

# Jaarverslag 2013



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# Inhoud

---

Vooraf 4

---

1 Algemene voortgang 6

---

2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers 12

---

3 'Niet alles is wat het lijkt'  
Over fraude op het terrein van de ziektekostenverzekeringen 20

---

4 Wie het kleine niet eert, is het grote niet weerd 26

---

5 Vooruitblik 32

---

6 Financiële gegevens 34

---

Bijlage: overzicht aangesloten ziektekostenverzekeraars 38

---



# Vooraf

Een jaarverslag biedt ook, naast de functie van het publiek verantwoord van verrichte activiteiten en daartoe ingezette middelen, de gelegenheid om vooruit te kijken. Daarom treft u in dit jaarverslag naast de cijfers en getallen ook juridisch inhoudelijke bijdragen aan van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Dat is op zich zelf niet nieuw; deze beschouwingen vormen reeds jaar en dag een essentieel onderdeel van het jaarverslag van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Nieuw onderdeel in het hoofdstuk 'Algemene Voortgang' in dit jaarverslag is de paragraaf over Zorgverzekeringslijn.nl: een project dat de SKGZ in mei 2013 is gestart op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Uit de respons blijkt dat het project in een behoefte voorziet.

## Overheidsbeleid

Waar in het vorige jaarverslag reeds vooruitblikkend werd gesproken over de veranderingen in de regelgeving is inmiddels, hoewel de parlementaire behandeling nog niet is afgewikkeld, duidelijk dat de voorzieningen die

thans zijn ondergebracht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de komende de komende jaren onder andere regelgeving zal worden uitgevoerd; hetgeen gepaard zal gaan met een bezuiniging. Een deel zal zeer waarschijnlijk worden ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit zal voor de SKGZ leiden tot een grotere instroom van zaken in 2015. Ook verdient de afbakening van de Zvw met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 de nodige aandacht.

## Wijzigingen maken nieuwe kennis noodzakelijk

Omdat het zorgverzekeringsveld in beweging is, de regelgeving verandert zowel nationaal als Europees, is het noodzakelijk de kennis binnen de SKGZ continu te actualiseren. Dat begint met het beschikbaar stellen van de bindende adviezen van de Geschillencommissie die gepubliceerd worden op [www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl). In deze database nemen we tevens de uitspraken van de gewone rechter en die van het Europese Hof op. Op die wijze zijn ze ook beschikbaar voor anderen. De kennis delen wij ook door het goed bezochte jaarlijkse congres van de SKGZ. Ook op deze wijze wordt een proactieve bijdrage



geleverd aan de doelstelling: het onpartijdig en onafhankelijk faciliteren van partijen bij het beëindigen van hun onenigheid betreffende ziektekostenverzekeringen.

Zeist, maart 2014

Mr. F.J.M. Houben, voorzitter bestuur SKGZ

#### 2014 en verder

De verwachting is dat er dit jaar en in 2015 duidelijker zal worden welke besluiten er politiek zullen vallen ten aanzien van de bezuinigingen in de zorg en hoe de regelgeving gaat functioneren. Ook zal in toenemende mate duidelijk worden op welke wijze en met welke consequenties de zorgverzekeraars invulling gaan geven aan het gericht inkopen van zorg. Gegeven dit veld 'in beweging', bereidt de SKGZ zich voor op een blijvend groeiend aanbod van zaken, waarbij verwacht mag worden dat wetten en regels zullen veranderen. Een boeiende uitdaging om hierbinnen kwalitatief hoogwaardige, onafhankelijke en onpartijdige bemiddeling en geschilbeslechting vorm te blijven geven. De advisering door het College voor zorgverzekeringen (CVZ), die dit jaar zal overgaan naar het nieuwe Kwaliteitsinstituut, blijft daarbij voor de SKGZ van grote waarde.



1

# Algemene voortgang



Dit jaarverslag over 2013 is het achtste jaarverslag van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ is in 2006 opgericht door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Het doel van de SKGZ is het onpartijdig faciliteren van verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars bij het voorkomen en beëindigen van een eventuele onenigheid op het terrein van ziektekostenverzekeringen en zorgverzekeringen. Dit gebeurt door voorlichting, bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of bindende advisering door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Met het begrip 'verzekeringsconsumenten' wordt bedoeld op de (aspirant-)verzekerden en verzekeringnemers. Onder 'verzekeraars' worden verstaan de zorgverzekeraars in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de ziektekostenverzekeraars die aanvullende en particuliere ziektekostenverzekeringen aanbieden. Alle in Nederland werkzame ziektekostenverzekeraars hebben zich aangesloten bij de SKGZ als erkende geschilleninstantie in het kader van de Wft (Wet op het financieel toezicht).

De SKGZ kent, naast het bestuur, als organen de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. In het verslagjaar fungeerde mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy als Ombudsman Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen werd voorgezeten door de heer prof. mr. A.I.M. van Mierlo en bestond daarnaast uit de leden de heer mr. drs. P.J.J. Vonk, mevrouw mr. drs. J.A. M. Strens-Meulemeester en de heer mr. H.P.C. van Dijk.

Het bestuur van de SKGZ bestaat uit twee leden, elk voorgedragen door de oprichtende organisaties en een onafhankelijk voorzitter. Leden en voorzitter worden benoemd voor een periode van vier jaren. In het verslagjaar was het bestuur als volgt samengesteld:

- Voorzitter: de heer mr. F.J.M. Houben;
- Vice-voorzitter / secretaris: mevrouw mr. E.E. Aberson;
- Penningmeester: de heer ir. Th.J.M. van Brunschot.

De heer C.J. van Kranenburg MA is directeur van de SKGZ. Hij is verantwoordelijk voor het functioneren van de organisatie en het vertegenwoordigen daarvan.

## Toename aantal klachten en geschillen

In 2013 is aantal klachten toegenomen met 19 procent ten opzichte van 2012. Het aantal geschillen is afgenomen met 5 procent. Voor de nadere analyse van de klachten en geschillen wordt u verwezen naar hoofdstuk 2 'Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers'.

## Commissie-De Wit en de SKGZ

In 2012 werd door de Tweede kamer gesproken over de aanbevelingen van de commissie-De Wit, zoals opgenomen in haar rapport 'Verloren krediet'. Deze commissie heeft onderzoek gedaan naar het ontstaan en de aanpak van de zogenoemde 'woekerpolisaffaire'. In het verlengde hiervan heeft de minister besloten tot aanpassing van de Wet Financieel Toezicht (Wft) en het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen (BGfo). Deze wijzigingen zijn

eind 2012 door het parlement besloten en per 1 januari 2013 van kracht geworden. Voor de SKGZ heeft dit tot gevolg gehad dat de [reglementen van de Ombudsman Zorgverzekeringen](#) en de [Geschillencommissie Zorgverzekeringen](#) zijn gewijzigd, evenals de [statuten van de SKGZ](#). Belangrijkste wijzigingen zijn wel het instemmingsrecht van de Minister van Financiën betreffende benoemingen van de leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen en van de Ombudsman Zorgverzekeringen en op de begroting van de SKGZ. Ook van belang is de signaleringsplicht die de SKGZ heeft met ingang van 1 januari 2013 aan de toezichthouders Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB).

0800 64 64 644



ZORGVERZEKERINGSLIJN.NL

### Project 'Zorgverzekeringlijn.nl'

In mei 2013 is het project "Voorlichting, advies en hulp in het kader van het terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden 2013-2016" bij de SKGZ van start gegaan. Dit project wordt gemakshalve aangeduid met 'Zorgverzekeringlijn.nl'. Eerder was dit project ondergebracht bij Stichting De Ombudsman te Hilversum, die echter haar activiteiten in 2013 heeft beëindigd.

De SKGZ krijgt een kostendekkende subsidie van het ministerie van VWS voor dit project tot eind 2016. De activiteiten zijn gericht op

het bereiken en adviseren van mensen die onverzekerd zijn of hun verzekeringspremie niet (meer) betalen. Doel is om het aantal wanbetalers en onverzekerden terug te dringen.

Op het moment van het onderbrengen van dit project bij de SKGZ bleek het noodzakelijk het geheel te herpositioneren, zodat ook binnen het project de centrale normen van de SKGZ, te weten 'onafhankelijkheid' en 'onpartijdigheid' volledig tot hun recht zouden komen. Ook is de communicatiestrategie grondig herzien. Samenwerkingsverbanden met de verzekeraars, het CVZ, het ministerie van VWS, gemeenten en hulpverlenende instanties worden opgebouwd en uitgebreid.

Op 1 september 2013 is het project opnieuw gelanceerd met een nieuwe website en huisstijl. Inmiddels groeit de naamsbekendheid van de Zorgverzekeringlijn.nl en neemt het aantal informatie- en adviesvragen maandelijks toe.

### Digitalisering systemen SKGZ

In het najaar van 2013 heeft de SKGZ nieuwe software geïmplementeerd voor de dossierbehandeling. Doel van deze operatie is het komen tot stabiele digitale dossiervorming, het elektronisch kunnen communiceren met verzekerden, het CVZ en verzekeraars. En tevens het bekorten van de doorlooptijden van dossierafhandeling. De implementatie verloopt in fasen. De eerste fase is vooral intern gericht: de medewerkers van de SKGZ leren werken met dit nieuwe systeem. De verwachting is dat in de loop van het jaar 2014 verdere stappen kunnen worden gemaakt in het digitaal uitwisselen van stukken met partijen.



## Communicatie

### Websites

In het verslagjaar is de website [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl) geoptimaliseerd. Ook is de website [www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl), waarop de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen worden gepubliceerd, voortdurend geactualiseerd. Het streven om de bindende adviezen binnen twee weken na ondertekening daarvan anoniem op de website te hebben geplaatst, wordt ruimschoots gehaald.

### Congres

In oktober 2013 organiseerde de SKGZ haar [jaarlijkse kenniscongres](#). Diverse sprekers van binnen en buiten de SKGZ leverden hun bijdragen: prof. dr. M.L. Hendrikse sprak over 'Eigen schuld en bereddingsplicht zorgverzekeringen', terwijl prof. mr. J.G.J. Rinkes een workshop verzorgde over 'Artikel 13 Zorgverzekeringswet en Europa'. Mevrouw mr. dr. P.E. Ernste sprak naar aanleiding van haar proefschrift over 'Het bindend advies', terwijl mevrouw dr. N. Jungmann sprak over de mogelijkheden van preventie inzake wanbetaling zorgverzekeringspremie. De voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, prof. mr. A.I.M. van Mierlo, voerde het woord over 'Niet-willers en niet-kunners inzake wanbetalers'. Tenslotte werden er nog workshops gegeven over de wijze van werken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen en de Ombudsman Zorgverzekeringen en de activiteiten van het project Zorgverzekeringslijn.nl.

Een goed bezochte bijeenkomst ruim 200 personen uit de wereld van de ziektekostenverzekeraars, de consumenten- en patiëntenwereld en de overheid, die naast het doel van kennisoverdracht eveneens een duidelijke net-

werkfunctie heeft. Ook uit de evaluaties bleek een goede waardering, voorts werden door de bezoekers onderwerpen aangereikt voor een in 2014 te houden congres.

### Informatieverstrekking aan het publiek

Ook in het jaar 2013 heeft de SKGZ gefungeerd als vraagbaak. In het verslagjaar werd de SKGZ bijna 10.000 keer gebeld, zo'n 10% meer dan in 2012, en werden 1342 verzoeken om informatie per post geregistreerd (1101 in 2012). Verder werden 4.302 e-mails met informatieve vragen beantwoord (3.282 in 2012). Eén en ander betekent een verzwaring van de werklust voor het bureau, vooral ook omdat de organisatie hoge eisen stelt aan de kwaliteit van de beantwoording van (telefonische) vragen. De SKGZ streeft ernaar iedereen die om informatie verzoekt een goed antwoord te geven of te verwijzen naar de juiste instantie.

### Klanttevredenheidsonderzoeken

Ruim de helft van de verzekerden, voor wie een zaak was afgesloten in 2013, is benaderd met een vragenlijst op tal van punten waarop procesverbeteringen mogelijk zijn. De respons hierop was ruim 30 procent; hetgeen tot tevredenheid stemt. De reacties geven stof tot nadenken en verbetering, bijvoorbeeld ten aanzien van de leesbaarheid van brieven. Deze klanttevredenheidsonderzoeken worden gecontinueerd.

### Externe contacten

De SKGZ heeft als doelgroepen de tientallen ziektekostenverzekeraars en haar labels enerzijds en de ongeveer 16 miljoen consumenten anderzijds. Hiervoor is al beschreven hoe de SKGZ deze groepen bedient

Hiernaast onderhoudt de SKGZ op verschillende niveaus contacten met andere spelers in het veld.

Allereerst kan het [CVZ](#) in dit kader worden genoemd. Het CVZ treedt op als adviseur van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is de beheerder van het pakket verzekerde prestaties binnen de Zvw. Tevens adviseert het CVZ de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in individuele zaken over verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Tot slot is het CVZ uitvoerder van de wanbetalersregeling. In de laatste twee rollen wordt op bureauniveau geregeld overleg gevoerd over de voorgelegde zaken. Daarnaast is er waar noodzakelijk overleg op bestuurlijk niveau. Deze contacten, met behoud van ieders verantwoordelijkheden, verlopen uitstekend.

Een andere belangrijke partij is [Zorgverzekeraars Nederland \(ZN\)](#). Deze organisatie fungeert als platform in de contacten met de verzekeraars. Jaarlijks vindt er een bestuurlijk overleg plaats tussen de SKGZ en ZN, naast diverse overleggen met een meer ad-hockarakter.

In 2013 zijn er diverse contacten geweest met de [Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie \(NPCF\)](#), de andere oprichtende organisatie op directieniveau. Daarnaast vindt er geregeld afstemming plaats over het doorsturen van dossiers en het verwijzen van consumenten.

Zowel de SKGZ als de NPCF is deelnemer aan het signaleringsoverleg van de [Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#). Met de NZa, die optreedt als marktmeester, is er op bureauniveau

ad-hocoverleg. Het laatste geldt eveneens voor de [Consumentenbond en het Klachtinstituut Financiële Dienstverlening \(KiFiD\)](#). In 2013 is verschillende malen contact geweest tussen de SKGZ en de AFM en DNB inzake de toezichhoudende rol van deze laatste organisaties.

Met het Ministerie van VWS is er in 2013 op ambtelijk niveau regelmatig contact geweest. Deze contacten stonden in het teken van informatie-uitwisseling, en het project [Zorgverzekeringslijn.nl](#).

## Klachten over de SKGZ

De SKGZ meent dat ook kritisch moet worden gekeken naar het eigen functioneren. Het ook in 2013 uitgevoerde klanttevredenheidsonderzoek vormt een belangrijke informatiebron. Daarnaast kan ook een bij het bestuur of de directie ingediende klacht aanleiding zijn tot het doorvoeren van veranderingen. In het verslagjaar was sprake van drie klachten, die door de directie in overleg met het bestuur zijn afgehandeld.

Uitingen van onvrede over de uitkomst van de procedure vallen hier overigens niet onder. Is de verzekeringsconsument niet tevreden over het resultaat van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, dan kan hij zich wenden tot de Geschillencommissie Zorgverzekeringen of de burgerlijk rechter. Tegen een bindend advies van de Geschillencommissie staat de mogelijkheid van een beroep op de burgerlijke rechter open, zij het met de beperking dat deze dan slechts marginaal toetst.



Ten algemene geldt in dit verband dat het bestuur en de directie statutair en reglementair niet kunnen treden in de inhoudelijke aspecten van een zaak. Daarmee zouden zij immers afbreuk doen aan onafhankelijke positie van de Ombudsman en de Geschillencommissie.

### 2013: een enerverend jaar

Voor bestuur, leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Ombudsman Zorgverzekeringen, directie en medewerkers van de SKGZ was het jaar 2013 een enerverend jaar met veel veranderingen en vernieuwingen. Veel aandacht is besteed, meer nog dan voorgaande jaren, aan deskundigheidsbevordering en servicegerichtheid. Er is een nieuw werksysteem ingevoerd en de SKGZ is verhuisd. Ook is het project Zorgverzekeringslijn.nl gestart. Wij zijn ons er van bewust dat verandering de enige constante factor is, ook voor de SKGZ.



2

# Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers



Het doel van de SKGZ is het onpartijdig faciliteren van verzekeringsconsumenten, ziektekostenverzekeraars en zorgverzekeraars bij het voorkomen en beëindigen van een onenigheid. Dit gebeurt door voorlichting, bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of bindende advisering door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de cijfermatige kant van een en ander: hoeveel klachten, geschillen en informatieverzoeken zijn er door de SKGZ behandeld in het jaar 2013? Deze cijfers dienen uiteraard gelezen te worden tegen de achtergrond van het aantal verzekerde prestaties per jaar: dat zijn er honderden miljoenen. Het aantal zaken dat de SKGZ bereikt is in dat perspectief beperkt: enkele duizenden. Dat betekent dat de verzekerden veelal na de interne klachtprocedure bij de verzekeraar geen aanleiding zien hun zaak alsnog aan de SKGZ voor te leggen, hoewel de verzekeraars de verzekerden op die mogelijkheid wel attent maken.

## Toename informatieverzoeken

De in de voorgaande jaren gesignaleerde toename van informatieverzoeken heeft zich ook in 2013 voortgezet. Een deel daarvan is terug te voeren op de economische ontwikkeling, hetgeen leidt tot meer betalingsproblemen aan de kant van de verzekerden, waardoor verzekerden uiteindelijk in de complexe 'wanbetalersregeling' terecht komen. Ook in het verleden leidde die regeling tot veel vragen. Daarnaast is er sprake van een autonome groei van het aantal informatieverzoeken waarvoor geen verklaring te geven is, anders dan de toenemende naamsbekendheid van de SKGZ.

## Schriftelijke informatieverzoeken en informatieverzoeken per e-mail

Onder de 1342 schriftelijke informatieverzoeken vallen ook aanmeldingen die niet ontvankelijk zijn, bijvoorbeeld omdat ze niet gaan over de uitvoering van de ziektekostenverzekering of zorgverzekering, maar over een andere kwestie of omdat de consument een zaak buiten de termijn van een jaar na de heroverweging door de verzekeraar bij de SKGZ voorlegt. Ook zaken die worden ingetrokken in enig stadium van behandeling door de SKGZ zijn meegeteld bij de informatieverzoeken.

Ten opzichte van 2012 is sprake van een vrij forse toename van het aantal informatieverzoeken. Er is in 2013 geen sprake geweest van opvallende zaken die pieken in de informatie-vragen hebben veroorzaakt. Er is sprake van een gelijkmatig patroon.

## Telefonische informatieverzoeken

Het aantal telefonische informatieverzoeken is in 2013 toegenomen met ongeveer 10 procent. Na een extreme stijging in 2010 vooral veroorzaakt door de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling vanaf begin 2010, zou een vermindering van het aantal telefoontjes in 2011, 2012 en 2013 in de rede hebben gelegen. Dat bleek evenwel niet het geval. Ook in 2013 was een fors deel van het telefoonverkeer gerelateerd aan de wanbetalersregeling. Daarnaast is er sprake van een autonome groei van het telefoonverkeer. Het betreft vaak verzekeringsconsumenten die niet weten waar ze met hun klacht naartoe moeten. Betreft het een ziektekostenverzekering dan worden de bellers door de SKGZ eerst verwezen naar hun ziektekostenverzekeraar om daar de zaak voor te leggen voor een heroverweging. In

die gevallen waar het niet een ziektekostenverzekering betreft, wordt doorverwezen naar (zoveel mogelijk) de juiste instantie. Hetzelfde geldt voor de informatieverzoeken per e-mail.

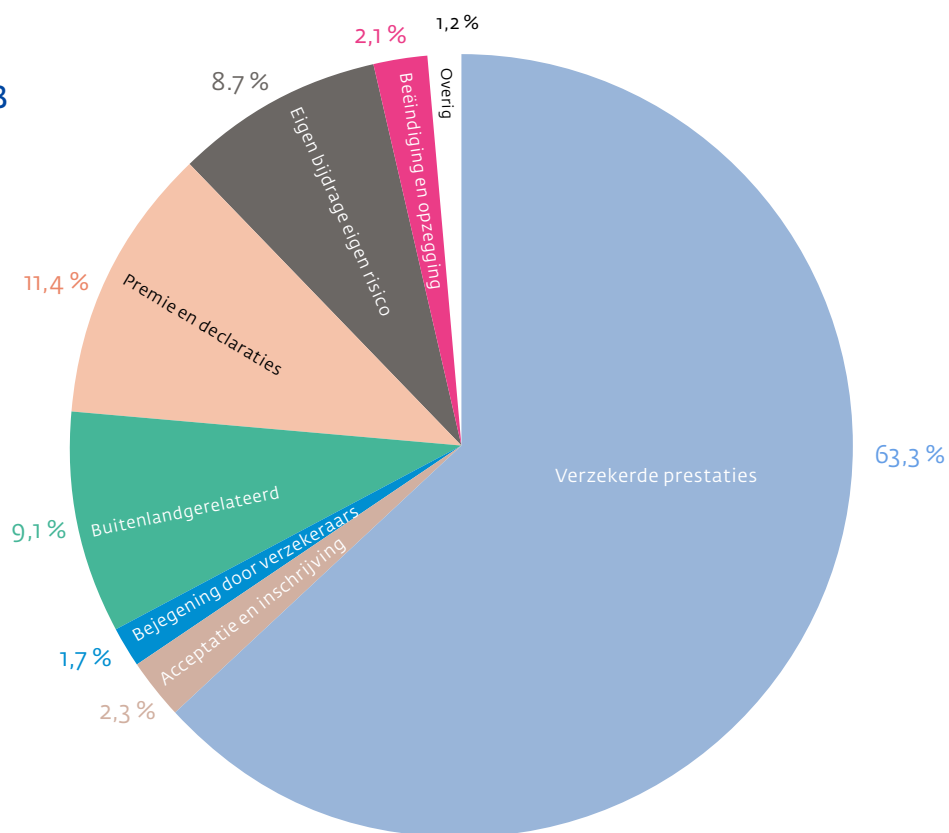
Inhoudelijke contacten:				
	2013	2012	2011	2010
Schriftelijke informatieverzoeken	1342	1101	792	1124
Telefonische informatieverzoeken	9981	9084	8915	8629
Informatieverzoeken per mail	4302	3282	2984	2436
Klachten	2342	1975	1853	1751
Geschillen	467	499	516	495
<b>Totaal</b>	<b>18435</b>	<b>15933</b>	<b>15060</b>	<b>14435</b>

## Klachten in 2013

Het beeld over 2013 wijkt op een aantal punten af ten opzichte van 2012. Over heel 2013 was er sprake van een toename van 19% van het aantal klachten ten opzichte van 2012. Die forse stijging komt voor rekening van diverse categorieën: geneesmiddelen, ggz, hulpmiddelen en eigen risico. Er is geen sprake van een logisch verband tussen deze categorieën, of het zou moeten zijn dat alle genoemde onderwerpen in 2013 meer media-aandacht hebben gekregen dan voorheen. Het aantal 'verbeteringen', dat wil zeggen zaken waarin de uitkomst van de klachtprocedure voor de verzekerde positief is, is relatief iets toegenomen.



## Klachten 2013



	2013	2012	2011	2010
Verzekerde prestaties	1483	1254	1188	1085
- behandelingen	220	206	212	211
- plastische chirurgie	315	305	346	237
- geneesmiddelen	149	114	70	92
- ggz	101	44	23	30
- hulpmiddelen	292	194	226	183
- tandheelkunde	260	263	199	208
- vervoer	65	62	33	63
- fysiotherapie	73	62	69	43
- diverse	8	4	10	17
Acceptatie en inschrijving	53	56	60	53
Bejegening door verzekeraars	40	27	56	48
Buitenlandgerelateerd	214	205	188	182
Premie en declaraties	268	263	200	227
Eigen bijdrage eigen risico	204	120	99	90
Beëindiging en opzegging	51	40	50	41
Overig	29	10	12	25
<b>Totaal</b>	<b>2342</b>	<b>1975</b>	<b>1853</b>	<b>1751</b>

## Afhandeling klachten

In 2013 zijn de klachten veelal (74%) binnen de gestelde termijn van acht weken afgewikkeld. De gemiddelde behandelingsduur voor de in 2013 afgewikkelde klachten was 52 dagen. Voor het behalen van de gestelde termijnen zijn de medewerkers van de SKGZ mede afhankelijk van de snelheid van reageren door de medewerkers van de verzekeraars en van verzekerden. Bij het overschrijden van de termijnen wordt de verzekerde daarover, met redenen omkleed, geïnformeerd.

de betalingsachterstand betwist, of wordt gesteld door de verzekerde dat er met hem niet conform de wettelijke bepalingen is gecorrespondeerd over de betalingsachterstand.

In vrijwel alle andere categorieën is een daling van het aantal zaken waar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in heeft geoordeeld, waarneembaar.

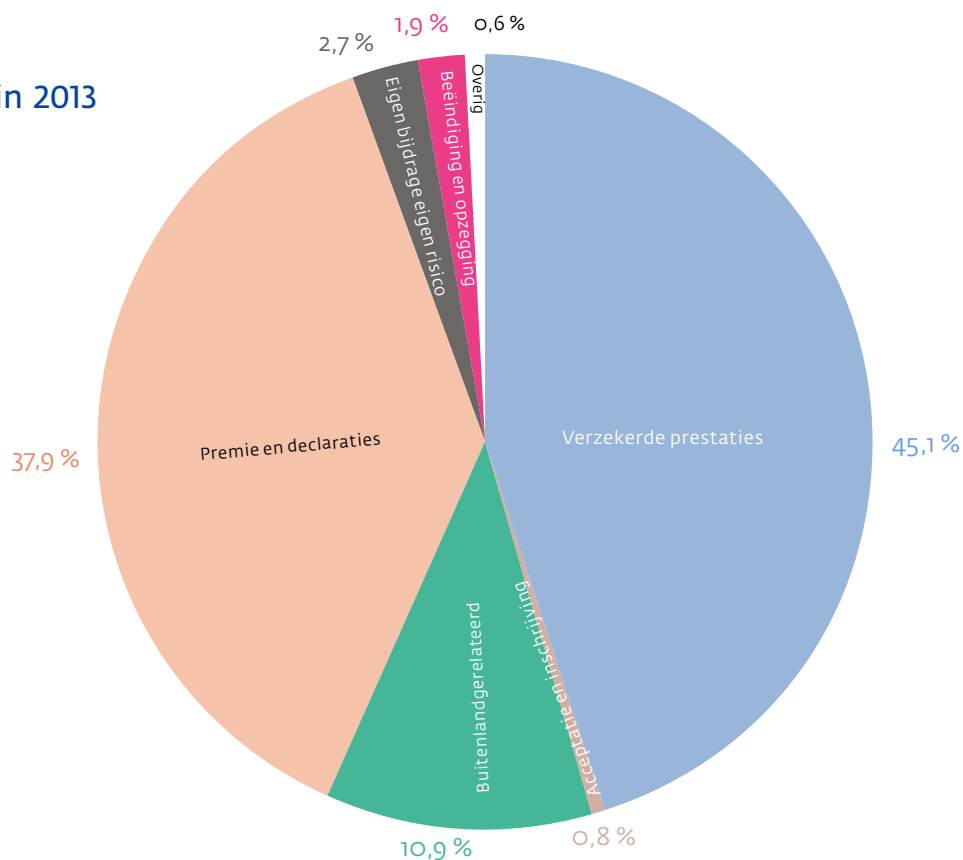
Afhandeling klachten in 2013									
	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	2013	2012	2011	2010	
Ingediend	641	593	603	506	2342	1975	1853	1751	
Afgehandeld	570	561	638	528	2297	1947	1873	1736	
Gemiddelde behandeltermijn	6 weken 6 dagen	7 weken 1 dag	7 weken 6 dagen	7 weken 4 dagen	7 weken 3 dagen	7 weken	7 weken	6 weken	
Succesvolle bemiddelingen					924 (40%)	855 (44%)	757 (41%)	819 (47%)	

## Geschillen in 2013

Het aantal geschillen dat is voorgelegd aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is in 2013 iets afgenomen ten opzichte van 2012. Er is daarnaast sprake van een grote stijging in het aantal zaken betreffende premiebetaling en declaraties. Deze stijging is toe te schrijven aan het aandeel 'wanbetalerszaken' die worden voorgelegd. Vaak gaat het daarbij om (vermeende) fouten die de verzekeraar heeft gemaakt bij het vaststellen van de aard van de vordering. Gaat het om premie-achterstand of heeft de verzekeraar ook andere vorderingen meegeteld bij de vaststelling van de premie-achterstand? Ook wordt vaak de hoogte van



## Geschillen in 2013



	2013	2012	2011	2010
Verzekerde prestaties	211	288	271	279
- behandelingen	31	73	64	59
- plastische chirurgie	50	65	62	93
- geneesmiddelen	17	20	17	16
- GGZ	9	8	7	9
- hulpmiddelen	32	47	42	49
- tandheelkunde	50	55	51	33
- vervoer	17	13	16	12
- diverse	5	7	12	8
Acceptatie/inschrijving	3	6	9	6
Bejegening	0	2	9	8
Buitenlandgerelateerd	51	72	79	77
Premiebetaling / declaraties	177	112	114	98
Eigen risico/eigen bijdrage	13	9	12	6
Beëindiging/opzegging	9	4	4	6
Overig	3	6	18	15
<b>totaal</b>	<b>467</b>	<b>499</b>	<b>516</b>	<b>495</b>

In bovenstaande tabellen en grafieken zijn de zaken opgenomen waarvoor de verzekerde het entreegeld van € 37,- heeft betaald. Het totaal aantal geschilzaken dat de SKGZ heeft bereikt was 574 in 2013 tegen 519 in 2012. In een aantal zaken kwam de Geschillencommissie niet toe aan een inhoudelijke behandeling wegens: het niet betalen van het entreegeld (30 keer), wegens intrekking door de verzekerde (72 keer), en niet-ontvankelijkheid (5 keer).

van verzekeraars, van verzekerden en van het CVZ. Bij het overschrijden van de termijnen wordt de verzekerde daarover, met redenen omkleed, geïnformeerd.

## Afhandeling van geschillen in 2013

Uit onderstaande tabel blijkt dat het percentage zaken waarin de commissie een voor de consument positief bindend advies (een gehele of gedeeltelijke toewijzing) heeft gegeven gelijk is gebleven aan 2012.

Afhandeling geschillen in 2013								
	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	2013	2012	2011	2010
ingediend	116	120	138	102	467	499	516	495
afgehandeld	144	134	123	84	485	489	528	469
gemiddelde behandeltermijn					21 weken en 2 dagen	20 weken en 3 dagen	20 weken en 3 dagen	20 weken en 2 dagen
(gedeeltelijke) toewijzing bij bindend advies					98 (21 %)	104 (21 %)	60 (12%)	101 (22%)

In 2013 zijn de geschillen veelal (81%) binnen de gestelde termijn van 26 weken afgewikkeld. Voor het behalen van die termijnen zijn de medewerkers van de SKGZ mede afhankelijk van de snelheid van reageren door de medewerkers







3

# 'Niet alles is wat het lijkt'

Over fraude op het terrein van de  
ziektekostenverzekeringen



**PROF. MR. A.I.M. VAN MIERLO, VOORZITTER  
GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN**

In de afgelopen jaren heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een aantal bindende adviezen uitgebracht waarin de vraag centraal stond of door de verzekerde fraude was gepleegd. Deze zaken zal ik hierna kortheidshalve aanduiden als fraudezaken. Relatief vaak werd in deze zaken aangenomen dat van fraude geen sprake was, met toewijzing van het verzoek tot gevolg. Zonder op de individuele casuïstiek in te gaan, zou ik in deze bijdrage bij de betreffende problematiek willen stilstaan en aandacht besteden aan een aantal 'do's and don'ts' waarmee de ziektekostenverzekeraar rekening dient te houden.

### **Totstandkoming verzekeringsovereenkomst**

Fraude kan zich allereerst voordoen bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. Artikel 7:928 BW regelt de mededelingsplicht die op de verzekeringnemer rust. Waar het gaat om de zorgverzekering, is deze plicht van ondergeschikt belang, aangezien in artikel 3 Zvw is geregeld dat voor de zorgverzekeraar acceptatieplicht bestaat. Er zou in dit verband nog kunnen worden gedacht aan de mogelijkheid dat de verzekeringnemer zich ten onrechte voordoet als een verzekeringsplichtige, bijvoorbeeld door onjuiste of onvolledige informatie te geven over de sociale, economische en juridische aspecten die bepalend zijn voor het ingezetenschap. De beoordeling of iemand ingezetene is, ligt exclusief bij de Sociale Verzekeringsbank. De beslissing van deze instantie is voor de zorgverzekeraar leidend.

Fraude bij het aangaan van een aanvullende ziektekostenverzekering is een reëler probleem. Voor zover de ziektekostenverzekeraar medische selectie toepast, rijst de vraag wat de omvang van de mededelingsplicht is. Deze wordt in de eerste plaats bepaald door het kennisvereiste. De mededelingsplicht voor de verzekeringnemer is ten aanzien van dit vereiste beperkt tot hetgeen hij kent of behoort te kennen. Daarnaast is de mededelingsplicht beperkt tot de feiten waarvan de verzekeringnemer weet, of waarvan hij hoort te begrijpen, dat deze voor de ziektekostenverzekeraar van belang zijn of kunnen zijn. Dit wordt in de wandeling het kenbaarheidsvereiste genoemd. Voorts valt te wijzen op het zogenoemde relevantievereiste. Indien de ziektekostenverzekeraar een afwijkend acceptatiebeleid voert, dan is dit in het kader van de mededelingsplicht alleen van betekenis indien de verzekeringnemer dit wist of behoorde te begrijpen. De mededelingsplicht wordt verder beperkt als het gaat om feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen. Van belang is in dit verband dat het hierbij ook zou kunnen gaan om feiten die de verzekeraar uit hoofde van de zorgverzekering bekend zijn. Bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering kan het voor de verzekeraar in spe zinvol zijn hiernaar expliciet te vragen, aangezien bedoelde feiten vanuit de zorgverzekering niet mogen worden doorgespeeld naar het onderdeel van de organisatie dat zich toelegt op de aanvullende ziektekostenverzekeringen. De mededelingsplicht vindt ook een beperking indien het feiten betreft die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. Tot slot wijs ik op de Wet op de medische keuringen die bepaalt dat over sommige feiten geen vragen mogen worden gesteld.

Een strafrechtelijk verleden kan een indicatie zijn voor een moreel risico. Een ziektekos-

tenverzekeraar wil niet alleen voorkomen dat hij een 'brandend huis' accepteert, maar ook zekerheid hebben dat verschillende verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst worden nagekomen zoals het hoort. Daarnaast moet het risico van fraude tijdens de looptijd van de verzekering, zoveel mogelijk, worden voorkomen. 'Brandstichters', om in hetzelfde begrippenkader door te gaan, worden derhalve bij voorkeur geweerd. Een strafrechtelijk verleden moet echter iemand niet eindeloos kunnen blijven achtervolgen. Slechts feiten omtrent een strafrechtelijk verleden die zijn voorgevallen in de acht jaar die aan het aangaan van de verzekeringsovereenkomst zijn voorafgegaan, zijn van belang. Op een vraag naar feiten omtrent een ouder strafrechtelijk verleden mag de verzekeraar dus geen antwoord verwachten. Een potentiële verzekeringnemer behoeft slechts mededelingen te doen omtrent een eventueel strafrechtelijk verleden, indien de verzekeraar uitdrukkelijk een vraag dienaangaande heeft gesteld.

Hanteert de ziektekostenverzekeraar een vragenlijst, dan kan hij zich niet er op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of dat feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn meegedeeld. Of eveneens dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord. Het opnemen van een 'slotvraag' in de trant van: "Heeft u verder nog iets te melden dat van belang zou kunnen zijn?", redt de verzekeraar dus niet. Het voorgaande leidt alleen uitzondering indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met de opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Bewijs hiervan zal in de regel niet eenvoudig te leveren zijn.

De rechtsgevolgen van het niet-nakomen van de mededelingsplicht zijn uitgewerkt in artikel 7:929 BW. Het zou te ver gaan op deze

bepaling in dit beperkte kader uitgebreid in te gaan. Volstaan zij met de waarschuwing dat de verzekeraar bij ontdekking van niet-nakoming van de mededelingsplicht de verzekeringnemer daarop moet wijzen binnen twee maanden na de ontdekking van de niet-nakoming, onder vermelding van de mogelijke gevolgen. De mogelijkheid van een beroep op bedrog (artikel 3:44 BW) of dwaling (artikel 6:228 BW), in geval van niet nakoming van de mededelingsplicht, is in artikel 7:931 BW uitgesloten.

### Uitvoering van de verzekeringsovereenkomst

Naast fraude bij het aangaan van de verzekering, kan ook sprake zijn van fraude bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. In de gevallen die bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen aan de orde zijn geweest, ging het veelal om het vermoeden dat nota's of verklaringen waren vervalst of het vermoeden dat de omstandigheden waaronder het verzekerde feit zich zou hebben voorgedaan toch iets anders waren dan geschetst. In het laatste geval kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de situatie dat een uitwendige neuscorrectie noodzakelijk was nadat betrokkene, naar eigen zeggen, bij het instappen met de neus tussen de stijl en het portier van een auto was gekomen. Titel 17 van Boek 7 BW bevat een aantal mogelijke sancties in geval van geconstateerde en bewezen fraude.

Zo bepaalt artikel 7:941 lid 5 BW dat het recht op uitkering vervalst, indien de verzekeringnemer of de tot uitkeringgerechtigde zijn verplichting tot het melden van de verwezenlijking van het risico (artikel 7:941 lid 1 BW) of het verschaffen van inlichtingen en bescheiden teneinde de verzekeraar in staat te stellen zijn uitkerings-



plicht te beoordelen (artikel 7:941 lid 2 BW) niet is nagekomen met opzettelijk de verzekeraar te misleiden. Dit is slechts anders voor zover de misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Hierbij zij aangetekend dat de hoogte van het bedrag waarvoor wordt gefraudeerd niet van belang is (vgl. rov. 3.8.3 in HR 3 december 2004, NJ 2005/160).

Daarnaast biedt artikel 7:940 lid 3 BW de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst tussentijds op te zeggen op de in de overeenkomst vermelde gronden, doch alleen indien deze van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet van de verzekeraar kan worden gevegd. De opzeggingsgrond waarop een beroep wordt gedaan, dient derhalve in de overeenkomst zijn vermeld. Opzegging van eventuele andere verzekeringsovereenkomsten is alleen mogelijk indien de betreffende voorwaarden hierin voorzien. Betreft de geconstateerde fraude de zorgverzekering en is de aanvullende ziektekostenverzekering ondergebracht bij een andere rechtspersoon, dan kan zonder uitdrukkelijke bepaling dienaangaande, laatstgenoemde verzekering niet tussentijds worden beëindigd. Als derde sanctie kan worden genoemd opname van de persoonsgegevens van de verzekeringnemer in een intern of extern register. Relevant is hierbij het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 3 maart 2011. Op basis van dit protocol bestaan twee registers; te weten het incidentenregister en het externe verwijzingsregister. Het interne verwijzingsregister valt hier buiten. Dit laatste is geregeld in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van 16 maart 2010 en bevat een beperkt aantal gegevens, namelijk NAW-gegevens en geboortedatum. Voor opname in het externe verwijzingsregister gelden zwaardere eisen dan voor opname in het

incidentenregister. Zo is één van de uitgangspunten bij het externe verwijzingsregister dat aangifte moet zijn gedaan. Afwijking hiervan is overigens wel mogelijk.

## De praktijk van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Vraag is nu hoe het hierboven geschetste juridische kader in de praktijk van alledag van de Geschillencommissie uitwerkt. Bij de door de Geschillencommissie behandelde fraudezaken gaat het vrijwel steeds om, door de verzekeraar vermeende, fraude bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Soms zijn de gepresenteerde feiten van dien aard, dat begrijpelijk is dat de ziektekostenverzekeraar concludeert dat sprake is van de opzet hem te misleiden. Het voorbeeld van de neuscorrectie is illustratief. Hetzelfde geldt voor nota's waarop met een andere kleur pen in rekening gebrachte bedragen zijn gewijzigd.

Toch betekent dit niet dat zonder meer kan worden geconcludeerd tot fraude. De sancties die in voorkomend geval worden opgelegd, zijn in het algemeen vèrgaand. De uitkering wordt geweigerd, een of meer aanvullende ziektekostenverzekeringen worden opgezegd, de gegevens van betrokkene worden opgenomen in het interne en meestal ook in het externe verwijzingsregister. De (financiële) gevolgen van een en ander kunnen omvangrijk zijn. Met het oog daarop is in de regel niet voldoende dat de ziektekostenverzekeraar slechts aannemelijk maakt dat bij de verzekeringnemer sprake is van opzet tot misleiding. De ziektekostenverzekeraar zal opzet dienen te bewijzen. Daarnaast moet in de verzekeringsovereenkomsten natuurlijk wel een formele basis voor de sancties, zoals met name de tussentijdse opzegging, zijn opgenomen. De redactie van een dergelijke

opzeggingsbepaling moet bovendien eenduidig zijn. Het gaat hier immers om een bepaling in de algemene voorwaarden van een consumentenovereenkomst, niet zijnde een kernbeding, waarop de contra-proferentemregel kan worden toegepast. Bij twijfel prevaleert dus de voor de verzekeringnemer gunstigste uitleg. Slaagt de ziektekostenverzekeraar niet of onvoldoende in zijn bewijs, bijvoorbeeld omdat zijn verslaglegging niet deugdelijk is of omdat door hem geen of onvoldoende hoor en wederhoor is toegepast, dan vervallen de aangekondigde sancties geheel of ten dele. Hierbij moet worden bedacht dat ook indien de fraude niet is bewezen er toch nog steeds een valide reden kan zijn vergoeding van een omstreden nota, anders dan als sanctie, te weigeren. Men denke in dit verband aan de situatie dat de nota onvoldoende is gespecificeerd.

Verval van aangekondigde sancties als uitkomst van een procedure ten overstaan van de Geschillencommissie, zo kan ik me persoonlijk voorstellen, zal voor de ziektekostenverzekeraar in menig geval een tegenvaller zijn. Ik voeg hier aan toe dat de ervaring leert dat juist in die gevallen waarin het op voorhand lijkt te gaan om een uitgemaakte zaak, de ziektekostenverzekeraar nogal eens een steek laat vallen in de bewijsvoering, waardoor de procedure alsnog een onverwachte uitkomst krijgt. Aan de andere kant wil ik het volgende meegeven. Ik heb mijn bijdrage getiteld 'Niet alles is wat het lijkt'. In de afgelopen jaren is gebleken dat een op het eerste gezicht onwaarschijnlijk verhaal uiteindelijk toch waar bleek te zijn. Daarom dient de verzekeraar in alle gevallen rekening te houden met het minder voor de hand liggende scenario, dat wil zeggen: van niet gebleken fraude.









4

Wie het kleine niet  
eert, is het grote  
niet weerd



**MR. R.P. VAN MARWIJK KOOY,  
OMBUDSMAN ZORGVERZEKERINGEN**

In de afgelopen maanden is veel discussie gevoerd over de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Al langer is de trend waarneembaar dat zorgverzekeraars een voorkeur aan de dag leggen voor naturapolissen of mixpolissen met een gedeeltelijk naturakarakter. De achtergrond hiervan is duidelijk; concurrentie op het pakket is bij de zorgverzekeringen in feite geen optie. Door de introductie van een wettelijk verplicht eigen risico, in combinatie met een beperkt vrijwillig eigen risico, heeft de wetgever ook deze mogelijkheid zich te onderscheiden fors beperkt. Wil een zorgverzekeraar zich een betere positie op de markt verwerven, dan zal hij dit moeten doen via de premie. De manier om de premie laag te houden, is de zorg en diensten scherp in te kopen. Hoe groter het volume, hoe groter de korting. Door uitsluitend naturapolissen aan te bieden wordt het noodzakelijke volume verkregen.

In zekere zin betekent dit een breuk met het traditionele verzekeren, waarbij de verzekeraar tegen betaling van een premie in een individueel geval een bepaald risico afdekt. Door de zorg en diensten groot in te kopen probeert de zorgverzekeraar het geheel van deze risico's te beperken. Het is dan ook niet meer de verzekerde die, als contractuele wederpartij, met de zorgaanbieder aan tafel zit. De zorgverzekeraar heeft deze rol in feite overgenomen en onderhandelt over de prijs, waarbij in de afgelopen jaren ook het aspect van de kwaliteit van de geleverde zorg een steeds grotere rol is gaan spelen. Aan de andere kant is het diezelfde zorgverzekeraar die de zorgaanbieder soms voorschrijft wat deze wel en niet moet doen. Een duidelijk

voorbeeld hiervan vormt het preferentie-beleid. De apotheker moet het preferente geneesmiddel afleveren en afwijking is slechts onder zekere voorwaarden mogelijk. Vanzelfsprekend is er niets verkeerd aan kostenbeheersing. Waar het evenwel fout dreigt te gaan, is als de zorgverzekeraar enerzijds profiteert van de voordelen, die het direct ingrijpen in de relatie verzekerde - zorgaanbieder biedt. Maar anderzijds soms niet de verantwoordelijkheid neemt als tussen deze partijen discussie ontstaat, bijvoorbeeld over de hoogte van de nota of de kwaliteit van de geleverde zorg of dienst.

### **De verzekerde tussen wal en schip...**

In 2013 heb ik als Ombudsman Zorgverzekeringen gezien dat gemiddelde tarieven in de zorg steeds vaker voorkomen. In eerste instantie is het begonnen met de ziekenhuiszorg. Afgelopen jaar ben ik gemiddelde prijzen ook tegengekomen bij de hulpmiddelenzorg. Een voorbeeld hiervan vindt u verderop.

Daarnaast heb ik het afgelopen jaar een toenemend aantal zaken behandeld, waarin niet alleen de verzekerde en de zorgverzekeraar, maar ook de zorgaanbieder direct dan wel indirect een rol speelt. Laat ik beginnen met het geven van een voorbeeld hiervan uit de praktijk.

*Een patiënt meldt zich bij een arts in het ziekenhuis voor een behandeling. De arts declareert deze behandeling rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Daarvoor maakt de arts gebruik van een digitaal declaratiesysteem. De zorgverzekeraar vergoedt het gedeclareerde bedrag aan de arts. Hierna stuurt de zorgverzekeraar deze patiënt/verzekerde een rekening voor het eigen risico. De verzekerde is het niet eens*

*met het in rekening gebrachte eigen risico; hij vindt het gedeclareerde bedrag te hoog voor een consult van slechts tien minuten. De zorgverzekeraar verwijst naar de declaratie, die hij heeft gekregen van de arts. Een afschrift van de rekening kan de zorgverzekeraar niet geven, omdat de declaratie digitaal is ingediend. Met vragen over de rekening moet de verzekerde maar contact opnemen met de arts, aldus de zorgverzekeraar. Als de arts een aangepaste rekening stuurt, is de verzekeraar bereid de rekening voor het eigen risico aan te passen. Daarop vraagt de verzekerde de arts om uitleg. De arts zegt de juiste DBC te hebben gedeclareerd en verwijst naar de zorgverzekeraar voor verdere informatie.*

In dit praktijkvoorbeeld valt een aantal zaken op. Ten eerste wordt de verzekerde spreekwoordelijk van het "kastje naar de muur" gestuurd. De zorgverzekeraar verwijst de verzekerde naar de arts voor een uitleg over de rekening en op zijn beurt stuurt de arts hem weer naar de zorgverzekeraar. Dit lijkt mij geen goede ontwikkeling. Wat dat betreft ben ik ook verheugd dat minister Schippers in haar "voortgangsbrief kostenbewustzijn" van 25 oktober 2013 meldt dat het de zorgverzekeraar is die het eerste aanspreekpunt is voor de verzekerde; de zorgverzekeraar neemt de regie in het beantwoorden van de vraag dan wel het afhandelen van de klacht omtrent een onjuiste declaratie en zoekt hierover zondig namens de verzekerde contact met de zorgaanbieder. Nu er een duidelijke regieverantwoordelijkheid is, verwacht ik dat in 2014 het aantal klachten dat ik krijg, over situaties zoals in het praktijkvoorbeeld omschreven, structureel zal teruglopen.

Een tweede punt dat in dit praktijkvoorbeeld opvalt is de opmerking van de arts dat de juiste Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is gedeclareerd. Dit is een op de Wet marktordening gezondheidszorg gebaseerde

systematiek, waarmee zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, de kosten bij de zorgverzekeraars declareren. De aan de DBC's gekoppelde tarieven zijn opgedeeld in een kostencomponent en een honorariumcomponent. De kostencomponent dekt de ziekenhuiskosten en de kosten van het ondersteunend personeel en betreft de gemiddelde kosten die voor het DBC-zorgproduct worden gemaakt. De werkelijke kosten kunnen hoger of lager zijn. Voor het gereguleerde segment bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de kostencomponent van de DBC-zorgproducten. In het vrije segment komt het tarief van de kostencomponent tot stand tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar(s). Tot zover de theorie. In de praktijk merk ik bijna dagelijks dat voor de verzekerde deze DBC-systematiek moeilijk is te doorgronden. Dit ondanks alle goede bedoelingen om met het zogenoemde DOT-traject 'DBC's op weg naar transparantie' te komen tot een verbeterd declaratiesysteem voor ziekenhuizen. Waar het gaat om door de NZa vastgestelde tarieven, kan de verzekerde op de website van de NZa opzoeken wat de tarieven zijn. Hij moet zich dan wel door een brij van onbegrijpelijke codes worstelen. Het is nog complexer voor wat betreft de tarieven in het vrije segment. Daarvoor moet de verzekerde op zoek naar informatie bij de zorgverzekeraar of het betreffende ziekenhuis. Op de websites van beide laatstgenoemde organisaties is niet altijd even eenvoudig te achterhalen wat nu precies het toepasselijke tarief is. Kortom, een papieren werkelijkheid die zou moeten leiden tot meer transparantie en kostenbewustzijn bij de verzekerde, maar waar de verzekerde de weg al lang lijkt te zijn kwijtgeraakt. Geregeld klopt hij voor uitleg bij mij aan. Ik probeer hem dan zo goed mogelijk op weg te helpen, maar daar slaag ik, aangezien het systeem niet altijd even goed



te doorgronden is, helaas ook niet altijd in. Wat dat betreft ben ik dan ook zeer verheugd met het traject dat minister Schippers in haar "voortgangsbrief kostenbewustzijn" van 25 oktober 2013 heeft aangekondigd om in het eerste kwartaal van 2014 te komen tot begrijpelijke en eenduidige informatie over de kosten van zorg.

Wat in het gegeven voorbeeld niet aan de orde is gekomen, maar in de praktijk ook geregeld voorkomt, is de situatie waarin de verzekerde zich niet kan vinden in de hoogte van de nota van de zorgaanbieder. Hij is van oordeel is dat de kwaliteit van de door de zorgaanbieder geleverde zorg 'ondermaats' is. Niet zelden wordt een dergelijke kwestie 'uitgevochten' via de verrekening van het eigen risico. Ik zie dat zorgverzekeraars, meer dan gemiddeld, in eerste instantie verwijzen naar de klachtenprocedure bij de zorgaanbieder. Uiteraard heeft de zorgaanbieder ook een eigen verantwoordelijkheid. Echter, bij een zorgverzekering met een naturadekking lijkt mij het door de zorgverzekeraar enkel verwijzen naar de klachtenprocedure bij de zorgaanbieder iets te kort door de bocht. Bij een naturapolis heeft een verzekerde namelijk aanspraak op zorg en diensten die door de zorgverzekeraar zijn ingekocht. Hierbij gaat het om zorg en diensten, die door de wetgever als te verzekeren zorg zijn aangewezen. Verzekeraars pretenderen geregeld (mede) in te kopen op kwaliteit. Op welke kwaliteit wordt ingekocht, is voor de verzekerde bijna nooit kenbaar, omdat de inkoopcontracten doorgaans voor de verzekerden niet inzichtelijk zijn. Als de verzekerde dan een klacht heeft over de kwaliteit van de zorg of dienst die door de zorgaanbieder is geleverd en welke zorg of dienst door de verzekeraar inmiddels is betaald, dan kan mijn inziens de zorgverzekeraar in deze

discussie over het in rekening gebrachte eigen risico niet volstaan met een enkele verwijzing naar de klachtenprocedure bij de zorgaanbieder.

Ik zou er dan ook voor willen pleiten, mede namens de verzekerde, dat een zorgverzekeraar in een voorkomend geval het gesprek aangaat met de zorgaanbieder. Gezien het wettelijk kader en de bestaande verzekeringsrelatie tussen de verzekerde en de verzekeraar, zoals vastgelegd in de zorgverzekeringsovereenkomst, zou er dan een dialoog moeten ontstaan over de vraag of de kwaliteit van de geleverde zorg of dienst overeenkomt met de kwaliteit, zoals die door de zorgverzekeraar is ingekocht. Dit is waar de verzekerde op grond van de wet en de verzekeringsovereenkomst aanspraak op heeft.

In de introductie heb ik u geattendeerd op het hanteren van gemiddelde prijzen in de zorg en heb ik reeds gememoreerd dat gemiddelde prijzen o.a. voorkomen bij DBC-zorgproducten. Een ander voorbeeld van gemiddelde prijzen in de zorg zijn de gemiddelde prijzen die enkele zorgverzekeraars hebben afgesproken met leveranciers van hulpmiddelen. Het volgende praktijkvoorbeeld mag hierbij als illustratie dienen.

*Een verzekerde meldt zich voor het aanmeten van een kniebrace bij een hulpmiddelenleverancier. De verzekerde heeft deze kniebrace op internet gezien voor € 400,-. De hulpmiddelenleverancier declareert de kosten voor het aanmeten van de kniebrace rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar keert aan de hulpmiddelenleverancier een bedrag uit van EUR 1.250,-. Volgens de verzekeraar is dit het bedrag dat met de leverancier is afgesproken voor de betreffende categorie hulpmiddelen. Hierna krijgt de verzekerde, die ook een vrijwillig eigen risico heeft, van*

*de verzekeraar een rekening voor het eigen risico van EUR 850,-. De verzekerde is het hier niet mee eens. In de verzekeringsvoorwaarden staat hierover volgens de verzekerde ook niets vermeld. Een bedrag van rond EUR 400,- vindt de verzekerde redelijk. De verzekeraar blijft echter bij zijn standpunt. Volgens de verzekeraar wordt met het per categorie hulpmiddelen afspreken van een prijs het maatschappelijk belang gediend: de kosten zijn zo beter te beheersen en dat heeft weer een gunstig effect op de premie. De verzekerde kan zich in deze redenering niet vinden; hij ziet zich hierdoor geconfronteerd met een extra hoge rekening voor het eigen risico.*

In dit praktijkvoorbeeld volgt de gemiddelde prijs niet uit een wettelijke regeling zoals bij de DBC-zorgproducten, maar gaat het om een afspraak die de zorgverzekeraar zelf met de leverancier heeft gemaakt. Uiteraard staat het een zorgverzekeraar vrij zelf te bepalen welke afspraken hij met een leverancier maakt. Hierbij dient evenwel niet uit het oog te worden verloren dat een zorgverzekeraar ook een contract heeft met zijn verzekerde. In dit contract is echter lang niet altijd even goed uitgewerkt op welke wijze en onder welke voorwaarden de zorgverzekeraar de zorg en diensten inkoop en welke consequenties dat voor de individuele verzekerde kan hebben. De inkoop van zorg en diensten en de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar zijn twee kanten van dezelfde medaille en deze kunnen niet los van elkaar worden gezien. Ik wil de zorgverzekeraars dan ook meegeven op dit punt nog eens goed naar de formulering van de verzekeringsvoorwaarden te kijken. Nu komt het voor dat verzekerden, die een relatief eenvoudig hulpmiddel nodig hebben, worden geconfronteerd met een onverklaarbaar hoog bedrag dat ten laste wordt gebracht van hun eigen risico. Hoewel een en ander mogelijk het algemeen maatschappelijk belang dient,

is dat voor de individuele verzekerde, die met de financiële consequenties hiervan wordt geconfronteerd, onbegrijpelijk en moeilijk te accepteren.

### Boer, pas op je kippen!

Zoals uit het voorgaande valt op te maken, vinden er momenteel binnen de driehoeksrelatie zorgverzekeraar, verzekerde en zorgaanbieder verschuivingen plaats. De afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden belangrijker en grijpen steeds meer in de individuele overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekerde. Dit heeft voordelen. Al eerder werd het kostenaspect genoemd. Daarbij heeft een zorgverzekeraar beter dan de individuele verzekerde, zicht op de kwaliteit van de geleverde zorg of dienst. Op grond van zijn machtspositie jegens de zorgaanbieders kan de zorgverzekeraar ook ingrijpen en verbetering afdwingen als iets structureel dreigt mis te gaan.

Hierboven heb ik een aantal situaties beschreven, waarbij in de relatie tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde nog wat te winnen valt. Mijns inziens moeten verzekerden erop kunnen vertrouwen dat in dergelijke situaties de zorgverzekeraar, mede gezien zijn gewijzigde rol ten aanzien van de inkoop en de kwaliteit van de zorg en diensten, ook zijn verantwoordelijkheid blijft nemen naar zijn verzekerden.

Uit de voorbeelden mag blijken dat dit niet altijd gebeurt en dat is jammer. Enige relativering past hierbij overigens wel. Er wordt jaarlijks heel veel zorg ingekocht en als er eens iets fout gaat, zal de zorgverzekeraar het meestal voor zijn verzekerde opnemen. Het blijft evenwel zaak dat zorgverzekeraars zich



goed realiseren dat zij er eerst en vooral moeten zijn voor hun verzekerden. Bij dit alles moet overigens niet uit het oog verloren worden dat er jaarlijks sprake is van ruim een miljard aan verzekerde prestaties en dat ik jaarlijks in mijn werk als Ombudsman Zorgverzekeringen 'slechts' circa 2.000 zaken ter bemiddeling krijg voorgelegd. Heel veel gaat dus ook gewoon goed en daar mogen we met elkaar ook best trots op zijn.



5

# Vooruitblik





Het jaar 2014 belooft een jaar te worden waarin het nodige staat te gebeuren. Onderstaand een impressie van de ontwikkelingen die min of meer op dit moment te voorzien zijn. De consequenties voor de organisatie van de SKGZ zijn op dit moment – voorjaar 2014 - niet altijd inzichtelijk. Daarnaast leert de ervaring dat er ook niet te voorziene ontwikkelingen zullen zijn. We verwachten weer een boeiend jaar!

## AWBZ naar Zorgverzekeringswet

Het is de verwachting dat de nieuwe Wmo in 2015 in werking zal treden. Veel aanspraken die thans voortvloeien uit de AWBZ zullen overgaan naar deze nieuwe wet. Een ander deel zal waarschijnlijk worden overgeheveld naar de Zvw. Het gaat hier, voor zover thans bekend, vooral om de zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden in de thuissituatie. Ongetwijfeld zal dit leiden tot een nieuw soort zaken voor de SKGZ, waarop wij ons in 2014 (na vaststelling van de wet) grondig op zullen voorbereiden. Ook houden wij rekening met een serieuze toename van het aantal dossiers ten gevolge van deze wijziging. Nog niet geheel duidelijk is of andere decentralisaties van uitvoering van wetten naar gemeenten zullen inwerken op de Zvw en dus op de SKGZ. De ontwikkelingen worden nauwlettend gevolgd.

## Verdere digitalisering SKGZ-processen

Eind 2013, doorlopend in 2014, heeft de SKGZ belangrijke wijzigingen doorgevoerd in haar automatiseringssysteem. De interne werkprocessen kunnen thans geheel digitaal worden afgewikkeld. De beveiliging van dit systeem is een belangrijk, en kostbaar, aandachtspunt geweest.

Het jaar 2014 zal vooral in het teken staan van het meer via de elektronische snelweg communiceren met het CVZ, verzekeren en verzekeraars. Overigens blijft het altijd mogelijk om op klassieke wijze te corresponderen met de SKGZ; niet iedereen heeft immers toegang tot het internet of voldoende digitale vaardigheden. Laagdrempeligheid en toegankelijkheid blijft belangrijk.

## Kwaliteitsbewaking

In 2013 zijn er klanttevredenheidsonderzoeken door de SKGZ uitgevoerd. Deze zullen in 2014 worden gecontinueerd. Reeds langer worden de (zeldzame) klachten over het functioneren van de SKGZ ook gezien als signalen om onze processen te verbeteren. Daar gaan we uiteraard mee door. Los hiervan is met enige regelmaat sprake van het evalueren en zo nodig herzien van de interne processen. De erkenningsvereisten voor geschillencommissies in de Wft en het BGfo zijn een extra aanleiding om de kwaliteit van het werk continu systematisch te meten en aan te passen. Ook de Europese 'Alternative Dispute Resolution' richtlijn leidt tot het systematisch verder werken aan een zo hoog mogelijke kwaliteit.



# 6

# Financiële gegevens



## Staat van baten & lasten over 2013

	uitkomst	begroot	uitkomst
	2013	2013	2012
	€	€	€
<b>Baten</b>			
Bijdrage zorgverzekeraars	2.158.904	2.161.000	1.717.582
Subsidie ministerie van VWS	300.102	-	-
Bijdrage geschillen	15.059	19.000	16.354
Rente	16.663	15.000	23.954
<b>Totale baten</b>	<b>2.490.728</b>	<b>2.195.000</b>	<b>1.757.890</b>
<b>Lasten</b>			
Personeelskosten	1.577.387	1.429.000	1.294.066
Afschrijvingen op materiële vaste activa	27.381	0	10.562
Overige lasten:			
- Bestuur, geschillencommissie, ombudsman	346.766	376.000	365.328
- Huisvesting	91.750	109.000	110.635
- Automatisering en digitalisering	53.124	88.000	36.257
- Bureaunkosten	85.173	83.000	88.564
- Profilering en communicatie	38.080	60.000	49.673
- Overige stichtingskosten	6.368	5.000	5.990
- Zorgverzekeringslijn	300.102	0	-
- Onvoorzien	-	10.000	-
	921.363	731.000	656.447
<b>Totale lasten</b>	<b>2.526.131</b>	<b>2.160.000</b>	<b>1.961.075</b>
<b>SALDO</b>	<b>-35.403</b>	<b>35.000</b>	<b>-203.185</b>

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het nadelig saldo 2013 gegeven:

- ten laste van de bestemmingsreserve automatisering	-35.403
- ten laste van de bestemmingsreserve continuïteit	-200.000
- ten gunste van de algemene reserve	200.000
	<b>-35.403</b>

## Balans per 31 december 2013 na bestemming saldo van baten en lasten

		31-12-2013 €	31-12-2012 €
<b>Actief</b>			
<b>Vaste activa</b>			
Materiële vaste activa	193.959	5.986	
Materiële vaste activa in bestelling	<u>30.865</u>	<u>-</u>	
		224.824	5.986
<b>Vlottende activa</b>			
<b>Vorderingen</b>			
Debiteuren	8.236	-	
Rente	6.543	24.351	
Overige vorderingen en overlopende activa	<u>75.123</u>	<u>5.950</u>	
		89.902	30.301
Liquide middelen		469.928	681.562
		<b>784.654</b>	<b>717.849</b>



	31-12-2013	31-12-2012
	€	€
<b>Passief</b>		
<b>Eigen vermogen</b>		
Vrij besteedbaar vermogen	508.757	544.160
<b>Voorziening</b>		
Jubileum uitkeringen	19.215	16.917
<b>Kortlopende schulden</b>		
Crediteuren	56.497	23.506
Zorgverzekeraars Nederland	78.477	41.311
Belastingen en premies sociale verzekeringen	47.878	33.106
Overige schulden en overlopende passiva	<u>73.840</u>	<u>58.849</u>
	256.682	156.772
	<b>784.654</b>	<b>717.849</b>

Zie voor het volledige Financieel verslag 2012 onze website [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl).  
Desgewenst kan het Financieel verslag 2013 u ook per post worden toegezonden.

# Bijlage: overzicht aangesloten ziekte- kostenverzekeraars



In het verslagjaar 2012 waren bij de SKGZ de navolgende ziektekostenverzekeraars aangesloten. Alle in Nederland actieve zorgverzekeraars zijn aangesloten bij de SKGZ.

Onderaan het overzicht worden tevens de namen vermeld van de gevolmachtigden die optreden namens één of meerdere ziektekostenverzekeraars.

### Ziektekostenverzekeraars:

Achmea Zorgverzekeringen N.V.  
Agis Ziektekostenverzekeringen N.V.  
Agis Zorgverzekeringen N.V.  
AnderZorg N.V.  
ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.  
ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.  
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.  
Azivo Zorgverzekeraar N.V.  
Caresco B.V.  
De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V.  
De Friesland Zorgverzekeraar N.V.  
Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.  
Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.  
Eno Zorgverzekeraar N.V.  
FBTO Zorgverzekeringen N.V.  
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.  
IZA Zorgverzekeraar N.V.  
IZZ Zorgverzekeraar N.V.  
Menzis N.V.  
Menzis Zorgverzekeraar N.V.  
National Academic Verzekeringsmaatschappij N.V.  
N.V. Univé Zorg  
N.V. Zorgverzekeraar UMC  
OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.  
OHRA Zorgverzekering N.V.  
Onderlinge Waarborgmaatschappij AZVZ U.A.  
Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar U.A.  
Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar u.a.  
Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.  
ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.  
ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V.  
OOM Global Care N.V.  
OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.  
Vereniging PNOzorg  
Stad Holland Zorgverzekeraar Onderlinge Waarborgmaatschappij U.A.  
Stichting Promovendum  
VGZ Zorgverzekeraar N.V.  
VvAA schadeverzekeringen N.V.  
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.

### Gevolmachtigden:

Aevitae B.V.  
IAK Verzekeringen B.V.  
Kettlitz Wulfse Volmachten B.V.  
Nedasco B.V.  
Turien & Co.  
VPZ Assuradeuren B.V.





## Afkortingenlijst:

AFM	Autoriteit Financiële Markten
BGfo	Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VAGZ	Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij zorgverzekeraars.
Wft	Wet op het financieel toezicht
WMO 2015	Wet Maatschappelijke Ondersteuning, ingaande 2015
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Colofon:

Zeist, maart 2014.

Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

### Aan dit Jaarverslag werkten mee:

mr. R.P. van Marwijk Kooy, prof. mr. A.I.M. van Mierlo,  
mr. G. de Groot, S. Saouti BComm,  
drs. M. Spanjaard, mr. L. Simonse,  
C.J. van Kranenburg MA.

### Uitgave en eindredactie:

Stichting Klachten en Geschillen  
Zorgverzekeringen.

### Vormgeving:

Blik Grafisch Ontwerp

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden doormiddel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever of auteur. Ook voor het overnemen van gedeelte(n) van deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 auteurswet 1912) dient men zich tot de auteurs te wenden.

terug naar inhoudsopgave

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen  
Postadres: Postbus 291, 3700 AG Zeist  
T 088 - 900 69 00, F 088 - 900 69 06  
info@skgz.nl, www.skgz.nl



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN