

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202400397

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
 - (i) hem de twee maanden premie uit 2021 kwijt te schelden waarop het bedrag van € 320,24 mede ziet, alsmede de in rekening gebrachte incassokosten van € 40,-;
 - (ii) de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot de datum van beëindiging te herstellen;
 - (iii) e-mail als rechtmatige communicatievorm te accepteren alsmede een andere mogelijkheid te bieden om in 'Mijn VGZ' te komen dan via DigiD;
 - (iv) een vaste contactpersoon zijn brieven te laten beantwoorden, zoals eerder was afgesproken;
 - (v) het bedrag van € 21,70 dat op 15 mei 2024 werd afgeschreven kwijt te schelden, en
 - (vi) het voor de onderhavige procedure betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker voldoende en duidelijk is geïnformeerd over de te betalen bedragen naar aanleiding van het eerdere bindend advies. Ook is hij voldoende geïnformeerd over de afwijzing van zijn verzoek om kwijtschelding van het openstaande bedrag. Er bestaat geen aanleiding hiertoe over te gaan. De aanvullende ziektekostenverzekering wordt niet hersteld zolang het bedrag openstaat.
- 1.2. De commissie beslist tot afwijzing van het verzoek. Het bedrag van € 360,24 heeft betrekking op twee maandpremies voor de herstelde aanvullende ziektekostenverzekering uit 2022 die bij verzoeker bekend waren na een eerder bindend advies, en één maandpremie voor december 2023 die bij verzoeker bekend was aan de hand van het afgegeven polisblad. De te betalen premie betreft een brengschuld, zodat het verzuim automatisch intreedt en de ziektekostenverzekeraar hierover niet apart bericht hoefde te sturen. Overigens is dit, gelet op de stukken die de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd, wel gebeurd, maar heeft dit bericht verzoeker naar zijn zeggen niet bereikt. Ook hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet ertoe leiden dat de achterstallige premie moet worden kwijtgescholden. De commissie overweegt verder dat de aanvullende ziektekostenverzekering, gelet op de hiervoor geldende voorwaarden, mocht worden beëindigd. Omdat verzoeker hierdoor met ingang van 11 april 2024 niet meer is verzekerd voor het verplicht eigen risico, dient hij ook de nota ter zake van € 21,70 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. De ziektekostenverzekeraar mag verder DigiD vereisen voor het gebruik van de 'Mijn Omgeving', zeker nu hij verzoeker ook de mogelijkheid biedt de betreffende informatie op verzoek per post te ontvangen. De ziektekostenverzekeraar is vrij in de keuze van communicatiemiddelen, en is niet verplicht via e-mail te communiceren, mits hij dan wel op andere wijzen bereikbaar is.

Dat is in deze situatie het geval. Voorts heeft het niet communiceren via de vaste contactpersoon geen verdere gevolgen, hoewel het de ziektekostenverzekeraar zou sieren indien hij zich aan de hierover gemaakte afspraak zou houden. Tot slot kan de commissie niet treden in de beslissing van de ziektekostenverzekeraar brieven, gericht aan de Raad van Bestuur, bij mandaat te laten beantwoorden door de 'afdeling klachtenmanagement'. Er bestaat onder de gegeven omstandigheden geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 27 maart 2024 een klacht ingediend bij de SKGZ. Op 6 mei 2024 heeft een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen telefonisch met verzoeker gesproken. Verzoeker heeft bij die gelegenheid meegedeeld dat hij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Op 7 mei 2024 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat dezelfde dag per brief aan verzoeker is bevestigd. Op 8 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 7 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na de hoorzitting heeft de commissie, zoals afgesproken, de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een aanvullende reactie te geven op de vraag of bij de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering rekening is gehouden met het reeds door verzoeker betaalde bedrag in verband met het eigen risico. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een reactie gegeven. Dit e-mailbericht is op 2 augustus 2024 aan verzoeker gezonden, met de mogelijkheid hierop uiterlijk 9 augustus 2024 te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 augustus 2024 meegedeeld deze termijn in verband met een korte vakantie wellicht niet te halen, maar heeft niet verzocht om uitstel en heeft ook in de weken erna niet meer gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en tot 11 april 2024 waren ten behoeve van hem tevens de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket, Herverzekeren Verplicht Eigen Risico (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.
- 3.2. De commissie heeft bij bindend advies van 16 oktober 2023 (GcZ 16 oktober 2023, 202201833) beslist dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met betrekking tot de maanden september en oktober 2022 moet herstellen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden;

(iii) het meer of anders door verzoeker gevorderde wordt afgewezen.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2023 getracht een bedrag van € 320,24 te incasseren van de bankrekening van verzoeker. Verzoeker heeft een machtiging verleend tot automatische incasso van een bedrag van maximaal € 226,10 per maand. Dit bedrag bestaat uit de maandpremie voor twee personen van totaal € 206,10, en een bedrag van € 20,- in verband met een betalingsregeling. De incasso door de ziektekostenverzekeraar van € 320,24 werd daarom door de bank geweigerd. Verzoeker heeft het bedrag van € 320,24 hierna niet op een andere wijze voldaan.
- 3.4. Bij brief van 17 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een laatste aanmaning gestuurd voor het bedrag van € 320,24, dat op dat moment was vermeerderd met € 40,- incassokosten. De totale vordering werd daarmee € 360,24. In de brief is verder meegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden geroeyeerd als dit bedrag niet voor 11 april 2024 werd betaald. Vervolgens heeft geen betaling plaatsgevonden en is de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 11 april 2024 beëindigd.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 25 maart 2024 en e-mailbericht van 2 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
 - (i) hem de twee maanden premie uit 2021 kwijt te schelden waarop het bedrag van € 320,24 mede ziet, alsmede de in rekening gebrachte incassokosten van € 40,-;
 - (ii) de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot de datum van beëindiging te herstellen;
 - (iii) e-mail als rechtmatige communicatievorm te accepteren alsmede een andere mogelijkheid te bieden om in 'Mijn VGZ' te komen dan via DigiD;
 - (iv) een vaste contactpersoon zijn brieven te laten beantwoorden, zoals eerder was afgesproken;
 - (v) het bedrag van € 21,70 dat op 15 mei 2024 werd afgeschreven kwijt te schelden, en
 - (vi) het voor de onderhavige procedure betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn e-mailbericht van 7 mei 2024 aan de commissie aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar heeft getracht een bedrag van € 320,24 van zijn bankrekening te incasseren. Kennelijk zag dit op twee maandpremies uit 2021 waarvan de commissie in het eerdere bindend advies heeft geoordeeld dat deze door verzoeker moeten worden voldaan. De incasso kwam echter pas maanden na het uitbrengen van het bindend advies en verzoeker heeft hiervan geen voorafgaand bericht van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Hij heeft in eerdere correspondentie met de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij geen hoog inkomen heeft, en om die reden graag van tevoren weet welke bedragen hij verschuldigd is, voordat deze van zijn bankrekening worden afgeschreven. Verder heeft hij de ziektekostenverzekeraar, nadat de incassopoging was gedaan, gevraagd alsnog de lopende premie van zijn rekening te incasseren en de twee maandpremies apart bij hem in rekening te brengen. De ziektekostenverzekeraar was daartoe echter niet bereid. Deze werkwijze van de ziektekostenverzekeraar brengt verzoeker in de financiële problemen, en dit komt bij herhaling voor. Ter compensatie verzoekt hij thans kwijtschelding van de premiebedragen uit 2021.
- 4.3. Verzoeker heeft verder gesteld dat hij alleen nog algemene brieven ontvangt van 'het team klachtenmanagement', en niet meer van zijn vaste contactpersoon. Deze had hij ten tijde van de eerdere procedure bij de commissie toegewezen gekregen. Ook brieven en e-mailberichten die hij richt aan de Raad van Bestuur worden door deze afdeling beantwoord. Voorts heeft verzoeker opgemerkt dat hij van mening is dat verzekerden die geen gebruik maken van DigiD worden achtergesteld, benadeeld en gediscrimineerd. Er moet een andere manier komen om te kunnen

inloggen in 'Mijn VGZ'. Dit kan nu enkel met DigiD. De ziektekostenverzekeraar dient tevens e-mail als rechtmatige communicatievorm te accepteren en hiertoe een e-mailadres ter beschikking te stellen.

- 4.4. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 8 mei 2024, gericht aan de commissie, benadrukt dat hij op dit moment niet aanvullend verzekerd is, en verzocht deze verzekering met terugwerkende kracht te herstellen. In eerdere correspondentie heeft hij toegelicht dat bij hem geen sprake is van een achterstand van vier maanden of meer, zodat de aanvullende ziektekostenverzekering niet mocht worden beëindigd.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij heel duidelijk is geweest in de e-mailberichten die hij heeft gestuurd. Het gaat om een afboeking die van tevoren niet is gecommuniceerd. Dit is een probleem dat in een vorige klacht uitvoerig is besproken. Hij verwacht dat als er van zijn rekening geld wordt afgeschreven - hij heeft een automatische incassomachtiging afgegeven - het vertrouwen niet wordt misbruikt om bedragen af te schrijven waarvan hij op voorhand niets weet. Hij hoort van tevoren te worden geïnformeerd en misschien zelfs te worden gevraagd of een bedrag kan worden afgeschreven. Hij heeft een bescheiden AOW en hiermee komt hij uit, maar niet wanneer onverwacht vreemde bedragen worden geïncasseerd. Van het afgeschreven bedrag wist hij in de eerste plaats niet wat het was, en hij is er ook niet naar gevraagd of dit wel paste. Verder komt hierbij dat dit bedrag vele maanden nadat er over is gesproken is geïncasseerd. Het gaat er dus niet om dat hij niet goed vond dat de premie alsnog werd geïncasseerd, maar het gaat erom dat de tijd tussen het bindend advies en het moment van afschrijven te lang is. Alleen al om die reden is het juist dat er van tevoren wordt gecommuniceerd dat er nog moet worden betaald, met daarbij de vraag of het goed is dit te incasseren. Als dit te lastig is, moet in ieder geval van tevoren worden meegedeeld wat er wordt geïncasseerd. Na het laatste fiasco in 2021 en 2022 waar men bedragen heeft geïncasseerd en die voor andere dingen heeft gebruikt zonder dit vooraf met hem te bespreken, heeft hij de bank gevraagd of er een mogelijkheid bestaat dat er tot een bepaald bedrag mag worden afgeschreven. Sindsdien wordt alleen maar toegestaan om een vooraf afgesproken bedrag te incasseren. De premie kan om die reden keurig worden geïncasseerd, maar elk hoger bedrag niet. Hij weet wat hij schuldig is aan de ziektekostenverzekeraar, namelijk de premie voor de zorgverzekering en aanvullende verzekering en eventueel een betalingsregeling van een eerdere schuld. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om kwijtschelding omdat hij veel tijd heeft gestoken in deze zaak, mede omdat de vaste contactpersoon niet reageerde. Maar die kwijtschelding werd hem geweigerd. Verder werd de aanvullende verzekering voor de zoveelste keer beëindigd, en dan is er nog het probleem met de brieven die hij heeft gestuurd aan de Raad van Bestuur. De aanvullende verzekering is geroyeerd. Er zijn hiervoor schriftelijke regels, en deze laten niet toe dat de aanvullende verzekering wordt geroyeerd nadat er twee maanden geen premie is betaald. In het eerdere bindend advies is gezegd dat het niet juist is deze verzekering steeds te royeren. Het tweede punt is de premiespecificatie die zou zijn verzonden voordat er is afgeboekt. Als hij deze brief zou hebben gekregen, had hij hierop onmiddellijk gereageerd. Schijnbaar heeft hij deze premiespecificatie voor de afboeking nooit gekregen. Op het moment dat hij zag dat er een vreemd bedrag werd afgeboekt heeft hij de klachtenafdeling hierover direct geschreven. Hierop werd, als gezegd, bij herhaling niet gereageerd. Er is nooit persoonlijk contact opgenomen door de verzekeraar om hem te vertellen wat er aan de hand was. Verder is hij van mening dat DiGiD niet veilig is. Dan kan communicatie alleen per brief, en niet digitaal, omdat de ziektekostenverzekeraar hiervoor heeft gekozen. Met betrekking tot de Raad van Bestuur merkt hij op dat hij ten minste een brief had verwacht van de secretaresse dat de klacht serieus wordt genomen en wordt doorgezet naar de afdeling Klachten.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de vordering van € 360,24 terecht is. Hij heeft hiertoe in zijn brieven van 25 maart 2024 en 2 april 2024 aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering na het bindend advies van 16 oktober 2023 met terugwerkende kracht is hersteld. Dit betekent dat er over de betrokken maanden alsnog premie in rekening

wordt gebracht. Het bedrag van € 320,24 kon niet worden geïncasseerd. Inmiddels zijn hier incassokosten bij gekomen. Verzoeker heeft de factuur ook na aanmaningen hiertoe niet voldaan. Bij een betalingsachterstand van ten minste vier maanden wordt de aanvullende ziektekostenverzekering geroyeerd. Dit is bij verzoeker ook gebeurd. Verzoeker is verder erop gewezen dat indien hij niet betaalt, de vordering zal worden overgedragen aan een incassobureau.

- 5.2. Bij brief van 7 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 21,70 in rekening gebracht. Dit bedrag ziet op het verplicht eigen risico en dient door verzoeker te worden voldaan.
- 5.3. In zijn brief aan de commissie van 7 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in het eerdere bindend advies van de commissie is bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht moest worden hersteld. Het herstel is uitgevoerd, en de premie voor september 2022 en oktober 2022 voor een bedrag van totaal € 122,10 is, samen met de lopende premie voor december 2023 - die betrekking heeft op twee personen - bij verzoeker in rekening gebracht. Het bedrag kwam daarmee op totaal € 320,24. Op 18 november 2023 is hierover een brief gestuurd aan verzoeker, waarin een en ander is toegelicht. Op 27 november 2023 is een automatische incasso uitgevoerd, waarna het geïncasseerde bedrag op 30 november 2023 is teruggeboekt. Op 1 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een storeringsbrief gezonden. Verzoeker heeft daarop een bericht aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd met de vraag het openstaande bedrag te verduidelijken en dit vervolgens kwijt te schelden. Op 27 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar uitleg gegeven over de vorderingen. Verder is meegedeeld dat het openstaande bedrag niet wordt kwijtscholden, met als reden dat dit niet is bepaald in het bindend advies. Op 7 januari 2024 is een betalingsherinnering gestuurd en op 4 februari 2024 een eerste aanmaning. In deze laatste brief is ook vermeld dat als niet tijdig wordt betaald, dit zal leiden tot beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op 17 maart 2024 is verzoeker een laatste aanmaning gezonden met dezelfde mededeling. Daarbij is benoemd dat de aanvullende ziektekostenverzekering bij niet-betaling op 11 april 2024 zou worden beëindigd. De ziektekostenverzekeraar mag hiertoe overgaan gelet op het bepaalde in artikel 6.5a van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op 15 april 2024 is de vordering overgedragen aan een incassogemachtigde.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoeker voldoende en duidelijk is geïnformeerd over de te betalen bedragen naar aanleiding van het eerdere bindend advies. Ook is hij voldoende geïnformeerd over de afwijzing van zijn verzoek om kwijtschelding van het openstaande bedrag. Er bestaat geen aanleiding hiertoe over te gaan. De aanvullende ziektekostenverzekering wordt niet hersteld zolang het bedrag openstaat. Wel is het mogelijk de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari van het jaar waarin wordt betaald te herstellen. Hiervoor is noodzakelijk dat het bedrag ineens wordt voldaan. Daarna wordt met terugwerkende kracht de bijbehorende premie in rekening gebracht.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering is beëindigd omdat sprake was van een premieachterstand. In het eerdere bindend advies is afgesproken dat de aanvullende verzekering zou worden hersteld als de premie werd betaald. Op 18 november 2023 is aan verzoeker een brief gestuurd dat een bedrag werd afgeschreven eind november en waaruit dit bedrag bestond. Verzoeker heeft deze brief ontvangen. Als hij het bedrag niet ineens kon betalen, had hij contact kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar om daarover iets af te spreken. Dit is niet gebeurd. Er zijn veel klachten van verzoeker. Het is niet te doen om hiervoor één persoon aan te wijzen, omdat er wordt gewerkt met een afdeling Klachten. Sommige klachten passen qua specialisatie beter bij een bepaalde (andere) medewerker. Ook voor zorginhoudelijke informatie wordt met verschillende afdelingen gewerkt. De vaste contactpersoon probeert zoveel mogelijk om de klachten van verzoeker in behandeling te nemen, maar dit lukt niet altijd. Hij is ook op dit moment met verlof, wat de reden is dat hij de afgelopen tijd niet heeft gereageerd. Met betrekking

tot het punt aangaande DigiD wil de verzekeraar verzoeker bedanken voor zijn voorstel. De ziektekostenverzekeraar is niet verplicht de systemen aan te passen op de wensen van een individuele verzekerde. Er is voor gekozen gebruik te maken van DigiD. In twee bindende adviezen van de commissie (202102116 en 201900905) is overwogen dat DigiD mag worden gebruikt door de zorgverzekeraars. Met betrekking tot het gebruik van e-mail is een bewuste keuze gemaakt dit niet te doen. Daarbij zijn de voor- en nadelen meegenomen. Dit biedt gemak aan verzekerden, maar wordt als minder veilig aangemerkt. De aanvullende verzekering is terecht beëindigd, zoals verwoord in artikel 3.5 van de voorwaarden. In dit dossier is meerdere malen aan verzoeker uitgelegd waarom dit bedrag in rekening is gebracht en dat naar aanleiding daarvan niet is betaald.

- 5.6. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanvullende verzekering, VGZ Gemeentepakket, Herv verzekeren Verplicht Eigen Risico €0, per 1 april 2024 is beëindigd. In de periode tussen 1 januari en 31 maart 2024 is € 363,30 aan eigen risico verbruikt. Dit bedrag is op grond van artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden van VGZ Gemeentepakket niet doorberekend aan verzoeker. Na de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering is een bedrag van € 21,70 aan eigen risico verbruikt en bij verzoeker in rekening gebracht. Bij de berekening van het eigen risico is dus rekening gehouden met de beëindiging van de aanvullende verzekering per 1 april 2024.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de verschuldigdheid van premie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-027' en toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Incasso bedrag € 360,24

- 7.2. In het bindend advies van de commissie van 16 oktober 2023 is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met betrekking tot de maanden september en oktober 2022 moet herstellen. In overweging 8.5 is opgenomen dat daar tegenover staat "dat verzoeker, zoals hij tijdens de mondelinge behandeling ook volmondig bevestigde, voor deze maanden de overeengekomen premie is verschuldigd". De ziektekostenverzekeraar heeft een brief, gedateerd 18 november 2023 en gericht aan verzoeker, in deze procedure overgelegd, waaruit volgt dat deze premiebedragen uit 2022 samen met de lopende premie voor december 2023 op korte termijn zouden worden geïncasseerd. Vervolgens werd op 27 november 2023 een automatische incasso voor een bedrag van totaal € 360,24 uitgevoerd, waarna op 30 november 2023 een terugboeking volgde. Naar de commissie begrijpt vindt dit laatste zijn oorzaak in het feit dat verzoeker een maandelijks limiet heeft ingesteld en dit bedrag deze limiet overschreed. Verzoeker stelt de brief van 18 november 2023 niet te hebben ontvangen, en hij is van mening dat hij de premie voor de maanden september en oktober 2022 niet langer hoeft te voldoen. Hetzelfde geldt wat hem betreft voor de premie voor de maand december 2023, omdat de ziektekostenverzekeraar geen nieuwe automatische incasso heeft uitgevoerd binnen een redelijke termijn na de mislukte poging. De commissie merkt hierover

op dat met het uitbrengen van het eerdere bindend advies op 16 oktober 2023 bij verzoeker bekend was dat hij alsnog premie voor de herstelde aanvullende ziektekostenverzekering diende te betalen voor de maanden september en oktober 2022. Dat hij de lopende premie was verschuldigd voor de maand december 2023 was hem eveneens bekend, aan de hand van het afgegeven polisblad 2023. Bij de premie gaat het om een zogenoemde brengschuld en treedt het verzuim automatisch in indien niet tijdig wordt betaald. Dat het door de ingestelde limiet niet mogelijk was de premiebedragen te incasseren is een omstandigheid die volledig in de risicosfeer van verzoeker ligt. Overigens had hij aan de hand van de af- en bijschrijvingen kunnen vaststellen dat een incassopoging was gedaan en hierop alsnog zelf actie kunnen ondernemen door tot betaling over te gaan. Dit heeft hij echter nagelaten. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over zijn financiële positie, het niet-ontvangen van de toelichtende brief en de termijn waarbinnen de incasso plaatsvond kan niet leiden tot kwijtschelding van de drie verschuldigde maandpremies. Verzoeker is dan ook gehouden deze aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Aangezien verzoeker na diverse aanmaningen, waarvan er ten minste één door verzoeker zelf is overgelegd en dus door hem is ontvangen, heeft nagelaten het openstaande bedrag te betalen, is hij tevens gehouden de inmiddels opgekomen incassokosten ten bedrage van € 40,- te voldoen.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.3. Gelet op het bepaalde in artikel 6.5 onder a van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering kan de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering opzeggen, ontbinden of schorsen als sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5. Artikel 3.5 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Als wij de door u verschuldigde premie gedurende een periode van 2 maanden niet kunnen incasseren, ondanks dat u een machtiging voor automatische incasso heeft afgegeven, zal de gemeente daarvan op de hoogte worden gesteld. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per de 1e dag van de 2e maand, volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Als de volledige betalingsachterstand wordt omgezet in een aflossingsafpraak of betalingsregeling, dan is er weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg op grond van de aanvullende verzekering per de dag van de 2e maand, aansluitend op de maand waarin de betalingsregeling is overeengekomen en vastgelegd."

Anders dan verzoeker veronderstelt, hoeft derhalve geen sprake te zijn van een achterstand van vier maandpremies of meer om de aanvullende ziektekostenverzekering te kunnen beëindigen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 7 januari 2024 een herinneringsbrief en op 4 en 25 februari 2024 een eerste respectievelijk tweede aanmaning per post gezonden. Verzoeker heeft de ontvangst van deze brieven niet betwist. De laatste aanmaning van 17 maart 2024 is door verzoeker bij de stukken gevoegd, zodat hij ook deze heeft ontvangen. Hierin is vermeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden beëindigd met ingang van 11 april 2024 indien niet werd betaald. Het staat vast dat het openstaande bedrag niet door verzoeker is voldaan, zodat de beëindiging met ingang van 11 april 2024 mocht plaatsvinden.

Incasso bedrag € 21,70

- 7.4. Bij brief van 7 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een zorgkostenfactuur gestuurd, met de mededeling dat een bedrag van € 21,70 zou worden geïncasseerd. Dit bedrag is rond 17 mei 2024 van de rekening van verzoeker afgeschreven, waarop hij het heeft laten storneren. Gelet op de specificatie die de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd, heeft het bedrag betrekking op een nota van de apotheek, die ten laste is gebracht van het verplicht eigen risico. Voorheen had verzoeker een verzekering ter dekking van de het verplicht eigen risico, waardoor hij hiervoor geen aparte nota's van de ziektekostenverzekeraar ontving. Met de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 11 april 2024 is deze regeling komen te vervallen en is verzoeker zelf gehouden de onder het verplicht eigen risico vallende kosten te voldoen. Niet in geschil is dat de kosten van geneesmiddelen meetellen voor het verplicht eigen risico. Voorts is gesteld noch gebleken dat het verplicht eigen risico al was 'volgemaakt'. Verzoeker is daarom gehouden het bedrag van € 21,70 aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.

DigiD en communicatie via e-mail

- 7.5. Zoals de commissie eerder heeft overwogen (vgl. GcZ 2 juni 2022, 202102116) is het gezien de Wet elektronisch berichtenverkeer Belastingdienst, de Regeling voorzieningen GDI en de Zorgverzekeringswet, voor zorgverzekeraars toegestaan DigiD te gebruiken. Een privaatrechtelijke organisatie mag gebruikmaken van DigiD als deze op basis van een wettelijke grondslag is belast met de uitvoering van een publieke taak - in dit geval de uitvoering van de Zorgverzekeringswet -, de organisatie vanwege een wettelijke grondslag over het Burger Service Nummer mag beschikken (zie artikel 4, eerste lid, Zorgverzekeringswet), en de taak waarvoor DigiD wordt gebruikt een publieke taak is. Voor zover het de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst op grond van de Zorgverzekeringswet betreft, is aan alle genoemde voorwaarden voldaan. De commissie ziet derhalve geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten toegang tot de 'Mijn omgeving' te bieden anders dan via gebruikmaking van DigiD. De volgende vraag is of verzoeker verplicht is in te loggen in de 'Mijn omgeving' door gebruik te maken van DigiD. Een zodanige verplichting bestaat niet, en de ziektekostenverzekeraar legt verzoeker deze ook niet op. Op verzoek kan hij immers de door hem gewenste informatie per post van de ziektekostenverzekeraar ontvangen.
- 7.6. Voor zover het gaat om de door verzoeker gewenste communicatie per (reguliere) e-mail merkt de commissie het volgende op. In artikel 15.2 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-027' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is bepaald: "De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord." Blijkens de toelichting op de regeling is in bepaalde gevallen namelijk uitsluitend digitale communicatie met de verzekeraar mogelijk. Hierbij is aangetekend dat: "Indien de verzekerde vraagt om een schriftelijke bevestiging een verzekeraar daar wel naar [moet] luisteren." Uit de polisvoorwaarden blijkt niet van een keuze, door de ziektekostenverzekeraar, voor één bepaald communicatiemiddel. Op de website zijn bij contactmogelijkheden een chatbox en een telefoonnummer genoemd. Op basis van het voorgaande concludeert de commissie dat een verzekerde de ziektekostenverzekeraar op verschillende manieren kan benaderen met een vraag. De ziektekostenverzekeraar is niet verplicht gebruik te maken van e-mail als communicatiemiddel. Wel is hij gehouden de beantwoording van eventuele vragen van een verzekerde - desgevraagd - schriftelijk te bevestigen. Dit laatste vormt overigens in dit geval geen onderwerp van geschil.

Vaste contactpersoon en beantwoording brieven, gericht aan de Raad van Bestuur

- 7.7. Volgens verzoeker heeft hij met de ziektekostenverzekeraar de afspraak gemaakt dat een vaste contactpersoon werd aangewezen waarmee hij kon corresponderen. Dit ging enige tijd goed, maar inmiddels ontvangt verzoeker brieven van de 'afdeling klachtenmanagement'. De

ziektekostenverzekeraar heeft hierop in zijn brief aan de commissie van 7 juni 2024 geen verweer gevoerd, zodat de commissie ervan uitgaat dat de afspraak er ligt en deze niet wordt nagekomen. Het zou de ziektekostenverzekeraar sieren indien hij de afspraak alsnog nakomt, hetzij door de contacten te laten verlopen via dezelfde contactpersoon dan wel een andere daartoe aangewezen persoon, en hij verzoeker hierover informeert. Verdere consequenties zijn hieraan evenwel niet verbonden. Verder ontvangt verzoeker ook antwoorden van de 'afdeling klachtenmanagement' als hij zijn correspondentie richt aan de Raad van Bestuur. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover toegelicht dat de afdeling klachtenmanagement een mandaat heeft om brieven, gericht aan de Raad van Bestuur, te beantwoorden. Dit betreft interne besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar waarin de commissie niet kan treden.

- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat alle onderdelen van het verzoek worden afgewezen. Om die reden bestaat geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 september 2024,

H.A.J. Kroon

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 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving of in de app.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
 - c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.
Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.4. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:
 - a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
 - b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
 - c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te

betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.

U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.5.6. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer in aanmerking komt voor de voordelen uit de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag bieden wij u een andere aanvullende verzekering van VGZ aan. Wilt u deze aanvullende verzekering(en) wijzigen of opzeggen? Dan kunt u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de andere aanvullende verzekering(en) aan ons doorgeven.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
- d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.

3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als wij de door u verschuldigde premie gedurende een periode van 2 maanden niet kunnen incasseren, ondanks dat u een machtiging voor automatische incasso heeft afgegeven, zal de gemeente daarvan op de hoogte worden gesteld. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per de 1e dag van de 2e maand, volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Als de volledige betalingsachterstand wordt omgezet in een aflossingsafpraak of betalingsregeling, dan is er weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg op grond van de aanvullende verzekering per de 1e dag van de 2e maand, aansluitend op de maand waarin de betalingsregeling is overeengekomen en vastgelegd.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.4. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

Om gebruik te kunnen maken van de voordelen uit de collectieve overeenkomst heeft u als aanvulling op deze aanvullende verzekering een zorgverzekering VGZ Ruime Keuze nodig, en bent u verzekeringsplichtig in de zin van de Zorgverzekeringswet. Er geldt geen medische selectie. U kunt zich bij ons aanmelden voor het VGZ Gemeentepakket Compact, VGZ Gemeentepakket Compleet of VGZ Gemeentepakket Compleet met € 0 eigen risico als u behoort tot de groep van inwoners waarvoor uw gemeente een overeenkomst met ons heeft afgesloten.

6.2.2. Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de polis.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2024 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2024. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen VGZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

Let op

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.
- als wij op grond van artikel 3.2.2 een andere aanvullende verzekering hebben aangeboden.

Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- b. als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- c. als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- d. als u gehandeld heeft met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In de gevallen a tot en met d kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

- e. vanaf de dag dat u niet meer in aanmerking komt voor de voordelen uit de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag bieden wij u een andere aanvullende verzekering van VGZ aan. Wilt u deze aanvullende verzekering(en) wijzigen of opzeggen? Dan kunt u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de andere aanvullende verzekering(en) aan ons doorgeven.
- f. als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgverleners of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw aanvullende verzekering(en) hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

TH/NR 027

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: verzekeringplichtige, 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.
- 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:
- o diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden, of
 - o 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.

Kenmerk

Pagina
2 van 8

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

*Overige artikelen***Artikel 15 Beantwoording vragen**

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

Artikel 16 Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

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

Artikel 17 Opzegmogelijkheden van de verzekering

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

Artikel 18 Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

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

Artikel 19 Wijzigingen in de polisvoorwaarden

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

Artikel 20 Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

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

Artikel 21 Transparantie over zorgplicht

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

Artikel 22 Intrekken oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-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 keuzeprocess 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 keuzeprocess van de consument vraagt echter om een transitie van méér informatie, naar bruikbare informatie.

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

De NZa heeft in deze regeling de eisen opgenomen waaraan ziektekostenverzekeraars minimaal moeten voldoen om de benodigde transparantie aan de consument te bieden. We stellen ziektekostenverzekeraars hierbij zo veel mogelijk in de gelegenheid om hun eigen initiatieven te ontplooiën en zelf te bepalen op welke wijze ze aan normen, zoals gesteld in deze regeling en de wet, voldoen (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 zorgverzekeringswet 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
<p>Voorbeeld 1: Verschil in verzekerde aanspraak natura versus combinatiepolis</p> <p>De combinatiepolis verschilt van de naturapolis doordat die op één of meerdere zorgvormen met een relatief kleine omvang restitutieaanspraak biedt.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Voor de duiding van de vraag wanneer sprake is van een vergelijkbaar gecontracteerd aanbod verwijzen wij naar voorbeeld 6.</p> <p>Voor de duiding wanneer sprake is van een vergelijkbare vergoeding voor niet gecontracteerde zorg verwijzen wij naar voorbeeld 3.</p>	<p>Basisverzekeringen lijken erg op elkaar</p>	<p>Vermelden in overzicht polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken</p>
<p>Voorbeeld 2: Verschil in verzekerde aanspraak restitutiepolis versus combinatiepolis</p>	<p>Basisverzekeringen lijken niet erg op elkaar</p>	<p>NIET vermelden</p>

			Kenmerk
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Bovenstaande betekent dat een restitutiepolis en een combinatiepolis met bijvoorbeeld alleen gecontracteerde huisartsenzorg wel erg op elkaar lijken.</p>			
<p>Voorbeeld 3: Verschil in vergoeding voor ongecontracteerde aanbieders van zorg of diensten</p> <p>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%.</p>	Basisverzekeringen lijken erg op elkaar	Vermelden in overzicht polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken	
<p>Voorbeeld 4: Verschil in vergoeding voor ongecontracteerde aanbieders van zorg of diensten van tenminste 10%.</p>	Basisverzekeringen lijken niet erg op elkaar	NIET vermelden	

<p>Twee naturopolissen 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%.</p> <p>Voor de duiding van grote zorgvormen verwijzen wij naar voorbeeld 2.</p>			Kenmerk
<p>Voorbeeld 5: Beduidend verschil in de keuzemogelijkheden ten aanzien van aanbieders van zorg of diensten.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	Basisverzekeringen lijken niet op elkaar	NIET vermelden	

			Kenmerk
<p>Voorbeeld 6: Niet groot verschil in de keuzemogelijkheden ten aanzien van aanbieders van zorg of diensten</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	Basisverzekeringen lijken erg op elkaar	Vermelden in overzicht polissen die gelijk zijn of erg op elkaar lijken	
<p>Voorbeeld 7: Een klein verschil in vergoeding voor ongecontracteerde aanbieders van zorg of diensten en een beduidend verschil in gecontracteerd aanbod</p> <p>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.</p> <p>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</p>	Basisverzekeringen lijken niet erg op elkaar	NIET vermelden	

zorgvormen (bijvoorbeeld hulpmiddelen en farmacie).			Kenmerk
<p>Voorbeeld 8: Restitutieverzekeringen</p> <p>Restitutiepolissen lijken vanwege hun restitutie karakter per definitie op elkaar.</p>	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.

Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de prijslijst van de contracteerde zorgaanbieder, zal hij moeten kunnen aantonen dat hij zich voldoende heeft ingespannen om de prijslijsten tijdig beschikbaar te krijgen, bijvoorbeeld door hierover bepalingen op te nemen in de contracten tussen verzekeraar en zorgaanbieder en de naleving van deze bepalingen zo nodig af te dwingen. Wanneer de zorgverzekeraar de informatie over de kosten van de zorg niet (volledig) kan verstrekken aan de consument omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar deze informatie zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde voor het overige een indicatie van de kosten.

Daarnaast is het voor de zorgverzekeraar soms alleen mogelijk om aan te geven wat de te verwachten kosten zijn op een bepaald moment. Bijvoorbeeld wanneer eigen bijdrages (zoals voor medicijnen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem) tijdens het jaar worden aangepast. De verzekeraar kan in dat geval alleen aangeven wat de eigen bijdrage op het moment is, zonder dat dit een garantie is voor de toekomstige eigen bijdrage.

Ook kan de verzekeraar voor het te verwachten eigen risico niet overzien welke declaraties nog door zorgaanbieders ingediend worden tussen het moment waarop de consument om de te verwachten kosten vraagt en de daadwerkelijke behandeling. In de praktijk kan dit betekenen dat de verzekeraar het te betalen eigen risico te hoog inschat, omdat de consument/verzekerde in de tussentijd het eigen risico met andere behandelingen of diensten al heeft voldaan.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

Dit artikel gaat over de gecontracteerde zorg en de eisen die in dat kader aan de informatieverstrekking worden gesteld. Dit artikel omvat op hoofdlijn de verplichtingen uit de oude artikelen 13 t/m 15 van de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten met kenmerk TH/NR-017 (algemene informatie over (niet) 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 sprake zijn van contractering. Uitgangspunt is dus de vraag of de contractering of zorginkoop (mogelijk) gevolgen heeft voor verzekerden. Als dat het geval is zal de zorgverzekeraar over die gevolgen transparant moeten zijn.

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 leeftijdstoelage of een toeslag op de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten. Ten slotte vallen hier ook kortingen op de te betalen premie onder zoals bijvoorbeeld een korting vanwege automatische incasso of jaarbetaling.

Dit geldt voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekering.

Artikel 17 Opzegmogelijkheden van de verzekering

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

Hierbij kan een verzekeraar de volgende mogelijkheden benoemen:

- a. tot en met 31 december van jaar t kan een verzekerde zijn zorgverzekering opzeggen voor het jaar t+1;
- b. de wijze waarop de verzekering opgezegd moet worden;
- c. de verzekerde is verplicht om vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten;
- d. bij afsluiting van de zorgverzekering tussen 1 januari en 1 februari gaat de verzekering met terugwerkende kracht in per 1 januari;
- e. de mogelijkheid om op te zeggen als de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt ten nadele van de verzekerde en de wijziging niet voortvloeit uit of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a van de Zvw.

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
 - a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
 - b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e.