

CONTRACTVRIJ WERKEN

Een praktische handleiding



INHOUDSOPGAVE

Inleiding	1
Wel of niet contractvrij werken?	3
Communicatie	8
Hoe zorg je voor voldoende verwijzingen?	10
Declareren	11
Bijlage: wat moet er op de nota?	



© Stichting Zorgvoorkwaliteit juni 2015

INLEIDING

Deze brochure is bedoeld voor vrijgevestigden in de GGZ (generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ) die overwegen om zonder contracten te gaan werken. Doel is heldere informatie te geven over de belangrijkste zaken: wat zijn de voordelen, nadelen en risico's? Waar moet je op letten? Hoe voer je het uit?

Aanleiding tot de brochure is dat we vaak horen dat collega's uit angst voor het onbekende de stap niet durven te nemen. Wij hopen dat deze brochure er toe kan bijdragen dat vrijgevestigden in de GGZ een beslissing kunnen nemen op basis van feitelijke informatie in plaats van angst.

Wij stellen deze brochure gratis beschikbaar voor belangstellenden. Mocht je deze brochure, en de activiteiten van Stichting Zorgvoorkwaliteit op prijs stellen, dan wordt een donatie zeer op prijs gesteld. Zie daarvoor: <http://www.zorgvoorkwaliteit.nu/content/donaties>

De angst de baas

De grootste angst bij zorgverleners die de overstap naar contractvrij werken overwegen is: "maar mijn cliënten kunnen het niet betalen!". Wij denken dat deze angst niet helemaal realistisch is, door zowel het bestaan van de restitutiepolis als artikel 13 van de zorgwet.

Het belang van de restitutiepolis

Wat veel collega's niet weten, is dat ongeveer 25% van de Nederlanders een restitutiepolis heeft. Een restitutiepolis geeft de cliënt doorgaans recht op 100% vergoeding van ongecontracteerde zorg. Dit betekent dat je als zorgverlener zónder contract 100% NZa-tarief kunt declareren en dat de cliënt alleen het eigen risico betaalt.

Het aantal Nederlanders met een restitutiepolis neemt toe. Dat is omdat een restitutiepolis doorgaans nauwelijks duurder is dan een naturapolis. De restitutiepolis is dus echt niet alleen voor de allerrijksten. De restitutiepolis geeft de cliënt ook veel meer flexibiliteit voor het verkrijgen van andere zorg, zoals ziekenhuizen en medisch specialisten.

Het belang van artikel 13

In december 2014 is de voorgestelde wetswijziging artikel 13 afgewezen door de Eerste Kamer. Dit betekent dat het hinderpaalcriterium van kracht blijft. Concreet betekent dit, dat in het algemeen cliënten met een naturapolis minimaal 75% vergoed moeten krijgen als ze naar een ongecontracteerde zorgverlener gaan. In tegenstelling tot wat veel mensen denken is er geen enkele aanwijzing dat dit de komende jaren zal gaan veranderen.

Conclusie

Het komt dus in feite hier op neer: cliënten met een restitutiepolis krijgen 100% van de ongecontracteerde zorg vergoed. Cliënten met een naturapolis krijgen 75% van de ongecontracteerde zorg vergoed.

Als zelfstandig ondernemer heb je de vrijheid om zelf afspraken te maken met cliënten over de overige 25%. Dit kan variëren van volledige kwijtschelding tot volledige betaling. Wij adviseren volledige kwijtschelding overigens niet omdat veel cliënten best een deel zelf kunnen betalen. Maar we noemen dit hier als 'worst case' scenario, financieel gezien.

In dat geval zul je gemiddeld genomen 81,25% NZa-tarief krijgen (uitgaande van 25% restitutietarief onder je cliënten), wat niet heel veel minder is dan wat je gemiddeld krijgt bij contractering. Dat is omdat de contracten vrijwel altijd gepaard gaan met een forse verlaging van de vergoeding voor de zorgverlener. Over het algemeen keren Achmea en Multizorg 84% uit, Menzis 90%, CZ en VGZ 90-95%.

In werkelijkheid pakt het vaak gunstiger uit dan dit. Dat is omdat het percentage mensen met een restitutiepolis bij contractvrije zorg vaak aanzienlijk hoger is dan 25%. Onze ervaring is dat vrijwel iedereen die bij jou in behandeling is een restitutiepolis gaat afsluiten als je uitlegt wat dit inhoudt en dat je contractvrij gaat werken. En cliënten die aan het einde van het kalenderjaar zich aanmelden zullen vaak besluiten in januari te beginnen en een restitutiepolis te nemen. Een deel van de naturapolis cliënten kan en wil overigens best (een deel van) het verschil tussen de 75% en de 100% betalen. We hadden vroeger immers ook een eigen bijdrage per sessie.

WEL OF NIET CONTRACTVRIJ WERKEN?

De belangrijkste reden waarom veel zorgverleners contractvrij werken is het behoud van autonomie over de praktijkvoering, wat ten goede kan komen aan de kwaliteit. Hiermee willen we niet zeggen dat zorgverleners mét contracten minder kwaliteit leveren. Het werken met contracten legt echter wel belangrijke beperkingen op die de autonomie van de zorgverlener en de kwaliteit van het werk ernstig kunnen aantasten.

De keuze om wel of niet met contracten te werken is een belangrijke beslissing die je als zelfstandige zorgverlener niet lichtzinnig moet nemen. Aan beide opties zitten belangrijke praktische voordelen, nadelen en risico's. We zetten ze hier op een rij.

Voordelen Contractvrij werken

Geen omzetplafonds: meer autonomie en kwaliteit

Contracten tekenen betekent vrijwel altijd omzetplafonds. De omzetplafonds zijn bij een enkele zorgverzekeraar nog vrij ruim, maar bij dover het algemeen erg krap. Omzetplafonds zijn de laatste jaren overigens alleen maar lager geworden.

Als je zonder contracten werkt, heb je geen omzetplafonds. Dit betekent meer mogelijkheden om zorg op maat te leveren. Een belangrijk aspect hiervan is de vrijheid in het aannemen van cliënten. De cliënt kan daardoor terecht bij de zorgverlener van zijn/haar keuze, in plaats van dat de zorgverlener in belangrijke mate bepaald wordt door de vraag 'wie heeft er nog budget'. Het leidt ook tot een snellere hulpverlening, omdat er niet gezocht hoeft te worden naar iemand die nog budget heeft.

Als je je omzetplafond hebt bereikt, dan mag je ook geen zelfbetalende cliënten meer aannemen. Dat is omdat deze cliënt namelijk alsnog naar de verzekeraar kan stappen om een vergoeding te vragen, waar de cliënt dan ook recht op heeft.

Geen omzetplafonds betekent ook dat je qua behandelduur meer zorg op maat kunt leveren. Met omzetplafonds kan het gebeuren dat je een behandeling

voortijdig moet afsluiten omdat je geen budget meer hebt. Of dat je (in de basis GGZ) gedwongen wordt een 'product' te leveren op basis van je budget en niet op behandelinhoudelijke gronden. Zonder budget behoud je de mogelijkheid om de behandeling te intensiveren indien nodig, bijvoorbeeld bij een crisissituatie. Omdat de budgetten steeds krappere worden, worden deze beperkingen in het leveren van zorg op maat steeds knellender.

Zonder omzetplafonds werken betekent ook minder administratieve rompslomp en kopzorgen over of je over je budget heen gaat. Je hoeft ook niet meer van te voren proberen te voorspellen hoe lang een behandeling gaat duren. Dat betekent meer tijd om te besteden aan behandelingen, en daarmee meer kwaliteit.

Rechtsonzekerheid

Het contract kan rechtsonzekerheid creëren voor de zorgverlener. Bijvoorbeeld als het contract de zorgverzekeraar de mogelijkheid geeft om het budget tijdens het jaar eenzijdig naar beneden bij te stellen, soms met wel 40%. VGZ heeft dit in 2015 gedaan bij veel zorgverleners.

Extra regels, verplichtingen en beperkingen

Daarnaast zijn er vaak extra regels, verplichtingen en beperkingen als je wel contracten sluit. Het kan gaan om beperkingen van welke diagnoses behandeld mogen worden, een minimaal percentage aan e-health, een maximum aan diagnostiek, een minimum aan het aantal uren patiëntgebonden tijd, een maximum aan hulppersoneel, een minimale eis wat betreft substitutie (behandelen in Basis GGZ in plaats van Specialistische GGZ), een gedwongen "productmix" in de Basis GGZ (bijvoorbeeld minimaal 40% "kort"), de verplichting van website, van een aansprakelijkheidsverzekering, etcetera. Aan deze eisen, die de kwaliteit van je werk en je autonomie soms aantasten, hoef je niet te voldoen als je geen contracten sluit.

Contractvrij werken als 'statement'

Je kunt de keuze voor contractvrij werken ook zien als 'statement' dat je het niet eens bent met de huidige inrichting van de zorg. In het bijzonder dat je grote bezwaren hebt tegen de machtspositie van de zorgverzekeraars en hoe ze deze positie invulling geven. Als iedereen contracten tekent, dan geven we als beroepsgroep impliciet een signaal af dat we dit systeem prima vinden. Door niet te tekenen, geef je juist een ander signaal af, namelijk dat je het systeem niet werkbaar vindt. Als iedereen contracten tekent, wordt de macht van

zorgverzekeraars bovendien nog veel groter.

Nadelen en risico's van contractvrij werken

Instroom van nieuwe cliënten

Bij contractvrij werken zal de instroom van cliënten kunnen afnemen. Dat is omdat mensen met een naturapolis misschien eerder naar een collega met contract zullen gaan. Of dit een probleem is, hangt echter van veel factoren af.

1) Behandelduur

Een belangrijke factor is de duur van je behandelingen. Als je veel langdurige behandelingen doet, dan heb je slechts een klein aantal aanmeldingen nodig om 'vol' te blijven.

Onze enquête bij contractvrije GGZ-zorgverleners (mei 2015) bevestigt dit beeld. Contractvrije zorgverleners die deels of volledig in de SGGZ werken ervaren nauwelijks problemen qua instroom. Onder contractvrije zorgverleners die alleen in de GBGGZ werken is het beeld minder gunstig. Maar ook voor deze groep is de instroom vaak nog voldoende tot goed. Zie voor meer info: www.zorgvoorkwaliteit/enquete_instroom_2015.

Overigens kunnen we niet zeggen in hoeverre dit beeld afwijkt van GGZ-zorgverleners die wél contracten hebben getekend. Onze indruk is dat ook bij hen GBGGZ-zorgverleners minder vaak 'vol' zitten.

2) Huidige 'marge' qua instroom en financiën

Als je al langere tijd een wachtlijst hebt, dan zal een lagere instroom veel minder snel een probleem zijn. Ten eerste heb je al een buffer, en bovendien heb je kennelijk een gunstige verhouding instroom/uitstroom. Mocht je echter nu al moeite hebben om je praktijk te vullen, denk dan goed na of je een mogelijk lagere instroom, en dus een lager inkomen, kunt verwerken.

3) Extra maatregelen

Het kan zijn dat je extra maatregelen moet nemen om je instroom op peil te houden. Hier zijn allerlei mogelijkheden voor (zie Hoofdstuk 3).

Debiteurenrisico

Je debiteurenrisico neemt toe, omdat betaling door een cliënt naar verwachting een iets hoger risico heeft dan betaling door een zorgverzekeraar. In de praktijk

blijkt dit echter mee te vallen. Ook zorgverzekeraars doen immers geregeld moeilijk over betalingen, ook als je met contracten werkt. Meer hierover kun je lezen in het Hoofdstuk Declareren.

Terugkeer naar werken van contracten kan lastig zijn

Zorgverzekeraars geven qua contractering structureel de voorkeur aan zorgverleners waarmee ze al een contract hadden. Dat betekent dat het onzeker is of en wanneer je weer contracten kan krijgen als je terug zou willen naar werken met contracten.

MBI

Een andere factor die nog zeer onvoorspelbaar is, is het nieuwe wetsvoorstel van minister Schippers (Wet Herpositionering taken NZa en deregulering), ingediend voorjaar 2015. Als deze wet wordt aangenomen, dan heeft de NZa de mogelijkheid om contractvrije zorgverleners extra hard te treffen als sprake is van hogere uitgaven in de zorg dan begroot. Dit wordt het MBI (Macro Beheersings Instrument) genoemd. Het hele verhaal is te gecompliceerd om hier uiteen te zetten, maar een uitleg is te vinden op de website van Zorg voor Kwaliteit. Het is nog zeer onduidelijk of deze wet wordt aangenomen; het kabinet heeft immers geen meerderheid in de Eerste Kamer. Ook is het nog volstrekt onduidelijk om welke bedragen het dan kan gaan. Uiteraard zal Zorg voor Kwaliteit zich, samen met onder meer de beroepsverenigingen, inzetten om dit wetsvoorstel te stuiten.

Gemengde factoren

Administratie

Geen contracten afsluiten betekent enerzijds minder administratie, anderzijds meer administratie.

Zonder contracten heb je minder administratie, omdat:

- 1) Je de contracten niet hoeft te lezen, proberen te begrijpen en te tekenen.
- 2) Je geen budgetten of andere beperkingen (zie boven) hoeft bij te houden.

Zonder contracten heb je meer administratie omdat:

- 1) Het declareren vaak niet meer rechtstreeks via de zorgverzekeraar gaat. Dit kan in eerste instantie wennen zijn maar valt in de praktijk vaak mee (zie ook: Hoofdstuk Declareren).
- 2) Zorgverzekeraars geregeld extra moeilijk doen (bv qua opvragen verwijsbrieven) als je zonder contracten werkt. Het is de vraag bij veel van deze dingen of

ze dit mogen doen. Wij werken aan een overzicht van wat verzekeraars wel en niet mogen vragen/eisen, en wat je kunt doen als ze bepaalde dingen eisen.

Financiën

Het hangt van je situatie af of jouw financiële situatie gaat veranderen als gevolg van contractvrij werken.

Factoren die gunstig uitwerken als je zonder contracten werkt:

Je hebt geen omzetplafonds meer en hebt dus meer regie over hoeveel je behandelt. Je kunt het NZa-tarief in rekening brengen (bij contracten krijg je doorgaans maar 85-90% van het NZa-tarief vergoed).

Factoren die ongunstig kunnen uitwerken als je zonder contracten werkt:

Je zou een lagere instroom van cliënten kunnen krijgen.

Zie voor meer gedetailleerde informatie de website van Zorg voor Kwaliteit, onder "Het Financiële Plaatje".

Wat blijft hetzelfde?

Het is belangrijk om niet om de verkeerde redenen contractvrij te gaan werken, want dan kom je bedrogen uit. Veel regels blijven gewoon gelden als je binnen het zorgsysteem wilt declareren.

Voorbeelden zijn:

- Verplichtingen met betrekking tot diagnoses.
- Verwijsbrieven.
- Data aanleveringen DIS.
- Privacy kwesties.

Het is dus niet zo dat je, door zonder contracten te werken, opeens geen diagnoses meer hoeft te stellen of geen data meer hoeft aan te leveren. Als deze aspecten belangrijk voor je zijn, dan kun je overwegen om geheel met zelfbetalers te werken. Dan werk je buiten het 'medische circuit', met alle voordelen en nadelen die daarbij horen. Meer informatie hierover is te vinden bij de Vrije Psych (www.devrijepsych.nl).

COMMUNICATIE

Als je contractvrij gaat werken, dan is het belangrijk om dit helder te communiceren met bestaande en nieuwe cliënten. Het is echter niet ingewikkeld. Hieronder volgt een handzaam 'to do lijstje'.

Huidige cliënten

Informeer je huidige cliënten met een naturapolis tijdig (september/oktober) dat ze een restitutiepolis kunnen nemen. Dit moet uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar. Leg uit dat het verschil in kosten tussen een naturapolis en een restitutiepolis doorgaans niet meer dan 5 euro per maand is, en dat ze daarmee ook voor andere zorg meer keuzevrijheid hebben. Ze kunnen ook besluiten hun naturapolis te houden, maar dan zullen ze een percentage (waarschijnlijk rond de 25%) van de behandeling zelf moeten betalen, vanaf de DBC die in het nieuwe jaar in gaat. Herinner hen in december hier nog eens aan en informeer in januari of ze het ook gedaan hebben.

Dit is belangrijk voor henzelf, maar ook voor jou. Als meer cliënten een restitutiepolis hebben, dan is het declareren in veel opzichten makkelijker. Al is het alleen maar omdat je niet hoeft na te denken over de vraag of ze het 'niet vergoede deel' zelf kunnen betalen.

Helaas zijn niet alle restitutiepolissen hetzelfde. Sommige vergoeden niet 100% van de behandeling. Wij raden aan cliënten hierover goed te informeren, bijvoorbeeld door hen te wijzen op twee webpagina's over vergoedingen: Het ZvK overzicht van 'echte' restitutiepolissen, die 100% vergoeden: <http://www.zorgvoorkwaliteit.nu/content/overzicht-volledige-restitutiepolissen-2015> en het overzicht van alle polissen van de contractvrije psychologen: <http://contractvrijpsycholoog.nl/vergoedingen-zorgverzekeringen-ongecontracteerde-zorg-ggz-2015/>

Je kunt je huidige cliënten ook een uitleg geven over waarom je zonder contracten gaat werken. Een voorbeeldbrief is te vinden op onze website, zie: <http://www.zorgvoorkwaliteit.nu/content/hoewerktcontractvrijwerken> (onder "informatie voor cliënten"). Deze voorbeeldbrief is uiteraard volledig aan te passen naar eigen believen.

Nieuwe cliënten

Voor nieuwe cliënten (en verwijzers) is het van belang te weten dat je contactvrij werkt en wat dit voor hen betekent. Er zijn verschillende fases in dit proces.

Website en praktijkfolder

Vermeld op je website en in je praktijkfolder dat je geen contracten hebt afgesloten met zorgverzekeraars, of met welke wel en met welke niet. Je kunt toelichten waarom je geen contracten hebt (zie bijvoorbeeld de voorbeeldbrief hierboven). Het lijkt ons goede dienstverlening om op je website een verwijzing op te nemen naar de twee bovengenoemde websites over vergoedingen van de diverse polissen.

Aanmelding

Wij adviseren om snel (bijvoorbeeld al bij de aanmelding) aan te geven dat je geen contracten hebt. Wij adviseren samen met de cliënt te onderzoeken wat dit voor hen financieel betekent. Van groot belang is uiteraard welk percentage ze vergoed krijgen. Als sprake is van een vergoeding van minder dan 100%, dan lijkt het ons raadzaam de nieuwe cliënt snel te informeren over wat dit concreet voor hen betekent. En wat jouw beleid hierin is. Heb je een betalingsregeling? Wanneer en hoeveel moeten ze waarschijnlijk zelf bijbetalen?

Het eerste gesprek

Check in het eerste gesprek of ze begrepen hebben wat de financiële consequenties zijn; zeker als sprake is van een beperkte vergoeding (naturapolis). Wijs de cliënt op de eigen verantwoordelijkheid om te weten wat er vergoed wordt. Wij vinden wel dat je hen hierbij mag helpen door de informatie te geven die je zelf hebt, omdat het allemaal erg ondoorzichtig is voor veel cliënten. Leg uit dat jij niet de gevolgen zult dragen als achteraf blijkt dat iemand niet alles vergoed krijgt.

Tip: Je kunt zelf snel uitzoeken welke verzekeraar en polis iemand heeft. Met behulp van naam, geboortedatum, huisnummer en postcode kun je namelijk in het EPD zien hoe iemand verzekerd is. Met behulp van de website van de contractvrij psycholoog kun je dan meteen zeggen: uw verzekeraar vergoedt volgens mij xx procent, dat betekent dat u zelf xxx procent moet betalen.

Communicatie naar verwijzers:

Je kunt je belangrijkste verwijzers uitleggen dat je zonder contracten werkt en wat dit inhoudt. Je kunt dit ook niet doen en het direct met cliënten zelf

bespreken. Een overweging is dat verwijzers het vaak lastig vinden te begrijpen hoe vergoedingen werken bij ongecontracteerde zorg. Ze besluiten dan soms dat het teveel gedoe is voor de cliënt die ze willen aanmelden, ook als die een restitutiepolis heeft.

HOE ZORG JE VOOR VOLDOENDE VERWIJZINGEN?

Het kan zijn dat je door contractvrij werken minder verwijzingen krijgt. Dat is logisch, omdat cliënten met een naturapolis niet de hele behandeling vergoed krijgen. Ook zullen verzekeraars niet naar je verwijzen. Huisartsen en collegae verwijzen meestal wel gewoon. Mochten ze dat niet meer doen omdat je contractvrij werkt, dan kun je die verwijzers persoonlijk benaderen om uit te leggen hoe het zit. Mocht je te weinig cliënten hebben, dan kun je verschillende dingen doen.

Gebruik je netwerk

Laat jezelf zien, zorg dat mensen weten wat je te bieden hebt. Laat weten waar je goed/gespecialiseerd/geïnteresseerd in bent. Laat het weten als je ruimte hebt. Gebruik hiervoor onder meer intervisiegroepen, LinkedIngroepen, wetenschappelijke verenigingen, congressen. Of intensieveer contact met POH-GGZ-ers, huisartsen, en (voor gespecialiseerde GGZ) Generalistische Basis-GGZ-praktijken in de buurt.

Extra service

Je zou bijvoorbeeld een avond kunnen gaan werken of snel een eerste afspraak kunnen bieden.

Website maken, verbeteren, of beter vindbaar maken

Als je nog geen website hebt, kun je er een maken. Als je al wel een website hebt, kun je nog eens kritisch kijken hoe je hem zou kunnen verbeteren. Misschien kun je jezelf ook beter vindbaar maken door op andere websites vermeld te worden, bijv. van specialistische verenigingen.

Extra cliënten aannemen in november/december

Vaak zitten gecontracteerde zorgverleners juist in die periode vol. Bovendien

kunnen cliënten die zich in deze periode aanmelden nog in december een restitutiepolis nemen. Vaak kunnen cliënten trouwens ook nog in januari hun polis omzetten naar een restitutiepolis. Dan moet hun verzekeraar wel een geschikte restitutiepolis hebben, want overgaan naar een andere verzekeraar kan dan niet meer.

Cliënten met naturapolis 'eigen bijdrage' kwijtschelden

Je kunt besluiten om, als je te weinig aanmeldingen hebt, cliënten met een naturapolis tegemoet te komen als voor hen de 'eigen bijdrage' van 25% een hinderpaal is. Je kunt bijvoorbeeld incidenteel genoeg nemen met 75% NZa-tarief (waarmee de cliënt dus geen eigen bijdrage meer hoeft te betalen). Of een tarief ergens tussen 75% en 100% NZa-tarief. Dit is minder nadelig dan het lijkt, want besef wel dat je doorgaans ook slechts 85-95% van het NZa-tarief krijgt als je wel contracten tekent.

Bovenstaande is slechts een greep uit de mogelijkheden. Wij houden ons aanbevolen voor verdere suggesties.

DECLAREREN

Wat betreft declareren zal er het een en ander veranderen als je contractvrij gaat werken. In het algemeen is dit echter niet ingewikkeld. Het belangrijkste verschil is dat je bij contractvrij werken gewoonlijk niet direct kunt declareren bij de zorgverzekeraar.

Standaard methode

Normaal gesproken kun je hetzelfde programma blijven gebruiken om te declareren. De meest gebruikelijke werkwijze is dat de factuur niet naar de verzekeraar gaat, maar naar de cliënt. De cliënt betaalt jou en declareert zelf de factuur bij zijn/haar verzekering.

Omdat het vaak gaat om grote bedragen, kun je als service aan je cliënten afspreken dat ze jou pas betalen nadat ze de vergoeding van de verzekeraar hebben ontvangen. Doorgaans levert dit geen problemen op. Om te voorkomen dat cliënten het te lang laten liggen, kun je hen een betalingstermijn van vier

weken geven. Dat geeft hen in principe genoeg tijd om de declaratie vergoed te krijgen. Ook kun je hen een machtiging laten tekenen dat je het na een aantal weken via automatische incasso bij hen int. Dan hou je zelf wat meer regie.

Direct declareren bij de verzekeraar

Bij sommige kleine verzekeraars (PNO en ONVZ) kan de zorgverlener ook bij contractvrij werken direct declareren. Bij sommige grotere zorgverzekeraars kan dit ook, maar dan moet eerst een *Akte van Cessie* (zie website Zorg voor Kwaliteit) worden getekend. Bij Achmea en Menzis kan dit echter sinds 1 januari 2015 niet meer. Bij rechtstreeks declareren via de verzekeraar moet je er wel op letten of het eigen risico is ingehouden. Als dat niet zo is, dan zul je dat bedrag alsnog rechtstreeks moeten declareren bij de cliënt.

Wie betaalt het 'restitutietekort'?

Een belangrijke kwestie bij contractvrij werken is dat cliënten met een naturapolis niet de hele factuur vergoed krijgen door de zorgverzekeraar. Dit verschil kan aardig oplopen. Bij een restitutietarief van 75% en een factuur van €2.000 gaat het om een 'tekort' van €500 (het eigen risico staat hier overigens los van). Wij zullen dit bedrag het 'restitutietekort' noemen. Je kunt op verschillende manieren omgaan met het restitutietekort. Het staat je vrij hier afspraken over te maken met je cliënt, zo hebben juristen van de VVAA ons bevestigd. Wees in ieder geval helder en tijdig met afspraken hierover.

- 1) De cliënt betaalt het restitutietekort volledig. Je ontvangt dan zelf 100% van het NZa tarief. Bijvoorbeeld 75% van de verzekeraar en 25% van de cliënt.
- 2) Je maakt afspraken met je cliënt over de betaling van het restitutietekort. Dit kan variëren van volledige kwijtschelding tot volledige betaling al dan niet via een betalingsregeling. Dit valt te overwegen als het een cliënt met weinig geld betreft die je toch graag wilt helpen; en/of als je behoefte hebt aan een hogere instroom. In het slechtste geval ontvang je dan zelf het restitutietarief; dat is doorgaans 75% NZa-tarief. Dat is overigens zo erg nog niet als je bedenkt dat je met contracten ook maar rond de 85-90% NZa-tarief krijgt.

Een cliëntvriendelijke manier om een betalingsregeling te treffen, is om een vast bedrag per sessie af te spreken. Het grote voordeel voor de cliënt is dat dit heel helder is. Als je een percentage zou vragen van de DBC-factuur kan de bijdrage

van de cliënt immers opeens enorm oplopen als je qua minuten in een 'hogere' DBC-groep terecht komt. Bijvoorbeeld, zodra de grens van 1800 minuten wordt bereikt in de SGGZ, wordt het DBC-bedrag opeens €4.500 in plaats van €2.500. Bij 25% restitutietekort betekent dit dat de cliënt opeens €500 meer zou moeten betalen. Dat is niet goed uit te leggen aan cliënten. Een vast bedrag per sessie ondervangt dit probleem.

Een vuistregel is om (bij een restitutietekort van 25%) per sessie €25 te vragen. Minder kan natuurlijk ook. Bij €25 per sessie betaalt de cliënt een relatief klein deel van de nota als je qua minuten net boven een DBC-grens zit. Als je qua minuten net onder een DBC-grens zit, dan betaalt de cliënt een relatief groter deel van de nota.

Let op! Het totale bedrag dat je ontvangt (van cliënt en zorgverzekeraar) mag uiteraard niet boven het NZa-tarief mag uitkomen. Er onder mag wel. Als je een vast bedrag per sessie vraagt, controleer dit dan; vooral als je qua minuten vlak onder een DBC-grens zit. Als het totaalbedrag boven het NZa-tarief zit, dan krijgt de cliënt dus geld terug van je.

Debiteurenrisico

Dit is waarschijnlijk iets groter als je werkt zonder contracten. In de praktijk lijkt het debiteurenrisico echter mee te vallen. Vrijwel iedereen betaalt.

Er zijn verschillende manieren om het debiteurenrisico te verkleinen. Een manier is om alvast voorschotten te vragen gedurende het jaar. Let er wel op dat op de facturen van deze voorschotten duidelijk vermeld staat dat dit niet de echte nota is, en dat de voorschotfactuur niet gedeclareerd kan worden bij de verzekeraar. Werken met voorschotten betekent uiteraard wel meer administratief werk.

Een andere manier is om cliënten een machtiging voor automatische incasso te laten tekenen bij aanvang van de therapie. Dit kan bijvoorbeeld als onderdeel van het behandelplan. Deze machtiging kan dan tevens gebruikt worden bij het declareren van 'no-show'. Om gebruik te kunnen maken van automatische incasso, moet je een incasso-contract tekenen met je bank.

Je kunt ook de diensten inschakelen van een factureringsbedrijf, zoals bijv. Famed. Dit bedrijf verzorgt dan tegen betaling jouw hele facturatie en stuurt herinneringen en aanmaningen als er niet tijdig wordt betaald. Hieraan zijn vaak wel aanzienlijke kosten verbonden.

In uiterste gevallen kun je besluiten een incassobureau in te schakelen. Onze ervaring is dat dit zelden tot nooit nodig is.

Wat als de zorgverzekeraar minder dan 75% vergoedt?

Cliënten met een 'echte' restitutiepolis krijgen 100% van de ongecontracteerde zorg vergoed door de verzekering. Cliënten met een naturapolis krijgen minder. Hoeveel minder, dat is afhankelijk van hun polis. Gebruikelijk is dat ongeveer 75% wordt vergoed.

Als er minder dan 75% vergoed wordt, dan is de kans groot dat de cliënt recht heeft op een hogere vergoeding. Bij wet is immers het hinderpaalcriterium van kracht. Dit houdt in dat de vergoeding bij een naturapolis niet zó laag mag zijn dat dit de cliënt belet om naar deze zorgverlener te gaan. Uiteraard kan dit per situatie verschillen. Zo zijn in de SGGZ de nota's een stuk hoger dan in de GBGGZ, waardoor een vergoeding van maar 60% eerder als een te groot obstakel zal worden gezien.

Onze ervaring is dat het vaak loont om bij zorgverzekeraars die minder dan 75% vergoeden aan te dringen op een hogere vergoeding. Dat kan met behulp van modelbrieven die te vinden zijn op de website van Zorg voor Kwaliteit. Zowel de zorgverlener als cliënt kunnen dit doen. Mocht dit niet tot succes leiden, dan adviseren wij dat je contact opneemt met Zorg voor Kwaliteit om te kijken of verdere stappen zinvol zijn.

Tip

Als mensen met een naturapolis zich aanmelden aan het einde van het kalenderjaar, dan is een voor de hand liggend advies om de behandeling pas te beginnen in het nieuwe jaar, opdat de cliënt in december nog een restitutiepolis kan afsluiten.

Mocht de cliënt graag al in het oude kalenderjaar willen beginnen, dan kan het een uitkomst zijn om een aantal sessies in het oude jaar via zelfbetaling te declareren. De DBC open je dan in januari. Dit kan een stuk goedkoper zijn dan een DBC openen met een naturapolis in het oude jaar. Uiteraard mag je niet een DBC starten in november, deze per 1 januari weer sluiten, en dan een nieuwe DBC starten waarop de restitutiepolis van toepassing is.

BIJLAGE: WAT MOET ER OP DE NOTA?

Generalistische Basis GGZ

Op de factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar moeten minimaal de navolgende gegevens als onderdeel van de prestatiebeschrijving worden vermeld:

1. Naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer*, UZOVI-nummer
2. Geleverde prestatie
3. Prijs
4. Startdatum en einddatum van het behandeltraject
5. AGB-code van het zorgaanbieder die de prestatie levert
6. AGB-code van de hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
7. Indien van toepassing: AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
8. Betrokken medebehandelaar(s) en diens beroep
9. Het type verwijzer
 1. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
 2. Verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk
 3. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
 4. Eigen patiënt
 5. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
 6. Zelfverwijzer
 7. Bemoeizorg
10. AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4
11. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar (onder 6. en 7.)
12. Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
13. Totaal besteedde directe en indirecte tijd (som 11. en 12.)
14. Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek.**

*Indien burgerservicenummer niet beschikbaar is, dan wordt het identificatienummer verzekerde geregistreerd

**Niet van toepassing op de Transitieprestatie

Gespecialiseerde GGZ

Op de factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar moeten minimaal de navolgende gegevens als onderdeel van de prestatiebeschrijving worden vermeld:

1. DBC-traject startdatum
2. DBC-traject einddatum
3. Declaratiecode
4. Gedeclareerde tarief (afgerond op 2 decimalen)
5. AGB-zorgverlenerscode en – indien van toepassing – de AGB-praktijkcode.
6. AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar
Indien de hoofdbehandelaar in de fase van behandeling een andere hoofdbehandelaar is dan in de fase van de diagnose, dan moet ook de AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld worden.
7. Directe en indirecte tijd van de hoofdbehandelaar en iedere medebehandelaar en vermelding van diens beroep(en) en totaal bestede directe en indirecte tijd van de gehele DBC.
8. Het type verwijzer
 - i. Verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
 - ii. Verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk
 - iii. Verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.
 - iv. Eigen patiënt
 - v. Verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
 - vi. Zelfverwijzer
 - vii. Bemoeizorg
9. AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4.
10. Activiteitencode waarmee dagbesteding bij de aanbieder wordt geregistreerd en het aantal uren dagbesteding per DBC.
11. DBC-prestatiecode. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens vier 3-cijferige DBC-componenten en in onderstaande volgorde:
 - a. zorgtype;
 - b. diagnoseclassificatie;
 - c. zorgvraagzwaarte;
 - d. productgroep voor behandeling van de DBC-dataset. Voor de behandelgroepen 'diagnostiek', 'crisis' en 'kortdurend' is vermelding van diagnose-informatie op de factuur niet toegestaan. Evenmin is het toegestaan dat uit de factuur blijkt of er

ten aanzien van het zorgtype sprake is van een rechterlijke uitspraak. Tevens is de zorgvraagzwaarte voor de diagnosehoofdgroep 'persoonlijkheidsstoornissen' niet zichtbaar op de factuur. In de prestatiecode is het zorgvraagzwaartedeel voor deze diagnose hoofdgroep op 000 gezet.

12. Deelprestaties: Verblijf (A t/m G), Electroconvulsietherapie (ECT), Ambulante methadonverstrekking (AMV), Beschikbaarheidscomponent crisis (BCC), Verblijf zonder overnachting (VZO). Op de factuur wordt vermeld welke deelprestaties op welke datum geleverd zijn.
13. Lekenomschrijving; indien een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, indien de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.
14. Indien er sprake is van de diagnose 'ernstige enkelvoudige dyslexie' is dit inzichtelijk via de diagnoseclassificatie met code 017.