

Geachte heer,

Dank voor uw reactie.

De stelling van VGZ dat de bedragen die zijn opgenomen in de Lijst Maximale Vergoedingen juist zijn is onbegrijpelijk. Zelfs indien VGZ gevolgd zou worden in haar argumentatie, dat afspraken die VGZ met leveranciers heeft gemaakt, van invloed zouden kunnen zijn op het gemiddeld gecontracteerde tarief, hetgeen volgens ANT niet het geval kan zijn, is de tarievenlijst onjuist.

VGZ heeft het gemiddeld gecontracteerde tarief vastgesteld op de het bedrag dat zij met de gecontracteerde *leveranciers* heeft afgesproken. In de overeenkomst is echter voorzien in de mogelijkheid ook producten van anderen dan de gecontracteerde leveranciers af te leveren. Deze zijn duurder (de reden voor VGZ was immers om lagere prijzen te bedingen bij de gecontracteerde leveranciers). Dit betekent dat in ieder geval een deel van de zorg die geleverd wordt door gecontracteerde partijen duurder zijn dan het tarief dat VGZ als gemiddeld gecontracteerd tarief hanteert. Reeds om deze reden kan de berekening van VGZ niet kloppen. Dat is een mathematische zekerheid.

Overigens doet bovenstaande niet ter zake, aangezien VGZ in haar polisvoorwaarden iets anders heeft geregeld. Voor de vergoeding geldt volgens de polisvoorwaarden van VGZ het volgende:

“1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

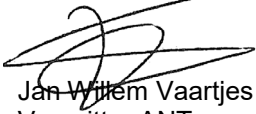
*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. **De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief').** Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.”*

Uit de polisvoorwaarden blijkt duidelijk dat het moet gaan om de tarieven die zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Met de zorgaanbieders is juist (ook voor de niet-geselecteerde leveranciers) overeengekomen dat de techniekkosten 1-op-1 mogen worden doorbelast tot maximaal het maximum NZa-tarief. Kort samengevat is er voor de zorgaanbieders geen ander maximumtarief afgesproken dan het NZa-maximumtarief. In dat geval geldt het Wmg-tarief als uitgangspunt voor het gemiddeld gecontracteerd tarief. Dit staat zelfs letterlijk in de polisvoorwaarden zo benoemd, zie hierboven.

De afspraken die VGZ met gecontracteerde *leveranciers* heeft gemaakt, die overigens door een groot deel van de leveranciers worden bestreden, zijn *geen* afspraken met zorgaanbieders en kunnen geen rol spelen bij de hoogte van de door VGZ te hanteren vergoeding voor ongecontracteerde zorgaanbieders. VGZ hanteert deze afspraken blijkens uw bericht wel ten onrechte als maatstaf bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding.

Kort samengevat is de ANT van mening dat de interpretatie die VGZ hanteert voor haar eigen polisvoorwaarden onbegrijpelijk is en onjuist en, voor zover VGZ achter deze uitleg blijft staan, misleidend richting haar verzekerden. Wij zullen dit als ANT te zijner tijd zelf nog wel aankaarten bij de NZa en/of de AFM. Nu het immers lijkt te gaan om het onjuist informeren van verzekerden / consumenten sluiten wij niet uit dat dit laatste punt valt onder de jurisdictie van de AFM. Dit onderzoekt de ANT nog. Mocht VGZ naar aanleiding van de door ons aangedragen argumentatie tot een ander inzicht gekomen zijn, dan vernemen wij dat graag, opdat wij dan mogelijk het onderzoek of de AFM de partij is die zich hierover zou moeten uitlaten achterwege wegen kunnen laten.

Met vriendelijke groet,



Jan Willem Vaartjes
Voorzitter ANT