

Aan het Ministerie van VWS
Minister Bruins
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bergen op Zoom, 16 maart 2018

Betreft: Kamerdebat over onderzoek Zorghuis

Geachte Minister Bruins,

Wij, bestuursleden en onderzoekers van Stichting Zorghuis, hebben een zeer grondig onderzoek gedaan naar de zorgpolisvoorwaarden. Onze conclusie is dat verzekerden te weinig vergoed krijgen bij afname van niet-gecontracteerde zorg. De NZa onderzoekt de kwestie momenteel. Ook u als Minister heeft van dat uitgebreide onderzoek kennisgenomen en hierover zijn Kamervragen aan u gesteld. Tijdens dit vragenuurtje merkte wij dat er onduidelijkheid bestaat en de hoofdzaak eigenlijk onbenoemd bleef. Naar aanleiding daarvan berichten wij u als volgt.

“Wij spreken hier over naturapolissen. Daarbij wordt conform het hinderpaalcriterium circa 75% van de rekening vergoed. ...Die 75% is een praktijkervaring op basis van jurisprudentie”

Minister Bruins voor medische zorg

Er bestaat geen enkele naturapolis die *75% van de rekening vergoed*. Het is ook niet de uitleg die de toezichthouder aan het hinderpaalcriterium geeft. Die stelt in haar beleidsnota's dat een vergoeding niet lager mag zijn dan 75% van een marktconform tarief. Van de NZa mag voor dit marktconform tarief de contractafspraken die zorgverzekeraars met zorgverleners maken als uitgangspunt worden genomen. Wat nu precies de eigen bijdrage is die de verzekerde zelf moet betalen wordt niet in de polis vermeld. Was de vergoeding het door u genoemde '*75% van de rekening*', dan had iedere burger die rechtszekerheid waar het nu juist zo aan ontbreekt.

Zorgverzekeraars bieden nu polissen aan waarin niet-gecontracteerde zorg wordt vergoed op basis van een '*gemiddelde tarief zoals deze voor die betreffende zorgprestatie is overeengekomen*'. Ze leveren echter een lagere vergoeding. Voor die zorgprestaties waar wij naar hebben kunnen kijken waren de vergoedingen direct te linken aan een lagere standaard of het laagst gecontracteerd tarief. Vaak konden wij geen link leggen met enig gecontracteerd tarief en vergoedingen zijn soms op geen enkele wijze 'marktconform' te noemen. Terwijl dit wel een wettelijke vereiste is.

Zorgverzekeraars geven in hun reactie aan dat onze *conclusie niet klopt en er met verkeerde tarieven wordt gerekend*, of überhaupt de *berekeningen verkeerd* zijn. Volgens het Zilveren Kruis zijn de verschillen te verklaren omdat *Stichting Zorghuis bijvoorbeeld bij fysiotherapie ook een extra vergoeding meerekent. Maar die keren we alleen uit bij gecontracteerde zorg, want die zorgverlener kennen we. We betalen geen 'extra' vergoeding voor on-gecontracteerde zorgverleners*”.

Zilveren Kruis/Achmea slaat hier de spijker op de kop. Wanneer de verzekeraar zich voor de vergoeding enkel beroept op een standaard vergoeding, omdat ze de *extra vergoedingen* niet willen betalen, dan moet die standaard ook in de polisvoorwaarden worden benoemd. Dat gebeurt nu niet. In de polisvoorwaarden staat dat er een gemiddelde van die afspraken wordt vergoed. Dus inclusief *die extra vergoeding*. Wanneer je de vergoeding enkel baseert op *dát* standaardtarief dan moet je *dát* standaardtarief ook in de polis opnemen. De reactie van de zorgverzekeraars, en de door u gestelde vraag tijdens het debat, *Wat is nou het gemiddelde tarief?*, zal verder ook geen verklaring zijn op tal van verschillen die wij in de polissen aantreffen. Het versterkt ons vermoeden dat dit probleem zich bij veel meer zorgprestaties voordoet dan waarvan wij de contracten hebben kunnen inzien.

Wij hebben er alle begrip voor dat een minister, voordat die inhoudelijk reageert, de resultaten van het onderzoek van de NZa wilt afwachten. Dit betekent evenwel dat de minister nog niet de conclusie kan trekken dat het '*een goed werkend systeem*' is. U kan vervolgens ook niet stellen dat een vergoeding *over het algemeen zal volstaan. In sommige*

gevallen zal het misschien te hoog zijn en in andere misschien te laag. Ons onderzoek toont nu eenmaal aan dat de huidige vergoedingen niet volstaan en dat het huidige systeem niet goed functioneert. De toezichthouder heeft zelf ook aanleiding gezien om nader onderzoek in te stellen. De minister wil niet inhoudelijk reageren *'aan de hand van een krantenartikel'*. Inmiddels weten wij dat de NZa ook van andere bronnen heeft vernomen dat vergoedingen in de polisvoorwaarden niet kloppen. De suggestie alsof het nieuws maar uit één krant of van één bron komt klopt dus niet. Deze conclusie is dus in onze optiek niet alleen voorbarig, maar ook feitelijk onjuist.

Daarmee komen wij aan bij de centrale vraag waar het debat nu al over gevoerd kan worden. Het toezicht op de *invulling van polisafspraken* vindt onvoldoende plaats. Door de beleidslijnen die de toezichthouder zelf heeft opgesteld kan ze zelf niet meer toezien of deze *polisafspraken* ook worden nagekomen. Deze beleidslijnen maken het mogelijk dat zorgverzekeraars de vergoedingen mogen baseren op de contractafspraken die ze met zorgverleners maken. Deze contractafspraken zijn niet openbaar en worden niet gepubliceerd. De toezichthouder kan daardoor niet controleren of de gegeven vergoedingen ook inderdaad in overeenstemming zijn met de door u genoemde *polisafspraken*. Immers de toezichthouder heeft geen zicht op deze contractafspraken waarop de polisvoorwaarden zich zeggen te beroepen. Wanneer dit zicht er uiteindelijk wel komt, door het onderzoek wat wij hebben uitgevoerd, dan zien we dat het niet klopt. De toezichthouder had nooit beleidsregels mogen opstellen waardoor ze zichzelf buitenspel zet en haar controlerende taak onvoldoende kan uitvoeren. Zoals Mevrouw Van den Berg van het CDA het tijdens het debat al zei: *'Wetten zonder werking zijn waardeloos'*.

Nu deze vergoedingen zijn gebaseerd op tarieven die volstrekt niet transparant zijn, en waar de toezichthouder de juistheid ervan niet kan controleren, kan de zorgverzekeraar van alles beweren in zijn polis. Uit ons onderzoek blijkt klip en klaar dat ze dat ook doen. Als de toezichthouder de *polisafspraken* niet kan controleren hoe kan de burger dan weten dat de verleende vergoeding te laag is? Dat de *gang naar de rechter open staat*, zoals u tijdens het vragenuurtje zei, is tamelijk onmogelijk. De consument weet niet en kan ook niet weten waar het *wringt*. Voor zover de verzekerde het hele systeem al begrijpt heeft die op geen enkele wijze toegang tot de contractafspraken waarop de verzekeraar zich beroept. Een gang naar de rechter is niet mogelijk omdat de consument niet kan weten dat die gang überhaupt nodig is.

In antwoord tijdens het debat suggereerde u dat *helderheid* over de vergoedingen bij een naturapolis niet direct van belang is en mocht een consument dat belang nastreven dan kan de consument kiezen voor een restitutiepolis. Daaruit begrijpen wij van de minister dat naturapolishouders geen *heldere* polisvoorwaarden behoeft. Het bestaansrecht van een restitutiepolis spruit natuurlijk niet voort uit het bestaan van *niet-heldere* zorgkostenvergoedingen in de naturapolis. Ook de naturapolissen dienen helder en transparant te zijn. Het is trouwens maar zeer de vraag of die duidelijkheid er voor de restitutiepolishouders wel is. Zo heeft Zilveren Kruis/Achmea voor 2018 de vergoedingen van de restitutiepolis, voor een aantal zorgprestaties, tot meer dan 25% verlaagd. Een restitutiepolis waar je volledige keuzevrijheid voor arts en andere zorgverleners hebt zonder dat dit van invloed mag zijn op de vergoeding. Wat Zilveren Kruis/Achmea met deze verlaagde tarieven nu eigenlijk aan haar restitutiepolishouders probeert te vertellen is niet duidelijk.

Het aanbod van zorgpolissen moet transparanter en kan ook transparanter. Toezicht vindt onvoldoende plaats. Gedebatteerd zal moeten worden waarom de toezichthouder beleidsregels heeft opgesteld die vergoedingen op basis van contractafspraken mogelijk maakt en die tot gevolg hebben dat ze op de vergoedingen van zorgkosten geen toezicht meer kan houden. Zoals uitgelegd hebben deze beleidsregels ook invloed op de rechtszekerheid van de consument. Het voeren van dit debat én de uitkomst van het onderzoek van de NZa dient bekend te zijn voordat de voorstellen om contractering te bevorderen aan de tweede kamer kunnen worden gestuurd. Het zou weinig geloofwaardig zijn als deze voorstellen een onderwerp van gesprek zijn nu juist dit contracteerbeleid en het toezicht daarop onderwerp van discussie is.

Met vriendelijke groet,
Stichting Zorghuis

A. Mulderij
L. van Oosterhout