



Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

Vastgesteld op 12 juli 2016
REGELING TH NR/007

Ingevolge artikel 40, vierde lid juncto artikel 38, zevende lid van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van transparantie van ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Ook is de NZa bevoegd om op grond van artikel 34 van de Wmg regels te stellen over de eenvormige invulling van procedures van ziektekostenverzekeraars. Daarnaast is de NZa bevoegd om op grond van artikel 62 van de Wmg regels te stellen over welke gegevens en inlichtingen regelmatig moeten worden verstrekt dan wel onder welke omstandigheden deze moeten worden verstrekt door de ziektekostenverzekeraars.

1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op ziektekostenverzekeraars in de zin van artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3 van de Wmg.

2. Doel van de regeling

Ziektekostenverzekeraars maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze regeling beschrijft welke informatie ziektekostenverzekeraars ten minste aan consumenten moeten verstrekken, zodat de informatie doeltreffend en juist is, en bijdraagt aan de inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de aangeboden producten en diensten. Ten tweede heeft deze regeling tot doel om de eenvormige invulling van procedures van ziektekostenverzekeraars te stimuleren, opdat verzekerden op gelijke wijze toegang kunnen hebben tot de verzekering. Tot slot geeft deze regeling ook aan welke andere informatie ziektekostenverzekeraars periodiek moeten verstrekken aan consumenten en verzekerden.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- 3.1 *ziektekostenverzekeraar*: een zorgverzekeraar en een particuliere ziektekostenverzekeraar, als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3 van de Wmg
- 3.2 *consument*: verzekeringsplichtige, verzekerde of patiënt, als bedoeld in artikel 1, onderdeel i van de Wmg
- 3.3 *zorg*: zorg, dienst of handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als gedefinieerd in artikel 1, onderdeel b Wmg
- 3.4 *website*: alle websites die de ziektekostenverzekeraar beheert of laat beheren en waar informatie verstrekt wordt over de polissen die de ziektekostenverzekeraar aanbiedt
- 3.5 *verzekering*: zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering
- 3.6 *(niet-)gecontracteerde zorgaanbieder*: een zorgaanbieder die (niet) door de verzekeraar voor zijn verzekerden is gecontracteerd
- 3.7 *vermelden op website*: de informatie staat zelfstandig op de website en is toegankelijk in de internetbrowser zonder hulp van extra computerprogramma's
- 3.8 *plaatsen op website*: de informatie kan zowel zelfstandig op de website staan als op de website geplaatst zijn in een los document
- 3.9 *schriftelijk/op schrift*: zowel op papier als digitaal, bijvoorbeeld via e-mail of via contact door middel van een webformulier

4. Informatieverstrekking

De ziektekostenverzekeraar verstrekt alle in deze regeling genoemde informatie vanaf het moment dat een polis aangeboden wordt, op de wijze als genoemd in onderstaande artikelen.

5. Beantwoording vragen

- 5.1 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten schriftelijk wanneer de consument hierom vraagt.
- 5.2 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten telefonisch wanneer de consument hierom vraagt, tenzij



telefonisch contact in de polisvoorwaarden is uitgesloten.
5.3 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt de onder 5.1 en 5.2 bedoelde vragen tijdig.

6. Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website en in de offerte de volgende punten over de premiegrondslag en aspecten die de premie beïnvloeden:

- a. Premie:
 - premiegrondslag zorgverzekering;
 - hoogte netto premie.Indien van toepassing:
 - premie aanvullende ziektekostenverzekering inclusief eventuele leeftijd- of regioafhankelijkheid;
 - kortingen vrijwillig eigen risico;
 - eventuele toeslag op de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering (absoluut of procentueel) als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten, waaronder ook eenmalige administratiekosten voor het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering zonder basisverzekering;
 - incassokosten;
 - eventuele collectiviteitskorting;
 - eventuele betalingskorting.
- b. Volmachten:
 - Bij verzekeringen die worden aangeboden door volmachten moet de naam van de risicodragers worden vermeld.

7. Opzegmogelijkheden van de verzekering

- 7.1 De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten over de opzegmogelijkheden van de verzekering:
 - a. tot en met 31 december van jaar t kan een verzekerde zijn zorgverzekering opzeggen voor het jaar t+1;
 - b. de wijze waarop de verzekering opgezegd moet worden;
 - c. de verzekerde is verplicht om vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten;
 - d. bij afsluiting van de zorgverzekering tussen 1 januari en 1 februari gaat de verzekering met terugwerkende kracht in per 1 januari;
 - e. de mogelijkheid om op te zeggen als de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt ten nadele van de verzekerde en de wijziging niet voortvloeit uit of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet.
- 7.2 Indien de opzegdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering afwijkt van 31 december vermeldt de ziektekostenverzekeraar deze datum op de website.

8. Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website alle beperkende toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 9.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
- 9.2 De ziektekostenverzekeraar plaatst alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolonatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

10. Vergoedingenoverzicht

- 10.1 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website plaatst, neemt de zorgverzekeraar een disclaimer op waarin staat dat de verzekerde voor informatie over alle uitsluitingen en beperkingen de polisvoorwaarden dient te raadplegen of contact dient op te nemen met de verzekeraar.
- 10.2 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website plaatst, neemt de zorgverzekeraar ook daar waar mogelijk per zorgsoort de hoogte van de wettelijke eigen bijdrage in het vergoedingenoverzicht op.

11. Doorlooptijd declaraties en afhandeling machtigingsaanvragen

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de gangbare doorlooptijd voor de vergoeding van



declaraties en voor de afhandeling van machtigingsaanvragen.

12. Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar vermeldt op de website:

- a. waar de verzekerde een klacht kan indienen;
- b. op welke wijze de klacht ingediend moet worden;
- c. binnen welke termijn de zorgverzekeraar zal reageren;
- d. dat de verzekerde een klacht kan indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar niet binnen de gestelde termijn reageert.

13. Algemene informatie over (niet-)gecontracteerde zorg

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten, indien het contracteren van zorg door de zorgverzekeraar mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde:

- a. of er sprake is van gecontracteerde zorg;
- b. zo ja, voor welke vormen van zorg er sprake is van gecontracteerde zorg, of voor welke vormen van zorg er niet sprake is van gecontracteerde zorg en dat er voor de overige vormen van zorg wel sprake is van gecontracteerde zorg;
- c. of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking;
- d. de hoogte van het percentage van de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- e. de tarieflijsten met vergoedingen waarover de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt, wanneer de verzekeraar van zulke tarieflijsten gebruik maakt;
- f. de wijze waarop de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt;
- g. of de zorgverzekeraar selectief is in het contracteren van zorgaanbieders, en zo ja, hoe de zorgverzekeraar deze zorgaanbieders selecteert.

14. Gecontracteerd zorgaanbod

- 14.1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar in een actueel overzicht op de website welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd.
- 14.2 Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders bevat tevens informatie over de volgende punten:
 - a. hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
 - b. wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;
 - c. indien van toepassing, een algemeen toelichtende tekst dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
 - d. voor welke periode de contracten zijn afgesloten.
- 14.3 De zorgverzekeraar verwijst in de polisvoorwaarden naar het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders op de website van de zorgverzekeraar met daarbij een weblink.

15. Volumeafspraken en omzetplafonds

- 15.1 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar op de website hoe de zorgverzekeraar omgaat met volumeafspraken en omzetplafonds, en de mogelijke consequenties hiervan voor de verzekerde.
- 15.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar per zorgaanbieder of per soort zorgaanbieder in of bij het onder 14.1 bedoelde overzicht welke afspraken gemaakt zijn en welke mogelijke consequenties dit voor de verzekerde kan hebben.

16. Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

- 16.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien. Dit omvat, wanneer van toepassing, ten minste de volgende informatie:
 - a. het percentage dat de consument zelf zal moeten betalen:
 - i. van de kosten van de behandeling of dienst, of
 - ii. van het door de verzekeraar gehanteerde tarief voor de behandeling of dienst;
 - b. het absolute bedrag waar het percentage bedoeld in onderdeel a over berekend wordt voor

- zover de consument dit nodig heeft om te kunnen bepalen welk bedrag de consument zelf zal moeten betalen;
- c. de eigen bijdrage die de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
 - d. het eigen risico dat de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
 - e. het totale bedrag dat voor rekening komt van de consument waarin bovenstaande informatie samengenomen wordt.
- 16.2 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de consument niet exact kan aangeven welke behandeling of dienst de consument in de toekomst verwacht te krijgen, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
- 16.3 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar de betreffende behandeling of dienst niet bij de zorgaanbieder gecontracteerd heeft, informeert de zorgverzekeraar de consument erover dat:
- a. de consument het tarief voor de behandeling of dienst bij de zorgaanbieder kan opvragen;
 - b. en de zorgverzekeraar op basis hiervan de consument inzicht kan geven in de onder artikel 16.1 opgesomde punten.
- 16.4 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
- 16.5 Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, informeert de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten:
- a. over welk polisjaar het eigen risico verrekend zou kunnen worden, afhankelijk van de startdatum van de behandeling of dienst;
 - b. bij zorg die als dbc wordt gedeclareerd: dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico als de startdatum van de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar valt dan de startdatum van de initiële dbc;
 - c. dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

17. Systeem van eigen risico

- 17.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website ten minste de volgende informatie over het eigen risico:
- a. de hoogte van het verplicht eigen risico;
 - b. de vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt;
 - c. het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico waaronder de informatie dat als de zorgaanbieder de nota rechtstreeks naar de zorgverzekeraar stuurt, de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico in rekening brengt bij de verzekerde, en dat wanneer de verzekerde de nota zelf betaalt, de zorgverzekeraar slechts een gedeelte van de nota restitueert omdat de verzekerde op die manier het deel van de nota dat onder het eigen risico valt zelf heeft voldaan;
 - d. over welk polisjaar het eigen risico verrekend kan worden, afhankelijk van de startdatum van een behandeling;
 - e. wat een vervolg-dbc is en dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico, als de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar start dan de eerste behandeling;
 - f. dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.
- Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:
- g. dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico;
 - h. de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;
 - i. de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 17.2 Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van een gedifferentieerd eigen risico, vermeldt de zorgverzekeraar op de website voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeur-aanbieders zijn aangewezen en of dit ook geldt voor het vrijwillig eigen risico.
- 17.3 Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:
- a. achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;
 - b. de zorgaanbieder;
 - c. de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;
 - d. datum van behandeling;
 - e. bedrag gedeclareerde kosten;



- f. waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);
- g. resterend bedrag eigen risico.

18. Polisvoorwaarden van de op de markt gebrachte model-overeenkomsten

- 18.1 De zorgverzekeraar plaatst alle polisvoorwaarden van de door de zorgverzekeraar op de markt gebrachte modelovereenkomsten op de website.
- 18.2 De zorgverzekeraar stuurt desgevraagd de polisvoorwaarden en reglementen per post of digitaal naar de consument.

19. Voorkeursbeleid geneesmiddelen

- 19.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten over het voorkeursbeleid geneesmiddelen:
 - a. uitleg wat het voorkeursbeleid geneesmiddelen inhoudt;
 - b. de werkzame stoffen waarvoor het beleid geldt en de vermelding van de geneesmiddelen waar de verzekerde (al dan niet onder voorwaarden) aanspraak op heeft voor vergoeding;
 - c. de procedure/actie die de verzekerde moet ondernemen als behandeling met een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel medisch noodzakelijk is;
 - d. welk geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, wanneer een preferent middel niet leverbaar is.
Wanneer de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandelt over de prijs of een bonus of korting:
 - e. de manier waarop het voorkeursbeleid geneesmiddelen doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.
- 19.2 Als de zorgverzekeraar voor geneesmiddelen voorlopige prijzen hanteert waarop achteraf correcties kunnen plaatsvinden, dan vermeldt de verzekeraar de mogelijke gevolgen hiervan voor de verzekerde op de website.
- 19.3 Als de zorgverzekeraar wijzigingen aanbrengt in zijn voorkeursbeleid geneesmiddelen, vermeldt hij dit tijdig op de website en informeert hij alle verzekerden hier tijdig over.

20. Afwijzingsgronden

- 20.1 Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbrief.
- 20.2 De afwijzing is in de afwijzingsbrief zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.
- 20.3 De afwijzingsbrief bevat ten minste de volgende punten:
 - a. een voor de verzekerde begrijpelijk geformuleerde reden voor afwijzing;
 - b. een verwijzing naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt;
 - c. de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden;
 - d. de verzekerde moet erop gewezen worden dat hij/zij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar als hij/zij het niet eens is met de afwijzing, en de klacht tevens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan voorleggen.

21. Transparantie over zorgplicht

- 21.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website:
 - a. voor welke soorten zorg er normen van tijdigheid en bereikbaarheid gelden, waaronder de Treeknormen;
 - b. welke eigen normen de zorgverzekeraar daarnaast hanteert op het gebied van tijdigheid en bereikbaarheid;
 - c. wat de inhoud van deze normen is per type zorg.
- 21.2 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.

22. Vergoeding grensoverschrijdende zorg

- 22.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website welke voorwaarden er gelden voor het indienen van buitenlandse nota's en welke vergoedingen hiervoor gelden.
- 22.2 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheden om op grond van EU-regels gebruik te maken van zorg in een andere EU-lidstaat door in ieder geval informatie over de twee procedures voor vergoeding van zorg die geleverd is in een andere EU-lidstaat op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU en Verordening (EG) nr. 883/2004 op de website te plaatsen.



- 22.3 De zorgverzekeraar vermeldt op de website dat de verzekerde op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU zorg die verzekerd is vanuit de zorgverzekering in een andere lidstaat kan gebruiken en dat hierbij de vergoeding gelijk is aan de vergoeding bij zorggebruik in Nederland.
- 22.4 De zorgverzekeraar vermeldt op de website onder welke voorwaarden de verzekerde op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 de volledige kosten van de behandeling in het buitenland vergoed kan krijgen en dat de verzekerde voor deze procedure toestemming nodig heeft van de zorgverzekeraar.

23. European Health Insurance Card (EHIC)

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende informatie over de European Health Insurance Card (EHIC):

- de kaart is persoonsgebonden en kosteloos;
- de 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 zorg 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;
- de landen waarin de EHIC geldig is;
- of de EHIC een aparte kaart is of de achterkant van gewone zorgpas.

24. Diversiteit van verzekerden en zorginkoop

De zorgverzekeraar vermeldt op de website op welke wijze de zorgverzekeraar rekening houdt met de diversiteit van verzekerden bij de zorginkoop. Wanneer dit per polis verschilt, geeft de zorgverzekeraar hier ook inzicht in.

25. Gelijke inschrijving verzekeringsplichtigen

De zorgverzekeraar is voor een door hem aangeboden modelovereenkomst verplicht om alle verzekeringsplichtigen op dezelfde wijze de mogelijkheid te bieden tot inschrijving.

26. Vindbaarheid

Ziektekostenverzekeraars clusteren de informatie die ze op grond van deze regeling op de website vermelden zodanig dat de informatie per onderwerp overzichtelijk gepresenteerd wordt en daarmee voor de verzekerde eenvoudig toegankelijk is.

27. Schriftelijke informatieverstrekking

- 27.1 Wanneer een ziektekostenverzekeraar een schriftelijk informatiepakket aanbiedt aan consumenten over de op de markt aangeboden polissen, dient de verzekeraar daarin ten minste de informatie op te nemen die ingevolge artikelen 6, 13, 15, 17 en 24 op de website vermeldt of geplaatst moet worden.
- 27.2 Wanneer een ziektekostenverzekeraar geen website beheert of laat beheren, verstrekt de ziektekostenverzekeraar desgevraagd alle in deze regeling genoemde informatie op schrift aan consumenten.

28. Gebruik term marktconform tarief

De zorgverzekeraar gebruikt het begrip marktconform tarief enkel wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

29. Typering polissen

- 29.1 De zorgverzekeraar typeert elke polis als naturapolis, combinatiepolis of restitutiepolis.
- 29.2 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'naturapolis' en 'natura' enkel om polissen te beschrijven waarbij de zorgplicht zodanig is vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zorgverzekeringswet.
- 29.3 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om polissen te



beschrijven die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zorgverzekeringswet en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

- 29.4 De zorgverzekeraar typeert alle polissen die niet onder het tweede lid of het derde lid van dit artikel vallen als 'combinatiepolis', waarbij de zorgverzekeraar aangeeft voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op vergoeding van zorg en voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Wmg.

30. Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

- 30.1 Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren polissen worden aangeboden die gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten, vermeldt iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht op de website dat deze polissen gelijk of nagenoeg gelijk zijn.
- 30.2 In het in lid 1 bedoelde overzicht benoemt de zorgverzekeraar ten minste de volgende elementen:
- a. de naam van de polissen;
 - b. verschillen in risicodragerschap;
 - c. eventuele verschillen in de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten;
 - d. de wijze van distributie van de polissen;
 - e. de manier van communicatie van de verzekeraar met de verzekerde; en
 - f. de premie van de polissen.

31. Intrekking oude regel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-004 ingetrokken.

Bovengenoemde regeling blijft van toepassing op aangelegenheden die betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.

32. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 november 2016. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg.

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten



TOELICHTING

Algemeen

Heldere informatie over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van zorg is belangrijk voor een goede zorginkoop door ziektekostenverzekeraars en voor het keuzeproces van verzekerden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat ziektekostenverzekeraars deze informatie verstrekken.

Ziektekostenverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren over wat er wel en niet in hun zorgpolis zit en de vergoeding hiervan. Voor een goede werking van het zorgstelsel vindt de NZa het van belang dat ziektekostenverzekeraars niet alleen goed inkopen, maar daarover ook transparant zijn naar hun verzekerden. Transparantie over (keuze-) informatie is voor de consument immers een cruciale voorwaarde om keuzes te maken die het best aan zijn wensen voldoen. Nu ziektekostenverzekeraars daarbij ook in toenemende mate selectief contracteren, neemt het belang van een heldere zorgpolis alleen maar toe.

Om deze redenen legt de NZa transparantieplichtingen op aan ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa stelt met deze regeling de eisen op waaraan ziektekostenverzekeraars minimaal moeten voldoen om de benodigde transparantie aan de consument te bieden. De NZa wil tot slot benadrukken dat de toetspunten in deze regeling geen uitputtende opsomming bevatten van alle informatievereisten. In die gevallen die niet expliciet worden genoemd in deze regeling, zijn de meer algemene regels van de Wmg over informatievoorziening uiteraard gewoon van toepassing.

Artikelsgewijs

Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op ziektekostenverzekeraars in de zin van artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3 van de Wmg. Dit betekent dat zowel verzekeraars die een basisverzekering als verzekeraars die een aanvullende zorgverzekering aanbieden aan deze regeling moeten voldoen. Wanneer er in de regeling 'zorgverzekeraar' staat, geldt de bepaling voor een verzekeraar die een basisverzekering aanbiedt. Wanneer er in de regeling 'ziektekostenverzekeraar' staat, geldt de bepaling zowel voor verzekeraars die aanvullende ziektekostenverzekeringen als voor verzekeraars die basisverzekeringen aanbieden.

Op grond van art. 40 lid 3 Wmg zijn verzekeraars verantwoordelijk voor de informatie die namens hen verstrekt wordt, bijvoorbeeld door volmachten en intermediairs. Deze informatie mag onder andere geen afbreuk doen aan het bepaalde bij of krachtens de Wmg, de Zvw, de Wlz of misleidend zijn. Aangezien de voorliggende regeling bepaald is krachtens de Wmg, mag de informatie die door volmachten en tussenpersonen wordt verstrekt namens een ziektekostenverzekeraar geen afbreuk doen aan het in deze nadere regel gestelde. Wanneer volmachten of intermediairs polissen aanbieden voor verzekeraars of anderszins namens hen informatie verstrekken, zijn deze verzekeraars er dus verantwoordelijk voor dat de informatieverstrekking door de volmachten en tussenpersonen voldoet aan de eisen als gesteld in deze regeling.

Volledigheidshalve wijst de NZa erop dat op grond van artikel 44 Wmg het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 40 tot en met 43 Wmg – waaronder het gestelde in deze regeling – mede van toepassing is ten aanzien van degene die voor een ziektekostenverzekeraar een administratie voert.

Artikel 4. Informatieverstrekking

Het moet inzichtelijk zijn voor de consument wat de financiële consequenties zijn van zijn keuze. Daarom moet de in deze regeling genoemde informatie voor alle aangeboden én lopende polissen verstrekt worden vanaf het moment van aanbieden, want het moet voor consumenten mogelijk zijn om hun lopende polis met de aangeboden polissen te vergelijken. Het moment van aanbieden is het moment waarop een verzekerde zich op een polis kan inschrijven.

Artikel 5. Beantwoording vragen

De NZa heeft signalen gekregen dat het soms moeilijk is voor consumenten om schriftelijke bevestiging te krijgen van verzekeraars van telefonisch gegeven antwoorden. Deze bepaling verplicht verzekeraars te antwoorden op de door de consument gewenste wijze.

Deze verplichting geldt niet alleen voor de informatie die de ziektekostenverzekeraar moet geven op



grond van deze regeling, maar voor alle informatie die de verzekeraar moet verstrekken op grond van de bredere informatieverplichting zoals vastgelegd in artikel 40 van de Wet marktordening gezondheidsrecht.

Het is van belang dat de consument tijdig een antwoord op zijn vraag ontvangt. Tijdig betekent in dit geval dat de vraag van de consument zodanig tijdig beantwoord wordt, dat de consument de verkregen informatie redelijkerwijs nog kan inzetten voor het doel waarvoor hij de informatie opgevraagd heeft. In de overstapperiode is tijdig vaak dusdanig tijdig dat de consument de informatie nog kan meewegen in zijn beslissing over het kiezen van een polis, tenzij de consument zodanig laat een (complexe) vraag stelt dat van de verzekeraar niet meer mag worden verwacht dat de vraag voor het einde van de overstapperiode beantwoord kan worden. Wanneer de informatie betrekking heeft op de vergoeding van zorg of het gecontracteerde zorgaanbod weegt de informatie mogelijk mee in de keuze voor een behandelaar of behandeling, en is tijdige informatieverstrekking ook van belang voor de mogelijkheid van de verzekerde om tijdig behandeld te kunnen worden bij een zorgaanbieder. Daarnaast geldt ook voor deze informatie dat deze een rol kan spelen bij het kiezen van een zorgverzekering.

Artikel 8. Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De potentiële verzekerde moet inzicht hebben in de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering. In tegenstelling tot de zorgverzekering (basisverzekering) bestaat er voor de aanvullende ziektekostenverzekering immers geen acceptatieplicht. In de polisvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen verschillende bepalingen staan die de toegang tot de verzekering of de vergoeding beperken. Te denken valt aan:

- a. (medische) vragen bij aanvraag van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- b. wachttijd tot aanspraak bestaat op vergoeding van kosten uit de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

Het is van belang dat de verzekerde tijdig op de hoogte wordt gebracht van de wijzigingen in zowel de zorg- als de aanvullende verzekering (niet alleen bij prolongatie van de verzekering). Onder tijdig wordt verstaan, dat de informatie de verzekerde bereikt, voordat de wijziging ingaat. Het gaat hier om zowel wettelijke veranderingen in de zorgverzekering als veranderingen in de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft doorgevoerd. Verzekerden moeten geïnformeerd zijn over alle wijzigingen ten nadele van de verzekerde in zowel de zorg- als aanvullende verzekering. Deze informatie moet zowel op de website geplaatst worden, als in de polisvoorwaarden worden opgenomen.

Artikel 10. Vergoedingenoverzicht

Een vergoedingenoverzicht is een samenvatting van de polisvoorwaarden. Vergoedingsoverzichten moeten verzekerden op een adequate wijze attenderen op bepaalde uitsluitingen of beperkingen. De NZa realiseert zich dat hierbij een spanning bestaat tussen overzichtelijkheid en volledigheid, maar juist daarom is het van extra belang dat de genoemde disclaimer en de informatie over eigen wettelijke bijdrages opgenomen worden door de verzekeraar.

Artikel 12. Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

Verzekerden moeten hun recht kunnen halen als ze het niet eens zijn met een beslissing van hun zorgverzekeraar. Daarom is het belangrijk dat zij informatie hebben over de mogelijkheid tot het indienen van klachten. Bij een afwijzing van een aanvraag of een klacht, kan de verzekerde een verzoek tot heroverweging van de aanvraag/klacht bij de zorgverzekeraar indienen.

Artikel 13. Algemene informatie over (niet-)gecontracteerde zorg

Consumenten moeten geïnformeerd worden op de zeven onderwerpen zoals genoemd in artikel 13, wanneer contractering mogelijke consequenties kan hebben voor de verzekerde. Onder 'mogelijke consequenties voor de verzekerde' moeten niet alleen financiële consequenties worden verstaan, maar ook andere consequenties voor de verzekerde van het feit dat sprake is/zal zijn van gecontracteerde zorg en eventuele contractuele afspraken die gevolgen kunnen hebben voor de verzekerde. Ook bij een restitutiepolis kan het voor de consument relevante keuze-informatie zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn bij het kiezen van een polis of zorgaanbieder. Wanneer er bijvoorbeeld prijsafspraken bestaan met een gecontracteerde aanbieder, weet een verzekerde dat hij normaliter bij deze aanbieder niet geconfronteerd zal worden met een excessief tarief dat op grond van artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering niet in zijn geheel vergoed mag worden. Ook voor deze polissen moeten de



consumenten daarom geïnformeerd worden over (de gevolgen van) de gecontracteerde zorg.

Bij de keuze voor een polis moet het voor (potentiële) verzekerden inzichtelijk zijn welke gecontracteerde zorgaanbieders deel uitmaken van de modelovereenkomst zodat consumenten kunnen nagaan uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen en hun voorkeur voor een polis kunnen bepalen. Zo kunnen consumenten ook nagaan bij welke zorgaanbieders zij bepaalde voordelen genieten, bijvoorbeeld bepaalde afspraken die de verzekeraar met de zorgaanbieder heeft gemaakt over kwaliteit of dienstverlening en ondersteuning door de verzekeraar in geval van een geschil tussen de verzekerde en de zorgaanbieder.

Onderdeel e) verplicht de verzekeraar tot het publiceren van de tarieflijsten waarover de vergoedingsbeperking van niet-gecontracteerde zorg wordt berekend wordt, wanneer de verzekeraar van dergelijke lijsten gebruik maakt. Het gaat hier om de lijsten met tarieven die de verzekeraar gebruikt voor het berekenen van de maximale vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij natura- of combinatiewolissen zoals beschreven in artikel 29. Wanneer een verzekeraar bij het bepalen of een tarief binnen de bandbreedte van het marktconform tarief valt bij restitutiewolissen gebruik maakt van indicatieve lijsten, kan de verzekeraar er ook voor kiezen om deze te publiceren. Als een door een zorgaanbieder gehanteerd tarief hoger ligt dan het indicatieve tarief op deze lijst, dan weet de restitutieverzekerde dat de verzekeraar, indien dit tarief wordt gedeclareerd/voor vergoeding wordt ingediend, nader onderzoek zal doen naar de vraag of het tarief marktconform is.

Onderdeel f) ziet zowel op de berekeningswijze van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg bij natura- en combinatiewolissen, als op de berekeningswijze van het marktconform tarief bij restitutiewolissen.

Onderdeel g) specificereert dat de verzekeraar de (potentiële) verzekerde moet informeren over hoe de zorgverzekeraar bepaalt welke zorgaanbieder of zorgaanbieders wordt respectievelijk worden gecontracteerd. Dit ziet vooral op de inhoudelijke criteria die worden gehanteerd bij de contractering van zorgaanbieders, voor zover die relevant zijn voor de consument om inzicht te hebben in waarom de ene aanbieder wel en de andere aanbieder niet gecontracteerd is en wat hij van gecontracteerde zorgaanbieders mag verwachten.

Artikel 14. Gecontracteerd zorgaanbod

Consumenten moeten geïnformeerd worden over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn, voor zover dit mogelijke consequenties kan hebben voor de verzekerde. Onder 'mogelijke consequenties voor de verzekerde' moeten niet alleen financiële consequenties worden verstaan, maar ook andere consequenties voor de verzekerde van het feit dat sprake is/zal zijn van gecontracteerde zorg en eventuele contractuele afspraken die gevolgen kunnen hebben voor de verzekerde. Ook bij een restitutiewolis kan het voor de consument relevante keuze-informatie zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn bij het kiezen van een polis of zorgaanbieder. Wanneer er bijvoorbeeld prijsafspraken bestaan met een gecontracteerde aanbieder, weet een verzekerde dat hij normaliter bij deze aanbieder niet geconfronteerd zal worden met een excessief tarief dat op grond van artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering niet in zijn geheel vergoed mag worden. Ook voor deze polissen moeten de consumenten daarom geïnformeerd worden over (de gevolgen van) de gecontracteerde zorg.

Bij de keuze voor een polis moet het voor (potentiële) verzekerden inzichtelijk zijn welke gecontracteerde zorgaanbieders deel uitmaken van de modelovereenkomst zodat consumenten kunnen nagaan uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen en hun voorkeur voor een polis kunnen bepalen. Zo zal de consumenten ook kunnen nagaan bij welke zorgaanbieders zij bepaalde voordelen genieten, bijvoorbeeld bepaalde afspraken die de verzekeraar met de zorgaanbieder heeft gemaakt over kwaliteit of dienstverlening en ondersteuning door de verzekeraar in geval van een geschil tussen de verzekerde en de zorgaanbieder.

Op grond van de Zvw maken ziektekostenverzekeraars de premiegrondslag 6 weken voor het einde van het jaar bekend. In de praktijk betekent dit dat de meeste polissen daarom ook per 19 november of eerder aangeboden worden. Zodra de polis wordt aangeboden moet ook het op dat moment gecontracteerde zorgaanbod bekend worden gemaakt. In de praktijk zal dus op 19 november de meeste polissen en het daarbij horende gecontracteerde aanbod bekend zijn.

Artikel 15. Volumeafspraken en omzetplafonds

Volumeafspraken en omzetplafonds kunnen gevolgen hebben voor een verzekerde. Het bereiken van een omzetplafond kan bijvoorbeeld als gevolg hebben dat de verzekeraar de zorgaanbieder niet meer financiële ruimte biedt om patiënten te behandelen. Wanneer een zorgaanbieder vervolgens patiënten kan weigeren, omdat er geen doorleverplicht of een vergelijkbare constructie is vastgelegd in het



contract tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder, is het voor de consument belangrijk om deze mogelijke consequentie voor het afsluiten van de verzekering te kennen.

Onder 15.2 is bedoeld dat de verzekeraar in of bij het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de zorgkiezer, aangeeft welke afspraken met mogelijke consequenties voor de verzekerde per zorgaanbieder of per type zorgaanbieder zijn gemaakt. Dit betekent niet dat de verzekeraars *real-time* moeten aangeven of het plafond al bereikt is, maar dat in algemene termen voor de consument begrijpelijk wordt uitgelegd wat de afspraken met de zorgaanbieder of soort zorgaanbieder voor de verzekerde kunnen betekenen.

Artikel 16. Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

Artikel 16 ziet op alle verschillende situaties waarin de verzekerde (een deel van) de kosten van een behandeling of dienst zelf betaalt. De verzekerde kan bijvoorbeeld een eigen bijdrage verschuldigd zijn voor de zorg, of een deel van de kosten moeten betalen vanwege het eigen risico. Ook kan het zijn dat de verzekeraar de vergoeding van de behandeling of dienst beperkt, omdat de verzekerde kiest om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, terwijl de zorg tijdig geleverd had kunnen worden door een gecontracteerde zorgaanbieder.

De overeenkomst tussen deze verschillende scenario's is dat het voor consumenten belangrijk is om inzicht te hebben in welke eigen betalingen zij kunnen verwachten vóórdat zij kiezen voor een zorgaanbieder, een behandeling en een polis. Een verzekeraar moet hier inzicht in kunnen geven. Dit betekent dat de verzekeraar alle informatie moet kunnen geven die relevant is voor het berekenen van het totaal aan te verwachten kosten.

Per situatie kan de benodigde informatie verschillen. Het kan zijn dat het voor het inzicht van de consument in de toekomstige kosten van een behandeling of dienst niet noodzakelijk is om alle informatie (onderdeel a t/m e) te krijgen. Wanneer een verzekeraar bijvoorbeeld voor het verrekenen van het eigen risico werkt met een vast tarief voor een type behandeling onafhankelijk van het tarief van een specifieke zorgaanbieder (bijvoorbeeld: een polibezoek heeft een vast tarief voor het eigen risico, ongeacht welke poli bij welke zorgaanbieder), dan hoeft de verzekeraar alleen de onderdelen c, d en e te beantwoorden om de consument een compleet inzicht te geven in de te verwachten kosten.

Er zijn wel een aantal omstandigheden waardoor de verzekeraar soms niet meer dan een inschatting kan geven van de te verwachten kosten. Deze omstandigheden zijn in de uitzonderingsbepalingen gespecificeerd in 16.2, 16.3 en 16.4.

Artikel 16.2 benoemt dat wanneer een consument niet nauwkeurig genoeg kan aangeven welke behandeling of dienst hij verwacht te krijgen, een verzekeraar alleen maar een inschatting geven van de te verwachten kosten. Dit speelt met name bij behandelingen in de medisch specialistische zorg en ggz, waarbij het vooraf vaak niet duidelijk is welke behandeling een consument nodig heeft en de dbc-code van deze behandeling dus ook nog niet duidelijk is. Zonder deze dbc-code kan de verzekeraar vaak alleen een inschatting geven van de te verwachten kosten, en kan de consument dus geen zekerheid krijgen vooraf over de te verwachten kosten.

Artikel 16.3 beschrijft dat wanneer de verzekeraar geen contract heeft gesloten met een zorgaanbieder, niet verwacht kan worden van de verzekeraar dat deze alle benodigde informatie heeft om de consument een compleet antwoord te kunnen geven op welke kosten de consument kan verwachten van een behandeling of dienst bij deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval is het de verantwoordelijkheid van de verzekeraar om de consument uit te leggen dat deze eerst aanvullende informatie bij de zorgaanbieder kan opvragen, zoals het tarief van een behandeling of dienst, en dat de consument daarna met deze informatie terug kan komen bij de verzekeraar om dan alsnog een compleet antwoord te krijgen op de onderdelen bedoeld in artikel 16.1.

Artikel 16.4 geeft aan dat als een zorgverzekeraar *niet kan beschikken* over de prijslijst van de zorgaanbieder, een zorgverzekeraar ook voor gecontracteerde zorg geen uitspraak kan doen over de huidige of toekomstige tarieven. Daardoor kan de verzekeraar geen complete berekening maken voor de consument op alle onder lid 1 genoemde onderdelen, en geeft de verzekeraar de consument in plaats daarvan een indicatie van de te verwachten kosten. We verwachten hierbij van alle partijen dat ze zich zoveel mogelijk inspannen om de prijslijsten zo vroeg mogelijk op te stellen, zodat ze ten minste beschikbaar zijn vanaf het moment dat de nieuwe prijzen gelden. Verzekeraars moeten kunnen aantonen dat ze zich voldoende hebben ingespannen om de prijslijsten tijdig beschikbaar te krijgen, bijvoorbeeld door hierover bepalingen op te nemen in de contracten tussen verzekeraar en zorgaanbieder en de naleving van deze bepalingen zo nodig af te dwingen. Het is de bedoeling dat deze uitzonderingsbepaling zo weinig mogelijk gebruikt zal hoeven worden.



Daarnaast kunnen eigen bijdrages soms tijdens het jaar aangepast worden, zoals de eigen bijdrages voor medicijnen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De verzekeraar kan in dat geval alleen aangeven wat de eigen bijdrage op het moment is, zonder dat dit een garantie is voor de toekomstige eigen bijdrage. Ook kan de verzekeraar voor het te verwachten eigen risico niet overzien welke declaraties nog door zorgaanbieders ingediend worden tussen het moment waarop de consument om de te verwachten kosten vraagt en de daadwerkelijke behandeling. In de praktijk kan dit betekenen dat de verzekeraar het te betalen eigen risico te hoog inschat, omdat de consument/verzekerde in de tussentijd het eigen risico met andere behandelingen of diensten al heeft voldaan.

Artikel 17. Systeem van eigen risico

In de basisverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico aan te bieden. Verder is het mogelijk om kosten van zorggebruik niet ten laste te brengen van het eigen risico (gedifferentieerd). Dit geldt voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Deze drie vormen van het eigen risico beïnvloeden elkaar. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoe de verschillende vormen van het eigen risico elkaar beïnvloeden. De methode van verrekening van het eigen risico moet duidelijk zijn, waaronder ook tot wanneer verrekening van het eigen risico nog kan plaatsvinden.

Wanneer de zorgverzekeraar aangeeft voor welke vormen van zorg het eigen risico niet geldt, kan de verzekeraar ter verduidelijking voor de verzekerde hierbij ook aangeven dat kosten van geneesmiddelen, bloedonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer wel ten laste van het eigen risico komt.

17 lid 1 onder h gaat over hoe hoog het vrijwillig risico is waar de consument bij de verzekeraar voor kan kiezen.

Daarnaast moeten verzekerden goed geïnformeerd worden over de kosten van zorg die zij genoten hebben in verband met de betaling van het eigen risico. De declaratieoverzichten moeten zodanig zijn opgesteld dat deze begrijpelijk en inzichtelijk zijn voor verzekerden zodat zij de gedeclareerde kosten kunnen controleren op juistheid. Met de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg wordt voor medisch specialistische zorg in ieder geval bedoeld, indien van toepassing:

- de consumentenomschrijving van het dbc-zorgproduct, inclusief de code;
- de consumentenomschrijving van het overige zorgproduct, inclusief de code;
- de consumentenomschrijving van de zorgactiviteit(en), inclusief de code.

Artikel 19. Voorkeursbeleid geneesmiddelen

Voor de verzekerde moet het inzichtelijk zijn welke consequenties het geneesmiddelen/preferentiebeleid van zijn zorgverzekeraar voor hem heeft. Algemeen gesteld houdt het preferentiebeleid in dat een zorgverzekeraar binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (middelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde dosering) een voorkeursmiddel aanwijst – meestal het goedkoopste geneesmiddel in die groep – dat hij vergoedt. Hierop zijn diverse varianten mogelijk, zoals de laagste prijs in het taxemodel of het preferentiebeleid onder couvert. Daarnaast wordt door verschillende verzekeraars een andere vorm van geneesmiddelenbeleid gevoerd, zoals het model van laagste prijsgarantie of een vast prijsbeleid (ook pakjesmodel genoemd). Informatie over (de variant van) het geneesmiddelenbeleid dat de verzekeraar voert moet beschikbaar zijn zodat de consequenties ervan voor de verzekerde helder zijn. Het moet duidelijk zijn welke geneesmiddelen in welke situatie en onder welke voorwaarden worden verstrekt.

Artikel 20. Afwijzingsgronden

De zorgverzekeraar kan in sommige gevallen een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijzen. Voor de verzekerde is het dan belangrijk te weten waarom zijn aanvraag is afgewezen. Daarom moet een afwijzing van vergoeding van zorg volledig, juist, tijdig en begrijpelijk zijn onderbouwd in de afwijzingsbrief.

Het kan zowel gaan om een afwijzing van het vergoeden van zorg vooraf aan de zorgverlening, als afwijzing van een declaratie wanneer deze door verzekerde direct is ingediend bij verzekeraar.

Artikel 21. Transparantie over zorgplicht

In het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018) zijn een aantal normen over tijdigheid en bereikbaarheid opgenomen. Onderdeel hiervan zijn de Treeknormen over de tijdigheid van zorg, die in 2000 door het veld zijn vastgesteld.

Wachttijstbemiddeling is soms een wettelijk recht, bijvoorbeeld in het geval van een restitutiepolis.



Daarnaast kan wachtlijstbemiddeling ook aangeboden worden aan verzekerden met een naturapolis. De verzekeraar specificeert op de website voor wie en hoe de wachtlijstbemiddeling beschikbaar is.

Artikel 22. Vergoeding grensoverschrijdende zorg

Verzekerden kunnen gebruik maken van zorg in het buitenland en daarbij een buitenlandse nota indienen bij hun zorgverzekeraar. Het moet dan voor hen vooraf duidelijk zijn onder welke voorwaarden zij buitenlandse nota's kunnen indienen en welke vergoedingen hiervoor gelden.

Daarnaast dienen verzekerden op grond van het Europese recht geïnformeerd te worden over de twee procedures voor vergoeding van zorg in een andere EU-lidstaat: richtlijn nr. 2011/24/EU en Verordening (EG) nr. 883/2004. De verzekerde kan zorg die verzekerd is vanuit de basisverzekering in een andere lidstaat gebruiken. Hierbij is de vergoeding gelijk aan de vergoeding bij zorggebruik in Nederland.¹ Soms kan de verzekerde de volledige kosten van de behandeling in het buitenland vergoed krijgen.² Bij deze procedure heeft de verzekerde toestemming nodig van zijn zorgverzekeraar. Gaat de zorgverzekeraar akkoord, dan worden de volledige kosten van de behandeling vergoed. De verzekerde dient in elk geval geïnformeerd te worden over de voorwaarden voor toestemming, en de vergoeding van kosten.

Artikel 24. Diversiteit van verzekerden en zorginkoop

Deze bepaling beoogt consumenten inzicht te geven in hoe de verzekeraars rekening houden met verschillende groepen verzekerden bij de zorginkoop.

Artikel 25. Gelijke inschrijving verzekeringsplichtigen

Deze bepaling beoogt te waarborgen dat er geen verschillende methodes van inschrijving aan verschillende doelgroepen wordt aangeboden, waardoor het voor sommige doelgroepen moeilijker wordt zich voor een polis in te schrijven.

Artikel 26. Vindbaarheid

Tijdens de controle van de websites in de overstapperiode van 2014 bleek dat sommige informatie wel beschikbaar was op de website, maar ernstig versnipperd en daardoor moeilijk toegankelijk. Deze bepaling beoogt de vindbaarheid van informatie op de site te verbeteren.

Artikel 27. Schriftelijke informatieverstrekking

Deze bepaling regelt welke informatie ten minste in een schriftelijk informatiepakket opgenomen moet zijn, en de informatieverplichtingen van een verzekeraar wanneer deze geen website beheert of laat beheren.

Artikel 28. Gebruik term marktconform tarief

In de praktijk is de definitie van de term marktconform tarief gaan verschillen tussen verschillende zorgverzekeraars. Aangezien een uniforme definitie van de term 'marktconform tarief' voor consumenten van groot belang is om de verschillende polissen in de markt te kunnen vergelijken is door de NZa besloten om in het belang van de consument een uniforme definitie verplicht te stellen. De NZa volgt met deze definitie artikel 2.2 tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering welke als volgt is geformuleerd:

Artikel 2.2 Besluit zorgverzekering

- 1 De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
- 2 Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

¹ Op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU.

² Op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004.



Wij verwijzen naar het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw voor een nadere uitwerking van de verplichtingen rond de zorgplicht van de zorgverzekeraar die uit dit artikel voortvloeien.

Door het uniforme gebruik van de term marktconform tarief zoals dat met deze regeling is geborgd, zal de term voornamelijk gebruikt worden voor het beschrijven van de vergoeding bij restitutiepolissen. Ook bij natura- of combinatiepolissen mag van marktconform tarief worden gesproken, mits 'marktconform' daarbij op dezelfde wijze wordt ingevuld als volgt uit artikel 2.2 tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

De term marktconform tarief mag dus niet meer als synoniem gebruikt worden voor het 'gemiddeld gecontracteerd tarief' of andere varianten hiervan die vaak door verzekeraars gebruikt worden als uitgangspunt om bij natura- en combinatiepolissen de vergoedingsbeperking te berekenen voor niet-gecontracteerde zorg.

Met dit artikel wordt echter geen inhoudelijke wijziging van de vergoeding van zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders beoogd.

De voorgenomen wijziging laat daarom wat de NZa betreft ook onverlet dat bij het voldoen aan het hinderpaalcriterium de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg kan worden gebaseerd op een percentage van het gemiddelde tarief waartegen de zorgverzekeraar de betreffende prestatie heeft gecontracteerd. Dit tarief wordt dan echter niet meer het marktconform tarief genoemd.

Artikel 29. Typering polissen

Om polissen goed te kunnen vergelijken is het belangrijk dat de consument eenvoudig kan zien tot welk type een polis behoort. De NZa schrijft in dit artikel voor dat een verzekeraar voor elke polis moet aangeven tot welke van de volgende drie types polis een verzekering behoort: de naturapolis, de combinatiepolis of de restitutiepolis.

Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg. De verzekerde weet daarom dat als hij een naturapolis afsluit de zorg bij gecontracteerde aanbieders door de verzekeraar betaald wordt, volgens de prijs die de verzekeraar met de aanbieder afgesproken heeft. Ook weet de verzekerde dat als hij een niet-gecontracteerde aanbieder kiest, er vaak vergoedingsbeperkingen gelden. Wanneer bij een polis sprake is van een recht op vergoeding van zorg in plaats van een recht op zorg voor een bepaalde aanspraak of prestatie vanwege feitelijke belemmeringen (inkoop van zorg is door overmacht niet mogelijk) mag de polis alsnog als naturapolis aangemerkt worden. Vooralsnog denken we hierbij alleen aan naturapolissen waarbij vergoeding van zorg in het buitenland is vormgegeven als een recht op vergoeding van zorg. Randvoorwaarde is uiteraard dat duidelijk wordt aangegeven dat ten aanzien van de betreffende prestatie sprake is van een recht op vergoeding in plaats van recht op zorg.

Bij een restitutiepolis is het uitgangspunt dat een verzekeraar de nota van de zorgaanbieder vergoedt, ongeacht of de aanbieder is gecontracteerd of niet. De verzekeraar mag echter niet meer vergoeden dan het marktconforme tarief: als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten mag de verzekeraar dit deel niet vergoeden. Zie voor meer uitleg hierover het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw.

Polissen die een combinatie maken van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen worden aangeduid als 'combinatiepolis'.

Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding. Met het ingaan van dit artikel omvat het type 'combinatiepolis' voortaan ook die polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw maar waarbij, anders dan bij de restitutiepolissen, de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan aangegeven in art. 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

Over de vergoeding van zorg bij restitutiepolissen is veel verwarring geweest. Om deze verwarring weg te nemen, schrijft dit artikel voor dat de termen 'restitutie', 'restitutiepolis', 'natura' en 'naturapolis' exclusief gebruikt worden in de beschrijving van het type polis zoals in het tweede en derde lid van artikel 29 van deze regeling benoemd. Dit betekent dat deze termen niet mogen worden gebruikt voor andere typen polissen. Een 'combinatiepolis' mag dus niet als 'polis met restitutie' worden aangeduid. Dit geldt voor alle informatie die bedoeld is voor de consument, zoals de naam van de polis, reclameuitingen, en informatie op de website. De verzekeraar informeert de consument natuurlijk wel of er sprake is van een polis met recht op zorg of recht op vergoeding van zorg als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw.

Artikel 30. Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

Er wordt een groot aantal polissen aangeboden en polissen kunnen op vele onderdelen van elkaar



verschillen. Daarom is het voor verzekerden, ondanks de informatie die ze op grond van de voorgaande artikelen krijgen, vaak moeilijk om zich te oriënteren. Een extra obstakel hierbij wordt gevormd doordat een deel van de polissen die op het oog anders lijken te zijn inhoudelijk in feite gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Zo worden (nagenoeg) identieke polissen bijvoorbeeld aangeboden door verschillende verzekeraars die onder hetzelfde concern vallen, maar dan onder een andere polisnaam of met een eigen merkbeleving.

De NZa vindt het wenselijk dat verzekeraars transparant zijn over dergelijke (nagenoeg) gelijke polissen. Wanneer polissen die binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden gelijk of nagenoeg gelijk zijn, plaatst elke zorgverzekeraar een overzicht van deze (nagenoeg) gelijke polissen op zijn website. Een voorbeeld van nagenoeg identieke polissen is de situatie waarin sprake is van marginale verschillen tussen twee polissen wat betreft het gecontracteerde aanbod, zoals dat enkele zorgaanbieders meer of minder zijn gecontracteerd. In dit overzicht worden ten minste de elementen zoals opgesomd in het tweede lid van artikel 30 van deze regeling benoemd.

Van een concern in de zin van deze regeling is sprake zodra verschillende ondernemingen organisatorisch met elkaar zijn verbonden en zo een economische eenheid vormen. Daarmee gaat de NZa uit van van de groepsdefinitie op grond van artikel 2:24, onder b, van het Burgerlijk Wetboek. Dat betekent dat wanneer een rechtspersoon de meerderheid van de stemrechten in een andere rechtspersoon uitoefent, of daarin de meerderheid van de bestuurders of commissarissen kan benoemen of ontslaan, die bepalende rechtspersoon als moeder wordt gezien, zoals bedoeld in artikel 2:24, onder a, van het Burgerlijk Wetboek. Alleen het hebben van de meeste aandelen is dan niet allesbepalend. Een rechtspersoon die op grond van een andersoortige regeling, zoals een stemovereenkomst, doorslaggevende invloed heeft kan dus ook een moeder zijn.

Omdat het hier gaat om verzekeraars die op grond van de wet op het financieel toezicht (Wft) onder toezicht van De Nederlandsche Bank staan, is het ook relevant hoe de Wft dit beschrijft. Artikel 1:1 Wft stelt dat ook sprake van een concern of groep kan zijn als 'naar het oordeel van de Nederlandsche Bank, een moederonderneming feitelijk een overheersende invloed uitoefent'. De NZa zal het oordeel van DNB hierin volgen.