



Nederlandse
Zorgautoriteit

Richtsnoer

Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) 2007

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
2. Totstandkoming richtsnoer	9
3. Checklist informatieverstrekking	11
4. Acties NZa	15
Bijlage 1: Definities	17

Vooraf

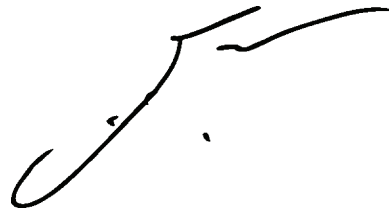
In juni 2006 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het eerste richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars gepubliceerd. Daarmee wilde de NZa inzicht geven in de manier waarop zij toezicht houdt op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. De NZa vindt het belangrijk om transparant te zijn over de eigen werkwijze om een voorspelbare toezichthouder te zijn.

Een jaar na het eerste richtsnoer is meer informatie beschikbaar over de informatieverstrekking aan de consument door de ziektekostenverzekeraars. De NZa heeft nu informatie uit het transparantieonderzoek en het signaaltoezicht van de NZa. Uit het transparantieonderzoek blijkt bijvoorbeeld dat ziektekostenverzekeraars te weinig informatie beschikbaar hebben over machtigingen en opzegmogelijkheden bij verkoop op afstand. Ook uit overleg met consumentenorganisaties komen punten naar voren die voor consumenten van belang zijn. Daarom brengt de NZa een geactualiseerd richtsnoer 2007 uit.

Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Verzekeraars



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

1. Inleiding

Op 1 oktober 2006 is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in werking getreden. Sinds dat moment is de NZa verantwoordelijk voor onder andere het toezicht op de informatieverstrekking en overige gedragingen door ziektekostenverzekeraars¹ (hieronder vallen ook reclame-uitingen). 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.² Tussenpersonen/volmachten die optreden als zelfstandig adviseur en/of bemiddelaar behoren niet tot het toezichtdomein van de NZa. De AFM is daarvoor toezichthouder. Mocht de NZa bij deze partijen onregelmatigheden constateren, dan meldt ze dit bij de AFM.

Op grond van artikel 40 lid 1 Wmg 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 ieder geval de premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten. Daarnaast moeten ziektekostenverzekeraars op grond van lid 3 Wmg er voor zorgdragen dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie over een product of dienst geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens Wmg, de Zvw of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze informatie mag ook niet misleidend zijn.

Het bepaalde in artikel 40 is voor een ruime interpretatie vatbaar. De NZa heeft daarom gekozen om een richtsnoer te publiceren met daarin punten op basis waarvan de NZa de informatieverstrekking minimaal controleert.

Voor wie?

Het richtsnoer is bedoeld voor ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen/volmachten die namens de zorgverzekeraars of ziektekostenverzekeraars werk verrichten en optreden op grond van de Wmg en/of Zvw. Het richtsnoer is ook bedoeld voor de consument.

Doel richtsnoer

Het doel van het richtsnoer is ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen/volmachten (hierna: partijen) inzicht te bieden in de wijze waarop de NZa haar toezicht heeft ingericht op de informatieverstrekking door de diverse partijen. Op deze manier probeert de NZa haar toezicht op de informatieverstrekking transparant te maken om daarmee een voorspelbare toezichthouder te zijn.

Een ander doel is dat de consument door het richtsnoer een beeld krijgt van wat de NZa beschouwt als niet transparante en misleidende

¹ 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.

² De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt daarnaast toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door onder meer de zorgverzekeraars. Ook is de NZa belast met het markttoezicht, de marktontwikkeling en de tarief- en prestatieregulering in de gezondheidszorg.

informatie op de zorgverzekeringsmarkt. De consument kan eventuele misstanden aan de NZa melden.³

Het richtsnoer is geen beperkende opsomming. Partijen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun informatie-uitingen. Zaken die ontbreken in dit richtsnoer, zijn niet per definitie goed.

Richtsnoer 2007 (peildatum 15 april)

Dit richtsnoer is een geactualiseerde versie van het richtsnoer dat in juni 2006 is gepubliceerd. Een jaar later is veel meer informatie beschikbaar over de wijze waarop partijen de consument informeren. Te denken valt aan bijvoorbeeld het transparantie- en signaalonderzoek van de NZa, maar ook uit overleg met consumentenorganisaties komen punten naar voren die voor consumenten van belang zijn. Daarom heeft de NZa gekozen voor een geactualiseerd richtsnoer 2007.

Toekomst

De NZa is van plan om jaarlijks een geactualiseerd richtsnoer te publiceren⁴. De NZa stelt vooralsnog geen regels voor de informatieverstrekking. Zij probeert via het uitbrengen van een richtsnoer duidelijkheid vooraf te bieden en de administratieve lasten te beperken. Als blijkt dat punten uit het richtsnoer niet of onvoldoende worden nageleefd, kan de NZa in de toekomst overgaan tot het stellen van nadere regels.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bestaat uit een korte toelichting op welke wijze het richtsnoer tot stand is gekomen. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de checklist die de NZa hanteert bij partijen. In hoofdstuk 4 is te lezen wat de NZa doet bij geconstateerde overtredingen van artikel 40 Wmg. Tot slot staan in de bijlage definities die partijen kunnen hanteren in hun informatieverstrekking.

³ Consumenten die misstanden signaleren, kunnen de meldlijn van de NZa benaderen.

⁴ Hierbij hangt de herziening van het richtsnoer af van de punten die nog steeds niet of onvoldoende worden nageleefd, nieuwe items, maar ook of punten nog steeds actueel zijn.

2. Totstandkoming richtsnoer

Transparantieonderzoek

Het richtsnoer is mede tot stand gekomen door onderzoek van de NZa. De NZa verricht jaarlijks het transparantieonderzoek. Daarbij bekijkt de NZa voornamelijk de websites van de ziektekostenverzekeraars en de informatiepakketten die de zorgverzekeraars verzenden naar verzekerden op begrijpelijkheid, volledigheid (beschikbaarheid) en juistheid.

De uitkomsten van het transparantieonderzoek staan in de monitor zorgverzekeringsmarkt 2007. De belangrijkste conclusie uit het transparantieonderzoek 2006-2007 is, dat ziektekostenverzekeraars onvoldoende tot geen informatie geven over⁵:

- klachten- en bezwaarprocedure;
- koop op afstand;
- opzegtermijnen;
- machtigingen;
- kwaliteit zorgverlening;
- snelheid restitutie nota's.

Daarnaast is gebleken dat de begrijpelijkheid van de uitleg over het type polis (natura, restitutie, combinatie) bij veel zorgverzekeraars ook nog voor verbetering vatbaar is.

Bij het transparantieonderzoek keek de NZa ook naar alle aanvullende verzekeringen op de raakvlakken met de verstrekkingen in de basisverzekering. Hierbij is vooral gelet op misleidende informatie.⁶ Uit dit onderzoek bleek dat 'fysiotherapie, oefentherapie', 'second opinion' en 'spoedeisende zorg in het buitenland' opgenomen zijn in de aanvullende verzekering, maar zonder verwijzing naar de basisverzekering. Verzekerden weten vaak niet dat bovenstaande prestaties standaard ook zijn opgenomen in de basisverzekering. Verzekerden lopen hierdoor het risico om onnodig een extra aanvullende verzekering af te sluiten. De verzekerde wordt mogelijk misleid.

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 signalen⁷ die de NZa ontvangt van externen, zoals de consument en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en andere toezichthouders.

⁵ De uitkomsten zijn gepubliceerd in de monitor 2007.

⁶ 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).

⁷ Signaal: Een teken dat kan duiden op een onregelmatigheid in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, AWBZ of Wet marktordening gezondheidszorg door een ziektekostenverzekeraar, uitvoeringsorgaan of een zorgaanbieder.

De belangrijkste signalen zijn (overstapperiode 2006-2007):

- Onvolledige, onjuiste en misleidende informatieverstrekking rondom de European Health Insurance Card (EHIC).⁸
- Een aantal tussenpersonen presenteert zich als zorgverzekeraar of vermeldt niet op de website wie de achterliggende zorgverzekeraar is.
- Een aantal zorgverzekeraars doet een aanbod richting bijna 18-jarigen met de mededeling dat de basisverzekering automatisch met een aanvullende tandartsverzekering wordt voortgezet. Gevolg is echter dat de verzekerde ten onrechte de indruk kan krijgen dat hij zonder deze aanvullende verzekering niet voldoende verzekerd is. Hij wordt hierdoor mogelijk misleid.

De NZa heeft bij de bovenstaande signalen de betreffende zorgverzekeraars benaderd om de informatieverstrekking te verbeteren en aan te passen. De zorgverzekeraars hebben dit gedaan.

De NZa heeft een signaal ontvangen van het consumentenprogramma Kassa over de vergoedingsoverzichten en de aanvullende verzekering van een ziektekostenverzekeraar. Dit signaal is voor de NZa aanleiding om nader onderzoek te doen naar alle vergoedingsoverzichten en aanvullende verzekeringen van de ziektekostenverzekeraars.

Op grond van het transparantieonderzoek en de bovenstaande signalen is het richtsnoer uit 2006 geactualiseerd door toevoeging van een aantal nieuwe punten. Door meer voorbeelden te geven, ontstaat een beter beeld van wat mogelijk misleidende informatie is.

⁸ De EHIC geeft de verzekerde recht op bekostiging van noodzakelijke medische zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland onder dezelfde voorwaarden als inwoners van het betreffende land.

3. Checklist informatieverstrekking

In het onderstaande overzicht staan de richtsnoerpunten in de vorm van een checklist die de NZa hanteert. Maar partijen kunnen ook zelf deze checklist hanteren (let op: lijst is niet beperkend). Daarnaast staan er bij elk punt voorbeelden van informatieverstrekking, die in de ogen van de NZa niet juist, niet volledig of niet begrijpelijk zijn en daardoor misleidend kunnen zijn.

De checklist volgt de fases van de zorgverzekering: oriëntatiefase, koopfase, productfase en opzef fase.

Checklist		
	Oriëntatiefase	Voorbeelden
1	Worden zaken die tot het wettelijke pakket horen gepresenteerd als extra, gratis of uniek/specifiek voor een bepaald product?*	<p>Voorbeeld: 'Bij ons zijn uw kinderen tot 18 jaar gratis verzekerd voor de basisverzekering'; 'Zorgbemiddeling bij ons gratis in het basispakket'.</p> <p><i>Toelichting:</i> Beide voorbeelden maken standaard deel uit van het basispakket.</p>
2	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over prestaties die in de basisverzekering zijn opgenomen?*	<p>Voorbeeld: 'Beperkt fysiotherapie', zonder uitleg waarom fysiotherapie beperkt in het basispakket zit en wat vergoed wordt. 'Zorgbemiddeling', 'second opinion' 'spoedeisende zorg buitenland' alleen presenteren in de informatie van de aanvullende verzekering, terwijl het ook in de basisverzekering zit.</p> <p><i>Toelichting:</i> Bovenstaande voorbeelden kunnen ertoe leiden dat een verzekerde een extra aanvullende verzekering neemt, omdat hij niet weet dat de basisverzekering dit vergoedt. Verzekerde wordt mogelijk misleid.</p>
3	Presenteert/biedt de ziektekostenverzekeraar een polis aan die niet of nauwelijks de consument bereikt door geen volledige/juiste/begrijpelijke informatie te verstrekken?*	<p>Voorbeeld: 'U heeft alleen toegang tot deze polis als u collectief verzekerd bent'.</p> <p><i>Toelichting:</i> De polis wordt niet als individuele polis aangeboden, waardoor niet wordt voldaan aan artikel 3 lid 2 en 3 Zorgverzekeringswet (Zvw).</p>
4	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke beschrijving van de verschillen tussen een natura-, restitutie of combinatiepolis (zie bijlage 1)?*	<p>Voorbeeld: Definitie natura: 'Bij een naturapolis heeft u geen last van bonnetjes'.</p> <p><i>Toelichting:</i> Deze definitie typeert in onvoldoende mate de naturapolis.</p>
5	Is de informatie over de risicodrager van de zorgverzekering volledig/juist/begrijpelijk?*	<p>Voorbeeld: Een tussenpersoon biedt een zorgverzekering aan, maar vermeldt niet wie de risicodrager is.</p> <p><i>Toelichting:</i> Verzekerde gaat ervan uit dat tussenpersoon de zorgverzekeraar is.</p>
6	Is de vergelijkende reclame juist/betrouwbaar/volledig?*	<p>Voorbeeld: 'Wij zijn de beste zorgverzekeraar!'.</p> <p><i>Toelichting:</i> De zorgverzekeraar moet beschrijven op basis waarvan hij de beste is, dat kunnen bijvoorbeeld onafhankelijke onderzoeken zijn.</p>
7	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie aan verzekerden over de wijze van acceptatie bij de aanvullende verzekering?	<p>Voorbeeld: 'Bij ons gelden acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering.'</p> <p><i>Toelichting:</i> Informatie over welke acceptatievoorwaarden dat zijn, ontbreken. In sommige gevallen staat er helemaal niets over acceptatievoorwaarden .</p>

Oriëntatiefase		Voorbeelden
8	<p>Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijk informatie aan verzekerden met een polis met gecontracteerde zorg over de wijze van vergoeding bij niet gecontracteerde zorg?</p>	<p>Voorbeeld: 'De zorgverzekeraar geeft geen informatie over een polis met gecontracteerde zorg over de wijze van vergoeding bij niet gecontracteerde zorg'.</p> <p>'In veel polissen staat dat een bepaald percentage bijvoorbeeld 90% van het marktconforme tarief wordt vergoed bij niet gecontracteerde zorg.'</p> <p><i>Toelichting:</i> Of er een kortingspercentage geldt, welke zorg dit betreft of waar extra informatie hierover te vinden is, staat niet in de polis. Ook de hoogte van de korting staat er niets. Het is voor de verzekerde niet duidelijk welk bedrag hij moet betalen wanneer hij naar een bepaalde zorgaanbieder gaat.</p>
9	<p>Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie aan verzekerden die bijna 18 jaar worden?</p>	<p>Voorbeeld 1: In de aanbiedingsbrief vermeldt de verzekeraar alleen dat de verzekerde als hij 18 jaar wordt premie moet betalen.</p> <p><i>Toelichting 1:</i> De informatie ontbreekt over het feit dat hij recht heeft op de keuze van een eigen risico en dat voor bepaalde zorgvormen geen vergoeding meer plaatsvindt, maar dat hij daarvoor een aanvullende verzekering kan afsluiten.</p> <p>Voorbeeld 2: Aanbod bijna 18-jarigen: 'de basisverzekering wordt automatisch voortgezet met een aanvullende tandartsverzekering'.</p> <p><i>Toelichting 2:</i> De wijze waarop de verzekeraar een aanvullende tandartsverzekering aanbiedt (automatisch), kan tot gevolg hebben dat de verzekerde een duurdere polis afsluit dan nodig is of zich verzekert terwijl de noodzaak niet bestaat. Er is dan sprake van misleidende informatie op grond waarvan de verzekerde mogelijk een beslissing neemt, die hij niet zou hebben genomen als hij op een juiste wijze was geïnformeerd.</p>
10	<p>Hebben jongeren tot 18 jaar de mogelijkheid om zelfstandig een polis af te sluiten?*</p>	<p>Voorbeeld: Het is niet mogelijk om in het online aanmeldingssysteem een jaartal in te vullen voor een verzekerde onder de 18.</p> <p><i>Toelichting:</i> De verzekerde kan zich niet zelfstandig aanmelden.</p>
11	<p>Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over koop op afstand? (artikel 41 en 43 Wmg)</p>	<p>Voorbeeld: 'Na afsluiting heeft verzekerde 14 dagen bedenktijd'.</p> <p><i>Toelichting:</i> Hierbij is niet duidelijk of dit kalenderdagen zijn of werkdagen. Daarnaast vermeldt de verzekeraar niet dat dit zonder boete of opgave van redenen gedaan kan worden vanaf dag waarop die overeenkomst is aangegaan. Ook moet de zorgverzekeraar melden op welke wijze de verzekerde kan opzeggen.</p>
12	<p>Geeft de ziektekostenverzekeraar (afdoende) onderbouwde garanties?*</p>	<p>Voorbeeld: 'Gegarandeerde zorg binnen x dagen!'.</p> <p><i>Toelichting:</i> De verzekeraar moet deze garantie kunnen waarmaken en kunnen onderbouwen.</p>
13	<p>Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over de wijze waarop de verzekeraar in klachten- en geschillenafhandeling voorziet?</p>	<p>Voorbeeld: 'Heeft u een klacht dan kunt u die sturen naar (...)'. 'Stichting Klachten en Geschillencommissie Zorgverzekeringen'.</p> <p><i>Toelichting:</i> Informatie over de manier van klachtenafhandeling ontbreekt. Ook de Stichting Klachten en Geschillencommissie Zorgverzekeringen wordt niet genoemd.</p>

Oriëntatiefase		Voorbeelden
14	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over machtigingen?	<p>Voorbeeld: 'Voor bepaalde vormen van zorg heeft u een machtiging nodig'.</p> <p><i>Toelichting:</i> Welke zorg hieronder valt of waar extra informatie hierover te vinden is, ontbreekt. Net als de gehanteerde procedure.</p>
15	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over kortingsacties bij gecontracteerde zorg?	<p><i>Voorbeeld:</i> Een sturende brief met informatie over kortingsacties van de voorkeuraanbieder van de ziektekostenverzekeraar, zonder daarbij te vermelden dat verzekerde ook naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kan. Of een andere gecontracteerde zorgaanbieder die niet als voorkeuraanbieder wordt aangemerkt.</p> <p><i>Toelichting:</i> Verzekeraar geeft niet volledige informatie over gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg.</p>
16	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over de EHIC?	<p>Voorbeeld 1: 'Met de Europese zorgverzekering pas kunt u aantonen dat u tijdens uw vakantie in een andere EU lidstaat (...) recht heeft op spoedeisende zorg (...).'</p> <p><i>Toelichting 1:</i> Het gaat om medisch noodzakelijke zorg. Deze zorg gaat verder dan alleen spoedeisende zorg.</p> <p>Voorbeeld 2: 'Anders dan bij veel andere verzekeraars, is het bij ons niet nodig om een extra pas aan te vragen. Deze extra pas (de European Health Insurance Card) kunnen wij u wel toesturen op uw verzoek.'</p> <p><i>Toelichting 2:</i> Deze informatie kan misleidend zijn, omdat door onvolledige informatie (verzekerde weet niet hoe het zit met de bekostiging van zorg bij de EHIC en de zorgpas) de verzekerde een beslissing zou kunnen nemen over de keuze van een product (EHIC of Zorgpas) die hij anders niet zou hebben genomen.</p>
17	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over de wijze waarop de basis- en/of aanvullende verzekering kunnen worden opgezegd?*	<p>Voorbeeld: 'U kunt tot 1 november uw basisverzekering opzeggen'.</p> <p><i>Toelichting:</i> Door wetswijziging is dit 31 december geworden.</p> <p>Voorbeeld: 'U kunt tot 31 december uw basisverzekering opzeggen'.</p> <p><i>Toelichting 2:</i> Maar de wijze waarop de verzekerde dit kan doen is niet beschreven.</p>
18	Zegt de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering(en) op als de verzekerde de basisverzekering niet voortzet?*	<p>Voorbeeld: 'De aanvullende verzekering eindigt wanneer de basisverzekering wordt opgezegd'.</p> <p><i>Toelichting:</i> Dit is in strijd met artikel 120 Zvw.</p>

* Deze punten van de checklist zijn de punten die ook in het richtsnoer 2006 zijn opgenomen. De andere punten zijn nieuw.

4. Acties NZa

De NZa stelt vooralsnog geen regels voor de informatieverstrekking en probeert via het uitbrengen van een richtsnoer de administratieve lasten te beperken. Als blijkt dat zorgverzekeraars de punten uit het richtsnoer niet of onvoldoende naleven, kan de NZa overgaan tot het stellen van nadere regels.

Als de NZa signalen ontvangt van een mogelijke overtreding,⁹ verzamelt de NZa 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 het onderzoek kijkt de NZa ook naar het consumentenbelang.

Indien sprake is van een mogelijke overtreding, neemt de NZa contact op met de bewuste partij. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk zijn. Daarnaast kan een informatief gesprek plaatsvinden.

Mocht het bovenstaande geen oplossing bieden of zijn de geconstateerde overtredingen ernstig, dan heeft de NZa diverse handhavingmogelijkheden¹⁰:

- het geven van een aanwijzing;
- het opleggen van een last onder dwangsom of uitoefenen van bestuursdwang;
- het opleggen van een boete;
- openbare kennisneming: het met naam en toenaam noemen van de desbetreffende verzekeraar en de overtreding in het openbaar.

⁹ Van belang is de vraag of wet- en regelgeving is overtreden. Zoals aangegeven bevat het richtsnoer voorbeelden van onvolledige, onjuiste, onbegrijpelijke en misleidende informatie, maar beoogt het niet het geven van een limitatieve opsomming. Het richtsnoer is voor de NZa een hulpmiddel om een overtreding te constateren, maar is niet leidend (dat is wet- en regelgeving). Indien blijkt dat de punten uit het richtsnoer 2006 in 2007 niet worden nageleefd, gaat de NZa sneller over tot ingrijpen. Echter ook dit is casus afhankelijk.

¹⁰ Voor de handhavingmaatregelen 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.

Bijlage 1: Definities

In deze bijlage staat een aantal definities die de NZa gebruikt. Partijen kunnen deze definities gebruiken in hun informatieverstrekking aan verzekerden.

Er zijn drie soorten modelovereenkomsten; de natura-, restitutie- en combinatievariant. Deze soorten modelovereenkomsten bepalen de rechtspositie van de verzekerde.

Rechtspositie	Definitie
Natura	De verzekerde heeft recht op zorg.
Restitutie	De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van geleverde zorg en zorgbemiddeling.
Combinatie	Een mix van de natura- en restitutievariant. In deze modelovereenkomst is per verzekerde prestatie duidelijk of de verzekerde recht heeft op zorg of op vergoeding van kosten van zorg.

Naast de rechtspositie bepaalt de zorgverzekeraar de polisvorm door per zorgprestatie aan te geven of sprake is van gecontracteerde zorg of niet-gecontracteerde zorg.

Polisvorm	Definitie
Natura met gecontracteerde zorg	De verzekerde heeft recht op zorg. Bij een naturapolis is in alle gevallen sprake van gecontracteerde zorg. Dit betekent dat de zorgverzekeraar voor alle vormen van zorg contracten heeft afgesloten met zorgaanbieders. De zorgverzekeraar regelt de betaling met de zorgaanbieder rechtstreeks, zodat de verzekerde de rekening niet voor hoeft te schieten. Gaat de verzekerde naar een zorgaanbieder zonder contract met de zorgverzekeraar, dan loopt de verzekerde de kans bij te moeten betalen.
Restitutie met gecontracteerde zorg	De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de geleverde zorg. Er kan bij een restitutiepolis sprake zijn van gecontracteerde zorg. Dit betekent dat de zorgverzekeraar voor alle vormen van zorg contracten heeft afgesloten met zorgaanbieders. De zorgverzekeraar regelt de betaling met de zorgaanbieder rechtstreeks, zodat de verzekerde de rekening niet voor hoeft te schieten. Gaat de verzekerde naar een zorgaanbieder zonder contract met de de zorgverzekeraar, dan loopt de verzekerde de kans bij te moeten betalen. Het enige verschil met de naturapolis is de rechtspositie van de verzekerde.
Combinatie met gecontracteerde zorg	Een mix van de natura- en restitutievariant. In deze modelovereenkomst wordt per verzekerde prestatie aangegeven of de verzekerde recht heeft op zorg of op vergoeding van kosten van zorg. Er kan bij een combinatiepolis sprake zijn van gecontracteerde zorg. Dit betekent dat zorgverzekeraar voor alle vormen van zorg contracten heeft afgesloten met zorgaanbieders. De zorgverzekeraar regelt de betaling met de zorgaanbieder rechtstreeks, zodat de verzekerde de rekening niet voor hoeft te schieten. Gaat de verzekerde naar een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is door de zorgverzekeraar, dan loopt de verzekerde de kans bij te moeten betalen.
Restitutie met deels gecontracteerde zorg	De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van de geleverde zorg. De zorgverzekeraar kan voor bepaalde zorg in het basispakket kiezen voor gecontracteerde zorg of niet-gecontracteerde zorg. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan voor welke vormen van zorg dit geldt. Bij gecontracteerde zorg gaat het om zorg waarvoor een zorgverzekeraar een contract heeft gesloten met zorgaanbieders. De verzekerde krijgt de zorg die hij nodig heeft en de zorgverzekeraar regelt de betaling. Gaat de verzekerde voor deze vormen van zorg naar een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is door de verzekeraar, dan loopt de verzekerde de kans bij te moeten betalen. Voor de andere vormen van zorg in het basispakket heeft de verzekerde vrije keuze van zorgaanbieder. In de meeste gevallen betaalt de verzekerde bij deze vormen van zorg de rekening eerst aan de zorgaanbieder en kan de verzekerde vervolgens de rekeningen bij de zorgverzekeraar indienen.

Combinatie met deels gecontracteerde zorg	<p>Een mix van de natura- en restitutievariant. In deze modelovereenkomst wordt per verzekerde prestatie aangegeven of de verzekerde recht heeft op zorg of op vergoeding van kosten van zorg.</p> <p>De zorgverzekeraar kan voor bepaalde zorg in het basispakket kiezen voor gecontracteerde zorg of niet-gecontracteerde zorg. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan voor welke vormen van zorg dit geldt. Bij gecontracteerde zorg gaat het om zorg waarvoor een zorgverzekeraar een contract heeft gesloten met zorgaanbieders. De verzekerde krijgt de zorg die hij nodig heeft en de zorgverzekeraar regelt de betaling. Gaat de verzekerde voor deze vormen van zorg naar een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is door de verzekeraar, dan loopt de verzekerde de kans bij te moeten betalen.</p> <p>Voor de andere vormen van zorg in het basispakket heeft de verzekerde vrije keuze van zorgaanbieder. In de meeste gevallen betaalt de verzekerde bij deze vormen van zorg de rekening eerst aan de zorgaanbieder en kan de verzekerde vervolgens de rekeningen bij de zorgverzekeraar indienen.</p>
Restitutie zonder gecontracteerde zorg	<p>De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van geleverde zorg. De zorgverzekeraar heeft bij restitutie zonder gecontracteerde zorg geen contracten met zorgaanbieders afgesloten. De verzekerde is vrij in de keuze van zorgaanbieder. In de meeste gevallen betaalt de verzekerde de rekening eerst aan de zorgaanbieder en kan de verzekerde vervolgens de rekeningen bij de zorgverzekeraar indienen.</p>

Voor de informatieverstrekking aan de verzekerde is de informatie het meest volledig als verzekeraars ook vormen van zorg noemen waarbij de verzekerde mogelijk moet bijbetalen, als er sprake is van gecontracteerde zorg, en de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl