

**Richtsnoer**

**Informatieverstrekking  
ziektekostenverzekeraars en  
volmachten 2008**

juli 2008



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Doel richtsnoer	8
1.2 Richtsnoer 2008	8
1.3 Toekomst	8
1.4 Leeswijzer	9
<b>2. Totstandkoming richtsnoer</b>	<b>11</b>
2.1 Transparantieonderzoek	11
2.2 Signaaltoezicht	12
2.3 Thematische onderzoeken	12
<b>3. Checklist informatieverstrekking</b>	<b>13</b>
<b>4. Acties NZa</b>	<b>17</b>



## Vooraf

Transparantie over (keuze-)informatie is een belangrijke voorwaarde om de consument keuzes te laten maken die het best aan zijn wensen voldoet. Met dit richtsnoer geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan van welke informatie het belangrijk is dat ziektekostenverzekeraars deze verstrekken. Ten opzichte van voorgaande jaren heeft het richtsnoer veranderingen ondergaan: de informatie die beschikbaar moet zijn, is zo concreet mogelijk beschreven. De keuze om deze punten concreet uit te werken, is gemaakt omdat het belangrijke, actuele aandachtspunten zijn.

Met dit richtsnoer geeft de NZa invulling aan artikel 40 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit artikel geeft aan op welke punten de NZa toezicht houdt op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. Zo probeert de NZa transparant te zijn over haar eigen werkwijze. Mocht blijken dat dit richtsnoer onvoldoende wordt nageleefd door ziektekostenverzekeraars, dan gaat de NZa volgend jaar over tot het stellen van nadere regels.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



# 1. Inleiding

In de uitoefening van haar taken stelt de NZa het algemeen consumentenbelang voorop door de zelfredzaamheid van de consument te bevorderen. Hiervoor is beschikbare, juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)informatie belangrijk. Deze stelt consumenten in staat om keuzes te maken die het best aan hun wensen voldoen of bijvoorbeeld hun recht te halen als zij het niet eens zijn met een beslissing van hun ziektekostenverzekeraar.

Met de inwerkingtreding van de Wmg is één van de taken van de NZa het toezicht houden op de informatieverstrekking en overige gedragingen door ziektekostenverzekeraars, waaronder reclame-uitingen vallen.<sup>1</sup> Deze toezichtstaak geldt ook voor tussenpersonen/volmachten die namens de ziektekostenverzekeraars 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 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. 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. Tevens moeten ziektekostenverzekeraars op grond van lid 3 van artikel 40 Wmg er voor 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.

Het bepaalde in artikel 40 Wmg is voor een ruime interpretatie vatbaar. De NZa heeft daarom gekozen om een richtsnoer te publiceren. Het richtsnoer geeft invulling aan bovengenoemd artikel 40 Wmg. Het richtsnoer is niet juridisch bindend maar het is wel de basis waarop de NZa haar toezicht houdt op de informatieverstrekking. Bij constatering van het niet naleven van richtsnoer kan de NZa op basis van artikel 40 Wmg, gebruik maken van haar handhavinginstrumenten.

---

<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.

## 1.1 Doel richtsnoer

Het doel van het richtsnoer is om tot betere informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars te komen. Verzekerden profiteren hiervan, zij hebben de beschikking 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 probeert de NZa haar toezicht op de informatieverstrekking transparant te maken 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>4</sup>

Het richtsnoer is geen uitputtende opsomming. Partijen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun eigen informatie-uitingen. Informatie-uitingen die niet als voorbeeld zijn opgenomen in deze of voorgaande richtsnoer zijn niet per definitie juist.

## 1.2 Richtsnoer 2008

Dit richtsnoer is anders opgesteld dan de voorgaande richtsnoeren.<sup>5</sup> Wijzigingen ten opzichte van het vorige richtsnoer zijn:

- de punten uit de checklist zijn ingevuld door de NZa en daarmee zo concreet mogelijk gemaakt;
- per punt is aangegeven op welk informatiekanaal (website, prolongatiepakket, offerte of anders) de informatie dient te staan.<sup>6</sup>

De checklist bestaat zowel uit punten die in de checklist informatieverstrekking 2007 staan, maar nader concreet zijn uitgewerkt en waarop de NZa toezicht heeft gehouden, als nieuwe punten die nog niet waren opgenomen in voorgaande richtsnoeren.

De reden om de checklist anders op te stellen dan voorgaande jaren, is het feit dat het richtsnoer momenteel nog steeds niet door alle ziektekostenverzekeraars wordt nageleefd. Door de andere benadering is het duidelijk waaraan de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars moet voldoen. Daardoor is het richtsnoer beter na te leven.

## 1.3 Toekomst

De checklist informatieverstrekking is dit jaar zo concreet mogelijk ingevuld. De NZa ziet dit als de laatste stap voordat zij overgaat tot het stellen van nadere regels. Als blijkt dat punten uit dit richtsnoer niet of onvoldoende worden nageleefd, gaat de NZa over tot het stellen van nadere regels. Onderzoek naar de naleving van dit richtsnoer vindt plaats in het najaar van 2008. Bij constatering van het niet naleven van het

---

<sup>4</sup> Consumenten die misstanden signaleren, kunnen de informatielijn van de NZa benaderen.

<sup>5</sup> Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) 2007 (mei 2007) en Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars 2006 (juni 2006), beiden te downloaden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>6</sup> Met het prolongatiepakket bedoelt de NZa de jaarlijkse informatie die ziektekostenverzekeraars (in november) aan hun verzekerden aanbieden voor de het nieuwe verzekeringsjaar.

richtsnoer kan de NZa op basis van artikel 40 Wmg, gebruik maken van haar handhavingsinstrumenten.

## **1.4 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 bestaat uit een toelichting op hoe het richtsnoer tot stand is gekomen met daarbij verwijzing naar brieven die de NZa in het kader van informatieverstrekking heeft verzonden. De checklist informatieverstrekking staat in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 is te lezen wat de NZa doet bij geconstateerde overtredingen van artikel 40 Wmg.



## 2. Totstandkoming richtsnoer

Afgelopen jaren heeft de NZa ervaring opgedaan met de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars door het transparantie- en signaalonderzoek, thematische onderzoeken en overleg met consumentenorganisaties. Hierdoor heeft de NZa zich een beeld kunnen vormen van de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. De bevindingen van het transparantie- en signaalonderzoek en thematische onderzoeken zijn opgenomen in dit hoofdstuk.

In de checklist heeft de NZa enkele punten concreet uitgewerkt. De keuze om deze punten concreet uit te werken is gemaakt omdat het belangrijke, actuele aandachtspunten zijn. Vanwege het belang en de actualiteit van sommige punten heeft de NZa in een eerder stadium al brieven over die punten verzonden. Daarin heeft zij het belang van juiste, volledige informatie benadrukt. Ook heeft de NZa al enkele keren (formeel) opgetreden tegen niet beschikbare, onjuiste of onvolledige informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. In de checklist zijn ook nieuwe punten opgenomen die niet in eerdere richtsnoeren staan en waarover de NZa ook geen brieven heeft verzonden, maar waarvan de NZa van mening is dat deze punten belangrijk zijn.

### 2.1 Transparantieonderzoek

De NZa verricht jaarlijks transparantieonderzoek; hierin onderzoekt zij de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. Daarbij bekijkt de NZa de beschikbaarheid, volledigheid en juistheid van informatie op de websites van de ziektekostenverzekeraars en de prolongatiepakketten die de ziektekostenverzekeraars verzenden naar verzekerden. De uitkomsten van het transparantieonderzoek zijn teruggekoppeld aan de ziektekostenverzekeraars. In de individuele terugkoppeling van het transparantietoezicht heeft de NZa alle ziektekostenverzekeraars gewezen op drie belangrijke punten van informatieverstrekking:

- een adequaat vergoedingsoverzicht;
- marktconforme tarieven bij zorg waarvoor geen tarief is vastgesteld;
- de veranderde rol van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) per 1 januari 2008.

De nadere uitwerking van deze punten staat in hoofdstuk 3.

Elf ziektekostenverzekeraars hielden zich niet aan belangrijke punten uit het richtsnoer informatieverstrekking 2007. Zij hadden vooral onvoldoende informatie over de klachtenregeling en de opzeggingsmogelijkheden op hun website staan. De betreffende ziektekostenverzekeraars hebben na aanwijzing door de NZa hun informatievoorziening aangepast.

De NZa heeft in reactie op de campagne van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP), 'slikt u alles van uw zorgverzekeraar', aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangegeven dat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor juiste en volledige informatieverstrekking richting de consument over het preferentiebeleid. Bij de zorgverzekeraars die een preferentiebeleid voeren, is de website op de informatievoorziening rond het preferentiebeleid onderzocht. De zorgverzekeraars die tekort schoten in hun informatievoorziening, is verzocht de informatievoorziening te verbeteren.

## 2.2 Signaaltoezicht

Naast het transparantieonderzoek verricht de NZa onderzoek op basis van signaaltoezicht. Daarbij heeft de NZa onderzoek verricht naar de informatieverstrekking door partijen op grond van signalen die de NZa ontvangt van externen, zoals de consument en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en andere toezichthouders. Vanuit het signaaltoezicht zijn ook enkele brieven gestuurd die terugkomen in de checklist:

- transparante informatie over premies. Aanleiding voor de brief waren signalen dat zorgverzekeraars informatie over de te betalen premie zodanig presenteerden dat de vergelijkbaarheid van deze informatie in het geding is;
- afwijzingsgronden vergoedingen;
- onderzoek transparantie aanvullende verzekering (vergoedingenoverzicht).

Nadere informatie staat in de checklist in hoofdstuk 3.

## 2.3 Thematische onderzoeken

In de periode november 2007 – april 2008 heeft de NZa onderzoek verricht naar de aansluiting tussen de contracteercyclus en de overstapcyclus.<sup>7</sup> Ten aanzien van transparantie komt de NZa tot de conclusie dat zorgverzekeraars in hun uitingen helder moeten aangeven welke zorgaanbieders in welk jaar, of in geval van meerjarencontracten voor hoeveel jaren, zijn gecontracteerd.<sup>8</sup> Voorts is het voor de consument van belang dat de informatie van de zorgverzekeraars over de gecontracteerde zorgaanbieders niet alleen tijdens de overstapperiode actueel is, maar gedurende het jaar. Deze, en overige bevindingen van het onderzoek, zijn gepubliceerd in de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008.

---

<sup>7</sup> Het onderzoek bestond uit een scan van de websites van de zorgverzekeraars, een schriftelijke enquête onder zorgverzekeraars, ziekenhuizen en ZBC's en interviews met zorgverzekeraars, ziekenhuizen, ZBC's, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

<sup>8</sup> Uitingen: websites, brochures, informatiepakketten en dergelijke.

### 3. Checklist informatieverstrekking

In onderstaand overzicht staat de checklist informatieverstrekking die de NZa hanteert bij partijen. In tegenstelling tot vorig jaar is, zoals al eerder vermeld, de opzet veranderd. 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>9</sup>

#### Checklist informatieverstrekking

	Checklist	Invulling	Informatie kanaal
1	<i>Premiegrondslag en zaken die premie beïnvloeden</i>	Voor de (potentiële) verzekerde moet de premie beschikbaar zijn. Het moet inzichtelijk zijn wat de financiële consequenties zijn van de keuze die hij wil maken. De volgende elementen dienen minimaal aanwezig te zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>– premiegrondslag zorgverzekering;</li> <li>– kortingen vrijwillig eigen risico;</li> <li>– premie aanvullende verzekering inclusief eventuele leeftijd- of regioafhankelijkheid;</li> <li>– eventuele toeslag op de premie aanvullende verzekering (absoluut of procentueel) als er geen zorgverzekering bij dezelfde verzekeraar is afgesloten;</li> <li>– incassokosten;</li> <li>– bij een offerte ook de collectiviteitskorting die gaat gelden;</li> <li>– eventuele betalingskorting.</li> </ul>	Website, offerte
2	<i>Mogelijkheid tot indienen van een klacht of geschil</i>	Informatie over de mogelijkheid van verzekerden tot het indienen van een klacht of geschil moet op de website terug te vinden zijn. <sup>10</sup> Dit geldt zowel voor de zorgverzekering als voor de aanvullende zorgverzekering. Vermeld dient te worden dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>– de verzekerde bij afwijzing van een aanvraag/klacht, een verzoek tot heroverweging van de aanvraag/klacht bij de verzekeraar kan indienen. Duidelijk moet zijn waar de verzekerde de klacht kan indienen, binnen welke termijn de verzekerde een reactie kan verwachten en of de klacht schriftelijk ingediend dient te worden of dat per e-mail ook mogelijk is;</li> <li>– de verzekerde naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) kan, als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de ziektekostenverzekeraar niet binnen gestelde termijn reageert. Als de zaak bemiddelbaar lijkt, gaat de Ombudsman proberen te bemiddelen. Is de bemiddeling niet succesvol of is de zaak bij binnenkomst al niet bemiddelbaar, wordt de klacht behandeld door de Geschillencommissie. De Geschillencommissie brengt een bindend advies uit voor beide partijen;</li> <li>– het voor de verzekerde altijd vrijstaat om naar de burgerlijk rechter te stappen, zelfs nadat de Geschillencommissie al een bindend advies heeft uitgebracht. In dit laatste geval zal de rechter alleen procedureel naar de klacht kijken.</li> </ul>	website
3	<i>Opzegmogelijkheden van de (aanvullende) zorgverzekering</i>	Op de website moet de verzekerde kunnen vinden dat de mogelijkheid bestaat om t/m 31 december van een bepaald jaar zijn zorgverzekering op te zeggen voor het daaropvolgende jaar. Hierbij dient daarnaast ook duidelijk vermeld te staan: <ul style="list-style-type: none"> <li>– hoe opgezegd dient te worden;</li> <li>– dat de verzekerde verplicht is voor 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten.</li> </ul> Als de opzegdatum voor de aanvullende zorgverzekering afwijkend is van 31 december, moet dit kenbaar worden gemaakt op de website van de zorgverzekeraar.	website
4	<i>Toegangsvoorwaarden</i>	In tegenstelling tot de zorgverzekering bestaat er voor de aanvullende	website

<sup>9</sup> Bij informatieverstrekking op de website wordt niet bedoeld dat deze informatie in de modelovereenkomst of een reglement is te vinden.

<sup>10</sup> Het inhoudelijke verschil tussen klacht en geschil is per 1 januari 2008 komen te vervallen.

	Checklist	Invulling	Informatie kanaal
	<i>voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering</i>	<p>zorgverzekering geen acceptatieplicht. In de polisvoorwaarden voor de aanvullende zorgverzekering staan verschillende vormen van beperkende maatregelen. Te denken valt aan:</p> <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> <p>Deze vormen, en eventueel andere vormen van beperking, moeten juist en volledig beschikbaar zijn op de website.</p>	
5	<i>Gecontracteerd zorgaanbod</i>	<p>Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde aanbieders werkt, dienen alle gecontracteerde zorgaanbieders op de website te vinden te zijn. De zorgverzekeraars moet een schatting geven van het percentage gecontracteerde aanbieders per soort zorg. Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders moet juist en volledig zijn. Duidelijk moet zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– op welk jaar de contracten betrekking hebben;</li> <li>– voor welke periode deze zijn afgesloten.</li> </ul> <p>Het is voor de verzekerde namelijk een opzeggingsgrond van zijn zorgverzekering als het contract met een zorgaanbieder niet verlengd wordt.<sup>11</sup> Dit vereist van ziektekostenverzekeraars dat ze zich inspannen om het contracteerproces voor de overstapperperiode af te ronden. Verzekerden die niet over internet beschikken, moeten kunnen bellen naar de ziektekostenverzekeraar en de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders ontvangen.</p>	website
6	<i>Vergoeding bij niet gecontracteerde zorg</i>	<p>Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoeveel zijn vergoeding bedraagt in geval er sprake is van niet volledige restitutie van vergoeding van zorg.<sup>12</sup> De volgende situaties zijn mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– verzekerde krijgt percentage van het Wmg tarief gerestitueerd, als verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder is geweest. Voor de hoogte van het Wmg tarief moet de verzekerde bij de verzekeraar informeren of kan de verzekeraar naar de website van de NZa verwijzen;</li> <li>– markten voor vormen van zorg met vrije prijzen. Vergoeding volgens de modelovereenkomst vindt bijvoorbeeld plaats op basis van absolute bedragen, marktconform of een gemiddeld gecontracteerd tarief. Op de website moet de hoogte van het absolute bedrag, het marktconforme of gemiddeld gecontracteerde tarief per DBC of verrichting beschikbaar zijn.<sup>13 14</sup></li> </ul>	website
7	<i>Polisvoorwaarden van (goedgekeurde en) op de markt gebrachte modelovereenkomsten</i>	<p>Alle polissen van de modelovereenkomsten die een zorgverzekeraar op de markt brengt, moeten vermeld worden op de website. Een verzekerde moet de polisvoorwaarden telefonisch kunnen opvragen.</p>	website
8	<i>European Health Insurance Card (EHIC)</i>	<p>Informatie over de EHIC moet op de website staan. De NZa toetst de informatie op de website of de volgende informatie aanwezig is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de kaart is persoonsgebonden en kosteloos;</li> <li>– vermelden van geldigheidsduur van de kaart;</li> <li>– de kaart geeft de verzekerde recht op noodzakelijke medische zorg tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland;</li> <li>– de verzekerde heeft gedurende zijn verblijf in een andere lidstaat recht op de bekostiging van zijn medische zorgen onder dezelfde voorwaarden die in de wetgeving van die lidstaat voor de eigen verzekerden zijn vastgesteld;</li> </ul>	website

<sup>11</sup> Zie monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008, onlangs verschenen.

<sup>12</sup> De berekeningswijze van restitutie moet zijn opgenomen in de modelovereenkomst. Hierin hoeven geen (absolute) bedragen te worden opgenomen, dit moet via de website gebeuren. In de modelovereenkomst mag wel een verwijzing worden opgenomen naar de bedragen op de website.

<sup>13</sup> De NZa realiseert zich dat, bijvoorbeeld voor het B-segment, dit een lange lijst met DBC's kan opleveren waardoor de inzichtelijkheid voor de verzekerde niet toeneemt. Het is toegestaan een verkort overzicht van meest belangrijke DBC's op de website op te nemen. Daarbij moet wel een 'disclaimer' staan dat het een verkort overzicht betreft en dat voor de vergoeding van andere DBC's de verzekerde met de ziektekostenverzekeraar contact kan opnemen.

<sup>14</sup> De NZa vindt inzichtelijkheid voor de consument van de hoogte van het marktconforme of gemiddeld gecontracteerde tarief, belangrijker dan het concurrentiebelang van de ziektekostenverzekeraar.

	Checklist	Invulling	Informatie kanaal
		<ul style="list-style-type: none"> <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 of achterkant van gewone zorgpas</li> </ul>	
9	<i>Preferentiebeleid geneesmiddelen</i>	<p>Verschillende zorgverzekeraars voeren een (individueel) preferentiebeleid voor enkele geneesmiddelen. Informatie over dit preferentiebeleid moet beschikbaar zijn voor de consument. Het toetsingskader van de NZa voor beoordeling van de website bestaat uit de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wordt op website duidelijk gemaakt wat het preferentiebeleid inhoudt?</li> <li>- wordt op de website duidelijk gemaakt waarom verzekeraars een preferentiebeleid voeren?</li> <li>- staan op de website de werkzame stoffen waarvoor het preferentiebeleid geldt?</li> <li>- van de werkzame stoffen zijn verschillende producten. Staat op de website welk product (productnaam of firma) wordt vergoed?</li> <li>- staat op de website voor welke periode (=start en einddatum) de (preferentie) aanwijzing geldt?</li> <li>- staat uitgelegd op de website wat de procedure is (= of en welke actie de verzekerde moet ondernemen) als behandeling met preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is? Bijvoorbeeld: moet een verzekerde vooraf toestemming vragen voor ander geneesmiddel of kan de verzekerde ook achteraf voorschrift (huis)arts voorleggen?</li> </ul> <p>Het toetsingskader voor de website laat onverlet dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden <i>behalve</i> de website via andere kanalen, bijvoorbeeld een persoonlijke mailing, informeert. De NZa hecht veel waarde aan informatieverstrekking rondom het preferentiebeleid, alleen verzekerden informeren via de website vindt de NZa niet voldoende. Voor andere vormen van zorg zou dit ook kunnen gaan gelden.</p>	website
10	<i>Wijzingen in zorgverzekering en aanvullende zorgverzekering</i>	<p>Bij het sturen van een prolongatiepakket moet de verzekerde op de hoogte worden gesteld wat er veranderd is in zijn (aanvullende) zorgverzekering. Dit kan betreffen de (wettelijke) veranderingen in dekking van de (aanvullende) zorgverzekering, maar ook verandering van vergoeding. Deze veranderingen moet juist en volledig moeten worden meegestuurd in het prolongatiepakket en terug te vinden zijn op de website. Een belangrijk (mogelijke) wetswijziging voor 2009 is het invoeren van een gedifferentieerd eigen risico. Als een verzekerde gebruik maakt van een aangewezen voorkeuraanbieder dan gaat dit niet ten laste van het (verplicht) eigen risico. Als er gebruik gemaakt gaat worden van de mogelijkheid tot een gedifferentieerd eigen risico dient deze wijziging kenbaar te maken voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeuraanbieders zijn aangewezen, of dit ook geldt voor een vrijwillig eigen risico en waar de informatie kan gevonden worden.</p>	website, prolongatiepakket
11	<i>Mogelijkheid tot opvragen polisvoorwaarden en reglementen</i>	<p>Sommige zorgverzekeraars sturen niet de gehele polisvoorwaarden op naar de verzekerde. Verzekerde moet echter wel de mogelijkheid hebben om de polisvoorwaarden voor de zorgverzekering en eventueel de aanvullende zorgverzekering in bezit te krijgen. De polisvoorwaarden zijn vaak wel beschikbaar op de website van de zorgverzekeraar. Nog niet alle verzekerden beschikken echter over internet. Voor hen moet de mogelijkheid worden geboden om de polisvoorwaarden telefonisch of door insturen van een antwoordkaartje, op te vragen. Reglementen worden in de regel niet automatisch opgestuurd. Een verzekerde moet de reglementen telefonisch kunnen opvragen.</p>	prolongatiepakket
12	<i>Rol gecontracteerde zorg op vergoeding</i>	<p>Als een potentiële verzekerde een informatiepakket opvraagt bij de verzekerde, moet duidelijk zijn wat voor soort polis het gaat. Dit betekent dat de rol van gecontracteerde zorg en de beperking van vergoeding bij niet gecontracteerde aanbieder duidelijk moet zijn.</p>	website, offerte
13	<i>Vergoedingen-overzicht</i>	<p>Een vergoedingenoverzicht is een samenvatting van de polisvoorwaarden. Vergoedingsoverzichten dienen verzekerden op adequate wijze te attenderen op bepaalde uitsluitingen of beperkingen. Als toestemming vereist is voor (vergoeding van) een behandeling, dient dit te worden aangegeven in het vergoedingsoverzicht. Ook dient de hoogte van een wettelijke eigen bijdrage te worden opgenomen in het vergoedingenoverzicht. Als er sprake is van 100% vergoeding of volledige vergoeding dan moet die vergoeding ook daadwerkelijk 100% zijn. Bestaan er uitsluitingen dan betreft het geen 100% vergoeding of</p>	website, offerte

	Checklist	Invulling	Informatie kanaal
		<p>volledige vergoeding .</p> <p>Een (potentiële) verzekerde moet kunnen zien waar hij recht op heeft. Op de website en bij een offertepakket dient een adequaat vergoedingenoverzicht beschikbaar te zijn.</p>	
14	<i>Afwijzingsgronden</i>	<p>Een afwijzing van (vergoeding van) zorg door een ziektekostenverzekeraar moet volledig, juist, tijdig en begrijpelijk zijn onderbouwd. De NZa heeft de volgende standpunten ingenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de NZa vindt het onacceptabel wanneer verzekerden geen (vergoeding van) zorg krijgen terwijl zij daar wel recht op hebben;</li> <li>- ook acht de NZa het zeer onwenselijk als verzekerden worden beperkt in mogelijkheden hun recht te halen als gevolg van onbegrijpelijke, onjuiste, onvolledige of niet tijdige informatie;</li> <li>- tot slot is de NZa van mening dat het onwenselijk is als verzekerden onredelijk lang op een verstrekking moeten wachten door toestemmingsprocedures.</li> </ul>	afwijzings-brief
15	<i>Informatievoorziening aan verzekerden die bijna 18 jaar worden</i>	<p>Als de verzekerde wordt geïnformeerd over de veranderingen die voor hem of haar plaatsvinden nu de 18-jarige leeftijd bereikt wordt, moet gewezen worden op alle veranderingen. Dit wil zeggen dat er premie betaald moet gaan worden, maar ook dat hij recht heeft op keuze van een eigen risico en dat voor bepaalde vormen van zorg geen vergoeding meer bestaat. De verzekerde mag erop gewezen worden dat hij voor dit laatste een aanvullende verzekering af kan sluiten. De verzekeraar mag ook een aanvullende verzekering aanbieden die gelijke dekking biedt, maar de verzekerde moet wel keus hebben dit aanbod te wijzigen.</p>	brief met voorlichting aan bijna 18 jarigen
16	<i>Uitspraken of garanties</i>	<p>In het checklist informatieverstrekking 2007 stonden twee voorbeelden opgenomen van uitspraken en garanties die zorgverzekeraars deden. Dit waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 'Wij zijn de beste zorgverzekeraar!'</li> <li>- 'Gegarandeerde zorg binnen X dagen!'</li> </ul> <p>Deze uitspraken mag een verzekeraar maken mits hij kan beschrijven op basis waarvan hij de beste is, bijvoorbeeld op grond van onafhankelijke onderzoeken, en kan garanderen dat de zorg ook daadwerkelijk binnen x dagen wordt geregeld.</p>	

## 4. Acties NZa

De NZa stelt vooralsnog geen nadere regels voor de informatieverstrekking en probeert via het uitbrengen van een richtsnoer de administratieve lasten te beperken. In het najaar van 2008 zal de NZa via het transparantietoezicht, onderzoek verrichten naar de naleving van dit richtsnoer. Bij constatering van het niet naleven van het richtsnoer kan de NZa op basis van artikel 40 Wmg, gebruik maken van haar handhavinginstrumenten.

Als blijkt dat zorgverzekeraars en ziektekostenverzekeraars de punten uit dit richtsnoer nog steeds niet of onvoldoende naleven, gaat de NZa over tot het stellen van nadere regels.

Als de NZa signalen ontvangt van een mogelijke overtreding, verzamelt zij indien nodig eerst meer informatie. Dat kan bij de partijen zelf zijn, maar ook bij derden, zoals patiënten- en consumentenorganisaties, andere toezichthouders of individuele consumenten. Ook kan nader onderzoek plaatsvinden aan de hand van informatie die al in het bezit is van de NZa. Bij dit onderzoek laat de NZa het consumentenbelang in belangrijke mate meewegen.

Indien sprake is van een mogelijke overtreding van artikel 40 Wmg, neemt de NZa contact op met de bewuste partij. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk zijn. Voorts kan een 'normoverdragend' gesprek plaatsvinden. Mocht het bovenstaande geen oplossing bieden of zijn de geconstateerde overtredingen ernstig, dan heeft de NZa afhankelijk van de overtreding de volgende handhavinginstrumenten:

- 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>15</sup>

---

<sup>15</sup> Plan Handhaving, te downloaden via [www.nza.nl/nza/NZa/Werkwijze](http://www.nza.nl/nza/NZa/Werkwijze)