

Bekostiging van zelfstandige zorgaanbieders in de thuiszorg

1. Inleiding

Onderstaand wordt in beeld gebracht hoe de bekostiging van een zelfstandige zorgaanbieder verloopt die zelfstandig werkt voor een cliënt.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen het leveren van zorg en het verzorgen van een indicatie.

2. Leveren van zorg

2.1. Tarieven

Wanneer een cliënt zich meldt, dan is de eerste vraag of het gaat om PGB of ZIN.

Indien er sprake is van PGB, dan is in theorie het tarief vrij onderhandelbaar. In de praktijk werkt het meestal anders. Er is een maximumtarief vastgesteld. De cliënt mag ten laste van het PGB budget 100% van dit maximumtarief vergoeden. Cliënten hanteren echter meestal een tarief onder dit maximum om zodoende over meer uren te kunnen beschikken. Er wordt veelal gerekend met een percentage van deze tarieven.

Indien er sprake is van ZIN (ZVW/WLZ), dan is de vraag bij welke verzekeraar de cliënt is verzekerd. Elke verzekeraar hanteert een eigen beleid inzake vergoedingen. Belangrijk is wel of de cliënt een natura of restitutiepols heeft.

Heeft de cliënt een naturapolis, dan vergoedt de verzekeraar de volledige zorg in beginsel alleen wanneer de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder met wie de verzekeraar een contract heeft. Zorgverzekeraars sluiten geen contracten met zelfstandige zorgaanbieders in de thuiszorg. Het gaat dus om ongecontracteerde zorg. Indien een cliënt toch door een zelfstandige zorgaanbieder wenst te worden geholpen, dan gelden maximale vergoedingen, uiteenlopend per verzekeraar van 60-75% van het NZA tarief. De zelfstandige zorgaanbieder kan dan voor kiezen een eigen tarief in rekening te brengen, wat betekent dat de cliënt een deel van de zorgkosten zelf moet betalen, of genoeg te nemen met het door de verzekeraar opgelegde percentage. Het laatste is doorgaans de praktijk.

Heeft de cliënt een restitutiepols, dan kan de cliënt tot maximaal het NZA tarief in rekening brengen bij de verzekeraar. De zelfstandige zorgaanbieder kiest er doorgaans voor dit maximale tarief in rekening te brengen.

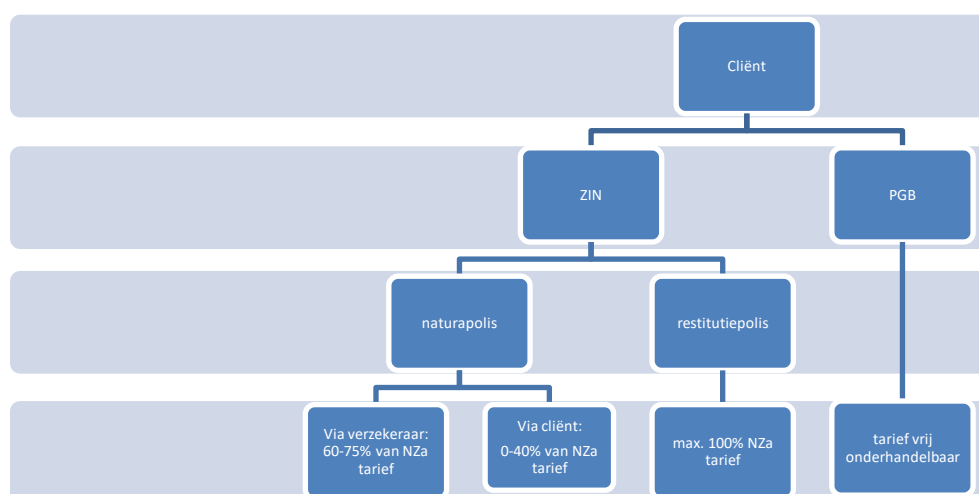
Polis	Toelichting	Premie
Basisverzekering		
Natura (budgetpolis)	Met deze polis kiest een verzekerde dat de zorg die nodig is, met name bij gecontracteerde aanbieders afgenomen wordt. Indien er toch gekozen wordt voor niet-gecontracteerde zorgverlener, zal er minder (65%-70%) worden vergoed.	Laagste
Natura	Met deze polis kiest een verzekerde dat de zorg die nodig is, met name bij gecontracteerde aanbieders	Iets hoger

	afgenomen wordt. Indien er toch gekozen wordt voor niet-gecontracteerde zorgverlener, zal er minder (70%-80%) worden vergoed.	
Restitutie	Met deze polis kan een verzekerde zelf kiezen bij wie de zorg wordt afgenomen. Zorg van niet-gecontracteerde aanbieders wordt volledig vergoed.	Hoogste

2.2 Hoeveelheid zorg

De hoeveelheid zorg die kan worden geboden is gelimiteerd tot de hoeveelheid, die in een indicatie is afgegeven.

Beslisboom:



2.3 Wijze van declareren

Voor deelname aan de administratieve processen in de zorg is voor een onderneming en een zorgverlener een unieke AGB-code noodzakelijk. Dit geldt ook voor zelfstandige zorgaanbieder.

In het AGB-register is een zorgverlener gerelateerd aan de vestiging(en) waar zij werkzaam is. Een vestiging is weer gerelateerd aan de onderneming. De persoonlijke gegevens en de bevoegdheid van de zorgverlener zijn gekoppeld aan de unieke AGB-code. Een zelfstandige zorgaanbieder krijgt voor de eigen onderneming een AGB code die begint met code 41. Hiervoor is nodig een KvK inschrijving en een bewijs van KIWA registratie (keurmerk ZZP). Een zorgverlener kan ook beschikken over een AGB-code die begint met code 91.

Hiermee kan echter alleen verleende zorg via PGB worden gedeclareerd (niet ZIN).

Met deze AGB-code konden zelfstandige zorgaanbieders voorheen zorg declareren via een landelijk

declaratiesysteem. Dit is niet langer mogelijk. Om van dit systeem gebruik te kunnen maken is een WTZi verklaring nodig, maar voorwaarde hiervoor is dat er sprake is van een organisatie van minimaal 2 personen en dat is in strijd met het ZZP-schap.



Deze weg is dus afgesloten.

Zelfstandige zorgaanbieders moeten de zorg dus in beginsel factureren aan de cliënt die deze 'doorsluist' aan de verzekeraar.

Ook hier weer twee mogelijkheden: de cliënt schiet voor of de zelfstandige zorgaanbieder wacht tot de verzekeraar is overgegaan tot betaling.

Gelet op de relatief hoge bedragen bij intensieve zorg is de laatste situatie doorgaans de meest voorkomende.

Voor zelfstandige zorgaanbieder betekent dit wel dat er soms lang gewacht moet worden op betaling en dat het debiteurenrisico toeneemt. Zeker wanneer thuiszorg wordt verleend aan cliënten waar sprake is van beginnende dementie.

Er is nog een escape mogelijk om toch rechtstreeks te kunnen declareren. De zorgverlener dient dan een akte van cessie te verkrijgen van de cliënt. Via een akte van cessie draagt een verzekerde/cliënt zijn recht op vergoeding door de zorgverzekeraar over aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Een zorgaanbieder kan dan, namens de verzekerde, rechtstreeks de zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zelfstandige zorgaanbieder kan de factuur laten ondertekenen door de cliënt en de factuur vervolgens doorsturen naar de verzekeraar. De verwachting is echter dat deze mogelijkheid vanaf 2021 komt te vervallen. Elke verzekeraar hanteert echter andere voorwaarden en vergoedingen. Een voorbeeld: Menzis vergoedt conform de polisvoorwaarden van een naturapolis tot een maximum van 60% van het gemiddeld door Menzis gecontracteerd tarief. Andere zorgverzekeraars zoals DSW en Zorg en Zekerheid hanteren 75%. Bij een restitutiepolis geldt bij Menzis een vergoeding van de kosten tot een maximumbedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

3. Het verzorgen van een indicatie

Ook bij het verzorgen van een indicatie moet er onderscheid worden gemaakt tussen PGB en ZIN.

Bij een PGB mag een zelfstandig zorgaanbieder alleen bij CZ een indicatie verzorgen, maar het is dan niet mogelijk ook voor deze cliënt zorg te verlenen. Dit is niet toegestaan.

Bij andere zorgverzekeraars mag de zorgverlener niet voor PGB indiceren(PGB) maar wel zorg verlenen nadat de indicatie door een gecontracteerde partij is uitgevoerd.

Bij ZIN kan een zelfstandig zorgaanbieder wel een indicatie verzorgen, maar er dient vooraf wel te worden geverifieerd bij welke verzekeraar de cliënt is verzekerd, aangezien niet elke verzekeraar toestaat dat ZZP'ers een indicatie verzorgen (bijv. Menzis, Univé). Indien de ZZP'er de indicatie heeft verzorgd, dan is het doorgaans wel mogelijk ook zorg te verlenen.

Voor kindzorg zijn er weer andere, aanvullende regels. De algemene regel is dat de indicatie moet worden gesteld via het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een HBO-kinderverpleegkundige.

Deze HBO-kinderverpleegkundige moet werken bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) en/of bij de Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT).

Uitzondering op de algemene regel is zorgverzekeraar CZ.

Bij CZ mag een zorgverlener vanaf niveau 5, mits voorzien van de benodigde diploma's (HBO, MKS scholing, bij kinderen JKZ), in de thuiszorg een PGB indicatie verzorgen voor de hoeveelheid zorg die benodigd is, met een onderscheid naar PV (persoonlijke verzorging), BG (begeleiding) en VP (verpleging).

Deze zorgverlener mag dan niet zorg verlenen waarvoor de indicatie is opgesteld.

