

# Self assessment transparantie zorgverzekeraars

## Inleiding

In dit document treft u het self assessment transparantie aan. Met dit self assessment kunt u als ziektekostenverzekeraar nagaan of u voldoet aan de beleidsregel *Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten*. De NZa gebruikt dit self assessment bij haar toezicht.

## Invullen van het self assessment

Dit self assessment bestaat uit transparantievragen. Deze komen één op één voort uit de checklist van de beleidsregel *Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten*<sup>1</sup>. De items in het self assessment zijn belangrijk vanuit het oogpunt van het consumentenbelang en komen voort uit onderzoeken en signalen die de NZa heeft ontvangen. Het is relevant dat ziektekostenverzekeraars deze informatie publiceren.

Het self assessment bestaat uit gesloten vragen. Bij ieder item staat een toelichting en de toetsingspunten van de NZa. Daaronder kunt u aangeven, door middel van het aanvinken van een hokje, of u aan de toetsingspunten van de NZa voldoet<sup>2</sup>. Als u aangeeft dat de informatie op de website beschikbaar is, moet u tevens de hyperlink vermelden waar de informatie vermeld staat.

Als bij een item blijkt dat u niet voldoet aan de toetsingspunten van de NZa, verwacht de NZa dat u zelf actie onderneemt om dit te corrigeren. U moet een toelichting geven op de afwijking van de toetspunten van de NZa en de getroffen verbetermaatregelen beschrijven (het zogenaamde comply-or-explain principe). De NZa beoordeelt de verbetermaatregelen en neemt zonodig contact met u op.

## Toezicht meer op afstand

Bij de informatieverstrekking aan verzekerden gaat de NZa uit van de eigen verantwoordelijkheid van ziektekostenverzekeraars. Ziektekostenverzekeraars hebben belang bij goede informatieverstrekking aan hun (potentiële) verzekerden. Vanwege het grote consumentenbelang en vanwege de taak van de NZa om toezicht te houden op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars, blijft de NZa wel toezicht houden, maar wat meer op afstand dan voorgaande jaren. Als uit de ingevulde self assessments en uit signalen die de NZa ontvangt, blijkt dat de informatieverstrekking van ziektekostenverzekeraars aan (potentiële) verzekerden goed geborgd is, zal de NZa haar toezicht op de informatieverstrekking verminderen ('verdiend vertrouwen'). Dit kan zowel in intensiteit (aantal items dat in het self assessment is opgenomen) als periodiciteit (bijv: tweejaarlijks ipv jaarlijks).

## Gebruik van het self assessment door de NZa

De NZa beoordeelt de ingevulde vragenlijsten, of u voldoet aan de toetsingspunten en, indien nodig, of er verbetermaatregelen zijn getroffen. De NZa kan steekproefsgewijs controles uitvoeren. Als bij deze controles afwijkingen worden geconstateerd neemt de NZa contact op en

---

<sup>1</sup> [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>2</sup> Bij informatieverstrekking op de website wordt niet bedoeld dat verwezen wordt naar de modelovereenkomst, een reglement of een pdf-document op de website waarin de informatie te vinden is. De informatie dient 'zelfstandig' op de website te staan.

kan zij zonodig handhavend optreden. Daarnaast zal de NZa het self assessment gebruiken op het moment dat zij signalen ontvangt.

**Kenmerk**  
10D0036520

Op grond van artikel 61 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bent u verplicht het self assessment in te vullen. Daarenboven moet dit self assessment volledig en naar waarheid worden ingevuld (artikel 63 Wmg). De NZa verzoekt u het ingevulde self assessment uiterlijk **XXX** toe te sturen aan: *transparant.toezicht@nza.nl*. Indien u het self assessment niet of te laat aanlevert kan de NZa zonodig handhavingsinstrumenten inzetten. Per ziektekostenverzekeraar moet u één self assessment invullen<sup>3</sup>. Wanneer u met volmachten werkt, moet u het self assessment ook door iedere volmacht laten invullen. Indien wenselijk kunnen de volmachten het ingevulde self assessment zelf rechtstreeks naar de NZa opsturen. De ziektekostenverzekeraar blijft echter verantwoordelijk voor de verstrekte informatie.

**Pagina**  
2 van 18

Indien u vragen heeft over het invullen van het self assessment dan kunt u deze per e-mail stellen aan: *transparant.toezicht@nza.nl*.

---

<sup>3</sup> Uitzondering hierop is alleen mogelijk als de websites van twee of meer zorgverzekeraars die onder hetzelfde concern vallen inhoudelijk compleet identiek zijn en de zorgverzekeraars dezelfde werkprocessen hebben.

## Gegevens

Naam zorgverzekeraar:

Postadres:

Naam contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Kunt u aangeven welke afdelingen betrokken zijn geweest bij het invullen van dit self assessment (meerdere antwoorden mogelijk):

- Afdeling marketing
- Afdeling communicatie
- afdeling compliance/IAD
- andere afdeling, namelijk

Voor welke websites heeft u onderstaand self assessment ingevuld? De zorgverzekeraar hoeft maar één self assesment in te vullen maar wel voor alle onder zijn beheer vallende websites.<sup>4</sup>

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

De website wordt regelmatig door een consumentenpanel onderzocht of informatie goed te vinden is

- Ja
- Nee

Uw website wordt regelmatig door een consumentenpanel onderzocht of verzekerden de content begrijpen

- Ja
- Nee

---

<sup>4</sup> enkele zorgverzekeraars hebben voor specifieke polissen (bijvoorbeeld een polis die gericht is op jongeren) een aparte website. Ook hebben labels vaak een aparte website. Alle websites voor zorgverzekeringen die u beheert moeten voldoen aan de eisen uit de beleidsregel.

# Self assessment transparantievragen

Kenmerk  
10D0036520

Pagina  
4 van 18

## 1. Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

*Toelichting:* voor de (potentiële) verzekerde moet informatie over de hoogte van de premie en de eventuele korting die wordt geboden beschikbaar zijn. Het moet inzichtelijk zijn wat de financiële consequenties zijn van de keuze die hij wil maken.

*Toetsingspunten NZa:* de volgende punten over de premiegrondslag, type polis en aspecten die de premie beïnvloeden moeten op uw website en op de offerte vermeld zijn:

- premiegrondslag zorgverzekering;
- hoogte netto premie;
- premie aanvullende verzekering inclusief eventuele leeftijd- of regioafhankelijkheid;
- Type polis: of er sprake is van een restitutiepolis of een naturapolis;
- in geval van restitutiepolis: of er sprake is van (gedeeltelijk) gecontracteerde zorg of zonder gecontracteerde zorg.

Indien van toepassing:

- kortingen vrijwillig eigen risico;
- toeslag op de premie aanvullende verzekering (absoluut of procentueel) als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten<sup>5</sup>;
- incassokosten;
- eventuele betalingskorting
- Bij volmachten het vermelden van de naam van de risicodragers.

Alle bovenstaande punten over de premiegrondslag, type polis en aspecten die de premie beïnvloeden zijn (voor zover van toepassing) op de website vermeld<sup>6</sup>:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

Alle bovenstaande punten over de premiegrondslag en aspecten die de premie beïnvloeden zijn (voor zover van toepassing) op een offerte vermeld:

- Ja  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op de offerte:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 2. Opzegmogelijkheden van de (aanvullende) zorgverzekering

<sup>5</sup> Hieronder vallen ook éénmalige administratiekosten voor het afsluiten van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering.

<sup>6</sup> De NZa verwacht dat de ziektekostenverzekeraar deze informatie zodanig presenteert dat de verzekerde dit in onderlinge samenhang (bv. op één plek) kan vinden.

*Toelichting:* verzekerden hebben ieder jaar de mogelijkheid hun zorgverzekering op te zeggen. Verzekerden moeten vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering hebben afgesloten. Deze gaat vervolgens met terugwerkende kracht in per 1 januari.

**Kenmerk**  
10D0036520  
**Pagina**  
5 van 18

*Toetsingspunten NZa:* de volgende punten over de opzegmogelijkheden van de (aanvullende) zorgverzekering moeten op uw website vermeld zijn:

- t/m 31 december van jaar t (2013) kan een verzekerde zijn zorgverzekering opzeggen voor het jaar t+1 (2014);
- de manier waarop opgezegd moet worden (bijv. schriftelijk met vermelding van adresgegevens, telefonisch etc);
- de verzekerde is verplicht om vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten. Deze gaat vervolgens met terugwerkende kracht in per 1 januari;
- binnen vier maanden na ontstaan van de verzekeringsplicht moet de verzekerde een zorgverzekering afsluiten;
- de mogelijkheid om op te zeggen als de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt ten nadele van de verzekerde. De wijziging komt niet voort uit of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet.

Indien van toepassing:

- de opzegdatum voor de aanvullende zorgverzekering indien deze afwijkt van 31 december.

Alle bovenstaande punten over de opzegmogelijkheden van de (aanvullende) verzekering zijn (voor zover van toepassing) op de website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

### **3. Toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering**

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

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

*Toetsingspunt NZa:* alle beperkende toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering moeten op uw website vermeld zijn.

Alle beperkende toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering zijn op website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:  
 nvt, er zijn geen beperkende toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen  
verbetermaatregelen:

--

**Kenmerk**  
10D0036520

**Pagina**  
6 van 18

#### 4. Wijzingen in zorgverzekering en de aanvullende zorgverzekering

Kenmerk  
10D0036520  
Pagina  
7 van 18

*Toelichting:* het is van belang dat de verzekerde van zijn ziektekostenverzekering tijdig<sup>7</sup> op de hoogte wordt gebracht van de wijzigingen in zowel de zorg- als de aanvullende verzekering (niet alleen bij prolongatie van de verzekering). Het gaat hier om zowel wettelijke veranderingen in de zorgverzekering als veranderingen in de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft doorgevoerd.

*Toetsingspunt NZa:* verzekerden zijn via de website en via het prolongatiepakket tijdig expliciet geïnformeerd over alle wijzigingen in zowel de zorg- als de aanvullende verzekering.

Uw verzekerden zijn tijdig via uw website geïnformeerd over alle wijzigingen in zorgverzekering en de aanvullende zorgverzekering:

- Ja hyperlink invoegen:  
 Nee  
 nvt, geen wijzigingen

Uw verzekerden zijn tijdig via het prolongatiepakket expliciet geïnformeerd over alle wijzigingen in zorgverzekering en de aanvullende zorgverzekering:

- Ja  
 Nee

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

#### 5. Vergoedingenoverzicht

Een vergoedingenoverzicht is een samenvatting van de polisvoorwaarden. Vergoedingsoverzichten moeten verzekerden op een adequate wijze attenderen op bepaalde uitsluitingen of beperkingen<sup>8</sup>. In een vergoedingsoverzicht moeten de volgende punten zijn opgenomen:

- hoogte van de wettelijke eigen bijdrage;
- als er sprake is van 100% vergoeding of volledige vergoeding mogen hierop geen uitzonderingen zijn die de vergoeding alsnog beperken.
- de doorlooptijd voor de vergoeding van declaraties en voor de afhandeling van machtigingsaanvragen.

Alle bovenstaande punten over het vergoedingenoverzicht zijn terug te vinden in het vergoedingenoverzicht:

- Ja  
 Nee

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

<sup>7</sup> Onder tijdig wordt verstaan dat de informatie de verzekerde bereikt, voordat de wijziging ingaat.

<sup>8</sup> De NZa realiseert zich dat hierbij een spanning bestaat tussen overzichtelijkheid en volledigheid. Het uitgangspunt is een beknopt overzicht, met daarbij de disclaimer dat de verzekerde voor informatie over alle uitsluitingen en beperkingen de polisvoorwaarden dient te raadplegen of contact dient op te nemen met de verzekeraar.

**6. Mogelijkheid tot indienen van een klacht of geschil**

*Toelichting:* Verzekerden moeten hun recht kunnen halen als ze het niet eens zijn met een beslissing. Voor verzekerden is het daarom belangrijk om informatie te hebben over geschillen en de mogelijkheid tot het indienen van klachten<sup>9</sup>. Bij een afwijzing van een aanvraag of een klacht, kan de verzekerde een verzoek tot heroverweging van de aanvraag/klacht bij de zorgverzekeraar indienen.

*Toetsingspunten NZa:* de volgende punten over geschillen en de mogelijkheid tot het indienen van klachten moeten op uw website vermeld zijn:

- waar de verzekerde de klacht kan indienen;
- of de klacht schriftelijk ingediend moet worden of dat per e-mail ook mogelijk is;
- binnen welke termijn de verzekerde een reactie kan verwachten;
- als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar reageert niet binnen de gestelde termijn, kan de verzekerde naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ);

Alle bovenstaande punten over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of geschil zijn op de website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:
- Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

**7. Gecontracteerd zorgaanbod**

*Toelichting:* Bij de keuze voor een polis moet het voor (potentiële) verzekerden inzichtelijk zijn welke gecontracteerde zorgaanbieders deel uit maken van de modelovereenkomst. Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde aanbieders werkt, moet op de website een overzicht staan van alle gecontracteerde zorgaanbieders. Dit geldt voor het lopende polisjaar t (2013) en – voor zover mogelijk - voor het polisjaar t+1 (2014). Het overzicht moet zo actueel mogelijk zijn.

*Toetsingspunten NZa:* de volgende punten over het gecontracteerd zorgaanbod moeten op uw website vermeld zijn:

- een juist en volledig overzicht van alle gecontracteerde zorgaanbieders voor het jaar t (2013);
- hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd, of de vermelding van de laatste update;
- een algemeen toelichtende tekst dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en dat alle contracten zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
- voor welke periode de contracten zijn afgesloten;
- of de zorgverzekeraar selectief is in het contracteren van aanbieders. Dat wil zeggen: of de zorgverzekeraar uitsluitend bepaalde aanbieders contracteert die voldoen aan specifieke voorwaarden.

<sup>9</sup> Het inhoudelijke verschil tussen klacht en geschil is sinds 1 januari 2008 vervallen.



Alle bovenstaande punten over het gecontracteerd zorgaanbod zijn terug te vinden op website:

- Ja, hyperlink invoegen:
- Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:
- nvt, er is geen sprake van gecontracteerde zorgaanbieders

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

Daarnaast moet in de polisvoorwaarden een verwijzing staan met een weblink waar de gecontracteerde zorgaanbieders staan vermeld op de website.

Uw verzekerden worden in de polisvoorwaarden geïnformeerd over de weblink waar de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders staan vermeld

- Ja
- Nee

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 8. Vergoeding bij niet gecontracteerde zorg

*Toelichting:* De verzekerde moet inzicht hebben in de hoogte van de vergoeding waar hij recht op heeft als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. De hoogte van de vergoeding moet voorafgaand aan de behandeling eenvoudig in *absolute bedragen* eenvoudig te achterhalen zijn. Wanneer dit niet mogelijk is, moet de ziekte-kostenverzekeraar / volmacht transparant zijn, waarom de hoogte van de vergoeding op vooraf niet bekend is. Er zijn 2 situaties waarbij de verzekerde te maken kan krijgen met niet volledige vergoeding van zorg<sup>10</sup>. Dit zijn<sup>11</sup>:

1. markten met vastgestelde tarieven. Als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan hij een lager percentage dan 100% van het Wmg tarief gerestitueerd krijgen;
2. markten voor vormen van zorg met vrije prijzen. Vergoeding volgens de modelovereenkomst vindt plaats bijvoorbeeld op basis van absolute bedragen, marktconform tarief of een gemiddeld gecontracteerd tarief.

*Toetsingspunt NZa bij situatie 1:* de verzekerde moet bij de zorgverzekeraar kunnen informeren naar de hoogte van het Wmg tarief.

*Toetsingspunt NZa bij situatie 2:* de verzekerde moet bij de zorgverzekeraar de hoogte van de restitutie in absolute bedragen kunnen opvragen.

Situatie 1:

<sup>10</sup> De berekeningswijze van restitutie moet zijn opgenomen in de modelovereenkomst. Hierin hoeven geen (absolute) bedragen te worden opgenomen. In de modelovereenkomst mag wel worden opgenomen hoe de verzekerde de bedragen kan opvragen.

<sup>11</sup> De vergoeding bij niet gecontracteerde zorg mag in positieve zin afwijken. De zorgverzekeraar kan er voor kiezen een hogere vergoeding te geven, bijvoorbeeld in het geval bij spoedeisende zorg bij niet gecontracteerde instelling.

Aan het bovenstaande punt dat de verzekerde bij de zorgverzekeraar kan informeren over de hoogte van het Wmg tarief, heeft de zorgverzekeraar voldaan:

- Ja  
 Nee  
 nvt, bij markten met vastgestelde tarieven krijgt de verzekerde 100% van het Wmg tarief gerestitueerd als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

**Kenmerk**  
10D0036520  
**Pagina**  
10 van 18

Situatie 2:

Aan het bovenstaande punt dat de verzekerde de hoogte van de restitutie in absolute bedragen moet kunnen opvragen, heeft de zorgverzekeraar voldaan:

- Ja  
 Nee

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 9. Polisvoorwaarden van de op de markt gebrachte modelovereenkomsten

*Toetsingspunt NZa:* Alle polisvoorwaarden van de door ziektekostenverzekeraar op de markt gebrachte modelovereenkomsten, moeten op de website staan.

Alle polisvoorwaarden van de door de zorgverzekeraar op de markt gebrachte modelovereenkomsten, zijn te downloaden vanaf uw website:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 10. Preferentiebeleid geneesmiddelen

*Toelichting:* voor de verzekerde moet het inzichtelijk zijn welke consequenties het geneesmiddelenbeleid/preferentiebeleid van zijn zorgverzekeraar voor hem heeft. Algemeen gesteld houdt het preferentiebeleid in dat een zorgverzekeraar binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (middelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde dosering) een voorkeursmiddel aanwijst - meestal het goedkoopste geneesmiddel in die groep - dat hij vergoedt. Hierop zijn diverse varianten mogelijk, zoals de laagste prijs in het taxemodel of het preferentiebeleid onder couvert. Daarnaast wordt door verschillende verzekeraars een andere vorm van geneesmiddelenbeleid gevoerd, zoals het model van laagste prijsgarantie of een vast prijsbeleid (ook wel pakjesmodel genoemd)

Informatie over (de variant van) het geneesmiddelenbeleid/preferentiebeleid dat de verzekeraar voert moet beschikbaar zijn voor de verzekerde zodat hij kan zien waar hij recht op heeft. Onderstaande toetsingspunten laten onverlet dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden behalve de website via andere kanalen, bijvoorbeeld een persoonlijke mailing, informeert.

*Toetsingspunten NZa:* de volgende punten over het preferentiebeleid moeten op uw website vermeld zijn:

- uitleg wat het preferentiebeleid inhoudt;
- de werkzame stoffen waarvoor het preferentiebeleid geldt en de vermelding van de geneesmiddelen waar de verzekerde (al dan niet onder voorwaarden) aanspraak op heeft voor vergoeding;
- de procedure/actie die de verzekerde moet ondernemen als behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Bijvoorbeeld: moet een verzekerde vooraf toestemming vragen voor ander geneesmiddel of kan de verzekerde ook achteraf het voorschrift van de (huis)arts voorleggen?
- Welk geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt , wanneer een preferent middel niet leverbaar is.

Indien van toepassing<sup>12</sup>:

- de manier waarop het preferentiebeleid doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.
- Als de verzekeraar voor geneesmiddelen voorlopige prijzen hanteert waarop achteraf correcties kunnen plaatsvinden, moet de verzekerde hierover vooraf worden geïnformeerd. De verzekerde moet periodiek worden geïnformeerd over de verrekening van de uiteindelijke prijzen met zijn eigen risico
- Als de verzekeraar wijzigingen aanbrengt in zijn preferentie/geneesmiddelenbeleid moeten *alle* verzekerden hierover worden geïnformeerd. Dus niet alleen de verzekerden die bepaalde geneesmiddelen gebruiken.

Alle bovenstaande punten over het geneesmiddelenbeleid/preferentiebeleid zijn op uw website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:  
 nvt, er wordt geen preferentiebeleid gevoerd

De verzekerde wordt via andere kanalen, behalve de website, geïnformeerd over (wijzigingen van) het geneesmiddelenbeleid/preferentiebeleid:

- Ja  
 Nee  
 nvt, er wordt geen preferentiebeleid gevoerd

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 11. Rol gecontracteerde zorg op vergoeding

*Toelichting:* voor een (potentiële) verzekerde moet duidelijk zijn om wat voor soort polis het gaat. Er zijn 3 soorten polissen te onderscheiden:

- a) polis met volledig gecontracteerde zorg;
- b) polis met gedeeltelijk gecontracteerde zorg;
- c) polis met niet-gecontracteerde zorg.

Zorgverzekeraars presenteren hun polis vaak als natura-, restitutie- of combinatiepolis. Verzekerden denken vaak dat zij bij een naturapolis

<sup>12</sup> Van toepassing als de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandelt over de prijs of een bonus of korting.

naar gecontracteerde zorgaanbieders moeten gaan en dat zij bij een restitutiepolis volledige vrije keuze van zorgaanbieder hebben. Dit laatste hoeft niet per definitie zo te zijn. Er zijn immers ook restitutiepolissen met gecontracteerde zorg<sup>13</sup>. Om een polis dan enkel als restitutiepolis te presenteren, kan de verzekerde op het verkeerde been zetten.

**Kenmerk**  
10D0036520  
**Pagina**  
12 van 18

*Toetsingspunten NZa:* de volgende punten over de rol van gecontracteerde zorg op vergoeding moeten op uw website en in een offerte vermeld zijn:

- of er sprake is van gecontracteerde zorg;
- Zo ja, voor welke vormen van zorg er sprake is van gecontracteerde zorg;
- de hoogte van de vergoedingsbeperking bij een niet-gecontracteerde aanbieder;
- voor de overige vormen van zorg waarvoor niet is gecontracteerd, moet duidelijk zijn dat er 100% Wmg- of marktconform tarief wordt vergoed.

Alle bovenstaande punten over de rol van gecontracteerde zorg op de vergoeding zijn terug te vinden op website:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

Alle bovenstaande punten zijn terug te vinden in het informatiepakket bij een offerte:

- Ja  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw offerte:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 12. Eigen risico

*Toelichting:* In de basisverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om een vrijwillig eigen risico aan te bieden. De mogelijkheid bestaat verder om kosten van zorggebruik niet ten laste te brengen van het eigen risico (gedifferentieerd). Dit geldt voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Deze drie vormen van het eigen risico spelen beïnvloeden elkaar. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoe de verschillende vormen van het eigen risico elkaar beïnvloeden.

*Toetsingspunten NZa:* de volgende punten over het eigen risico moeten op uw website vermeld zijn:

- De hoogte van het verplicht eigen risico voor het jaar t+1 (2014);
- De vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt (zorg zoals huisartsen plegen te bieden en kosten indien deze verband houden met verloskundige- en kraamzorg)<sup>14</sup>;

<sup>13</sup> Bij een natura variant van een modelovereenkomst heeft de verzekerde *recht op zorg*. Bij een restitutievariant heeft de verzekerde *recht op vergoeding van kosten van zorg*.

<sup>14</sup> Ter verduidelijking voor de verzekerde kan hierbij ook worden aangegeven dat kosten van geneesmiddelen, bloedonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer wel ten laste van het eigen risico komt.

- Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten kunnen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming (Compensatie regeling eigen risico (CER));
- als de zorgaanbieder de nota rechtstreeks naar de zorgverzekeraar stuurt, brengt de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico in rekening bij de verzekerde. Wanneer de verzekerde de nota zelf de nota betaalt, restitueert de zorgverzekeraar slechts een gedeelte van de nota.

Kenmerk  
10D0036520  
Pagina  
13 van 18

Indien van toepassing:

- De vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt;
- Dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot het gedifferentieerd eigen risico;
- Indien gebruik wordt gemaakt het gedifferentieerd eigen risico moet kenbaar gemaakt worden voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeuraanbieders zijn aangewezen en of dit ook geldt voor het vrijwillig eigen risico.

Alle bovenstaande punten over het eigen risico zijn (voor zover van toepassing) op de website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee, welk punt ontbreekt op uw website:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

Overzichten eigen risico:

Verzekerden moeten goed geïnformeerd worden over de kosten van zorg die zij genoten hebben in verband met de betaling van het eigen risico. De declaratieoverzichten moeten zodanig zijn opgesteld dat deze begrijpelijk en inzichtelijk zijn voor verzekerden zodat zij de gedeclareerde kosten kunnen controleren op juistheid.

*Toetsingspunten NZa:* in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico moeten in ieder geval de volgende punten op te nemen

- verzekerde die het betreft (naam/geboortedatum);
- de zorgverlener;
- de soort zorg (in voor de verzekerde begrijpelijke termen, bijvoorbeeld in lekenomschrijving en voor zover de privacy van de minderjarige medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast);
- datum van behandeling;
- bedrag gedeclareerde kosten;
- waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, (verplicht) eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);
- resterend bedrag (verplicht) eigen risico.

Aan het bovenstaande punt dat de verzekerde eens per kwartaal een declaratieoverzicht krijgt, heeft de zorgverzekeraar voldaan:

- Ja  
 Nee

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

**13. European Health Insurance Card (EHIC)**Kenmerk  
10D0036520Pagina  
14 van 18

*Toelichting:* de verzekerde kan een European Health Insurance Card (EHIC) aanvragen als hij tijdelijk naar het buitenland gaat.

*Toetsingspunten NZa:* de volgende informatie over de EHIC moet op uw website vermeld zijn:

- de kaart is persoonsgebonden en kosteloos;
- geldigheidsduur van de kaart;
- de kaart geeft de verzekerde recht op noodzakelijke medische zorg tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, als de zorgverzekering in Nederland niet is opgeschort of beëindigd;
- de verzekerde heeft gedurende zijn verblijf in een andere lidstaat recht op de bekostiging van zijn medische zorgen onder dezelfde voorwaarden die in de wetgeving van die lidstaat voor de eigen verzekerden zijn vastgesteld;
- de kaart dekt geen gevallen van verzekerden die naar een andere lidstaat reizen om daar een medische behandeling te ondergaan;
- landen waar de EHIC geldig is;
- de EHIC is een aparte kaart, of de EHIC is de achterkant van de gewone zorgpas.

Alle bovenstaande punten over de EHIC zijn op de website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:
- Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

**14. Opsturen polisvoorwaarden en reglementen**

*Toelichting:* Voor verzekerden is het belangrijk om te kunnen beschikken over de volledige polisvoorwaarden en reglementen. Zorgverzekeraars moeten daarom de polisvoorwaarden opsturen, zodat deze beschikbaar zijn voor de verzekerde.

*Toetsingspunt NZa:* De polisvoorwaarden worden naar de verzekerden opgestuurd

Hieraan heeft de zorgverzekeraar voldaan:

- Ja
- Nee

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

**15. Afwijzingsgronden**

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

*Toetsingspunt NZa:* in een afwijzingsbrief van (vergoeding van) zorg moeten de volgende punten opgenomen zijn:

- De afwijzing moet duidelijk onderbouwd zijn. De reden voor afwijzing moet voor de verzekerde begrijpbaar zijn. Er moet worden verwezen naar een bestaande regel of voorwaarde vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt. Er moet dusdanige informatie worden verschaft dat de verzekerde zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is;
- de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden;
- verzekerde moet gewezen worden op de mogelijkheid om tegen de afwijzing in beroep te gaan.

**Kenmerk**  
10D0036520

**Pagina**  
15 van 18

Alle bovenstaande punten over afwijzingsgronden zijn in de afwijzingsbrieven vermeld:

- Ja,  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt in uw afwijzingsbrief:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 16. Normen tijdigheid en bereikbaarheid

*Toelichting:* Zorgverzekeraars moeten volgens het Toetsingskader zorgplicht zich onder andere verantwoorden over de normen die de zorgverzekeraar hanteert met betrekking tot bereikbaarheid en tijdigheid van zorg. Deze normen zijn belangrijk voor verzekerden, om te weten binnen welke termijn/afstand ze zorg mogen verwachten.

*Toetsingspunt NZa:* Op de website van de zorgverzekeraar moet daarom de volgende informatie opgenomen zijn:

- Zorgverzekeraar moet op de website informatie verschaffen over welke normen zij hanteren ten aanzien van tijdigheid en bereikbaarheid van zorg.

Het bovenstaande is op de website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:  
 Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## 17. Buitenlandse nota's

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

*Toetsingspunt NZa* Op de website van de zorgverzekeraar moet daarom de volgende informatie opgenomen zijn:

- de voorwaarden die gelden voor het indienen van buitenlandse nota's en welke vergoedingen hiervoor gelden.

Het bovenstaande is op de website vermeld:

- Ja, hyperlink invoegen:
- Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

**Kenmerk**  
10D0036520

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen  
verbetermaatregelen:

**Pagina**  
16 van 18



Alle bovenstaande punten over afwijzingsgronden zijn in de afwijzingsbrieven vermeld:

Ja

Nee, welk punt(en) ontbreekt in uw afwijzingsbrief:

**Kenmerk**  
10D0036520

**Pagina**  
17 van 18

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

## **18. Normen tijdigheid en bereikbaarheid**

*Toelichting:* Verzekerden kunnen gebruik maken van zorg in het buitenland en daarbij een buitenlandse nota indienen bij hun zorgverzekeraar. Het moet dan voor hen vooraf duidelijke zijn welke voorwaarden er gelden voor het indienen van buitenlandse nota's.

Toetspunt NZa: Op de website van de zorgverzekeraar moet daarom de volgende informatie opgenomen zijn:

- de voorwaarden die gelden voor het indienen van buitenlandse nota's

Het bovenstaande is op de website vermeld:

Ja, hyperlink invoegen:

Nee, welk punt(en) ontbreekt op uw website:

Toelichting van afwijkingen van toetspunten en getroffen verbetermaatregelen:

**Kenmerk**  
10D0036520

**Pagina**  
18 van 18