



Door: Daniël Post en Karik van Berloo

Voor de beroepsuitoefening is niet alleen van belang wat je afspreekt met de patiënt en eventueel – voor gecontracteerde aanbieders – met de zorgverzekeraar, maar ook wat de polisvoorwaarden zijn. Met het woud van zorgpolissen is het niet eenvoudig om daar goed zicht op te krijgen. We staan hier daarom stil bij een aantal bepalingen waar u rekening mee kunt houden.

Voor sommige behandelingen – vaak met betrekking tot implantaten – of voor het declareren van hogere techniekkosten dan de bedragen op de lijsten van de verzekeraar, moet de verzekeraar eerst toestemming verlenen. Zonder toezegging krijgt de verzekerde de (meer)kosten niet vergoed. Ook als zorgprofessional ga je niet zondermeer vrijuit: op basis van NZa-regels is de zorgaanbieder verplicht de patiënt erop te wijzen dat bepaalde zorg niet (geheel) voor vergoeding in aanmerking komt. Het nalaten daarvan kan zelfs tot gevolg hebben dat de tandarts een deel van de kosten zelf moet dragen. Er is verder veel te doen over de aangepaste tarieven van VGZ voor de J33. VGZ heeft met enkele fabrikanten en distributeurs afspraken gemaakt waardoor een lagere vergoeding dan de NZa-max geldt. Het is nu nog onduidelijk of en op welke wijze VGZ dit zal opnemen in de polisvoorwaarden. Het is de verwachting dat de verzekeraar dit wel zal doen, wat betekent dat het mogelijk is dat u of de verzekerde op grond van de polisvoorwaarden maar een beperkte vergoeding krijgt, ook als u geen contract heeft.

Er is ook nog steeds discussie over het hinderpaalcriterium. Volgens de Hoge Raad is een vergoeding van 75-80 procent

# Polisperikelen in de mondzorg

voor patiënten die naar een ongecontracteerde zorgaanbieder gaan, een breed gedragen praktijknorm als vergoeding die géén hinderpaal voor de vrije artskeuze van de patiënt oplevert. Sommige zorgverzekeraars experimenteren echter weer met polissen die de mogelijkheid bieden om nog lagere vergoedingen te hanteren, zoals 65 procent. De mogelijkheid bestaat dan dat een patiënt 35 procent zelf moet betalen als hij naar een ongecontracteerde tandarts gaat. Bij polissen met dergelijke bepalingen moet u, als u geen contract met de verzekeraar hebt, oppassen en de verzekerde er op wijzen dat deze mogelijk een (behoorlijk) deel van de kosten zelf moet dragen.

Waakzaamheid is ook nodig bij de aanvullende verzekering. Verzekerden met een restitutiepolis hebben recht op 100 procent vergoeding. Dat is althans de algemene gedachte. Maar dat laatste geldt alleen voor de zorg die valt onder de basisverzekering. Voor de zorg uit de aanvullende verzekering is de tekst van de polisvoorwaarden bepalend. Lang niet alle aanvullende verzekeringen van een restitutiepolis hebben ook een restitutieaanspraak. Dit kan dus tot gevolg hebben dat een verzekerde recht heeft op 100 procent vergoeding voor zorg die valt onder de basisverzekering, maar voor zorg die valt onder de aanvullende verzekering te maken krijgt met een korting omdat de zorgaanbieder geen contract had. Dat is dus oppassen geblazen, zowel voor de patiënt als voor de tandarts die de informatieverplichting heeft richting zijn patiënt. ■

*Advocaten | Zorgmakelaars | Juristen | Adviseurs in de zorg*  
[www.eldermans-geerts.nl](http://www.eldermans-geerts.nl)