

Tarieven en informatie bij psychische problemen 2019

Zelf betalen zonder tussenkomst van verwijzer of verzekeraar

Wilt u geen beroep doen op uw huisarts voor een verwijzing maar wel een *psychologische behandeling*, dan wordt de factuur niet vergoed door de zorgverzekeraar. Wij factureren € 114,- per gespreksuur. Meestal is de duur van een afspraak 1 uur, maar U kunt in overleg per keer bepalen hoeveel gesprekstijd gewenst is. Op de factuur staat dan: OnVerzekerd Product (OVP).

Wilt u gesprekken, maar vallen deze niet onder de *door de minister aangemerkte psychologische behandelingen* dan wordt dat gezien als *coaching*. Kosten € 114,- per gespreksuur. Tevens wordt dan BTW gerekend (21 %). U kunt in overleg per keer bepalen hoeveel gesprekstijd gewenst is.

Vergoeding via de verzekering

Eigen risico

Het wettelijk verplicht eigen risico in 2019 bedraagt € 385,-.

Basisverzekering

- Psychologische hulp wordt vergoed vanuit de basisverzekering, onder specifieke voorwaarden zoals geformuleerd voor de nieuwe Generalistische Basis GGZ (GBGGZ).
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen heeft u *altijd* een verwijzing nodig van de huisarts of van een andere behandelaar die de zorgverzekeraar daarvoor gemachtigd heeft (soms bv een medisch specialist of bedrijfsarts; dit kan per zorgverzekeraar verschillen).
- De behandeling wordt vergoed per 'prestatie' (zie hierna).
- De behandelaar stuurt *na afronding* van de behandeling de rekening. Dit betekent dat de *verrekening van het eigen risico* ook pas dan gedaan wordt.
- De 'prestaties' kennen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tarieven.

Soort polis en contracten

GBGGZ is verplichte zorg en dus vergoed vanuit de basisverzekering. Omdat ik geen contracten heb met de zorgverzekeraars wordt de behandeling bij een *naturapolis* vaak niet volledig vergoed (meestal tussen de 50 en 75 %). De vergoeding moet zo hoog zijn dat de kosten van de behandeling geen 'hinderpaal' mogen zijn bij de keus van de behandelaar. Bij een *restitutiepolis* wordt vaak meer of alles vergoed.

Aanvullende verzekering

Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de aanvullende pakketten een vergoeding opnemen voor consulten die niet in het basispakket vallen.

Het is raadzaam om voorafgaand aan de behandeling navraag te doen bij de zorgverzekeraar. In dat geval zijn mogelijk de volgende gegevens van belang:

Mevr. drs. E.A.M. Jacobs is Gezondheidszorgpsycholoog, pedagoog en seksuoloog NVVS.

BIG-registratienr: 89049164425

AGB-zorgverlenercode: 94004135

AGB-praktijkcode: 94001744

Ernst van de klachten bepaalt 'prestatie'

De huisarts en de psycholoog moeten een inschatting maken van de ernst van de klachten.

Dit wordt beoordeeld aan de hand de volgende vragen:

- Er moet sprake zijn van een diagnose die beschreven staat in de DSM-5 (een handboek voor professionele hulpverleners).
- Hoe *ernstig* zijn de klachten? Kunt u nog werken? Kunt u voor uzelf of anderen zorgen?
- *Risico*: Is er een kans dat u zichzelf of anderen iets aandoet? Of dat u erg in de war raakt?
- *Complexiteit*: Hebt u nog andere problemen? B.v. met geld, huisvesting of familie? Hebt u veel verschillende psychische en/of lichamelijke klachten?
- *Verloop* van de klachten: Bestaan de klachten al lang? Hebt u eerder psychische problemen gehad? Zijn de klachten verergerd?

Op basis van deze inschatting wordt met u afgesproken of u in aanmerking komt voor een van de volgende 'prestaties'. Hieraan is ook een bepaalde tijdseenheid gekoppeld en er zijn vastgestelde tarieven:

Kort (BK):	294 minuten	€ 507,62
Middel (BM):	495 minuten	€ 864,92
Intensief (BI):	750 minuten	€ 1356,25
Chronisch (BC):	753 minuten	€ 1251,70
Onvolledig Behandeltraject:	120 minuten	€ 207,14

Het aantal minuten bestaat zowel uit directe (bv *face to face* of e-mailcontact) als indirecte tijd (bv brief huisarts/overleg collega/verslaglegging/uitbestede diagnostiek/ROM).

De behandelaar geeft u een inschatting van de prestatie. Als deze inschatting gaandeweg de behandeling wijzigt (bv van BK naar BM), dan deelt de behandelaar u dat tevoren mee en u geeft aan of u daarmee akkoord gaat.

Als de behandelaar constateert dat u niet voldoet aan de criteria voor een van de 'prestaties', factureert de behandelaar het tarief voor Onvolledig Behandeltraject. De behandelaar moet u dan terugverwijzen naar de huisarts. Als u dat niet wilt, kunt u uiteraard vervolggconsulten krijgen; deze worden dan gefactureerd als OVP, en u kunt deze niet uit de basisverzekering declareren bij uw zorgverzekering (maar soms wel uit de aanvullende verzekering).

Zijn de klachten na behandeling in de GBGGZ niet of onvoldoende opgelost? Dan kan de huisarts doorverwijzen naar de gespecialiseerde-GGZ (SGGZ).

Verwijzing

De zorgverzekering stelt strikte voorwaarden aan de verwijzing. Niet alle huisartsen zijn daar voldoende op ingericht. Het is van belang dat u zorgt dat de volgende zaken op de verwijzing staan:

- NAW gegevens van de verwijzer en de agbcode van de verwijzer
- uw eigen NAW gegevens en uw geboortedatum
- de datum van verwijzing moet voor de datum van de eerste afspraak liggen
- uitspraak van een vermoeden van een DSM-diagnose
- klachtenbeeld, reden van verwijzing, relevante voorgeschiedenis
- verwijzing naar GBGGZ of SGGZ.

Niet verzekerde zorg

Er kunnen verschillende redenen zijn waardoor de behandeling niet vergoed wordt door de zorgverzekering:

- Als u geen verwijzing heeft van de huisarts, wordt zeker niet vergoed.
- Het kan zijn dat de huisarts de klachten niet ernstig genoeg inschat, of geen aandoening volgens de DSM vermoedt en daarom geen verwijzing geeft.
- Het kan zijn dat de klachten wel in de DSM voorkomen maar toch niet onder de definitie van verzekerde zorg vallen. Hiervoor kunt u uw zorgverzekering raadplegen.

Facturatie

Voor OVP en coaching geldt dat u een factuur aan het einde van de maand via email toegestuurd krijgt van de administratie van CenSeRe: administratiecensere@ziggo.nl (Gidia Jacobs) en mramakers@censere.nl (Marjo Ramakers). Voor de GBGGZ krijgt u de factuur bij afsluiting van het traject via Famed toegestuurd, voor het totaalbedrag van de met u overeengekomen 'prestatie' (TP, BK, BM, BI, zie hierboven), www.famed.nl.

Afspraak afzeggen

Als de afspraak niet door kan gaan, wilt u dat dan minstens 2 werkdagen tevoren aan ons laten weten, zodat wij deze tijd voor iemand anders kunnen benutten. Als de afspraak niet 2 werkdagen tevoren is afgebeeld, brengen wij de kosten daarvan bij uzelf in rekening onder vermelding van 'OVP/niet nagekomen afspraak', kosten: € 85,-.

No Show

Als u een afspraak niet nakomt zonder dat u zich heeft afgemeld heet dat *no show*. In dat geval sturen wij u een email met de vraag of u prijs stelt op een vervolgaafspraak. Als u binnen 2 weken reageert kan de behandeling vervolgd worden. Als u niet binnen 2 weken reageert wordt de behandeling afgerond en gedeclareerd volgens de vooraf afgesproken 'prestatie'. De niet

nagekomen afspraak wordt bij uzelf in rekening gebracht o.v.v. 'OVP/niet nagekomen afspraak', kosten: € 85,-.

Privacy

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en mogen alleen met anderen worden besproken wanneer u daar toestemming voor geeft. Als u declareert bij uw zorgverzekeraar, krijgt die wel inzage in de 'prestatie' maar niet in de diagnose of inhoud van de behandeling. Wel heeft de zorgverzekeraar recht om de behandelaar te controleren. Als de zorgverzekeraar dat via uw dossier wil doen, moet u daar vooraf schriftelijke toestemming voor geven. Voorts treft u de AVG verklaring op de website.

De behandelaars zijn in geval van verzekerde zorg verplicht bepaalde gegevens (o.a. diagnose) aan te leveren aan het DBC Informatie Systeem (DIS). Deze gegevens zouden niet te herleiden zijn tot individuele personen en wordt via beveiligde routes overgedragen. De gegevens in dit systeem mogen ingezien worden door [het ministerie van VWS](#), [de NZa](#), het [CvZ](#), het [CBS](#) en [DBC-Onderhoud](#). Deze organisaties gebruiken de data voor de uitvoering van hun wettelijke taken. Er is bezwaar gekomen tegen deze aanlevering ivm de privacygevoeligheid. Als u niet wilt dat uw gegevens aan het DIS worden aangeleverd, kunt u hier bezwaar tegen maken via het invullen van het [privacyformulier](#) op de website. De gegevens hoeven niet aan het DIS aangeleverd te worden in geval van OVP.

Daarnaast moet in geval van verzekerde zorg informatie over het verloop van de behandeling (ROM) aangeleverd worden aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Deze informatie wordt gebruikt om behandelaars informatie te geven over hun prestaties in vergelijking met die van anderen. Tijdens het consult vragen we u of u daarmee accoord gaat of niet.

Wachttijden?

Als er een wachttijd is, vermelden we dat op onze website bij de FAQ's. De minister verplicht ons om ook de volgende tekst op te nemen in onze informatiefolders wanneer het gaat over door de zorgverzekering vergoede zorg: 'Wanneer u de wachttijd te lang vindt, kunt u altijd contact opnemen met de zorgaanbieder, of uw zorgverzekeraar vragen om wachtlijstbemiddeling. Uw zorgverzekeraar kan u ondersteunen, zodat u binnen 4 weken vanaf uw eerste contact met een zorgaanbieder een intake gesprek krijgt, en dat binnen 10 weken vanaf de intake, de behandeling is gestart. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk zijn overeengekomen (de treeknormen)'.

Vragen?

Heeft u nog vragen of opmerkingen naar aanleiding van bovenstaande? Wij gaan er graag op in.

Afkortingen

BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg: www.bigregister.nl

CvZ: College voor zorgverzekeringen: www.cvz.nl

CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek: www.cbs.nl

DIS: DBC Informatie Systeem: www.dbcinformatiesysteem.nl

DBC onderhoud: Diagnose Behandel Combinatie Onderhoud: www.dbconderhoud.nl

NZa: Nederlandse Zorgautoriteit: www.nza.nl

ROM: Resource Outcome Monitoring

[SBG: Stichting Benchmark GGZ: www.sbggz.nl](#)

VWS: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws