

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401448

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

NV Zorgverzekeraar UMC te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 31 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 25 april 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 april 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 18 juni 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Na de hoorzitting heeft de commissie aanvullende informatie opgevraagd bij de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft op 29 juni 2025 een aanvullende reactie gestuurd. Een kopie hiervan is aan de zorgverzekeraar gezonden. De zorgverzekeraar heeft op 21 juli 2025 gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan verzoeker gestuurd en hem is de mogelijkheid geboden hierop te reageren. Verzoeker heeft op 27 juli 2025 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 29 juli 2025 aan de zorgverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering UMC Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering)
- 2.2. Verzoeker heeft in 2024 door een gecontracteerde leverancier elastische kousen laten aanmeten die rond 28 juni 2024 aan hem zijn geleverd. De leverancier heeft de kosten rechtstreeks gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Bij brief van 13 juni 2024 heeft verzoeker van de zorgverzekeraar een zorgkostenfactuur ontvangen waarbij een bedrag van € 350,- voor de elastische kousen ten laste van het verplicht eigen risico 2024 is gebracht.

- 2.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 2 juli 2024 en 10 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat enkel de werkelijke kosten van de elastische kousen Medi Mondi AD+SN+SV, drukklasse 3, ten laste mogen komen van het verplicht eigen risico 2024.
- 3.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in zijn brieven van 19 juni 2024 en 7 en 12 juli 2024, dat de elastische kousen al jaren hetzelfde zijn en dat zijn medische indicatie niet is veranderd. Het kan volgens hem niet zo zijn dat dezelfde kousen ineens bijna twee keer zo duur zijn geworden. De leverancier heeft aan verzoeker bevestigd dat in 2024 een hoger tarief wordt gehanteerd voor dezelfde kousen. De werkelijke prijs van de kousen zou volgens verzoeker € 135,- zijn.
- 3.3. Verzoeker stelt dat het gelijkheidsbeginsel wordt geschonden, omdat gelijke gevallen verschillend worden behandeld. Daarnaast stelt hij te worden gediscrimineerd omdat hij in een bepaalde categorie wordt geplaatst met een hoger tarief tot gevolg. De zorgverzekeraar heeft verzoeker niet tijdig geïnformeerd over de wijziging en hierdoor is hem een keuzemogelijkheid ontnomen bij het afsluiten van de verzekering voor 2024. Dit is in strijd met de Regeling informatieverstrekking ziekteverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de Nederlandse Zorgautoriteit. De zorgverzekeraar heeft niet alle informatie verstrekt die verzoeker als consument nodig heeft, en ook de reden van de prijsverhoging is hem niet duidelijk gemaakt. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd welke extra zorg wordt geleverd, maar hierop heeft hij geen antwoord ontvangen. Ook is geen antwoord gegeven op de vraag van verzoeker om geïnformeerd te worden over het laagst gecontracteerde tarief dat de zorgverzekeraar met een leverancier heeft afgesloten voor de onderhavige therapeutische kousen. Verzoeker heeft in totaal vier vragen geformuleerd en de zorgverzekeraar weigert deze te beantwoorden.
- 3.4. In de brief van 22 januari 2025 heeft verzoeker gesteld dat de zorgverzekeraar hem ongevraagd en zonder hem hierover vooraf te informeren in een hoger zorgcluster heeft ingedeeld. Hierdoor betaalt verzoeker meer dan iemand die in een lager cluster zit, terwijl in beide clusters dezelfde therapeutische kousen kunnen worden geleverd. De zorgverzekeraar geeft geen verklaring voor de verdubbeling van de prijs. Verzoeker vindt het verontrustend dat het overeengekomen tarief geen verband houdt met de werkelijke kostprijs. Het Integraal Zorgakkoord heeft als doel de zorg voor de toekomst, goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, en deze afspraken dragen daar niet aan bij.
- 3.5. Verzoeker ervaart het als een belediging van de intelligentie van een verzekerde, nu de zorgverzekeraar stelt dat geen sprake is van een voor hem nadelige wijziging in de polisvoorwaarden. Verzoeker kwam pas achter de wijziging van het tarief nadat hij de zorgkostenfactuur van 13 juni 2024 had ontvangen. Verzoeker probeert al jaren de kosten van zorg te beperken zodat hij de grens van het eigen risico niet overschrijdt.
- 3.6. In zijn aanvullende reactie van 23 april 2025 heeft verzoeker verklaard dat hij contact heeft gezocht met de leverancier, die hem heeft verteld niet te mogen afwijken van de overeengekomen clusterprijzen. De zorgverzekeraar heeft aldus de marktwerking verstoord.

De contractafspraken zijn extreem prijsopdrijvend. De elastische kousen kunnen voor een bedrag van € 245,- worden geleverd.

- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat hij nog steeds geen antwoord heeft gekregen op de concrete vraag wat hij nu meer aan zorg ontvangt dan de vorige keer dat hij de elastische kousen bij de leverancier heeft afgenomen. De uniformiteit waarnaar de zorgverzekeraar verwijst heeft voor een verzekerde geen enkele meerwaarde, maar deze moet wel de dubbele prijs betalen zonder dat hij daarover is geïnformeerd. De menselijke maat is volledig uit het oog verloren.
- 3.8. In zijn reactie van 28 juni 2025 heeft verzoeker stukken van de (bezwaar)procedure bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) overgelegd en gesteld dat de uitkomst hiervan nog niet onherroepelijk is omdat er ook een procedure loopt bij de Nationale ombudsman. De NZa heeft in de (bezwaar)procedure niet zorgvuldig en onvolledig gehandeld en heeft zich beperkt tot de informatievoorziening.
- Tijdens de hoorzitting bij de commissie is door de zorgverzekeraar gesteld dat het maatwerk in cluster 4 de hogere prijs van de elastische kousen rechtvaardigt. Verzoeker vindt dit niet relevant, omdat er altijd maatwerk is geleverd, ook in het lagere cluster waarin hij voorheen was ingedeeld. Verder is aangevoerd dat de hogere prijs kan worden verklaard door het feit dat er soms meerdere kousen noodzakelijk zijn. Verzoeker betwijfelt dit, omdat de kousen jaarlijks worden vervangen en binnen het jaar slechts bij uitzondering meer dan één paar noodzakelijk is. De vergelijking met de DBC-systematiek gaat niet op, omdat deze is bedoeld voor ziekenhuiszorg en niet voor eerstelijnszorg zoals het aanmeten van kousen. Deze vergelijking lijkt alleen bedoeld om het beleid goed te praten.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat het bedrag van € 350,- terecht ten laste is gebracht van het verplicht eigen risico 2024 van verzoeker. Hij heeft hiertoe aangevoerd, in de brief van 2 juli 2024, dat de kosten van elastische kousen vanaf drukklasse 2 worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Het eigen risico is hierop van toepassing. De leverancier bij wie verzoeker de kousen heeft afgenomen is gecontracteerd en deze heeft het juiste tarief gedeclareerd. Vanaf 1 januari 2024 zijn de tarieven voor elastische kousen gewijzigd. De indicatie lymfoedeem valt onder categorie 4. Bij deze categorie hoort het tarief van € 350,-. De inhoud van categorie 4 is als volgt:

“Categorie 4 compressiezorg € 350

Zijn hulpmiddelen die worden ingezet bij verzekerden ten behoeve van de bovenste extremiteiten(voor alle indicaties) en voor de onderste extremiteiten met de volgende indicaties:

- Primair lymfoedeem*
- Secundair lymfoedeem*
- Lipo-lymfoedeem”*

- 4.2. In de brief van 10 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het juist is dat hij, gelet op de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa, verzekerden inzicht moet geven in de kosten van een behandeling of dienst. De zorgverzekeraar geeft echter geen inzage in contractuele afspraken met zorgaanbieders.
- 4.3. In de brief van 6 december 2024 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het overeengekomen tarief geen direct verband heeft met de

kostprijs van het feitelijk geleverde product. De leverancier dient voor dit tarief twee kousen/bandensystemen per aangedane zijde per 12 maanden en/of aanverwante producten, of zo veel meer kousen in die periode, te leveren indien de verzekerde daarop is aangewezen.

- 4.4. Er is een wijziging aangebracht in de clusterindeling, omdat de bestaande indeling niet meer aansloot bij de afspraken zoals die in de markt werden gemaakt. De nieuwe indeling is op verzoek van de leveranciers en in overleg met hen tot stand gekomen. Per 2024 is niet meer de drukklasse van de kous bepalend voor het cluster waarin deze hoort, maar vallen kousen van alle drukklassen bij de indicatie lymfoedeem in cluster 4. De indicatie is aldus leidend gemaakt, in plaats van de eigenschappen van het product. Bij het maken van de afspraken over de tarieven is een andere indeling gekozen met een ander uitgangspunt.
- 4.5. Er is geen sprake van een wijziging in de verzekeringsvoorwaarden en om deze reden is geen wijzigingsinformatie verstrekt zoals bedoeld in artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027). Een wijziging van de met de zorgaanbieders overeengekomen tarieven kwalificeert niet als een voor de verzekerde nadelige wijziging van de polisvoorwaarden.
- 4.6. De gecontracteerde leverancier informeert verzekerden over de hulpmiddelen die geleverd worden, de tarieven die hierbij van belang zijn en eventuele eigen betalingen. Daarnaast had verzoeker contact kunnen opnemen met de zorgverzekeraar bij vragen over de kosten van de elastische kousen. Deze kosten zijn ten laste gebracht van het verplicht eigen risico 2024. Dit heeft gevolgen gehad voor latere, ook aan dit eigen risico onderhevige zorg. Hiervoor is voor die zorg geen of minder eigen risico in rekening gebracht, omdat het verplicht eigen risico van € 385,- reeds was volgemaakt.
- 4.7. In de brief van 25 april 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat, volgens artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-027, de zorgverzekeraar alle informatie geeft die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van de keuzes te overzien wanneer een consument hierom vraagt. De zorgverzekeraar heeft antwoord gegeven op de vragen van verzoeker. Daarnaast had de zorgaanbieder, op basis van artikel 4 van de Regeling transparantie zorgaanbieders, geen verplichting om verzoeker vooraf te informeren over het tarief van de elastische kousen. De contractafspraken zijn concurrentiegevoelig en daarom staan deze niet op de website. Er geldt voor de zorgverzekeraar geen verplichting deze te publiceren.
- 4.8. In aanvulling op de toelichting op de tariefwijziging uit de brief van 6 december 2024, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de wijziging op verzoek van, en in overleg met de leveranciers is gerealiseerd en dat deze aansluit bij medische richtlijnen en kwaliteitskaders zoals de 'Module Compressiehulpmiddelenzorg' die valt onder het 'Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg'. De wijziging zorgt voor betere vergoeding bij zwaardere indicaties en uniformiteit in de uitvoering. De leverancier moet per aangedane zijde minimaal twee kousen per 12 maanden leveren, omdat een wissel nodig is vanwege wassen en afnemende compressiewerking. De prijs die verzoeker noemt, betreft waarschijnlijk slechts één kous per zijde, terwijl het overeengekomen tarief uitgaat van twee.
- 4.9. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat de klacht van verzoeker bestaat uit twee onderdelen. Het gaat enerzijds om de informatievoorziening en anderzijds om de hoogte van het bedrag dat ten laste is gebracht van het verplicht eigen risico 2024. Wat betreft de informatievoorziening heeft verzoeker een handhavingsverzoek ingediend bij de NZa. Dit

verzoek is in behandeling genomen en afgewezen. De wijziging van de clusterindeling, waarop het tweede onderdeel is terug te voeren, valt niet onder de reikwijdte van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027).

- 4.10. Ten aanzien van de verrekening met het verplicht eigen risico 2024 heeft de zorgverzekeraar verder gesteld dat het hem vrij staat contracten te sluiten met leveranciers. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het document 'Handvatten contracteren en transparantie gecontracteerde zorg'. De nieuwe indeling sluit beter aan bij wat gangbaar is in de markt. De medische indicatie van verzoeker valt in cluster 4. Voorheen is een lager tarief betaald aan leveranciers. De nieuwe indeling is vergelijkbaar met de DBC-systematiek bij medisch specialistische zorg en stimuleert de doelmatigheid. Hiermee is tegemoetgekomen aan de wens van de leveranciers en de risico's van extremen zijn hierbij ingecalculeerd.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en het eigen risico, alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de elastische kousen onder bepaalde voorwaarden een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat verzoeker hier redelijkerwijs op is aangewezen. Voorts zijn partijen niet erover verdeeld dat voor 2024 een verplicht eigen risico van € 385,- geldt, dat dit eigen risico van toepassing is op de elastische kousen, en dat ten tijde van de aanschaf het verplicht eigen risico niet was vol gemaakt. Wat hen verdeeld houdt, is in de eerste plaats de hoogte van het bedrag dat voor elastische kousen ten laste is gebracht van het verplicht eigen risico 2024. Deze kousen zijn geleverd door een gecontracteerde leverancier en de zorgverzekeraar heeft bevestigd dat het door de leverancier rechtstreeks gedeclareerde tarief met hem is overeengekomen. Voorts heeft verzoeker gesteld dat de zorgverzekeraar hem over de wijziging van de contractafspraken met de leveranciers had moeten informeren. Hij heeft hiertoe een handhavingverzoek gedaan bij de NZa en een klacht ingediend bij de Nationale ombudsman.
- 6.3. Verzoeker heeft een zogenoemde combinatiepolis afgesloten. De aanspraak op hulpmiddelen is een restitutieaanspraak. In artikel 1.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat:
- “Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.”*

In artikel 1.4 van de voorwaarden staat over zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder:

“Zorg verzekerd op basis van restitutie: Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.”

- 6.4. Verzoeker heeft de elastische kousen bij een gecontracteerde leverancier afgenomen. Op 24 april 2024 heeft de zorgverzekeraar van deze leverancier een declaratie van € 350,- ontvangen voor elastische kousen vanwege lymfoedeem.

Naar de mening van verzoeker is het gehanteerde tarief te hoog. Eerder betaalde hij maar de helft. Voorts bedraagt de “werkelijke prijs” maar € 135,- en kunnen de kousen volgens hem ook voor € 245,- worden geleverd.

De commissie overweegt dat de wetgever aan de verzekeraars een regierol heeft toebedeeld in het zorgstelsel. Zij geven hieraan invulling door de verzekerde zorg en andere diensten in te kopen. In dit verband is van belang dat de zorgverzekeraar heeft toegelicht dat hij met ingang van 2024, samen met de leveranciers, voor een andere systematiek heeft gekozen, waarbij niet de eigenschappen van het product, maar de indicatie bepalend is voor de clusterindeling. Volgens de zorgverzekeraar sluit deze indeling beter aan bij de medische richtlijnen en kwaliteitskaders. Vanwege de indicatie lymfoedeem zijn de elastische kousen van verzoeker sindsdien ondergebracht in cluster 4, waarvoor kennelijk een hoger tarief is overeengekomen dan voorheen voor cluster 3.

Waar het de hoogte van dat overeengekomen tarief betreft, is de “werkelijke prijs” – waaronder de commissie in dit verband de inkoopprijs van de leverancier verstaat – niet bepalend. Ook de stelling van verzoeker dat de kousen voor € 245,- kunnen worden geleverd indien hij deze voor eigen rekening bij de leverancier aanschaft, moet zij voor kennisgeving aannemen. Zoals door de zorgverzekeraar namelijk in zijn brief van 6 december 2024 is uiteengezet, behelst de met de leverancier gemaakte afspraak meer dan de eenmalige levering van het hulpmiddel. Voor het overeengekomen tarief verplicht de leverancier zich twee kousen/bandensystemen per aangedane zijde per 12 maanden en/of aanverwante producten, of zo veel meer kousen in die periode als nodig, te leveren indien de verzekerde daarop is aangewezen. De zorgverzekeraar heeft er derhalve voor gekozen om in dat verband een ‘all-in prijs’ met de leverancier af te spreken en heeft daartoe volgens de commissie ook de vrijheid. De commissie begrijpt dat dit in de situatie van verzoeker vooralsnog nadelig uitpakt, vooral omdat zijn omstandigheden in 2024 niet zijn gewijzigd en ook de levering hetzelfde is als eerdere jaren. Dit kan echter niet tot een ander oordeel leiden.

Mogelijk kan verzoeker de elastische kousen voor een lager bedrag aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier. In dat geval echter zonder eerdergenoemde, door de zorgverzekeraar bedongen garanties. Een mogelijk gevolg hiervan is wel dat bij voortijdige vervanging van het hulpmiddel de te maken kosten opnieuw ten laste van het eigen risico komen.

- 6.5. Tijdens de hoorzitting is gebleken dat verzoeker een handhavingsverzoek over de informatievoorziening door de zorgverzekeraar bij de NZa heeft ingediend. Uit de stukken van deze procedure blijkt dat de NZa op 17 april 2025 in zijn beslissing op bezwaar heeft geconcludeerd dat in het verzoek feitelijk wordt gevraagd een oordeel te vellen over de uitvoering door de zorgverzekeraar. De NZa verklaart niet bevoegd te zijn om de zorgverzekeraar een aanwijzing op te leggen omtrent de beoordeling of de behandeling van een individueel geval. Dat verzoeker over dit onderwerp ook een klacht heeft ingediend bij de Nationale ombudsman neemt de commissie voor kennisgeving aan.

- 6.6. De commissie overweegt met betrekking tot de informatievoorziening dat verzoeker heeft gesteld dat de zorgverzekeraar hem over de gewijzigde afspraken met de leveranciers had moeten informeren zodat hij voor 2024 de keuze voor een andere verzekering had kunnen maken. De commissie merkt hierover op dat een wijziging in de contractafspraken met een zorgaanbieder geen wijziging is van de verzekeringsvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 7:940, vierde lid, BW en artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de Nederlandse Zorgautoriteit. Van een verplichting anderszins tot het informeren over, of openbaar maken van de gewijzigde afspraken is geen sprake. Dit nog los van het feit dat van de zorgverzekeraar het delen van die informatie op de concurrerende markten van respectievelijk verzekeraars en zorgaanbieders niet kan worden verlangd.
- 6.7. Op grond van artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) is de zorgverzekeraar verplicht desgevraagd informatie te verstrekken over de financiële gevolgen van een (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een zorgaanbieder, zodat een consument deze gevolgen kan overzien. De commissie stelt vast dat niet is gebleken dat verzoeker voorafgaand aan de levering van de elastische kousen contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar hierover, zodat laatstgenoemde niet verplicht was verzoeker te informeren. Voorts is gebleken dat de zorgverzekeraar op de vragen van verzoeker heeft gereageerd, althans voor zover dit gegeven de concurrentiegevoelige informatie mogelijk was. Dit betekent dat de zorgverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker niet heeft geschonden.
- 6.8. Wat verzoeker verder heeft aangevoerd over de marktwerking kan niet tot een ander oordeel leiden. Het huidige stelsel gaat uit van marktwerking, waarbij zorgverzekeraars met elkaar concurreren. In dat verband kunnen keuzes worden gemaakt die verzoeker wellicht niet onderschrijft of in zijn geval niet voordelig uitpakken.
Tot slot is van ongelijke behandeling of discriminatie van verzoeker niet gebleken. Zoals hiervoor is uiteengezet, heeft de zorgverzekeraar gekozen voor een andere clusterindeling. Verzoeker wordt in dit verband niet anders behandeld dan andere patiënten met lymfoedeem die zijn aangewezen op elastische kousen, ongeacht de drukklasse.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2025,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

						U heeft recht op 1 paar schoenen.
Injectiespuiten (artikel 2.19 Regeling zorgverzekering), zoals:						
injectiespuiten en injectiepenen met toebehoren	eigendom	apotheek of medisch speciaalzaak	behandelend arts, physician assistant of verpleegkundig specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Bijzonderheden U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) injectiespuiten in combinatie met vergoedbare medicatie waarbij de aandoening langdurig gebruik nodig maakt. Injectiespuiten worden ook vergoed voor het doorspuiten van een PEG voedingssonde. In het algemeen heeft u geen recht op vergoeding van bijkomende middelen die het injecteren vergemakkelijken of comfortabeler maken.
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en functieverlies van lymfevaten bij transport van lymfe (artikel 2.6 onderdeel m Regeling zorgverzekering), zoals:						
therapeutisch elastische kousen (arm en been)	eigendom	SEMH-erkenning TEK	behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist of huidtherapeut	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	Bijzonderheden U heeft recht op 12 maanden zorggarantie. U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) elastische kousen vanaf drukklasse 2. U heeft recht op minimaal 2 kousen per aangedane arm of been.
aan- en/of uittrekhelp voor therapeutisch elastische kousen	eigendom	SEMH-erkenning TEK	zorgaanbieder therapeutisch elastische kousen SEMH-erkenning TEK	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
klittenbandsystemen voor arm en been	eigendom	SEMH-erkenning TEK	behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist of huidtherapeut	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	Bijzonderheden U heeft recht op een klittenbandsysteem als is bepaald dat dit voor u het meest passende hulpmiddel is. Voor het gebruik van hulpmiddelen bij oedeem onderscheiden wij twee fasen: 1. Het voortraject om oedeem te verminderen. Het klittenbandsysteem vervangt het zwachtelen. U heeft recht op 1 klittenbandsysteem. 2. Het natraject om het afgenomen oedeem te behouden. Het klittenbandsysteem vervangt de therapeutische kousen. U heeft recht op 12 maanden zorggarantie (minimaal 2 klittenbandsystemen).
mechanische lymfoedeem compressieapparatuur	bruikleen		behandelend medisch specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	

Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

Vastgesteld in Raad van Bestuur: 12 juni 2023

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 beheren 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. | Kenmerk

Pagina
2 van 8 |
|-----|---|--|
- 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

Kenmerk

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

Pagina
3 van 8**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.

Kenmerk

Pagina
4 van 8

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 op elkaar lijkende polissen

- 7.1 Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren, dan wel vanuit een individuele zorgverzekeraar, modelovereenkomsten worden aangeboden die gelijk zijn of erg op elkaar lijken, vermeldt iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht dat deze modelovereenkomsten gelijk zijn of erg op elkaar lijken. Dit overzicht moet de zorgverzekeraar plaatsen op alle relevante openbare communicatiekanalen. 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 voor een zorgverzekering.
- 7.2 In het in eerste lid bedoelde overzicht benoemt de zorgverzekeraar de voor de (aspirant) verzekerden relevante verschillen in de modelovereenkomsten. In aanvulling daarop worden ten minste de volgende elementen vermeld:
- a. de naam van de polis;
 - b. de naam van de risicodragende ziektekostenverzekeraar, in het geval de gelijke of erg op elkaar lijkende 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:
- d. Op welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit betrekking heeft;
 - e. 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.

Kenmerk

Pagina
5 van 8*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.

Kenmerk

Pagina
6 van 8

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 informatiekanalen 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.

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 informatiekkanalen 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-022 ingetrokken.

Kenmerk

Pagina
8 van 8

Artikel 23 Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-022 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 november 2023. 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.

Ondertekening

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. mr. drs. K. Raaijmakers
wnd. voorzitter Raad van Bestuur



REGELING TH/NR-027

Kenmerk

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 ontplooien en zelf te bepalen op welke wijze ze aan normen, zoals gesteld in deze regeling en de wet, voldoen (principle 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**Kenmerk****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.

Kenmerk

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 feitelijke 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**Kenmerk**

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.

Kenmerk

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 op elkaar lijkende polissen

Polissen kunnen op vele onderdelen van elkaar verschillen. Voor consumenten is vaak onduidelijk waar de verschillen precies zitten. Daarom is het voor verzekerden 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 zijn of erg op elkaar lijken. Zo worden bijna gelijke 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 dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn over dergelijke polissen.

Kenmerk

Artikel 7.1.

De NZa vindt het belangrijk dat er sprake is van een onderscheidend polisaanbod, waarbij er daadwerkelijk iets te kiezen valt voor verzekerden. Het keuzeproces voor verzekerden is al ingewikkeld vanwege de omvang van het polisaanbod en de verschillende keuzemogelijkheden als het gaat om het vrijwillig eigen risico en de aanvullende verzekeringen. Dit proces wordt nog moeilijker voor verzekerden als de polissen erg op elkaar lijken. Om het keuzeproces te vereenvoudigen, moeten polissen die inhoudelijk slechts beperkt van elkaar verschillen daarom in het in dit artikel genoemde overzicht worden opgenomen.

In de praktijk zien wij dat polissen soms maar heel weinig van elkaar verschillen, terwijl dat voor de consument niet duidelijk is. Het gevaar hiervan is dat consumenten op onjuiste gronden een polis kiezen, terwijl er een voor hen betere keuze beschikbaar is bij dezelfde verzekeraar of concern. Voor zorgverzekeraars biedt dit ook de mogelijkheid om te sturen op de samenstelling van groepen verzekerden, bijvoorbeeld aan de hand van het vergoedingspercentage voor niet gecontracteerde zorg of de mate waarin zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Om consumenten beter te faciliteren in een goede keuze voor een zorgverzekering moeten zorgverzekeraars bij hun polisaanbod het in dit artikel genoemde overzicht vermelden.

In het overzicht moeten de voor de consument relevante verschillen worden opgenomen tussen de polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken (bruikbaarheid van informatie).

Wij vinden polissen in ieder geval gelijk of erg op elkaar lijken als er bijvoorbeeld bij die polissen een beperkt verschil is in het gecontracteerde aanbod en/of maar weinig verschillen in de hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Het gaat om de mate waarin de polissen in zijn geheel van elkaar verschillen. Ongeacht de grondslag van de specifieke verschillen, zoals het vergoedingspercentage, de bereikbaarheid en/of het aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Uiteindelijk gaat het om de vraag welke informatie bruikbaar is voor de consument bij de keuze voor een bij hem best passende polis. Hieronder geven wij een aantal voorbeelden van modelovereenkomsten weer die enkel verschillen in aanspraak, gecontracteerd aanbod en/of vergoedingspercentage voor niet gecontracteerde zorg. Hiermee willen wij meer duiding geven aan de vraag wanneer er wel of geen sprake is van erg op elkaar lijkende polissen. Het betreft in dit afwegingskader echter voorbeelden. De zorgverzekeraar zal daarom altijd zelf kritisch moeten beoordelen of polissen erg op elkaar lijken in de zin van artikel 7.

De overige verschillen in modelovereenkomsten zullen naar verwachting niet zo groot zijn dat die modelovereenkomsten niet erg meer op elkaar lijken. Denk dan aan bijvoorbeeld dienstverlening en machtigingsbeleid. De zorgverzekeraar kan dergelijke verschillen wel toelichten in het overzicht met op elkaar lijkende modelovereenkomsten. Als dergelijke verschillen dusdanig groot zijn dat volgens de zorgverzekeraar er toch sprake is van niet erg op elkaar lijkende modelovereenkomsten moet de

zorgverzekeraar dit kunnen onderbouwen. Dit is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar zelf.

Kenmerk

Afwegingskader van voorbeelden van op elkaar lijkende modelovereenkomsten	Oordeel	gevolg
Voorbeeld 1: Verschil in verzekerde aanspraak natura versus combinatiepolis De combinatiepolis verschilt van de naturapolis doordat die op één of meerdere zorgvormen met een relatief kleine omvang restitutieaanspraak biedt. Voor de zorgvormen waarop aanspraak wordt geboden in natura van zowel de natura- als de combinatiepolis geldt een vergelijkbaar gecontracteerde aanbod en een vergelijkbare vergoeding bij ongecontracteerde aanbieders. Onder zorgvormen met een relatief kleine omvang vatten wij zorgvormen zoals mondzorg, ketenzorg of hulpmiddelen. In financiële termen gaat het om een totale schadelast over alle zorgverzekeraars van maximaal 5 miljard euro (prijspeil 2023). Voor de duiding van de vraag wanneer sprake is van een vergelijkbaar gecontracteerd aanbod verwijzen wij naar voorbeeld 6. Voor de duiding wanneer sprake is van een vergelijkbare vergoeding voor niet gecontracteerde zorg verwijzen wij naar voorbeeld 3.	Basisverzekeringen lijken erg op elkaar	Vermelden in overzicht polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken
Voorbeeld 2: Verschil in verzekerde aanspraak restitutiepolis versus combinatiepolis	Basisverzekeringen lijken niet erg op elkaar	NIET vermelden

De combinatiepolis biedt natura-aanspraak op één of twee grotere zorgvormen (zoals ggz én wijkverpleging samen) en restitutieaanspraak op de overige zorgvormen. De restitutiepolis biedt voor alle zorgvormen enkel aanspraak op restitutiebasis. Onder grotere zorgvormen vatten wij zorg met een relatief grote financiële omvang zoals medisch specialistische zorg of GGZ en Wijkverpleging gezamenlijk. In financiële termen kan worden uitgegaan van totale schadelast over alle zorgverzekeraars van minimaal 5 miljard euro (prijspeil 2023) voor een of meer zorgvormen te samen. Bovenstaande betekent dat een restitutiepolis en een combinatiepolis met bijvoorbeeld alleen gecontracteerde huisartsenzorg wel erg op elkaar lijken.			Kenmerk
Voorbeeld 3: Verschil in vergoeding voor ongecontracteerde aanbieders van zorg of diensten Twee naturapolissen met een vergelijkbaar gecontracteerd aanbod, waarbij er sprake is van een verschil in vergoedingspercentage van minder dan 10%. Bijvoorbeeld, de ene basisverzekering vergoedt 70% van gemiddeld gecontracteerd tarief bij niet gecontracteerde zorg en de andere 65%.	Basisverzekeringen lijken erg op elkaar	Vermelden in overzicht polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken	
Voorbeeld 4: Verschil in vergoeding voor ongecontracteerde aanbieders van zorg of diensten van tenminste 10%.	Basisverzekeringen lijken niet erg op elkaar	NIET vermelden	

Twee naturapolissen met een vergelijkbaar gecontracteerd aanbod en een vergelijkbaar vergoedingspercentage voor niet gecontracteerde zorg, behalve bij een of twee grote zorgvormen. Bij die grote zorgvormen is het verschil in het vergoedingspercentage voor niet gecontracteerde zorg tenminste 10%. Voor de duiding van grote zorgvormen verwijzen wij naar voorbeeld 2.			Kenmerk
Voorbeeld 5: Beduidend verschil in de keuzemogelijkheden ten aanzien van aanbieders van zorg of diensten. Twee naturaverzekeringen. Voor beide verzekeringen geldt een vergelijkbare vergoeding bij ongecontracteerde aanbieders. De ene heeft voor alle prestaties de ‘normale ruime’ contractering; de andere heeft voor ten minste een grotere zorgvorm een beduidend selectievere contractering. Denk hierbij aan het scenario dat nagenoeg alle ziekenhuiszorg is gecontracteerd versus de situatie van een selectief gecontracteerd aanbod van ziekenhuizen (Bijvoorbeeld 3/4^e of minder van de ziekenhuizen is gecontracteerd). Voor de contracteergraad wordt uitgegaan van het ongewogen aantal zorgaanbieders. Voorbeelden van modelovereenkomsten met een selectief gecontracteerd aanbod van ziekenhuizen in 2023 zijn: Zilveren Kruis basis budget, ProLife Principe Polis budget, Eucare Natura select, unive gewoon Zekur zorg.	Basisverzekeringen lijken niet op elkaar	NIET vermelden	

Voorbeeld 6: Niet groot verschil in de keuzemogelijkheden ten aanzien van aanbieders van zorg of diensten Twee naturaverzekeringen. Voor beide verzekeringen geldt een vergelijkbare vergoeding bij ongecontracteerde aanbieders. De ene polis biedt voor alle aanspraken volgens de website van de zorgverzekeraar ‘volledige’ of ‘zeer ruime’ keuze uit gecontracteerde zorgverleners; de andere polis biedt ‘ruime’ keuze uit gecontracteerde zorgverleners. Voor de duiding van de begrippen “ruim” en “zeer ruim” sluiten we aan bij het huidige gebruik van deze begrippen door individuele zorgverzekeraars op hun websites. Dit zijn dus geen geüniformeerde begrippen.	Basisverzekeringen lijken erg op elkaar	Vermelden in overzicht polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken	Kenmerk
Voorbeeld 7: Een klein verschil in vergoeding voor ongecontracteerde aanbieders van zorg of diensten en een beduidend verschil in gecontracteerd aanbod Twee naturapolissen, waarbij bij ten minste een van de zorgvormen er een vergoedingsverschil voor niet gecontracteerde zorg is van kleiner of gelijk aan 10%. Tevens is er sprake van selectieve contractering bij een of meerdere aanspraken. Bijvoorbeeld, de ene basisverzekering vergoedt 70% van het gemiddeld gecontracteerd tarief bij niet gecontracteerde zorgaanbieder, de andere 65%, maar er is wel sprake van selectieve contractering voor enkele	Basisverzekeringen lijken niet erg op elkaar	NIET vermelden	

zorgvormen (bijvoorbeeld hulpmiddelen en farmacie).			Kenmerk
Voorbeeld 8: Restitutieverzekeringen Restitutiepolissen lijken vanwege hun restitutiekarakter per definitie op elkaar.	Basisverzekeringen lijken erg op elkaar	Vermelden in overzicht polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken	

Wanneer polissen die binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden gelijk zijn of erg op elkaar lijken, plaatst elke zorgverzekeraar een overzicht van deze erg op elkaar lijkende polissen op zijn eigen relevante openbare communicatiekanalen. Ook wanneer polissen die binnen een individuele zorgverzekeraar worden aangeboden gelijk zijn of erg op elkaar lijken, moet de betreffende zorgverzekeraar het overzicht van deze erg op elkaar lijkende modelovereenkomsten plaatsen.

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 gelijke of op elkaar lijkende modelovereenkomsten bestaat. De consument 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 de voor de (aspirant) verzekerden relevante verschillen in de modelovereenkomsten. Daarnaast

bevat het overzicht 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 op elkaar lijken binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden.

Kenmerk

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 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.

Kenmerk

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.

Kenmerk

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.

Kenmerk

Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de prijslijst van de gecontracteerde 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) gecontracteerd 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 spraken 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.

Kenmerk

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

Kenmerk

- 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.

Kenmerk

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

Kenmerk

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 leeftijdstoeslag 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.

Kenmerk

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**Kenmerk**

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 wachtlijsten. De verzekeraar moet er voor zorgen dat zijn verzekerden over adequate informatie kunnen beschikken over voor wie en hoe de wachtlijstbemiddeling beschikbaar is.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De UMC Eigen Keuze is een combinatieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) of recht op zorg (natura) zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor restitutie heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Voor natura heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Voor Verpleging en verzorging (artikel 14) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (artikel 25 en 37) maakt u gebruik van zorg in natura. Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen.

Zorg verzekerd op basis van restitutie

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Maakt u voor Verpleging en verzorging (artikel 14) en GGZ (artikel 25 en 37) gebruik van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 90% van de gemiddelde tarieven, zoals wij deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 90% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Zorg verzekerd op basis van restitutie

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25 en 37), Farmaceutische zorg (artikel 34 Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 36) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De UMC Eigen Keuze is een combinatieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) of recht op zorg (natura) zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor restitutie heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Voor natura heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Voor Verpleging en verzorging (artikel 14) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (artikel 25 en 37) maakt u gebruik van zorg in natura. Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen.

Zorg verzekerd op basis van restitutie

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Maakt u voor Verpleging en verzorging (artikel 14) en GGZ (artikel 25 en 37) gebruik van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 90% van de gemiddelde tarieven, zoals wij deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 90% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Zorg verzekerd op basis van restitutie

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25 en 37), Farmaceutische zorg (artikel 34 Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 36) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er