

ECLI:NL:CBB:2019:483

Instantie	College van Beroep voor het bedrijfsleven
Datum uitspraak	08-10-2019
Datum publicatie	08-10-2019
Zaaknummer	18/2646
Rechtsgebieden	Bestuursrecht
Bijzondere kenmerken	Eerste aanleg - meervoudig
Inhoudsindicatie	Wmg. Verzoek om handhaving t.a.v. door zorgverzekeraars gehanteerde polisvoorwaarden. Verzoek om handhaving is geweigerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het geschil gaat over de door enkele zorgverzekeraars gehanteerde polisvoorwaarden die tot gevolg hebben dat voor niet-gecontracteerde zorg minder dan 75% van het door verweerster vastgestelde (maximum)tarief wordt vergoed. In geschil is of die polisvoorwaarden in strijd zijn met de op artikel 13, eerste lid Zorgverzekeringswet (Zvw) gebaseerde eis dat die vergoeding niet zo laag mag zijn dat de verzekerde wordt belemmerd om naar een niet-gecontracteerde zorgverzekeraar te gaan (hinderpaalcriterium). Het College is van oordeel dat appellante, die in de procedure het accent heeft gelegd op het feit dat zij niet kan werken voor een vergoeding die minder bedraagt dan 75% van het NZa-tarief, onvoldoende heeft onderbouwd dat consumenten met een naturapolis worden belemmerd om zorg van haar als niet-gecontracteerde zorgaanbieder te betrekken. Het College verklaart het beroep ongegrond.
Vindplaatsen	Rechtspraak.nl GJ 2019/171 met annotatie van Groot, G.J. de

Uitspraak

uitspraak

COLLEGE VAN BEROEP VOOR HET BEDRIJFSLEVEN

zaaknummer: 18/2646

uitspraak van de meervoudige kamer van 8 oktober 2019 in de zaak tussen

Stichting GGZ Momentum, te Veldhoven, appellante,

(gemachtigden: mr. P.J.M. Koning en J.C.J. Linssen),

en

de Nederlandse Zorgautoriteit, verweerster

(gemachtigden: mr. E.C. Pietermaat en mr. F.J.H. van Tienen).

Als derde-partijen hebben aan het geding deelgenomen:

1. **Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.** (Zilveren Kruis), te Utrecht,

(gemachtigden: mr. B. Megens en mr. J.M.Y. van Beijeren),

2. **CZ**, te Tilburg,
(gemachtigde: mr. M. van Oosterhout).

Procesverloop

Bij besluit van 13 juni 2018 (het primaire besluit) heeft verweerster het verzoek van appellante om handhavend op te treden tegen de zorgverzekeraars Zilveren Kruis, Menzis Zorgverzekeraar N.V., Coöperatie VGZ U.A. en CZ afgewezen.

Bij besluit van 15 oktober 2018 (het bestreden besluit) heeft verweerster het bezwaar van appellante ongegrond verklaard.

Appellante heeft tegen het bestreden besluit beroep ingesteld.

Verweerster heeft een verweerschrift ingediend.

Appellante heeft een reactie op het verweerschrift ingediend.

Het onderzoek ter zitting heeft plaatsgevonden op 27 juni 2019.

Appellante heeft zich laten vertegenwoordigen door haar gemachtigden. Voorts zijn namens appellante verschenen [naam 1] en [naam 2] .

Verweerster heeft zich laten vertegenwoordigen door haar gemachtigden.

Zilveren Kruis heeft zich laten vertegenwoordigen door haar gemachtigden. CZ is met bericht van verhindering niet verschenen.

Overwegingen

1. Appellante is een GGZ-instelling die gespecialiseerd is in de behandeling van complexe persoonlijkheidsstoornissen, al dan niet in combinatie met verslaving of andere dwangmatige handelingen. Appellante is bij haar start (2010) begonnen als niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Volgens appellante was contractering met zorgverzekeraars in de opstartfase niet mogelijk, omdat zorgverzekeraars omzetplafonds plegen af te spreken en appellante de mogelijkheid wilde hebben om te groeien. Appellante stelt dat zij, onder andere door de inzet van autonome behandelteams, tegen 75% van de door verweerster vastgestelde (maximum)tarieven (hierna: NZa-tarieven) kan werken. Aan het geschil ligt ten grondslag dat een aantal zorgverzekeraars, aldus appellante, voor niet-gecontracteerde zorg minder dan 75% van het NZa-tarief vergoedt en dat dit in strijd is met artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Appellante stuurt aan haar cliënten met een naturapolis geen factuur voor het deel van de kosten van de zorg dat de zorgverzekeraars niet vergoeden. Dat deel neemt appellante voor haar rekening.

2. Verweerster is op grond van artikel 16, aanhef en onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. Op grond van artikel 77 van de Wmg kan verweerster een aanwijzing geven aan een zorgverzekeraar die verzekeringen aanbiedt of uitvoert die niet aan de Zvw voldoen. Op grond van artikel 79, eerste lid, van de Wmg geeft verweerster geen aanwijzing als bedoeld in de artikelen 76 tot en met 78e omtrent de beoordeling of behandeling van individuele gevallen door degene tot wie de aanwijzing is gericht.

3. In artikel 13, eerste lid, van de Zvw is neergelegd dat, indien een verzekerde, die krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten (de zogenoemde naturapolis), deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, die verzekerde recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

In het arrest van 11 juli 2014, ECLI:NL:2014:1646 (CZ/Momentum) heeft de Hoge Raad geoordeeld dat de vergoeding die een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor zorg ontvangt niet zo laag mag zijn dat de verzekerde wordt belemmerd om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dit wordt ook wel aangeduid als: het hinderpaalcriterium.

In het arrest van 7 juni 2019, ECLI:NL:HR:2019:853 (Conductore/Zilveren Kruis en Interpolis) heeft de Hoge Raad geoordeeld dat de tekst en de totstandkomingsgeschiedenis van artikel 13, eerste lid, van de Zvw geen steun bieden voor de opvatting dat een zorgverzekeraar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg slechts mag verminderen met de (gemiddelde) extra (administratieve) kosten die zijn gemoeid met de afwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg in kwestie en evenmin voor de opvatting dat het hinderpaalcriterium zich in algemene zin verzet tegen een generieke korting, zoals één van 25%. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan volgens de Hoge Raad slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa.

4. Nadat op 12 januari 2018 een gesprek heeft plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van appellante en medewerkers van verweerster, heeft appellante zich bij brief van 29 maart 2018 tot verweerster gewend met een verzoek om handhavend op te treden tegen CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis. Appellante heeft daarin aangegeven dat de polisvoorwaarden van deze zorgverzekeraars voor wat betreft de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg niet voldoen aan artikel 13, eerste lid, van de Zvw. Genoemde zorgverzekeraars bepalen in hun polisvoorwaarden dat voor de niet-gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Omdat verzekeraars zorgaanbieders voor een lager tarief dan het NZa-tarief plegen te contracteren, bedraagt de vergoeding voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieders feitelijk minder dan 75% van het NZa-tarief. Dat is volgens appellante in strijd met het hinderpaalcriterium. Appellante stelt dat zorgverzekeraars na het vorengenoemde arrest van de Hoge Raad van 11 juli 2014 (CZ/Momentum) zijn gaan goochelen met het tariefbegrip: zorgverzekeraars zijn het gemiddeld gecontracteerde tarief anders gaan invullen. De maatstaf van het gemiddeld gecontracteerde tarief is variabel en schept grote onduidelijkheid voor zowel de verzekerde als de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals appellante. Er wordt geen inzicht geboden in de cijfers en berekeningsmethodiek waarop de hoogte van dit tarief is gebaseerd. Appellante verwijst onder meer naar het rapport van NZa en ACM van 30 november 2017 *Echte keuze op de polismarkt waarin het volgende is vermeld (zie p.37): Zorgverzekeringen () hebben de nodige productkenmerken waarop ze kunnen verschillen en die consumenten dus moeten vergelijken om een goede keuze te kunnen maken. Maar niet alle kenmerken zijn even inzichtelijk. Met name verschillen in het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn voor consumenten zeer moeilijk te beoordelen en te wegen, niet in de laatste plaats omdat de grondslag voor dat percentage per polis kan verschillen en consumenten geen zicht hebben op bijvoorbeeld het gemiddeld gecontracteerde tarief.*

Appellante verzoekt verweerster om middels een aanwijzing te bepalen dat de genoemde verzekeraars hun polisvoorwaarden dienen aan te passen in die zin, dat 75% van het NZa-tarief geldt als absolute bodem voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

5. Verweerster heeft het verzoek van appellanten afgewezen. Dit besluit is in bezwaar gehandhaafd. Verweerster heeft hiertoe overwogen dat zij in het kader van haar toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld, invulling heeft gegeven aan artikel 13, eerste lid, van de Zvw, door in artikel 8.4 van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025) (hierna: de beleidsregel) te bepalen dat de verzekerde bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding ontvangt van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, welke niet dusdanig laag mag zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In de toelichting bij deze beleidsregel is vermeld dat verweerster van oordeel is dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door verweerster vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Verweerster stelt in dit verband dat zij met haar beleid, zoals ook toegelicht in het primaire besluit, op de juiste wijze aansluit bij de geldende wet- en regelgeving en de jurisprudentie omtrent artikel 13, eerste lid, van de Zvw. Verweerster heeft getoetst of de polisvoorwaarden van de door appellante genoemde zorgverzekeraars aan dit beleid voldoen en of de zorgverzekeraars voor niet-gecontracteerde zorg vergoeden wat zij in de polisvoorwaarden hebben opgenomen. Voor zover appellante met haar verzoek tevens heeft bedoeld dat verweerster dient na te gaan of sprake is van een feitelijke hinderpaal ten aanzien van cliënten met een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar waarmee appellante geen contract heeft, is verweerster van mening dat zij niet bevoegd is om in individuele gevallen te toetsen of sprake is van een feitelijke hinderpaal. Ten slotte heeft verweerster in het bestreden besluit overwogen dat het feit dat de tussen de diverse zorgverzekeringen bestaande verschillen in het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor consumenten moeilijk te beoordelen zijn, niet betekent dat sprake is van oneerlijke bedingen in de betreffende zorgpolissen. Van strijd met de Richtlijn 93/13/EEG van de Raad van 5 april 1993 betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten is dan ook geen sprake, aldus verweerster.

6. Appellante heeft in beroep samengevat weergegeven de volgende vijf beroepsgronden aangevoerd.

A. Verweerster beschikt niet over beleidsvrijheid bij het interpreteren van het bepaalde in artikel 13 van de Zvw. Deze bepaling bevat een objectief bedoelde wettelijke norm, waarvan de interpretatie bindend door de rechter moet worden vastgesteld. Het in artikel 8.4 van de beleidsregel en de daarbij behorende toelichting neergelegde beleid is in strijd met deze bepaling en moet buiten toepassing blijven.

B. Artikel 8.4 van de beleidsregel en de daarbij behorende toelichting zijn niet gebaseerd op relevant objectief onderzoek. Dit beleid moet daarom wegens strijd met algemene beginselen van behoorlijk bestuur inzake zorgvuldigheid, belangenafweging en motivering buiten toepassing blijven.

C. Het in artikel 8.4 van de beleidsregel en de daarbij behorende toelichting neergelegde beleid is in strijd met de wet en de jurisprudentie en moet buiten toepassing blijven.

D. De uitvoeringspraktijk van CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis ten aanzien van de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg verdraagt zich niet met artikel 13, eerste lid, Zvw. Het uitkeringsbeleid van genoemde zorgverzekeraars, als neergelegd in de polisvoorwaarden, werpt voor de niet-gecontracteerde zorg een feitelijke hinderpaal op. Het toepassen van een eventuele korting voor niet-gecontracteerde zorg dient te geschieden aan de hand van de door de NZa op grond van de Wmg vastgestelde tarieven (hierna: de NZa-tarieven). Zon korting van 25% of meer mag niet worden toegepast op de gemiddeld gecontracteerde tarieven, want die tarieven houden reeds een korting van 6 tot 17% op de NZa-tarieven in. Door de stapeling van twee kortingen ontstaat een fors verschil tussen het redelijk loon waarop appellante aanspraak maakt en de vergoeding die de zorgverzekeraars voor de door appellante verleende zorg aan de verzekerde uitkeren. Een bijbetaling van 25% van het NZa-tarief levert in veel gevallen al een hinderpaal op voor de verzekerde en dit geldt eens te meer wanneer zelfs, zoals bij CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis het geval is, een nog hoger percentage van het NZa-tarief moet worden bijbetaald. Appellante biedt complexe zorg aan een zeer complexe patiëntengroep. Op grond van de NZa-tarieven zijn met deze zorg hoge bedragen gemoeid van 10.000,--, 28.000,-- of meer. De uitvoeringspraktijk van verzekeraars brengt mee dat patiënten duizenden euros, soms de helft van de rekening, zelf zouden

moeten betalen. Gelet op de complexiteit van de patiëntengroep levert dat feitelijke hinderpalen op.

E. De polisvoorwaarden van CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zijn in strijd met de Richtlijn 93/13/EEG van de Raad van 5 april 1993 betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten. Appellante wordt daardoor in haar belangen geraakt omdat zij wordt geconfronteerd met te lage vergoedingen, waardoor zij moeilijkheden ondervindt bij het ontvangen van een redelijke vergoeding voor de door haar geleverde zorg.

7. Zilveren Kruis heeft zich in beroep aangesloten bij de standpunten van verweerster. Zilveren Kruis is van mening dat het slechts tot verweersters taak behoort om te beoordelen of de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars in hun algemeenheid in lijn zijn met de vereisten van de Zvw en of de zorgverzekeraars feitelijk ook uitkeren conform de polisvoorwaarden, maar niet om te beoordelen of in individuele gevallen sprake is van een hinderpaal. Zilveren Kruis stelt dat zorgverzekeraars de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij naturapolissen mogen baseren op het gemiddeld door hen voor die zorg gecontracteerde tarief en dat een korting van 25% op dat tarief wordt beschouwd als een breed gedragen praktijknorm. Volgens Zilveren Kruis heeft verweerster terecht geoordeeld dat haar polisvoorwaarden in lijn zijn met de vereisten van artikel 13 van de Zvw.

8. Ook CZ heeft zich in beroep aangesloten bij de standpunten van verweerster.

9. Zoals het College in de uitspraak van 1 december 2015 (ECLI:NL:CBB:2015:370) heeft overwogen (mede onder verwijzing naar het reeds genoemde arrest van de Hoge Raad inzake CZ/Momentum) zijn de normen die het stelsel van de Zvw bevat over de in artikel 11, eerste lid Zvw genoemde zorgplicht van de zorgverzekeraars weliswaar primair geschreven ten behoeve van de verzekerden, maar beoogt de Zvw mede de voorwaarden te scheppen voor een behoorlijk functionerende markt in de gezondheidszorg en zijn de relaties in de driehoeksverhouding verzekerde-zorgaanbieder-zorgverzekeraar zo nauw met elkaar verweven dat voor elk van de drie partijen een beroep op artikel 13, eerste lid, Zvw open staat. Appellante voert aan dat haar belang erin is gelegen dat de vergoeding die zij voor de aan haar cliënten met een naturapolis geboden zorg ontvangt, niet voldoet aan het bepaalde in artikel 13, eerste lid, Zvw, aangezien die vergoeding volgens appellante zo laag is dat haar cliënten worden belemmerd om zorg af te nemen van haar als niet-gecontracteerde zorgaanbieder (het zogenoemde hinderpaalcriterium). Daarmee heeft appellante een voldoende rechtstreeks belang als bedoeld in artikel 1:2, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht.

10.

Ter zitting is gebleken dat appellante voor de door haar geboden zorg inmiddels contracten heeft afgesloten met CZ, Menzis en VGZ, maar niet met Zilveren Kruis. Dit betekent naar het oordeel van het College dat appellante in ieder geval ten aanzien van Zilveren Kruis belang heeft bij beoordeling van haar beroep, dat ertoe strekt dat verweerster op het punt van de in de polisvoorwaarden neergelegde vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg alsnog tot handhaving dient over te gaan.

11. De beroepsgronden A, B, C en D lenen zich voor een gezamenlijke bespreking.

Het College constateert dat appellante zich bij het handhavingsverzoek en het daarop volgende bezwaar en beroep heeft geconcentreerd op de na 2014 almaar lager wordende vergoedingen (ten opzichte van het NZa-tarief) voor de door haar geleverde niet-gecontracteerde zorg, in relatie tot haar verdienmodel. Appellante stelt dat zij al vele jaren in staat is tegen 75% van het NZa-tarief te werken, maar dat de door de zorgverzekeraars na 2014 uitgekeerde vergoeding in veel gevallen minder bedraagt dan 75% van het NZa-tarief en daarmee ruim onder een reële vergoeding ligt die noodzakelijk is om kostendekkend te kunnen zijn. Zij kan geen zorg onder de kostprijs blijven bieden. Zij heeft gesteld dat zij een niet-gecontracteerde aanbieder is gebleven zolang het nodig was en contractering vanwege de lage omzetplafonds leidde tot een belemmering voor patiënten om bij haar in behandeling te kunnen komen. Ter zitting heeft appellante in dit verband voorts nog aangegeven dat haar jaarrekening, indien 75% van het NZa-tarief vergoed zou worden, ieder jaar een bescheiden resultaat zou laten zien van ongeveer 200.000,-- aan winst. Er staat inmiddels echter een vordering van bijna 3 miljoen open in de boeken, doordat zorgverzekeraars na 2014 in veel gevallen minder dan 75% van het NZa-tarief hebben vergoed.

Indien die gelden, waarop appellante aanspraak meent te maken, niet worden vergoed zal appellante het hoofd niet langer boven water kunnen houden en zal een faillissement het gevolg zijn.

12. Het College is van oordeel dat appellante daarmee onvoldoende heeft onderbouwd dat verzekerden met een naturapolis, worden belemmerd om zorg van haar als niet-gecontracteerde aanbieder te betrekken. In dit verband heeft appellante ter zitting gesteld dat zij voorafgaand aan het formele handhavingsverzoek informatie aan verweerster heeft overgelegd over cliënten die geen zorg bij haar zouden willen betrekken als zij het deel van de kosten van de zorg dat de zorgverzekeraars niet vergoeden (hierna: eigen bijdrage) zelf zouden moeten betalen. Verweerster betwist echter informatie hierover van appellante te hebben ontvangen. Volgens het hiervan opgemaakte verslag is tijdens de mondelinge toelichting van 8 mei 2018 bij het handhavingsverzoek ter sprake geweest dat 91% van de patiënten desgevraagd aan appellante zou hebben aangegeven dat zij het gat tussen de rekening van appellante en de door de zorgverzekeraar uitgekeerde vergoeding niet zouden kunnen betalen. Het College constateert dat noch in bezwaar noch in beroep stukken daarover zijn overgelegd. Nu het accent in de onderhavige procedure is gelegd op het feit dat appellante niet voor een vergoeding kan werken die minder bedraagt dan 75% van het NZa-tarief, is derhalve onduidelijk gebleven in hoeverre ten aanzien van de patiënten van appellante sprake zou zijn geweest van een feitelijke hinderpaal. In dit verband overweegt het College nog dat appellante in feite de mogelijke hinderpalen voor haar patiënten bij voorbaat heeft weggenomen, door hen geen factuur te sturen voor de eigen bijdrage.

Appellante heeft in beroep volstaan met het geven van enkele voorbeelden, waaruit volgens haar blijkt dat de kosten voor complexe psychiatrische zorg, zoals zij die aan haar patiënten levert, steeds meer verschuiven naar de patiënten. Zij heeft echter geen gegevens overgelegd over de aantallen patiënten met een naturapolis, noch over de hoogte van de eigen bijdrage voor de diverse behandelingen die zij biedt, terwijl ook niet duidelijk is gemaakt hoeveel patiënten de eigen bijdrage niet hadden kunnen betalen.

13.

De omstandigheid dat ziektekostenverzekeraars op grond van hun polisvoorwaarden minder dan 75% van het NZa-tarief vergoeden bij niet-gecontracteerde zorg, waardoor de eigen bijdrage voor de patiënten meer dan 25% van dat tarief bedraagt, maakt naar het oordeel van het College niet dat de hinderpaal een gegeven is, zoals appellante aanvoert. Om te beoordelen of sprake is van een feitelijke hinderpaal in de zin van het meergenoemde arrest van de Hoge Raad van 11 juli 2014 is meer informatie nodig, zeker in het licht van het eveneens genoemde arrest van 7 juni 2019, die echter, zoals hiervoor is overwogen, ontbreekt.

Het College wijst in dit verband ten slotte nog erop dat uit de rechtsoverwegingen 3.7.1 en 3.7.2 van het arrest van 11 juli 2014 niet volgt dat een vergoeding van minder dan 75% van het NZa-tarief in alle gevallen een hinderpaal oplevert. De Hoge Raad heeft in cassatie het oordeel van het gerechtshof s-Hertogenbosch getoetst, dat inhield dat in de betreffende kort gedingprocedure, bij gebreke van meer of andere gegevens, ervan moest worden uitgegaan dat een vergoeding van 75-80% van het marktconforme tarief als een breed gedragen praktijknorm kan worden beschouwd voor een vergoeding die geen feitelijke hinderpaal oplevert, en dat van een vergoeding van 50% voorshands moet worden aangenomen dat deze voor verzekerden een feitelijke hinderpaal oplevert om zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat oordeel was volgens de Hoge Raad niet onbegrijpelijk. Aangezien het marktconforme tarief niet altijd het door verweerster bepaalde maximum-tarief is, maar als resultaat van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders daar onder kan liggen, volgt uit een en ander niet dat een vergoeding van minder dan 75% van het NZa-tarief altijd een feitelijke hinderpaal oplevert. Uit het latere arrest van 7 juni 2019 volgt dat een generieke korting op zichzelf niet in strijd met artikel 13 van de Zvw kan worden geacht, meer specifiek een korting van 25% ten opzichte van het marktconforme tarief op zichzelf ook niet. De beroepsgronden A tot en met D slagen daarom niet.

14. Dat verweerster tot handhaving zou dienen over te gaan omdat de polisvoorwaarden van de hiervoor genoemde zorgverzekeraars in strijd zijn met de Richtlijn 93/13/EEG van de Raad van 5 april 1993 betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten is niet ten grondslag gelegd aan het oorspronkelijke handhavingsverzoek. Reeds hierom is het College van oordeel dat beroepsgrond E geen doel kan treffen.

15. Anders dan appellante ter zitting heeft aangevoerd bevat het verzoek om handhaving geen verzoek aan verweerster om nader onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre de uitvoeringspraktijk van zorgverzekeraars in overeenstemming is met artikel 13, eerste lid, van de Zvw. Het concrete handhavingsverzoek, als weergegeven in onderdeel 5 van het verzoek, houdt in dat verweerster in een aanwijzing CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis aanpassing van de polisvoorwaarden oplegt in die zin dat 75% van de NZa-tarieven geldt als absolute bodem van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Daarnaast is in onderdeel 4 van het verzoek vermeld: *Dit verzoek om handhaving richt zich op het geven van een aanwijzing richting de volgende zorgverzekeraars: CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis. Dit omdat deze zorgverzekeraars zich jegens ons niet houden aan het hinderpaalcriterium, zoals vastgelegd in artikel 13 Zvw. We laten het aan de NZa over onderzoek te verrichten naar de overige Nederlandse zorgverzekeraars, daar wij geen zicht hebben op hun handelwijzen wat betreft de naleving van artikel 13 Zvw.*

Het College is daarom van oordeel dat de vraag of verweerster nader onderzoek dient te doen naar de uitvoeringspraktijk van de zorgverzekeraars op het punt van de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg buiten de omvang van dit geschil valt.

16. Het beroep is ongegrond. Voor een proceskostenveroordeling bestaat geen aanleiding.

Beslissing

Het College verklaart het beroep ongegrond.

Deze uitspraak is gedaan door mr. J.L. Verbeek, mr. S.C. Stuldreher en mr. M.M. Smorenburg, in aanwezigheid van mr. J.M.M. Bancken, griffier. De beslissing is in het openbaar uitgesproken op 8 oktober 2019.

w.g. J.L. Verbeek w.g. J.M.M. Bancken