Kosten van een behandeling en de vergoeding:

De regels die voor het declareren van een GGZ-behandeling gelden, zijn strikt en soms zeer verschillend. Zo kunnen vergoedingen nogal sterk wisselen afhankelijk van de zorgverzekeraar en de polisvoorwaarden.
Hierbij wil ik u uitgebreid informeren over de kosten en mogelijke vergoedingen van de behandelingen in BGGZ & SGGZ in mijn praktijk, zodat u van tevoren goed op de hoogte bent van de vergoedingen en de mogelijke verschillen hierin. Controleer altijd goed bij uw eigen verzekeraar wat de polis die u heeft voor u betekent, voordat u met de behandeling start!

Kosten van de behandeling
Ik hanteer voor zowel de BGGZ als de SGGZ de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarieven. Zie voor de actuele Nza-tarieven mijn website of de website van de Nza.

BGGZ
De Basis Geestelijke GezondheidsZorg (BGGZ) is bedoeld voor mensen met enkelvoudige of lichte klachten en de behandeling is kortdurend.
De tarieven voor behandeling zijn opgedeeld in zogenoemde prestaties; zie hieronder.

Prestatie	Tijd besteed aan behandeling	Tarief per prestatie (2019)
Kort	Max 294 minuten (max 4 sessies)	507,62
Middel	Max 495 minuten (max 6-8 sessies)	864,92
Intensief	Max 750 minuten (max 10-12 sessies)	1356,25
Onvolledig behandeltraject	Alleen intake	207,19

SGGZ
De specialistische Geestelijke GezondheidsZorg (SGGZ) is bedoeld voor mensen met klachten die ernstiger en/of complexer zijn. De behandeling vergt over het algemeen meer tijd.
De tarieven voor behandeling zijn opgedeeld in zogenoemde DBC's (Diagnose Behandel Combinatie). Deze tarieven verschillen per diagnose en per behandelduur.
Onderstaand is een globale weergave (voor de exacte DBC-tarieven zie de SGGZ lijst op mijn website).

DBC	Tijd besteed aan behandeling	***Globaal*** Tarief per DBC
Diagnose x 250-799 minuten	Max 799 minuten (max 10-12 sessies)	Ongeveer 1400,-
Diagnose x 800-1799	Max 1799 minuten (max 24-28 sessies)	Ongeveer 2800,-
Diagnose x 1800-2999	Max 2999 minuten (max 44-48 sessies)	Ongeveer 5000,-
Diagnose x3000-5999	Max 5999 minuten (max 90-95 sessies)	Ongeveer 8700,-

De tijd die een behandelaar besteed heeft aan de behandeling bepaalt, samen met de diagnose, de uiteindelijke DBC (en dus de kosten van de behandeling). Alle tijd die een behandelaar besteedt voor de behandeling van een patiënt valt onder de DBC. Te denken valt dan natuurlijk aan het directe therapiecontact met de patiënt in een therapiesessie, maar ook de voorbereidingstijd voor sessies, de verslaglegging, brieven naar bijvoorbeeld de huisarts, maar ook mail- en telefonische contacten en bijvoorbeeld overleg van de therapeut met bijvoorbeeld huisarts of andere behandelaren. Hierdoor zal het aantal sessies vaak minder zijn dan het maximale aantal sessies in bovenstaande tabel.
Een DBC loopt een jaar (365 dagen). Na 365 dagen (of eerder als de behandeling is afgerond) word de DBC gesloten en kan de DBC-factuur aan de zorgverzekeraar worden opgestuurd.

Facturen
Aan het einde van de behandeling kan en mag pas een DBC-factuur verstuurd worden. Dit is het totale bedrag voor de gehele behandeling/behandeljaar.
Ik werk met voorschot-facturen per maand oa. zodat u niet aan het einde van de behandeling ineens een groot bedrag als eigen bijdrage hoeft te betalen. Deze voorschotfacturen kunt u niet opsturen aan uw zorgverzekeraar. Als de DBC wordt gesloten krijgt u een DBC-factuur die u kunt opsturen naar uw zorgverzekeraar; op basis hiervan ontvangt u een vergoeding volgens uw polisvoorwaarden.
U kunt de DBC-factuur die u aan het einde van de behandeling/behandeljaar krijgt naar uw zorgverzekeraar sturen voor vergoeding aan u. En u krijgt aan het einde van de behandeling/behandeljaar van mij een eindfactuur; dat is het

DBCbedrag minus alle betaalde voorschotten. Deze factuur dient u zelf aan mij te betalen. De zorgverzekeraar betaalt aan u, aan de hand van de DBC-factuur, de vergoeding waar u recht op heeft terug. De zorgverzekeraar betaalt dus niet aan mij, maar betaalt u terug.

Vergoeding van de behandeling

1: Eigen risico

Een GGZ-behandeling spreekt eerst uw eigen risico aan. Voor 2019 is dat € 385,-. Indien u nog geen zorgkosten gemaakt heeft in 2019 betekent dit dat u de eerste €385,- van de behandelkosten zelf moet betalen. Daarna gaat de vergoeding via uw polisvoorwaarden in.

2: Restitutiepolis

Bij een restitutiepolis mag u van uw zorgverzekeraar zelf uw behandelaar kiezen en wordt deze vergoed ook als de gekozen behandelaar geen contract heeft afgesloten met uw zorgverzekeraar. Indien u een echte restitutiepolis heeft, worden de kosten 100% vergoed, minus uw nog openstaand eigen risico voor dat jaar.

3: Naturapolis

Bij een naturapolis koopt uw zorgverzekeraar bij bepaalde hulpverleners zorg in tegen een door de zorgverzekeraar gekozen bedrag. De kosten van behandeling worden alleen volledig vergoed als u kiest voor een hulpverlener die een contract met uw zorgverzekeraar heeft afgesloten. Indien de gekozen hulpverlener geen contract heeft afgesloten met uw zorgverzekeraar vergoeden de meeste zorgverzekeraars een bepaald percentage van een door henzelf vastgesteld tarief (gemiddeld gecontracteerd tarief). Dit tarief kan soms behoorlijk afwijken van de door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgestelde tarieven (Nza-tarieven).
Ik werk momenteel zonder contracten met zorgverzekeraars, wat betekent dat mensen die een naturapolis hebben een gedeelte van de behandeling dus zelf moeten betalen.
Indien u een naturapolis heeft krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Hoeveel dit is hangt sterk af van uw polisvoorwaarden en de tarieven die uw zorgverzekeraar hanteert. Zoekt u dit goed uit voordat u aan de behandeling begint, zodat u niet voor een onaangename verrassing komt te staan.

Fictieve rekenvoorbeelden (op basis van bedragen van 2018)

1: DBC Persoonlijkheid - vanaf 800 tot en met 1799 minuten (max 24-28 sessies)

- Nzabedrag € 2.749,23 (Dit is ook het bedrag voor de *restitutievergoeding* minus nog het deel verplicht eigen risico dat openstaat voor dat jaar, max €385,- in 2018. Indien u een vrijwillig hoger eigen risico heeft afgesloten, geldt uiteraard dat bedrag als eigen risico.)
- Naturapolisvergoeding € 1.713,27 (in dit geval 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief van een van de zorgverzekeraars). Dit is het bedrag dat deze zorgverzekeraar vergoed aan u indien u al door uw eigen risico bent voor het jaar waarin de behandeling start.
- Het verschil tussen het Nza bedrag en het bedrag dat vergoed wordt, dient u zelf te betalen en kan gezien worden als eigen bijdrage. In bovenstaand rekenvoorbeeld dus €2749,33 – €1713,27 = €1036,06
- Door het werken met voorschotten heeft u aan het einde van de behandeling bijvoorbeeld 12 x €85,- al betaald= €1020,- U heeft dan dus nog €16,06 aan eigen bijdrage openstaan.

2: DBC Persoonlijkheid - vanaf 1800 tot en met 2999 minuten (max 44-48 sessies)

- Nzabedrag € 4997, 76 (Dit is ook het bedrag voor de *restitutievergoeding* minus nog het deel eigen risico dat openstaat voor dat jaar, max €385,- in 2018).
- Naturapolisvergoeding € 3205,07 (in dit geval 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief van een van de zorgverzekeraars). Dit is het bedrag dat deze zorgverzekeraar vergoed aan u indien u al door uw eigen risico bent voor het jaar waarin de behandeling start.
- Het verschil tussen het Nza bedrag en het bedrag dat vergoed wordt, dient u zelf te betalen en kan gezien worden als eigen bijdrage. In bovenstaand rekenvoorbeeld dus € 4997,76 – € 3205,07 = € 1792,69
- Door het werken met voorschotten heeft u aan het einde van de behandeling bijvoorbeeld 12 x €85,- al betaald= €1020,- U heeft dan dus nog € 772,69 aan eigen bijdrage openstaan.
- U kunt er ook voor kiezen om €170,- per maand als voorschot te betalen (12 x €170,-= € 2040,-) dan houdt u van de vergoeding van de zorgverzekeraar bij deze DBC iets over (2040-1792,69= € 247,31).