

## In behandeling zonder verwijzing met de wens zelf te betalen?

14-11-2024

 Print

**Bij de LVVP komen steeds vaker vragen binnen over patiënten die zonder geldige verwijzing in behandeling willen en die de zorg zelf willen betalen. Dat kan (behoudens enkele uitzonderingen) niet. De verwijfsbrief vormt de toegang tot de (ggz-)zorg. Als er geen verwijzing is, kan patiënt dus niet in behandeling worden genomen én wordt de zorg niet vergoed.**

### **Geen verwijfsbrief = geen toegang tot ggz zorg**

In beginsel kan een behandeling enkel worden gestart na een geldige verwijzing. De verwijfsbrief vormt daarmee de toegang tot de (ggz-)zorg. Als er geen verwijzing is, kan patiënt dus niet in behandeling worden genomen én wordt de zorg niet vergoed. Er gelden wel enkele uitzonderingssituaties, die zijn opgenomen in de [Verwijfsafspraken ggz](#) (denk aan spoed, crisis, gedwongen zorg).

### **Wel verwijfsbrief, verzekerde zorg en wel contract? Patiënt mag NIET zelf betalen**

Meldt een patiënt zich bij u aan met een geldige verwijfsbrief, maar heeft hij de wens om de behandeling zelf te betalen? Dan is de eerste vraag die u zichzelf moet stellen: heb ik een contract met de zorgverzekeraar van deze patiënt? Het is immers aan u als zorgaanbieder om de patiënt vooraf actief én aantoonbaar te informeren over de aan- of aanwezigheid van een contract met diens verzekeraar ([Regeling transparantie zorgaanbieders \(TH/NR-035\)](#)).

Heeft u een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt? Zo ja, dan mag de patiënt de zorg niet zelf betalen. Ook niet als hij dat zelf wel wil. U heeft een overeenkomst met de zorgverzekeraar voor het verlenen van zorg aan zijn verzekerden. U bent gebonden aan de inhoud van die overeenkomst (ook de van toepassing zijnde polisvoorwaarden waarin de aanwezigheid van een geldige en toereikende verwijzing van een bevoegde verwijzer kan zijn opgenomen) en de geldende wet- en regelgeving. De zorgaanbieder zal bij het verlenen van zorg de voorwaarden moeten nakomen die hij met de zorgverzekeraar is overeengekomen.

Als u buiten het contract om zorg verleent aan een van zijn verzekerden, dan wordt dat gezien als fraude. Zorgverzekeraars spreken van fraude als een fout opzettelijk is begaan en daarmee ook een bepaald (financieel) voordeel is verkregen. De definitie van fraude omvat drie elementen: overtreding van een regel, (poging tot verkrijgen) wederrechtelijk voordeel en bewust of opzettelijk handelen.

Ten overvloede: er dient in deze situatie dus ook een geldige verwijfsbrief te zijn -die de toegang vormt tot de verzekerde zorg-, anders kan de zorgverzekeraar de vergoeding niet uitkeren.

### **Wel verwijfsbrief, wel verzekerde zorg en geen contract? Patiënt mag zelf betalen**

Is er een geldige verwijfsbrief en heeft u geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt? Dan mag u de patiënt in behandeling nemen en de factuur naar de patiënt sturen. Wil de patiënt de zorg zelf betalen, dan ziet hij daarmee af van vergoeding door de zorgverzekeraar. Hij kan er immers voor kiezen om de factuur niet in te sturen voor declaratie.

### **Geen verwijfsbrief en wel verzekerde zorg? Patiënt kan niet in behandeling komen**

Komt de patiënt zonder geldige verwijfsbrief? En zou er wel sprake zijn van verzekerde zorg? Dan mag u de patiënt niet in behandeling nemen. Laat staan dat hij de zorg zelf zou betalen. De verwijfsbrief is immers de toegang tot de verzekerde zorg. De vraag of u wel of geen contract heeft met de verzekeraar van de patiënt is hier niet relevant.

De vraag is natuurlijk waarom de patiënt geen verwijfsbrief wil halen en waarom hij de zorg zelf wil betalen. Dat kan deels te maken hebben met de problematiek. U kunt hierover feitelijk ook niet in gesprek gaan. Een verwijzing is immers nodig op de startdatum van het zorgtraject. Zodra u dit gesprek aangaat, bent u al met de behandeling c.q. de intake gestart en is daarmee in juridische zin de behandelingsovereenkomst een feit.

Feitelijk is de verzekerde ggz een tweedelijnsvoorziening, waarvoor een geldige verwijzing van de huisarts nodig is. De huisarts fungeert als poortwachter. Ook als u ongecontracteerd werkt en de patiënt de zorg zelf wil betalen, moet er een geldige verwijzing zijn. U kunt dan ook de terugkoppeling naar de huisarts verzorgen (mits hiervoor toestemming is van de patiënt!).

Stel dat u een patiënt toch in behandeling neemt zonder geldige verwijzing, waarbij de patiënt de zorg zelf betaalt. Dan kan het zomaar gebeuren dat de patiënt na verloop van tijd tot de conclusie komt dat de zorg toch wel erg duur wordt. Hij besluit dan om alsnog de facturen in te dienen bij de zorgverzekeraar. U zult dan aangeven dat u met de patiënt heeft afgesproken dat deze de zorg zelf wil betalen, maar de patiënt kan daar tegen die tijd anders over denken. Omdat er geen geldige verwijzing is, wordt de zorg echter niet vergoed. Er zijn gevallen in de jurisprudentie bekend dat bij een materiële controle gevraagd wordt naar onder meer de (geldige) verwijsbrieven. U zult zich als zorgverlener hoe dan ook moeten houden aan de contractuele bepalingen, de geldende wet- en regelgeving en meer specifiek ook aan de landelijke Verwijsafspraken

#### **Wel of niet verzekerde zorg**

Een andere belangrijke vraag is of het wel of niet verzekerde zorg betreft. Komt de patiënt met een geldige verwijzing in behandeling bij een ongecontracteerde zorgaanbieder vanwege een stoornis die wél valt onder de verzekerde zorg, dan stuurt u (als ongecontracteerde zorgaanbieder) de factuur naar de patiënt, die de rekening zelf betaalt. De patiënt declareert de rekening vervolgens bij de zorgverzekeraar. Of kiest ervoor om dat niet te doen.

Komt de patiënt in behandeling voor een onverzekerde stoornis, dan mag, sterker: dan moet, hij de zorg zelf betalen! De rekeningen kunnen dus niet gedeclareerd worden. Informeer de patiënt aantoonbaar hierover.

#### **Welke prestaties declareert u?**

Of de patiënt (met een geldige verwijzing) de zorg wel of niet zelf betaalt, maakt voor de declaratie niet uit. Het criterium is hier of het al dan niet verzekerde zorg betreft.

Als het om verzekerde zorg gaat (die dus een aanspraak heeft vanuit het basispakket), dan brengt u dit in rekening met de bijbehorende zpm-consulten. Ook als de patiënt de zorg zelf betaalt.

Alleen voor diagnoses die niet verzekerd zijn, mag -sterker nog: móét- er een overige prestatie niet-basispakket consult (voorheen ovp) in rekening gebracht.