Via de verzekerden grip krijgen op zorgaanbieders

Jaarlijks, van juli tot en met oktober, wordt er weer een extra inspanning van de zorgverleners verwacht. In deze periode moeten zorgaanbieders nieuwe zorgovereenkomsten afsluiten. Maar ook voor de maanden november en december mag het loepje uit de tas gehaald worden om de kleine lettertjes te lezen. Niet zozeer voor de kleine lettertjes van de eigen contracten, maar vooral voor de bepalingen die zijn opgenomen in de polisvoorwaarden van de verzekerden.

POLISVOORWAARDEN

Naast de contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars proberen zorgverzekeraars steeds vaker zaken via de verzekerden te regelen die ook – of vooral – voor de zorgaanbieder van belang zijn. Het voordeel voor de zorgverzekeraar is dat deze afspraken op alle verzekerden van toepassing zijn, dus ook op verzekerden die naar een ongecontracteerde zorgaanbieder gaan waarmee de verzekeraar zelf geen afspraken kan maken. Steeds meer zorgaanbieders in de ggz kiezen ervoor om hun diensten als ongecontracteerde zorgaanbieder aan te bieden. Daardoor zijn zij niet gebonden aan de afspraken in de zorgovereenkomst. Om grip te houden op zorg, regelen zorgverzekeraars bepaalde zaken steeds vaker in de polisvoorwaarden van de verzekerden.

AKTE VAN CESSIE

Ongecontracteerde zorgaanbieders moeten rekeningen in principe bij de verzekerden innen. Om toch een directe betaalrelatie met de verzekeraar te hebben, maken deze zorgaanbieders veelal gebruik van de *akte van cessie,* wat inhoudt dat de verzekeraar de zorgaanbieder rechtstreeks het bedrag betaalt waarop de verzekerde recht heeft (meestal gaat het om ongeveer 75 procent van het gemiddeld gecontracteerde tarief). In de polisvoorwaarden verbieden verzekeraars een dergelijke constructie en volgens de laatste juridische stand van zaken is dat verbod legitiem. De verwachting is dan ook dat meer verzekeraars in 2019 een cessieverbod zullen invoeren.

SELECTIEVE INKOOP

Waar de polisvoorwaarden ook op nagekeken moeten worden, is de selectieve inkoop. Zo kan hierin zijn bepaald dat alleen bepaalde zorgaanbieders bepaalde zorg mogen leveren; bijvoorbeeld dat het zorgproduct chronisch alleen door instellingen mag worden geleverd. Een verzekerde kan dan geen aanspraak maken op een vergoeding bij een vrijgevestigde zorgaanbieder. Het is de vraag in hoeverre verzekerden dit onderscheid zelf kunnen maken, en daarom is het van belang om cliënten hierover goed te adviseren.

TOEGANG TOT ZORG

Soms beperken polisvoorwaarden de toegang tot de zorg. Denk daarbij aan het vooraf moeten aanvragen van een machtiging. Zonder machtiging kan er dan geen aanspraak worden gemaakt op zorg, en dan moet u er dus wel voor zorgen dat dit eerst geregeld is. Ook kan in de polisvoorwaarden een maximum percentage medebehandelaren zijn opgenomen, of een maximum aantal behandelingen.

SAMENGEVAT

Behalve het sluiten van de zorgovereenkomsten is er meer waar zorgaanbieders op moet letten. Ook als zij deze niet tekenen, krijgen ze namelijk te maken met de voorwaarden die de verzekeraar aan de verzekerde stelt, via de polisvoorwaarden. De NZa-regelgeving verplicht zorgaanbieders om cliënten vooraf goed in te lichten over de zorgverlening en mogelijke kosten. Zorgaanbieders hoeven de polisvoorwaarden niet helemaal uit te pluizen, maar aan te bevelen is om u te vergewissen van de essentialia. Om onaangename verrassingen te voorkomen, kunt u zich in elk geval goed laten informeren over de ontwikkelingen in de polisvoorwaarden. Verder is het goed u te laten informeren over uw rechten en plichten.

Stijn van Engelen is jurist bij Eldermans Geerts Advocaten in de zorg