

Richtsnoer

**Informatieverstrekking  
Ziektekostenverzekeraars  
en volmachten 2010**

oktober 2010



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Invulling aan artikel 40 lid 1 tot en met 3 Wmg	8
1.2 Beoordeling modelovereenkomsten	9
1.3 Doel richtsnoer	10
1.4 Leeswijzer	10
<b>2. Checklist informatieverstrekking</b>	<b>11</b>
<b>3. Handhaving</b>	<b>21</b>



## Vooraf

Transparantie over (keuze-)informatie is een belangrijke voorwaarde om de consument keuzes te laten maken die het best aan zijn wensen voldoen. Met dit richtsnoer geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan welke informatie ziektekostenverzekeraars moeten verstrekken. Daarnaast brengt de NZa een self assessment uit. Ziektekostenverzekeraars moeten dit self assessment gebruiken om na te gaan of ze voldoen aan dit richtsnoer. De NZa gebruikt de ingevulde en geretourneerde self assessments bij haar toezicht.

Met dit richtsnoer geeft de NZa invulling aan artikel 40 lid 1 tot en met 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit artikel geeft aan op welke punten de NZa toezicht houdt op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. Zo is de NZa transparant over haar eigen werkwijze.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## 1. Inleiding

In de uitoefening van haar taken stelt de NZa het algemeen consumentenbelang voorop door onder andere de zelfredzaamheid van de consument te bevorderen. Hiervoor is beschikbare, juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)-informatie belangrijk. Zowel vooraf, om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen, als achteraf, nadat een beslissing is genomen. Transparante informatie stelt consumenten vooraf in staat om keuzes te maken die het beste aan hun wensen voldoen en achteraf bijvoorbeeld om hun recht te halen als zij het niet eens zijn met een beslissing van hun zorgverzekeraar.

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is één van de taken van de NZa het toezicht houden op de informatieverstrekking en overige gedragingen door ziektekostenverzekeraars, waaronder reclame-uitingen<sup>1</sup>. Deze toezichtstaak geldt ook voor tussenpersonen/volmachten die namens de ziektekosten- en zorgverzekeraars werk verrichten en optreden op grond van de Wmg en/of Zorgverzekeringswet (Zvw). De ziektekostenverzekeraar blijft de eindverantwoordelijke<sup>2</sup>. Tussenpersonen/volmachten die optreden als zelfstandig adviseur en/of bemiddelaar behoren niet tot het toezichtdomein van de NZa<sup>3</sup>.

Het toezicht op de informatieverstrekking door zorgverzekeraars en ziektekostenverzekeraars is geregeld in artikel 40 van de Wmg. Op grond van lid 1 van dit artikel moeten ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen/volmachten informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar maken dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. De informatie betreft in elk geval de premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten.

De transparantie van de kwaliteit van zorg is essentieel voor consumenten bij de keuze voor een ziektekostenverzekeraar en de door haar gecontracteerde zorgaanbieders. Ziektekostenverzekeraars hebben daarin ook uitdrukkelijk een eigen verantwoordelijkheid.

Op dit moment wordt er door verschillende partijen gewerkt om de kwaliteit van de gezondheidszorg transparant te maken. Zo is er het programma Zichtbare zorg, waarin brancheverenigingen van ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders uit de verschillende sectoren in het kader van de transparantie samen met de IGZ werken aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. De NZa vindt het van groot belang dat het veld vooruitgang boekt bij de ontwikkeling van kwaliteits- indicatoren. Openbaar toegankelijke, gevulde kwaliteitsindicatoren vergroten de transparantie mits de vergelijkbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van deze informatie is geborgd.

---

<sup>1</sup> Ziektekostenverzekeraar: een zorgverzekeraar, een AWBZ-verzekeraar, een particuliere ziektekostenverzekeraar, zijnde een financiële onderneming die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar mag uitoefenen.

<sup>2</sup> De NZa houdt daarnaast toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door onder meer de zorgverzekeraars. Ook is de NZa belast met het markttoezicht, de marktontwikkeling en de tarief- en prestatieregulering in de gezondheidszorg.

<sup>3</sup> De Autoriteit Financiële markten (AFM) is toezichthouder voor tussenpersonen/volmachten die optreden als zelfstandig adviseur/bemiddelaar. Mocht de NZa bij deze partijen onregelmatigheden constateren, dan meldt ze dit bij de AFM.

De NZa constateert dat het veld initiatieven ontplooit om te komen tot indicatoren voor het beschikbaar stellen van kwaliteitsinformatie. Wanneer dit nodig mocht blijken, kan de NZa dit richtsnoer aanpassen of anderszins actie ondernemen om partijen bij dit ontwikkelproces te ondersteunen.

Lid 2 van dit artikel verplicht zorgverzekeraars informatie voor verzekeringsplichtigen openbaar te maken met betrekking tot de inhoud van de modelovereenkomsten en de wijze van dienstverlening aan verzekerden. Ook moeten ziektekostenverzekeraars op grond van lid 3 van artikel 40 Wmg zorgen dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie over een product of dienst, waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens Wmg, de Zvw of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze informatie mag ook niet misleidend zijn<sup>4</sup>.

## 1.1 Invulling aan artikel 40 lid 1 tot en met 3 Wmg

Artikel 40 Wmg lid 1 tot en met 3 Wmg bevatten open normen die nadere uitleg en invulling door de NZa behoeven. Enerzijds is dit van belang voor de duidelijkheid en rechtszekerheid van de ziektekostenverzekeraars, zorgverzekeraars en consument. Anderzijds is dit van belang vanwege mogelijke handhavingsacties van de NZa naar aanleiding van mogelijke overtreding van artikel 40 Wmg<sup>5</sup>. De NZa kan alleen handhaven als er sprake is van heldere en ingevulde normen, waarvan partijen wisten hoe ze zich ernaar moesten gedragen. De NZa voorziet in de invulling en uitleg van artikel 40 lid 1 tot en met 3 Wmg door het publiceren van dit richtsnoer.

Het eerste lid van artikel 40 richt zich op ziektekostenverzekeraars. Zij moeten informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar maken dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Ziektekostenverzekeraars bieden zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of andere ziektekostenverzekeringen aan. Dit betekent dat een ziektekostenverzekeraar de basisverzekering en aanvullende verzekeringen kan uitvoeren. Onderstaande minimale informatie heeft dus betrekking op de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. Als minimale informatie over eigenschappen van aangeboden producten en diensten beschouwt de NZa:

- premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden (toetspunt 1);
- begin en einde van de (aanvullende) zorgverzekering (toetspunt 2);
- toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering (toetspunt 3);
- wijzigingen in zorgverzekering en aanvullende zorgverzekering (toetspunt 4);
- vergoedingenoverzicht (toetspunt 5).

---

<sup>4</sup> De definitie die de NZa hanteert inzake misleidende informatie is dat er sprake is van onjuiste, onvolledige en/of niet-tijdige informatie die ertoe leidt dat een gemiddelde consument een beslissing zou kunnen nemen betreffende de keuze van een ziektekostenverzekering of tijdens de ziektekostenverzekering, die hij anders niet zou hebben genomen. De consument kan hierdoor, financieel of anderszins, schade lijden. Uitgangspunt is dat de consument een eigen verantwoordelijkheid heeft bij een ziektekostenverzekering. Een gemiddelde consument is bereid zich te verdiepen in de aangeboden informatie en kan zelf beter inschatten welk product bij zijn eigen situatie past (niet alleen met betrekking tot de behoefte aan zorg, maar ook ten aanzien van de financiële positie).

<sup>5</sup> Voorafgaand aan de inzet van formele sancties, die genoemd worden in hoofdstuk drie, heeft de NZa de mogelijkheid met een gesprek en/of brief normconform gedrag te bereiken.

Lid 2 van het artikel verplicht zorgverzekeraars informatie voor verzekeringsplichtigen openbaar te maken met betrekking tot de inhoud van de modelovereenkomsten en de wijze van dienstverlening aan verzekerden. Het gaat om kernelementen uit de modelovereenkomsten en om dienstverlening van de zorgverzekeraar aan verzekerden als de zorgverzekering eenmaal is gesloten. Een zorgverzekeraar biedt zorgverzekeringen in de zin van de Zvw aan. Onderstaande elementen hebben dus betrekking op de basisverzekering. De volgende elementen worden tot de kernelementen uit de modelovereenkomst gerekend:

- mogelijkheid tot indienen van een klacht of geschil (toetspunt 6);
- het gecontracteerd zorgaanbod (toetspunt 7);
- vergoeding bij niet gecontracteerde zorg (toetspunt 8);
- polisvoorwaarden van (goedgekeurde en) op de markt gebrachte modelovereenkomsten (toetspunt 9);
- preferentiebeleid geneesmiddelen (toetspunt 10);
- rol van gecontracteerde zorg op vergoeding (toetspunt 11);
- eigen risico (toetspunt 12).

Tot de dienstverlening worden de volgende elementen gerekend:

- European Health Insurance Card (EHIC) (toetspunt 13);
- mogelijkheid tot opvragen polisvoorwaarden en reglementen (toetspunt 14);
- afwijzingsgronden (toetspunt 15).

Het derde lid van artikel 40 stelt dat de door of namens ziektekostenverzekeraars verstrekte of beschikbaar gestelde informatie over een product of dienst, waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens Wmg, de Zvw of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en niet misleidend mag zijn.

Het richtsnoer is de basis waarop de NZa haar toezicht op de informatieverstrekking invult. Bij constatering van het niet naleven van het richtsnoer kan de NZa op basis van artikel 40 Wmg, gebruik maken van haar handhavingsinstrumenten<sup>6</sup>.

## 1.2 Beoordeling modelovereenkomsten

De NZa merkt dat vaak onduidelijkheid bestaat over het onderscheid tussen de informatie die opgenomen moet worden in de modelovereenkomsten en in de informatieverstrekking waarmee deze worden aangeboden aan verzekerden. De modelovereenkomst is een juridisch document dat de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar en de verzekerde weergeeft. De inhoud van de modelovereenkomst en bijbehorende reglementen moet voldoen aan de Zvw.

Omdat het een juridisch document is, vinden consumenten de modelovereenkomst vaak moeilijk toegankelijk en moeilijk begrijpelijk. Daarom is het belangrijk dat zorgverzekeraars juiste, volledige en begrijpelijke informatie verstrekken aan consumenten over de inhoud van de modelovereenkomsten. Deze informatie moet voldoen aan de Wmg. Welke informatie over inhoud van de modelovereenkomst die de NZa in haar toezicht op de informatieverstrekking toetst is opgenomen in dit richtsnoer. Het richtsnoer geldt dus voor de *informatieverstrekking* over de modelovereenkomsten, maar niet voor de *inhoud* van de modelovereenkomsten zelf.

---

<sup>6</sup> Dit zijn het geven van een aanwijzing, het opleggen van een last onder dwangsom of uitoefenen van bestuursdwang, het opleggen van een bestuurlijke boete en openbaarmaking van de naam van de desbetreffende ziektekostenverzekeraar en overtreding. Zie Plan Handhaving, te downloaden via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

### 1.3 Doel richtsnoer

Met het onderhavige richtsnoer geeft de NZa aan welke informatie *ziektekostenverzekeraars* minimaal dienen te verstrekken. Het doel van het richtsnoer is om tot betere informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars en zorgverzekeraars te komen. Het is in het belang van de verzekerden om te kunnen beschikken over juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)informatie.

Op basis van het richtsnoer richt de NZa haar toezicht op de informatieverstrekking door de diverse partijen in. Op deze manier maakt de NZa haar toezicht op de informatieverstrekking transparant om daarmee een voorspelbare toezichthouder te zijn.

De consument kan door het richtsnoer een beeld krijgen van wat de NZa beschouwt als niet-transparante en misleidende informatie op de zorgverzekeringsmarkt. De consument kan zo ook eventuele misstanden aan de NZa melden<sup>7</sup>.

Het richtsnoer is geen uitputtende opsomming. Partijen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun eigen informatie-uitingen.

### 1.4 Leeswijzer

De checklist informatieverstrekking staat in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 is te lezen hoe de NZa het toezicht op dit richtsnoer heeft ingericht.

---

<sup>7</sup> Consumenten die misstanden signaleren, kunnen deze melden bij het meldpunt van de NZa.

## 2. Checklist informatieverstrekking

In het volgende overzicht staat de checklist informatieverstrekking die de NZa hanteert bij partijen. De toetspunten 1 t/m 5 hebben betrekking op ziektekostenverzekeraars. Daarbij gaat het om informatie over zowel de basisverzekering als over de aanvullende verzekering. Toetspunten 6 t/m 15 hebben betrekking op lid 2 van artikel 40 Wmg en dus op zorgverzekeraars en de zorgverzekering. Achter elk punt uit de checklist staat de concrete invulling van het punt. In de laatste kolom is aangegeven op welk informatiekanaal – op de website, in het prolongatiepakket, in het offertepakket of in de afwijzingsbrief – de desbetreffende informatie aanwezig dient te zijn<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Bij informatievertrekking op de website wordt niet bedoeld dat wordt verwezen naar de modelovereenkomst of een reglement waarin de informatie is te vinden. De informatie moet daadwerkelijk zelf op de website staan.

## Checklist informatieverstrekking

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
1	<i>Premiegrondslag en aspecten die de premie beïnvloeden</i>	<p>Voor de (potentiële) verzekerde moet informatie over de hoogte van de premie en de eventuele korting die wordt geboden beschikbaar zijn. Het moet inzichtelijk zijn wat de financiële consequenties zijn van zijn keuze.</p> <p>De volgende toetspunten over de premiegrondslag en aspecten die de premie beïnvloeden dienen vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– premiegrondslag zorgverzekering;</li> <li>– premie aanvullende verzekering inclusief eventuele leeftijd- of regioafhankelijkheid.</li> </ul> <p>Indien van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kortingen vrijwillig eigen risico;</li> <li>– eventuele toeslag op de premie van de aanvullende verzekering (absoluut of procentueel) als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten<sup>9</sup>;</li> <li>– incassokosten;</li> <li>– eventuele betalingskorting.</li> </ul>	<p>website</p> <p>offerte</p>
2	<i>Opzegmogelijkheden van de (aanvullende) zorgverzekering</i>	<p>Verzekerden hebben ieder jaar de mogelijkheid hun zorgverzekering op te zeggen. Verzekerden moeten vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering hebben afgesloten. Deze gaat vervolgens met terugwerkende kracht in per 1 januari.</p> <p>De volgende punten over de opzegmogelijkheden van de (aanvullende) zorgverzekering dienen vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– t/m 31 december van jaar t kan een verzekerde zijn zorgverzekering opzeggen voor het jaar t+1;</li> <li>– de manier waarop opgezegd dient te worden (bijv. schriftelijk met vermelding van adresgegevens, telefonisch etc);</li> <li>– de verzekerde is verplicht om vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten. Deze gaat vervolgens met terugwerkende kracht in per 1 januari;</li> <li>– binnen vier maanden na ontstaan van de verzekeringsplicht dient de verzekerde een zorgverzekering af te sluiten;</li> <li>– de mogelijkheid om op te zeggen als de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt ten nadele van de verzekerde. De wijziging komt niet voort uit of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet.</li> </ul> <p>Indien van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de opzegdatum voor de aanvullende zorgverzekering indien deze afwijkt van 31 december.</li> </ul>	<p>website</p>

<sup>9</sup> Hieronder vallen ook éénmalige administratiekosten voor het afsluiten van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering.

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
3	<i>Toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering</i>	De potentiële verzekerde moet inzicht hebben in de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende zorgverzekering. In tegenstelling tot de basis zorgverzekering bestaat er voor de aanvullende zorgverzekering immers geen acceptatieplicht. In de polisvoorwaarden voor de aanvullende zorgverzekering kunnen verschillende bepalingen staan die de toegang tot de verzekering of de vergoeding beperken. Te denken valt aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>– (medische) vragen bij aanvraag van de aanvullende zorgverzekering;</li> <li>– wachttijd tot aanspraak bestaat op vergoeding van kosten uit de aanvullende zorgverzekering.</li> </ul> Alle beperkende toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering dienen vermeld te zijn.	website
4	<i>Wijzingen in zorgverzekering en aanvullende zorgverzekering</i>	Het is van belang dat de verzekerde tijdig <sup>10</sup> op de hoogte wordt gebracht van de wijzingen in zowel de zorg- als de aanvullende verzekering (niet alleen bij prolongatie van de verzekering). Het gaat hier om zowel wettelijke veranderingen in de zorgverzekering als veranderingen in de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft doorgevoerd. Verzekerden dienen geïnformeerd te zijn over alle wijzigingen in zowel de zorg- als aanvullende verzekering.	Website prolongatiepakket
5	<i>Vergoedingen-overzicht</i>	Een vergoedingsoverzicht is een samenvatting van de polisvoorwaarden. Vergoedingsoverzichten dienen verzekerden op een adequate wijze te attenderen op bepaalde uitsluitingen of beperkingen <sup>11</sup> . In een vergoedingsoverzicht dienen de volgende punten te zijn opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– hoogte van de wettelijke eigen bijdrage;</li> <li>– als er sprake is van 100% vergoeding of volledige vergoeding mogen hierop geen uitzonderingen zijn die de vergoeding alsnog beperken.</li> </ul>	-
6	<i>Mogelijkheid tot het indienen van een klacht of geschil</i>	Verzekerden moeten hun recht kunnen halen als ze het niet eens zijn met een beslissing van hun zorgverzekeraar. Daarom is het belangrijk dat zij informatie hebben over geschillen en de mogelijkheid tot het indienen van klachten <sup>12</sup> . Bij een afwijzing van een aanvraag of een klacht, kan de verzekerde een verzoek tot heroverweging van de aanvraag/klacht bij de zorgverzekeraar indienen. <p>De volgende punten over geschillen en de mogelijkheid tot het indienen van klachten dienen vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– waar de verzekerde de klacht kan indienen;</li> <li>– op welke wijze de klacht ingediend dient te worden: schriftelijk en/of per e-mail;</li> <li>– binnen welke termijn de verzekerde een reactie kan verwachten;</li> <li>– als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar reageert niet binnen de gestelde termijn, kan de verzekerde naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) stappen.</li> </ul>	website

<sup>10</sup> Onder tijdig wordt verstaan, dat de informatie de verzekerde bereikt, voordat de wijziging ingaat.

<sup>11</sup> De NZa realiseert zich dat hierbij een spanning bestaat tussen overzichtelijkheid en volledigheid. Het uitgangspunt is een beknopt overzicht, met daarbij de disclaimer dat de verzekerde voor informatie over alle uitsluitingen en beperkingen de polisvoorwaarden dient te raadplegen of contact dient op te nemen met de verzekeraar.

<sup>12</sup> Het inhoudelijke verschil tussen klacht en geschil is per 1 januari 2008 vervallen.

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
7	Gecontracteerd zorgaanbod	<p>Bij de keuze voor een polis moet het voor (potentiële) verzekerden inzichtelijk zijn welke gecontracteerde zorgaanbieders deel uit maken van de modelovereenkomst. Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde aanbieders werkt, dient op de website een overzicht te staan van alle gecontracteerde zorgaanbieders, zodat consumenten kunnen nagaan uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen en hun voorkeur kunnen bepalen. Dit geldt voor het lopende polisjaar t en – voor zover mogelijk – voor het polisjaar t+1. Het overzicht dient zo actueel mogelijk te zijn.</p> <p>De volgende punten over het gecontracteerd zorgaanbod dienen op de website vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– een juist en volledig overzicht van alle gecontracteerde zorgaanbieders voor het jaar t;</li> <li>– hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd, met vermelding van de laatste update;</li> <li>– een algemeen toelichtende tekst dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en dat alle contracten zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;</li> <li>– voor welke periode de contracten zijn afgesloten;</li> <li>– of de zorgverzekeraar selectief is in het contracteren van aanbieders. Dat wil zeggen: of de zorgverzekeraar uitsluitend bepaalde aanbieders contracteert die voldoen aan specifieke voorwaarden.</li> </ul>	website
8	Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg	<p>De verzekerde moet inzicht hebben in de hoogte van de vergoeding waar hij recht op heeft als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. De hoogte van de vergoeding moet voorafgaand aan de behandeling in <i>absolute bedragen</i> te achterhalen zijn. Er zijn twee situaties waarbij de verzekerde te maken kan krijgen met niet volledige vergoeding van zorg<sup>13</sup>. Dit zijn<sup>14</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– markten met vastgestelde tarieven. Als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan hij een lager percentage dan 100% van het Wmg tarief gerestitueerd krijgen. De verzekerde moet bij de zorgverzekeraar kunnen informeren naar de hoogte van het Wmg-tarief;</li> <li>– markten voor vormen van zorg met vrije prijzen. Vergoeding volgens de modelovereenkomst vindt plaats bijvoorbeeld op basis van absolute bedragen, marktconform tarief of een gemiddeld gecontracteerd tarief. De verzekerde moet bij de zorgverzekeraar de hoogte van de restitutie in absolute bedragen kunnen opvragen.</li> </ul>	-

<sup>13</sup> De berekeningswijze van restitutie moet zijn opgenomen in de modelovereenkomst. Hierin hoeven geen (absolute) bedragen te worden opgenomen. In de modelovereenkomst mag wel worden opgenomen hoe de verzekerde de verzekerde de bedragen kan opvragen.

<sup>14</sup> De vergoeding mag in positieve zin afwijken. De zorgverzekeraar kan er voor kiezen een hogere vergoeding te geven, bijvoorbeeld in het geval bij spoedeisende zorg bij niet gecontracteerde instelling.

	Checklist	Invulling	Informatiekanal
9	Polisvoorwaarden van (goedgekeurde en) op de markt gebrachte modelovereenkomsten	De NZa toetst of alle modelovereenkomsten voldoen aan de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wanneer dit het geval is wordt een begunstigende beschikking afgegeven. Alle polisvoorwaarden van de door de NZa goedgekeurde en op de markt gebrachte modelovereenkomsten dienen op de website te staan.	website
10	(Preferentie)beleid geneesmiddelen	<p>Voor de verzekerde moet het inzichtelijk zijn welke consequenties het geneesmiddelen/preferentiebeleid van zijn zorgverzekeraar voor hem heeft. Algemeen gesteld houdt het preferentiebeleid in dat een zorgverzekeraar binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (middelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde dosering) een voorkeursmiddel aanwijst – meestal het goedkoopste geneesmiddel in die groep – dat hij vergoedt. Hierop zijn diverse varianten mogelijk, zoals de laagste prijs in het taxemodel of het preferentiebeleid onder couvert. Daarnaast wordt door verschillende verzekeraars een andere vorm van geneesmiddelenbeleid gevoerd, zoals het model van laagste prijsgarantie of een vast prijsbeleid (ook pakjesmodel genoemd). Informatie over (de variant van) het geneesmiddelenbeleid dat de verzekeraar voert moet beschikbaar zijn zodat de consequenties ervan voor de verzekerde helder zijn. Het dient duidelijk te zijn welke geneesmiddelen in welke situatie en onder welke voorwaarden worden verstrekt. Onderstaande toetsingspunten laten onverlet dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden behalve via de website ook via andere kanalen, bijvoorbeeld een persoonlijke mailing, informeert.</p> <p>De volgende punten over het geneesmiddelenbeleid dienen vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– uitleg wat het geneesmiddelenbeleid inhoudt;</li> <li>– de werkzame stoffen waarvoor het beleid geldt en de vermelding van de geneesmiddelen waar de verzekerde (al dan niet onder voorwaarden) aanspraak op heeft voor vergoeding;</li> <li>– de procedure/actie die de verzekerde moet ondernemen als behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Bijvoorbeeld: moet een verzekerde vooraf toestemming vragen voor ander geneesmiddel of kan de verzekerde ook achteraf het voorschrift van de (huis)arts voorleggen?</li> </ul> <p>Indien van toepassing<sup>15</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de manier waarop het preferentiebeleid doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.</li> </ul> <p>Als de verzekeraar voor geneesmiddelen voorlopige prijzen hanteert waarop achteraf correcties kunnen plaatsvinden, dient de verzekerde hierover vooraf te worden geïnformeerd. De verzekerde moet periodiek worden geïnformeerd over de verrekening van de uiteindelijke prijzen met zijn eigen risico.</p> <p>Als de verzekeraar wijzigingen aanbrengt in zijn preferentie/geneesmiddelenbeleid dienen <i>alle</i> verzekerden hierover te worden geïnformeerd. Dus niet alleen de verzekerden die bepaalde geneesmiddelen gebruiken.</p>	website

<sup>15</sup> Van toepassing als de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandelt over de prijs of een bonus of korting.

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
11	<i>Rol gecontracteerde zorg op vergoeding</i>	<p>Voor een (potentiële) verzekerde moet duidelijk zijn om wat voor soort polis het gaat. Er zijn drie soorten polissen te onderscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– polis met volledig gecontracteerde zorg;</li> <li>– polis met gedeeltelijk gecontracteerde zorg;</li> <li>– polis met niet-gecontracteerde zorg.</li> </ul> <p>Zorgverzekeraars presenteren hun polis vaak als natura-, restitutie- of combinatiepolis. Verzekerden denken vaak dat zij bij een naturapolis naar gecontracteerde zorgaanbieders moeten gaan en dat zij bij een restitutiepolis volledige vrije keuze van zorgaanbieder hebben. Dit laatste hoeft niet per definitie zo te zijn. Er zijn immers ook restitutiepolissen met gecontracteerde zorg<sup>16</sup>. Om een polis dan enkel als restitutiepolis te presenteren kan de verzekerde op het verkeerde been zetten.</p> <p>De volgende punten over de rol van gecontracteerde zorg op vergoeding dienen vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– of er sprake is van gecontracteerde zorg;</li> <li>– zo ja, voor welke vormen van zorg er sprake is van gecontracteerde zorg;</li> <li>– de hoogte van de vergoedingsbeperking bij een niet gecontracteerde aanbieder;</li> <li>– voor de overige vormen van zorg waarvoor niet is gecontracteerd, dient duidelijk te zijn dat er 100% Wmg- of marktconform tarief wordt vergoed.</li> </ul>	<p>website</p> <p>informatiepakket</p>

<sup>16</sup> Bij een natura variant van een modelovereenkomst heeft de verzekerde *recht op zorg*. Bij een restitutievariant heeft de verzekerde *recht op vergoeding van kosten van zorg*.

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
12a	<i>Eigen risico</i>	<p>In de basisverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico aan te bieden. Verder is het mogelijk om kosten van zorggebruik niet ten laste te brengen van het eigen risico (gedifferentieerd). Dit geldt voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Deze drie vormen van het eigen risico beïnvloeden elkaar. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoe de verschillende vormen van het eigen risico elkaar beïnvloeden.</p> <p><i>Toetsingspunten NZa:</i> de volgende punten over het eigen risico dienen op uw website vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de hoogte van het verplicht eigen risico voor het jaar t+1;</li> <li>– de vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt (zorg zoals huisartsen plegen te bieden en kosten indien deze verband houden met verloskundige- en kraamzorg)<sup>17</sup>;</li> <li>– verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten kunnen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming (Compensatie regeling eigen risico (CER));</li> <li>– als de zorgaanbieder de nota rechtstreeks naar de zorgverzekeraar stuurt, brengt de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico in rekening bij de verzekerde. Wanneer de verzekerde de nota zelf betaalt, restitueert de zorgverzekeraar slechts een gedeelte van de nota;</li> </ul> <p>Indien van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt;</li> <li>– dat de zorgverzekeraar gebruik maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico;</li> <li>– indien gebruik wordt gemaakt het gedifferentieerd eigen risico dient kenbaar gemaakt te worden voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeuraanbieders zijn aangewezen en of dit ook geldt voor het vrijwillig eigen risico.</li> </ul>	Website

<sup>17</sup> Ter verduidelijking voor de verzekerde kan hierbij ook worden aangegeven dat kosten van geneesmiddelen, bloedonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer wel ten laste van het eigen risico komt.

	Checklist	Invulling	Informatiekanal
12b	<i>Eigen risico</i>	<p>B) Overzichten eigen risico:</p> <p>Verzekerden dienen goed geïnformeerd te worden over de kosten van zorg die zij genoten hebben in verband met de betaling van het eigen risico. De declaratieoverzichten moeten zodanig zijn opgesteld dat deze begrijpelijk en inzichtelijk zijn voor verzekerden zodat zij de gedeclareerde kosten kunnen controleren op juistheid.</p> <p>Toetsingspunten NZa: in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico dienen in ieder geval de volgende punten begrijpelijk voor verzekerden te worden opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– verzekerde die het betreft (naam/geboortedatum);</li> <li>– de zorgverlener;</li> <li>– de soort zorg (in voor de verzekerde begrijpelijke termen, bijvoorbeeld in lekenomschrijving en voor zover de privacy van de minderjarige medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast);</li> <li>– datum van behandeling;</li> <li>– bedrag gedeclareerde kosten;</li> <li>– waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, (verplicht eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);</li> <li>– resterend bedrag (verplicht) eigen risico.</li> </ul>	
13	<i>European Health Insurance Card (EHIC)</i>	<p>De verzekerde kan een European Health Insurance Card (EHIC) aanvragen als hij tijdelijk naar het buitenland gaat.</p> <p>De volgende informatie over de EHIC dient vermeld te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de kaart is persoonsgebonden en kosteloos;</li> <li>– geldigheidsduur van de kaart;</li> <li>– de kaart geeft de verzekerde recht op noodzakelijke medische zorg tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, als de zorgverzekering in Nederland niet is opgeschort of beëindigd;</li> <li>– de verzekerde heeft gedurende zijn verblijf in een andere lidstaat recht op de bekostiging van zijn medische zorg onder dezelfde voorwaarden die in de wetgeving van die lidstaat voor de eigen verzekerden zijn vastgesteld;</li> <li>– de kaart dekt geen gevallen van verzekerden die naar een andere lidstaat reizen om daar een medische behandeling te ondergaan;</li> <li>– landen waarin de EHIC geldig is;</li> <li>– of de EHIC een aparte kaart is of achterkant van gewone zorgpas.</li> </ul>	website
14	<i>Mogelijkheid tot opvragen polisvoorwaarden en reglementen</i>	<p>Voor verzekerden is het belangrijk om te kunnen beschikken over de volledige polisvoorwaarden en reglementen. Voor verzekerden die geen internet hebben moet de mogelijkheid bestaan de polisvoorwaarden voor de zorgverzekering en eventueel de aanvullende zorgverzekering (kosteloos) in bezit te krijgen.</p> <p>Verzekerden moeten de mogelijkheid hebben om de polisvoorwaarden en reglementen op te vragen <u>en</u> verzekerden worden – buiten de website om – hierop gewezen.</p>	

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
15	Afwijzingsgronden	<p>De zorgverzekeraar kan in sommige gevallen een aanvraag voor (vergoeding van) zorg afwijzen. Voor de verzekerde is het dan belangrijk te weten <i>waarom</i> zijn aanvraag is afgewezen. Daarom dient een afwijzing van (vergoeding van) zorg volledig, juist, tijdig en begrijpelijk te zijn onderbouwd in de afwijzingsbrief.</p> <p>In een afwijzingsbrief van (vergoeding van) zorg moeten de volgende punten opgenomen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de afwijzing moet duidelijk onderbouwd zijn. De reden voor afwijzing moet voor de verzekerde begrijpbaar zijn. Er moet worden verwezen naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt. Er moet dusdanige informatie worden verschaft dat de verzekerde zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is;</li> <li>– de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden;</li> <li>– de verzekerde moet erop gewezen worden dat hij tegen de afwijzing in beroep kan gaan.</li> </ul>	Afwijzings-brief

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit



### 3. Handhaving

Gelijktijdig met dit richtsnoer heeft de NZa een self assessment uitgebracht. Met dit self assessment moeten ziektekostenverzekeraars nagaan of ze voldoen aan dit Richtsnoer<sup>18</sup>. De NZa gebruikt dit self assessment bij haar toezicht op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars en zorgverzekeraars op grond van artikel 40 lid 1 tot en met 3 Wmg. Het Richtsnoer is de basis waarop de NZa haar toezicht op de informatieverstrekking invult. Het self assessment is te beschouwen als een instrument om te toetsen of is voldaan aan de transparantievereisten uit artikel 40 lid 1 tot en met 3 Wmg.

De NZa verplicht de ziektekostenverzekeraars het self assessment in te vullen en te retourneren. De NZa beoordeelt aan de hand van de ingevulde vragenlijsten of ziektekostenverzekeraars voldoen aan de toetsingspunten. De NZa kan steekproefsgewijs controles uitvoeren. Als bij deze controles afwijkingen worden geconstateerd neemt de NZa contact op en kan zij zonodig handhavend optreden. Daarnaast zal de NZa het self assessment gebruiken op het moment dat zij signalen ontvangt.

Als uit het self assessment blijkt dat ziektekostenverzekeraars niet voldoen aan de toetsingspunten van de NZa, verwacht de NZa dat de ziektekostenverzekeraar zelf actie onderneemt om dit te corrigeren. In het self assessment is ruimte om een toelichting te geven op de afwijking van de toetspunten en om de getroffen verbetermaatregelen te beschrijven (het zogenaamde comply-or-explain principe).

Bovenstaande laat onverlet dat de NZa gebruik kan maken van haar handhavingsbevoegheden. De NZa heeft de volgende handhavingsinstrumenten:

- het geven van een aanwijzing;
- het opleggen van een last onder dwangsom of uitoefenen van bestuursdwang;
- het opleggen van een bestuurlijke boete;
- het 'ter openbare kennis brengen': het met naam en toenaam noemen van de desbetreffende ziektekostenverzekeraar en de overtreding in het openbaar.

Hoe de NZa deze handhavingmogelijkheden gebruikt, staat beschreven in het Plan Handhaving<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Waar in dit hoofdstuk over ziektekostenverzekeraar wordt gesproken, wordt ook zorgverzekeraar bedoeld.

<sup>19</sup> NZa, Plan 'Handhaving, Handhavingsinstrumenten van de NZa toegelicht', september 2007; [http://www.nza.nl/7113/10057/Visiedoc\\_transparantie.pdf](http://www.nza.nl/7113/10057/Visiedoc_transparantie.pdf)