

Vergoedingen

Vergoeding via de basisverzekering voor volwassenen (18+)

In 2023 werkt de GGZ op basis van het Zorgprestatiemodel. Een gevolg voor cliënten is dat zij per kalenderjaar eigen risico gaan betalen, te weten 385 euro. Dus start uw behandeling in 2023 en loopt deze door in 2024? Dan betaalt u 2x eigen risico, tenzij het eigen risico in 2023 al voor iets anders is betaald.

Verbind in context is vanaf 01 januari 2023 gecontracteerd met alle zorgverzekeraars behalve ONVZ. De psychologische zorg in deze praktijk valt onder de Basis Generalistische Geestelijke Gezondheidszorg en wordt vergoed uit de basisverzekering. Een voorwaarde voor de vergoeding is een verwijsbriefje van de huisarts.

De psycholoog factureert op basis van tarieven die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) heeft vastgesteld. Een contact of sessie is daarbij een zorgprestatie. Dit kan zijn een face-to-face contact, maar ook telefonisch, 'screen-to-screen' of 'bit-to-bit', zolang het over de inhoud van je behandeling gaat. Zijn er op 1 dag meerdere contactmomenten? Bijvoorbeeld 1 face-to-face sessie en daarna meerdere beveiligde chats of e-mails over de behandeling? Dan worden deze verschillende contactmomenten in duur bij elkaar opgeteld en gefactureerd als 1 prestatie. Ook is er onderscheid tussen diagnostiek, bijvoorbeeld de intake, en behandeling, bijvoorbeeld EMDR of cognitieve therapie. De prestaties worden ingedeeld in duur. Hierbij geldt de spelregel 'Planning = realisatie'. Dat betekent dat als er 60 minuten voor jou gepland staan, deze gedeclareerd worden. Dus ook als je 5 minuten eerder klaar bent, of 5 minuten later. Wordt er meer dan 15 minuten afgeweken van de geplande duur? Dan wordt het tarief daarmee verlaagd c.q. verhoogd.

Wanneer u, na een eventuele (telefonische) kennismaking besluit in zorg te komen, zal een dossier geopend worden en zullen alle gemaakte minuten gedeclareerd worden.

De onder vermelde tarieven zijn de maximumtarieven van de NZA, de psycholoog krijgt hiervan een lager percentage variërend van 80-95%, afhankelijk van het specifieke contract. Wil jij jouw exacte kosten vooraf weten, neem dan contact op met je zorgverzekeraar.

Ik adviseer u ten alle tijden dringend aan eerst contact op te nemen met uw zorgverzekering om er zeker van te zijn of uw behandeling bij Verbind in Context B.V. wordt vergoed.

Niet alles is verzekerde zorg

Niet alle problemen worden vergoed door de zorgverzekeraars. Wanneer niet voldaan wordt aan de criteria van een DSM diagnose of wanneer je last hebt van één van de volgende problemen: aanpassingsstoornissen zoals levensfaseproblemen of rouwverwerking, werk- en relatieproblemen, burn-out, identiteitsproblemen, dan kom je niet in aanmerking voor een vergoeding van de zorg. Je hebt dan geen verwijzing van de huisarts nodig. De behandeling zal je dan zelf moeten betalen. Zo'n gesprek wordt dan bij jou persoonlijk in rekening gebracht onder de code: Overig Product en kost 117,33 euro. Deze rekening kan je niet indienen bij je zorgverzekeraar.

Kind en jeugd 0-18 jaar

Vergoeding behandeling kind en jeugd

Zorg voor jongeren onder de 18 wordt sinds 2015 vergoed door de gemeente.

Ik heb geen contracten afgesloten met de gemeente. Indien u een behandeling wenst te starten voor uw kind, onder de 18 jaar, zult u de behandeling zelf moeten betalen. Voor meer informatie verwijst ik u naar de tarieven onverzekerde zorg. Indien u een vergoede behandeling wenst, adviseer ik u

contact op te nemen met het wijkteam voor jeugd, zij kunnen u verwijzen naar een instantie die een contract heeft afgesloten met de gemeente.

Eigen Risico:

Let op: de GGZ valt onder de basisverzekering, maar wordt elk kalender jaar eerst verrekend met je eigen risico (eigen risico 2023: € 385). Het aantal gesprekken dat wordt vergoed is afhankelijk van je klachten en de DSM diagnose en de hierbij passende Generalistische Basis GGZ pakket.

Geen gebruik maken van verzekerde zorg?

Wanneer je geen gebruik wilt maken van verzekerde zorg, bijvoorbeeld vanwege privacy of het willen vermijden van een psychiatrische diagnose, kun je ervoor kiezen om de behandeling zelf te betalen.

Belangrijkste voorwaarden voor vergoeding

Om in aanmerking te komen voor vergoeding moet worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Je hebt een verwijzing van je huisarts waarin specifiek wordt verwezen naar generalistische basis GGZ.
- de datum op de verwijsbrief moet vóór je eerste sessie liggen.
- in de verwijsbrief moet een vermoeden staan van een DSM-diagnose.
- Tevens moet de AGB code van huisarts op de verwijsbrief staan, een handtekening van de huisarts en jou eigen gegevens inclusief BSN nummer.

Het aantal gesprekken dat binnen de generalistische basis GGZ wordt vergoed is afhankelijk van je klachten en de DSM-diagnose. Na de intake, stel ik, in overleg, de definitieve DSM-diagnose en wordt er een passend zorgzwaartepakket (behandeltraject) gekozen. Binnen het zorgprestatie model wordt er per consult gedeclareerd. Per zorgverzekeraar kunnen er individuele afspraken zijn gemaakt rondom de limit van het aantal te vergoede sessies. Voor meer informatie kunt u hiervoor contact opnemen met uw eigen zorgverzekeraar.

Stoppen van de behandeling

Als je tussentijds besluit te stoppen met de behandeling, worden enkel de kosten van de contactmomenten die hebben plaatsgevonden gedeclareerd.

De factuur voor onverzekerde behandelingen, coaching en systeemtherapie verstuur ik per mail/whatsapp vooraf aan de sessie. De betaling dient binnen twee weken te worden voldaan, ten laatste 24u voor de sessie is gepland.

Betalingsvoorwaarden Onverzekerde zorg

In / na het eerste gesprek vraag ik je een behandelingsovereenkomst (behandelplan) te ondertekenen, waarin ook de betalingsvoorwaarden zijn opgenomen.

De factuur wordt aan jou als cliënt of aan je vertegenwoordigers gericht. Facturen voor behandelingen verstuur ik per mail/whatsapp na de sessie. Tenzij anders overeengekomen bedraagt de betalingstermijn 14 dagen na factuurdatum. Betaling kan via een bankoverschrijving.

De betalingsplicht ligt bij jou als cliënt of bij jullie als ouders van het kind/de jongere.

De factuur kun je indienen bij de zorgverzekeraar. De praktijk is niet verantwoordelijk voor de beslissing van de zorgverzekeraar over het wel of niet vergoeden van de factuur. De betalingsplicht staat los van eventuele vergoedingen door de verzekeraar.

Na het verstrijken van de betalingstermijn volgt een betalingsherinnering. Indien deze niet binnen 14 dagen wordt betaald, zal een incassobureau ingeschakeld worden. De kosten die hieruit voortvloeien zijn voor jouw rekening.