

## LEGAL UPDATE

### **CBb oordeelt dat niet-gecontracteerde zorg volledig vergoed moet worden bij restitutiepolis**

Datum: 13 augustus 2020

Door het College van beroep voor het bedrijfsleven (CBb) is op 28 juli een belangrijke uitspraak gedaan in een zaak tussen enkele verzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De zaak draait om de vraag of verzekeraars bij restitutiepolissen een eigen systematiek mogen hanteren om maximumtarieven vast te stellen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het CBb oordeelt van niet. De essentie van de restitutiepolis is dat de gehele zorgnota vergoed wordt. Als dit anders was, dan zouden verzekerden moeten bijbetalen, en dat is niet de bedoeling. Slechts in uitzonderlijke gevallen kan de vergoeding beperkt worden tot een bepaald bedrag. Het is dan aan de verzekeraar om op individuele basis vast te stellen dat er excessief gedeclareerd is.

In deze Legal Update plaatsen wij de uitspraak in het bredere wettelijke kader van de restitutiepolis en het zorgstelsel.

#### **Natura- en restitutiepolis**

In de Zorgverzekeringswet wordt onderscheid gemaakt tussen de naturapolis en de restitutiepolis. Het belangrijkste verschil tussen beide is dat verzekerden met een restitutiepolis volledige keuzevrijheid hebben in zorgaanbieder en van de zorgverzekeraar een bedrag ontvangen om de zorg te kunnen inkopen bij een aanbieder naar keuze. Verzekerden met een naturaverzekering hebben een keuze uit de door de verzekeraar gecontracteerde aanbieders. Hierbij geldt geen volledige keuzevrijheid maar moet door de verzekerde een keuze worden gemaakt tussen zorgaanbieders met wie hun verzekeraar een contract heeft.

#### **Feiten**

In de zaak van 28 juli staat de restitutiepolis centraal. Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder levert zorg aan verzekerden met een restitutiepolis. De nota's voor deze zorg worden volgens de aanbieders echter tot een te laag bedrag vergoed. Op grond van deze vergoedingen doet de aanbieder bij de NZa een handhavingsverzoek om de handelwijze van de drie verzekeraars die deze vergoedingen hanteren door te lichten. Met dit onderzoek komt de NZa tot de conclusie dat deze verzekeraars een eigen, interne systematiek hanteren voor het vaststellen van maximumtarieven, en niet uitgaan van de marktconforme tarieven van de geleverde niet-gecontracteerde zorg. Op grond van dit interne rekenmodel wordt standaard zo'n 5% van de restitutenota's niet vergoed (het gedeelte boven het maximumtarief van de verzekeraars). De NZa stelt dat zulk automatisch en/of gestandaardiseerd afwijzen van dit deel van de declaraties niet gerechtvaardigd is, en geeft de verzekeraars een aanwijzing om te stoppen met deze praktijk. Het vaststellen door een verzekeraar dat een declaratie onevenredig hoog is kan volgens de NZa namelijk enkel op grond van een *individuele beoordeling* geschieden. De verzekeraars gaan na afwijzing van hun bezwaar tegen dit besluit in beroep bij het CBb.

#### **Uitspraak College**

Het CBb maakt korte metten met de handelwijze van de verzekeraars. Het College oordeelt dat uit de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekeringen volgt dat het uitgangspunt bij een restitutiepolis is dat de nota van de zorgaanbieder volledig vergoed moet worden. Daarop bestaat naar het oordeel van het CBb slechts een uitzondering in het geval van een nota die onredelijk hoog is. Dan moet de zorgverzekeraar op het te vergoeden bedrag de kosten in mindering brengen die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is. Er moet dan gekeken worden naar het *marktconforme tarief* voor de specifieke zorgactiviteiten, en de zorgverzekeraar moet een nota waarvan wordt vermoed dat deze excessief hoog is individueel beoordelen. Het CBb volgt de NZa en oordeelt

dat een gestandaardiseerd rekenmodel voor maximumtarieven, waarbij geen individuele beoordeling plaatsvindt, in strijd is met de wettelijke vergoedingssystematiek.

## **Betekenis uitspraak**

De betekenis van de uitspraak ligt er ten eerste in dat het College de belangen van verzekerden behartigt onder verwijzing naar doel en ontstaansgeschiedenis van de Zorgverzekeringswet. De restitutiepolis is daar destijds in opgenomen als polisvorm waarmee verzekerden maximale keuzevrijheid ten aanzien van hun zorgaanbieder kregen, zónder dat zij zelf een deel van de rekening hoefden te dragen. Indien zorgverzekeraars echter als staand beleid standaard 5% van restitutenota's afwijzen, zouden verzekerden op termijn toch voor die kosten op moeten gaan draaien omdat zorgaanbieders die 5% bij hen zouden neerleggen. Dat is volgens het College niet de intentie van de wet.

Met deze uitspraak steekt het CBb echter ook een hart onder de riem van niet-gecontracteerde zorgaanbieders die zorg leveren aan patiënten met een restitutiepolis. Hun tarieven mogen immers niet meer automatisch gemaximeerd worden op grond van interne rekenmodellen van de verzekeraars. Dat verzekeraars bij een individuele toets moeten kijken naar het marktconforme tarief betekent desondanks niet dat aanbieders geheel vrij zijn in het bepalen van tarieven; de marktwerking moet hier zijn werk doen om zorgaanbieders te dwingen tot het hanteren van concurrerende prijzen.

Ten slotte heeft de uitspraak gevolgen voor het algemene beleid van verzekeraars: het drukken van de zorgkosten mag op grond van deze uitspraak niet of in zeer beperkte mate worden gespeeld over de band van maximumtarieven bij restitutiepolissen. Het is denkbaar dat verzekeraars als gevolg van deze uitspraak zullen proberen om met meer aanbieders te contracteren.

Dit is een Legal Update van Roland Bertens en Bastiaan Wallage

Voor meer informatie:

Roland Bertens  
+31 30 25 95 553  
[rolandbertens@vbk.nl](mailto:rolandbertens@vbk.nl)

Bastiaan Wallage  
+31 30 259 5 553  
[bastiaanwallage@vbk.nl](mailto:bastiaanwallage@vbk.nl)