



Cliënten informatie 2016

Vergoeding psychologische hulp

Met ingang van 2014 zijn de wettelijke regels voor vergoeding van psychologische hulp gewijzigd. Hieronder vindt u een overzicht van deze regels, welke ook in 2016 gelden. Deze gelden voor alle psychologen en psychotherapeuten die werkzaam zijn in de Basis GGZ. Wij raden u aan deze regels goed door te lezen. Dan komt u niet voor onverwachte verrassingen te staan. Deze brochure geldt voor de zogenaamde Basis GGZ.

Wanneer wordt psychologische hulp vergoed?

In het basispakket wordt psychologische hulp alleen vergoed als voldaan is aan een aantal voorwaarden:

1. Verwijzing door de huisarts

U moet een verwijzing hebben van de huisarts. Deze verwijzing moet afgegeven zijn voordat de behandeling start. Verder moet de verwijzing aan een aantal regels voldoen. Uw psycholoog controleert dit van te voren.

Soms mag de verwijzing ook plaatsvinden door een andere arts, bijv. een bedrijfsarts. Dit hangt af van uw verzekering. Raadpleeg hiervoor uw verzekeringspolis.

2. Psychische stoornis

De huisarts mag alleen verwijzen als er sprake is van een vermoeden van een psychische stoornis. De psycholoog gaat na of er inderdaad gesproken kan worden van een stoornis. Zo ja, dan heeft u recht op vergoeding. Zo nee, dan wordt u terugverwezen naar de huisarts.

Als er geen sprake is van een psychische stoornis, wordt alleen de beoordeling door de psycholoog vergoed. Het maximumtarief hiervoor bedraagt € 186,71.

3. Uitgesloten stoornissen

De behandeling van sommige stoornissen wordt niet meer vergoed uit het basispakket. Dit geldt onder andere voor **aanpassingsstoornissen en relatieproblematiek**. Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden ook aanpassingsstoornissen en relatieproblematiek. Raadpleeg hiervoor uw verzekeringspolis.

Alle andere diagnoses die op grond van de Zorgverzekeringswet niet tot het basispakket behoren, worden onder code 198300 (OVP/consult) niet basispakketzorg, berekend. Het tarief voor deze zorg bedraagt 85 euro en wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar!

Hoe wordt psychologische hulp vergoed?

Psychologische pakketten

De overheid heeft eisen gesteld aan de manier waarop psychologische hulp moet worden aangeboden en aan de maximumvergoeding hiervoor.

Er zijn vier 'pakketten' geformuleerd van psychologische hulp:

Prestatie	Maximumtarief	Gemiddeld aantal gesprekken	Code
Kort (BK)	€ 457,43	2-5	180001
Middel (BM)	€ 779,40	5-8	180002
Intensief (BI)	€ 1.222,15	8-13	180003
Onvolledig behandeltraject	€ 186,71	1-2	180005

Voor wat betreft de zorg die niet tot het Basispakket op grond van de Zorgverzekeringswet behoort kunnen de volgende prestaties met maximaal de bijhorende bedragen in rekening worden gebracht:

Prestatie	Maximumtarief	Code
OVP niet-basispakketzorg Consult	€ 95,89	198300

Coach & Psycholoog hanteert een maximumtarief van € 85,00

N.B. Het genoemde aantal consulten is alleen een indicatie. Het is aan de psycholoog om te bepalen hoe hij of zij een behandeling inricht. Hij kan u daarover informeren.

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

De behandelaar geeft u een inschatting van de prestatie. Als deze inschatting gaandeweg de behandeling wijzigt (b.v. van BK naar BM), dan deelt de behandelaar u dat tevoren mee.

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 verhalen op uw zorgverzekering. De kosten per consult van 45 minuten is € 85,00.

Zijn de klachten na behandeling niet of onvoldoende opgelost? Dan kan de huisarts doorverwijzen naar de Specialistische GGZ.

Hoe wordt bepaald welke hulp ik krijg?

Op basis van de aard en de ernst van de klachten bepaalt de psycholoog

- of u voor een behandeling in de Basis GGZ in aanmerking komt;
- welke behandelpakket past bij uw klachten.

De psycholoog bespreekt dit in het eerste of tweede contact met u. Hij geeft aan welk 'pakket' hij u aan kan bieden. Als u niet in aanmerking komt voor een van de pakketten, kunt u kiezen voor een behandeling op eigen kosten. Anders wordt u terugverwezen naar de huisarts.



Stoppen van de behandeling

Als u tussentijds besluit te stoppen met de behandeling, kan uw psycholoog de volledige kosten van de afgesproken behandeling in rekening brengen. Vergelijk het met een cursus die u volgt of een vakantie die u heeft geboekt. U betaalt voor wat er afgesproken is, ook als u besluit om tussentijds te stoppen.

Afgezegde afspraken

Als de afspraak niet door kan gaan, dient u minstens 48 uur van te voren af te zeggen (dit kan telefonisch of per e-mail), zodat deze tijd voor iemand anders benut kan worden. Bij te late afzegging wordt een consult in rekening gebracht onder vermelding van 'OVP/niet nagekomen afspraak', kosten: € 40,00. Dit wordt niet vergoed door de verzekering.

No Show

Als u een afspraak niet nakomt zonder dat u zich heeft afgemeld heet dat 'no show'. In dat geval krijgt u een e-mail met de vraag of u een vervolgspraak op prijs stelt. Indien u binnen twee weken reageert kan de behandeling worden vervolgd. Indien u niet binnen twee weken reageert wordt de behandeling afgerond en gedeclareerd volgens de vooraf afgesproken 'prestatie'. De niet nagekomen afspraak wordt bij uzelf in rekening gebracht onder vermelding van 'OVP/niet nagekomen afspraak', kosten: € 40,00. Dit wordt niet vergoed door de verzekering.

Hoe hoog is de vergoeding?

Eigen risico

Psychologische hulp valt onder het eigen risico van de zorgverzekering. Het wettelijk verplicht eigen risico is in 2016 € 385 per jaar. Als u een verzekering heeft afgesloten met een extra eigen risico, geldt dit hogere bedrag.

Het eigen risico betekent dat u de eerste € 385 aan zorgkosten in een jaar zelf moet betalen (of meer, als u een extra eigen risico heeft). Als u dus nog geen andere zorgkosten heeft gemaakt, moet u de eerste € 385 van uw psychologische hulp zelf betalen.

Contract of niet

- Als Coach & Psycholoog een contract heeft met uw zorgverzekeraar, wordt de hulp voor 100% vergoed (behalve het eigen risico). Coach & Psycholoog declareert rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar. U kunt van uw zorgverzekeraar wel een nota krijgen voor het eigen risico. **Let op:** met de volgende budgetpolissen kunt u niet bij Coach & Psycholoog terecht: *Bewuzt Basis*, *IZA Gezond Samen Polis Natura*, *Cares Natura Selectief*. De zorgverzekeraar heeft voor deze polissen ingekocht bij enkele organisaties in Nederland.
- Als Coach & Psycholoog geen contract heeft, kan het zijn dat de hulp niet volledig wordt vergoed. Dit hangt af van uw verzekeraar en uw polis. Als u een zogenaamde naturapolis heeft, moet u in de regel een deel zelf betalen (meestal tussen 25% en 40%, raadpleeg uw polis). Als een zogenaamde restitutiepolis heeft, vergoedt de verzekeraar wel de volledige kosten. Voor een overzicht kunt u naar de website www.contractvrijpsycholoog.nl.

Als uw psycholoog geen contract heeft met uw zorgverzekeraar, ontvangt u zelf de rekening voor de behandeling. U moet deze zelf betalen aan de zorgverlener, en kunt de factuur vervolgens indienen bij uw zorgverzekeraar.



Let op: u bent zelf verantwoordelijk voor tijdige betaling. Dit staat los van terugbetaling door de zorgverzekeraar. U moet de kosten dus zelf 'voorschieten'.

Coach & Psycholoog werkt met maandelijkse facturen die u als cliënt binnen 14 dagen zelf betalen moet of u nu wel of niet gaat declareren.

Bij de telefonische aanmelding kan worden aangegeven of Coach & Psycholoog een contract heeft met uw zorgverzekeraar.

Vergoedingen via natura restitutie te vinden op:

<http://contractvrijpsycholoog.nl/wp-content/uploads/2013/12/Zorgverzekeraars-Vergoedingoverzicht-GGZ-2014-Contractvrij.pdf>

Mocht u niets te maken willen hebben met de voorwaarden en de vereiste verwijzing van de huisarts en/of een DSM classificatie ongepast of ongewenst vinden, maar wilt u gewoon geholpen worden met uw psychische probleem of vraag dan tekent u voor 'zelf betalen zonder te declareren' en krijgt u elke maand een factuur met losse consulten er op, genaamd 'onverzekerd product' of GZ-psychologische behandeling.

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.

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 (hiervoor dient u een privacy verklaring mee op te sturen met de eindfactuur). Wel heeft de zorgverzekeraar het recht om de behandelaar te controleren. Als de zorgverzekeraar dat via uw dossier wil doen, moet u daar vooraf schriftelijke toestemming voor geven.