



## *Richtsnoer Informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars*

26015804

## **Inleiding**

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht geworden. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) treedt naar verwachting op 1 juli 2006 in werking. Vanaf dat moment is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verantwoordelijk voor het toezicht op de informatieverstrekking en overige gedragingen door ziektekostenverzekeraars<sup>1</sup>.

Bij de uitoefening van haar taken stelt de NZa het consumentenbelang voorop. Ook dient de NZa te zorgen voor een gelijk speelveld voor de verzekeraars. De NZa vindt het van groot belang dat consumenten beschikken over adequate (keuze-)informatie en dit is één van de terreinen waarop het NZa actief toeziet en zonodig ingrijpt.

Met het oog op de komende informatie- en reclamecampagne wil de NZa in dit richtsnoer de ziektekostenverzekeraars handvatten meegeven waar het gaat om hun informatieverstrekking aan consumenten en daarmee samenhangende terreinen. Op basis van een aantal voorbeelden wordt duidelijk gemaakt waar de NZa onder meer op let. Het richtsnoer vormt een eerste aanzet voor een later uit te brengen toetsingskader dat werkendeweg wordt ingevuld.

## **Toetsingscriteria**

Uit de Wmg<sup>2</sup> zijn diverse normen af te leiden die gelden voor informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars aan consumenten:

- niet-misleidend;
- niet strijdig met het bij of krachtens de Wmg, Zvw of AWBZ bepaalde;
- doeltreffend;
- juist;
- inzichtelijk en
- vergelijkbaar.

Aan deze normen worden de uitingen en gedragingen van ziektekostenverzekeraars getoetst. Uitgangspunt van goede informatieverstrekking is dat de consument zich een adequaat oordeel kan vormen over een bepaald product. De consument mag door de informatie niet op het verkeerde been worden gezet. De eis dat informatie niet strijdig met de wet mag zijn en feitelijk juist is, spreekt voor zich.

De voorlopige omschrijving die de NZa voor het begrip 'misleiding' hanteert, is:

---

<sup>1</sup> Tot 1 juli a.s. is het gedragtoezicht op de ziektekostenverzekeraars geregeld in de Wet financiële dienstverlening (Wfd), met de Autoriteit Financiële markten (AFM) als toezichthouder. De ministeries van VWS en Financiën hebben het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) verzocht om, vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wmg, het voortouw te nemen in het uitvoeren van het toezicht op de ziektekostenverzekeraars voor wat betreft een aantal aspecten uit de Wfd op zich te nemen. Overigens wordt de NZa ook verantwoordelijk voor het reclametoezicht op de zorgaanbieders. Dit zal separaat worden vormgegeven.

<sup>2</sup> Artikel 40 in de versie die nu bij de Eerste Kamer voorligt

*Misleidende informatie is onjuiste, onvolledige en niet-tijdige informatie die ertoe leidt dat een gemiddelde consument een beslissing zou kunnen nemen betreffende de keuze van een zorgverzekering, die hij anders niet zou hebben genomen. De consument kan hierdoor, financieel of anderszins, schade lijden. Tevens kan door de misleiding een ongelijk speelveld voor verzekeraars ontstaan.<sup>3</sup>*

De gemiddelde consument moet als uitgangspunt worden genomen bij de informatieverstrekking door verzekeraars. De consument heeft daarbij een eigen verantwoordelijkheid bij de aanschaf van een ziektekostenverzekering. Een gemiddelde consument is bereid zich te verdiepen in de aangeboden informatie. Ook mag een verzekeraar er bij het opstellen van de informatie van uitgaan dat de consument in staat is om zijn eigen financiële positie in kaart te brengen. Indien een verzekeraar zich in zijn informatieverstrekking specifiek op een bepaalde doelgroep richt, dient hij zijn informatieverstrekking af te stemmen op het kennisniveau van deze doelgroep.

### **Voorbeelden**

In de afgelopen maanden heeft de NZa i.o. veel gedaan aan informatieverzameling. Uit eigen onderzoek en uit contacten met derden zijn diverse signalen over informatievoorziening door verzekeraars naar voren gekomen. Hieronder worden voorbeelden geschetst van uitingen of gedragingen, die in elk geval niet voldoen aan de interpretatie van de normen zoals de NZa die zal gaan toepassen. Het betreft geen uitputtend overzicht. Geprobeerd is om de voorbeelden zo algemeen mogelijk te formuleren, zonder specifieke verzekeraars te noemen. Het is de NZa te doen om de voorbeeldwerking van de genoemde zaken. Gaandeweg zal het normen- en toetsings kader steeds meer worden ingevuld.

1. *Zaken die tot het wettelijke recht van de verzekerde behoren presenteren als extra, gratis of uniek/specifiek voor een bepaald product:*

*“Bij ons zijn uw kinderen tot 18 jaar gratis meeverzekerd voor de Basisverzekering” of: “Zorgbemiddeling bij ons gratis in het basispakket meeverzekerd” of “zorgbemiddeling in een gratis aanvullende module”*

#### **Toelichting:**

Wettelijk is geregeld dat kinderen tot 18 jaar gratis zijn verzekerd voor de basisverzekering. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor zorgbemiddeling voor zorg in de basisverzekering. Dit is dus niet iets specifieks of extra's dat een bepaalde zorgverzekeraar biedt. Suggesteren dat dit wel het geval is, is in strijd met de Europese richtlijn tegen oneerlijke handelspraktijken (Richtlijn 2005/29 EG artikel 5, vijfde lid). Dit zijn twee voorbeelden. Uiteraard geldt dit ook voor andere zaken die in de basisverzekering zitten en daarmee tot het wettelijke recht van de consument behoren. Suggesteren dat zaken die onder de basisverzekering vallen moeten worden bijverzekerd via een aanvullende verzekering is misleidend. Duidelijk moet worden aangegeven waar de consument wettelijk recht op heeft, wat de meerwaarde is van bijverzekeren en wat eventueel de voorwaarden zijn die daarvoor gelden. Voorop

---

<sup>3</sup> Zie o.a.: Richtlijn inzake misleidende reclame 84/450/EEG, Burgerlijk Wetboek boek 6, artikel 194

staat dat de consument correct geïnformeerd wordt over wat wel en wat niet onder welke voorwaarden verzekerd is.

2. *Onvolledig/onjuist/te summier overzicht geven van zaken die in de basisverzekering zijn opgenomen, waardoor consumenten kunnen worden misleid:*

**Toelichting:**

Een onvolledig of slechts summier overzicht bieden van de inhoud van het basispakket, kan de suggestie wekken dat het noodzakelijk is om voor bepaalde zaken, waarvoor de consument al (gedeeltelijk) via de basisverzekering verzekerd is, een aanvullende verzekering af te sluiten. De consument wordt op deze wijze op het verkeerde been gezet, cq. misleid om zich bij te verzekeren, terwijl hij dat wellicht niet zou hebben gedaan indien hij over adequate informatie zou beschikken. De wijze waarop verzekeraars de inhoud van de basisverzekering presenteren aan consumenten is niet van A tot Z voorgeschreven; het behoort tot de vrijheid, maar ook verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om dit vorm te geven. Wel is wettelijk voorgeschreven dat polissen op hoofdelementen goed vergelijkbaar moeten zijn. Omdat zorgverzekeraars ook aan de wettelijk vastgelegde zorg in de basisverzekering een deels eigen invulling kunnen geven vanwege de functioneel geformuleerde aanspraken, is het noodzakelijk om consumenten goed voor te lichten over de inhoud van de basisverzekering en de wijze waarop de zorgverzekeraar daaraan invulling geeft. De consument heeft deze informatie nodig om enerzijds te kunnen kiezen tussen verschillende basispolissen en anderzijds de afweging te kunnen maken of en welke aanvullende verzekering hij nodig acht.

3. *Het op zodanige wijze presenteren/aanbieden van een of meer specifieke polissen dat de informatie over andere polissen de consument niet of nauwelijks bereikt.*

**Toelichting:**

Zorgverzekeraars zijn volgens artikel 3 van de zorgverzekeringswet verplicht om alle polisvarianten die zij in een bepaalde provincie aanbiedt ter beschikking te stellen aan consumenten. Polissen kunnen bedoeld zijn voor bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld diabetici) of collectiviteiten. Ook in die gevallen moeten consumenten kennis kunnen nemen van de bewuste polisvarianten en deze ook daadwerkelijk kunnen sluiten.

4. *Geen volledige/juiste/begrijpelijke beschrijving bieden van de verschillen tussen een natura- en restitutieverzekering(of een mengvorm daarvan; dan wel niet goed aangeven in welke gevallen de verzekerde kan rekenen op welke vergoeding*  
*“Volledige vergoeding van kosten bij gebruik van niet-gecontracteerde zorgaanbieders.”*

**Toelichting:**

Indien beweringen als hierboven worden gedaan, dienen daarbij wel duidelijk alle voorwaarden en eventuele uitzonderingen te worden vermeld of dient tenminste te worden verwezen naar de plaats waar deze voorwaarden of uitzonderingen te vinden

zijn. Als bijvoorbeeld niet de volledige kosten van een behandeling worden vergoed, maar slechts tot een bepaald maximum (zoals de WVG-tarieven of een marktconform tarief) omdat de betreffende zorgverlener geen contract heeft met de verzekeraar, is een mededeling als “alle kosten vergoed” te absoluut en misleidend, zeker indien niet direct, via bijvoorbeeld een voetnoot, duidelijk wordt gemaakt waarom het precies gaat, welke uitzonderingen er zijn, etc. Het uitsluitend in een andere brochure of in de polis zelf vermelden van de uitzonderingen of specificaties, volstaat niet. De consument moet direct bekend worden gemaakt dat er uitzonderingen zijn en dat de term ‘volledige vergoeding’ niet in alle gevallen opgaat. Dit geldt ook voor andere zaken waarvoor bepaalde voorwaarden of beperkingen gelden.

Wanneer overigens een maximumvergoeding zo laag is dat deze al snel wordt overschreden door de werkelijke kosten, is het gebruik van het woord “volledig” op zichzelf al misleidend.

*5. Het geven van niet (afdoende) onderbouwde garanties:*

*“Gegarandeerde zorg binnen x dagen!”*

**Toelichting:**

Dit soort beweringen moeten kunnen worden onderbouwd door verzekeraars die dit in reclame-uitingen verwerken. Als de beweringen niet kunnen worden onderbouwd, is er mogelijk sprake van misleiding. Verzekeraars moeten kunnen aantonen dat zij voldoende zorg hebben ingekocht dan wel andere mogelijkheden tot hun beschikking hebben om de beweringen waar te maken en zich in de praktijk houden aan de beloofde termijnen. Bij het verbinden van voorwaarden aan de zorggarantie, dient volstrekt helder te zijn voor de consument welke voorwaarden dit zijn. Als de voorwaarden zeer beperkend van aard zijn, en/of er in de praktijk op neerkomen dat consumenten zich niet of nauwelijks op deze garanties kunnen beroepen, rijst de vraag of de term ‘garantie’ nog wel mag worden gehanteerd. Verder moet voor de consument duidelijk zijn wat deze voor mogelijkheden heeft indien de verzekeraar de beloofde garanties niet nakomt. Deze mogelijkheden zullen in verhouding moeten staan ten opzichte van de eventueel geleden schade om te kunnen spreken van een garantie.

*6. Onduidelijkheid over de wijze waarop de basis- en/of aanvullende verzekeringen kunnen worden opgezegd*

**Toelichting:**

Naar (potentiële) verzekerden dient duidelijk te worden aangegeven:

- dat verzekeringen kunnen worden opgezegd;
- wanneer en om welke reden verzekeringen kunnen worden opgezegd;
- hoe verzekeringen kunnen worden opgezegd (voor welke datum, naar welk adres, schriftelijk/per mail/telefonisch)

Sommige verzekeraars sturen opzegkaartjes naar potentiële verzekerden om de verzekering bij hun huidige verzekeraar op te zeggen. Op deze kaartjes moet duidelijk zijn aangegeven wat er wordt opgezegd: zegt de verzekerde alleen de basisverzekering op of zowel de basis- als de aanvullende verzekering? Voorkomen moet worden dat consumenten ongewenst ook hun aanvullende verzekering

opzeggen, terwijl ze dat eigenlijk niet willen; of dat consumenten blijven zitten met een aanvullende verzekering bij hun oude verzekeraar, terwijl ze dachten door middel van het opzegkaartje alle verzekeringen te hebben opgezegd. Opzegkaartjes dienen duidelijk te zijn.

Daarnaast rust op de 'nieuwe' verzekeraar de plicht om te zorgen dat de door consumenten ingevulde opzegkaartjes tijdig binnen zijn bij de 'oude' verzekeraar. Indien omstandigheden (zoals administratieve beperkingen) aanleiding geven tot het hanteren van een uiterste datum waarop dergelijke kaartjes binnen dienen te zijn bij de nieuwe verzekeraar, dient deze duidelijk te worden gemeld aan de consument. Consumenten mogen niet de dupe worden van administratieve fouten van, of achterstanden bij, verzekeraars. In de nog te verschijnen monitor Zorgverzekeringsmarkt zal de NZa nader ingaan op de problematiek van de 'dubbele verzekeringen en betalingen.'

*7. Aanvullende verzekering(en) opzeggen door de verzekeraar indien de verzekerde de basisverzekering niet voortzet*

**Toelichting:**

De wetgever heeft er bewust voor gekozen om geen koppeling te laten bestaan tussen de aanvullende en de basisverzekering. Consumenten moeten deze los van elkaar kunnen aangaan of opzeggen. Een ziektekostenverzekeraar mag in de voorwaarden voor een aanvullende ziektekostenverzekering niet zeggen dat bij opzegging van de zorgverzekering door de verzekerde, ook de aanvullende verzekering van die verzekerde eindigt. Een beding van een verzekeraar die een aanvullende verzekering aanbiedt met deze strekking is volgens artikel 120 Zvw nietig. Consumenten moeten in alle vrijheid kunnen kiezen voor het afsluiten van hun zorgverzekering en hun aanvullende verzekering bij verschillende verzekeraars.

*8. Geen duidelijkheid bieden over wie de zorgverzekering uitvoert*

**Toelichting:**

Tot de verplicht aan de consument te verstrekken informatie behoort de (statutaire) naam van de verzekeraar die de verzekering uitvoert. Uitingen die de suggestie wekken dat een andere rechtspersoon dan de verzekeringsmaatschappij de verzekering uitvoert zijn niet toegestaan. Zo mag een rechtspersoon die zelf geen zorgverzekeraar is en daarvoor geen vergunning heeft, zoals een intermediair, niet in reclame-uitingen de suggestie wekken dat dit wel het geval is.

*9. Jongeren tot 18 jaar niet de mogelijkheid bieden om zelfstandig een polis af te sluiten*

**Toelichting:**

Jongeren onder de 18 jaar hebben het recht om zelfstandig een zorgpolis af te sluiten. Bij sommige verzekeraars bleek dit via hun website niet mogelijk te zijn. Als dit om technische redenen niet kan, dan dient gewezen te worden op andere mogelijkheden die er zijn om een polis af te sluiten. Het weigeren van jongeren onder de 18 jaar als (zelfstandig) verzekerde, is wettelijk niet toegestaan. Zij kunnen zich los van hun ouders inschrijven bij de verzekeraar van hun keuze.

### *10. Onjuiste/oneerlijke/onvolledige vergelijkende reclame*

#### **Toelichting:**

Vergelijkende reclame mag alleen, indien controleerbaar, volledig, juist en objectief (in de zin dat op dezelfde representatieve punten en onder dezelfde voorwaarden wordt vergeleken). Een verzekeraar die beweert de goedkoopste te zijn, dient dan alle concurrenten in de vergelijking te betrekken, zonder de goedkopere weg te laten. Voorts dient hij de producten ook onder dezelfde voorwaarden te vergelijken. Anders haalt deze verzekeraar een oneerlijk voordeel uit het op niet juiste wijze vergelijken van de aanboden producten of diensten. Uiteraard mag vergelijkende reclame ook niet misleidend zijn.

#### **Hoe handelt de NZa bij geconstateerde overtredingen?**

Het voert te ver om in deze publicatie, die als voorlichting is bedoeld, uitgebreid in te gaan op de interventie- en handhavingsmogelijkheden die de NZa heeft. Hoe de NZa in welk geval handelt is mede afhankelijk van de aard en ernst van de overtreding. Leidend is de vraag of er regels zijn overtreden en indien dit het geval is, of en in welke mate consumenten of andere partijen, zoals andere verzekeraars, schade hebben ondervonden van (ongewenste) gedragingen of uitingen van ziektekostenverzekeraars. Streven van de NZa is, om in te grijpen voordat verzekerden op basis van onjuiste informatie een verzekering sluiten en daarmee wellicht schade lijden, hoewel dit niet altijd in de praktijk mogelijk zal blijken te zijn.

In het algemeen verzamelt de NZa bij vermoedelijke overtredingen eerst meer informatie. Dat kan bij de verzekeraar zelf zijn, maar ook bij derden als patiënten/consumentenorganisaties, andere toezichthouders of individuele consumenten. Ook kan nader onderzoek plaatsvinden aan de hand van informatie die al in bezit van de toezichthouder is. Doorgaans zal een geconstateerde overtreding aanleiding zijn voor de NZa om contact op te nemen met de bewuste verzekeraar. Dat kan telefonisch zijn, maar ook kan een gesprek plaatsvinden. Mocht dit geen oplossing bieden of zijn de geconstateerde overtredingen ernstig, dan heeft de NZa diverse handhavingmogelijkheden:

- het geven van een aanwijzing;
- het opleggen van een last onder dwangsom;
- het opleggen van een boete;
- 'naming and shaming', het met naam en toenaam noemen van verzekeraar en overtreding in het openbaar.

Voor de handhavingsmaatregelen geldt dat de precieze aard daarvan zal afhangen van de aard en ernst van de overtreding en de gevolgen die deze heeft of kan hebben voor consumenten en/of andere verzekeraars. Beleid en toetsingskader hieromtrent zijn nog in ontwikkeling.

Overigens kan de NZa ook contact zoeken met de Autoriteit Financiële Markten of met de Reclame Code Commissie indien zij dit nodig acht.

#### **Ten slotte**

Door de publicatie van dit richtsnoer wil de toekomstige NZa de ziektekostenverzekeraars houvast geven over de wijze van omgaan met informatieverstrekking aan consumenten. Ziektekostenverzekeraars houden echter een eigen verantwoordelijkheid voor hun informatie-uitingen. Zaken die niet in dit richtsnoer worden genoemd, zijn niet per definitie goed.