

Kosten en Vergoedingen 2020

Uiteraard kunt u bij de Praktijk In Zicht met alle psychische problemen terecht, echter niet alles wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Hieronder kunt u lezen op welke manier u voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking kunt komen. Indien u zich aanvullend heeft verzekerd kan het zijn dat u vergoeding kunt krijgen voor de probleemgebieden genoemd bij de niet verzekerde zorg.

Ik raad u aan bij uw zorgverzekeraar vooraf zorgvuldig na te vragen welke type polis u heeft en welk percentage u vergoed krijgt bij een niet gecontracteerde GZ- psycholoog in de basis-GGZ zodat u niet voor verassingen komt te staan.

De informatie van verzekeraars over dit soort polissen is vaak moeilijk te doorgronden (*Zie kopje polissen voor nadere informatie*). Het vergt regelmatig veel zoek- en denkwerk om er achter te komen of u met een naturapolis, een restitutiepolis of een combipolis te maken heeft. Sommige verzekeraars zeggen marktconform te vergoeden maar hoe hoog marktconform is blijkt later anders te liggen. Het verdient daarom de voorkeur voorafgaande aan de behandeling een schriftelijke antwoord van uw verzekeraar te krijgen.

Wat kost behandeling binnen de GGZ?

Behandeling binnen de Basis-GGZ wordt vergoed vanuit de basisverzekering mits er sprake is van een verwijsbrief huisarts en een DSM stoornis die wettelijk wel vergoed wordt. (*Zie kopje niet verzekerde zorg voor een overzicht van behandelingen die meestal niet vergoed worden.*). Echter de hoogte van deze vergoeding hangt af van uw verzekeringspolis en of een behandelaar/praktijk een contract heeft afgesloten met uw zorgverzekeraar!

Contract Vrij:

Praktijk Inzicht werkt vanaf 2018 contract vrij !!!

De steeds meer toenemende invloed van zorgverzekeraars op de inhoud en privacy van de beroepsuitoefening is voor Praktijk Inzicht reden om vanaf 2018 contractvrij te gaan werken. Hierdoor kan ik mijn tijd weer volledig besteden aan mijn vak: op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten, mijn opleiding en mijn ervaring mensen behandelen die problemen hebben. Meer informatie over contractvrij werken is te vinden op www.contractvrijpsycholoog.nl en www.zorgvoorkwaliteit.nu

Verzekerde Zorg:

- **DSM-Classificatie verplicht:** Alleen wanneer er sprake is van een officiële psychische stoornis volgens de DSM-IV-TR, wordt behandeling door een psycholoog in de GB-GGZ door de zorgverzekering vergoed. (Psychiaters en therapeuten stellen psychische stoornissen vast aan de hand van het Diagnostic and Statistical Manual, 4e editie, kortweg DSM-IV-TR). Zie Praktijk Informatie indien u meer over wilt weten over welke DSM-stoornissen al dan niet worden vergoed.
- **Verwijzing Verplicht:** Is er wel sprake van een (vermoedelijke) DSM-IV stoornis dan is vergoeding mogelijk. Er dient een verwijzing van de huisarts te zijn die u bij het eerste consult meeneemt. De huisarts beschrijft in deze verwijsbrief de (vermoedelijke) DSM stoornis en geeft een verwijzing voor Generalistische Basis GGZ (GBGGZ). De verwijzing moet aan een aantal minimale eisen voldoen, zoals die door de zorgverzekeraars gesteld zijn. Indien de verwijsbrief niet voldoet, dan kunnen de

gemaakte kosten bij u in rekening worden gebracht. Zie Praktijk Informatie indien u wil weten aan welke eisen de verwijzing moet voldoen.

- **Regels t.a.v. Hoofdbehandelaar:** Er mag pas worden gedeclareerd als er betrokkenheid is van een hoofdbehandelaar bij de behandeling. De minister van VWS heeft de hoofdbehandelaars aangewezen voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, waaronder de GZ- psycholoog. Praktijk In Zicht voldoet aan de wettelijke eisen t.a.v. hoofdbehandelaarschap. Zorgverzekeraars kunnen echter in hun polisvoorwaarden beperkingen opnemen en ervoor kiezen om bepaalde beroepen uit te sluiten voor het hoofdbehandelaarschap van de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Daarom is het raadzaam om de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar te bekijken. Dan weet u vooraf of de zorg wordt vergoed of (gedeeltelijk) niet. *(Vanaf 1 januari 2015 kunnen de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog NIP niet meer optreden als hoofdbehandelaar in de Basis GGZ.)*
- **Zorgproducten:** In de Basis GGZ wordt gebruikt gemaakt van de volgende te declareren zorgproducten:
 - Basis GGZ Kort
 - Basis GGZ Middel
 - Basis GGZ Intensief
 - Basis GGZ Chronisch
 - Onvolledig behandeltraject
 - Overige producten (OVP)

Het hangt af van de zwaarte van de zorgvraag en het aantal behandelminuten via welk zorgproduct wordt geïndiceerd. Behandelingen worden per zorgproduct gefactureerd volgens de wettelijke tarieven zoals vastgesteld door de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa).

Ieder van deze zorgproducten kent een vaste vergoeding. NZa-tarieven zijn te vinden op www.nza.nl/regelgeving/tarieven.

Prestatie	Omschrijving	Maximale duur in minuten	Maximale tarief (NZa)
Basis GGZ Kort (BK)	Lichte DSM stoornissen	90-294	€ 503,47
Basis GGZ Middel (BM)	Matige DSM stoornissen	295-495	€ 853,38
Basis GGZ Intensief (BI)	Ernstige DSM stoornissen	496-752	€1.383,65
Basis GGZ Chronisch (BC)	Chronische stabiele stoornissen	750	€1.330,98
Onvolledig behandeltraject	Geen DSM stoornis, cliënt(e) stopt met de behandeling na maximaal 120 minuten, cliënt(e) profiel is te zwaar voor de GB GGZ	Tot 120	€ 219,78
OVP- onverzekerde consult	Niet verzekerd basiszorg consult	45	€ 110,27

Wat is in het tarief inbegrepen?

Alle tijd die aan uw behandeling besteed wordt is in dit tarief opgenomen. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen directe tijd (consult) en indirecte tijd (dossiervorming, diagnostiek, administratie, rapportage, overleg met huisarts, voorbereiding, verslaglegging, uitwerken testen e.d). Een gesprek duurt doorgaans 45 minuten (directe tijd), waarbij dan een tijdsinvestering hoort van doorgaans 15 minuten aan indirecte tijd.

Bij psychologisch onderzoek of andere afspraken zoals thuis- en werk bezoeken wordt het OVP uurtarief aangehouden. Gemaakte contact- en werkuren worden bijgehouden en gefactureerd. Het is ook mogelijk een telefonisch- of e-mail consult te vragen, dan is er wel een beperking in tijd van ongeveer 10 minuten. Dit telt dan mee als ¼ consult. Ook is het mogelijk een kortdurend consult af te spreken van 20 minuten waarvoor een ½ consult gerekend wordt.

Als u meer gesprekken nodig heeft:

Het kan voorkomen dat gedurende de behandeling blijkt dat u toch een langere behandelduur nodig heeft. In dat geval kan de psycholoog switchen naar een “zwaarder” product, zodat u verzekerd blijft van vergoeding. Uw psycholoog zal u daarvan op de hoogte stellen.

Voor een aanvullend product heeft u akkoord van uw huisarts nodig en dus een nieuwe verwijzing. Het hangt ook af van uw verzekering of een aanvullend product mogelijk is en onder welke voorwaarden.

Eigen risico:

Vergoeding van hulp door een psycholoog in de Basis GGZ valt onder het verplichte eigen risico, dat is het bedrag dat u eerst zelf moet betalen voordat de zorg die in het basispakket zit wordt vergoed. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico per kalenderjaar voor de zorgverzekering.

Dit eigen risico bedraagt vanaf 1 januari 2020 net als in 2018 en 2019 €385. Het eigen risico betaalt u aan de zorgverzekeraar.

Vergoeding afhankelijk van uw verzekeringspolis:

Afhankelijk van de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar voor contractvrije zorgaanbieders krijgt u een gedeelte of soms helemaal de kosten van uw behandeling terug als er sprake is van verzekerde zorg.

Afhankelijk van uw pakketkeuze (natura- of restitutiepolis) vergoeden de meeste verzekeringen 65% tot 100%. Alle zorgverzekeringen bieden natura- en restitutiepólissen.

De zorgverzekering wordt u aangeboden in 4 verschillende soorten polissen:

- 1) De (zuivere) restitutiepólis biedt *vrije keus* van zorgverlener en vergoedt doorgaans 100% van het wettelijke tarief voor behandelingen *voor zowel de gecontracteerde zorg als ook de contractvrije zorg* (ervan uitgaand dat de psycholoog zich houdt aan de wettelijk vastgestelde tarieven). De restitutiepólis is bij de meeste verzekeraars maar enkele euro's per maand duurder dan de naturapolis.
- 2) De naturapolis bied *geen vrije keus* van zorgverlener. Uw zorgverzekeraar vergoedt uw kosten 100% bij een *gecontracteerde* zorgaanbieder. Kiest u voor contractvrije

zorg dan dient u een deel van de kosten zelf te betalen. Hoe hoog dit deel is, verschilt per verzekeraar, maar gemiddeld wordt 65% tot 80% van de behandelkosten vergoed.

- 3) Bij een *combinatiepolis* bent u *gedeeltelijk vrij* in de keuze waar u uw zorg haalt. Uw zorgverzekeraar vergoedt uw kosten 100% bij een *gecontracteerde* zorgaanbieder. Kiest u voor *contractvrije zorg* dan doorgaans 90% van de behandelkosten vergoed.
- 4) Bij een budgetpolis bent u *niet vrij* in uw keuze waar u uw zorg haalt. Deze polis is een afgeslankte vorm van een naturapolis die uw keuze nadrukkelijk verder beperkt. Uw zorgverzekeraar vergoedt uw kosten 100% bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Kiest u voor contractvrije zorg dan wordt u ongeveer 50% van de behandelkosten vergoed.*

** In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen recht heeft op een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De overheid heeft hier geen duidelijke criteria voor vastgesteld, de hoogte van deze vergoeding mag de zorgverzekeraar zelf bepalen. Hierbij mag echter de eigen bijdrage, die een klant moet betalen als hij toch zorg afneemt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, geen hinderpaal voor iemand vormen om naar die niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Iedereen heeft in Nederland recht op vrije artskeuze.*

Bij een goedkopere (budget of natura) polis mag de verzekeraar dus wel een eigen bijdrage vragen als u naar een zorgaanbieder buiten zijn netwerk gaat. Dat is op zich logisch omdat u ook een lagere premie betaalt. Maar u moet die vergoeding wel kunnen betalen. De vraag is nu waar de grens ligt? Er zijn geen rekenmodellen om te bepalen wat een geschikte vergoeding dan zou moeten zijn. 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 NZa adviseert mensen naar de geschillencommissie SKGZ of rechter te stappen als men vindt dat de eigen bijdrage te hoog is.

Praktijk In Zicht is overtuigd dat het altijd beter is een restitutiepolis te kiezen.

Omdat hiermee de rol van de verzekeraar en de rol van de psycholoog beter gescheiden blijven. De verzekeraar vergoedt en de psycholoog levert verantwoorde zorg. Heeft u behoefte aan meer gedetailleerde informatie over de huidige ontwikkelingen, het verschil tussen een naturapolis en een restitutiepolis en een overzicht van polissen? Zie <https://contractvrijepsycholoog.nl/over/> .

Niet Verzekerde Zorg:

Vanaf 2014 wordt niet alle psychologische zorg meer vergoed. De cliënt zal behandeling in het geval van niet verzekerde zorg zelf moeten betalen, of eventueel uit een aanvullende verzekering.

Om zeker te weten welke problematiek of behandeling actueel al dan niet wordt vergoed, worden cliënten aangeraden de polisvoorwaarden van hun zorgverzekeraar te bekijken of dit na te vragen bij hun zorgverzekeraar.

Welk zorg wordt niet verzekerd? Als uw probleem niet onder een gediagnosticeerde DSM stoornis valt, dan moet u de behandeling zelf betalen. Een aantal ziektebeelden/klachten valt verder ook wettelijk niet onder de ziektekostenverzekering. Denkt u hierbij aan o.a. aanpassingsstoornissen (burnout/surmenage/rouw), slaapstoornissen, levensfaseproblematiek, werk gerelateerde problematiek, seksuele functiestoornissen, relatieproblemen, specifieke fobieën, psychische hulp bij somatische aandoeningen en preventieve zorg.

Bepaalde soorten behandeling, zoals o.a. Mindfulness wordt niet langer vergoed. Psychologen kunnen de genoemde klachten/ problemen wel goed behandelen. De kosten hiervan komen echter voor de eigen rekening van de client (onverzekerde zorg). Kiest u er voor om zonder verwijfsbrief in behandeling te komen? Er hoeft geen diagnose gesteld te worden en de behandelduur is, in samenspraak met uw behandelaar, vrij in te vullen. U betaalt de consulten dan zelf.

Is er geen sprake van verzekerde zorg, dan krijgt u een nota waarbij het tarief van een individueel consult in rekening wordt gebracht conform het tarief dat is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Dit tarief is ook van toepassing voor mensen die ervoor kiezen om – ondanks dat er sprake is van verzekerde zorg – de behandeling zelf te betalen. Soms kunnen cliënten de betaling van hun behandeling, zoals in geval van arbeidsgerelateerde problematiek, via hun werkgever regelen.

Daarnaast kiezen cliënten er om uiteenlopende redenen regelmatig voor om een behandeling zelf te betalen. In deze gevallen is het tarief 100% van de door de NZa vastgestelde maximum tarieven voor de Generalistische Basis GGZ van toepassing (zie bovengenoemde link).

Als tijdens of na afloop van de behandeling blijkt dat u niet voldoende verzekerd bent geweest voor de psychologische hulp, dan komen de kosten daarvan volledig voor uw eigen rekening.

Niet op afspraak verschenen:

Als een afspraak door de cliënt niet wordt nagekomen of te laat wordt afgezegd (korter dan 24 uur voor de afspraak), onafhankelijk van wat de reden hiervoor is, zijn zorgaanbieders gerechtigd de kosten van “no show” bij de cliënt in rekening te brengen. De reden hiervan is dat er tijd is gereserveerd die niet meer op te vullen is. Afspraken die ‘te laat’ of ‘niet’ worden afgezegd zullen bij client in rekening worden gebracht (75% van de standaard NZA kost van een individueel consult). Het bedrag voor ‘te laat’ of ‘niet’ annuleren wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar.

Facturatie:

Praktijk In Zicht heeft geen contracten met zorgverzekeraars afgesloten, u krijgt zelf de rekening die u betaalt.

Er wordt niet afgerekend per gesprek, maar per behandeling. De facturering van de behandeling wordt achteraf gedaan, dus als de behandeling is afgerond, of na 365 dagen.

U bent zelf verantwoordelijk voor rechtstreekse betaling aan de praktijk. Het is verstandig om de kosten hiervan alvast te reserveren, omdat u pas aan het eind van de behandeling de rekening krijgt.

Bij verzekerde zorg kunt u (een deel van) de factuur van uw zorgverzekeraar terugkrijgen. Hoeveel u van uw zorgverzekeraar vergoed krijgt is dan afhankelijk van uw polis. Let op, de kosten van de behandeling gaan met of zonder contract wel eerst van uw eigen risico af.

Nota's van behandeling worden door u binnen 14 dagen voldaan aan Praktijk In Zicht. Indien u langere tijd in gebreke blijft bij het voldoen van de nota's, dan zal na één

herinnering administratiekosten worden doorberekend, te weten een additioneel bedrag van € 15,- .Wordt de schuld dan nog niet voldaan, dan zal uiteindelijk en als laatste middel een incassobureau worden ingeschakeld.

Als praktijk werkzaam in de generalistische basis ggz ben ik niet btw-plichtig en reken ik dus geen btw over de genoemde tarieven.

Praktijk In Zicht heeft de debiteurenadministratie uitbesteedt aan Famed. Kijk voor meer informatie of vragen over betaling via **Famed** op www.famed.nl .

Contact Opnemen:

Contact met zorgverzekeraar aan te raden: U doet er verstandig aan uw polisvoorwaarden te raadplegen om vast te stellen of en zo ja voor welke vergoeding van Generalistische Basis GGZ zorg u in aanmerking komt. Dit omdat verzekeraars zeer uiteenlopende vergoedingen en voorwaarden hanteren. U kunt hiervoor ook contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

Heeft u klachten over de bezuinigingen, komt u erdoor in de problemen of heeft u vragen over hoe het nu bijvoorbeeld zit met de eigen bijdrage, dan kunt u deze per mail stellen aan meldjezorg@platformggz.nl of per telefoon (anoniem) melden: 0900 - 0401208 (0,1 cent per minuut). Meld je zorg is bereikbaar op maandag, dinsdag & donderdag van 10.00 tot 13.00 uur.

Voor problemen met uw zorgverzekeraar over bijvoorbeeld vergoedingen kunt u zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Heeft u vragen over de vergoedingen en kosten? Neem dan contact op met de praktijk, ik help u graag verder.

Let op: aan bovenstaande informatie kan geen rechten worden ontleend.