

Informatie over uw behandeling: vergoedingen psychologische hulp 2019.

Verzekerd via het basispakket van uw zorgverzekering

Hoe de kosten voor uw behandeling worden vergoed kan ingewikkeld zijn. Hieronder vindt u een zo kort mogelijke uitleg. Stelt u vooral al uw vragen hierover aan uw behandelaar.

Als u wordt behandeld door een psycholoog met een overheidserkenning (BIG) wordt uw behandeling **vergoed** binnen uw basispakket ziektekostenverzekering. Deze psycholoog is dan uw **regiebehandelaar**. Uw regiebehandelaar kan soms de behandeling of een deel daarvan overlaten aan een gekwalificeerde **medebehandelaar** (bijvoorbeeld een andere psycholoog, of een verpleegkundige). Dat wordt dan ook vergoed binnen die vergoedingsregeling.

U moet worden **verwezen door uw huisarts of bedrijfsarts** om voor vergoeding in aanmerking te komen. Afhankelijk van wat er op uw verwijzingⁱ staat, komt u voor een bepaalde vergoedingsregeling in aanmerking. Uw huisarts of bedrijfsarts stelt dus de indicatie. Op de verwijzing staat:

1. verwijzing voor de Basis-GGZ (B-GGZ), of
2. verwijzing voor de Gespecialiseerde GGZ (afgekort G-GGZ, of S-GGZ).

Bij een verwijzing B-GGZ.

Bij een basis-ggz verwijzing bepaalt uw behandelaar aan de hand van uw diagnostiek hoeveel tijd er voor de behandeling nodig lijkt. Bij een **indicatie Kort** wordt een behandeling van rond 300 minuten vergoed; bij een indicatie **Middel**, rond maximaal 500 minuten; en bij een indicatie **Intensief**, rond maximaal 750 minuten.

Bij een verwijzing G-GGZ.

Uw problematiek is dan meer ingewikkeld en uw regiebehandelaar is psychotherapeut, klinisch psycholoog, of psychiater. Er is dan voor de verzekeringsvergoeding geen beperking in de hoeveelheid tijd of het aantal gesprekken die voor de behandeling nodig zijn.

Wanneer u zich aanmeldt wordt eerst onderzoek gedaan, er wordt een diagnose gesteld en er wordt een behandelingsvoorstel gedaan. Als u het daar met de behandelaar over eens bent, wordt een behandeling gestart die na korte of langere tijd wordt afgerond. Uw behandelaar noteert de onderzoeks- en behandelingsduur en al zijn/haar (directe en indirecte) activiteiten daarbij in minuten in uw dossieradministratie. Dat kunnen gesprekken zijn, een psychologische test, een mailwisseling, het schrijven van een brief, enz. Als uw behandeling klaar is, sluit uw behandelaar uw dossier af. **Basis-GGZ.** Vervolgens wordt bij een behandeling B-GGZ met de verzekeraar een tevoren bekend vast tarief afgerekend.

Gespecialiseerde GGZ. Bij een behandeling in de G-GGZ worden aan het eind de bestede minuten opgeteld, en wordt aan de hand van dat totaal een kostenprijs berekend (**zogenoemde DBC**). Hierna wordt deze DBC-behandeling afgesloten. Tenminste na een jaar wordt een DBC afgesloten, verrekend en zo nodig doorgestart in een vervolg-dbc.

De rekening naar de verzekeraar is natuurlijk niet anoniem. Naast uw persoonsgegevens wil de verzekeraar weten om welke hoofdgroep van diagnoses het gaat, zoals bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis e.d. Als u toch een anonieme nota wilt, neem dan contact op met uw behandelaar.

Uw behandelaar rekent meestal rechtstreeks af met uw verzekeraar. Als uw behandelaar echter geen contract heeft afgesloten met uw verzekeraar, wordt met u afgerekend en dient u de rekening in bij de verzekeraar. Zie hieronder daarvan uitleg.

Formele cijfermatige gegevens, zoals het aantal minuten behandelingsduur, uit de administratie (en dus niet de inhoudelijke) worden volledig geanonimiseerd naar het landelijk DBC Informatie Systeem (DIS) gestuurd voor beleidsdoeleinden.

Let op: u betaalt een **eigen risico** per kalenderjaar voor alle zorgkosten die vanuit het basispakket worden vergoed (afhankelijk van de afspraak die u heeft gemaakt met uw verzekeraar dit jaar minimaal €385 voor iedereen van 18 jaar of ouder).

Soort polis

Wat er met de rekening gebeurt, hangt af van twee factoren: wat voor soort polis u heeft én of uw behandelaar een contract heeft met uw zorgverzekeraar.

Er zijn twee soorten polissen: de naturapolis en de restitutiepolis.

► **Bij een naturapolis** vergoedt de verzekeraar de kosten van de behandeling rechtstreeks en volledig aan uw behandelaar, mits uw behandelaar een contract heeft. Er geldt dan 100% vergoeding.

Is dat laatste niet het geval dan wordt uw behandeling toch vergoed, maar dan krijgt u zelf de rekening. Deze rekening kunt u dan indienen bij uw verzekering en u krijgt dan 60 tot 80% van het (gemiddelde) tarief vergoed.

► **Bij een restitutiepolis** krijgt u meestal 90 - 100% van de behandelingskosten vergoed, ook als u behandelaar geen contract heeft met de verzekeraar. 100% vergoeding bij wel contract, en dan gaat de rekening rechtstreeks naar de verzekeraar.

Contracten met verzekeraars binnen Centrum Hart&Ziel.

Wij zijn allen zelfstandige en vrijgevestigde behandelaren die onder de koepel Centrum Hart&Ziel met elkaar samenwerken. Ieder van ons kan dus andere afspraken met verzekeraars hebben.

Hieronder daarvan de gegevens:

Meinard Stavenuiter, psychotherapeut - klinisch psycholoog, regiebehandelaar BG-GGZ en G-GGZ, contracten met alle verzekeraars *behalve* met Menzis, Anderzorg, Azivo en Hema.

Kees Jan Bolier, gezondheidszorgpsycholoog, regiebehandelaar BG-GGZ, contracten met alle verzekeraars.

Heleen Woelinga, gezondheidszorgpsycholoog, regiebehandelaar BG-GGZ en medebehandelaar G-GGZ, contracten met alle zorgverzekeraars, contracten met alle zorgverzekeraars, *behalve* met Menzis (Anderzorg, Hema, Menzis en PMA) en IptiQ (Besured, National Academic en Promovendum).

Cees Volkers, soms medebehandelaar naast een regiebehandelaar BG-GGZ en G-GGZ, als SPV (sociaal psychiatrisch verpleegkundige), geen zelfstandige contracten met verzekeraars.

Matt Tyssen, soms medebehandelaar naast een regiebehandelaar BG-GGZ en G-GGZ, als HBO-verpleegkundige, geen zelfstandige contracten met verzekeraars.

Freek Kalsbeek, gezondheidszorgpsycholoog-psychotherapeut, regiebehandelaar G-GGZ, geen contracten met verzekeraars.

Anous Klein Schiphorst, klinisch psycholoog - psychotherapeut, regiebehandelaar G-GGZ, contracten met VRZ, DSW en Zilveren kruis Achmea; met de andere verzekeraars geen contracten.

Johan de Ruiter, psycholoog NIP, soms medebehandelaar naast een regiebehandelaar BG-GGZ en G-GGZ.

Uitzonderingen 1.

Alsof het nog niet ingewikkeld genoeg was, hebben sommige verzekeraars zogenoemde **budgetpolissen** op de markt gebracht. Die polissen zijn goedkoper, maar daar staat tegenover dat soms uw behandeling niet wordt vergoed. **Als u zo'n budgetpolis heeft, laat dat dan uw behandelaar weten, zodat vooraf bekend is of er al dan niet een vergoeding mogelijk is.**

Ons bekende budgetpolissen zijn:

- VGZ Goede Keuze (*natura selectief*)
- Bewuzt Basis (*natura selectief*)
- Univé Zorg Select polis (*natura selectief*)
- IZA GezondSamenPolis Natura (*natura selectief*)
- Cares Natura Selectief (*Besured*) Basisverzekering

- Univé Zorg Geregeld polis (natura)
- Gewoon ZEKUR Zorg (natura selectief)
- De Goudse Zorg Polis Natura.

Deze polissen kunnen tot gevolg hebben dat behandeling van een angststoornis, een depressieve stoornis of een zogenoemde somatoforme stoornis niet wordt vergoed!

*Verder biedt **De Friesland** een zogenoemde '**Zelfbewust polis**' aan. Cliënten met zo'n polis worden beperkt in het aantal zorgaanbieders waar uit zij kunnen kiezen en er is een beperking in het aantal vormen van zorg: onder andere behandeling van eetstoornissen kan dan uitgesloten zijn.*

Uitzonderingen 2.

Vanwege uw behandeling wordt een diagnose gesteld, soms zelfs meerdere. Als er meerdere diagnoses worden gesteld, is één daarvan is de 'hoofddiagnose'. De verzekeraar wil dat er een diagnose is gesteld, zonder diagnose geen vergoede behandeling.

Echter, sommige diagnoses worden niet meer tot vergoede zorg gerekend, zoals bijvoorbeeld de diagnose 'relatieprobleem', en 'aanpassingsstoornis'.

Uw behandelaar weet welke diagnoses niet tot de verzekerde zorg behoren en zal u daarover informeren.

In geval van relatieproblemen wordt de behandeling dus veelal niet vergoed. Als er echter sprake is van meerdere diagnoses, dan kan behandeling van relatieproblematiek soms wel vergoed worden. Als voorbeeld kan 'relatieprobleem' samenhangen met een 'depressieve stoornis' als die laatste de hoofddiagnose is.

Vergoedingen van mindfulnesstraining door zorgverzekeraars.

Vanaf 2018 vergoeden zorgverzekeraars mindfulnesstraining aan Hart&Ziel als dat een (kleiner) onderdeel is van een behandeling die u al volgt. Deze regeling is voor de volgende verzekeraars van toepassing (niet voor andere):

Zorgverzekeraar Verzekering UZOVI-code:
 NV Univé Zorg Merk Univé 0101
 Merk Stichting Ziektekostenverzekering
 Krijgsmacht (SZVK)

Merk ZEKUR 0101
 Merk Zorgzaam Verzekerd 0101
 VGZ Zorgverzekeraar NV Merk VGZ 7095
 Merk Bewuzt 7095
 Merk MVJP 7095
 Volmacht Aevitae 8956
 VGZ voor de Zorg N.V. Merk IZZ 9015
 IZA Zorgverzekeraar NV Merk IZA 3334
 NV Zorgverzekeraar UMC Merk UMC 0736
 NV VGZ Cares Volmacht Aevitae (NV VGZ
 Cares) 3330
 Volmacht Caresco (NV VGZ Cares) 8995

Achema Zilveren Kruis verzekeraars

DSW

Caresq, National Academic, Promovendum

Uw behandeling wordt niet vergoed, hoe verder?

U moet over al dan niet vergoeding in het begin van de behandeling zekerheid hebben! Dat in overleg met uw behandelaar.

Met een verwijzing van de huisarts wordt tenminste de intake (deels) vergoed.

Het komt regelmatig voor dat mensen in behandeling komen en zelf betalen. U krijgt dan van ons de rekening eens per maand toegestuurd. Regelmatig zien wij dat mensen dan toch vergoeding op een andere manier krijgen. Onderzoekt u vooral of dat ook tot uw mogelijkheden behoort. Wij kennen de volgende manieren:

- in uw pakket *aanvullende verzekeringen* is soms een extra voorziening psychologische zorg of relatietherapie of mindfulnesstraining opgenomen: overleg dat met uw verzekeraar.
- bij een uitkering of ziekte: de gemeentelijke *bijstand* en het *UWV* betalen heel soms (delen van uw) behandeling en vaker onze mindfulnesstraining
- *werkgevers* zijn soms bereid om een niet-verzekerde behandeling te financieren, en ook onze mindfulnesstraining wordt soms zo vergoed.

ⁱ Een verwijzing moet tenminste voorzien zijn van de volgende gegevens: *een datum van vóór de aanvang van de behandeling, naw-gegevens van cliënt en verwijzer, AGB-code verwijzer, een expliciete uitspraak over een vermoeden van een zogenoemde DSM-diagnose, een expliciete keuze van de verwijzer voor basis-GGZ(BGGZ) of gespecialiseerde GGZ (G-GGZ).*