



Door: Daniël Post  
en Karik van Berloo

ADVOCATEN | ZORG-  
MAKELAARS | JURISTEN |  
ADVISEURS IN ZORG | WWW.  
ELDERMANS-GEERTS.NL

# Gemiddeld gecontracteerd tarief

## DE CASUS

Net als veel tandartsen heeft Tandartsenpraktijk Z geen overeenkomsten met zorgverzekeraars. Praktijk Z heeft een aantal uitstekende implantologen en tandprotheticen in dienst en patiënten weten de praktijk steeds beter te vinden voor implantologische zorg, dat in veel gevallen basiszorg is. Omdat praktijk Z geen overeenkomsten heeft, vragen veel patiënten zich af hoe hoog de vergoeding is die zij van hun zorgverzekeraar krijgen. In de polisvoorwaarden van veel verzekeraars staat dat patiënten die naar een ongecontracteerde zorgaanbieder gaan 70-80 procent van het 'gemiddeld gecontracteerd tarief' vergoed krijgen. Maar hoe wordt dat gemiddeld gecontracteerd tarief bepaald? En wat is het belang daarvan voor tandartspraktijken als praktijk Z?

**I**n een recente belangrijke uitspraak heeft de Rechtbank Gelderland een nadere duiding gegeven van het begrip 'gemiddeld gecontracteerd tarief'. Over dat begrip is verschil van mening. De rechter heeft bepaald dat het gaat om het gemiddelde van het aantal ingediende declaraties van gecontracteerde aanbieders voor de betreffende prestatie. Dit betekent onder meer dat de tarieven van zorgaanbieders in het kerngebied van een verzekeraar zwaarder meetellen (omdat dit om meer declaraties gaat) dan de tarieven in het buitengebied en dat de tarieven van een grote zorgaanbieder (met veel patiënten en dus veel declaraties) zwaarder meewegen dan de tarieven van een kleinere aanbieder. In de uitspraak oordeelt de rechter ook dat de zorgverzekeraar extra door de verzekeraar gemaakte kosten bij ongecontracteerde zorgaanbieders mag vertalen in een korting, als gevolg van het niet kunnen maken van afspraken voor minder

efficiënte zorgverlening en/of hogere tarieven voor ongecontracteerde zorgaanbieders. De rechter overweegt dat dit kortingspercentage niet generiek voor alle zorgsoorten en alle verzekeraars kan worden vastgesteld. Iedere zorgverzekeraar dient dit per zorgsoort vast te stellen. Dat de hoogte van de restitutiekorting niet generiek mag worden vastgesteld kan zowel positief als negatief zijn voor zorgaanbieders. Indien de zorgverzekeraar immers per zorgsoort de hoogte van de korting moet vaststellen, kan dat betekenen dat de vergoeding die patiënten krijgen bij ongecontracteerde zorgaanbieders ook lager kan worden dan momenteel het geval is.

### HINDERPAALCRITERIUM BLIJFT

Dat de verzekeraar een per zorgsoort nader te bepalen afslag mag hanteren betekent niet dat de verzekeraar daarin helemaal vrij is. Het blijft geldend recht dat de vergoeding niet zodanig laag mag

zijn dat dit een feitelijke hinderpaal vormt om naar een ongecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wel geeft de rechter aan dat een vergoedingspercentage van 75-85 procent niet een voor alle zorgsoorten breed gedragen veldnorm is, dus het mag niet de ‘standaard’ zijn.

In de uitspraak is zelfs expliciet benoemd dat onder omstandigheden ook een vergoedingspercentage van 30 procent – en daarmee dus een korting van 70 procent – voor goedkope ongecontracteerde zorg niet is uitgesloten.

#### BETEKENIS

Het is goed om te beseffen dat de uitspraak uitsluitend geldt voor natura- en budgetpolissen onder de basisverzekering, en niet voor aanvullend verzekerde zorg. Hoewel veel zorgverzekeraars een vergelijkbare lijn hanteren als voor de basisverzekering hebben ze voor aanvullend verzekerde zorg veel meer vrijheid om de hoogte van de vergoeding te beperken. Voor aanvullende

verzekerde zorg is de uitspraak niet direct relevant. Overigens mag een zorgverzekeraar die onvoldoende zorg heeft ingekocht voor aanvullende verzekeringen ons inziens geen korting toepassen.

De zorgverzekeraar moet haar kortingspercentage voor de basisverzekering beargumenteren en onderbouwen. Ook hiervoor geldt de voorwaarde voor toepassing van een korting dat voldoende mondzorg moet zijn gecontracteerd of ingekocht.

Interessant is de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Het afslagpercentage moet plaatsvinden op basis van de daadwerkelijk gedeclareerde zorgkosten. Bij de door VGZ gecontracteerde prestatie voor implantaatkosten (J33) betekent dit bijvoorbeeld dat niet uitsluitend gekeken kan worden naar het

## “KORTING VAN 70 PROCENT MOGELIJK”

tarief dat VGZ is overeengekomen met de door haar geselecteerde leveranciers, maar dat ook de zorgkosten van de niet geselecteerde leveranciers meetellen.

Voor 2019 is er niet

direct een risico voor een lagere vergoeding dan voor deze uitspraak het geval was. Zorgverzekeraars hebben op hun website en in hun polisvoorwaarden immers al een vast percentage gecommuniceerd voor vergoeding van zorg bij een ongecontracteerde aanbieder. Op die toezegging kan de verzekerde ons inziens niet terugkomen. Een patiënt kan wel aankaarten dat het gehanteerde afslagpercentage te hoog was omdat dit niet gerechtvaardigd wordt door de extra kosten en dat het aan de verzekeraar is dit aan te kaarten. Waarschijnlijk worden dit soort zaken in 2019 en 2020 nog ter toetsing aan de rechter voorgelegd.