

Jaarverslag 2005

Ombudsman Zorgverzekeringen

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	blz. 4
Inleiding	blz. 7
Inrichting van het bureau	blz. 9
Werkwijze	blz. 9
Telefonische klachten en verzoeken om informatie	blz. 10
Schriftelijke klachten en verzoeken om informatie	blz. 11
Herkomst en wijze van afhandeling van de schriftelijke klachten en verzoeken om informatie	blz. 15
Ontwikkelingen	blz. 18
Externe contacten	blz. 29
Slot	blz. 29
Bijlage I	blz. 34
Bijlage II	blz. 36
Reglement	blz. 37

VOORWOORD

Het jaar 2005 is voor de Ombudsman Zorgverzekeringen een bijzonder jaar. In de eerste plaats omdat het een ‘kroonjaar’ is. Immers, eind 1995, dus tien jaar geleden, besloot de vereniging Zorgverzekeraars Nederland tot de oprichting van een zelfstandig instituut voor de behandeling van klachten en geschillen op het terrein van de zorgverzekeringen.

Er was toen al veel voorwerk gedaan. Zo bestonden er al Ombudsinstututen op het terrein van de schadeverzekering (welke ombudsman ook ziektekostenverzekeringen als aandachtsgebied had), de levensverzekeringen, de natura-uitvaartverzekeringen en de pensioenen. Daarnaast was er de, eveneens door het Verbond van Verzekeraars opgerichte, Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf.

De ziektekostenverzekeraars kenden al enkele jaren een Beroepscommissie WTZ (Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen). Aanvankelijk was deze commissie in het leven geroepen om bindend te adviseren in alle voorkomende geschillen met betrekking tot particuliere ziektekostenverzekeringen; nadien is de competentie beperkt tot de standaardverzekeringen en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (1998).

Hoewel het min of meer in de rede lag dat een eigen ombudsinstituut zou worden opgericht, bleek daar in eerste instantie nog te weinig draagvlak voor aanwezig te zijn. Pas in 1995 was dat draagvlak er wel.

Er was in de jaren daarvoor natuurlijk al het nodige veranderd. Verschillende bewindslieden waren met plannen gekomen om het zorgstelsel te herzien en er waren ook stappen gezet om dit te realiseren. Zo was er het plan Simons om de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) om te vormen tot een - zoals dat toen genoemd werd - “carrier” voor de basisverzekering. Uiteindelijk bleek dit niet haalbaar en moesten bepaalde, in de AWBZ ondergebrachte zorgvormen worden ‘overgeheveld’ naar de ziekenfondsverzekering, de particuliere polissen en de publiek-rechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Vervolgens werd ‘convergentie’ het toverwoord. Ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars zouden meer naar elkaar toe moeten groeien. Achteraf kan worden vastgesteld dat er inderdaad sprake is geweest van convergentie. De uit de AWBZ ‘overgeheveld’ zorgvormen werden in de particuliere polissen veelal als aanspraak opgenomen met een verwijzing naar de wettelijke regelingen in het kader van de Ziekenfondswet. Zo werd voor geneesmiddelen meestal aangehaakt bij de Regeling farmaceutische hulp 1996

en voor de hulpmiddelen bij de Regeling hulpmiddelen 1996. De lijst van chronische aandoeningen fysiotherapie, die door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland, werd opgesteld, was gebaseerd op de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering. Als gevolg van de wettelijke maatregelen nam tevens het belang van de aanvullende verzekeringen toe.

Niet alleen ging de dekking van de verzekeringsproducten steeds meer synchroon lopen, ook de organisaties van verzekeraars groeiden naar elkaar toe. Men profileerde zich meer en meer als 'zorgverzekeraar' en aanbieder van 'zorgverzekeringen'.

Het samengaan van het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars en de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars is illustratief voor de ontwikkelingen in de eerste helft van de negentiger jaren. De tijd was rijp voor een Ombudsman Zorgverzekeringen.

Intussen zijn tien jaren verstreken en is de situatie in verzekeringsland opnieuw ingrijpend gewijzigd. Ditmaal is er echter geen sprake van een geleidelijke ontwikkeling, maar van een volledige herziening van het stelsel. Met ingang van 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. Een wet die de langverwachte basisverzekering tegen ziektekosten regelt. Wie behoort tot de kring der verzekerden wordt geacht zich te verzekeren op grond van een private overeenkomst. Voor de zorgverzekeraars, die overigens met winstoogmerk mogen handelen, bestaat acceptatieplicht en de mogelijkheid tot verevening. De premie wordt - anders dan onder het oude stelsel - geheven naar draagkracht. Naast het nominale deel betaalt eenieder een inkomensafhankelijke bijdrage. Degenen met een laag inkomen kunnen aanspraak maken op een bij de Belastingdienst Toeslagen aan te vragen zorgtoeslag.

Het feit dat de verzekering de vorm heeft van een private overeenkomst, gaf voor de wetgever aanleiding een aparte bepaling op te nemen over de geschillenbeslechting. De zorgverzekeraars werd opgedragen hier een regeling voor te treffen, als alternatief voor de burgerlijke rechter.

De vereniging Zorgverzekeraars Nederland heeft dit opgepakt en heeft besloten tot de oprichting van een Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Aan deze stichting is een geschillencommissie verbonden die bindend adviseert in kwesties op het gebied van de zorgverzekering.

Deze ontwikkelingen leiden ook tot een verandering in de positie van de Ombudsman. De werkzaamheden van de Ombudsman zijn per 1 januari 2006 eveneens ondergebracht in de SKGZ, mede om daarmee de onafhankelijke positie van het instituut te benadrukken.

Deze werkzaamheden bestaan uit het behandelen van klachten op het terrein van de Zorgverzekeringswet, het 'begeleiden' in het kader van de heroverweging door de zorgverzekeraar en als vanouds de behandeling van zaken op het terrein van de aanvullende verzekeringen.

In de nieuwe constellatie treedt de Ombudsman Zorgverzekeringen dus nadrukkelijk naar buiten als een orgaan van de SKGZ. Het jaar 2005 is dan ook in die zin een bijzonder jaar, omdat het immers het laatste jaar is waarover een eigen jaarverslag van de Ombudsman zal verschijnen.

Er verandert dan wel het nodige, maar er blijft ook veel hetzelfde. Zo worden de ombudsactiviteiten ondergebracht in een aparte unit en zal de bemensing daarvan geschieden met de huidige medewerkers. Mede daarom vertrouw ik op voortzetting van de bestaande, prettige contacten met de zorgverzekeraars en de andere organisaties in het veld na 1 januari 2006.

mr. Elizabeth M.A. Schmitz
Ombudsman Zorgverzekeringen

INLEIDING

In het voorwoord werd al stilgestaan bij de invoering van de Zorgverzekeringswet met ingang van 1 januari 2006. Een belangrijk deel van de zaken had hier dan ook betrekking op.

Zo werden veel telefoontjes ontvangen van verontruste Nederlanders in het buitenland. Sommigen verwachtten een aanbod van hun zorgverzekeraar en kregen dit niet. Anderen ontvingen de mededeling dat hun lopende buitenlandpolis zou worden beëindigd.

De laatste twee weken van het jaar werden gekenmerkt door gesprekken met Nederlanders in een EU/EER-lidstaat die in onzekerheid verkeerden over de afgifte door het College voor Zorgverzekeringen van een E-formulier, waarmee zij zich dan vanaf 1 januari 2006 in het woonland zouden kunnen verzekeren.

Vragen waren er ook over de premie en de inkomensafhankelijke bijdrage. Zeker nadat in november/december meer informatie beschikbaar was gekomen over de berekeningswijze, nam het aantal telefonische klachten sterk toe. Velen rekenden voor dat zij onder het oude stelsel veel goedkoper uit waren. Hierbij werd regelmatig verwezen naar uitlatingen van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze zou hebben toegezegd dat niemand erop achteruit gaat.

Ook de zorgtoeslag leverde de nodige vragen op. Nadat bekend was gemaakt dat degenen die vóór 1 november 2005 de toeslag hadden aangevraagd, in december de eerste betaling tegemoet konden zien, kwamen diverse telefoontjes binnen van verzekerden die nog geen bericht hadden ontvangen van de Belastingdienst. Zij moesten worden doorverwezen naar de Belastingdienst Toeslagen.

Enkele zorgverzekeraars waren vroeg met het doen van een aanbod. Over dit aanbod werd met enige regelmaat gebeld, waarbij de vraag dan was of er zou kunnen worden gesproken van een gelijkwaardige verzekering. Niet in alle gevallen kon daar zonder meer een antwoord op worden gegeven. Waar het alleen de premiehoogte betrof kon direct duidelijkheid worden geboden; het vergelijken van de dekking was daarentegen niet altijd mogelijk, zeker niet in die gevallen waarin de zorgverzekeraar de gelegenheid te baat had genomen om zijn range aan aanvullende verzekeringsproducten te herzien.

Naast klachten en vragen over de Zorgverzekeringswet, werden in het verslagjaar veel telefoontjes en brieven ontvangen over de systematiek van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De teneur is steeds gelijk: Is een ziekenhuis of extramuraal werkende specialist gerechtigd enige honderden euro's in rekening te brengen voor een kort bezoek, terwijl voorheen een consult maar enkele tientallen euro's kostte?

In voorkomend geval is eerst toegelicht waarom voor de nieuwe systematiek is gekozen en waarom de opzet daarvan wezenlijk anders is dan de oude systematiek, waarbij werd uitgegaan van verrichtingentarieven en ligdagen. Vervolgens is aangegeven dat een eventuele klacht bij het ziekenhuis moet worden ingediend en deze alleen gegrond zal zijn indien hetzij de verkeerde DBC-code is gehanteerd, hetzij de juiste code met een verkeerd tarief is gebruikt.

Een onderwerp waarover in het verslagjaar zeer veel werd geklaagd, is de beperking van de aanspraak op plastische chirurgie. Zowel in de ziekenfondsverzekering als in de meeste particuliere polissen zijn ooglidcorrecties, borstvergrotingen en -verkleiningen, buikwandcorrecties en besnijdenissen vanaf 1 januari 2005 uitgesloten. Slechts in enkele gevallen kon succesvol worden bemiddeld. Het ging dan met name om verzekerden die in het jaar 2004 al 'in de molen zaten' en bijzondere medische indicaties, zoals bijvoorbeeld de Ziekte van Graves bij een ooglidcorrectie.

Voor het overige werd het jaar 2005 gekenmerkt door onderwerpen die ook in voorgaande jaren al aan de orde waren.

INRICHTING VAN HET BUREAU

Aan het bureau van de Ombudsman Zorgverzekeringen is een aantal medewerkers verbonden, waarvan sommigen in deeltijd werkzaam zijn. Het betreft de navolgende personen, die binnen de organisatie ieder hun eigen aandachtsgebieden hebben:

- de heer mr. G.J. de Groot, coördinator,
- de heer W.H. van den Berge, behandelaar,
- de heer drs. N. Gans, behandelaar,
- mevrouw M. Kaspers, secretariële ondersteuning,
- mevrouw P. van Wijngaarden-Versteeg, behandelaar.

De Ombudsman heeft geen medisch deskundigen in dienst. Indien echter aan een klacht een medisch aspect valt te onderkennen, kan, voor zover althans de behandeling van de klacht dit naar het oordeel van de Ombudsman vordert, voor advies een beroep worden gedaan op een onafhankelijk medisch deskundige. Ook in kwesties van tandheelkundige aard kan de deskundigheid zo nodig extern worden betrokken.

WERKWIJZE

In het toepasselijke reglement is bepaald dat de Ombudsman klachten behandelt op het terrein van de ziekenfondsverzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), en de particuliere ziektekostenverzekeringen - daaronder begrepen de aanvullende verzekeringen tegen ziektekosten - tenzij bij wet of overeenkomst een andere klachten- of geschillenregeling is aangewezen, dan wel het reglement zich hiertegen verzet. Dit is o.a. het geval bij de standaardpakketpolis. Over de standaardpakketpolis wordt wel algemene informatie verstrekt.

De wijze waarop hier in de dagelijkse praktijk invulling aan wordt gegeven, is uitgebreid toegelicht in het jaarverslag over 2000, waarbij tevens is ingegaan op de rol van de Ombudsman in relatie tot de klachtprocedure van Hoofdstuk 9 van de Algemene wet bestuursrecht en de behandeling van klachten over assurantietussenpersonen. Sindsdien is de aldaar beschreven procedure niet veranderd.

TELEFONISCHE KLACHTEN EN VERZOEKEN OM INFORMATIE

In het verslagjaar kwamen er in totaal 1.795 (2004: 1.870) telefonische klachten en verzoeken om informatie binnen. Deze gesprekken betroffen doorgaans aanspraken of verstrekkingen, alsmede verzekeringstechnische of inhoudelijke aspecten.

Verdeeld naar verzekeringsvorm ziet men het volgende beeld:

■ ziekenfondsverzekering	: 229
■ particuliere verzekering	: 481
■ standaard(pakket)polis	: 109
■ aanvullende verzekeringen	: 83
■ AWBZ	: 7

Daarnaast werden gesprekken gevoerd inzake:

■ lopende dossiers	: 383
■ verzoeken om informatie	: 452
■ publiekrechtelijke ziektekostenregelingen	: 51

Totaal derhalve : 886 (2004:860)

Bij de gesprekken op het terrein van de aanspraken/verstrekkingen sprongen het meest in het oog die welke betrekking hadden op: plastische chirurgie (42), hulpmiddelen (36), geneesmiddelen (35), tandheelkunde inclusief kaakchirurgie en orthodontie (34), en ziekenvervoer (19).

De belangrijkste onderwerpen op het gebied van de verzekeringstechnische/inhoudelijke aspecten waren: acceptatie (279), premiehoogte en premie-incasso (94), buitenland (90), eigen risico (51), declaraties (42) en opzegging (30).

Ten aanzien van de herkomst van de telefoontjes kan worden opgemerkt dat deze overwegend afkomstig waren van particulieren. Daarnaast betrof het gesprekken met assurantietussenpersonen en met vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties.

In een aantal gevallen vormt de telefonische klacht of het verzoek om informatie de eerste fase in de behandeling door de Ombudsman. Betreft het een klacht, dan

SCHRIFTELIJKE KLACHTEN EN VERZOEKEN OM INFORMATIE

bestaat het vervolgetraject uit het schriftelijk ter bemiddeling voorleggen van de kwestie. Door een objectieve benadering van de klacht/vraag en het persoonlijk contact kunnen soms echter ook schriftelijke klachten/vragen worden voorkomen, niet alleen bij de Ombudsman, maar ook bij de andere klachteninstanties op het terrein van de zorgverzekeringen.

In het jaar 2005 werden in totaal 1.438 nieuwe zaken ontvangen; opnieuw een toename ten opzichte van het vorige verslagjaar (2004: 1.392). Van deze klachten werden er 142 doorgezonden (bijvoorbeeld naar de Beroepscommissie WTZ); 220 klachten moesten als onbemiddelbaar worden aangemerkt (bijvoorbeeld in verband met het ontbreken van bevoegdheid van de Ombudsman). De overige 1.076 klachten en verzoeken om informatie leenden zich in beginsel voor verdere behandeling. Per ultimo 2005 resteerden hiervan nog 68 zaken. Het betreft hier onder meer gevallen die in het kader van de bemiddeling voor commentaar zijn voorgelegd aan de zorgverzekeraar of waarin aan de klager om aanvullende informatie is verzocht.

De ingekomen klachten kunnen naar verzekering(svorm) als volgt worden onderverdeeld:

■ ziekenfondsverzekering	: 201 (14%)
■ maatschappijpolis	: 744 (52%)
■ standaard(pakket)polis	: 125 (9%)
■ aanvullende verzekeringen	: 281 (19%)
■ AWBZ	: 7 (0%)
■ onbekend/anders	: 80 (6%)

Ten opzichte van het vorige verslagjaar is het aantal zaken met betrekking tot de ziekenfondsverzekering in absolute zin licht gestegen (van 196 naar 201); het procentuele aandeel in het totaal der klachten bleef echter gelijk. Het aantal klachten over de maatschappijpolissen steeg sterk, ook als aandeel in het totaal (van 672 naar 744). Bij de zaken op het terrein van de standaard(pakket)polis was eveneens sprake van een stijging (van 104 naar 125). Bij de aanvullende verzekeringen viel daarentegen een forse afname van het aantal klachten te constateren (van 357 naar 281).

De verschuivingen in relatie tot het jaar 2004 zijn slechts ten dele verklaarbaar. Voor de ziekenfondsverzekering geldt dat de absolute toename voor een groot deel valt toe te schrijven aan de maatregelen op het terrein van de plastische chirurgie met ingang van 1 januari 2005. De stijging bij de maatschappijpolissen is vooral terug te voeren op het grote aantal acceptatie- en buitenlandzaken. Voor de geconstateerde afname van het aantal zaken op het gebied van de aanvullende verzekeringen ontbreekt een goede verklaring.

Overigens dient te worden aangetekend dat tussen de verschillende kwartalen soms aanzienlijke verschillen zijn te constateren. Zo daalde het aantal nieuwe dossiers op het gebied van de maatschappijpolissen in het tweede en derde kwartaal van 2005, om daarna weer te stijgen. Bij de ziekenfondszaken lag de piek juist in het tweede kwartaal.

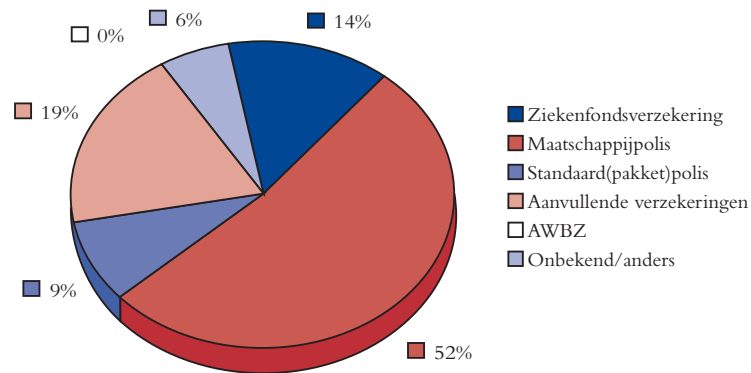


Fig. 1 Schriftelijke klachten/verzoeken om informatie, onderverdeeld naar aard, in %

Indien de binnengekomen klachten en verzoeken om informatie worden verdeeld naar onderwerp, dan springen bepaalde categorieën eruit. Het gaat dan met name om de onderwerpen plastische chirurgie (161), premie (143), buitenland (122), acceptatie (99), tandheelkunde (96), declaraties (94), bejegening (89), hulpmiddelen en geneesmiddelen (elk 73).

Vrijwel al deze categorieën zijn ook in de voorgaande jaren aan de orde geweest. Daarom wordt volstaan met een korte toelichting.

De opvallendste categorie is die van de *plastische chirurgie*. Zoals bekend, heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ruim van tevoren aangekondigd dat de betreffende aanspraak in het kader van de ziekenfondsverzekering en de standaardverzekeringen met ingang van 1 januari 2005 zou worden beperkt. Reeds in het jaar 2004 leidde dit tot een toename van de vragen en klachten. Deze waren toen overwegend afkomstig van verzekerden die nog in de aanvraagprocedure zaten, dan wel bezwaar hadden gemaakt tegen een afwijzing, of die al beschikten over een machtiging en van de behandelend medisch-specialist te horen hadden gekregen dat de operatie niet meer in het jaar 2004 zou kunnen worden uitgevoerd. De in het verslagjaar ingekomen zaken kwamen vooral van hen die de aanvraag te laat hadden gedaan, en die mogelijk onder het oude regime wèl recht op vergoeding van de kosten van bijvoorbeeld een ooglidcorrectie zouden hebben gehad.

Een bijzondere groep werd gevormd door degenen die, naar aanleiding van een aangevraagde vetschortoperatie, het advies hadden gekregen eerst een bepaald aantal kilo's af te vallen. Zij zagen zich ermee geconfronteerd dat de gewenste ingreep, na het behalen van het streefgewicht in de loop van het jaar, niet meer zou worden vergoed.

Bij de klachten met betrekking tot de *premie* ging het allereerst om de premiehoogte. Voorts werd wel geklaagd over problemen die optreden bij de incasso. Als derde belangrijke groep kunnen worden genoemd de zaken betreffende het schadeforfait in het kader van de ziekenfondsverzekering en die welke betrekking hebben op premierestitutie.

Bij de categorie *buitenland* betrof het klachten van verzekerden van wie de verzekering tegen ziektekosten was beëindigd vanwege vertrek naar het buitenland. Verder zijn hieronder gerangschikt de zaken over het inroepen van spoedhulp in het buitenland. Veelal betroffen deze de hoogte van de vergoeding, het niet gedekt zijn van bijvoorbeeld kosten van repatriëring of helikoptervervoer, en het niet voldoen aan de eis van melding via een alarmcentrale.

Andere klachten in deze categorie gingen over het betrekken van zorg in het buitenland omdat deze niet of niet tijdig hier te lande beschikbaar was. De discussie ging dan meestal over de gebruikelijkheid van de behandeling en het niet voldoen aan de eventuele eis van voorafgaande toestemming. Veel zaken hadden ook de hoogte van

de vergoeding als inzet. Sinds de introductie van de DBC-tarieven zijn de verschillen met het buitenland groter geworden. Verzekerden kunnen zich soms niet voorstellen dat de kosten van een ingreep in Nederland lager zijn, zelfs als een groter aantal ligdagen noodzakelijk blijkt.

Over het onderwerp *acceptatie* komen van oudsher veel klachten binnen. De zaken worden aangebracht door aspirant-verzekerden die zijn geweigerd voor de door hen gewenste particuliere ziektekostenverzekering of aanvullende verzekering. Meestal vormt de gezondheid de achtergrond van de weigering, maar deze kan ook in het zogenoemde 'morele risico' gelegen zijn. Hieronder wordt verstaan dat het profiel van de aspirant-verzekerde in negatieve zin afwijkt van de gemiddelde verzekerde, bijvoorbeeld omdat eerder verzekeringen zijn geroyeerd wegens verzwijging, fraude of wanbetaling.

Als alternatief voor de maatschappijproducten zijn er de standaardverzekeringen. Deze zijn in het algemeen echter duurder. In die gevallen waarin geen standaardverzekering werd aangeboden, vond wel doorverwijzing naar de Beroepscommissie WTZ plaats.

De zaken op het terrein van de *tandheelkunde*, waartoe in dit verband ook *kaakchirurgie* en *orthodontie* zijn gerekend, waren zeer divers. Genoemd kunnen worden de gevallen die gaan over de hoogte van de vergoeding. Deze is in de aanvullende verzekeringen nogal eens gemaximeerd.

Ten aanzien van de zaken betreffende *declaraties* gold voorheen dat deze eigenlijk per definitie gingen over de termijn van afhandeling, dan wel de inrichting van het uitkeringsbericht. Sinds de invoering van de DBC-systematiek wordt de declaratieverwerking evenwel meer en meer beschouwd als een ingang om de bestaande onvrede over de hoogte van de nota kenbaar te maken. Niet het ziekenhuis of de medisch-specialist wordt verantwoordelijk geacht, maar de zorgverzekeraar, zeker in die situaties waarin er sprake is van een aanzienlijk eigen risico.

Met betrekking tot de zaken op het gebied van de *bejegening* kan geen bruikbare specificatie worden gegeven. Te denken valt aan het niet beantwoorden van correspondentie, het afbreken van telefoongesprekken en dergelijke.

HERKOMST EN WIJZE VAN AFHANDELING VAN DE SCHRIFTELIJKE KLACHTEN EN VERZOEKEN OM INFORMATIE

Waar het de *hulpmiddelen* betreft, geldt dat de klachten vaak gingen over het niet aangewezen zijn van bepaalde medische hulpmiddelen, dan wel over de hoogte van de vergoeding of de gebruiksduur. Ook over de bij de verstrekking geldende voorwaarden werd regelmatig geklaagd.

De klachten op het gebied van de *geneesmiddelen* kenden een grote diversiteit. Op de hoofdverzekering was de vraag regelmatig aan de orde of het middel onder het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) valt. Deze vraag werd vooral actueel nadat de zelfzorggeneesmiddelen met ingang van 1 januari 2004 uit het verzekerde pakket waren gehaald.

Bij de magistrale receptuur vormde de voorwaarde van rationele farmacotherapie veelal het struikelblok. Verder golden er voor bepaalde geneesmiddelen indicatie-eisen. Bekend is in dit verband bijvoorbeeld het middel Plavix (clopidogrel).

De aanvullende verzekeringen kennen soms dekking voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, waarbij de eis wordt gesteld dat het middel 100% homeopatisch moet zijn. Niet altijd was aan die eis voldaan.

Een aspect dat hier nog aandacht verdient is het preferentiebeleid. Een aantal verzekerden klaagde over het feit dat de zorgverzekeraar aanstuurt op aflevering van een goedkopere variant van een bepaald middel.

De in het jaar 2005 bij de Ombudsman ingediende klachten en verzoeken om informatie (totaal 1.438) werden overwegend rechtstreeks toegezonden. Voor zover er sprake was van doorzending, waren de zaken met name afkomstig van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringsbedrijf, de Consumentenbond en patiëntenverenigingen.

Met betrekking tot de in het verslagjaar ontvangen en afgehandelde klachten en verzoeken om informatie (totaal 1.438 minus de 68 openstaande dossiers = 1.370) kan de volgende onderverdeling worden gemaakt.

Zoals gezegd, werden 142 zaken doorgezonden naar de betrokken zorgverzekeraar of naar een andere klachteninstantie. Bij dit aantal dienen de onbemiddelbare klachten, de informatieverzoeken, en de zaken die in de loop van de procedure werden ingetrokken te worden opgeteld (389). Na aftrek van deze 531 dossiers blijven er nog

839 klachten over. Hiervan moesten er 432 (51%) worden afgesloten zonder dat dit tot een verbetering voor de klager had geleid. In 407 gevallen (49%) had de bemiddeling daarentegen wel succes.

De percentages waarin de bemiddeling niet en wél tot verbetering leidde, wijken enigszins af van die van het vorige jaar. Toen was het beeld minder gunstig, namelijk 57 respectievelijk 43%.

Bij deze cijfers past nog de kanttekening dat er in het verslagjaar een sterke toename van het aantal informatieverzoeken viel te constateren.

Van een "verbetering voor de klager" kan worden gesproken indien de tussenkomst door de Ombudsman voor de klager een min of meer positief resultaat heeft opgeleverd ten opzichte van de uitgangspositie. Dit kan heel concreet zijn, bijvoorbeeld indien de gedeclareerde kosten alsnog worden vergoed of de klager alsnog wordt geaccepteerd voor de gewenste verzekering. Soms heeft de verbetering nadrukkelijk een onverplicht karakter. In het verslagjaar is geprobeerd de coulancevergoedingen te registreren, maar dit heeft helaas geen betrouwbare cijfers opgeleverd. Achtergrond hiervan is dat eerst objectief moet worden bepaald of de vergoeding inderdaad uit coulance is verleend, en niet enkel omdat de zorgverzekeraar dit zo ervaart.

Met name bij de bejegeningklachten is de verbetering vaak minder goed aan te wijzen, zeker in die gevallen waarin niet alleen de zorgverzekeraar, maar ook de klager een verwijt valt te maken.

Teneinde een verbetering voor de klager af te dwingen, heeft de Ombudsman de mogelijkheid om aan partijen een - niet-bindend - advies uit te brengen. Een zodanig advies werd in de verslagperiode niet uitgebracht.

Indien de afgehandelde, bemiddelbare klachten (839) in aanmerking worden genomen, kan de volgende onderverdeling naar verzekering(svorm) worden gemaakt:

- ziekenfondsverzekering : 65
- maatschappijpolis/S(P)P : 561
- aanv. verzekeringen : 192
- AWBZ/overig : 21

Voor de klachten op het terrein van de ziekenfondsverzekering geldt dat in 74% van de gevallen een verbetering voor de klager werd bereikt.

Het 'succespercentage' ligt voor de maatschappijpolissen en de standaard(pakket)polis op 45, respectievelijk 61, en voor de aanvullende verzekeringen op 44%.

Aan het slot van dit cijfermatige gedeelte kan worden vastgesteld dat het 'succespercentage' voor de ziekenfondsverzekering en de standaard(pakket)polis erg hoog ligt. Hierbij moet worden bedacht dat de Ombudsman zeer terughoudend is als het gaat om het in behandeling nemen van klachten op het terrein van de verplichte verzekering en de standaardverzekeringen. Er is in het kader van de Ziekenfondswet immers een bij wet geregelde procedure waarvan gebruik kan worden gemaakt, terwijl de standaardverzekeringen voorzien in bindende advisering door de Beroepscommissie WTZ. In het algemeen zal daarom doorzending plaatsvinden. Het mag duidelijk zijn dat op basis van de hier genoemde percentages, die betrekking hebben op een selectie van de ingekomen klachten, geen conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van de wijze waarop de Ziekenfondswet en de Wtz 1998 door de zorgverzekeraars worden uitgevoerd.

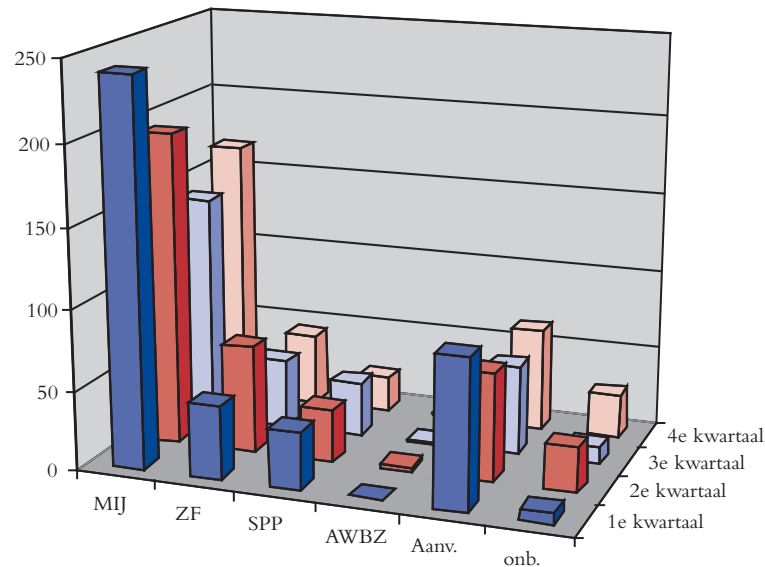


Fig. 2 Schriftelijke klachten, onderverdeeld naar aard, per kwartaal

ONTWIKKELINGEN

De klachten die in 2004 zijn gesignaleerd, zijn weergegeven op een aparte bijlage (II). Genoemde onderwerpen zijn in de verslagperiode voor een deel opnieuw aan de orde geweest. Bijzondere aandacht wordt gevraagd voor de navolgende – overwegend nieuwe – zaken:

- DBC-perikelen;
- administratiekosten;
- premieheffing en overlijden;
- verzending inschrijvingsbewijs;
- beschikbaarheid tandartsen;
- eigen risico standaardverzekeringen;
- terugzending originele nota's;
- beperking aanspraak plastische chirurgie;
- Zvw-perikelen.

Hierna treft u een toelichting op deze aandachtspunten aan. Een samenvatting vindt u in bijlage I.

DBC-PERIKELLEN

Als gezegd, heeft de introductie van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) met ingang van 1 januari 2005 tot de nodige klachten en vragen aanleiding gegeven. De vragen betroffen allereerst het verkrijgen van een nota – niet alle ziekenhuizen zenden een kopie aan de patiënt – en de inrichting van het betreffende stuk. Als voorbeeld van het laatste kan worden genoemd de nota van de extramuraal werkende specialist waarop ziekenhuiskosten zijn vermeld. Het opvoeren van deze kosten, zonder dat een ziekenhuis is bezocht, wekt vanzelfsprekend bevreemding.

Verder bestond er in het begin van het jaar enige onduidelijkheid over het al dan niet gecontracteerd zijn van bepaalde ziekenhuizen. Een aantal verzekerden vreesde hierdoor met de kosten van een behandeling te blijven zitten.

Voorts werd door een groot aantal verzekerden aan de hand van de nota geconstateerd dat zij voor de genoten zorg in het jaar 2004 veel minder kwijt waren. Het bleek zeer moeilijk daar een behoorlijke toelichting op te krijgen van de instelling of de zorgverzekeraar, waarna de vraag bij de Ombudsman werd neergelegd.

In de loop van het verslagjaar nam het aantal klachten toe. Deze waren vooral afkomstig van verzekerden met een eigen risico, die na indiening van de nota moesten constateren dat het eigen risico reeds door één enkel bezoek aan een medisch-specialist was 'vol gemaakt'. De reactie was in deze gevallen meestal dat men van behandeling zou hebben afgezien of voor behandeling door de huisarts zou hebben gekozen, waren de financiële gevolgen vooraf bekend geweest.

Problemen waren er ook rond de extramuraal werkende specialisten waarmee door de zorgverzekeraar geen contract was gesloten. Verzekerden die zich tot zo'n niet-gecontracteerde medisch-specialist wendden kregen (een deel van) de kosten niet vergoed.

Tot slot werden klachten ontvangen van verzekerden die al in het jaar 2004 met een behandeling waren gestart. Hierbij rees de vraag of de DBC in dat jaar kon worden geopend en of de kosten dan ten laste van een eventueel eigen risico voor 2004, dan wel voor 2005 zouden moeten worden gebracht.

Van de kant van de Ombudsman moest in het algemeen worden volstaan met het geven van voorlichting, waarbij in een aantal gevallen voor meer informatie is verwezen naar het College Tarieven Gezondheidszorg/ZAi.o.. Waar bemiddeling mogelijk was - en dan valt met name te denken aan overgangsproblemen 2004/2005 en problemen rond niet-gecontracteerde extramuraal werkende medisch-specialisten - heeft de Ombudsman de kwestie opgenomen met de betrokken zorgverzekeraar.

De overschakeling naar een nieuwe systematiek gaat vrijwel altijd gepaard met kinderziektes. Het is een illusie te veronderstellen dat dit voor de DBC-systematiek anders zou zijn. Dat vanwege de overschakeling naar de nieuwe systematiek ook de inrichting van de nota is veranderd, kan voor een verzekerde vervelend zijn, maar levert geen onoverkomelijke problemen op.

Iets anders is dat voor een zelfde behandeling sinds 1 januari 2005 soms veel meer moet worden betaald. Een veel gehoorde 'kreet' is dat de burger moet weten wat de zorg kost. Dit in de hoop dat hij dan bewuster met de zorgconsumptie zal omgaan. Uit de vele vragen en klachten blijkt dat dat bewustzijn zeker aanwezig is. Het is evenwel niet uit te leggen dat het oude verlichtingentarief soms factor tien goedkoper is dan het DBC-tarief.

Intussen wordt gewerkt aan aanpassing van bepaalde DBC-tarieven, waardoor bijvoorbeeld de beruchte ‘spooknota’s’ (dit zijn nota’s waarop kosten zijn opgevoerd voor zorg die niet is genomen) tot het verleden zullen behoren.

ADMINISTRATIEKOSTEN

In de verslagperiode is met enige regelmaat aandacht gevraagd voor het, door de zorgverzekeraars, berekenen van kosten in verband met de wijze van incasso. De klachten komen enerzijds van verzekerden die extra moeten betalen indien zij voor een andere wijze van incasseren kiezen dan via een machtiging tot automatische incasso. Anderzijds wordt er, vreemd genoeg, ook geklaagd door verzekerden die juist een incassomachtiging hebben afgegeven en kosten in rekening gebracht krijgen.

In voorkomend geval is, afhankelijk van de verzekeringsvorm, verwezen naar de betrokken zorgverzekeraar voor een toelichting. Daarbij is tevens geattendeerd op de mogelijkheid van het hierna indienen van een bezwaarschrift, dan wel het voorleggen van de kwestie aan de Beroepscommissie WTZ of aan de Ombudsman.

Ten aanzien van premiekwesties op het terrein van de standaardverzekeringen is de Ombudsman niet bevoegd. Hoewel daarin derhalve geen bemiddelende rol kan worden gespeeld, is het wel mogelijk een visie te geven. In dat kader komt het mij voor dat artikel 7, vierde lid van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 er aan in de weg staat dat administratiekosten in rekening worden gebracht. Immers, in dit artikel is bepaald: “Buiten de premie en de toeslag, bedoeld in het tweede lid, wordt aan de verzekerde niets in rekening gebracht. Elk beding in strijd met de eerste volzin is nietig.” Het is aan de Beroepscommissie WTZ hier in voorkomend geval een bindend advies over uit te brengen, Premiegeschillen op het vlak van de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet vallen eveneens buiten de competentie van de Ombudsman, doch ook hier kan een visie op worden gegeven. In dit verband merk ik op dat in artikel 17, vierde lid van de Ziekenfondswet aan de zorgverzekeraar de bevoegdheid wordt gegeven om bij reglement nadere regelen te stellen voor de betaling, vaststelling en de invordering van de nominale premie, zulks met inachtneming van het bepaalde bij en krachtens de Ziekenfondswet. Vervolgens is in het Besluit nominale premieheffing Ziekenfondswet opgenomen dat een ziekenfonds een zelfde premie bepaalt voor de verzekering van de bij hem ingeschreven verzekerden. Het berekenen van administratiekosten, afhankelijk van de betaalwijze, lijkt hiermee strijdig. Wel kan de zorgverzekeraar in geval van vooruitbetaling

van de nominale premie een korting verlenen. Aldus blijkt uit artikel 17, tweede lid van de Ziekenfondswet.

Voor de maatschappijproducten geldt dat het de zorgverzekeraar vrij staat zijn incassobeleid te bepalen. Dat beleid moet dan wel eenduidig zijn. Ik bedoel hiermee aan te geven dat een zorgverzekeraar best administratiekosten mag berekenen, maar dan wel in redelijkheid en alleen voor die betaalwijze die voor hem inderdaad tot extra kosten leidt. Het kan niet zo zijn dat ongeacht de betaalwijze, altijd kosten in rekening worden gebracht. Overigens is het mij hierbij niet helder waarom een zorgverzekeraar er voor kiest om juist bij automatische incasso administratiekosten op te voeren, nu dit voor hem vermoedelijk de goedkoopste, vlotste en meest zekere wijze van incasseren is.

PREMIEHEFFING EN OVERLIJDEN

In de afgelopen jaren heeft de Ombudsman verschillende klachten ontvangen van nabestaanden van ziekenfondsverzekerden die aanspraak maakten op restitutie van de betaalde nominale premie, alsmede van de betaalde premie voor de aanvullende verzekering over het nog niet vervallen gedeelte van de maand.

In de meeste gevallen moest worden volstaan met het geven van een toelichting, maar soms gaven de omstandigheden van het geval aanleiding toch een bemiddelingspoging te doen.

Formeel vallen premiegeschillen op het terrein van de Ziekenfondswet niet onder de competentie van de Ombudsman. Daar komt bij dat artikel 17, vierde lid van de betreffende wet de zorgverzekeraars het recht geeft peildata, gelegen op de eerste dag van iedere kalendermaand, te bepalen voor de berekening van de nominale premie. Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben van deze bevoegdheid gebruik gemaakt.

Indien een verzekerde in de loop van een maand overlijdt, is dan ook de nominale premie voor die gehele maand verschuldigd. Voor de aanvullende verzekering zal dit niet anders zijn.

In bijzondere gevallen kan er evenwel aanleiding bestaan de betrokken zorgverzekeraar toch te benaderen en hem te vragen de nominale premie en de premie voor de aanvullende verzekering op dagbasis te berekenen.

Benadrukt zij dat dit de uitzonderingen op de regel zijn.

Casus

Een verzekerde met een geestelijke handicap overleed op de 2e van een maand. Zijn nabestaanden zagen zich geconfronteerd met de hoge kosten van de uitvaart en vroegen tegen die achtergrond restitutie van de betaalde premie over het niet vervallen gedeelte van de maand. De zorgverzekeraar reageerde hierop afwijzend, waarna de Ombudsman om tussenkomst werd gevraagd. Vanwege de enigszins bijzondere situatie werd hier gehoor aan gegeven en uiteindelijk toonde de zorgverzekeraar zich alsnog bereid tot premieteruggave.

VERZENDING INSCHRIJVINGSBEWIJS

In de verslagperiode moest helaas worden geconstateerd dat zorgverzekeraars het inschrijvingsbewijs soms geruime tijd na dagtekening verzenden. Voor degene die ziekenfondsverzekerd was geworden en als zodanig werd ingeschreven, kon dit een probleem veroorzaken, in die zin dat de particuliere verzekering meestal werd beëindigd na ontvangst van een kopie van het inschrijvingsbewijs. De premie, verschuldigd over de periode, gelegen tussen de dagtekening van het inschrijvingsbewijs en de datum van ontvangst door de particuliere verzekeraar, bleef in deze situatie voor rekening van de verzekeringnemer.

Beschouwd vanuit de Ombudsman heeft een bemiddelingspoging alleen kans van slagen indien aan de hand van een datumstempel kan worden bepaald dat het inschrijvingsbewijs veel later is verzonden dan de dagtekening van het stuk. Dit bewijs is moeilijk te leveren. Ook is er een categorie die weliswaar stelt dat de verzending later heeft plaatsgehad, maar waarbij de vertraging feitelijk is ontstaan door eigen nalatigheid. Bemiddeling is dan wel mogelijk, maar de kans dat de particuliere verzekeraar tot restitutie over gaat is dan vanzelfsprekend veel kleiner.

BESCHIKBAARHEID TANDARTSEN

In het kader van de ziekenfondsverzekering gold als uitgangspunt dat de verstrekkingen moeten worden geleverd door een tot dat doel door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling.

Bij de tandheelkunde was de situatie dat de reguliere tandheilkundige hulp aan verzekerden ouder dan 18 jaar waarop men op basis van de wettelijke verzekering aanspraak kon maken, uiterst beperkt was. Niettemin werd in de aanvullende verzeke-

ringen nogal eens een link naar de hoofdverzekering gelegd. Dit kon ertoe leiden dat de aanvullende verzekering alleen dekking bood voor tandheelkundige zorg indien deze werd verleend door een gecontracteerde tandarts.

Met name in kleinere plaatsen kon dit lastig zijn. Soms was er maar één tandarts, die geen medewerkersovereenkomst had met de zorgverzekeraar. De verzekerde zou dan naar het volgende dorp moeten gaan om zich daar door een wel-gecontracteerde tandarts te laten behandelen.

Hoewel de zorgverzekeraars hier veelal soepel mee omgingen, kwam het wel voor dat de bemiddeling van de Ombudsman moest worden ingeroepen.

Bezien tegen de historische achtergrond valt het standpunt van de zorgverzekeraars te begrijpen. Immers, nog maar enkele jaren geleden waren er voldoende tandartsen en de door hen geleverde tandheelkundige zorg viel voor een groot deel onder het verstrekkingenpakket volgens de Ziekenfondswet.

Sindsdien is echter een kentering opgetreden. Het is soms moeilijk een tandarts te vinden, zeker in een kleine plaats, en de hoofdverzekering biedt nauwelijks nog dekking. Hier komt bij dat het voor bepaalde, landelijk werkende zorgverzekeraars, soms moeilijk is om in een regio te contracteren waar men weinig verzekerden heeft. Onder deze omstandigheden ligt het niet voor de hand een verband te leggen tussen hoofd- en aanvullende verzekering. Een dergelijk verband zou immers alleen nog kunnen stoelen op zaken als kwaliteitsbewaking en gemak bij de declaratieverwerking en de vraag is of het belang dat de zorgverzekeraar daarbij heeft opweegt tegen de ongemakken die de verzekerde ervaart indien hij op zoek moet gaan naar een gecontracteerde tandarts. In voorkomend geval heb ik dan ook gevraagd om een zekere souplesse bij de toepassing van de verzekeringsvoorwaarden. Dit temeer indien de aanvullende verzekering veel gemaximeerde vergoedingen kent; de zorgverzekeraar zou dan immers bij een gecontracteerde tandarts “hetzelfde kwijt zijn”.

EIGEN RISICO STANDAARDVERZEKERINGEN

In het verlengde van de invoering van een no-claimregeling voor ziekenfondsverzekerden, is met ingang van 1 januari 2005 het eigen risico op de standaardverzekeringen aangepast. Hoewel de Ombudsman op het betreffende terrein niet bevoegd is, en degenen die hierover klaagden zijn verwezen naar de Beroepscommissie WTZ, is de materie belangrijk genoeg om ook hier te vermelden.

De inkomende klachten waren in de eerste plaats afkomstig van Wsf2000-gerechtig-

de studerenden. Zij zagen zich geconfronteerd met een verhoging van het eigen risico aan de voet van € 53,00 per kalenderjaar in 2004 naar € 250,00 in 2005.

Voor zover medische kosten worden gemaakt tot laatstgenoemd bedrag, is begrijpelijk dat deze slechts met moeite kunnen worden gedragen door een student die volledig afhankelijk is van een beurs.

Hier kwam bij dat medeverzekering op de polis van (één van) de ouders dan soms financieel aantrekkelijker kon zijn.

Een tweede categorie klachten kwam van personen van 65 jaar en ouder. Onder deze groep deed zich, meer dan bij anderen, wel de situatie voor dat beide echtgenoten op één polis waren verzekerd en dat slechts één van hen (hoge) medische kosten had. Omdat de standaardverzekeringen een eigen risico per alleenstaande, dan wel per polis kenden, betekende dit praktisch dat degene die de kosten maakte het eigen risico van € 500,00 per polis volledig droeg. Door ouderenorganisaties werd daarom wel geadviseerd de zorgverzekeraar te vragen de polis te splitsen.

Van de kant van de Ombudsman is dit advies in voorkomend geval overgenomen, zij het met de kanttekening dat een dergelijk verzoek alleen zinvol is als er inderdaad een groot verschil in medische kosten bestaat tussen de beide partners. Komt ieder van de verzekerden boven het bedrag van € 250,00, dan is er immers geen (financieel) belang.

TERUGZENDING ORIGINELE NOTA'S

Naar aanleiding van een actie, begin 2003, om ouderen opmerkzaam te maken op de mogelijkheid van aftrek van buitengewone lasten - met name vanwege ziektekosten - is dit onderwerp al aan de orde gekomen in het jaarverslag over 2003.

Het is duidelijk dat verzekerden er belang bij kunnen hebben dat originele nota's na verwerking worden geretourneerd. Met het oog op de kosten zijn steeds meer zorgverzekeraars hier echter van af gaan zien. Steeds vaker worden originele declaraties gescand, elektronisch opgeslagen, en daarna vernietigd. Vraagt de verzekerde hier naar, dan ontvangt hij een gewaarmerkte print die volgens de betrokken zorgverzekeraars ook door de Belastingdienst als bewijsstuk wordt geaccepteerd.

Naast de fiscus kunnen er ook andere derden zijn die om de originele nota vragen. Zo wordt door of vanwege bepaalde werkgevers wel een tegemoetkoming verleend in de kosten die voor rekening van de verzekerde blijven. De verzekerde zal dan

moeten aantonen welke kosten zijn gemaakt en welk deel daarvan al door de zorgverzekeraar is vergoed.

In het jaarverslag over 2003 merkte ik op dat mijns inziens een verzoek tot terugzending van originele nota's zou moeten worden gehonoreerd. Het afgeven van een gewaarmerkte print van het gescande document zou een mogelijk alternatief kunnen vormen. Ik betreur het dat verschillende zorgverzekeraars vanwege het kostenaspect of om technische redenen dit probleem nog niet hebben weten op te lossen.

Casus

In de verslagperiode werd de Ombudsman telefonisch benaderd door een in het buitenland wonende verzekerde, werkzaam bij een internationale organisatie. Deze had een Nederlandse ziektekostenverzekering met een hoog eigen risico. Daarnaast was er sprake van een ziektekostenregeling vanwege de werkgever. De zorgverzekeraar betaalde de in het buitenland gemaakte ziektekosten onder aftrek van het toepasselijke eigen risico, doch weigerde de nota's nadien te retourneren. Betrokkene kon het niet-vergoede deel daardoor niet bij zijn werkgever claimen. Van de kant van de Ombudsman werd hem geadviseerd een schriftelijk verzoek in te dienen bij de zorgverzekeraar en in dat verband toe te lichten waarom het van belang was dat de originele declaraties werden geretourneerd. Aangezien de zaak hierna niet schriftelijk werd voorgelegd, is de kwestie vermoedelijk alsnog in onderling overleg opgelost.

BEPERKING AANSPRAAK PLASTISCHE CHIRURGIE

Als belangrijkste wijziging in de dekking met ingang van het jaar 2005, kan worden genoemd de beperking van de aanspraak op plastische chirurgie. Zowel in de ziekenfondsverzekering als in de standaardverzekeringen en veel maatschappijproducten is met ingang van 1 januari een expliciete uitsluiting opgenomen voor de behandeling bij snurken, de behandeling voor correctie van bovenoogleden, correctie van de buikwand, de behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen, en de behandeling gericht op circumcisie (besnijdenis).

De inkomende klachten hadden vooral betrekking op de weigering van de zorgverzekeraar de kosten van een ooglidcorrectie te vergoeden. In voorkomend geval is getracht te bemiddelen. De

bemiddeling was met name zinvol in die situaties waarin de aanvraag al in het jaar 2004 was gedaan of waarin er sprake was van een achterliggend ziektebeeld, zoals bijvoorbeeld de Ziekte van Graves.

Voor meer informatie en voor mijn pleidooi naar oplossingen te zoeken zij verwezen naar het jaarverslag over 2004 waarin - vooruitlopend op de wijziging - al aandacht werd besteed aan deze beperking van de dekking.

Getuige hun optreden in de media, zijn diverse medisch-specialisten verontrust en verontwaardigd over de beperking van de aanspraak op plastische chirurgie. Indien zij representatief zijn voor de beroepsgroep is nader overleg tussen hun organisatie en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, respectievelijk de zorgverzekeraars wellicht op zijn plaats.

ZVW-PERIKELEN

De laatste maanden van het jaar stonden geheel in het teken van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierna volgt een kort overzicht van de vragen en klachten die door de Ombudsman werden ontvangen.

De meerderheid van de zaken was afkomstig van Nederlanders in het buitenland. Een aantal zorgverzekeraars zegde de lopende verzekeringen met ingang van 1 januari 2006 op, waardoor de nodige paniek ontstond. Enerzijds betrof het hierbij verzekerden die niet in een EU/EER-lidstaat of verdragsland woonden en die geheel onverzekerd dreigden te raken. Hen werd geadviseerd contact op te nemen met de zorgverzekeraar en deze er op te wijzen dat er geen sprake is van verzekeringsplicht ingevolge de Zvw, een verordening of een verdrag, met andere woorden: dat de lopende verzekeringsovereenkomst moet worden gecontinueerd. Anderzijds ging het om Nederlanders die op grond van verordening of verdrag wél woonlandaanspraken hebben, maar die dat pakket te mager vonden. Ook deze groep is aangeraden de zorgverzekeraar aan te schrijven en er daarbij op te wijzen dat volgens artikel 2.5.2 van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet de overeenkomst slechts vervalt voor zover gelijkwaardig aan het woonlandpakket. Dit laatste betekent in het algemeen ook dat er geen grond is een eventuele aanvullende verzekering te beëindigen. Overigens lopen er, met betrekking tot het opzeggen van (aanvullende) verzekeringen, enkele gerechtelijke procedures, onder andere van verzekerden in Spanje en België.

Teneinde aanspraken op grond van de sociale ziektekostenverzekering van het woonland te kunnen verkrijgen, dient men te beschikken over een E-formulier. In artikel 69 van de Zvw is geregeld dat ‘verdragsrechthebbers’ zich moeten aanmelden bij het College Zorgverzekeringen. Dit college verstrekt vervolgens het noodzakelijke formulier.

Eind 2005 kwamen de eerste telefoontjes binnen van verontruste ‘verdragsrechthebbers’ die zich tijdig hadden aangemeld, maar vreesden dat zij niet vóór 1 januari 2006 zouden kunnen beschikken over het noodzakelijke E-formulier. Daar de Ombudsman op het betreffende terrein niet bevoegd is, moest worden terugverwezen naar het college.

Sinds het beschikbaar komen van de diverse berekeningsprogramma’s kwamen veel vragen binnen over de hoogte van de premie, dat wil zeggen de nominale premie die men aan de zorgverzekeraar betaalt en de inkomensafhankelijke bijdrage. Velen schrokken van het verschil met de premie die men voorheen betaalde. Vooral door bovenmodale tweeverdieners met studerende kinderen werd geklaagd over de extra kosten. Daarnaast bestond er bij veel AOW-gerechtigden onbegrip over de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage (6,5%) en het kennelijk ontbreken van een ‘werkgeversbijdrage’ ter compensatie. Een bijzondere categorie vragenstellers bestond uit vutgerechtigden. Zij constateerden een onderling verschil in inkomensafhankelijke bijdrage, afhankelijk van het moment van ingaan van de uitkering en het voorheen al dan niet ziekenfondsverzekerd zijn.

In deze situaties moest worden volstaan met het geven van een toelichting.

Ook de uitbetaling van de zorgtoeslag leverde de nodige vragen op. Een deel van de aanvragers verwachtte in de maand december de eerste uitkering te ontvangen. Het uitblijven daarvan, in combinatie met de – tijdelijk – minder goede bereikbaarheid van de Belastingdienst Toeslagen zorgde bij de Ombudsman voor een toename van de telefonische contacten. De wezenlijke vragen konden helaas niet worden beantwoord, deze waren namelijk: “Is mijn aanvraag ontvangen?” en “Wanneer kan ik de uitbetaling verwachten?”

Bellers moesten daarom worden terugverwezen naar de Belastingdienst Toeslagen.

Vragen waren er ook over het aanbod van de zorgverzekeraars. Enerzijds ging het er

daarbij om dat op 16 december 2005 nog geen aanbod was ontvangen; anderzijds kwam aan de orde of het ontvangen aanbod inderdaad gelijkwaardig was aan de voorgaande verzekering. Deze laatste vraag was, bij ontbreken van de verzekeringsvoorwaarden, niet telefonisch te beantwoorden.

Vermeldenswaard is hierbij nog dat degenen die overwogen het aanbod van de zorgverzekeraar af te wijzen dit soms zeiden na te laten omdat zij niet met dubbele premielasten wilden komen te zitten.

In enkele telefoongesprekken werd gewag gemaakt van royementskosten die door de zorgverzekeraar zouden zijn berekend in verband met de overgang naar de zorgverzekering. In voorkomend geval is geadviseerd de betrokken zorgverzekeraar hierover te benaderen, te verwijzen naar artikel 2.5.2 van de Invoerings- en Aanpassingswet, en zo nodig daarna weer contact op te nemen.

Ik zal de ontwikkelingen op dit punt nauwlettend blijven volgen.

Een ander onderwerp waar door de bellers aandacht voor werd gevraagd was het, door enkele zorgverzekeraars, hanteren van het gezinsprincipe bij het aanbieden van aanvullende verzekeringsproducten. Daar dit binnen de vereniging Zorgverzekeraars Nederland aan de orde was geweest, is verwezen naar de aan de zorgverzekeraars gezonden circulaire, waarin wordt geadviseerd een individueel aanbod te doen.

Tot slot kunnen in dit verband nog worden genoemd de telefoontjes, afkomstig van ‘verdragsrechthebbenden’ die in Nederland wonen. Het betrof daarbij allereerst personen die inkomen hebben vanuit het buitenland en die ooit van het College voor Zorgverzekeringen een ontheffing in het kader van de AWBZ hebben ontvangen. Hun verzekeringspositie is soms onduidelijk. De afgegeven verklaring heeft een bepaalde geldigheidsduur en bleek in een aantal gevallen niet meer van toepassing. Voor meer informatie werd verwezen naar het college.

Voorts kwamen veel vragen binnen van personen die gehouden zijn zich aan te melden bij CZ groep Zorgverzekeringen. Deze zorgverzekeraar is bij wet aangewezen voor de uitvoering van de Zvw voor bepaalde, specifieke categorieën van verdragsrechthebbenden en hun gezinsleden. Door velen werd deze aanwijzing beschouwd als een beperking van de keuzevrijheid. Vaak speelde daarbij mee dat door de eigen verzekeraar al een (gunstiger) aanbod was gedaan.

EXTERNE CONTACTEN

In het kader van het werken vanuit één front-office waren er in het verslagjaar op secretariaatsniveau de nodige contacten met de medewerkers van het Klachteninstituut Verzekeringen. Tevens werd een door het instituut georganiseerde presentatie van de Duitse Ombudsman Verzekeringen bijgewoond.

Contacten waren er ook met organisaties als het College voor Zorgverzekeringen te Diemen en Stichting De Ombudsman te Hilversum en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) te Utrecht.

Daarnaast was er regelmatig overleg met de vereniging Zorgverzekeraars Nederland, onder andere over de positie van de Ombudsman na inwerkingtreding van de Zvw.

In de verslagperiode is verder een tweetal zorgverzekeraars bezocht en vond een gesprek plaats met een gevolmachtigde.

SLOT

Bij haar terugtreden als Ombudsman Zorgverzekeringen per ultimo 1999 heeft mijn voorganger, mevrouw M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen, de in de voorafgaande jaarverslagen beschreven ‘algemene aspecten’ geëvalueerd. Graag zou ik, aan het slot van dit laatste, zelfstandige jaarverslag van het instituut ook een evaluatie opnemen, maar dan op basis van eigen ervaringen in de afgelopen vijf jaar, en waar mogelijk een brug willen slaan naar de zorgverzekering.

Het onderwerp *klasseverzekering* is tijdens het bestaan van het instituut geregeld in de jaarverslagen behandeld. Achtergrond hiervan vormde het feit dat zij die wel een dergelijke verzekering hadden gesloten in geval van opname in een ziekenhuis niet altijd gebruik konden maken van de faciliteiten op basis van de verzekerde klasse. Een aantal zorgverzekeraars is daar weliswaar aan tegemoet gekomen door een vergoeding per ligdag in de polisvoorwaarden op te nemen, maar dit kon niet afdoen aan het gegeven dat de verwachtingen van de verzekerden en de werkelijkheid steeds meer uiteen gingen lopen. Met ingang van 1 januari 2006 wordt door de zorgverzekeraars geen klasseverzekering meer aangeboden. Wat mij wel enige zorgen baart is dat enkele zorgverzekeraars een extra comfortverzekering willen aanbieden, waarbij wordt gesuggereerd dat de verzekerde niet alleen aanspraak kan maken op extraatjes

als tv en internet, maar ook op een eigen kamer. *Vanzelfsprekend moet er ruimte zijn voor productinnovatie, doch gezien de ervaringen met de klasseverzekering is een waarschuwing ten aanzien van de verwachtingen die hiermee worden gewekt op zijn plaats. Immers, de ziekenhuizen maken nu reeds het voorbehoud dat ook de extra comfort-verzekerde zal moeten verhuizen indien de eenpersoonskamer nodig is voor bijvoorbeeld een terminale patiënt.*

Een ander onderwerp dat regelmatig aan de orde is geweest, is dat van de *collectieve contracten*. In het verleden zijn er regelmatig problemen geweest. Deze hadden onder meer betrekking op beperking van de kring van deelnemers en de voortzetting op individuele basis na beëindiging van het dienstverband.

Onder de Zorgverzekeringswet zullen collectieve contracten vermoedelijk belangrijker worden dan ooit tevoren. Niet alleen werkgevers, maar ook andere, rechtspersoonlijkheid bezittende organisaties kunnen een collectiviteit ter verzekering aanbieden teneinde aldus een premiekorting te bedingen. Hoewel dit voor velen ideaal zal zijn, is ook hier een waarschuwing op zijn plaats. De collectiviteitskorting is niet langer afhankelijk van de onderhandelingen, maar vooral van het aantal deelnemers. Indien de zorgverzekeraars, om marktaandeel te krijgen, ook kleine collectiviteiten hoge kortingen gaan aanbieden, zullen de verschillen in premie met individueel verzekerden al snel aanzienlijk zijn. *Ik mag wel wijzen op artikel 18, zesde lid van de wet, waarin wordt gesteld dat bij algemene maatregel van bestuur, nadere en zo nodig afwijkende regels kunnen worden gesteld om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de verzekering. Mede tegen deze achtergrond is een evenwichtige verdeling van de premielasten dus ook in het belang van de zorgverzekeraars.*

Zowel in het kader van de wettelijke verzekeringen als de maatschappijproducten werden klachten ontvangen die zijn terug te voeren op de vraag of een behandeling tot het verstrekkingenpakket behoort, respectievelijk onder de dekking valt.

Als eerste voorbeeld kunnen worden genoemd de *behandelingen in het buitenland*, en dan met name in de Alpha-Klinik te München. Voor een deel van de aldaar uitgevoerde behandelingen geldt dat deze naar hun aard niet als gebruikelijk – dat wil zeggen door de internationale wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk bevonden – kunnen worden aangemerkt.

Het valt te voorzien dat deze problematiek ook in de toekomst aan de orde zal zijn. Verzekerden zullen steeds zoeken naar alternatieve behandelmogelijkheden, zeker

wanneer hen in Nederland geen uitzicht op genezing kan worden geboden. Dit is niet tegen te gaan, en het is ook de vraag of mensen de soms laatste strohalm moet worden onthouden. Wèl is het aan de zorgverzekeraars om – desgevraagd – een reëel beeld te geven van de dekking. Niets is erger dan wanneer een verzekerde, op grond van onvolledige of onjuiste informatie, start met een behandeling van vele duizenden euro's om uiteindelijk te horen te krijgen dat daarvan niets wordt vergoed.

Het tweede voorbeeld dat naar verwachting actueel zal blijven, is dat van de vergoeding van *IVF/ICSI-behandelingen*. Voorheen ontstonden de klachten bij overgang van de ene verzekeringsvorm naar de andere. Te denken valt hierbij aan de ziekenfondsverzekerde die reeds onder behandeling was en die zich bij de particuliere verzekeraar geconfronteerd zag met een uitsluiting. Inmiddels zijn de eerste telefoontjes ontvangen van ziekenfondsverzekerden die te horen hebben gekregen dat in hun geval, bij de overgang naar de zorgverzekering, de behandelingen op basis van de oude subsidieregeling worden meegeteld.

Als derde voorbeeld zou ik de vergoeding van *Plavix* (clopidogrel) willen aanhalen. De vele klachten hebben indertijd aanleiding gegeven tot onderzoek door het College voor Zorgverzekeringen en het vervolgens aanpassen van de indicatie-eisen. Voor de behandelend medisch-specialisten is dit echter niet voldoende. Naar hun mening is gebruik, in combinatie met acetylcysteïne, gedurende twaalf maanden of langer aangewezen. Een en ander heeft eind 2005 geleid tot een gerechtelijke procedure.

Inmiddels heeft het College voor Zorgverzekeringen geadviseerd de termijn tot twaalf maanden uit te breiden. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft hier nog geen beslissing op genomen.

Zaken waren er ook rond de premiehoogte en de premiebetaling. Als voorbeeld van de eerste categorie kan worden genoemd *de jaarlijkse premieverhoging*. Deze vormde tot op heden de achtergrond van een groot aantal klachten.

Van de zijde van Zorgverzekeraars Nederland is intussen gewaarschuwd dat de premie voor de zorgverzekering met ingang van 2007 sterk zal stijgen. Ik zou hier willen wijzen op de systematiek van de Wet op de zorgtoeslag, die ertoe kan leiden dat verzekerden die aanspraak maken op die toeslag in financiële problemen kunnen komen. De hoogte van de zorgtoeslag wordt namelijk al in het voorafgaande jaar bepaald en bijstelling is eerst met ingang van 1 juli daaropvolgend mogelijk.

De zorgverzekeraars dienen hier mijns inziens rekening mee te houden en een prudent premiebeleid te voeren. Het stunten met de prijzen in het ene jaar, zal - na een forse premieverhoging in het volgende jaar die niet direct wordt gecompenseerd door een hogere premietoeslag - voor bepaalde groepen van verzekerden ongetwijfeld tot betalingsproblemen leiden.

Dit brengt mij op het aspect van de premiebetaling. In de afgelopen jaren zijn veel zaken behandeld die hier direct of indirect verband mee hielden. Het ging dan onder andere om *het gebruik van een incassomachtiging; het treffen van langdurige betalingsregelingen; het opschorten van de dekking bij een achterstand en de (snelle) overdracht van vorderingen aan een incassobureau.*

De premie voor de zorgverzekering ligt voor velen op een hoger niveau dan dat waarmee zij bekend waren. Voorts brengt de systematiek van de Zorgverzekeringswet met zich dat de zorgverzekeraars een strikter incassobeleid zullen moeten voeren, willen zij geen financieel risico lopen. Bovenstaande problemen zullen zich dan ook in de komende jaren blijven voordoen.

Bepaalde onderwerpen zullen, na het inwerkingtreden van de Zorgverzekeringswet hun actualiteit verliezen. Deze behoeven in dit verband geen verdere aandacht.

Op het terrein van de ziekenfondsverzekering kunnen worden genoemd de problemen rond de verzekering van *zelfstandigen en alimentatiegerechtigden*; de positie van de ‘*Wassenaarse weduwen*’; de perikelen rond de *rechtmatigheidscontrole* en de controle op het recht op *medeverzekering*; de kwesties die verband houden met de *in- en uitschrijving* als verzekerde en de *vergoeding van betaalde particuliere premie*; de bijzondere positie van *vutters, vroeg-gepensioneerden en WW-ers* onder de Ziekenfondswet, en de zaken naar aanleiding van wijzigingen in het wettelijke pakket.

Laatstgenoemde problematiek deed zich ook voor bij de standaardverzekeringen.

Daarnaast zou ik in dit verband willen noemen: *het automatisch beëindigen van de maatschappijpolis bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd; het, bij geringe aanleiding, aangrijpen van de mogelijkheid een standaardverzekering aan te bieden; de informatievoorziening over de standaardpakketpolis voor studerende, en de problemen in geval een geldige verblijfstatus ontbreekt.*

Deze onderwerpen, die in de recente jaren voeding gaven voor een groot aantal klachten, zullen na 1 januari 2006 niet meer – althans niet in deze vorm – voorkomen. Ongetwijfeld zullen er nieuwe klachten en geschillen ontstaan. Waar het de zorgverzekering betreft, zal de ‘vertaling’ van functioneel omschreven prestaties naar

concrete aanspraken op basis van polisvoorwaarden ongetwijfeld leiden tot vragen en mogelijk verschillen van inzicht. Voorts zullen pakketmaatregelen ook onder de Zorgverzekeringswet onvermijdelijk zijn. Verder zullen er altijd mensen zijn die de premie niet kunnen of willen betalen en die daardoor in moeilijkheden geraken. Tot slot zal niet altijd direct duidelijk zijn of iemand tot de kring der verzekerden behoort. Problemen liggen derhalve op de loer.

Ik hoop evenwel dat de zorgverzekeraars zullen inzien dat de Zorgverzekeringswet nieuwe kansen en mogelijkheden biedt om in ieder geval een deel van die problemen te ondervangen, dan wel - mochten zij toch ontstaan - daarvoor binnen het gegeven wettelijk kader een oplossing te vinden. Daarbij is belangrijk dat de vroegere uitvoerders van de Ziekenfondswet zich realiseren dat de zorgverzekering geen ziekenfondsverzekering is, en dat de vroegere particuliere verzekeraars zich realiseren dat het een sociale verzekering betreft, ook al heeft deze een privaat 'jasje' gekregen. Tot besluit van dit laatste zelfstandige jaarverslag wens ik de zorgverzekeraars veel wijsheid bij het vinden van hun weg in de nieuwe situatie.

Ombudsman Zorgverzekeringen,

mr. Elizabeth M.A. Schmitz

Hieronder treft u een samenvatting aan van de in het verslagjaar gesignaleerde ‘ontwikkelingen’ en mijn aanbevelingen.

DBC-perikelen (blz. 18)

Geconstateerd wordt dat bij verzekerden veel onduidelijkheid bestaat over de inrichting van de DBC-nota’s en het in rekening gebrachte tarief. De bestaande problemen zullen naar verwachting voor een deel worden opgelost door de verdere verfijning van de systematiek.

Administratiekosten (blz. 20)

Sommige zorgverzekeraars berekenen administratiekosten, afhankelijk van de wijze van incasso. Het in rekening brengen van dergelijke kosten moet redelijk zijn, in die zin dat zulks alleen aan de orde zou moeten zijn indien een bepaalde wijze van incasso extra werk of kosten met zich brengt. Administratiekosten mogen geen verkapte premie vormen.

Premieheffing en overlijden (blz. 21)

De nominale premie in het kader van de Ziekenfondswet wordt per maand berekend. In geval van overlijden aan het begin van de maand is de gehele premie verschuldigd. In incidentele situaties kan er grond bestaan te pleiten voor een onverplichte pro-rata restitutie.

Verzending inschrijvingsbewijs (blz. 22)

Wie zich aanmeldt als ziekenfondsverzekerde, moet er op kunnen vertrouwen dat zodra de administratieve verwerking van de inschrijving heeft plaatsgehad, een bewijs van inschrijving wordt afgegeven. Dit bewijs kan dan naar de particuliere verzekeraar worden gezonden zodat dubbele premiebetaling wordt voorkomen.

Beschikbaarheid tandartsen (blz. 22)

Het natuurakarakter van de ziekenfondsverzekering maakt dat verzekerden zich ook voor tandartszorg tot een gecontracteerde medewerker moeten wenden. Gezien de beschikbaarheid van tandartsen kan die eis in het kader van de aanvullende verzekering in redelijkheid niet altijd worden gesteld.

Eigen risico standaardverzekeringen (blz. 23)

De verhoging van het eigen risico op de standaardverzekeringen heeft voor bepaalde groepen grote financiële gevolgen gehad, met name voor de Wsf-gerechtigde studenten en de ouderen die samen op één polis zijn verzekerd. Voor de eerste groep is medeverzekering bij de ouders soms een alternatief; voor de tweede groep splitsing van de verzekering.

Terugzending originele nota's (blz. 24)

Vastgesteld wordt dat de declaratieverwerking bij de zorgverzekeraars steeds verder is geautomatiseerd, waardoor het aanhouden van de papieren nota's niet langer noodzakelijk is. Van zijn kant kan de verzekerde er belang bij hebben dat de verwerkte originele nota's worden geretourneerd, dan wel dat een gewaarmerkt afschrift wordt verstrekt door de zorgverzekeraar.

Beperking aanspraak plastische chirurgie (blz. 25)

Het vervallen van de aanspraak op een aantal plastisch chirurgische behandelingen heeft vanaf medio 2004 geleid tot een forse toename van het aantal klachten. Waar het een verzekerde op een maatschappijpolis betrof kon worden bemiddeld; in andere gevallen moest worden volstaan met een toelichting en verwijzing naar de bevoegde instantie.

Zvw-perikelen (blz. 26)

De inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft in het verslagjaar aanleiding gegeven tot een groot aantal vragen en klachten. Deze betroffen onder meer de positie van verdragsrechthebbenden in en buiten Nederland, de afgifte van E-formulieren, de hoogte van de premie en de inkomensafhankelijke bijdrage, de uitbetaling van de zorgtoeslag, het aanbod van de zorgverzekeraar en de mogelijk dubbele premiebetaling, het verschuldigd zijn van royementskosten voor de oude polis, en het hanteren van het gezinsprincipe bij het aanbieden van een aanvullende verzekering. In voorkomend geval moest worden volstaan met het geven van informatie.

Al eerder werd gesteld dat bij de behandeling van klachten bepaalde kwesties met een zekere regelmaat terug komen. In het verslagjaar was dit niet anders. Daarnaast zijn er zaken die de bijzondere aandacht van de Ombudsman verdienen, bijvoorbeeld omdat zij onderwerp van overleg met de zorgverzekeraars zouden kunnen vormen. Dit betekent niet automatisch dat de Ombudsman ten aanzien van deze ‘ontwikkelingen’ een (waarde)oordeel heeft. Het gaat in de eerste plaats om het signaleren van een bepaalde problematiek die de aandacht van de zorgverzekeraars en/of de overheid verdient.

De navolgende zaken werden reeds in het jaarverslag 2004 genoemd, en waren deels ook in de verslagperiode actueel:

- *Vruchtbaarheidbevorderende geneesmiddelen;*
- *Andere beperkingen in de wettelijke aanspraken;*
- *Hotelkosten ZBC/privé-kliniek;*
- *Wijziging eigen risico;*
- *Acceptatieplicht na verblijf in het buitenland;*
- *Dekking in geval van langdurig verblijf in het buitenland;*
- *Aankondiging premieverhoging;*
- *Terugvordering kraamzorguitkering;*
- *Protocollering kraamzorg;*
- *Beschikbaarheid klasseverpleging;*
- *Informatievoorziening ‘studentenstandaardpakketpolis’;*
- *Plastische chirurgie;*
- *Daisyspeler;*
- *Verzekering kinderen;*
- *Overstappen naar goedkoper product;*
- *Verblijfstatus en acceptatie standaardpakketpolis;*
- *Voortijdig opzeggen door de zorgverzekeraar;*
- *Premietoeslag grensbewoners.*

REGLEMENT INZAKE TAAK EN WERKWIJZE VAN DE OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN

Het bestuur van de Vereniging Zorgverzekeraars Nederland, op 7 mei 2001 in vergadering bijeen,

overwegende,

dat er bij zowel zorgverzekeraars als verzekerden behoefte bestaat aan de mogelijkheid om klachten die betrekking hebben op de bemiddeling bij, en de totstandkoming en uitvoering van ziektekostenverzekeringen voor te leggen aan een instantie welke taak het is te trachten langs de weg van bemiddeling bedoelde klachten af te handelen, welke bemiddeling eventueel kan uitmonden in een niet-bindend advies aan betrokkenen;

dat in dat verband op 20 november 1995 door de Algemene Leden Vergadering is besloten een Ombudsman Zorgverzekeringen in te stellen;

dat de taken en de werkwijze van de Ombudsman Zorgverzekeringen bij die gelegenheid zijn vastgelegd in een op 1 januari 1996 in werking getreden reglement;

dat het toepasselijke reglement thans aanpassing behoeft;

stelt het navolgende reglement vast:

Reglement**Artikel 1 Algemeen**

- 1 Er is een Ombudsman Zorgverzekeringen, in dit reglement verder aangeduid als Ombudsman. Deze wordt, gehoord de naar het oordeel van Zorgverzekeraars Nederland representatieve organisatie van consumenten, benoemd door het Bestuur van Zorgverzekeraars Nederland op voordracht van de directie van Zorgverzekeraars Nederland. Hij houdt kantoor in het gebouw van Zorgverzekeraars Nederland.
- 2 Aan de Ombudsman is een secretariaat verbonden. De Ombudsman regelt de

invulling van het secretariaat in overleg met de directie van Zorgverzekeraars Nederland.

- 3 De Ombudsman en de medewerkers van het secretariaat mogen op generlei wijze werkzaam zijn of een functie bekleden in het verzekeringsbedrijf, het bemiddelingsbedrijf daaronder begrepen.

Artikel 2 Taak

- 1 De Ombudsman heeft tot taak te bemiddelen tussen klagers en zorgverzekeraars, respectievelijk tussen klagers en assurantietussenpersonen, bij klachten die betrekking hebben op de bemiddeling bij, dan wel de totstandkoming en de uitvoering van een overeenkomst van verzekering tegen ziektekosten - daaronder begrepen de zogenaamde aanvullende verzekering tegen ziektekosten - voor zover daarop het Nederlands recht van toepassing is, de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, tenzij bij wet of overeenkomst een andere klachtenregeling is aangewezen, dan wel dit reglement zich hiertegen verzet.
In die gevallen waarin Hoofdstuk 9 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing is, kan de Ombudsman door de zorgverzekeraars worden belast met de behandeling van en de advisering over klachten.
- 2 Onder een overeenkomst van verzekering tegen ziektekosten als bedoeld in het voorgaande lid worden niet begrepen:
 - a: een overeenkomst van verzekering inzake de overige medische varia
 - b: een overeenkomst van verzekering waarbij de verzekering tegen ziektekosten slechts een onderdeel van de dekking vormt.
- 3 Behoudens bijzondere omstandigheden die zich naar het oordeel van de Ombudsman, na overleg met Zorgverzekeraars Nederland kunnen voordoen, worden door hem uitsluitend klachten behandeld, die betrekking hebben op de uitoefening van het ziektekostenverzekeringsbedrijf waarbij een der partijen een zorgverzekeraar is, die lid is van Zorgverzekeraars Nederland, of waarbij een der partijen een zorgverzekeraar is die, geen lid zijnde van Zorgverzekeraars Nederland, heeft verklaard zich aan dit reglement te onderwerpen, of waarbij een der partijen een assurantietussenpersoon is die hetzij is aangesloten is bij de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, dan wel niet is aangesloten doch heeft verklaard zich aan dit reglement te onderwerpen.
- 4 Voor zover een redelijk belang aanwezig is, behandelt de Ombudsman tevens ver-

zoeken om inlichtingen met betrekking tot de uitoefening van het ziektekostenverzekeringsbedrijf.

- 5 De Ombudsman behandelt geen klachten terzake waarvan een geding aanhangig is bij of reeds een uitspraak is gedaan door een rechterlijke instantie.

Artikel 3 Procedure

- 1 Klachten kunnen, nadat zij ter kennis zijn gebracht van de assurantietussenpersoon, respectievelijk de zorgverzekeraar, schriftelijk aan de Ombudsman worden voorgelegd. Telefonische klachten kunnen uitsluitend in behandeling worden genomen indien daartoe gegronde redenen bestaan. In verband met een behoorlijke klachtenafhandeling kan klager in dat geval worden gevraagd de klacht op schrift te stellen.
- 2 Aan de behandeling van een klacht door de Ombudsman zijn geen kosten verbonden. Voor zover door partijen kosten zijn gemaakt in verband met de behandeling van een klacht komen deze voor rekening van de partij die de kosten heeft gemaakt.
- 3 De indiening van een klacht moet geschieden binnen één jaar nadat de assurantietussenpersoon, respectievelijk de zorgverzekeraar zijn definitieve standpunt aan klager kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen één jaar na het verstrijken van een periode van één maand waarbinnen de assurantietussenpersoon, onderscheidenlijk de zorgverzekeraar door klager in de gelegenheid is gesteld op de betreffende klacht te reageren.
- 4 De Ombudsman laat zich bij de beoordeling van een klacht leiden door hetgeen in de wet of de polis is bepaald, de toepasselijke gedragscodes en/of ereregelen, de bestaande jurisprudentie - daaronder begrepen de bindende adviezen van de Beroepscommissie WTZ en de adviezen van de Commissie Verstrekkingengeschillen van het College voor zorgverzekeringen - alsmede door de eisen van redelijkheid en billijkheid.
- 5 De Ombudsman ziet er op toe dat klager in voorkomende gevallen wordt geïnformeerd met betrekking tot de bij wet bepaalde beroepsregelingen en -termijnen.

Artikel 4 - Belanghebbenden

- 1 Klachten als bedoeld in artikel 2 kunnen worden ingediend door de natuurlijke

persoon die ter zake van een overeenkomst van ziektekostenverzekering gebruik maakt van de diensten van een assurantietussenpersoon, en door de natuurlijke persoon die bij een in Nederland werkzame zorgverzekeraar is (mede)verzekerd op een overeenkomst van ziektekostenverzekering, dan wel is (mede)verzekerd op grond van het bepaalde in de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde besluiten.

- 2 Met (mede)verzekerden worden gelijkgesteld de aspirant-verzekerden en de ex-verzekerden, voor zover zij althans een redelijk belang hebben bij het in behandeling nemen van hun klacht, zulks ter beoordeling van de Ombudsman.
- 3 Uitdrukkelijk wordt bepaald dat geschillen tussen zorgverleners en zorgverzekeraars, dan wel geschillen tussen zorgverzekeraars onderling, niet door de Ombudsman in behandeling worden genomen.

Artikel 5 Afhandeling klachten algemeen

- 1 Indien tussen partijen geen minnelijke regeling tot stand komt, kan de Ombudsman de klacht afhandelen door het geven van een met redenen omkleed niet-bindend advies, dat hij aan betrokkenen ter kennis brengt.
- 2 De Ombudsman kan voorts beslissen dat een klacht kennelijk onredelijk of kennelijk ongegrond is en om die reden geen verdere behandeling behoeft. In dat geval doet hij hiervan mededeling aan de klager.
- 3 Indien en voor zover dit voor een behoorlijke klachtenafhandeling noodzakelijk is, kan de Ombudsman deskundigen raadplegen.

Artikel 6 Doorzending klachten

- 1 De Ombudsman kan klachten ter behandeling doorzenden aan de Raad van Toezicht Verzekeringen van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, het College voor zorgverzekeringen, de Beroepscommissie WTZ of de in de polis aangewezen klachtenbehandelaar. Zodanig doorzenden vindt met inachtneming van de bevoegdheden van de betreffende instanties plaats wanneer:
 - a de Ombudsman van oordeel is dat de klacht zich niet leent voor bemiddeling;
 - b de Ombudsman tot het oordeel komt dat hij de klacht niet binnen een redelijke termijn zal kunnen afhandelen;
 - c klager daarom verzoekt. Zodra een klacht wordt doorgezonden eindigt de bemiddeling door de Ombudsman.

- 2 Van een doorzenden als bedoeld in het voorgaande lid wordt betrokkene door de Ombudsman in kennis gesteld.

Artikel 7 Uitoefening functie

De Ombudsman oefent zijn functie onafhankelijk en naar eigen inzicht uit. Hij zal geen instructies van wie dan ook aangaande de uitoefening van zijn functie aanvaarden.

Artikel 8 Geheimhoudingsplicht

- 1 De Ombudsman is gehouden geheimhouding in acht te nemen omtrent de identiteit van de betrokkenen, behoudens voor zover de laatsten hem uitdrukkelijk van de geheimhoudingsplicht hebben ontslagen of uit de uitoefening van zijn functie de noodzaak tot bekendmaking van de identiteit voortvloeit.
- 2 De geheimhoudingsplicht is van overeenkomstige toepassing op de leden van het secretariaat en op deskundigen.
Deskundigen dienen vooraf een verklaring te ondertekenen waarin zij te kennen geven de geheimhoudingsplicht te aanvaarden.
- 3 De Ombudsman stelt nadere regels ten aanzien van de inrichting van de persoonsregistratie en de wijze waarop met de daarin aanwezige informatie wordt omgegaan, zulks met inachtneming van het bepaalde in de Wet persoonsregistraties.

Artikel 9 Benoeming

- 1 De benoeming tot Ombudsman geldt voor een bepaalde periode van drie jaren en kan daarna stilzwijgend ten hoogste twee maal met een gelijke periode worden verlengd, met dien verstande dat de zittingsperiode van de Ombudsman eindigt op 31 december van het kalenderjaar, waarin hij de leeftijd van vijfenzeventig jaar heeft bereikt. De Ombudsman zal tegenover Zorgverzekeraars Nederland een opzegtermijn van tenminste één maand in acht nemen. Zorgverzekeraars Nederland zal tegenover de Ombudsman een opzegtermijn van tenminste zes maanden in acht nemen.
- 2 In geval van ziekte of belet van de Ombudsman kan de directie van Zorgverzekeraars Nederland ter vervanging een waarnemend Ombudsman aanstellen.

- 3 Indien bij toepassing van het bepaalde in lid 1 van dit artikel de plaats van Ombudsman vacant komt, zal de directie van Zorgverzekeraars Nederland in afwachting van de benoeming van een nieuwe Ombudsman, een tijdelijke Ombudsman aanstellen, die zijn functie overeenkomstig dit reglement zal uitoefenen.

Artikel 10 Verslag van werkzaamheden en ervaringen

De Ombudsman doet éénmaal per kalenderjaar, en wel binnen vier maanden na afloop daarvan, aan het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland verslag van zijn werkzaamheden en ervaringen. Na goedkeuring door het bestuur is de inhoud van dit verslag openbaar.

Artikel 11 Honorarium

De Ombudsman geniet een honorarium. De vaststelling daarvan geschiedt door de directie van Zorgverzekeraars Nederland.

Artikel 12 Slotbepaling

Dit reglement treedt in werking op 7 mei 2001

Colofon

Uitgave
Vormgeving en druk
Foto omslag
Afwerking

Ombudsman Zorgverzekeringen
VDA-groep Apeldoorn
W.H. van den Berge
VDA-groep Apeldoorn