

Richtsnoer

**Informatieverstrekking
ziektekostenverzekeraars en
volmachten**

september 2009

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Invulling aan artikel 40 lid 1 tot en met 3 Wmg	7
1.2 Toetsing modelovereenkomsten	9
1.3 Visiedocument Transparantie	9
1.4 Doel richtsnoer	9
1.5 Leeswijzer	10
2. Checklist informatieverstrekking	11
3. Handhaving	21

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 welke belangrijke informatie ziektekostenverzekeraars moeten verstrekken. Daarnaast brengt de NZa een self assessment uit. Het self assessment kunnen ziektekostenverzekeraars 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 probeert de NZa transparant te zijn over haar eigen werkwijze.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. E.J. Mulock Houwer
lid Raad van Bestuur a.i.

mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

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.

Met de inwerkingtreding 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-uitingen¹. 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 eindverantwoordelijke². Tussenpersonen/volmachten die optreden als zelfstandig adviseur en/of bemiddelaar behoren niet tot het toezichtdomein van de NZa³.

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. 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.

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

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 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.

³ 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.

dit van belang vanwege mogelijke handhavingsacties van de NZa naar aanleiding van mogelijke overtreding van artikel 40 Wmg⁴. 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).

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. 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.

⁴ 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.

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 handhavingsinstrumenten⁵.

1.2 Toetsing modelovereenkomsten

De NZa beoordeelt jaarlijks of de modelovereenkomsten en bijbehorende reglementen van zorgverzekeraars voldoen aan de eisen uit de Zvw. De modelpolis is een juridisch document dat de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar en de verzekerde weergeeft. Deze informatie vinden consumenten vaak moeilijk toegankelijk en moeilijk begrijpelijk. Ter bevordering van de transparantie moeten zorgverzekeraars hierover juiste, volledige en begrijpelijke informatie verstrekken aan consumenten. De elementen uit de modelovereenkomst die de NZa in haar toezicht op de informatieverstrekking toetst zijn opgenomen in het Richtsnoer.

1.3 Visiedocument Transparantie

In maart 2009 heeft de NZa haar visiedocument Transparantie gepubliceerd⁶. Met de visie wil de NZa laten zien welke eisen aan de informatievoorziening op zorgmarkten moet worden gesteld en op die manier komen tot goede (keuze-)informatie voor consumenten. In het visiedocument presenteert de NZa ook het toetsingskader transparantie. Het toetsingskader bestaat uit beoordelingscriteria. Het eerste criterium is dat duidelijk moet zijn welke informatie minimaal moet worden verstrekt⁷. Met dit richtsnoer geeft de NZa aan welke informatie ziektekostenverzekeraars minimaal dienen te verstrekken.

1.4 Doel richtsnoer

Het doel van het richtsnoer is om tot betere informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars en zorgverzekeraars 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 melden⁸.

Het richtsnoer is geen uitputtende opsomming. Partijen hebben een

⁵ 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/nza/NZa/werkwijze.

⁶ NZa, Visiedocument 'Transparantie, helderheid over transparantie', maart 2009; <http://www.nza.nl>

⁷ De overige twee criteria zijn dat de informatie doeltreffend, juist, inzichtelijk en vergelijkbaar moet zijn voor de doelgroep van die informatie en dat op een zorgmarkt alle relevante groepen consumenten of hun ondersteuners voldoende toegang hebben tot de juiste informatie die voor hen inzichtelijk en vergelijkbaar is.

⁸ Consumenten die misstanden signaleren, kunnen de informatielijn van de NZa benaderen.

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.

1.5 Leeswijzer

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

2. Checklist informatieverstrekking

In volgend overzicht staat de checklist informatieverstrekking die de NZa hanteert bij partijen. De toetspunten 1 t/m 5 hebben betrekking op ziektekostenverzekeraars. Het gaat over informatie uit zowel de basisverzekering als uit 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 zijn⁹.

⁹ Bij informatievertrekking op de website wordt niet bedoeld dat deze informatie in de modelovereenkomst of een reglement is te vinden.

Checklist informatieverstrekking

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
1	<i>Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden</i>	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 de keuze die hij wil maken. De volgende toetspunten over de premiegrondslag en aspecten die de premie beïnvloeden dienen vermeld te zijn: – premiegrondslag zorgverzekering; – premie aanvullende verzekering inclusief eventuele leeftijd- of regioafhankelijkheid. Indien van toepassing: – kortingen vrijwillig eigen risico; – eventuele toeslag op de premie aanvullende verzekering (absoluut of procentueel) als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten¹⁰; – incassokosten; – eventuele betalingskorting.	website offerte
2	<i>Opzegmogelijkheden van de (aanvullende) zorgverzekering</i>	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. De volgende punten over de opzegmogelijkheden van de (aanvullende) zorgverzekering dienen vermeld te zijn: – t/m 31 december van jaar t kan een verzekerde zijn zorgverzekering opzeggen voor het jaar t+1; – de manier waarop opgezegd dient te worden (bijv. schriftelijk met vermelding van adresgegevens, telefonisch etc); – de verzekerde is verplicht om vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten. Deze gaat vervolgens met terugwerkende kracht in per 1 januari; – binnen vier maanden na ontstaan van de verzekeringsplicht dient de verzekerde een zorgverzekering af te sluiten; – 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. Indien van toepassing: – de opzegdatum voor de aanvullende zorgverzekering indien deze afwijkt van 31 december.	website

¹⁰ 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 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: – (medische) vragen bij aanvraag van de aanvullende zorgverzekering; – wachttijd tot aanspraak bestaat op vergoeding van kosten uit de aanvullende zorgverzekering. Alle beperkende toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering dienen vermeld te zijn.	website
4	<i>Wijzigingen in zorgverzekering en aanvullende zorgverzekering</i>	Het is van belang dat de verzekerde bij prolongatie van zijn ziektekostenverzekering op de hoogte wordt gebracht van de wijzigingen in zowel de zorg- als de aanvullende verzekering. Het gaat hier om zowel wettelijke veranderingen in de zorgverzekering als veranderingen in de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft doorgevoerd. Verzekerden zijn geïnformeerd over alle wijzigingen in zowel de zorg- als aanvullende verzekering.	website prolongatiepakket
5	<i>Vergoedingen-overzicht</i>	Een vergoedingenoverzicht is een samenvatting van de polisvoorwaarden. Vergoedingsoverzichten dienen verzekerden op een adequate wijze te attenderen op bepaalde uitsluitingen of beperkingen ¹¹ . In een vergoedingsoverzicht dienen de volgende punten te zijn opgenomen: – hoogte van de wettelijke eigen bijdrage; – als er sprake is van 100% vergoeding of volledige vergoeding dan moet de vergoeding ook daadwerkelijk 100% zijn.	-

¹¹ 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.

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
6	<i>Mogelijkheid tot indienen van een klacht of geschil</i>	Verzekerden moeten hun recht kunnen halen als ze het niet eens zijn met een beslissing. Voor verzekerden is het daarom belangrijk om informatie te hebben over geschillen en de mogelijkheid tot het indienen van klachten¹². Bij een afwijzing van een aanvraag of een klacht, kan de verzekerde een verzoek tot heroverweging van de aanvraag/klacht bij de zorgverzekeraar indienen. De volgende punten over geschillen en de mogelijkheid tot het indienen van klachten dienen vermeld te zijn: – waar de verzekerde de klacht kan indienen; – of de klacht schriftelijk ingediend dient te worden of dat per e-mail ook mogelijk is; – binnen welke termijn de verzekerde een reactie kan verwachten; – 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); – 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; – het voor de verzekerde altijd vrijstaat naar de burgerlijk rechter te stappen, zelfs nadat de Geschillencommissie al een bindend advies heeft uitgebracht.	website

¹² Het inhoudelijke verschil tussen klacht en geschil is per 1 januari 2008 vervallen.

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
7	<i>Gecontracteerd zorgaanbod</i>	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. Dit geldt zowel voor het lopende polisjaar t als tijdens de overstapperiode voor het polisjaar t+1. De volgende punten over het gecontracteerd zorgaanbod dienen op de website vermeld te zijn: – een juist en volledig overzicht van alle gecontracteerde zorgaanbieders voor het jaar t; – tijdens de overstapperiode: een juist en volledig overzicht van alle, op dat moment, gecontracteerde zorgaanbieders voor het jaar t+1; – 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; – voor welke periode de contracten zijn afgesloten; – of er sprake is van selectieve contractering¹³.	website
8	<i>Vergoeding bij niet gecontracteerde zorg</i>	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 zorg¹⁴. Dit zijn¹⁵: – 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; – 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.	-

¹³ Met selectieve contractering bedoelt de NZa dat de zorgverzekeraar slechts bepaalde zorgaanbieders contracteert die voldoen aan specifieke voorwaarden.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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	Informatiekanaal
9	<i>Polisvoorwaarden van (goedgekeurde en) op de markt gebrachte modelovereenkomsten</i>	De NZa toetst of alle modelovereenkomsten voldoen aan de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wanneer dit het geval is wordt een begunstigende beschikking afgegeven. Alle door de NZa goedgekeurde en op de markt gebrachte modelovereenkomsten dienen op de website te staan.	website
10	<i>Preferentiebeleid geneesmiddelen</i>	Voor de verzekerde moet het inzichtelijk zijn welke consequenties het 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 bijvoorbeeld 'laagste prijs garantie', een toegestane afwijking van x% bovenop de prijs van het goedkoopste middel of rechte reeks met de fabrikant onderhandelen over een bonus of korting. Informatie over (de variant van) het preferentiebeleid dat de verzekeraar voert moet beschikbaar zijn voor de verzekerde zodat hij kan zien waar hij recht op heeft. Onderstaande toetsingspunten laten onverlet dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden behalve de website via andere kanalen, bijvoorbeeld een persoonlijke mailing, informeert. De volgende punten over het preferentiebeleid dienen vermeld te zijn: – uitleg wat het preferentiebeleid inhoudt; – de werkzame stoffen waarvoor het preferentiebeleid geldt; – welk product (productnaam of firma) wordt vergoed; – 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? Indien van toepassing¹⁶: – de manier waarop het preferentiebeleid doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.	website

¹⁶ Van toepassing als de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandeld over de prijs of een bonus of korting.

	Checklist	Invulling	Informatiekanaal
11	<i>Rol gecontracteerde zorg op vergoeding</i>	Voor een (potentiële) verzekerde moet duidelijk zijn om wat voor soort polis het gaat. Er zijn drie soorten polissen te onderscheiden: – polis met volledig gecontracteerde zorg; – polis met gedeeltelijk gecontracteerde zorg; – polis met niet-gecontracteerde zorg. 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 zorg¹⁷. Om een polis dan enkel als restitutiepolis te presenteren kan de verzekerde op het verkeerde been zetten. De volgende punten over de rol van gecontracteerde zorg op vergoeding dienen vermeld te zijn: – of er sprake is van gecontracteerde zorg; – zo ja, voor welke vormen van zorg er sprake is van gecontracteerde zorg; – de hoogte van de vergoedingsbeperking bij een niet gecontracteerde aanbieder; – voor de overige vormen van zorg waarvoor niet is gecontracteerd dient duidelijk te zijn dat er 100% Wmg- of marktconform tarief wordt vergoed.	website informatiepakket

¹⁷ 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
12	<i>Eigen risico</i>	In de basisverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om een vrijwillig eigen risico aan te bieden. De mogelijkheid bestaat verder 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 spelen beïnvloeden elkaar. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoe de verschillende vormen van het eigen risico elkaar beïnvloeden. <i>Toetsingspunten NZa:</i> de volgende punten over het eigen risico dienen op uw website vermeld te zijn: – De hoogte van het verplicht eigen risico voor het jaar t+1; – 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)¹⁸; – Voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten kunnen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming; – 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; Indien van toepassing: – De vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt; – Dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot het gedifferentieerd eigen risico; – 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.	website

¹⁸ 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	Informatiekanaal
13	<i>European Health Insurance Card (EHIC)</i>	De verzekerde kan een European Health Insurance Card (EHIC) aanvragen als hij tijdelijk naar het buitenland gaat. De volgende informatie over de EHIC dient vermeld te zijn: – de kaart is persoonsgebonden en kosteloos; – geldigheidsduur van de kaart; – 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; – 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; – de kaart dekt geen gevallen van verzekerden die naar een andere lidstaat reizen om daar een medische behandeling te ondergaan; – landen waarin de EHIC geldig is; – of de EHIC een aparte kaart of achterkant van gewone zorgpas is.	website
14	<i>Mogelijkheid tot opvragen polisvoorwaarden en reglementen</i>	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. De mogelijkheid bestaat voor verzekerden om de polisvoorwaarden op te vragen <u>en</u> verzekerden worden – buiten de website om – hierop gewezen.	
15	<i>Afwijzingsgronden</i>	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. In een afwijzingsbrief van (vergoeding van) zorg moeten de volgende punten opgenomen zijn: – de afwijzing moet duidelijk onderbouwd zijn. De reden voor afwijzing moet voor de verzekerde begrijpbaar zijn met een verwijzing naar een bestaande regel of de voorwaarden vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt. Er moet dusdanige informatie worden verschaft dat de verzekerde zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is; – de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden; – verzekerde moet gewezen worden op de mogelijkheid om tegen de afwijzing in beroep te gaan.	Afwijzings-brief

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

3. Handhaving

Gelijktijdig met dit richtsnoer heeft de NZa een self assessment uitgebracht. Met dit self assessment kunnen ziektekostenverzekeraars nagaan of ze voldoen aan dit Richtsnoer¹⁹. 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 vraagt de ziektekostenverzekeraars de ingevulde self assessments naar de NZa te sturen. De NZa beoordeelt 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 zonedig 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 van de NZa en de getroffen verbetermaatregelen beschrijven (het zogenaamde comply-or-explain principe).

Bovenstaande laat onverlet dat de NZa gebruikmaakt 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 Handhaving²⁰.

¹⁹ Waar in dit hoofdstuk over ziektekostenverzekeraar wordt gesproken, wordt ook zorgverzekeraar bedoeld.

²⁰ NZa, Plan 'Handhaving, Handhavingsinstrumenten van de NZa toegelicht', september 2007; http://www.nza.nl/7113/10057/Visiedoc_transparantie.pdf