

Gedragcode Goed Zorgverzekeraarschap

Inhoudsopgave	Pag
Voorwoord	3
Deel 1 Code Goed Zorgverzekeraarschap	4
1.1 Inleiding	4
1.1.1 Verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar	4
1.1.2 Basiswaarden	5
1.1.3 De invloed en verantwoordelijkheid van de overheid	6
1.2 Het verzekeringsstelsel	6
1.2.1 Wet langdurige zorg	6
1.2.2 Zorgverzekeringswet	6
1.2.3 Aanvullende verzekering	7
1.2.4 Overige particuliere verzekeringen	7
1.3 Algemene informatie	7
1.3.1 Toezicht	7
Deel 2 Gedragsregels	8
2.0 Algemene gedragsregels	8
2.1 De relatie met verzekerden	8
2.2 Ten aanzien van de zorg	11
2.3 De relatie met zorgaanbieders	11
2.4 De relatie met andere zorgverzekeraars	12
2.5 Fraudebeheersing	12
Deel 3 Klachten en geschillen	13
3.1 Algemeen	13
3.2 Klachten en geschillen Wet langdurige zorg	13
3.3 Klachten en geschillen (aanvullende) zorgverzekering	13
Deel 4 Uniforme Maatregelen	15
Slotbepaling	16

Voorwoord

Gezondheidszorg is van groot algemeen belang. Om aan dit belang een goede invulling te geven moeten alle betrokken partijen en instanties zich constant inzetten. De zorgverzekeringsbranche is voortdurend in ontwikkeling als gevolg van wijzigende maatschappelijke behoeften, ontwikkelingen in de zorg en veranderende inzichten over de besturing. De in Zorgverzekeraars Nederland verenigde verzekeraars hebben besloten om in deze code vast te leggen hoe zij, vanuit hun positie en taak, een rol willen spelen in dit proces.

De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 bracht een nieuw verzekeringsstelsel met zich mee. Binnen dit verzekeringsstelsel zijn de zorgaanspraken enerzijds bij wet vastgelegd (Wet langdurige zorg), en anderzijds in polisvoorwaarden bepaald. Dit laatste geldt zowel voor de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet als voor de (aanvullende) ziektekostenverzekeringen. Niet alle verantwoordelijkheden van en richtlijnen voor het gedrag van de zorgverzekeraar zijn terug te vinden in de wet of polis. De code van Zorgverzekeraars Nederland beoogt hierin houvast en helderheid te verschaffen.

De belangen van de klant staan voor de zorgverzekeraars centraal. Deze code is daarom in de eerste plaats bestemd voor verzekerden. De code wil een beeld geven van wat zij aan kwaliteit en inzet mogen verwachten van de kant van de zorgverzekeraars. Deze gedragscode is van toepassing op de omgang en uitlatingen van zorgverzekeraars jegens verzekerden, zorgaanbieders en andere zorgverzekeraars.

Maatschappelijke ontwikkelingen, de discussie omtrent de reikwijdte van de zorgplicht van zorgverzekeraars en de, met name negatieve invloed van de kredietcrisis op het imago van verzekeraars vragen een duidelijke omschrijving van de taak en verantwoordelijkheden die zorgverzekeraars dragen. Deze code beoogt, door het bieden van transparantie, het imago te verbeteren en het vertrouwen te behouden. Deze toont dat zorgverzekeraars hun taak en verantwoordelijkheid serieus nemen en de wijze waarop zij hier invulling aan geven.

De code van Zorgverzekeraars Nederland bevat een aantal specifieke Gedragsrichtlijnen die betrekking hebben op de relatie die zorgverzekeraars aangaan met verschillende groeperingen en individuen. Dit gedrag komt voort uit een houding en uit een opvatting over taak en verantwoordelijkheid. De code begint daarom met een omschrijving van de positie van de zorgverzekeraars binnen het stelsel van zorgverzekeringen. Hierna wordt op elk van de drie compartimenten waarbinnen de zorgverzekeraar werkzaamheden verricht ingegaan: de Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet en de aanvullende verzekeringen. Dit zal gevolgd worden door algemene informatie met betrekking op deze drie compartimenten. Vervolgens wordt aangegeven welke verantwoordelijkheden de zorgverzekeraars aanvaarden als richtsnoer voor hun diensten. De code omvat basiswaarden van waaruit de zorgverzekeraars, afzonderlijk en als groep, hun taak vervullen. Tegen deze achtergrond worden tenslotte de Gedragsrichtlijnen geformuleerd, die met de positiebepaling, het patroon van verantwoordelijkheden en de basiswaarden één onlosmakelijk geheel vormen. Tenslotte geldt met betrekking tot de onderhavige Code dat daar waar gesproken wordt over zorgverzekeraars tevens ziektekostenverzekeraars gelezen kan worden, tenzij uit de tekst expliciet het tegendeel blijkt.

Deel 1 Code Goed Zorgverzekeraarschap

1.1 Inleiding

Wie een verzekering afsluit bij een zorgverzekeraar verwacht dat deze de verplichtingen nakomt die in de polis of krachtens de wet zijn vastgelegd. Ook verwacht hij van de zorgverzekeraar goede service en maatschappelijk verantwoord gedrag. Via deze Gedragscode geven zorgverzekeraars duidelijkheid over hoe zij aan deze verwachtingen tegemoet willen komen. De code geeft aan wat de branche van zorgverzekeraars als juist gedrag ziet. De bedoeling is om al diegenen die belang hebben bij zorgverzekeringen en de uitvoering daarvan criteria aan te reiken waaraan zij het gedrag van de zorgverzekeraar kunnen toetsen.

Wat thans goed gebruik is, kan in de toekomst bijstelling behoeven. Daarom wordt deze code periodiek aan veranderde omstandigheden en opvattingen getoetst.

1.1.1 Verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar

De positie van de zorgverzekeraar wordt gekenmerkt door verantwoordelijkheden jegens diverse personen en instanties.

Gezien de aard van de dienst en het product dat de zorgverzekeraar aanbiedt, geldt zijn eerste verantwoordelijkheid jegens **de verzekerde** tegenover wie de verzekeraar belangrijke verplichtingen op zich neemt. Op de zorgverzekeraar rust een zorgplicht op grond waarvan hij zich te allen tijde dient in te spannen voor goede kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. Bij natura polissen houdt dit in dat de zorgverzekeraar voldoende contracten met zorgaanbieders afsluit om zo de zorg daadwerkelijk te kunnen leveren. Bij restitutiepolissen is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor vergoeding van de gemaakte zorgkosten en desgevraagd zorgbemiddeling. De zorgplicht die op de zorgverzekeraar rust is bij een natura polis dus van andere aard dan bij een restitutiepolis.

Tegenover **de overheid** rust op de zorgverzekeraar de verplichting om de taken die hem conform de wettelijke bepalingen zijn toevertrouwd, zo goed mogelijk uit te voeren. Hij moet actief meewerken aan maatregelen die een adequate gezondheidszorg kunnen bevorderen. Bij gecombineerde uitvoering van publieke en private verzekeringen, beschouwt de zorgverzekeraar het als zijn verantwoordelijkheid om de hem toevertrouwde publieke middelen uitsluitend voor de publieke taak aan te wenden.

Tegenover **de samenleving** als geheel is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het leveren van een bijdrage aan de beschikbaarheid voor allen van een adequate gezondheidszorg. Dat betekent dat zorgverzekeraars bijdragen aan onder meer kwaliteit-, preventiestimulering, beheerste kostenontwikkeling en voorlichting.

Met **de zorgaanbieders** dient de zorgverzekeraar bij de uitvoering van de wettelijke bepalingen – en met name daar waar de zorgverzekeraar natura polissen aanbiedt - dusdanige relaties aan te gaan, dat duurzame zorg voor de verzekerden optimaal beschikbaar is. Deze verantwoordelijkheid uit zich in een zorgvuldige keuze van aanbieders, met heldere afspraken over kwaliteit en doelmatigheid, in een gemeenschappelijk streven naar beheersing van kosten en administratieve lasten. De zorgverzekeraar

maakt bij de onderhandelingen geen misbruik van zijn positie. Voor zover de zorgverzekeraar zelf actief is als zorgaanbieder, respecteert hij de principes van eerlijke concurrentie en transparantie. De zorgverzekeraar opereert immers op een terrein waar sprake is van mededinging.

Tegenover **collega-zorgverzekeraars** houdt de zorgverzekeraar zich aan de beginselen van faire mededinging. De zorgverzekeraar eist voor zichzelf geen handelingsruimte op die hij ook niet zou toestaan aan anderen en houdt zich aan normale betrouwbaarheidsregels. De zorgverzekeraar brengt concurrenten niet in diskrediet en gebruikt geen ongeoorloofde middelen om voor zichzelf enig voordeel te behalen. In de strijd om de gunst van de verzekerde respecteert de verzekeraar de keuzevrijheid van verzekerden ten aanzien van de zorgverzekeraar. Elke zorgverzekeraar is tevens medeverantwoordelijk voor het behoud van het vertrouwen in de zorgverzekeringsbranche en werkt hier actief aan.

Binnen zijn **eigen organisatie** borgt de zorgverzekeraar een gezonde en integere bedrijfsvoering, de continuïteit daarvan, met het oog op zijn verantwoordelijkheid voor de werknemers en andere belanghebbenden bij de onderneming. De regels en beginselen uit de Good Governance Code worden hierbij in acht genomen. In het bijzonder onthoudt de zorgverzekeraar zich van het inzetten van activiteiten welke hij als vertegenwoordiger voor collega-verzekeraars verricht, voor commercieel gewin op ander gebied.

Tegenover **toezichthouders** is de zorgverzekeraar, voor zover dat in redelijkheid van hem verlangd kan worden, verplicht tot transparantie in zijn werkzaamheden en informatieverschaffing. Wanneer gevraagd wordt om informatie of het maken van self assessments werkt de zorgverzekeraar hieraan mee.

1.1.2 Basiswaarden

Het optreden van de zorgverzekeraar wordt gekenmerkt door drie basiswaarden. Zij geven aan vanuit welke houding de zorgverzekeraar wil opereren in het maatschappelijk verkeer, en naar welke primaire maatstaven betrokken partijen hem mogen beoordelen. Ze fungeren daarnaast als richtsnoer bij het interpreteren van de in deze code opgenomen gedragsregels. Basiswaarden voor de zorgverzekeraar zijn zekerheid, betrokkenheid en solidariteit.

- **Zekerheid.** De eerste taak van een verzekeraar is aan de verzekerden zekerheid te verschaffen. De zorgverzekeraar komt te allen tijde zijn verplichtingen na, handelt eerlijk en rechtvaardig. De dienstverlening is van goede kwaliteit en consistent. De zorgverzekeraar verschaft verzekerden duidelijke en transparante informatie.
- **Betrokkenheid.** Gebruik van de gezondheidszorg raakt direct aan de persoonlijke levenssfeer en het individuele welbevinden waarbij de voorzieningen zijn gebaseerd op collectieve wettelijke bepalingen en contracten. Gezien deze gevoelige aard geeft de zorgverzekeraar bij de uitvoering van zijn taak blijk van betrokkenheid bij, -en inleving in, de belangen van de verzekerden en stelt deze voorop.
- **Solidariteit.** Verzekeren berust op het organiseren van solidariteit. Het huidige verzekeringssysteem functioneert binnen een kader van wettelijke bepalingen, contracten en financiële evenwichten. Dat neemt niet weg dat van de zorgverzekeraar ook een bijdrage mag worden verwacht aan de maatschappelijke solidariteit. In de Zorgverzekeringswet komt dit tot uitdrukking door het bestaan van de acceptatieplicht. Wat van iedere zorgverzekeraar niet afzonderlijk kan worden geëist, mag wel worden gevraagd van de zorgverzekeringsbranche als

geheel: namelijk dat het zorgsysteem in zijn geheel een zodanig stelsel van voorzieningen ondersteunt waarbij noodzakelijke gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is.

1.1.3 De invloed en verantwoordelijkheid van de overheid

Het stelsel van zorgverzekeringen wordt sterk door de overheid beïnvloed. Zij heeft de taak om, door wetgeving en financiële voorzieningen, een goede kwaliteit van zorg te bevorderen. Daarom is de zorgverzekering sterk door de overheid gereguleerd. Tegen de achtergrond van deze verantwoordelijkheid wenst de overheid de kosten van zorg te beheersen. De overheid bepaalt daarom de inhoud van het pakket van de zorgverzekering en de Wet langdurige zorg. Tevens stelt de overheid voorwaarden aan de uitvoering van de zorgverzekering, waaronder de acceptatieplicht, de zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg blijkt de overheidsverantwoordelijkheid uit diverse kwaliteitswetten zoals de Wet marktordening gezondheidszorg.

1.2 Het verzekeringsstelsel

De zorgverzekeraar is een private onderneming die gehouden is aan door de overheid gestelde randvoorwaarden. Dit stelsel bestaat uit wettelijke en privaatrechtelijke verzekeringen. Daarnaast worden aanvullende voorzieningen geboden op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die uitgevoerd wordt door gemeenten.

Het ziektekostenstelsel bestaat uit:

- De Wet langdurige zorg (Wlz)
- De Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Een (aanvullende) verzekering bij een zorgverzekeraar en **overige particuliere verzekeringen**

1.2.1 Wet langdurige zorg

De Wlz een volksverzekering die alle ingezetenen een voorziening biedt voor de zeer zware lasten die door ernstige langdurige ziekten en gebreken op iedereen kunnen drukken en door niemand zonder bijstand van de overheid of van derden financieel kunnen worden gedragen. Zorgverzekeraars zorgen ervoor dat de bij hun ingeschreven verzekerden hun aanspraken binnen een redelijke termijn tot gelding kunnen brengen.

Zorgverzekeraars voeren de Wlz uit. De uitvoering van de Wlz is voor een groot deel door zorgverzekeraars overgedragen aan zorgkantoren, die daarvoor door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven geroepen zijn. Zij hebben onder andere tot taak zorg in te kopen en de consument te informeren over de Wlz.

1.2.2 Zorgverzekeringswet

Personen die Wlz-verzekerd zijn, zijn verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Hiervoor wordt een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst afgesloten met een zorgverzekeraar voor wettelijk omschreven prestaties. Voor deze zorgverzekering gelden ook andere publiekrechtelijke randvoorwaarden zoals een acceptatieplicht. De zorgverzekeraar mag niet selecteren op gezondheidsrisico's. Verzekeraars mogen geen afwijkende premies vragen op grond van 'gezondheidskenmerken'. De Zvw kent een verbod op premiedifferentiatie, voor dezelfde verzekering mogen zorgverzekeraars geen verschillende premies heffen op grond van bijvoorbeeld leeftijd, ras, seksuele geaardheid, afkomst, achtergrond, geslacht of gezondheidsrisico. Daarvoor worden zorgverzekeraars financieel gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel.

1.2.3 Aanvullende verzekering

Voor zorgkosten die niet onder de wettelijk omschreven prestaties vallen kunnen zorgverzekeraars en verzekerden aanvullende verzekeringen overeenkomen. Deze aanvullende verzekering is een particuliere verzekering, waarvoor geen acceptatieplicht bestaat voor de verzekeraar. De zorgverzekeraar beslist hier zelf op welke wijze hij zijn aanvullende verzekering samenstelt en kan voor bepaalde aanvullende zorg een wachttijd hanteren. Het aanbod en de variatie van aanvullende verzekeringen is groot.

De verzekeraar heeft de mogelijkheid om met behulp van een aanvraagformulier te bepalen of hij, gezien de medische toestand van de te verzekeren persoon, deze een aanvullende verzekering wenst aan te bieden. De hoogte van de premie en de aard van de dekking mag afhankelijk zijn van de gezondheid en leeftijd van de verzekerde.

1.2.4 Overige particuliere verzekeringen

Tenslotte is er nog een kleine categorie personen die niet verzekeringsplichtig zijn en derhalve een particuliere ziektekostenverzekering kunnen afsluiten.

1.3 Algemene informatie

De positie van de zorgverzekeraar wordt in grote mate gekenmerkt door de verantwoordelijkheid die hij heeft jegens zijn verzekerden door zijn contractuele verplichtingen waaraan vorm worden gegeven door de polisvoorwaarden. Op de zorgverzekeraar rust een zorgplicht op grond waarvan hij ervoor moet zorgen, dat zijn verzekerden adequate zorg op grond van de Zorgverzekeringswet kunnen verkrijgen. De zorgplicht van de zorgverzekeraar op grond van de Zvw is daar waar sprake is van een naturapolis verstrekkender dan bij een restitutiepolis omdat de zorgverzekeraar bij de naturapolis bewust ervoor kiest de verzekerde zorg aan te bieden in plaats van over te gaan tot verzekering van de kosten van deze zorg. Door middel van zorginkoop geeft hij hieraan invulling. Hij bevordert hiermee de goede kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

Zoals eerder genoemd is de verzekeraar bij een naturapolis, op grond van de overeenkomst met verzekerde, gehouden aan zijn zorgplicht te voldoen door voldoende contracten met zorgaanbieders af te sluiten. Zorgverzekeraars zijn er echter niet toe gehouden ervoor te zorgen dat er voldoende zorgaanbieders zijn. Evenmin zijn zij verplicht faillissementen van zorgaanbieders te voorkomen. Anderzijds zien zij wel mogelijkheden door middel van bemiddeling de gevolgen van onvoldoende zorgaanbod te beperken.

1.3.1 Toezicht

Zorgverzekeraars staan onder het toezicht van verschillende toezichthouders. Voor de uitvoering van de Wlz en de Zvw zijn een aantal organisaties speciaal aangewezen om toezicht te houden. Al dit toezicht is gericht op het borgen van de belangen van de verzekerden.

Deel 2 Gedragsregels

2.0 Algemene gedragsregels

- 2.0.1** De zorgverzekeraar laat zich in zijn ondernemingsbeleid leiden door de belangen van de verzekerde, door de maatschappelijke opvattingen ten aanzien van een verantwoorde gezondheidszorg, door wettelijke voorschriften, door het belang van een goed functionerend stelsel van verzekeringen en door het streven naar continuïteit van zijn onderneming.
- 2.0.2** De zorgverzekeraar is een integere en betrouwbare partner. Hij biedt zekerheid door beloftes na te komen en eerlijk en rechtvaardig te handelen. De zorgverzekeraar biedt duidelijkheid over de wederzijdse rechten en plichten van hemzelf, verzekerden, zorgaanbieders, tussenpersonen en andere betrokken partijen. Hij staat open voor kritiek en treedt deze op constructieve wijze tegemoet.
- 2.0.3** Als de zorgverzekeraar verzekeringsactiviteiten aan de dag legt op zowel het private als het publieke terrein, dan garandeert hij dat activiteiten, risico's en informatie duidelijk van elkaar te onderscheiden blijven.
- 2.0.4** De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat kosten op de juiste wijze worden verantwoord. Met name waakt hij ervoor dat kosten van zorg ten onrechte ten laste van het Zorgverzekeringsfonds worden gebracht.

2.1 De relatie met verzekerden

- 2.1.1** Ten opzichte van de verzekerde stelt de zorgverzekeraar zich bij de uitvoering van de zorgverzekering redelijk en billijk op. Wettelijke voorschriften, verzekeringstechnische aspecten en bedrijfseconomische mogelijkheden gelden daarbij als randvoorwaarden.

Informatie over de verzekering

- 2.1.2** De zorgverzekeraar maakt informatie over de eigenschappen van de aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar, dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Informatie is doeltreffend, juist, volledig en inzichtelijk. Elementen die de individuele verzekerde aangaan worden op een transparante en toegankelijke wijze gecommuniceerd.
- 2.1.3** Bij het verschaffen van informatie, waaronder reclame-uitingen, geeft de zorgverzekeraar een reëel, duidelijk en correct beeld van wat hij te bieden heeft op het gebied van (verzekerings)producten en diensten.
- 2.1.4** De zorgverzekeraar stelt informatie beschikbaar over de hoogte van de premie en de eventuele korting die geboden wordt. Deze informatie betreft in ieder geval de premiegrondslag van de zorgverzekering en de premie van de aanvullende verzekering inclusief eventuele aspecten die premie beïnvloeden.

- 2.1.5** De zorgverzekeraar is transparant over de beperkende toegangsvoorwaarden voor (vergoeding uit) de aanvullende verzekering. Hierbij valt te denken aan medische vragen bij aanvraag van de aanvullende verzekering en wachttijden tot aanspraak op vergoedingen uit de aanvullende verzekering.
- 2.1.6** De zorgverzekeraar die gecontracteerde zorg aanbiedt, verschaft tijdig informatie over het gecontracteerd zorgaanbod indien deze nadelen verbindt aan het niet gebruikmaken van gecontracteerde zorgaanbieders. Op de website dient een overzicht te staan van alle gecontracteerde zorgaanbieders. Het overzicht dient juist en volledig te zijn en vermeldt in ieder geval de periode voor welke de contracten zijn afgesloten, of er sprake is van selectieve contractering, de algemene toelichting dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten zijn afgesloten en dat alle contracten zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst. Deze informatie is beschikbaar gedurende het lopende polisjaar en tijdens de overstapperiode.
- 2.1.7** De zorgverzekeraar die gecontracteerde zorg aanbiedt verschaft op verzoek informatie over de hoogte van de vergoeding bij niet gecontracteerde zorg. De hoogte van de vergoeding moet voorafgaand aan de behandeling, voor zover mogelijk, in concrete bedragen te achterhalen zijn.
- 2.1.8** De zorgverzekeraar die gecontracteerde zorg aanbiedt verschaft informatie over de invloed van gecontracteerde zorg op de vergoedingen. Deze informatie betreft in ieder geval de bespreking of er sprake is van gecontracteerde zorg en wanneer dit het geval is voor welke vormen van zorg, de hoogte van vergoedingsbeperking bij niet gecontracteerde zorg en de vermelding dat voor de overige vormen van zorg waarvoor niet gecontracteerd is 100% wmg- of marktconform tarief wordt vergoed.
- 2.1.9** De zorgverzekeraar plaatst alle verzekeringsvoorwaarden voor de basisverzekering op de website.
- 2.1.10** De zorgverzekeraar stelt informatie beschikbaar over zijn beleid ten aanzien van geneesmiddelen. De zorgverzekeraar maakt inzichtelijk wat het preferentiebeleid inhoudt, voor welke werkzame stoffen het preferentiebeleid geldt, welk product wordt vergoed, de procedure die verzekerde moet nemen wanneer een behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is en (indien van toepassing) de wijze waarop het preferentiebeleid doorwerkt in het eigen risico van verzekerde.
- 2.1.11** De zorgverzekeraar stelt informatie beschikbaar over het verplicht eigen risico, het vrijwillig eigen risico en de mogelijkheid van gedifferentieerd eigen risico.
- 2.1.12** De zorgverzekeraar verschaft aan de verzekerde informatie over het recht op noodzakelijke medische zorg in het buitenland en hoe daartoe toegang kan worden verkregen. De zorgverzekeraar mag de aanvullende ziektekostenverzekering van een verzekerde niet automatisch beëindigen in het geval de verzekerde de zorgverzekering opzegt. De verzekeraar licht de verzekerde in wat de (financiële) gevolgen zijn van het feit dat deze niet zowel een zorgverzekering als aanvullende ziektekostenverzekering bij hem heeft gesloten.
- 2.1.13** Bij het sluiten van een elektronische polis worden de polisvoorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst elektronisch ter beschikking gesteld, op een zodanige wijze dat de voorwaarden kunnen worden opgeslagen en toegankelijk zijn voor latere kennisneming.

Informatie over zorgaanbod en vergoeding

- 2.1.14 De zorgverzekeraar licht verzekerden in over de gronden van afwijzing voor (vergoeding van) zorg door middel van een volledige, juiste, tijdige en begrijpelijke afwijzingsbrief. De afwijzing moet duidelijk onderbouwd zijn.

Communicatie

- 2.1.15 De zorgverzekeraar draagt zorg voor een duidelijke en transparante communicatie met verzekerden, reageert snel en adequaat en is gemakkelijk toegankelijk voor iedereen. Dit houdt in dat informatie desgewenst schriftelijk, telefonisch en/of elektronisch beschikbaar wordt gesteld voor zover de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming dit toelaten.
- 2.1.16 De zorgverzekeraar draagt zorg voor een goede telefonische bereikbaarheid. Verzekerden worden te woord gestaan door professionele werknemers met goede en relevante kennis.
- 2.1.17 Indien de zorgverzekeraar verzekerden de mogelijkheid biedt om via e-mail contact op te nemen draagt hij zorg voor een snelle reactie. De zorgverzekeraar maakt kenbaar binnen welke termijn hij reageert op e-mailberichten en houdt zich daaraan.

Schadebehandeling

- 2.1.18 De zorgverzekeraar zorgt voor een snelle, zorgvuldige en correcte schadebehandeling en een tijdige uitbetaling. De verzekeraar communiceert de termijn waarbinnen declaraties in behandeling worden genomen en vervolgens worden betaald. Deze termijn schort op indien de verzekeraar aanvullende informatie nodig heeft om tot betaling te kunnen overgaan.

Verwerking persoonsgegevens

- 2.1.19 De zorgverzekeraar gaat, overeenkomstig de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en andere voor privacy relevante wet- en regelgeving, zorgvuldig om met persoonsgegevens. De zorgverzekeraar neemt de regels en voorschriften uit de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars in acht.

Inspraak verzekerden

- 2.1.20 De zorgverzekeraar laat op passende wijze de stem van de verzekerde tot zijn recht komen. Voor onderlinge waarborgmaatschappijen en zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren bestaat wettelijk geregelde inspraak. Zorgverzekeraars maken bekend, op welke wijze verzekerden invloed kunnen uitoefenen op het gedrag of beleid van de zorgverzekeraar.

Overstap verzekerden

- 2.1.21 De zorgverzekeraar is gehouden deel te nemen aan de overstapservice en verstrekt informatie over de voorwaarden en termijnen die hiervoor gelden.
- 2.1.22 De zorgverzekeraar neemt in zijn polisvoorwaarden op dat een verzekerde de mogelijkheid heeft om op elk moment in het kalenderjaar, in verband met wijziging van werkgever, over te stappen van de ene naar de andere collectieve werkgeversziektekostenverzekering.

Regeling wanbetalers

- 2.1.23 De zorgverzekeraar licht zijn verzekerden zorgvuldig voor over de gevolgen van het niet betalen van de verzekeringspremie. Bij premieachterstand geeft de zorgverzekeraar de verzekerde de

mogelijkheid de premie alsnog te voldoen doormiddel van betalingsherinneringen, aanmaningen en/of een betalingsregeling. Bij een achterstand van 6 maandpremies meldt de zorgverzekeraar de verzekerde aan als wanbetaler bij het College voor zorgverzekeringen.

2.2 Ten aanzien van de zorg

2.2.1 De zorgverzekeraar draagt bij aan de toegankelijkheid en aan de kwaliteit van de zorg binnen de grenzen van zijn mogelijkheden Hij levert een bijdrage aan de beheersing van de kosten van de zorg door een doelmatig gebruik van gezondheidszorg te bevorderen.

2.2.2 Bij de omschrijving van de dekking en (voor zover van toepassing) bij de keuze van zorgaanbieders, weegt de zorgverzekeraar de kwaliteit van de geboden gezondheidszorg uitdrukkelijk mee.

2.2.3 De zorgverzekeraar ziet erop toe, dat de verzekerde zorg binnen een redelijke termijn ter beschikking van de verzekerde komt. Indien gewenst voorziet de zorgverzekeraar in zorgbemiddeling. Indien een zorgverzekeraar een natura-polis aanbiedt heeft hij de verplichting ervoor zorg te dragen dat voldoende zorg gecontracteerd is.

2.2.4 Daar waar er sprake is van gecontracteerde zorg biedt de zorgverzekeraar de verzekerden kwalitatief en kwantitatief goede zorg. Bij de omschrijving van de dekking en bij de keuze van zorgaanbieders, weegt de zorgverzekeraar de kwaliteit van de geboden gezondheidszorg uitdrukkelijk mee. Bij het aangaan van overeenkomsten met zorgaanbieders worden afspraken gemaakt over de kwaliteit, continuïteit en integriteit van de te leveren zorg.

2.3 De relatie met de zorgaanbieders

2.3.1 Bij het al dan niet aangaan van overeenkomsten met zorgaanbieders betracht de zorgverzekeraar de vereiste zorgvuldigheid en houdt rekening met de wet- en regelgeving waaraan de zorgaanbieder is gebonden. Wanneer een zorgverzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieder in een machtspositie verkeert, maakt hij hier geen misbruik van. Bij het aangaan van overeenkomsten controleert de zorgverzekeraar op basis van een risicoanalyse naar de integriteit van de partij waarmee een contract wordt gesloten

Contracteerbeleid

2.3.2 Bij de keuze van zorgaanbieders hanteert de zorgverzekeraar openbare, objectieve criteria. De zorgverzekeraar maakt, in een publicatie of anderszins, zijn contracteerbeleid (voor zover van toepassing) jegens zorgaanbieders bekend. Wijzigingen in het contracteerbeleid worden tijdig bekend gemaakt aan de betrokken zorgaanbieders. Als de zorgverzekeraar geen overeenkomst met de zorgaanbieder wil sluiten, deelt hij aan de zorgaanbieder de redenen mee van zijn besluit.

Zorgplicht

2.3.3 De zorgverzekeraar maakt bij het werven van verzekerden geen misbruik van de afhankelijkheidsrelatie tussen de verzekerde en de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar respecteert het recht van de verzekerde van vrije keuze van zorgaanbieder en van zorgverzekeraar.

2.4 De relatie met andere zorgverzekeraars

- 2.4.1 De zorgverzekeraar zal zich onthouden van reclame die de goede naam van een andere zorgverzekeraar schaadt en zich niet kleinerend uitlaten over diensten of activiteiten van een concurrent.
- 2.4.2 Als de zorgverzekeraar door collega-verzekeraars is gemandateerd of volmacht heeft verkregen om taken uit te voeren, gebruikt de zorgverzekeraar de uitoefening van deze taken niet om in een betere concurrentiepositie te komen.
- 2.4.3 De zorgverzekeraar is zich bij zijn handelen bewust van het mededingingsrecht en heeft ter zake ook een beleid. Indien hij uit bijvoorbeeld efficiëntie- of kwaliteitsoverwegingen samenwerkt met andere veldpartijen waakt hij er steeds voor dat dit gebeurt overeenkomstig de Mededingingswet.

Tussenpersonen en volmachten

- 2.4.4 De zorgverzekeraar die gebruik maakt van tussenpersonen en/of volmachten hanteert hiervoor een op voorhand vastgesteld beleid.
- 2.4.5 De zorgverzekeraar neemt bij het verkopen van verzekeringen via tussenpersonen of volmachten de nodige zorgvuldigheid in acht wat zijn keuze betreft. Het voorgaande leidt ertoe dat de verzekeraar oog heeft voor de continuïteit, solidariteit en zorgvuldigheid van de zorg en periodiek controleert of de tussenpersoon nog over de vereiste vergunning beschikt.

Uitbesteding

- 2.4.6 Bij de uitbesteding van werkzaamheden handelt de zorgverzekeraar zorgvuldig. Hij legt deze derde naleving van de Wft en het Besluit prudentiële regels Wft op. De verzekeraar ziet erop toe, dat de derde in staat is voor continuïteit, solidariteit en zorgvuldigheid van de zorg.
- 2.4.7 De zorgverzekeraar toetst geregeld of de wijze waarop de uitbestede werkzaamheden worden uitgevoerd correct en (kwalitatief) nog in overeenstemming met de gemaakte afspraken is.
- 2.4.8 Bij uitbesteding blijft de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de resultaten van de uitbesteedde diensten. De verzekeraar ziet erop toe dat de dienstverlening op adequaat niveau plaatsvindt en dat de uitvoerder de verplichtingen naleeft die ook op de verzekeraar rusten.

2.5 Fraudebeheersing

- 2.5.1 Zorgverzekeraars spannen zich in om fraude en andere vormen van verzekeringscriminaliteit zoveel mogelijk te voorkomen, detecteren, onderzoeken en sanctioneren. Zij hebben hierbij zo vroeg mogelijk in het proces oog voor fraudebeheersing: preventie waar het kan, alleen detectie en sanctionering waar het moet.
- 2.5.2 Zorgverzekeraars werken op dit specifieke punt intensief samen, aangezien zij het belang van de fraudebeheersing voor de hele verzekeringsbranche onderschrijven.
- 2.5.3 De beheersing van fraude vormt een integraal onderdeel van de individuele bedrijfsvoering van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zetten zich er tevens voor in fraudebeheersing tot een integraal onderdeel van de samenwerking in de zorgketen te maken.

- 2.5.4 Zorgverzekeraars zijn gehouden het Protocol Verzekeringscriminaliteit ('Fraudeprotocol') na te leven.

Deel 3 Klachten en geschillen

3.1 Algemeen

- 3.1.1 De zorgverzekeraar stelt informatie beschikbaar over de mogelijkheden tot het indienen van een klacht of geschil. Deze informatie betreft in ieder geval het adres waar verzekerde zijn klacht in kan dienen, de wijze waarop de klacht ingediend moet worden, de termijn waarbinnen de verzekerde een reactie kan verwachten, de mogelijkheid voor verzekerde om zich te wenden tot de SKGZ, het verschil in procedure bij de Ombudsman en Geschillencommissie en de mogelijkheid voor verzekerden om naar de burgerlijk rechter te stappen.

3.2 Klachten en geschillen Wlz

- 3.2.1 De Wlz is een publiekrechtelijke verzekering. Dit houdt in dat de regels, termijnen en dergelijke (de zogenaamde procesregels) die gelden op de grond van de Algemene Wet Bestuursrecht hierop van toepassing zijn. De zorgverzekeraar communiceert op deugdelijke wijze de termijnen, procedures en kosten die voor de verzekerde gelden indien hij van deze vorm van de geschillenregeling gebruik wenst te maken.

Wet Dwangsom

- 3.2.2 Verzekerden hebben in bepaalde gevallen recht op een vergoeding (dwangsom) als de zorgverzekeraar bij de uitvoering van de Wlz te laat een besluit neemt op hun aanvraag bezwaarschrift. Bovendien kunnen zij dan via de rechter (sector bestuursrecht) een besluit afdwingen. Deze maatregelen moeten ervoor zorgen dat verzekerden mogelijkheden hebben om trage besluitvorming van de zorgverzekeraar tegen te gaan. De zorgverzekeraar zal de verzekerden informeren over hun rechten die ze hebben op grond van de Wet dwangsom en aan welke voorwaarden de verzekerde moet voldoen om zijn rechten te gelde te maken.

Nationale Ombudsman

- 3.2.3 Indien een verzekerde klachten heeft over de manier waarop de zorgverzekeraar in de hoedanigheid van bestuursorgaan zich heeft gedragen jegens de verzekerde kan hij terecht bij de Nationale Ombudsman. De verzekerde dient zijn klacht eerst voor te leggen aan zijn zorgverzekeraar alvorens zijn klacht in te dienen bij de Nationale Ombudsman.

3.3 Klachten en geschillen (aanvullende) zorgverzekering

- 3.3.1 De manier waarop zorgverzekeraars met klachten en geschillen omgaan, kan per zorgverzekeraar verschillen, zo kan ook de inrichting van de klachtenregeling anders zijn. De Zvw stelt hierover geen regels. Onderstaande bevat richtlijnen voor de zorgverzekeraars.
- 3.3.2 De zorgverzekeraar zorgt voor goede registratie en behandeling van klachten en geschillen. In zijn verslag van werkzaamheden neemt hij een overzicht van aantallen en de wijze van afhandeling op.

- 3.3.3** In zijn voorwaarden neemt de zorgverzekeraar op wat onder een klacht, of een geschil wordt verstaan en welke procedure kan worden gevolgd. Daarbij zorgt hij ervoor dat de toepasselijke procedure laagdrempelig is.
- 3.3.4** Bij de klachtbehandeling wijst de zorgverzekeraar op de mogelijkheid van een beroep op de Ombudsman Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De zorgverzekeraar werkt loyaal mee aan de bemiddeling door de Ombudsman en neemt de door deze gestelde termijnen in acht.
- 3.3.5** Indien de Ombudsman Zorgverzekeringen geen mogelijkheid ziet tot bemiddeling of wanneer de bemiddeling het probleem niet heeft opgelost, kan de verzekerde zijn klacht indienen bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie geeft een bindend advies. De zorgverzekeraar neemt de gestelde termijnen in acht en verstrekt de Geschillencommissie desgevraagd de voor de beoordeling van het geschil gewenste gegevens.
- 3.3.6** In het kader van de behandeling van geschillen op het terrein van de verzekering ingevolge de Zvw neemt de zorgverzekeraar de navolgende basisregels in acht:
- Indien wordt verzocht om heroverweging van een beslissing bevestigt de zorgverzekeraar de ontvangst van het verzoek per omgaande;
 - Indien nadere gegevens noodzakelijk zijn, vraagt de zorgverzekeraar deze binnen een redelijke termijn na verzending van de ontvangstbevestiging op, rekening houdend met de complexiteit van de zaak.
- 3.3.7** Indien het een medische kwestie betreft, draagt de zorgverzekeraar alvorens een standpunt in te nemen zijn medisch-, respectievelijk tandheelkundig-, farmaceutisch of technisch adviseur op zijn zienswijze, voorzien van een deugdelijke motivering, schriftelijk vast te leggen, onder verwijzing naar de toepasselijke regelgeving en/of verzekeringsvoorwaarden.
- 3.3.8** De zorgverzekeraar maakt zijn definitieve standpunt bekend binnen vier weken na dagtekening van de ontvangstbevestiging, respectievelijk vier weken na ontvangst van de bij betrokkene opgevraagde nadere gegevens.
- 3.3.9** De zorgverzekeraar werkt loyaal mee aan bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen en/of geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. In dat kader neemt hij de gestelde termijnen in acht en verstrekt hij de commissie desgevraagd de voor de beoordeling van het geschil gewenste gegevens.
- 3.3.10** Indien een bindend advies wordt uitgebracht door de Geschillencommissie volgt de zorgverzekeraar dit op.

Het adres van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen is:
Postbus 291
3700 AG ZEIST
(088) 900 6900
www.skgz.nl

Deel 4 Uniforme Maatregelen

De praktijk heeft uitgewezen dat bepaalde onderwerpen die in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars dan wel de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap aan de orde komen nader uitgewerkt dienen te worden teneinde te leiden tot uniforme operationele maatregelen. Dit zijn de zogenoemde Uniforme Maatregelen (UM'en). Het ontstaan van een UM is ingegeven door zorgverzekeraars ervaren knelpunten in de praktijk en is aanleiding tot een uniform beleid. De zorgverzekeraars zijn gehouden de UM'en na te leven, deze vormen derhalve onderdeel van deze code. De UM'en zijn te vinden op: www.zn.nl/zorgverzekeraars/gedragscode

Slotbepaling

Toetsing aan de gedragsregels

Deze code kan door colleges als de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, de Tuchtraad Financiële dienstverlening en de rechter worden betrokken bij de beoordeling van geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars.

Geschillen met zorgaanbieders

In geschillen tussen zorgaanbieders enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds komt beoordeling toe aan de Commissie voor de Rechtsspraak of de burgerlijke rechter. Ten behoeve van de uitleg van de code kunnen deze colleges desgewenst een beroep doen op een onafhankelijke Commissie van uitleg en advies.

Geschillen tussen zorgverzekeraars

Met betrekking tot het gedrag van zorgverzekeraars ten opzichte van elkaar kan door de zorgverzekeraars een beroep worden gedaan op de zelfde Commissie van uitleg en advies; deze geeft een advies aan betrokken partijen in concrete, zich in de praktijk voordoende situaties. Deze Commissie geeft geen advies in zaken waarin een beroep kan worden gedaan op een toetsend college, of waarin reeds door een toetsend college een uitspraak is gedaan.