

Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

REGELING TH/NR-022

Vastgesteld op 26 oktober 2021

Gelet op artikel 40, vierde lid juncto artikel 38, zevende lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: 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 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.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- 1.1 *ziektekostenverzekeraar*: een zorgverzekeraar en een particuliere ziektekostenverzekeraar, als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3, Wmg.
- 1.2 *consument*: verzekeringsplichtige, verzekerde of patiënt, als bedoeld in artikel 1, onderdeel i, Wmg.
- 1.3 *zorg*: zorg, dienst of handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als gedefinieerd in artikel 1, onderdeel b, Wmg.
- 1.4 *website*: alle websites die de ziektekostenverzekeraar beheert of laat beheeren en waar informatie verstrekt wordt over de polissen die de ziektekostenverzekeraar aanbiedt.
- 1.5 *verzekering*: zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering.
- 1.6 *(niet-)gecontracteerde zorgaanbieder*: een zorgaanbieder die voor een of meer vormen van zorg (niet/deels) door de verzekeraar voor zijn verzekerden is gecontracteerd.
- 1.7 *vermelden op de website*: het beschikbaar stellen van informatie op de website zodanig dat deze:
 - zelfstandig op de website staat en toegankelijk is in de internetbrowser zonder hulp van extra computerprogramma's; of
 - raadpleegbaar is in een los document.
- 1.8 *schriftelijk/op schrift*: zowel op papier als digitaal, bijvoorbeeld via e-mail of via contact door middel van een webformulier.
- 1.9 *collectiviteiten*: werkgevers (in de zin van artikel 18, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw)) en andere rechtspersonen (in de zin van artikel 18, vijfde lid Zvw) die met een zorgverzekeraar een collectiviteitsovereenkomst overeenkomen voor een zorgverzekering zoals bedoeld in artikel 1, sub d, Zvw.
- 1.10 *collectiviteitskorting*: een geldelijk voordeel (als bedoeld in de zin van artikel 18 lid, eerste lid, Zvw) dat de zorgverzekeraar en de collectiviteit overeenkomen, indien:
 - diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden, of
 - natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt, verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst.
- 1.11 *collectiviteitsovereenkomst*: de overeenkomst (als bedoeld in artikel 18, eerste lid, Zvw) tussen zorgverzekeraar en collectiviteit.
- 1.12 *modelovereenkomst*: model van een zorgverzekering (als bedoeld in artikel 1, sub j, Zvw) waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens het desbetreffende model wordt gesloten.
- 1.13 *zorgverzekeraar*: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, sub b, Zvw.
- 1.14 *zorgverzekering*: zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, sub d, Zvw.
- 1.15 *Relevante openbare communicatiekanalen*: dit betreft de publiek toegankelijke communicatiekanalen die de zorgverzekeraar gebruikt om gerichte relevante informatie te verstrekken aan consumenten zoals bijvoorbeeld een website of een voor een ieder geheel of gedeeltelijk toegankelijke applicatie (app).
- 1.16 *Verzekeringsjaar*: Het (gedeelte van het) kalenderjaar waarop de zorgverzekering betrekking heeft. Dit is de verzekerde periode in enig kalender jaar waarin een verzekerde verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Doel van de regeling

Ziektekostenverzekeraars verstrekken relevante informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze informatie bruikbaar is en de consumenten hun keuze daarop kunnen baseren.

Deze regeling beschrijft aan welke eisen de informatie moet voldoen om doeltreffend te zijn voor



consumenten. De informatie moet daarnaast in ieder geval juist, vindbaar, gemakkelijk vergelijkbaar zijn en aansluiten bij de behoefte en vaardigheden van de consument.

Artikel 3 Reikwijdte

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

Artikel 4 Bruikbaarheid van informatie

- 4.1 Informatie voor consumenten moet bruikbaar zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren.
- 4.2.1 De in 4, eerste lid, bedoelde informatie is bruikbaar als die voldoet aan de volgende eisen:
 - a. de informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
 - b. de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt sluit aan bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
 - c. de informatie is juist, niet-misleitend, vindbaar en voor zo ver van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar.
- 4.3 Leden 1 en 2 zijn van toepassing op alle hierna volgende verplichtingen in deze regeling.

Informatie over polissen

Artikel 5 Typering polissen

- 5.1 De zorgverzekeraar maakt alle modelovereenkomsten, voorwaarden en reglementen openbaar via zijn relevante openbare communicatiekanalen.
- 5.2. De zorgverzekeraar stuurt de in 5, eerste lid, bedoelde informatie desgevraagd per post of digitaal aan de consument.
- 5.3 De zorgverzekeraar typeert elke modelovereenkomst als natura, combinatie of restitutie.
- 5.4 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'naturapolis' en 'natura' enkel om modelovereenkomsten 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 Zvw.
- 5.5 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om modelovereenkomsten 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 Zvw 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.
- 5.6 De zorgverzekeraar typeert alle modelovereenkomsten die niet onder het vierde lid of het vijfde lid van dit artikel vallen als 'combinatiepolis'. De zorgverzekeraar geeft daarbij aan voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op 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 Zvw.

Artikel 6 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.

Artikel 7 Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

- 7.1 Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren, dan wel vanuit een individuele zorgverzekeraar, modelovereenkomsten worden aangeboden die 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, vermeldt iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht in ieder geval op de website dat deze modelovereenkomsten gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Daarnaast moet de zorgverzekeraar dit overzicht plaatsen op eventuele andere relevante openbare communicatiekanalen. De zorgverzekeraar benoemt in dit overzicht de verschillen in de modelovereenkomsten. Dit overzicht dient op een direct zichtbare plek te staan waar ook het aanbod van de polissen en de premies van de zorgverzekeraar zijn geplaatst zodat de verzekerde het kan gebruiken bij zijn keuze.
- 7.2 In het in eerste lid bedoelde overzicht benoemt de zorgverzekeraar, in aanvulling op hetgeen in dat lid is aangegeven, ten minste de volgende elementen:
 - a. de naam van de polis;
 - b. de naam van de risicodragende ziektekostenverzekeraar, in het geval de gelijke of nagenoeg



- gelijke polissen binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden;
- c. de premiegrondslag van de polis.

Artikel 8 Informatievoorziening rondom collectieve zorgverzekeringen

- 8.1 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat collectiviteiten met wie hij een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, aan consumenten duidelijk maken:
 - a. Op welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit betrekking heeft;
 - b. Wat het verschil is tussen het aanbod van de collectiviteit en het aanbod van de zorgverzekeraar zonder collectiviteitsovereenkomst.
- 8.2 De zorgverzekeraar die een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, biedt zelf ook informatie over collectiviteiten.
- 8.3 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de informatie, als bedoeld in het eerste lid, ook aan consumenten wordt gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met een collectiviteitsovereenkomst.

Kosten van zorg

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

- 9.1 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.
- 9.2. Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde informatie kan geven, dan moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken. De zorgverzekeraar vermeldt hierbij, indien van toepassing, waar of bij wie de consument de ontbrekende gegevens kan verkrijgen zodat de informatie bedoeld in het eerste lid alsnog kan worden gegeven.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

- 10.1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:
 - a. meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
 - b. neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.
- 10.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde dan:
 - a. meldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat in de polisvoorwaarden en via zijn relevante openbare communicatiekanalen, waarbij hij ook de mogelijke consequenties voor de verzekerde vermeldt, en
 - b. vermeldt de zorgverzekeraar in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht voor de betreffende zorgaanbieder wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor de verzekerde.
- 10.3 De zorgverzekeraar geeft in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht tijdens de overstapperiode aan wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn.

Artikel 11 Geneesmiddelenbeleid

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het geneesmiddelenbeleid, zoals het preferentiebeleid en de (financiële) gevolgen ervan voor de verzekerde/consument. De zorgverzekeraar stelt een overzicht van de preferente geneesmiddelen ter beschikking.

Artikel 12 Vergoeding grensoverschrijdende zorg

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het recht op (vergoeding van) zorg in het buitenland via zijn relevante openbare communicatiekanalen. Deze informatie omvat ook de voorwaarden die gelden voor de vergoeding van zorg in het buitenland, zoals in welke gevallen voorafgaande toestemming is vereist, op welke wijze buitenlandse nota's kunnen worden ingediend als het gaat om restitutie van de



kosten, en welke vergoedingen hiervoor gelden. Daarbij geeft de zorgverzekeraar ook informatie over de European Health Insurance Card (EHIC) of een vervangend document (Provisional Replacement Certificate) welke gebruikt moet worden.

Artikel 13 Afwijzingsgronden

Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst, stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbericht. De afwijzing is in het afwijzingsbericht zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.

Artikel 14 Systeem van eigen risico

- 14.1 De zorgverzekeraar stelt in zijn relevante openbare informatiekanaal alle voor de verzekerde relevante informatie over het verplicht en vrijwillig eigen risico beschikbaar. Dit betreft in ieder geval:
 - a. de hoogte van het eigen risico;
 - b. de vormen van zorg waarvoor het eigen risico niet geldt;
 - c. het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico;
 - d. het verzekeringsjaar waarop het eigen risico betrekking heeft;
- 14.2 Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:
 - a. dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico, zoals bedoeld in artikel 2.17, tweede lid, Besluit zorgverzekering;
 - b. de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;
 - c. de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 14.3 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde adequaat over welke kosten wel of niet zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en legt dit vast in een voor de verzekerde beschikbaar overzicht.

Overige artikelen

Artikel 15 Beantwoording vragen

- 15.1 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten op zodanige wijze dat dit aansluit bij het moment waarop het nodig is en de manier waarop de consument de informatie nodig heeft.
- 15.2 De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord.

Artikel 16 Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare informatiekanaal over de premie, de premiegrondslag en de aspecten die de premie zichtbaar beïnvloeden.

Artikel 17 Opzegmogelijkheden van de verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over hoe en wanneer de verzekering kan worden opgezegd.

Artikel 18 Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 19 Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 19.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerden tijdig over de voor hen nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden.
- 19.2 De ziektekostenverzekeraar publiceert de wijzigingen, zoals bedoeld in het eerste lid, tijdig via zijn relevante openbare communicatiekanalen.

Artikel 20 Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit en de bijbehorende procedure.



Artikel 21 Transparantie over zorgplicht

De zorgverzekeraar verstrekt adequate informatie over normen voor tijdigheid en bereikbaarheid van zorg en de mogelijkheden tot zorgbemiddeling.

Artikel 22 Intrekken oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-017 ingetrokken.

Artikel 23 Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-017 ingetrokken, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van ziektekostenverzekeraars die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

Artikel 24 Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 april 2022. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet. De regeling ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Algemeen

Zorginformatie is vaak complex. Heldere informatie over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van zorg is belangrijk voor het keuzeproces van verzekerden. Onder de zorgkeuze verstaan we bijvoorbeeld het kiezen van een zorgverzekering, het gebruik van cliëntondersteuning of het kiezen van een zorgaanbieder of een behandeling. Lange tijd was het uitgangspunt om zoveel mogelijk informatie voor consumenten beschikbaar te stellen, met bijbehorende administratieve lasten voor ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders. Ondersteuning van het keuzeproces van de consument vraagt echter om een transitie van méér informatie, naar bruikbare informatie.

Bruikbare informatie is informatie die ondersteunend is aan het keuzeproces van consumenten. Factoren die de bruikbaarheid voor consumenten positief beïnvloeden zijn het gebruik van duidelijke taal met concrete voorbeelden en visuele elementen. Wij verwachten dat ziektekostenverzekeraars hier gebruik van maken en dat zij zelf ook onderzoek (laten) doen naar de behoeften van hun verzekerden. Ook verwachten wij dat ziektekostenverzekeraars vanuit hun unieke positie met hun informatieverstrekking de consument begeleiden bij hun zorgkeuze en in ieder geval te allen tijde transparant zijn over de absolute basisinformatie.

De NZa heeft in deze regeling de eisen opgenomen waaraan ziektekostenverzekeraars minimaal moeten voldoen om de benodigde transparantie aan de consument te bieden. We stellen ziektekostenverzekeraars hierbij zo veel mogelijk in de gelegenheid om hun eigen initiatieven te ontplooiën en zelf te bepalen op welke wijze ze aan normen, zoals gesteld in deze regeling en de wet, voldoen (principe based toezicht). Waar nodig grijpen we in, bijvoorbeeld als de informatieverstrekking onvoldoende is of onvoldoende duidelijk is hoe aan de normen voldaan moet worden. Bijvoorbeeld door de doelen nader te duiden, dan wel door de normen anderszins nader in te vullen (rule based toezicht).

Volledigheidshalve merkt de NZa op dat deze regeling invulling en nadere duiding geeft aan de algemene regels van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna Wmg) over informatievoorziening. De onderwerpen die in deze regeling staan benoemd, bevatten geen uitputtende opsomming van alle informatievereisten. In die gevallen die niet expliciet worden genoemd in deze regeling, zijn de algemene regels van de Wmg over informatievoorziening uiteraard gewoon van toepassing.

Artikelsgewijs

Artikel 3 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 op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna Zvw) 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 artikel 40, derde lid, 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 Wet Langdurige Zorg (hierna: Wlz) of misleidend zijn, evenmin als de informatie die de verzekeraar zelf verstrekt. 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 wijzen wij erop dat op grond van artikel 44 Wmg onder meer geldt dat het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 40 tot en met 43a Wmg – waaronder het gestelde in deze regeling – mede van toepassing is ten aanzien van degene die voor een ziektekostenverzekeraar een administratie voert.



Artikel 4 Bruikbaarheid van informatie

Bruikbare informatie is informatie die ondersteunend is aan het keuzeproces van consumenten. De zorgverzekeraar zal daartoe regelmatig onderzoek moeten (laten) doen om inzicht te krijgen in de behoeften van de consument bij dit keuzeproces. Indien de uitkomsten van dat onderzoek daar aanleiding toe geven zal de zorgverzekeraar zijn informatieverstrekking daar op moeten aanpassen.

Daarnaast vinden we het voor het keuzeproces van de consument noodzakelijk dat bij het verstrekken van informatie wordt voldaan aan de volgende drie uitgangspunten.

- a) Informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment
Voor de NZa staat de zorgkeuze van consumenten en het proces dat ze daarbij doorlopen centraal. Het begrip zorgkeuze is breder bedoeld dan alleen de keuze voor een zorgaanbieder. We bedoelen alle zorg gerelateerde keuzes, zoals bijvoorbeeld de keuze voor een zorgverzekering. Consumenten maken verschillende keuzes in verschillende situaties. De informatiebehoefte kan veranderen als de omstandigheden veranderen. Het is daarom van belang dat informatie tijdig wordt verstrekt. Als een ziektekostenverzekeraar informatie te laat verstrekt is deze niet meer te gebruiken c.q. niet meer relevant voor de zorgkeuze waar de consument voor stond. Een consument kan hier nadelige gevolgen van ondervinden. Bij het verstrekken van informatie is het ook van belang om rekening te houden met de zorgfase waarin de consument zich bevindt, maar bijvoorbeeld ook met de ernst van de aandoening. Bij het kiezen van een zorgverzekering heeft de consument onder meer behoefte aan een behapbaar overzicht van de kenmerken van de polis, de verschillen tussen polissen en de bijbehorende premiestelling.
- b) Informatie sluit aan bij de vaardigheden van de consument
Voor consumenten is het – om de informatie te begrijpen – van belang dat de informatie die zij ontvangen aansluit op hun vaardigheden. Dit betekent niet meer informatie dan nodig, dat de informatie voldoende concreet ofwel bruikbaar is, en dat de wijze van presentatie aansluit op de doelgroep. Het gebruik van duidelijke taal met concrete voorbeelden en visuele elementen kunnen hier aan bijdragen. Over het algemeen geldt dat consumenten beperkte tijd, capaciteit en motivatie hebben om alle relevante informatie tot zich te nemen. Consumenten zijn daarnaast in staat om slechts een beperkte hoeveelheid informatie per keer te verwerken. Ook de mate waarin zij de vaardigheid hebben om informatie te vinden, begrijpen en verwerken verschilt per persoon. Het is daarom van belang dat de zorgverzekeraar heeft nagedacht over het middel waarmee hij de informatie verstrekt aan de verzekerde of consument en dat hij hier ook onderzoek naar heeft gedaan. Het middel moet aansluiten bij de behoefte en de vaardigheden van de verzekerde. Het gaat hierbij om het informatiekanaal of het specifieke communicatiemiddel dat door de verzekeraar wordt gehanteerd. Voorbeelden hiervan zijn de website, telefonische informatieverstrekking, schriftelijke informatie, een app of bijvoorbeeld de ‘mijn omgeving’. Hierbij moet ook de afweging worden gemaakt of informatie wel of niet op een openbare wijze moet worden verstrekt.
- c) Informatie is juist, vindbaar en gemakkelijk vergelijkbaar
Om de zorgkeuze van consumenten te vereenvoudigen, moeten zorgverzekeraars informatie verstrekken die juist, vindbaar en gemakkelijk vergelijkbaar is voor consumenten. Onder juist wordt verstaan dat de informatie feitelijk correct is. De informatie mag, op grond van hetgeen reeds in artikel 40, derde lid, van de Wmg is geregeld, bovendien geen afbreuk doen aan het bepaalde bij of krachtens de Wmg, de Zvw of de Wlz, en niet misleidend zijn. Informatie is in ieder geval vindbaar als deze op een logische en toegankelijk plek staat. Of informatie vindbaar is, kan bijvoorbeeld worden bepaald met onderzoek naar gebruikerservaring van eigen verzekerden of patiënten. Vergelijkbaarheid gaat over de uniformiteit waarin informatie wordt aangeboden. Standaardisatie van informatie over bijvoorbeeld soorten modelovereenkomsten helpt consumenten bij het vergelijken en ordenen van de keuze voor een zorgverzekering en ondersteunt daarmee het keuzeproces

Artikel 5 Typering polissen

De zorgverzekeringwet spreekt van modelovereenkomsten, recht op zorg en recht op vergoeding van kosten van zorg. In het dagelijkse taalpraktijk worden echter woorden zoals ‘polissen’ en de termen ‘natura’ en ‘restitutie’ gebruikt. Om de eenheid van taal te borgen sluit de NZa bij de typering van modelovereenkomsten aan bij de begrippen die tevens in de dagelijkse praktijk voorkomen.

De zorgverzekeraar maakt alle polissen, voorwaarden en reglementen openbaar zodat consumenten weten waar ze uit kunnen kiezen. 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 polissen een zorgverzekering behoort: de natura-, de combinatie- 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 zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025).

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.

Het type 'combinatiepolis' omvat ook 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.

De termen 'restitutie', 'restitutiepolis', 'natura' en 'naturapolis' worden exclusief gebruikt in de beschrijving van het type polis zoals in het vierde en vijfde lid van artikel 5 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, reclame-uitingen, 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 6 Gebruik term marktconform tarief

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.

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 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.



Dit artikel heeft geen betrekking op de vergoeding van zorg door niet gecontracteerde zorgaanbieders zoals geregeld in artikel 13 Zvw.

Artikel 7 Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

Polissen kunnen op vele onderdelen van elkaar verschillen. Voor consumenten is vaak onduidelijk waar de verschillen precies zitten. Daarom is het voor verzekerden vaak moeilijk om zich te oriënteren. Een extra obstakel is hierbij dat een deel van de polissen die op het oog anders lijken te zijn, inhoudelijk in feite gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Zo worden identieke polissen bijvoorbeeld aangeboden door verschillende verzekeraars die onder hetzelfde concern vallen, maar dan onder een andere polisnaam of met een eigen merkbeleving aangeboden. De NZa vindt dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn over dergelijke polissen.

Artikel 7.1

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 eigen relevante openbare communicatiekanalen. Een voorbeeld van nagenoeg identieke modelovereenkomsten is de situatie waarin sprake is van marginale verschillen tussen twee modelovereenkomsten wat betreft het gecontracteerde aanbod, zoals dat enkele zorgaanbieders meer of minder zijn gecontracteerd. Ook wanneer polissen die vanuit een individuele zorgverzekeraar worden aangeboden gelijk of nagenoeg gelijk zijn, moet de betreffende zorgverzekeraar het overzicht van deze (nagenoeg) gelijke modelovereenkomsten plaatsen.

De zorgverzekeraar moet het overzicht bij zijn aanbod plaatsen op of via de eigen relevante communicatiekanalen. Hierbij gaat het in ieder geval om de website, maar ook andere relevante openbare communicatiekanalen kunnen onder deze verplichting vallen. Dit is afhankelijk van de vraag welke kanalen de verzekeraar gebruikt om een aanbod te doen aan de verzekerde.

De zorgverzekeraar moet het overzicht altijd op een direct zichtbare plek plaatsen, op de plek waar ook het aanbod van de polissen en de premies staan. Dit kan door het overzicht zelf op deze pagina bij de betreffende informatie te plaatsen of door middel van een duidelijke directe link naar het overzicht op deze plek. Het is namelijk van belang dat voor een consument, tijdens het oriënteren naar een bij hem passende polis, direct zichtbaar is dat naast het aanbod van de zorgverzekeraar een overzicht met (nagenoeg) gelijke modelovereenkomsten bestaat. De verzekerde is zich nog aan het oriënteren als hij zich nog niet heeft ingeschreven voor een specifieke zorgverzekering, maar bijvoorbeeld alleen een premie-aanbod wil bekijken.

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 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.

Artikel 7.2

In het overzicht benoemt de zorgverzekeraar, in aanvulling op hetgeen in het eerste lid van dit artikel is aangegeven, ten minste de naam van de polis, de naam van de risicodragende ziektekostenverzekeraar en de premiegrondslag van de polis. Het onder b genoemde element geldt alleen wanneer polissen welke (nagenoeg) gelijk zijn binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden.

Artikel 8 Informatievoorziening rondom collectieve zorgverzekeringen

Artikel 8.1.

Op basis van artikel 40 Wmg kan de NZa regels stellen over de informatieverstrekking van ziektekostenverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) aan consumenten. De NZa is niet bevoegd om regels te



stellen die collectiviteiten rechtstreeks binden. De informatieverstrekking van de zorgverzekeraar via het collectief mag echter geen afbreuk doen aan het bepaalde bij of krachtens de Wmg, Zvw of Wlz en mag niet misleidend zijn. Dat betekent dat de zorgverzekeraar moet zorgen dat het collectief, waar de zorgverzekeraar een contract mee heeft, aan de verzekerde duidelijk maakt welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit aanbiedt (welke modelovereenkomst, op grond van artikel 18, eerste lid, Zvw, in de collectiviteitsovereenkomst is aangewezen).

Het doel van het artikel is om consumenten te helpen om eenvoudiger te kunnen vaststellen op welke modelovereenkomst een zorgverzekering die via een collectiviteit wordt aangeboden is gebaseerd. De consument kan deze zorgverzekering dan beter vergelijken met andere zorgverzekeringen.

Zorgverzekeraars moeten er voor zorgen dat de collectiviteit duidelijk maakt welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit aanbiedt en welke verschillen bestaan tussen het aanbod van de collectiviteit en de betreffende modelovereenkomst van de zorgverzekeraar. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de eventuele collectiviteitskorting en de eventuele extra dekkingen in de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 8.2.

Deze algemene bepaling vormt een aanvulling op de bepaling in het eerste lid. Waar het eerste lid betrekking heeft op de informatieverstrekking van de aanbieder van de collectiviteiten (bijvoorbeeld een werkgever), heeft deze bepaling betrekking op de informatievoorziening van de zorgverzekeraar. Deze bepaling heeft als doel om zorgverzekeraars informatie te doen verstrekken die consumenten in staat stelt om een vergelijking te maken tussen zorgverzekeringen die met en zonder collectiviteit worden aangeboden. De zorgverzekeraar is in beginsel vrij om te bepalen op welke wijze zijn informatievoorziening bijdraagt aan deze vergelijkbaarheid. Wel moet het voor verzekerden zo direct mogelijk duidelijk zijn om welke modelovereenkomst het gaat en wat de bijbehorende premie en collectiviteitsvoordelen zijn. Hierbij mogen geen extra belemmeringen worden gebruikt door het vragen van onnodige persoonsgegevens zoals leeftijd en geslacht.

Artikel 8.3.

Deze bepaling heeft betrekking op de situatie die zich bijvoorbeeld kan voordoen als een modelovereenkomst met collectiviteit wordt aangeboden door een volmacht of een tussenpersoon.

De toepasbaarheid op volmachten is van belang omdat volmachten optreden namens de zorgverzekeraar maar opereren onder een andere naam. Volmachten worden in de praktijk ook vaak aangeduid als 'merk'. In de praktijk is niet altijd duidelijk dat het merk dat wordt aangeboden niet een zorgverzekering is van de volmacht, maar een modelovereenkomst betreft van een zorgverzekeraar. Op grond van deze bepaling moeten zorgverzekeraars ervoor zorgdragen dat de volmachten, die namens hen collectiviteiten aanbieden, duidelijk maken op welke modelovereenkomst de collectiviteiten betrekking hebben.

De toepasbaarheid op tussenpersonen c.q. intermediairs is – mogelijk – van belang omdat onderzoek heeft aangetoond dat een groot deel van de collectiviteiten wordt aangeboden middels een tussenpersoon (zie bijvoorbeeld: *NZa Monitor Collectieve zorgverzekeringen 2016*, hst. 3.1). Als een tussenpersoon niet geheel zelfstandig optreedt, doordat hij de modelovereenkomst aanbiedt (met collectiviteit) op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar en/of collectiviteiten, dan is artikel 40 lid 3 Wmg evenzeer van toepassing. Dit betekent ook dat de zorgverzekeraar er voor zorg moet dragen dat deze tussenpersonen die een zorgverzekering aanbieden met een collectiviteit – evenzeer als de collectiviteiten – aangeven op welke modelovereenkomst deze zorgverzekering betrekking heeft en welke verschillen tussen beide producten bestaan.

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

Artikel 9.1

Artikel 9 ziet op alle verschillende situaties waarin de consument (een deel van) de kosten van een behandeling of dienst zelf betaalt. De consument 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 consument er voor kiest om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, terwijl de zorg tijdig geleverd had kunnen worden door een gecontracteerde zorgaanbieder. De overeenkomst in al deze situaties is dat het voor consumenten belangrijk is om inzicht te hebben in welke kosten zij kunnen verwachten vóórdat zij kiezen voor een zorgaanbieder, een behandeling of een polis. De verzekeraar moet hier inzicht in kunnen geven. Dit betekent dat de verzekeraar alle informatie moet geven die nodig is voor



de consument om de kosten te kunnen bepalen die hij moet betalen. Het gaat er uiteindelijk om dat de consument zoveel als mogelijk de financiële gevolgen van zijn keuze kan overzien.

Dit omvat bijvoorbeeld de volgende informatie:

- a. het percentage dat de consument zelf zal moeten betalen van een in rekening gebracht tarief voor de betreffende zorg of dienst;
- b. het tarief 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 wettelijke eigen bijdrage die de consument in totaal moet betalen voor de betreffende zorg of dienst;
- d. het eigen risico dat de consument in totaal moet betalen voor de betreffende zorg of dienst;
- e. het totale bedrag dat voor rekening komt van de consument voor de betreffende zorg of dienst.

Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, dan kan van belang zijn dat de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten informeert:

- 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.

Artikel 9.1 en 9.2.

Bij artikel 9.1 gaat het uiteraard om informatie waarover de zorgverzekeraar beschikt of redelijkerwijs behoort te beschikken. Er zijn een aantal situaties te bedenken waarbij van de zorgverzekeraar niet kan worden verwacht 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.

Bijvoorbeeld:

- Wanneer een consument niet nauwkeurig genoeg kan aangeven welke behandeling of dienst hij verwacht te krijgen.
- Wanneer de verzekeraar niet kan beschikken over deze informatie, omdat hij geen contract heeft gesloten met de betreffende zorgaanbieder.
- Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de prijslijst van de zorgaanbieder.

Het is dan wel de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om zodanige inspanningen te verrichten om een zo volledig mogelijke inschatting van de kosten te kunnen geven.

Wanneer een consument niet nauwkeurig genoeg kan aangeven welke behandeling of dienst hij verwacht te krijgen, kan een verzekeraar alleen maar een inschatting geven van de te verwachten kosten. Dit speelt vooral bij behandelingen in de medisch specialistische zorg, 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.

Wanneer de verzekeraar geen contract heeft gesloten met een zorgaanbieder, kan van de verzekeraar niet worden verwacht 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 omtrent de financiële gevolgen van zijn keuze.

Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de prijslijst van de contracteerde zorgaanbieder, zal hij moeten kunnen aantonen dat hij zich voldoende heeft 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. Wanneer de zorgverzekeraar de informatie over de kosten van de zorg niet (volledig) kan verstrekken aan de consument omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar deze informatie zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde voor het overige een indicatie van de kosten.

Daarnaast is het voor de zorgverzekeraar soms alleen mogelijk om aan te geven wat de te verwachten kosten zijn op een bepaald moment. Bijvoorbeeld wanneer eigen bijdrages (zoals voor medicijnen



vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem) tijdens het jaar worden aangepast. 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 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

Dit artikel gaat over de gecontracteerde zorg en de eisen die in dat kader aan de informatieverstrekking worden gesteld. Dit artikel omvat op hoofdlijn de verplichtingen uit de oude artikelen 13 t/m 15 van de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten met kenmerk TH/NR-017 (algemene informatie over (niet) gecontracteerde zorg, gecontracteerd zorgaanbod en volumeafspraken en omzetplafonds). Er is voor gekozen om deze drie artikelen samen te voegen om dat zij alle drie gaan over de gevolgen van contractering voor de consument. Hierbij is ook gekozen voor een nieuwe opzet. Daarbij wordt eerst ingegaan op de mogelijke gevolgen van contractering in zijn algemeenheid en vervolgens op de gevolgen van bepaalde specifieke contracteringsvormen zoals omzetplafonds.

Het artikel is algemeen geformuleerd en is niet enkel gericht op bijvoorbeeld naturapolissen. Bij restitutiepolissen kan ook sprake zijn van contractering. Uitgangspunt is dus de vraag of de contractering of zorginkoop (mogelijk) gevolgen heeft voor verzekerden. Als dat het geval is zal de zorgverzekeraar over die gevolgen transparant moeten zijn.

De verplichtingen van het artikel hebben betrekking op de openbare informatieverstrekking door de zorgverzekeraar over gecontracteerde zorg. Dit is dus informatie die voor een ieder toegankelijk is. Het gaat dus niet over de (financiële) gevolgen van gecontracteerde zorg in de specifieke situatie van een individuele consument. Artikel 9 beschrijft de informatieverplichtingen ten aanzien van (de financiële gevolgen voor) de individuele consument.

Bij de keuze voor een nieuwe zorgverzekering moet het voor consumenten inzichtelijk zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Voor consumenten kan het namelijk relevant zijn uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen. Zo kunnen consumenten ook nagaan bij welke zorgaanbieders zij bepaalde voordelen genieten, bijvoorbeeld bepaalde afspraken die de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder heeft gemaakt over kwaliteit of dienstverlening en ondersteuning door de zorgverzekeraar in geval van een geschil tussen de verzekerde en de zorgaanbieder. Of dat rekening moet worden gehouden met omzetplafonds of volumeafspraken.

10.1

Onder 'mogelijke consequenties voor de verzekerde' moeten niet alleen financiële consequenties worden verstaan, maar ook andere consequenties voor de verzekerde als gevolg 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.

Het oude artikel was specifiek gericht op bepaalde informatie die moest worden verstrekt. Het nieuwe artikel sluit daarentegen aan bij alle informatie over gecontracteerde zorg die de verzekerde nodig heeft. Dat kan soms meer en soms ook minder zijn dan onder de oude verplichtingen het geval was. De verzekeraar heeft met dit nieuwe artikel meer de vrijheid om de informatie te verstrekken die daadwerkelijk relevant is. Wel kan worden verwacht dat bepaalde basisinformatie altijd nodig zal zijn. Denk dan in ieder geval aan:

- a. of er sprake is van gecontracteerde zorg en voor welke zorgvormen;
- b. of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking en hoe groot die beperking is;
- c. indien van toepassing de tarieflijsten met vergoedingen waarover de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt.

Bij het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vermeldt de zorgverzekeraar de voor het



keuzeprocès van de consument relevante informatie. Hierbij is in ieder geval te denken aan de volgende zaken:

- a. hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
- b. wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;
- c. indien van toepassing (zie ook derde lid), een algemeen toelichtende tekst inhoudende:
 - dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn;
 - dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
 - wat de mogelijke gevolgen zijn voor de verzekerde van het afsluiten van een zorgverzekering wanneer nog niet alle contracten zijn afgesloten.
- d. voor welke periode de contracten zijn afgesloten.

10.2

Volumeafspraken en omzetplafonds kunnen gevolgen hebben voor een verzekerde. Het bereiken van een omzetplafond kan bijvoorbeeld als gevolg hebben dat de zorgverzekeraar de zorgaanbieder niet meer financiële ruimte biedt om patiënten te behandelen. Wanneer een zorgaanbieder vervolgens patiënten kan weigeren, omdat er geen doorleverplicht is vastgelegd in het contract tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder of een andersoortige constructie bestaat waardoor op voorhand geregeld is dat de consument geen gevolgen zal ervaren van het bereiken van een afgesproken volume of plafond, is het voor de consument belangrijk om deze mogelijke consequentie voor het afsluiten van de zorgverzekering te kennen.

Artikel 11 Geneesmiddelenbeleid

Voor de verzekerde moet het inzichtelijk zijn welke consequenties het geneesmiddelenbeleid van zijn zorgverzekeraar voor hem heeft. Een voorbeeld van geneesmiddelenbeleid is het preferentiebeleid. 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.

Informatie over 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. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen hoe deze informatie wordt verstrekt zo lang de informatie maar aansluit bij de informatiebehoefte van de consument. Hierbij kan hij bijvoorbeeld kiezen voor initieel een algemene beschrijving van het beleid waarbij de verzekerde desgewenst kan inzoomen en na kan gaan wat de gevolgen van het beleid zijn in zijn specifieke situatie voor zijn geneesmiddel.

Artikel 12 Vergoeding grensoverschrijdende zorg

Verzekerden kunnen gebruik maken van zorg in het buitenland. Het kan gaan om gecontracteerd maar ook om niet-gecontracteerde zorg waarvoor zij een buitenlandse nota indienen bij hun zorgverzekeraar. Het moet dan, net als voor zorg binnen Nederland, voor hen vooraf duidelijk zijn onder welke voorwaarden zij buitenlandse nota's kunnen indienen en welke vergoedingen hiervoor gelden. Ook moet duidelijk zijn in welke gevallen de verzekerde om voorafgaande toestemming moet vragen en wat de consequenties zijn in het geval deze toestemming niet (tijdig) wordt gevraagd.

Als het gaat om niet-geplande zorg binnen de EU, EER en Zwitserland, kan de verzekerde gebruik maken van de European Health Insurance Card (EHIC) in het geval zorg noodzakelijk is geworden gedurende zijn verblijf in een andere lidstaat. Door het gebruik van de EHIC kan worden voorkomen dat de verzekerde zelf de kosten moet voorschieten. De buitenlandse zorgverlener kan de kosten via de EHIC rechtstreeks declareren bij de Nederlandse ziektekostenverzekeraar. Omdat verzekerden vaak niet op de hoogte zijn van het bestaan van de EHIC en de voorwaarden, is het van belang dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden hierover informeert.

Artikel 13 Afwijzingsgronden

De zorgverzekeraar kan in sommige gevallen een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijzen. Voor de verzekerde is het belangrijk uitleg te krijgen waarom zijn aanvraag is afgewezen. Dit stelt een verzekerde ook in staat om de afwijzing door de zorgverzekeraar te controleren. Daarom moet een afwijzing van vergoeding van zorg volledig, juist, tijdig en begrijpelijk zijn onderbouwd in het afwijzingsbericht. 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. Het is ook voor de verzekerde van belang om te weten wat deze kan doen bij een afwijzingsbericht daarom is in artikel 20 van deze Regeling de verplichting voor de zorgverzekeraar



opgenomen dat deze de verzekerde informeert over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit en de bijbehorende procedure.

Artikel 14 *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 (deels) niet ten laste te brengen van het eigen risico (gedifferentieerd). Dit geldt voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn wat de gevolgen van het eigen risico zijn voor zijn aanspraak op vergoeding of zorg. De methode van verrekening van het eigen risico moet duidelijk zijn, waaronder ook tot wanneer verrekening van het eigen risico nog kan plaatsvinden.

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 informatie moet in een overzicht zijn opgenomen en begrijpelijk zijn voor verzekerden zodat zij de gedeclareerde kosten kunnen controleren.

Artikel 15 *Beantwoording vragen*

Deze bepaling verplicht verzekeraars te antwoorden op een wijze die aansluit bij de behoefte van de consument. Dit ziet zowel op het moment waarop de verzekeraar de benodigde informatie aanbiedt aan consumenten als ook de wijze (het communicatiemiddel).

Het is namelijk van belang dat de consument de informatie kan meewegen in zijn beslissing voor bijvoorbeeld een bepaalde behandeling, zorgaanbieder als ook het kiezen van een polis. 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.

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.

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 Wmg.

De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord. Er zijn tegenwoordig polissen die op digitale wijze met de verzekerde communiceren. Indien de verzekerde vraagt om een schriftelijke bevestiging moet een verzekeraar daar wel naar luisteren.

Artikel 16 *Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden*

Voor de consument moet duidelijk zijn waar de premie op is gebaseerd, welke premie hij uiteindelijk moet betalen en door welke zaken de premie wordt beïnvloed.

Hierbij valt te denken aan korting voor het kiezen van een vrijwillig eigen risico of een collectiviteitskorting bij de zorgverzekering, maar ook aan een leeftijdstoelage of een toeslag op de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten. Ten slotte vallen hier ook kortingen op de te betalen premie onder zoals bijvoorbeeld een korting vanwege automatische incasso of jaarbetaling.

Dit geldt voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekering.

Artikel 17 *Opzegmogelijkheden van de verzekering*

Voor de verzekerde moet duidelijk zijn wat de mogelijkheden zijn en op welke wijze en wanneer de verzekering kan worden opgezegd.

Hierbij kan een verzekeraar de volgende mogelijkheden benoemen:

- 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 14a van de Zvw.

Artikel 18 Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekosten verzekering

De consument 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 en dat is niet altijd bekend bij de consument. De zorgverzekeraar moet heel duidelijk en expliciet zijn over bepalingen 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 19 Wijzigingen in de polisvoorwaarden

Het is van belang dat de verzekerde tijdig wordt geïnformeerd over de voor hem nadelige wijzigingen in de zorg- en de aanvullende 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 relevante wijzigingen in zowel de zorg- als aanvullende verzekering.

Artikel 20 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, bijvoorbeeld bij een afwijzingsbericht als bedoeld in artikel 13 van de Regeling. Daarom is het belangrijk dat zij informatie hebben over de mogelijkheid tot het indienen van klachten bij de zorgverzekeraar en de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). 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 21 Transparantie over zorgplicht

Een zorgverzekeraar heeft in geval van een naturapolis een zorgplicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerde (tijdig) de zorg krijgt die hij nodig heeft en waar hij wettelijk aanspraak op heeft. Bij een restitutiepolis betreft de zorgplicht de vergoeding van de kosten van zorg die de verzekerde nodig heeft en waar hij wettelijk aanspraak op heeft, en zorgbemiddeling als de verzekerde daarom verzoekt.

De zorgplicht staat in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Meer uitleg over de zorgplicht geven we ook in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025). Hierin zijn een aantal normen over tijdigheid en bereikbaarheid opgenomen. Onderdeel hiervan zijn de Treeknormen over de tijdigheid van zorg, die door het veld zijn vastgesteld. Daarnaast kan het zijn dat de zorgverzekeraar ook eigen normen hanteert op het gebied van tijdigheid en bereikbaarheid

Consumenten zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden met betrekking tot zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld helpen bij het vinden van een zorgaanbieder met minder lange wachttijsten. De verzekeraar moet er voor zorgen dat zijn verzekerden over adequate informatie kunnen beschikken over voor wie en hoe de wachttijstbemiddeling beschikbaar is.