die zij doorgaans juist als (bijna) afsluiting beschouwen). ■



Deel III: Afsluitend



Conclusies & aanbevelingen

In deze evaluatie komt de SKGZ naar voren als een professionele organisatie, die haar procedure als instantie voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting zorgvuldig doorloopt. De organisatie heeft goed zicht op het verloop van haar procedure en verbetert haar processen continu, getuige bijvoorbeeld de digitale SKGZ-berichtenbox, het spreekuur bij de Ombudsman en het structurele gebruik van informatie uit klanttevredenheidsonderzoeken.

Externe respondenten bevestigen zonder uitzondering het beeld van een organisatie die “zorgvuldig met de door haar ontvangen klachten omgaat”, die “professioneel te werk gaat” en met “juridisch goede kwaliteit”.⁵² Bovendien bieden de (niet-)bindende adviezen en registraties van het type klachten door de SKGZ relevante informatie voor haar stakeholders. Zo vormde SKGZ-jurisprudentie rond het PGB verpleging en verzorging nuttige informatie voor beleidsvorming bij het ministerie van VWS en hecht het Zorginstituut Nederland waarde aan de signalerende functie van de SKGZ met het oog op het type klachten dat ze binnen krijgt.

CONCLUSIES

Hierna werken we samenvattend de specifieke conclusies uit per deelvraag van de evaluatie.

1. **Beschikbaarheid en toegankelijkheid.** De SKGZ-procedure is online goed vindbaar; offline lijkt de vindbaarheid wat verminderd. De SKGZ biedt uitstekende mogelijkheden om zowel online als offline een klacht in te dienen. De SKGZ-procedure is verder breed toegankelijk, al is de toegankelijkheid een blijvend

⁵² Deze juridische kwaliteit was geen onderdeel van onderhavige evaluatie. Wel is het opvallend dat deze kwaliteit in gesprekken met externen duidelijk als kracht naar voren komt. Het is in dat kader bovendien relevant om te vermelden dat geen enkel bindend advies van de Geschillencommissie bij een marginale toetsing door een rechter alsnog is vernietigd. Wel is één zaak bekend uit 2014 waarin een burger in een rechterlijke procedure verwees naar een bindend advies van de Geschillencommissie uit 2013 (uit een ander dossier). Daarbij is door de rechter overwogen dat de visie van de Geschillencommissie op het specifieke onderwerp onjuist was. Formeel-juridisch is dit geen vernietiging van een bindend advies.

aandachtspunt als het gaat om meer begrijpelijke en persoonlijke communicatie en de toegang tot de procedure voor laagopgeleiden en voor niet-Nederlands sprekende verzekerden.

2. **Juridische bijstand.** De procedure biedt op elk moment in het proces goede mogelijkheden voor het inwinnen van juridisch advies door de verzekerde.
3. **Kosten.** De SKGZ-procedure is kosteloos (Ombudsman) of tegen geringe vergoeding (Geschillencommissie) beschikbaar en voldoet daarmee aan het wettelijke vereiste daaromtrent. Wel kunnen de kosten in specifieke gevallen hoger uitvallen, namelijk vanwege kosten voor de vertaling van processtukken en/of voor juridische bijstand. Deze kosten komen voor rekening van de verzekerde.
4. **Informatievoorziening.** Strikt genomen voldoet de SKGZ niet aan het vereiste om de verzekerde bij een geschil op de hoogte te stellen als het dossier compleet is. Reden daarvoor is dat het dossier in de meeste gevallen pas na de hoorzitting bij de Geschillencommissie compleet is, als het definitieve advies van het Zorginstituut Nederland wordt toegevoegd. De SKGZ acht het informeren van de verzekerde in die gevallen niet meer opportuun. Snel daarna volgt namelijk het (niet-)bindende advies.
5. **Doorlooptijd.** De Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen slagen erin om vrijwel alle krachten en geschillen af te handelen binnen de maximale verlenging van 90 dagen (totaal 180 dagen). De Ombudsman Zorgverzekeringen handelt in 2015 en 2016 respectievelijk 71 procent en 90 procent van de zaken binnen de wettelijke termijn (90 dagen) af. Voor de Geschillencommissie is dat 94 procent (2015) en 98 procent (2016).

AANBEVELINGEN

Op basis van de voorgaande conclusies formuleren we enkele aandachtspunten voor de procedure van de SKGZ:

- (A) Het meest in het oog springende aandachtspunt is de **(blijvende) inzet op de toegankelijkheid van de procedure en het verder versterken van die toegankelijkheid**. We geven in dit kader enkele suggesties.
- Een onderdeel van het versterken van de toegankelijkheid is het gebruiken van meer begrijpelijk en minder formeel-juridisch taalgebruik in de (schriftelijke) communicatie met de verzekerde. Die ambitie heeft de SKGZ al geformuleerd. Het belang daarvan onderstrepen we.
 - We juichen het ook toe om nog verder in te zetten op 'persoonlijk' contact, via het al ingestelde spreekuur bij de Ombudsman en via meer telefonische communicatie met verzekerden. Dit vraagt (verdere) training van centrale medewerkers op bijvoorbeeld telefonische bemiddelingsvaardigheden, maar

vooral óók op het inzetten naar een bredere, meer culturele beweging naar meer op de verzekerde gerichte communicatie.

Overigens zou een dergelijke, meer persoonlijke benadering zich ook kunnen vertalen naar de 'nazorg'. Een suggestie is bijvoorbeeld om naast de KTO's met vragenlijsten ook meer kwalitatief onderzoek te doen onder een steekproef van verzekerden die bij een klacht of geschil met de SKGZ te maken hebben gehad. Dit levert naar verwachting aanvullende en zeer relevante informatie op voor de (versterking van de) procedure.

- De SKGZ kan haar toegankelijkheid verder versterken door bewust in te zetten op het bereiken van specifieke doelgroepen. Daartoe suggereren we het experimenteren met andere communicatiekanalen, zoals sociale media. Wellicht is uitwisseling met de in huis zijnde Zorgverzekeringslijn in dit kader behulpzaam, vanwege haar contacten met onder andere jongvolwassenen.
- Hoewel het wellicht om een beperkte doelgroep gaat, is de toegankelijkheid van de procedure voor niet-Nederlands sprekende verzekerden een aandachtspunt. Het voornemen om de procedure op termijn ook in het Engels beschikbaar te stellen, moedigen we dan ook van harte aan. Als het om enkele gevallen gaat, is het wellicht mogelijk om deze barrière geheel weg te nemen voor deze verzekerden.

(B) Voor het behalen van de wettelijk vastgestelde **doorlooptijden** is de SKGZ deels afhankelijk van andere partijen. Het lukt de stichting om een groot deel van de klachten en geschillen binnen de wettelijke termijn van 90 dagen af te ronden. De *totale* doorlooptijd voor de verzekerde kan echter behoorlijk oplopen, als deze bijvoorbeeld zowel het traject via de Ombudsman als via de Geschillencommissie doorloopt. Bovendien is het aannemelijk dat verzekerden bij geschillen het betalen van het entreegeld eerder als startpunt ervaren dan de hoorzitting. We raden daarom aan om in de doorlooptijden – naast de wettelijke vereiste doorlooptijden – ook de totale periode waarin een verzekerde met de SKGZ te maken heeft in kaart te brengen. Dat kan bijvoorbeeld gaan om de periode vanaf de start bij de Ombudsman tot aan de afronding via de Geschillencommissie. Dit geeft een beeld dat preciezer aansluit bij de belevingswereld van de verzekerde.

Op basis van bovenstaande concluderen we dat de SKGZ over het algemeen op doeltreffende wijze invulling geeft aan haar procedure, met uitstekende mogelijkheden om een klacht zowel online als offline kenbaar te maken, lage of geen kosten, alle mogelijkheid voor juridische bijstand of machtiging voor de verzekerde en een transparante procedure. Bovendien licht de SKGZ verzekerden waar mogelijk voor, om ze op een gelijkwaardig 'level playing field' met hun zorgverzekeraar te brengen.

Voor de toekomst moedigen we de SKGZ aan om haar werkzaamheden voort te zetten op de huidige professionele wijze. Voor verdere versterking van de procedure vragen we vooral aandacht voor de vertaling van juridische kwaliteit naar meer toegankelijke

communicatie(vormen). Dat gaat verder dan het aanpassen van het standaard brievenboek en het trainen van medewerkers aan de telefoon. Het vraagt om een beweging naar een cultuur waarin medewerkers van de SKGZ doorlopend met elkaar in gesprek zijn over juridische kwaliteit én begrijpelijkheid, en waarin ze continu pogingen ondernemen om ook die laatste te versterken.

Ten slotte vragen we nog aandacht voor een bredere en meer fundamentele vraag die door respondenten in deze evaluatie werd opgeroepen. Die vraag ging over de rolopvatting van de SKGZ. Globaal is daarin het onderscheid te maken tussen het aanwenden van formele invloed (punt a) en het aanwenden van meer informele invloed (punt b):

- a. Formele rol: dient de SKGZ zich te beperken tot haar formele taken als Ombudsman Zorgverzekeringen en Geschillencommissie Zorgverzekeringen, waarbij ze zich concentreert op het oplossen van de afzonderlijke, individuele problemen tussen verzekerde en zorgverzekeraar?
- b. Informele rol: kan de SKGZ, met haar expertise en de informatie die de behandeling van klachten en geschillen oplevert, steviger inzetten op een bredere taak? Deze bredere taak vervult de SKGZ al door bijvoorbeeld haar jaarlijkse gesprekken met zorgverzekeraars. In deze gesprekken bespreekt de SKGZ cijfers en signalen over een specifieke zorgverzekeraar met die betreffende partij. Ook deelt de SKGZ (zorgwekkende) signalen of trends met beleidsmakers en andere stakeholders, zoals het ministerie van VWS, de NZa en de Nederlandse Bank (DNB). Sommige respondenten merken op dat de SKGZ hierbij voornamelijk een neutrale, informerende houding aanneemt. Wij adviseren te overwegen of de SKGZ de effectiviteit van deze contacten kan vergroten, door hierin – geïnformeerd door haar eigen gegevens en expertise – meer stelling in te nemen.

Deze evaluatie betrof vooral het eerste punt, waarop de SKGZ behoorlijk doeltreffend opereert. Dat opent wellicht de weg om daarnaast meer informele invloed uit te oefenen – om ook via die weg haar doeltreffend te vergroten. ■

Bijlage I

Bronnenonderzoek

Voor de evaluatie is gebruik gemaakt van de volgende bronnen en documenten:

- Klanttevredenheidsonderzoeken (KTO's) onder verzekerden die een zaak hebben ingebracht bij de SKGZ in de periode 2013-2016:
 - Rapportage KTO 2013;
 - Rapportage KTO november 2014 (2014-1);
 - Rapportage KTO juni 2015 (2014-2);
 - Rapportage KTO oktober 2015 (2015-1);
 - Rapportage KTO mei 2016 (2015-2);
 - Rapportage KTO november 2016 (2016-1);
 - Rapportage KTO mei 2017 (2016-2);
 - Rapportage KTO (2016-4 en 2016-4).
- Klanttevredenheidsonderzoek (KTO) onder zorgverzekeraars;⁵³
- Statutenwijziging Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, 2012: HO/SK/2012.1577.01;
- Reglement van De Ombudsman Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015;
- Reglement van De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, d.d. 9 juli 2015;
- De website van de SKGZ;
- Spanjaard, M. (2017), Het klanttevredenheidsonderzoek bij de SKGZ, *Tijdschrift voor Klachtrecht*, jaargang 13 nummer 4, november 2017 p. 9-11;
- De jaarverslagen van SKGZ uit 2013, 2014, 2015 en 2016;
- Registraties uit het interne systeem van SKGZ voor de jaren 2013, 2014, 2015 en 2016 (C3);
- Van Mil, B., Y.M. van der Vlugt & F.T. Kuipéri (2016) *Eindrapport Evaluatie KiFiD*, Den Haag: Kwink Groep;
- Ramakers, C. & R. Schellingerhout (25 mei 2016), *Monitor Zvw-pgb wijkverpleging*, Nijmegen: ITS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (29 april 2016), *Brief aan de Tweede Kamer. Betreft: Zvw-pgb*. Kenmerk: 955695-149317-Z, Den Haag.
- Belder, M. & H. Faun (14 juni 2017), *Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2016*, Zoetermeer: Panteia. ■

⁵³ Bijbehorende enquête is voor het eerst afgenomen in april 2017.



Bijlage II

Respondenten

Binnen de SKGZ werden de volgende personen geïnterviewd:

- **Gerard de Groot**
Secretaris Geschillencommissie SKGZ
- **Kees van Kranenburg**
Directeur SKGZ
- **Reina van Marwijk Kooy**
Ombudsman Zorgverzekeringen
- **Edwin Niezen**
Stafjurist en kwaliteitsmanager SKGZ
- **Marika Spanjaard**
Directiesecretaris SKGZ

Buiten de SKGZ werden de volgende personen geïnterviewd:

- **Maud van der Veen en Jill van den Nouwland**
Zorginstituut Nederland (ZiN)
- **Eveline Ruinaard**
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD)
- **Ron Heijkant**
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- **Wim Komrij (4 januari)**
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ■



Bijlage III

Aangesloten

organisaties

De volgende organisaties zijn aangesloten bij de SKGZ: 'Het betreft alle in Nederland actieve zorgverzekeraars. In het overzicht worden tevens de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens één of meerdere ziektekostenverzekeraars.'⁵⁴

1. Achmea Zorgverzekeringen N.V.
2. Aevitae B.V.
3. Anderzorg N.V.
4. ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
5. ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
6. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
7. Azivo Zorgverzekeraar N.V.
8. Caresco B.V.
9. De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V.
10. De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
11. Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.
12. Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
13. Eno Zorgverzekeraar N.V.
14. FBTO Zorgverzekeringen N.V.
15. IAK Verzekeringen B.V.
16. Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
17. IZA Zorgverzekeraar N.V.
18. IZZ Zorgverzekeraar N.V.
19. Kettlitz Wulfse Volmachten B.V.
20. Menzis N.V.
21. Menzis Zorgverzekeraar N.V.
22. National Academic Verzekeringsmaatschappij N.V.
23. Nedasco B.V.
24. N.V. Univé Zorg
25. N.V. VGZ Cares
26. N.V. Zorgverzekeraar UMC
27. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.
28. OHRA Zorgverzekeringen N.V.
29. Onderlinge Waarborgmaatschappij AZVZ U.A.
30. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar U.A.
31. Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.
32. Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.
33. Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
34. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
35. OOM Global Care N.V.
36. OZF Zorgverzekeringen N.V.
37. Vereniging PNOzorg
38. Stad Holland Zorgverzekeraar Onderlinge Waarborgmaatschappij U.A.
39. Stichting Promovendum
40. Turien & Co. Assuradeuren B.V.
41. VGZ Zorgverzekeraar N.V.
42. VPZ Assuradeuren B.V.
43. VvAA schadeverzekeringen N.V.
44. Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V.
45. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.

⁵⁴ SKGZ (april 2017), *Jaarverslag 2016. 10 jaar SKGZ*. Zeist, p. 30

