



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

Jaarverslag 2014

Inhoud

Vooraf

- 01 Algemene voortgang
- 02 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers
- 03 Zorgverzekeringslijn.nl
- 04 Recente ontwikkelingen rond de farmaceutische zorg
- 05 Een contract: duidelijke verwachtingen?
- 06 Vooruitblik
- 07 Financiële gegevens

Overzicht aangesloten ziektekostenverzekeraars



Vooraf



Vooraf

Een jaarverslag biedt, naast de functie van het publiek verantwoordende van verrichte activiteiten en daartoe ingezette middelen, ook 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 zichzelf niet nieuw: deze beschouwingen vormen reeds jaar en dag een essentieel onderdeel van het jaarverslag van de SKGZ. Nieuw onderdeel is het aparte hoofdstuk over het project 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 ten aanzien van de langdurige zorg, zijn inmiddels een aantal wetswijzigingen door het parlement aanvaard

en van kracht. Het volume aan zorg op grond van de Zorgverzekeringswet is als gevolg daarvan per januari 2015 toegenomen met ongeveer 8 procent. Het gaat daarbij vooral om de verstrekking die omschreven kan worden als 'verpleging thuis'. Het ligt in de rede te veronderstellen dat het aantal zaken dat de SKGZ in 2015 zal bereiken alleen op grond van deze ontwikkeling al zal toenemen. Ook zal in 2015 blijken in hoeverre er een afbakeningsvraagstuk is tussen de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo2015). Alle genoemde wetten geven in één of andere vorm een aanspraak op verpleegkundige verzorging in de thuissituatie.

Een andere wet die voor de SKGZ van belang kan worden is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), die op het moment van het schrijven van dit Jaarverslag 2014 in behandeling is bij de Eerste Kamer. In dit wetsvoorstel inzake vernieuwing van het klachtrecht van patiënten worden geschillencommissies verplicht gesteld in de relatie patiënt-zorgaanbieder. Ook hier kan in de toekomst sprake zijn van een zekere overlap tussen deze nieuwe geschillencommissies

en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Dit doordat de grens tussen de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en die van de op kwaliteit inkopende zorgverzekeraar mogelijk moeilijk zal zijn te duiden. Verder zal het parlement zich in 2015 buigen over de Implementatiewet naar aanleiding van de Europese Richtlijn inzake Alternatieve Geschilbeslechting. Deze wet heeft gevolgen voor de SKGZ, daar zij zich zal laten registreren conform de bepalingen in de Richtlijn. Daartoe dienen enige, niet heel ingrijpende, veranderingen te worden doorgevoerd.

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. Die kennis delen we in de eerste plaats graag door middel van de website waar onder meer de bindende adviezen van de Geschillencommissie worden gepubliceerd, maar ook door het goed bezochte jaarlijkse kenniscongres van de SKGZ. Ook op deze wijze wordt een proactieve bijdrage geleverd aan de doelstelling: het onpartijdig en onafhankelijk faciliteren van partijen bij het

voorkomen of beëindigen van hun onenigheid betreffende ziektekostenverzekeringen.

2015

De verwachting is dat in de jaren 2015 en 2016 duidelijker zal worden wat de gevolgen zijn van de politieke besluiten zoals hiervoor genoemd, en hoe de uitvoering ervan in de praktijk zal verlopen. 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 Zorginstituut Nederland aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen blijft daarbij voor de SKGZ van grote waarde.

Zeist, maart 2015

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

1 Algemene voortgang



Dit jaarverslag over 2014 is het negende 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 Consumenten Federatie (NPCF).

Doel van de SKGZ

Het doel van de SKGZ is het onpartijdig faciliteren van verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars bij het voorkomen en beëindigen van 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 'ziektekostenverzekeraars' 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. De SKGZ is een erkende geschilleninstantie in het kader van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

Het in 2013 gestarte project Zorgverzekeringslijn.nl is een informatieproject dat past binnen de doelstelling van de SKGZ. Het gaat bij dit project om het informeren van en adviseren aan wanbetalers en onverzekerden Zorgverzekeringswet. Met deze activiteiten worden problemen tussen verzekerde en verzekeraar waar mogelijk voorkomen of opgelost. Het project wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

Ombudsman Zorgverzekeringen en Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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. De heer mr. drs. P.J.J. Vonk en mevrouw mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester zijn het hele verslagjaar lid geweest van de Geschillencommissie. Door het vertrek van de heer mr. H.P.C. van Dijk als lid van de Geschillencommissie per ultimo 2013 is een vacature ontstaan. In die vacature is medio 2014 voorzien door de benoeming van de heer mr. H.A.J. Kroon.

Bestuur

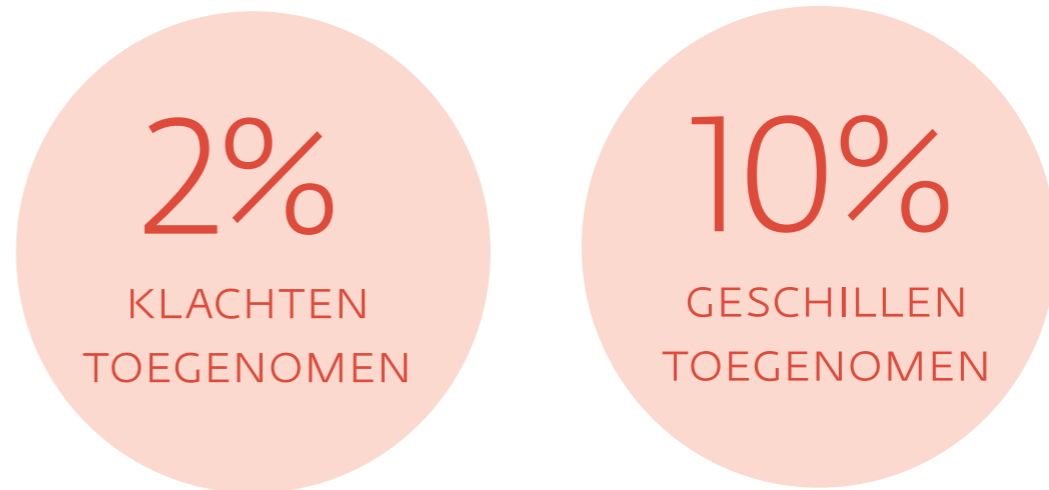
Het bestuur van de SKGZ bestaat uit twee leden en een voorzitter. Leden en voorzitter worden benoemd voor een periode van vier jaren. In het verslagjaar was het bestuur als volgt samengesteld:

- 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 2014 is het aantal klachten toegenomen met 2% ten opzichte van 2013. Het aantal geschillen is toegenomen met 10%. Voor de nadere analyse van de klachten en geschillen wordt u verwezen naar het hoofdstuk: 'Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers'.



Voor wat betreft Zorgverzekeringslijn.nl kan worden gesteld dat in 2014 het project goed op gang is gekomen. Het aantal personen dat belt om informatie en advies is verdrievoudigd. Meer details treft u aan in het hoofdstuk 'Zorgverzekeringslijn.nl'.

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. In 2014 zijn nog een aantal verbeteringen doorgevoerd in het systeem. Alle dossierstukken zijn thans voor de medewerkers van de SKGZ digitaal beschikbaar. Vanuit dataveiligheidsoverwegingen is gekozen voor een gesloten systeem.

In 2014 is gestart met het digitaal uitwisselen van stukken met de verzekerden die dat op prijs stellen. Op deze wijze heeft de SKGZ enige ervaring opgedaan met digitale gegevensuitwisseling. De bedoeling is in 2015 en volgende jaren te komen tot een veilige digitale informatie-uitwisseling met alle betrokken partijen.

Communicatie

Websites

In 2014 hebben een kleine 40.000 mensen de algemene website www.skgz.nl bezocht. De verblijfsduur was gemiddeld ruim 3 minuten. Geconstateerd kan worden dat de site in een informatiebehoefte voorziet.

De site www.kpzv.nl, waarop de uitspraken van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen worden gepubliceerd, is voortdurend geactualiseerd. Het streven om de bindende adviezen binnen twee weken na ondertekening daarvan op de site te hebben geplaatst, wordt ruimschoots gehaald.

Congres

In oktober 2014 organiseerde de SKGZ haar [jaarlijkse kenniscongres](#). Diverse sprekers van binnen en buiten de SKGZ leverden hun bijdrage. Mevrouw mr. R.P. van Marwijk Kooy, Ombudsman Zorgverzekeringen, blikte terug op het voorafgaande jaar. De heren drs. A.M. Hopman en drs. D. Achterberg gaven de visie van het Zorginstituut Nederland weer over de (aanstaande) hervormingen in de zorg. Dr. J.H. Verdonschot van The Hague Institute for the Internationalisation of Law (HiIL) nam de aanwezigen mee in de technische ontwikkelingen op het gebied van alternatieve geschilbeslechting. Terwijl mevrouw mr. A.W.D. Saers van de vereniging Per Saldo de aanwezigen bijpraatte op het fenomeen persoonsgebonden budget (pgb) dat vanaf januari 2015 ook mogelijk wordt onder de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw J.C.M. de Kock, voorzitter van de NVVK verzorgde een workshop onder de titel "Wanbetalers, de stabilisatieovereenkomst en de Wsnp". Mr. J.E. Stam van DBC-onderhoud stond stil bij de actuele stand van zaken omtrent de DOT's.

De opkomst bij dit congres was uitstekend. Uit de evaluaties bleek een goede waardering. Ook werden door de bezoekers onderwerpen aangereikt voor het in 2015 te houden congres.



Informatieverstrekking aan het publiek

Ook in het jaar 2014 heeft de SKGZ gefungeerd als vraagbaak. In het verslagjaar werd de SKGZ ongeveer 11.000 keer gebeld, zo'n 10% meer dan in 2013, en werden 1.103 verzoeken om informatie per post geregistreerd. Verder werden 4.608 e-mails met

informatieve vragen beantwoord. 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.

Klanttevredenheidsonderzoek

Ruim de helft van de consumenten, voor wie een zaak was afgesloten in 2014, is benaderd met een vragenlijst over tal van punten waarop procesverbeteringen mogelijk zijn. De respons hierop was ruim 30%, hetgeen tot tevredenheid stemt. De reacties geven stof tot nadenken en verbetering, bijvoorbeeld ten aanzien van de leesbaarheid van brieven. De klanttevredenheidsonderzoeken worden ook in 2015 gecontinueerd.



Externe contacten

De SKGZ heeft enerzijds de tientallen ziektekostenverzekeraars/labels als doelgroep en anderzijds de ongeveer 17 miljoen consumenten. Hiervoor is al beschreven hoe de SKGZ deze groepen bedient. Daarnaast onderhoudt de SKGZ op verschillende niveaus contacten met andere spelers in het veld.

In dit kader kan allereerst het [Zorginstituut Nederland](#), voorheen College voor Zorgverzekeringen (CVZ), worden genoemd. Zorginstituut Nederland treedt op als adviseur van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorginstituut Nederland is de beheerder van het pakket te verzekeren prestaties binnen de Zvw. Tevens adviseert het Zorginstituut Nederland de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in individuele zaken over verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Tot slot is het Zorginstituut Nederland 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 gesprekspartner is [Zorgverzekeraars Nederland \(ZN\)](#). Deze organisatie fungeert als platform in de contacten met de verzekeraars. Jaarlijks vindt een bestuurlijk overleg plaats tussen de SKGZ en ZN. Ook zijn er diverse overleggen met een meer ad-hockarakter.

In 2014 zijn er op directieniveau diverse contacten geweest met de [NPCF](#). Daarnaast vindt er geregeld afstemming plaats over het doorsturen van dossiers en het verwijzen van consumenten.

Op grond van een verplichting voortvloeiend uit de erkenning als geschilleninstantie op grond van de Wet op het financieel toezicht (Wft), onderhoudt de SKGZ contacten met diverse toezichthouders.

Zo is de SKGZ deelnemer aan het signalenoverleg van de [Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#). Met de NZa, die optreedt als marktmeester en onafhankelijk toezichthouder in de zorg, is er daarnaast op bureauniveau ad hoc overleg. Het laatste geldt eveneens voor de Consumentenbond en het [Klachtinstituut Financiële Dienstverlening \(KiFiD\)](#). In 2014 is een enkele maal contact geweest tussen de SKGZ en de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandse

Bank (DNB) inzake de toezichthoudende rol van deze laatstgenoemde organisaties. Met het ministerie van VWS is in 2014 op ambtelijk niveau regelmatig contact geweest. Er waren diverse aanleidingen: de implementatiewet ten gevolge van de Europese Richtlijn inzake 'alternatieve geschilbeslechting' (ook wel *Alternative Dispute Resolution* genoemd), de wijzigingen in het basispakket per 2015 en uiteraard het project Zorgverzekeringslijn.nl.

Klachten over de SKGZ

De SKGZ meent ook dat kritisch moet worden gekeken naar het eigen functioneren. Het eerder genoemde klanttevredenheidsonderzoek vormt een belangrijke informatiebron. Daarnaast kan 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. Een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kan men ter vernietiging voorleggen aan de burgerlijke rechter. Deze zal het bindend advies dan slechts marginaal toetsen.

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 de onafhankelijke positie van de Ombudsman en de Geschillencommissie.

2014: een enerverend jaar

Voor bestuur, leden van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Ombudsman Zorgverzekeringen, directie en medewerkers van de SKGZ was 2014 een enerverend jaar met veel veranderingen en vernieuwingen. Veel aandacht is besteed, meer nog dan voorgaande jaren, aan deskundigheidsbevordering en servicegerichtheid. Wij zijn ons er van bewust dat verandering de enige constante factor is, ook voor de SKGZ. In het '[Vooruitblik](#)' treft u enige gedachten aan over onze verwachtingen over veranderingen in 2015.

Kostenontwikkeling

De kostenontwikkeling, uitgedrukt in kosten per eenheid product, kent over de jaren heen het volgende verloop:

	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Per klachten	€ 510	€ 463	€ 448	€ 448	€ 462	€ 493
Per geschillen	€ 1.772	€ 1.631	€ 1.576	€ 1.560	€ 1.557	€ 1.537
Per overig informatie-verzoek	€ 20	€ 19	€ 19	€ 19	€ 19	€ 22

De kosten zijn in 2014 procentueel meer toegenomen dan voorgaande jaren. Oorzaken hiervan zijn de relatief jonge personeelspopulatie (veel medewerkers hebben nog niet het maximum van hun schaal bereikt), de gestegen pensioenpremie ten laste van de werkgever, de toegenomen sociale lasten werkgever en een kwaliteitsimpuls bij de behandeling van dossiers door het team van de Ombudsman Zorgverzekeringen.

2 Klachten, geschillen en informatieverzoeken in cijfers



Het doel van de SKGZ is het onpartijdig faciliteren van verzekeringsconsumenten en ziektekostenverzekeraars bij het voorkomen en beëindigen van een onenigheid op het terrein van ziektekostenverzekeringen en zorgverzekeringen. Dit gebeurt door voorlichting, bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of bindende advisering door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Het project Zorgverzekeringslijn.nl staat in het teken van het informeren van verzekerden specifiek op het terrein van wanbetaling en onverzekerd zijn. Ook hierdoor worden problemen tussen verzekeraar en (on)verzekerde voorkomen of opgelost, en draagt het project bij aan de doelstelling van de SKGZ. In het hoofdstuk: ['Zorgverzekeringslijn.nl: deskundig, onpartijdig en onafhankelijk'](#) treft u de nodige informatie aan over het project.

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de cijfermatige kant van de 'klassieke' taken van de SKGZ: hoeveel klachten, geschillen en informatieverzoeken zijn er door de SKGZ behandeld in het jaar 2014? 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.

7%

STIJGING INFORMATIEVERZOeken

Schriftelijke informatieverzoeken lopen terug.
Telefonische contacten en contacten per e-mail nemen toe.

Informatieverzoeken

De in de voorgaande jaren gesignaleerde toename van informatieverzoeken heeft zich in 2014 beperkt voortgezet. Het aantal schriftelijke informatieverzoeken liep terug, het aantal telefonische contacten en contacten per e-mail nam toe.

Voor deze ontwikkeling is geen bijzondere verklaring te geven dan dat er sprake is van een toenemende naamsbekendheid van de SKGZ.

↓ 16.5%

DALING SCHRIFTELIJKE VERZOEKEN

Toenemend e-mailgebruik en telefonisch contact.

Schriftelijke informatieverzoeken en informatieverzoeken per e-mail.

Onder de 1.103 schriftelijke informatieverzoeken vallen ook meldingen 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.

Het totaal aantal schriftelijke informatieverzoeken is gedaald ten opzichte van 2013. Een duidelijke reden hiervoor is niet te geven; waarschijnlijk gaat het om een combinatie van de effecten van het toenemende e-mailgebruik en het bellen naar de SKGZ in plaats van schrijven.

Telefonische informatieverzoeken

Het aantal telefonische informatieverzoeken is in 2014 toegenomen met ongeveer 10 procent. Na een extreme stijging in 2010 die vooral veroorzaakt werd door de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling eind 2009, zou een vermindering van het aantal telefoontjes in de daarop volgende jaren in de rede hebben gelegen.

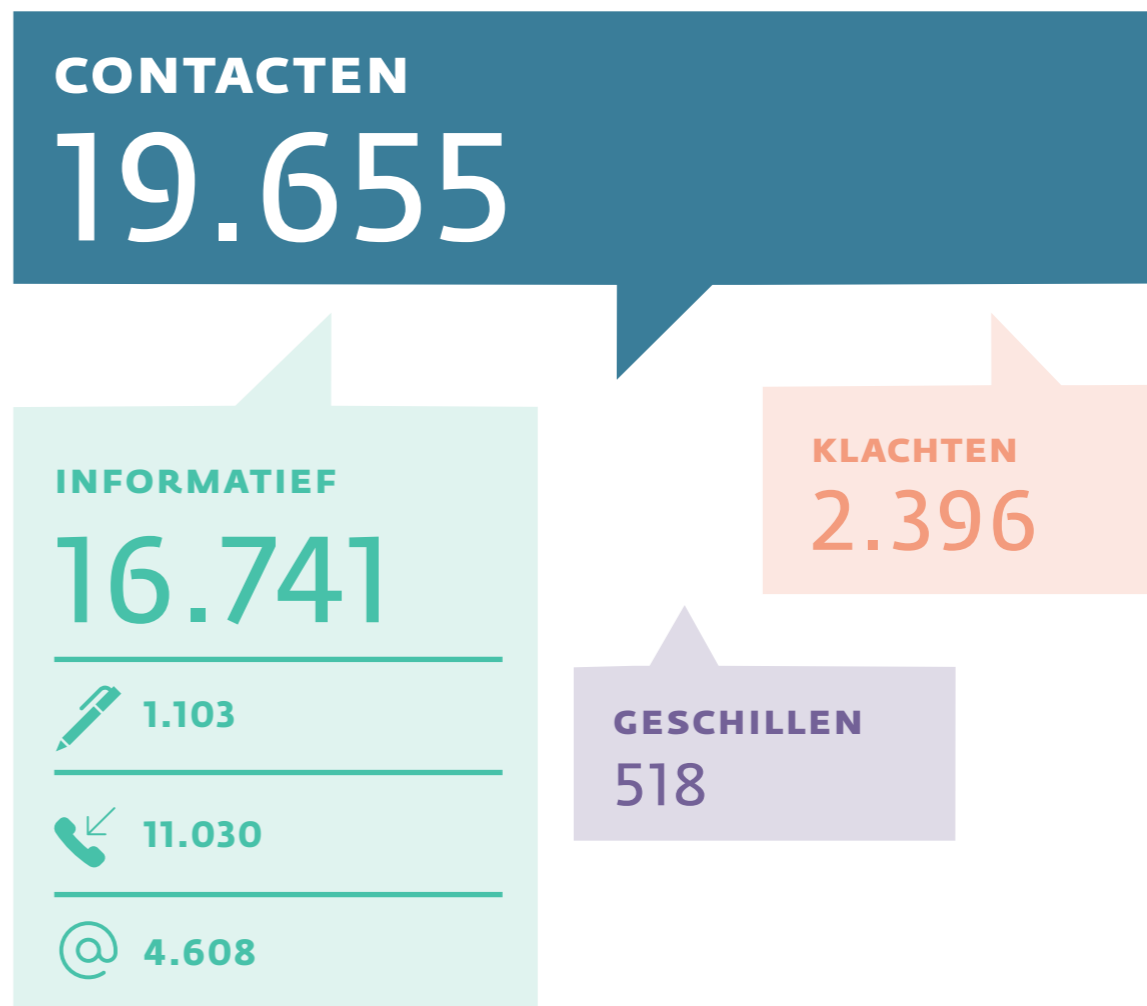
↑ 10%

STIJGING TELEFONISCHE VERZOEKEN

Een fors deel van het telefoonverkeer is gerelateerd aan de wanbetalersregeling.

Dat bleek evenwel niet het geval. Ook in 2014 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 mail.

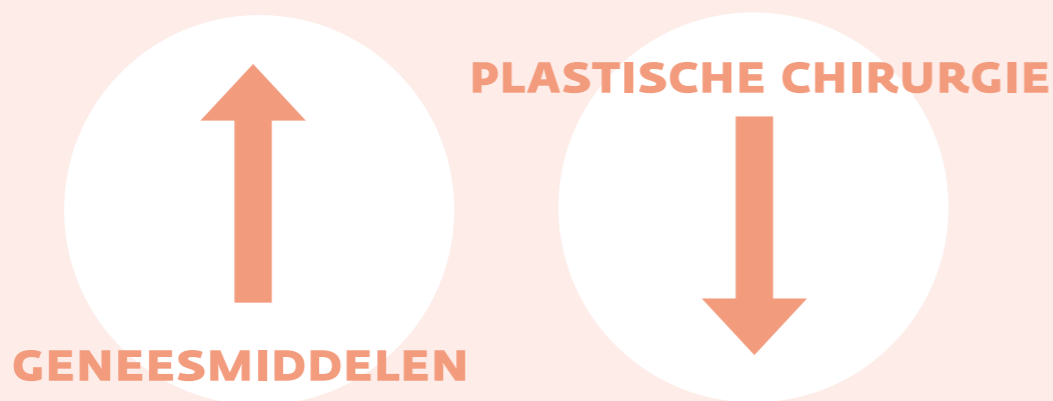


Inhoudelijkecontacten	2014	2013	2012	2011	2010
Schriftelijke informatieverzoeken	1.103	1.342	1.101	792	1.124
Telefonische informatieverzoeken	11.030	9.981	9.084	8.915	8.629
Informatieverzoeken per mail	4.608	4.302	3.282	2.984	2.436
Klachten	2.396	2.343	1.975	1.853	1.750
Geschillen	518	467	499	516	495
totaal	19.655	18.435	15.941	15.060	14.434

Ingekomen klachten in 2014

Het beeld over 2014 wijkt op een aantal punten af van het beeld 2013. Over 2014 was er sprake van een toename van iets meer dan 2% van het aantal klachten ten opzichte van 2013. Dit is een beperkte stijging ten opzichte van die in 2013, toen er 19% meer dossiers aan de Ombudsman Zorgverzekeringen werden voorgelegd dan in 2012.

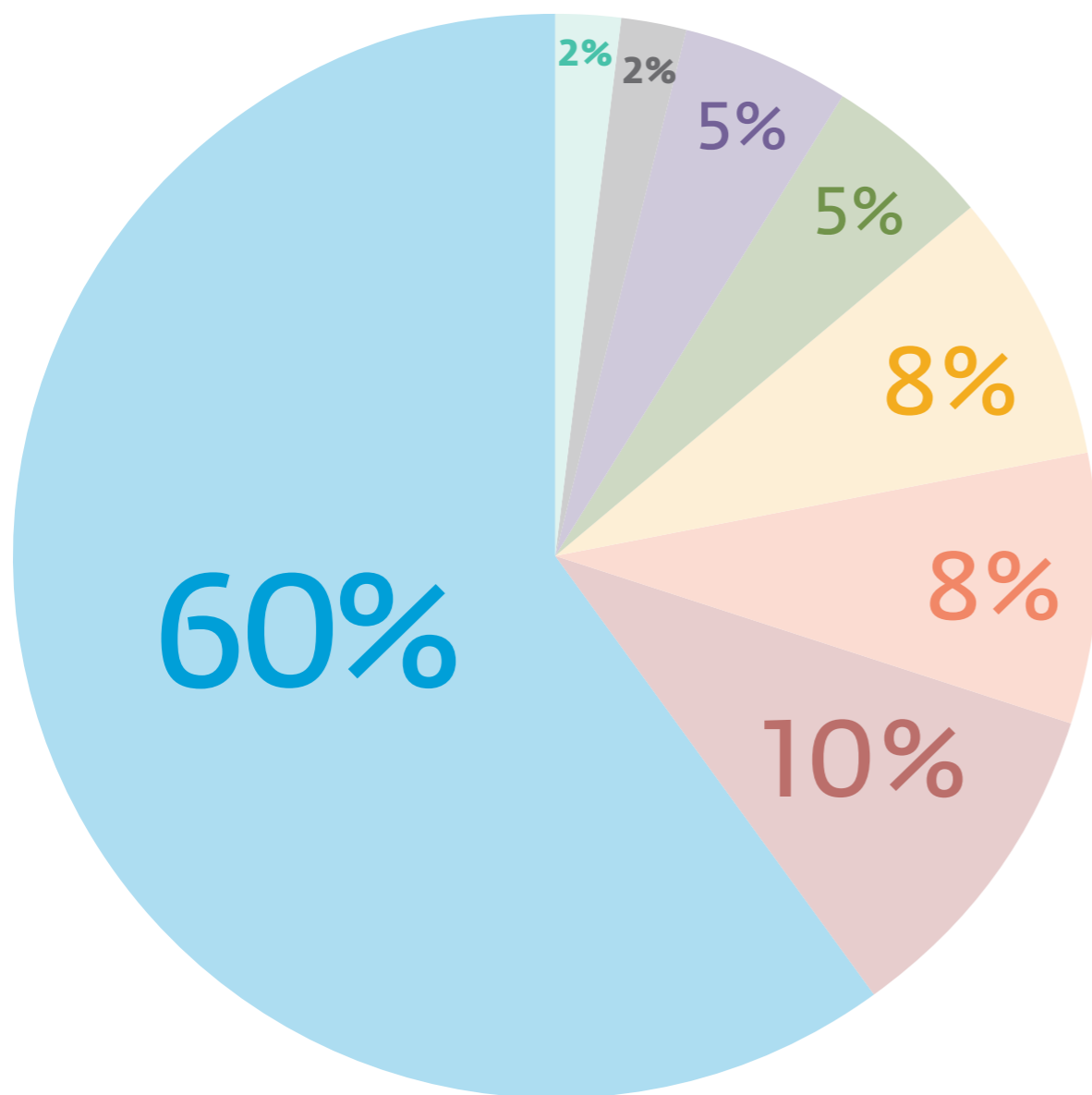
Binnen deze categorie doen zich wel verschuivingen voor: het aantal zaken 'plastische chirurgie' is opvallend afgenomen, terwijl het aantal zaken over geneesmiddelen is toegenomen. Voor deze laatste categorie gaat het dan vaak om kwesties waarbij een verzekeraar alleen een bepaald generiek middel wil vergoeden, terwijl de verzekerde verwachtte een merkgeneesmiddel vergoed te krijgen.



Binnen de vraag of een bepaalde behandeling is verzekerd of niet, doen zich wel verschuivingen voor.

Het aantal zaken over 'verzekerde prestaties', ofwel over de vraag of een bepaalde behandeling wel of niet verzekerd is, is na een jarenlange stijging iets gedaald.

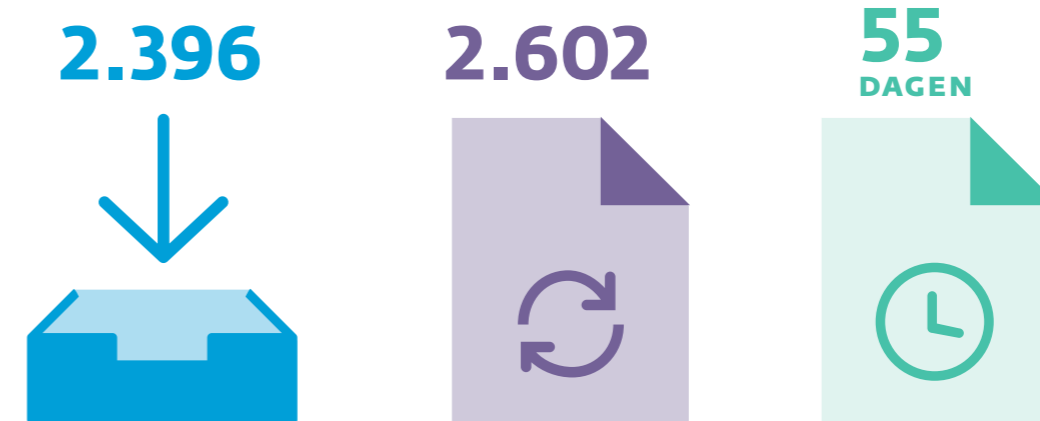
Klachten in 2014



	2014	2013	2012	2011	2010
verzekerde prestaties:	1.428	1.483	1.254	1.188	1.084
- behandelingen	319	220	206	212	211
- plastische chirurgie	258	315	305	346	237
- geneesmiddelen	188	149	114	70	92
- ggz	86	101	44	23	30
- hulpmiddelen	208	292	194	226	183
- tandheelkunde	194	260	263	199	208
- vervoer	66	65	62	33	63
- fysiotherapie	89	73	62	69	43
- diverse	20	8	4	10	17
acceptatie en inschrijving	118	53	56	60	53
bejegening door verzekeraars	57	40	27	56	48
buitenlandgerelateerd	190	214	205	188	182
premie en declaraties	198	268	263	200	227
eigen bijdrage en eigen risico	231	204	120	99	90
beëindiging en opzegging	117	51	40	50	41
overig	57	29	10	12	25
totaal	2.396	2.343	1.975	1.853	1.750

Afhandeling van klachten

In 2014 zijn de klachten veelal (77%) binnen de gestelde termijn van acht weken afgewikkeld. De gemiddelde behandelingsduur voor de in 2014 afgewikkelde klachten was 55 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 een eventuele overschrijding van de termijnen wordt de verzekerde daarover, met redenen omkleed, geïnformeerd.



	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	2014	2013	2012	2011	2010
ingediend	674	579	578	565	2.396	2.342	1.975	1.853	1.750
afgehandeld	671	607	753	571	2.602	2.297	1.947	1.873	1.736
gemiddelde behandeltermijn	8 weken en 3 dagen	8 weken en 1 dag	7 weken en 6 dagen	6 weken en 3 dagen	7 weken en 6 dagen	7 weken en 3 dagen	7 weken	7 weken	6 weken
succesvolle bemiddelingen					1.102 (42%)	924 (40%)	855 (44%)	757 (41%)	819 (47%)

Geschillen in 2014

Het aantal geschillen dat is voorgelegd aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is in 2014 toegenomen (10%) ten opzichte van 2013.

Er is sprake van een flinke daling in het aantal zaken betreffende premiebetaling/declaraties. Niettemin blijft dit een forse categorie zaken. Het gaat hierbij vooral om de zogenoemde 'wanbetalerszaken'. De verzekerde bestrijdt dan veelal de (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 premieachterstand?). Ook wordt vaak de hoogte van de betalingsachterstand betwist, of wordt gesteld door de verzekerde dat er met hem niet conform de wettelijke bepalingen is gecorrespondeerd over de betalingsachterstand.

Opvallend is eveneens de stijging van het aantal zaken in 'verzekerde prestaties'. Het gaat daarbij om de vraag of een behandeling wel of niet is verzekerd.

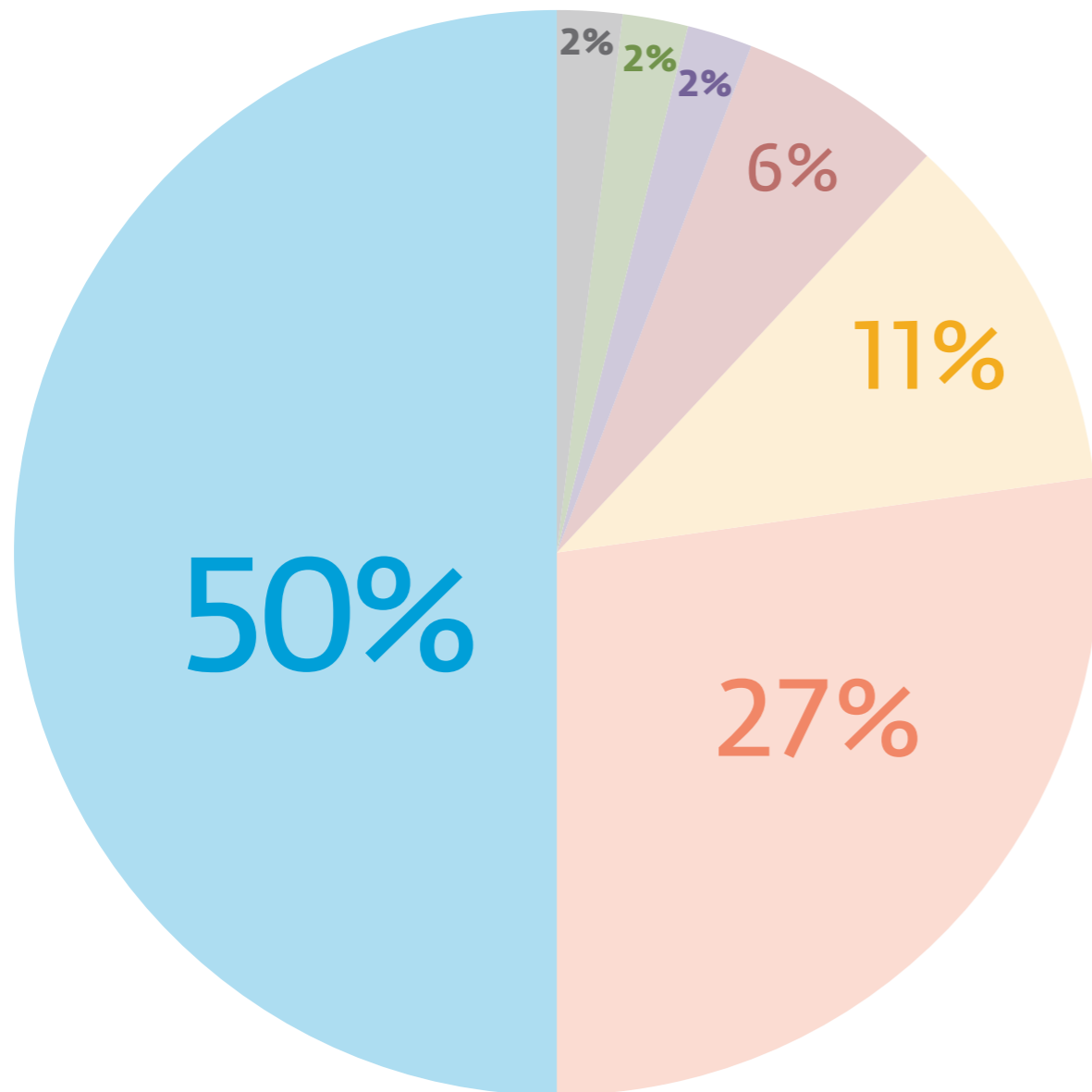
Een opvallende daling is te zien in het aantal dossiers betreffende plastische chirurgie. Denk daarbij aan buikwandcorrecties of het operatief verhelpen van hangende bovenoogleden. Een concrete aanleiding die de scherpe daling verklaart, is door ons niet te benoemen.



STIJGING GESCHILLEN

Opvallend is de stijging van het aantal zaken waarbij het gaat om de vraag of een behandeling wel of niet is verzekerd.

Geschillen in 2014



	2014	2013	2012	2011	2010
verzekerde prestaties:	266	211	288	271	279
- behandelingen	112	31	73	64	59
- plastische chirurgie	13	50	65	62	93
- geneesmiddelen	17	17	20	17	16
- ggz	6	9	8	7	9
- hulpmiddelen	45	32	47	42	49
- mondzorg	57	50	55	51	33
- vervoer	10	17	13	16	12
- diverse	6	5	7	12	8
acceptatie en inschrijving	9	3	6	9	6
bejegening door verzekeraars	0	0	2	9	8
buitenlandgerelateerd	55	51	72	79	77
premie en declaraties	140	177	112	114	98
eigen bijdrage en eigen risico	29	13	9	12	6
beëindiging en opzegging	10	9	4	4	6
overig	9	3	6	18	15
totaal	518	467	499	516	495

De Geschillencommissie kwam in 270 dossiers tot een voor de verzekerde afwijzend besluit, en in 85 gevallen tot een gehele of gedeeltelijke toewijzing. Daarnaast werd in 28 dossiers ter zitting een oplossing bereikt tussen partijen, hetgeen leidt tot een 'vaststelling' door de Geschillencommissie.

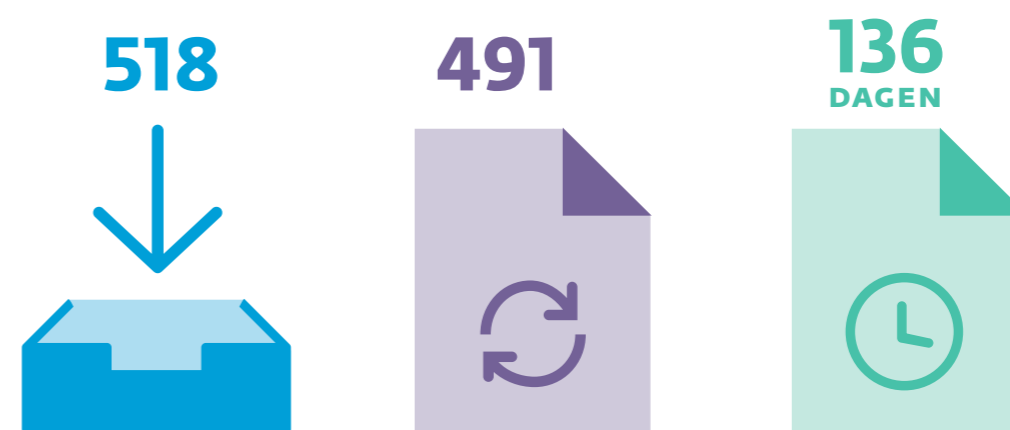
In 41 gevallen heeft de Geschillencommissie geen bindend advies gegeven omdat verzekerde het entreegeld van € 37,- niet had voldaan. In 15 dossiers oordeelde de commissie dat een zaak niet ontvankelijk was.

Een opvallende ontwikkeling is dat in 72 dossiers de verzekerde het geschil intrekt, nadat hij of zij het entreegeld heeft voldaan. Bij navraag naar de reden daarvan, wordt vrijwel altijd gemeld dat de verzekeraar contact heeft opgenomen met de verzekerde en dat men tot overeenstemming is gekomen. Ook in deze zaken komt de Geschillencommissie niet tot een bindend advies dat wordt gepubliceerd.

Afhandeling van geschillen in 2014

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, licht is gedaald ten opzichte van het aantal uit 2013.

In 2014 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 van verzekeraars, van verzekerden en van het Zorginstituut Nederland. Bij het overschrijden van de termijnen wordt de verzekerde daarover, met redenen omkleed, geïnformeerd.



	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	In 2014	In 2013	In 2012	in 2011	in 2010
ingediend	116	129	154	119	518	476	499	516	495
afgehandeld	123	118	102	148	491	485	489	528	469
gemiddelde behandeltermijn					19 weken en 3 dagen	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					85 (17%)	98 (21%)	104 (21%)	60 (12%)	101 (22%)

3 Zorgverzekeringslijn.nl: deskundig, onpartijdig en onafhankelijk



Project "Zorgverzekeringslijn.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 staat bij het algemene publiek en onze ketenpartners bekend als "Zorgverzekeringslijn.nl". Eerder was dit project ondergebracht bij Stichting De Ombudsman te Hilversum, die haar activiteiten in 2013 heeft moeten beëindigen.

0800 64 64 644



ZORGVERZEKERINGSLIJN.NL

gratis en onpartijdig

De SKGZ krijgt tot eind 2016 een kostendekkende subsidie van het ministerie van VWS voor dit project. VWS heeft een aantal randvoorwaarden gesteld waaraan de projectactiviteiten dienen te voldoen. De activiteiten dienen voornamelijk te zijn gericht op twee specifieke doelgroepen,

te weten allochtonen en jongeren/studenten. De overige voorlichtingsactiviteiten dienen aan te sluiten bij projecten in het sociale domein en te worden gecombineerd met preventieve activiteiten van zorgverzekeraars gericht op de aanpak van wanbetalers en onverzekerden. Verder zal er in de curatieve dienstverlening aandacht en ruimte moeten zijn voor schrijnende gevallen. Het einddoel van het project is een bewezen effectieve bijdrage aan het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden. Het project vormt daarbij een neutrale onpartijdige schakel tussen het sociale domein en gemeentelijke diensten enerzijds en de zorgverzekeraars anderzijds.

Het logo bestaat uit de naam Zorgverzekeringslijn.nl en het telefoonnummer. Dit maakt duidelijk dat op de website met deze naam informatie over de zorgverzekering kan worden gevonden, alsook dat informatie en advies telefonisch kan worden verkregen. Verder zijn in het logo twee belangrijke uitgangspunten van het project opgenomen: gratis en onpartijdig.

Zorgverzekeringslijn.nl wil een landelijk laagdrempelig loket zijn voor iedereen die een vraag heeft over de zorgverzekering. Voor het project zijn evenwel slechts de vragen relevant die zien op betalingsproblemen bij de zorgverzekeraar of onverzekerdeheid. Iedere burger zal niettemin neutraal te woord worden gestaan en zo nodig worden doorverwezen naar een andere passende organisatie (zoals NPCF, Consumentenbond, ZN, NZa e.d.). Men denke aan specifieke zorgverlenerskwesties of een commerciële beleidskeuze van een zorgverzekeraar of de omvang van het verzekerde pakket.

Voorlichting

Het algemene publiek wordt jaarlijks via diverse kanalen geattendeerd op het bestaan van het project. Op verschillende momenten in het jaar (bijvoorbeeld: start schoolseizoen, lokale verkiezingen, Nieuwjaar, inwerkingtreding wetswijzigingen) is Zorgverzekeringslijn.nl te zien in onder meer advertenties in dagbladen, huis-aan-huisbladen en bewegende affiches (abri's). Ook is Zorgverzekeringslijn.nl wekelijks actief op Twitter, LinkedIn en Facebook.

Hoe worden verzekeringsconsumenten met schulden of onverzekerden door het project bereikt?

Algemene voorlichting aan de voormelde specifieke doelgroepen is niet genoeg is om de boodschap over te brengen. Uit diverse landelijke schuldenonderzoeken is gebleken dat verzekeringsconsumenten met schulden of onverzekerden vaak een teruggetrokken bestaan leiden en andere dingen aan het hoofd hebben dan het bijhouden van het landelijke nieuws. Nu het project vooral een waarschuwing dient af te geven aan alle ingezetenen van Nederland die betalingsproblemen hebben of onverzekerde zijn, gaan wij er vanuit dat die waarschuwing niet of onvoldoende door deze groepen wordt opgepakt, omdat het hen niet bereikt. Daarom is besloten eerst de samenwerking met het bestaande netwerk te versterken en vervolgens met het gehele landelijke sociale domein en met de zorgverzekeraars te komen tot een brede integrale aanpak. Via de communicatiekanalen van het sociale domein en de zorgverzekeraars worden de doelgroepen maandelijks al op het juiste moment benaderd over de lastige onderwerpen van betalingsproblemen en onverzekerdeheid en op een veilige toegankelijke wijze van hulp voorzien.

Het is zodoende gewenst om bij die contacten en correspondentie aan te sluiten.

Concreet gezegd; een buurtwerker kent de huurder die in zwaar financieel weer verkeert, de apotheker ziet in zijn administratie welke burgers moeite hebben de eigen bijdrage voor de medicijnen te betalen en de mentor van een ROC-klas bemerkt snel genoeg of er sprake is van grote sociaal-maatschappelijke problemen in het gezin van één van zijn leerlingen. Als deze professionals weten van de dienstverlening van Zorgverzekeringslijn.nl en het informatie- en adviespunt zorgverzekeringen onder de aandacht brengen van hun cliënten, dan worden verzekeringsconsumenten met schulden en onverzekerden goed en tijdig geïnformeerd en is de kans het grootst dat zij bereid zijn om hun problemen aan te pakken.

In 2014 is gezamenlijk met de zorgverzekeraars de correspondentie van het incassoprotocol wanbetalersregeling verbeterd. Er is een nieuwe folder Schuldhulpverlening opgesteld. Deze folder heeft de instemming van VWS, NVVK en ZN en wordt door de zorgverzekeraars bij iedere 4-maandsbrief meegezonden.

Verder is aan zorgverzekeraars gevraagd om - voor ieder label - op de webpagina met het premie-overzicht te verwijzen naar Zorgverzekeringslijn.nl. Ook is de zorgverzekeraars gevraagd in de correspondentie over de zorgpremie Zorgverzekeringslijn.nl te vermelden.

De medewerking van ZN en de zorgverzekeraars is positief te noemen. Bij iedere zorgverzekeraar is in 2014 een werkbezoek afgelegd. Deze werkbezoeken hebben tot concrete afspraken geleid over de wijze van samenwerken. Dit heeft ook de curatieve dienstverlening (Advies & Hulp) positief beïnvloed.

Voorlichting

De voorlichtingscampagnes zijn – vanuit eerdergenoemde gedachte – ingericht op voorlichting aan gemeenten, scholen, ziekenhuizen, dak- en thuislozenopvangcentra, moskeeën, buurthuizen, uitzendbureaus en diverse andere organisaties die te maken hebben met verzekeringsconsumenten met schulden en onverzekerden. Er wordt schriftelijk en telefonisch contact gezocht met deze instanties. Voorlichtingsmateriaal in de vorm van flyers, posters, vouwkaarten met praktische vragen en antwoorden

wordt aangeboden. Verder wordt gevraagd naar de behoefte aan een mondelinge voorlichtingsbijeenkomst op locatie aan de professionals of aan hun cliënten.

In 2014 is gestart met deze aanpak en de eerste resultaten zijn bemoedigend. Er zijn in totaal 71.118 flyers verstuurd. Aan de professionals zijn 396 informatiepakketten verstrekt. Verder zijn er 52 werkbezoeken afgelegd, waarvan 6 voorlichtingsbijeenkomsten aan professionals, 5 voorlichtingen aan allochtonen, 2 aan jongeren en studenten en 1 aan dak- en thuislozen.

71.118 FLYERS

396 INFORMATIE PAKETTEN

52 WERKBEZOEKEN

14 VOORLICHTINGSBIJEENKOMSTEN

Website en telefoonnummer

www.zorgverzekeringslijn.nl

In 2014 is de website geoptimaliseerd. Er zijn meer taalversies beschikbaar gesteld en de content op de verschillende webpagina's is verbeterd. De website wordt goed gevonden via Google en via de links op websites van onze ketenpartners. De website is 31.031 keer bezocht in 2014, waarbij de gemiddelde verblijfsduur op de verschillende pagina's in totaal 2,01 minuten betrof.

[0800-646464](tel:0800-646464)

Als een verzekeringsconsument of onverzekerde telefonisch of per e-mail contact opneemt, dan wordt aan de hand van de verstrekte persoonlijke en financiële situatie een neutraal en praktisch advies gegeven. Daar waar mogelijk en gewenst, wordt diegene doorverwezen naar de (reguliere) hulpverlening of de schuldhulpverlening. Indien een verzekeringsconsument behoefte heeft aan een financieel overzicht, een zogeheten opgaaf van schuld, dan wordt met een machtigingsverklaring contact gelegd met de desbetreffende zorgverzekeraar en om deze opgaaf van schuld verzocht.

Dit overzicht is een doeltreffend hulpmiddel bij het realiseren van een betalingsregeling tussen de verzekeringsconsument en de zorgverzekeraar en bij het realiseren van een stabilisatieovereenkomst in het kader van een minnelijke schuldhulpverlening.

In 2014 zijn via de website 652 e-mails ontvangen met een vraag over de zorgverzekering. Er zijn in totaal 5.514 telefoongesprekken gevoerd, waarvan er 3.210 vragen zijn beantwoord aangaande wanbetaling of onverzekerde status.

CONTACTEN

6.166

@ 652

5.514

3.210

vragen over wanbetaling of onverzekerde status

De medewerkers achter Zorgverzekeringslijn.nl

Het projectteam bestaat uit zes ervaren HBO-ers op het gebied van sociaal-juridische dienstverlening en financiële administratie, één communicatiemedewerker en één projectleider. Iedere projectmedewerker is goed in staat in zogeheten 'Jip-en-Jannekestijl' antwoord te geven op vragen over de zorgverzekering, de verzekeringsplicht, de premieplicht, het niet kunnen betalen van de zorgpremie en onverzekerde status. En de verzekeringsconsument wegwijs te maken bij het aanpakken van zijn probleem.

Verder heeft iedere projectmedewerker zijn eigen deelproject, gericht op een specifieke doelgroep. In 2014 waren de volgende deelprojecten actief: onverzekerde baby's, allochtonen, dak- en thuislozen, jongeren/studenten en onverzekerde patiënten in ziekenhuizen.

Hoe verder met het project?

In 2015 wordt het project Zorgverzekeringslijn.nl, met alle inmiddels opgedane kennis en ervaring, met kracht voortgezet. Er is in 2014 een forse vooruitgang geboekt in naamsbekendheid, die in 2015 verder uitgebreid en onderhouden zal worden.

De samenwerking met zorgverzekeraars zal worden geïntensiveerd en de kring van ketenpartners zal worden vergroot. Voorts is aan de hand van de informatie van het CBS aangaande wanbetalers gekozen om - lokaal en doelgroep specifiek - in de aangewezen focusgemeenten, voorlichtingscampagnes te voeren. Deze 35 focusgemeenten zijn de gemeenten waar absoluut en relatief de meeste wanbetalers verblijven.

Verder wordt er aangesloten bij een bestaand project vanuit het ministerie van Veiligheid en Justitie met betrekking tot de re-integratie van gedetineerden en ex-gedetineerden. Het project Zorgverzekeringslijn.nl kent een financiering tot eind 2016. In 2013 en 2014 zijn forse investeringen gepleegd met betrekking tot het personeel, de ICT en de werkplekfaciliteiten. Het project is nu goed op 'stoom' en wordt met alle inmiddels opgedane kennis en ervaring en in goede samenwerking met de ketenpartners en het opgebouwde netwerk in het sociale domein in 2015 met kracht voortgezet. Indien voortzetting van het project na eind 2016 gewenst is, is het van belang dat ruim voor die tijd duidelijkheid komt over verdere financiering.

4 'Een bittere pil'



Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, voorzitter
Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Recente ontwikkelingen rond de farmaceutische zorg

Op grond van artikel 10 Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) behoort farmaceutische zorg tot de te verzekeren prestaties. De aanspraak is nader uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv), de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv) en de hierbij behorende bijlagen 1 en 2.

In de tijd van de ziekenfondsverzekering waren er relatief veel zaken over farmaceutische zorg. Met de invoering van de Zvw is dit aantal sterk teruggelopen. In het afgelopen jaar was echter een lichte stijging waarneembaar. De achtergrond hiervan is betrekkelijk divers. Zo lijkt in de eerste plaats het preferentiebeleid aanleiding te geven tot meer klachten en geschillen.

Preferentiebeleid

De zorgverzekeraars hebben in de recente jaren een grote slag op het terrein van de kostenbesparing gemaakt door een preferentiebeleid te gaan voeren. Door de Minister van VWS zijn geregistreerde (onderling vervangbare) geneesmiddelen

aangewezen, deze zijn opgenomen in eerdergenoemde bijlage 1 Rzv. Gelden er bijzondere (indicatie)eisen, dan zijn die terug te vinden in bijlage 2 Rzv. Ingevolge artikel 2.8, lid 1 sub a Bzv, is het de zorgverzekeraar toegestaan binnen de aangewezen geneesmiddelen een preferentiebeleid te voeren. Voorwaarde is hierbij wel dat van de werkzame stof altijd één variant voor de verzekerde beschikbaar moet zijn. Een zorgverzekeraar die goed onderhandelt kan op de medicijnkosten een forse besparing realiseren door preferente geneesmiddelen aan te wijzen. Ook voor de verzekerde kan er een voordeel zijn. Het preferente geneesmiddel zal veelal goedkoper zijn, hetgeen van belang kan zijn voor het verloop van het eigen risico. Soms zal in de verzekeringsvoorwaarden ook zijn bepaald dat het preferente geneesmiddel buiten het eigen risico blijft. Nu zijn er patiënten die – door welke oorzaak dan ook – niet toe kunnen met een preferent geneesmiddel. Denkbaar is bijvoorbeeld dat iemand overgevoelig is voor een bepaalde hulpstof. Zo iemand moet dan in aanmerking kunnen komen voor een andere variant van het middel. Een oplossing hiervoor is gevonden door

de voorschrijver op het recept te laten vermelden dat hiervoor een medische noodzaak bestaat. Hoewel de onderbouwing daarvan soms niet geheel kan overtuigen (zo is er een geval geweest van een verzekerde die stond op aflevering van het merkgeneesmiddel, terwijl het preferente middel door dezelfde fabrikant in exact dezelfde samenstelling op de markt was gebracht) is het uitgangspunt

Ook in dat geval blijven in de relatie zorgverzekeraar – verzekerde de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend.

dat de verantwoordelijkheid voor de beoordeling bij de voorschrijver ligt. De afleverende apotheker kan derhalve wel een mening hebben over de medische noodzaak, maar die mening is niet doorslaggevend. Dit wordt niet anders indien de zorgverzekeraar hierover afspraken maakt met de apotheker in het kader van het contracteren van de zorg. Ook in dat geval blijven in de relatie zorgverzekeraar – verzekerde de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend.

Preferentiebeleid en eigen risico

Hiervoor is al benoemd dat de zorgverzekeraar kan sturen op het gebruik van preferente geneesmiddelen door in de verzekeringsvoorwaarden op te nemen dat de hieraan verbonden kosten niet meetellen voor het eigen risico. Deze bevoegdheid volgt uit artikel 2.17, lid 2 sub c Bzv. Dan moet de zorgverzekeraar natuurlijk wel een preferentiebeleid voeren. Dit kan in tijd variëren en zal daarom niet altijd duidelijk zijn voor de verzekerde. Daarnaast kan uit de met de apotheker gemaakte afspraken voortvloeien dat – indien niet het preferente geneesmiddel wordt afgeleverd – in plaats hiervan aflevering geschiedt van de goedkoopste variant. Vanzelfsprekend is deze tweede situatie voor een verzekerde weinig transparant. De apotheker zal immers stellen dat het geneesmiddel is aangewezen door de zorgverzekeraar, maar in tegenstelling tot het preferente middel vindt betrokkene de kosten hiervan wel terug in de berekening van het eigen risico. Duidelijkheid is hier dus geboden.

Doorlevering magistrale receptuur

Het beeld van de apotheker die zelf allerlei geneesmiddelen bereidt is min of meer achterhaald. De meeste middelen worden direct betrokken van de fabrikant of leverancier.

Tegenwoordig geldt dit ook steeds vaker voor magistrale- of apotheekbereidingen.

Deze worden op grote schaal klaargemaakt en geleverd aan de diverse apotheken. De vraag is vervolgens wel welke prijs hiervoor mag worden gerekend. Voor bijzondere apotheekbereidingen geldt namelijk een vrij hoge toeslag. Die hoge toeslag mag de apotheker niet in rekening brengen als sprake is van doorlevering. Aldus heeft de Nederlandse Zorgautoriteit bepaald. Voor een verzekerde is dit echter moeilijk vast te stellen; hij moet hierbij vertrouwen op de apotheker. Bestaat hierover een conflict, dan betreft het in wezen een kwestie tussen de verzekerde en de afleverende apotheker. Ten aanzien daarvan is de Geschillencommissie niet bevoegd. Er zit echter ook een verzekeringskant aan het verhaal. Immers, hetgeen de apotheker in rekening brengt telt mee in het kader van het eigen risico. Het is dan ook aan de zorgverzekeraar hier de vinger aan de pols te houden, in het belang van zowel de verzekerde als hemzelf.

Eerste uitgiftegesprek

Vanwege afspraken die zijn gemaakt tussen de zorgverzekeraars en de apothekers, mogen laatstgenoemden naast de prijs van het afgeleverde geneesmiddel bepaalde kosten in rekening brengen. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de terhandstellingskosten. Voor een verzekerde zijn deze kosten niet altijd duidelijk benoemd omdat zij op het uitkeringsbericht worden geteld bij de kosten van het geneesmiddel. Hier zijn dan ook weinig zaken over. Anders is dit voor de kosten van het eerste uitgiftegesprek.

Los hiervan zou het een goede zaak zijn indien, hetzij van de kant van de zorgverzekeraars, dan wel van de kant van de apothekers duidelijk werd gemaakt wat een verzekerde van een eerste uitgiftegesprek mag verwachten.

Deze mogen worden berekend bij een eerste uitgifte van een geneesmiddel of bij een volgende uitgifte van het geneesmiddel na het verstrijken van een periode van twaalf maanden. Veel verzekerden leggen de nadruk op 'gesprek' en stellen dat zij door de apotheker niet zijn voorgelicht over het

gebruik en de risico's van het afgeleverde geneesmiddel. Het eerste uitgiftegesprek behelst echter meer dan dat. In die zin is de gekozen terminologie wellicht wat minder gelukkig.

Los hiervan zou het een goede zaak zijn indien, hetzij van de kant van de zorgverzekeraars, dan wel van de kant van de apothekers duidelijk werd gemaakt wat een verzekerde van een eerste uitgiftegesprek mag verwachten. De praktijk is op dit moment namelijk nog dat de verzekeraar voor de inhoudelijke kant van het gesprek verwijst naar de apotheker, terwijl de apotheker, als het gaat om de financiële consequenties in de vorm van het eigen risico, verwijst naar de zorgverzekeraars.

En verder.....

In meer beschouwelijke zin zijn bij de wijze waarop de aanspraak op farmaceutische zorg vorm heeft gekregen wel kanttekeningen te plaatsen. Zo rijst de vraag of een te strikte vergoeding niet in de weg staat aan innovatie. Is er straks nog wel geld om nieuwe geneesmiddelen te ontwikkelen? En hoe kunnen wij ervoor zorgen dat Nederland nog interessant blijft als markt voor de farmaceutische bedrijven? Dreigt opnieuw dat wij 'het Jutland van Europa' worden?

Een andere, meer acute kwestie is op welke wijze kan worden gegarandeerd dat de aflevering van geneesmiddelen blijft plaatsvinden. Bedenk dat door het preferentiebeleid de markt van aanbieders voor bepaalde middelen erg klein is geworden. Welke risico's hieraan zijn verbonden bleek begin 2014 toen ophef ontstond over de geneesmiddelen, geproduceerd door het Indiase bedrijf Ranbaxy. Uiteindelijk liep dit goed af, maar het incident zou voor de zorgverzekeraars in ieder geval aanleiding moeten vormen na te denken over een 'Plan B' ingeval de voorkeursleverancier niet in staat is een geneesmiddel te leveren. Stokt de aanvoer – door welke oorzaak dan ook – dan kan de zorgverzekeraar die een preferentiebeleid voert een bittere pil te slikken krijgen indien hij gedwongen wordt tegen veel hogere prijzen in te kopen teneinde aan de op hem rustende zorgplicht te voldoen.

5 Een contract: duidelijke verwachtingen?



Mr. R.P. van Marwijk Kooy,
Ombudsman Zorgverzekeringen

In de praktijk merk ik nog al eens dat een verzekerde verwacht dat (bijna) alle zorgkosten worden betaald door de zorgverzekeraar. Dat is niet het geval. Alleen de zorg en diensten die zijn opgenomen in de tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer gesloten zorgverzekering (en eventuele aanvullende ziektekostenverzekering) komen voor verstrekking of vergoeding in aanmerking. In het vervolg van deze bijdrage zal ik mij beperken tot de zorgverzekering.

Niet alleen de Zorgverzekeringswet, maar ook het burgerlijk recht

De zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst, waarbij aard en omvang van de te verzekeren prestaties worden bepaald door de overheid. Aan deze schadeverzekeringsovereenkomst ontleent de verzekerde zijn aanspraken op zorg en diensten. Naast de regels bij of krachtens de Zorgverzekeringswet zijn daarbij ook de bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek omtrent (schade-) verzekeringen en overeenkomsten van belang.

Voorbeeld:

Er is een zorgverzekeraar die in zijn voorwaarden van de zorgverzekering 2014 de volgende bepaling heeft opgenomen: "U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag." De vraag doet zich evenwel voor hoe de hiervoor aangehaalde verzekeringsvoorwaarde moet worden gezien in relatie tot de bepaling in het Burgerlijk Wetboek die een in de algemene voorwaarden voorkomend beding dat een de wederpartij (lees: verzekerde) volgens de wet toekomstige bevoegdheid tot verrekening uitsluit of beperkt of de gebruiker (lees: zorgverzekeraar) een verdergaande bevoegdheid tot verrekening verleent dan hem volgens de wet toekomt, aanmerkt als 'vermoedelijk onredelijk bezwarend'. Hoewel de gebruiker tegenbewijs mag leveren, geldt als regel dat een beding waarvan rechtens komt vast te staan dat deze onredelijk bezwarend is, vernietigbaar is.

Uiteenlopende verwachtingen over de verrekenmogelijkheid (zie voorbeeld) bij de verzekerde en de zorgverzekeraar geven in de praktijk met enige regelmaat aanleiding tot een (langslepend) betalingsconflict. Bijvoorbeeld de situatie waarbij een zorgverzekeraar een te vergoeden zorgkostennota – op een voor de verzekerde onduidelijke wijze – verrekende met de maandpremie. Zo'n langslepend betalingsconflict is voor zowel de verzekerde als de zorgverzekeraar een onwenselijke situatie. Hieronder zal ik nog twee situaties schetsen waarin ten aanzien van de inhoud van de zorgverzekering sprake is van uiteenlopende verwachtingen tussen verzekerden en hun zorgverzekeraar.

Hoortoestellen

In het afgelopen jaar heb ik meerdere klachten ontvangen over de verstrekking of vergoeding van hoortoestellen. Daarbij ging het in de meerderheid van de gevallen om de toepassing van het ZN-keuzeprotocol en de landelijke hoortoestellen database, en het niet verstrekken of vergoeden van het hoortoestel dat de voorkeur van de verzekerde had.

Bij de klachtenbehandeling is mij gebleken dat het ZN-keuzeprotocol en de landelijke hoortoestellen database niet door elke zorgverzekeraar (even duidelijk) in de polisvoorwaarden of in het op de polisvoorwaarden gebaseerde reglement hulpmiddelen zijn geregeld. Zo is er een zorgverzekeraar die in zijn reglement hulpmiddelen 2014 heeft bepaald: “De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet.” In hetzelfde reglement is met betrekking tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geregeld: “u moet zelf bij ons toestemming vragen”. Daarentegen is in het reglement hulpmiddelen van een andere zorgverzekeraar bepaald: “het hulpmiddel moet aangemeten zijn conform het geldende ZN Keuzeprotocol Hoorzorg” en “het hulpmiddel moet zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database.”

In het geval een zorgverzekeraar de aanspraak op hoortoestellen heeft geregeld zoals de eerste hiervoor bedoelde zorgverzekeraar, is de verzekerde niet op voorhand bedacht op de toepassing van het ZN-keuzeprotocol en de landelijke hoortoestellen database. Mijns inziens kan de betreffende zorgverzekeraar bij de beoordeling van het toestemmingsverzoek niet enkel volstaan met

een onverkorte verwijzing naar het keuzeprotocol en de database. De verzekeraar zal – indachtig het overeenkomstenrecht – op zijn minst moeten uitleggen waarom hij, zonder dat daarnaar wordt verwezen in de zorgverzekeringsovereenkomst, in het individuele geval een beroep kan doen op het ZN-keuzeprotocol en de landelijke database.

Wat mij betreft zou het dan ook helpen als in ieder geval inzichtelijk wordt gemaakt welke hoortoestellen in de voor betrokkene geïndiceerde categorie – en specifiek voor de door betrokkene gesloten zorgverzekering – voor vergoeding of verstrekking in aanmerking komen.

Verder heb ik bij de klachtenbehandeling gemerkt dat de landelijke hoortoestellen database, waarin de voor vergoeding in aanmerking komende hoortoestellen zijn opgenomen, niet door verzekerden kan worden geraadpleegd. De verzekerde moet er dus op vertrouwen dat de zorg die door de (gecontracteerde) audicien wordt geleverd voldoet aan de contractuele afspraken. Indien de

verzekerde evenwel meent dat ook een ander hoortoestel dan het door de audicien aangedragen hoortoestel passend is in de voor hem/haar op grond van het keuzeprotocol geïndiceerde 'categorie', kan de verzekerde dat niet zelf verifiëren. In het geval een verzekerde met de zorgverzekeraar is verwickeld in een klachtenprocedure, zal dit niet echt bijdragen aan een herstel van vertrouwen. Wat mij betreft zou het dan ook helpen als in ieder geval inzichtelijk wordt gemaakt welke hoortoestellen in de voor betrokkene geïndiceerde categorie – en specifiek voor de door betrokkene gesloten zorgverzekering – voor vergoeding of verstrekking in aanmerking komen. Dit geeft een verzekerde meer duidelijkheid en rechtszekerheid ten aanzien van de zorgverzekeraar en de leverancier van de hoortoestellen.

Zorginkoop

In geval de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar een zorgverzekering met naturadekking heeft gesloten, zorgt de zorgverzekeraar voor de inkoop van de verzekerde zorg en diensten bij zorgaanbieders. In de hiervoor besproken verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering waarin het ZN-keuzeprotocol en de

landelijke hoortoestellen database niet zijn opgenomen, is het evenwel niet uitgesloten dat beide wél een rol spelen in de inkoopovereenkomst die de zorgverzekeraar met de audicien heeft gesloten. Dit valt echter niet vast te stellen, omdat uit concurrentieoverwegingen de inhoud van de inkoopovereenkomsten niet aan verzekerden bekend worden gemaakt. Los van de juridisch interessante vraag of de rechtsgevolgen van de inkoopovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder derdenwerking kunnen hebben tegenover de verzekerde (die immers niet rechtsreeks betrokken is bij de inkoopovereenkomst), kan

In mijn bemiddelingswerk merk ik zo nu en dan dat in de inkoopcontracten afspraken zijn gemaakt die niet op voorhand duidelijk zijn aan de verzekerde en in de praktijk soms nadelig voor hem/haar uitwerken.

een verzekerde hierdoor in een voor hem/haar ongewenste situatie terechtkomen. De verzekerde die – voorafgaand aan het sluiten van de zorgverzekering – de moeite heeft genomen om de verschillende zorgverzekeringen met elkaar

te vergelijken, kan immers op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering de indruk hebben gekregen dat de ene zorgverzekeraar niet, en de andere zorgverzekeraar wel toetst aan het ZN-keuzeprotocol hoorzorg. Deze verzekerde zal er echter niet op bedacht zijn dat een en ander door de inhoud van de inkoopovereenkomst alsnog anders kan blijken te liggen.

In mijn bemiddelingswerk merk ik zo nu en dan dat in de inkoopcontracten afspraken zijn gemaakt die niet op voorhand duidelijk zijn aan de verzekerde en in de praktijk soms nadelig voor hem/haar uitwerken.

Voorbeeld:

Een praktijkvoorbeeld is het geval waarin een verzekerde werd geconfronteerd met een onverklaarbaar hoge rekening voor het eigen risico voor een hulpmiddel. De gecontracteerde zorgaanbieder wikkeld de financiële kant rechtstreeks af met de zorgverzekeraar. Dit resulteerde in een rekening voor het eigen risico van EUR 110,-. Dit terwijl het hulpmiddel in de winkel van de gecontracteerde zorgaanbieder te koop was voor EUR 55,-. De zorgverzekeraar verklaarde dat de zorgaanbieder de aan

het eigen risico ten grondslag liggende (hogere) bedrag mocht declareren op grond van de met deze gesloten inkoopovereenkomst, waarin gemiddelde tarieven voor een bepaalde groep hulpmiddelen waren bedongen. In de zorgverzekeringsovereenkomst tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar was dit echter niet terug te vinden, en voor de verzekerde kwam de hogere nota dus totaal onverwacht.

Uiteraard kunnen er goede (macro-economische) redenen zijn voor een zorgverzekeraar om afspraken met een zorgaanbieder te maken. Op het moment dat in de inkoopcontracten afspraken worden gemaakt die niet in lijn zijn met de voorwaarden van de zorgverzekering ontstaat er een situatie waarbij de verwachtingen van een verzekerde en de zorgverzekeraar uiteen kunnen gaan lopen. De zorgverzekeraars verkeren overigens ook lang niet altijd in een eenvoudige positie. Verwacht wordt dat zij zorg inkopen van een goede kwaliteit, maar tegelijkertijd dat zij de premie zo laag mogelijk houden. Bovendien hebben zij te maken met twee verschillende contractuele relaties, waarbij juridisch gezien de afspraak met de één niet vanzelf doorwerkt in het contract met de ander.

In de afgelopen jaren is er terecht veel aandacht geweest voor het tijdig bekend maken voor welke zorg met welke zorgaanbieders de zorgverzekeraars contracten hebben gesloten. Zo krijg je als verzekerde een beter beeld van wat je kunt verwachten als je met een bepaalde zorgverzekeraar een zorgverzekering sluit. Dit zegt echter nog niets over de afspraken die de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder heeft gemaakt over kwaliteitsaspecten van de zorg, zoals veiligheid, bereikbaarheid, tijdigheid, en innovatie. De concurrentie tussen de zorgverzekeraars heeft zich de afgelopen jaren vooral toegespitst op de hoogte van de premie (zie bijvoorbeeld de ontwikkeling rond de budgetpolissen) en verzekerdenaantallen. De kwaliteit van zorg heeft in de concurrentiestrijd om de verzekerden nauwelijks enige rol gespeeld.

In de Memorie van Toelichting op de Zorgverzekeringswet (TK 2003-2004, 29 763, nr. 3) valt te lezen: “door zorg in te kopen die hoog scoort op kwaliteitsaspecten, kan een zorgverzekeraar zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars.” Dit kan uiteraard alleen als de relevante onderscheidende informatie ook kenbaar is voor de verzekerden. Een waardevolle aanvulling op de publicatie

van de gecontracteerde zorgaanbieders, zou de – tijdige – publicatie kunnen zijn van de concrete afspraken die de zorgverzekeraar met de betreffende zorgaanbieders heeft gemaakt over aspecten die voor de verzekerde van minstens even groot belang zijn. Daarbij kan gedacht worden aan de kwaliteitsafspraken en de afspraken over de wijze van declareren. Dan kan de verzekerde pas echt de inhoud van de zorgverzekering beoordelen.

Een contract: duidelijke verwachtingen!

Hiervoor heb ik een aantal praktijksituaties aangestipt, waarbij de verwachtingen van de verzekerde niet geheel bleken te stroken met hetgeen in de verzekeringsvoorwaarden was geregeld of beoogd was te regelen. Soms juridisch terecht, soms vanuit onwetendheid en soms ook tegen beter weten in. Het moge duidelijk zijn dat ik in de laatstgenoemde situatie geen ruimte zie voor bemiddeling en derhalve de klachtenprocedure direct afsluit. In de inleiding heb ik opgemerkt dat er verzekerden zijn die verwachten dat (bijna) alle zorgkosten worden betaald door de zorgverzekeraar. Hopelijk is aan de hand van het voorgaande nog eens duidelijk geworden dat dit niet altijd zo is. Verzekerden wil ik dan ook meegeven, indien zij

zorg nodig hebben, niet alleen te kijken naar de eventuele behandel mogelijkheden, maar – hoewel ik begrijp dat er sprake kan zijn van ernstige gezondheidsproblemen die maken dat het hoofd daar niet naar staat – zich ook te verdiepen in de dekking en de voorwaarden van de zorgverzekering (en eventuele aanvullende verzekering). Dit kan mogelijke onaangename financiële verrassingen achteraf voorkomen. Bijvoorbeeld doordat (een deel van) de kosten van de behandeling voor eigen rekening blijven. Mochten de verzekeringsvoorwaarden toch onvoldoende duidelijkheid bieden, neem dan contact op met de zorgverzekeraar. En zorg bij twijfel altijd voor een schriftelijke bevestiging of een bevestiging per e-mail van het antwoord. Dit kan mogelijke bewijsproblemen achteraf voorkomen.

De zorgverzekeraars – als professionele partij bij de verzekeringsovereenkomst – wil ik meegeven consequent oog te blijven houden voor juridisch correcte en voor de verzekerde begrijpelijke polissen. Als de verwachtingen over en weer duidelijk zijn, kunnen mogelijk klachten worden voorkomen of adequaat worden afgewikkeld. Dit bespaart alle bij de klachtenprocedure betrokkenen tijd, kosten en soms ergernis.

6 Vooruitblik



Het jaar 2015 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 2015, niet altijd inzichtelijk. Daarnaast leert de ervaring dat er ook niet te voorziene ontwikkelingen zullen zijn. We verwachten weer een boeiend jaar!

Wmo2015, Wlz en Zvw

De nieuwe Wmo2015 is in werking getreden per 1 januari 2015, evenals de nieuwe Wlz. Veel aanspraken die voorheen waren verzekerd via de Awbz zijn overgegaan naar deze nieuwe wetten. Een ander deel is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Het gaat hier 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 we ons hebben voorbereid. Ook houden we rekening met een serieuze toename van het aantal dossiers ten gevolge van deze wijziging. Nog niet geheel duidelijk is of en hoe andere decentralisaties in het sociale domein naar gemeenten zullen inwerken op de Zvw,

en dus op de SKGZ. De ontwikkelingen worden nauwlettend gevolgd.

Verdere digitalisering SKGZ-processen

In 2014 heeft de SKGZ belangrijke wijzigingen doorgevoerd in haar automatiseringssysteem. De interne werkprocessen kunnen thans geheel digitaal worden afgewikkeld. Een belangrijk (en kostbaar) aandachtspunt is daarbij de beveiliging van dat systeem geweest.

Het jaar 2015 zal vooral in het teken staan van het meer via de 'elektronische snelweg' communiceren met verzekeraars, verzekerden en andere stakeholders. De SKGZ hanteert bij het vormgeven hiervan hoge veiligheidsnormen en het principe dat kwaliteit voor snelheid gaat.

Overigens blijft het altijd mogelijk om op klassieke wijze te corresponderen met de SKGZ: niet iedereen heeft immers toegang tot het internet, of voldoende vaardigheid in het werken daarmee. Laagdrempeligheid blijft belangrijk.

Kwaliteitsbewaking

Ook in 2014 zijn er klanttevredenheidsonderzoeken door de SKGZ uitgevoerd. Deze zullen in 2015 worden gecontinueerd. Reeds jaren 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 regelmaat evalueren en zo nodig herzien van de interne processen noodzakelijk. 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 Richtlijn inzake alternatieve geschilbeslechting leidt tot het systematisch verder werken aan een zo hoog mogelijke kwaliteit.

Project Zorgverzekeringslijn.nl

Dit project eindigt in principe per 31 december 2016. In 2015 zal met de financier van dit project, het ministerie van VWS, verder worden gesproken over mogelijkheden tot verlenging en verbreding van het project. Er liggen nog veel kansen om wanbetalers en onverzekerden te bereiken, maar de thans toegekende subsidie stelt grenzen aan de mogelijkheden.

Tevens is het zinvol nu reeds te spreken over het behoud van kennis en kunde die inmiddels in het project is opgedaan.

Implementatiewet Europese Richtlijn Alternatieve Geschilbeslechting

In 2015, zo is de verwachting, zal de Eerste Kamer instemmen met de implementatiewet ten gevolge van de Europese Richtlijn inzake alternatieve geschilbeslechting. Deze richtlijn, die regels stelt over geschilbeslechting buiten de rechter om (zoals de SKGZ doet), heeft tot gevolg dat de SKGZ een Europese erkenning zal aanvragen. Dit heeft enige, niet heel ingrijpende, gevolgen voor de organisatie van de SKGZ. Daarnaast is er de Europese verordening over online geschilbeslechting, welke eveneens van kracht wordt in 2015. De SKGZ zal met beperkte aanpassingen voldoen aan de eisen gesteld in deze verordening.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Dit wetsvoorstel ligt thans (februari 2015) bij de Eerste Kamer ter behandeling. Onduidelijk is op welke termijn de Kamer zal besluiten over dit voorstel. Deze wet heeft raakvlakken met de Zvw: de grens tussen verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraars voor gecontracteerde kwaliteit

van zorg (Zvw) en dus SKGZ en de verantwoordelijkheid van de zorgverlener voor de geleverde zorg (Wkkgz) is op dit moment moeilijk te trekken. Ook hier worden de ontwikkelingen nauwlettend gevolgd.

Geschillencommissie contractering

Een andere ontwikkeling die van belang kan zijn voor de SKGZ is het beleidsvoornemen van de Minister van VWS om te komen tot een geschillencommissie over de contractering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De jurisprudentie van een dergelijke commissie is voor de SKGZ mogelijk van belang bij behandeling van de zaken tussen verzekerde en verzekeraar, daar waar het conflict gaat over de kwaliteit van zorg.

7 Financiële gegevens



Staat van baten & lasten over 2014

	uitkomst 2014 in €	begroot 2014 in €	uitkomst 2013 in €
Baten			
Bijdrage zorgverzekeraars	2.500.153	2.512.000	2.158.904
Subsidie Ministerie van VWS	424.846	316.000	300.102
Bijdrage geschillen	15.503	18.000	15.059
Rente	9.936	13.000	16.663
Totale baten	2.950.438	2.859.000	2.490.728
Lasten			
Personeelskosten	1.957.884	1.770.000	1.577.387
Afschrijvingen op materiële vaste activa	52.241	0	27.381
Overige lasten:			
- Bestuur, geschillencommissie, ombudsman	341.128	369.000	346.766
- Huisvesting	121.096	163.000	91.750
- Automatisering en digitalisering	79.655	127.000	53.124
- Bureaukosten	71.186	84.000	85.173
- Profilering en communicatie	42.771	46.000	38.080
- Overige stichtingskosten	7.228	6.000	6.368
- Zorgverzekeringslijn	424.846	316.000	300.102
- Onvoorzien	-	5.000	-
	1.087.910	1.116.000	921.363
Totale lasten	3.098.035	2.886.000	2.526.131
SALDO	-147.597	-27.000	-35.403

Het bestuur heeft de volgende bestemming aan het nadelig saldo 2014 gegeven:

- ten laste van de bestemmingsreserve automatisering	-59.511
- ten laste van de algemene reserve	-88.086
	-147.597



Balans per 31 december 2014 na bestemming saldo van baten en lasten

	31-12-2014	31-12-2013		31-12-2014	31-12-2013
	€	€		€	€
ACTIEF			PASSIEF		
VASTE ACTIVA			EIGEN VERMOGEN		
Materiële vaste activa	238.849	193.959	Vrij besteedbaar vermogen	161.160	249.246
Materiële vaste activa in bestelling	-	30.865	Bestemmingsreserves	200.000	259.511
	<u>238.849</u>	<u>224.824</u>		<u>361.160</u>	<u>508.757</u>
VLOTTENDE ACTIVA			VOORZIENING		
Vorderingen			Jubileum uitkeringen	23.982	19.215
Debiteuren	4.527	8.236			
Rente	10.335	6.543	KORTLOPENDE SCHULDEN		
Overige vorderingen en overlopende activa	<u>168.938</u>	<u>75.123</u>	Crediteuren	16.172	56.497
	<u>183.800</u>	<u>89.902</u>	Zorgverzekeraars Nederland	127.849	78.477
Liquide middelen	271.191	469.928	Belastingen en premies sociale verzekeringen	57.292	47.868
			Overige schulden en overlopende passiva	107.385	73.840
				<u>308.698</u>	<u>256.682</u>
	<u>693.840</u>	<u>784.654</u>		<u>693.840</u>	<u>784.654</u>

Zie voor het volledige Financieel Verslag 2014 onze website www.skgz.nl
Desgewenst kan het Financieel Verslag 2014 u ook per post worden toegezonden.

Overzicht aangesloten ziektekostenverzekeraars



In het verslagjaar 2014 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 Zorgverzekeringen 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 Ziekttekostenverzekeraar 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. Assuradeuren
VPZ Assuradeuren B.V.

Afkortingenlijst



AFM	Autoriteit Financiële Markten
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BGfo	Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft
Bzv	Besluit zorgverzekering
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
DOT	DBC Op weg naar Transparantie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVVK	Nederlandse Vereniging voor Schuldhulpverlening en Sociaal Bankieren
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Pgb	Persoonsgebonden budget
Rzv	Regeling zorgverzekering
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
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Colofon

Zeist, maart 2015. 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, C.J. van Kranenburg MA, mr. G.J. de Groot, mr. E.L. Niezen, mr. A.J. Stoter, mr. L.E.W. van Os-Simonse, drs. M.R.J. Spanjaard en S. Saouti B.COM.

Uitgave en eindredactie

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Vormgeving

Blik grafisch ontwerp, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door middel 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.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

088 - 900 69 00

info@skgz.nl www.skgz.nl

