

## Artikel 13 en de Recht op Vrije Artsenkeuze

In Nederland heeft iedere verzekerde recht op vrije artskeuze, iemand mag zelf kiezen in welk ziekenhuis of bij welke behandelaar de behandeling wordt uitgevoerd.

Dit betekent echter niet dat deze behandeling per definitie ook volledig zal worden vergoed. In de Zorgverzekeringswet staat namelijk dat zorgverzekeraars niet altijd het hele bedrag te hoeven vergoeden. Zorgverzekeraars mogen aan verzekerden die gebruik maken van niet-gecontracteerde aanbieders een lagere vergoeding toekennen.

De mate van vergoeding wordt met name bepaald door het type zorgpolis dat een verzekerde heeft afgesloten bij de zorgverzekeraar. Wanneer er een natura- of budgetzorgpolis is afgesloten, is dit weliswaar iets goedkoper, maar de vergoedingen zijn bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders lager. Als consument levert u hiermee een stukje in op uw vrije artskeuze.

Hoe werkt het? Zorgverzekeraars maken afspraken en sluiten contracten met zorgaanbieders over de vergoeding van zorg. Indien een zorgverzekeraar wel een contract heeft met de zorgaanbieder, vergoedt de verzekeraar alle kosten die vallen onder de dekking van de verzekering. De verzekerde betaalt wel zelf zijn/haar eigen risico. Indien de zorgverzekeraar geen echt contract heeft met de zorgaanbieder vergoedt de verzekeraar slechts een deel van de zorgnota, afhankelijk van het type polis. Bij een naturapolis ligt de vergoeding op ongeveer 75 procent. Er is dan sprake van een eigen bijdrage van 25 procent. Bij budgetpolissen kan de vergoeding soms minder dan 70 procent zijn. De verzekerde betaalt ook zelf zijn/haar eigen risico.

Indien een verzekerde helemaal vrij wil zijn betreffende artskeuze dan dient er een restitutiepolis afgesloten te worden. Wie bij een restitutiepolis naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, moet het bedrag wel eerst zelf voorschieten. Vervolgens kunt u de rekening declareren bij de zorgverzekeraar. Restitutiepolissen vergoeden ten minste 100 procent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Vaak is dat (maar niet altijd) het volledige bedrag.

In de Zorgverzekeringswet staat dat zorgverzekeraars niet altijd het hele bedrag te hoeven vergoeden, er zijn echter geen rekenmodellen die bepalen wat een geschikte vergoeding zou moeten zijn. De vraag ontstaat dan, waar ligt de grens?

Er is binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) een artikel ingevoerd om verzekerden met natura- en budgetzorgpolissen beter te beschermen, Artikel 13, dat stelt dat er een 'hinderpaal criterium' is. Hierin staat dat de vergoeding van een zorgverzekeraar niet dusdanig laag mag zijn dat daardoor een feitelijke hinderpaal voor verzekerden ontstaat om zich tot een zorgaanbieder te wenden die niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd is. Met andere woorden, de mate van vergoeding van de ziektekostenverzekeraar mag de keuze van een verzekerde voor een ziekenhuis of zorgverlener niet belemmeren.

Dankzij Artikel 13, kan een zorgverzekerde nog steeds de zorgkosten (grotendeels) vergoed krijgen, ook bij behandeling/ zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wel is het zo dat de vergoeding hoger zal zijn als 1) de verzekerde een restitutiepolis heeft afgesloten en 2) in het geval van een natura- of budgetzorgpolis als de consument naar een gecontracteerde aanbieder gaat.

Het is natuurlijk lastig om te achterhalen wanneer er voor verzekerden sprake is van een belemmering. Dit verschilt per individu en is mede afhankelijk van de persoonlijke financiële omstandigheden. In de praktijk zou een vergoeding van minder dan 75 procent een hinderpaal kunnen zijn voor mensen bij het kiezen van een bepaalde zorgaanbieder.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert mensen naar de geschillencommissie SKGZ of rechter te stappen als men vindt dat de eigen bijdrage te hoog is.