

De overheid heeft bepaald dat psychologische hulp niet altijd volledig vergoed wordt.

Met ingang van 2014 zijn de wettelijke regels voor vergoeding van psychologische hulp gewijzigd. Hieronder vindt u een overzicht van deze regels. Deze gelden voor alle psychologen en psychotherapeuten die werkzaam zijn in de Basis GGZ. Ik raad u aan deze regels goed door te lezen. Dan komt u niet voor onverwachte verrassingen te staan.

Onderstaande informatie geldt voor de zogenaamde Generalistische Basis GGZ. Het kan zijn dat uw psycholoog of psychotherapeut ook specialistische GGZ aanbiedt. Hiervoor gelden andere regels. Uw psycholoog kan u hierover nader informeren.

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, die voor behandeling in aanmerking komt binnen de basisverzekering wordt alleen de beoordeling door de psycholoog vergoed. Het maximumtarief hiervoor bedraagt € 185,22.

3. Uitgesloten stoornissen

De behandeling van de hieronder beschreven stoornissen wordt niet meer vergoed uit de verplichte basisverzekering (waar iedereen dus recht op heeft). Dit geldt voor stoornissen die men niet als psychiatrische klachten beschouwd maar die wel tot, soms forse, klachten en problemen kunnen leiden en waarvoor mensen behandeling willen:

Onderstaande DSM-I V stoornissen komen niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de basiszorgverzekering:

Aanpassingsstoornissen: Dat zijn klachten die ontstaan als gevolg van herkenbare stressveroorzakende factoren die binnen drie maanden na het begin ervan zich voordoen. Deze klachten leiden tot significant lijden en beperkingen in het schoolse of beroepsmatig functioneren. Ook voldoen de klachten niet aan de criteria van een andere specifieke stoornis en is het geen uiting van een rouwreactie.

Ook zullen de klachten zes maanden na het wegvallen van de stressveroorzakende factor weer weg zijn. Aanpassingsstoornissen kunnen gepaard gaan met depressieve stemmingsproblemen, angstproblemen, emotieregulatieproblemen of een combinatie daarvan.

elatieproblemen, partnerrelatieproblemen of ouder-kindrelatieproblemen worden ook niet vergoed als deze het hoofdoorzaak van de problemen of klachten. Datzelfde geldt ook voor levensfaseproblemen, identiteitsproblemen en problemen in het schools- en of beroepsmatig functioneren (waaronder burn-out).

LET OP! Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden ook aanpassingsstoornissen en relatieproblematiek. Raadpleeg hiervoor uw verzekeringspolis.

4. Uitgesloten behandelingen

Naast sommige stoornissen zijn ook sommige behandelingen uitgesloten van vergoeding. Uw psycholoog informeert u indien hij een behandeling wil toepassen die niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Hoe wordt psychologische hulp vergoed binnen de basisverzekering?

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:

- psychologische hulp kort (ca. 5 consulten, maximumtarief € 453,79)
- psychologische hulp middel (ca. 8 gesprekken, maximumtarief €773,19)
- psychologische hulp intensief (ca. 11 gesprekken, maximumtarief € 1.212,41)
- psychologische hulp chronisch (ca. 11 gesprekken, maximumtarief € 1.118,96).

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.

Afzonderlijke gesprekken

Daarnaast mag hulp bij psychische problemen worden aangeboden in de vorm van afzonderlijke gesprekken. Deze worden niet vergoed uit het basispakket van uw zorgverzekering.

Ook voor afzonderlijke gesprekken geldt een maximumtarief van € 94,44 per consult van 60 minuten (bestaande uit 45 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd). Dat tarief is vastgesteld door de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa).

Begeleiding, coaching, counseling

Naast psychologische behandeling kan de psycholoog ook andere diensten aanbieden, zoals begeleiding, coaching en

counseling. Hiervoor gelden geen regels. Wel moet de psycholoog dan BTW in rekening brengen.

Hoe wordt bepaald welke hulp ik krijg?

Op basis van de aard en de ernst van de klachten en hoe deze zullen worden benoemd bepaalt de psycholoog

- of u voor een behandeling in de Basis GGZ in aanmerking komt;
- welke behandelingspakket 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, die gedaan wordt in het kader van één van bovengenoemde pakketten, 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 of uw vakantie afbreekt.

Hoe hoog is de vergoeding?

Eigen risico

Psychologische hulp valt onder het eigen risico van de zorgverzekering. Het wettelijk verplicht eigen risico voor personen vanaf 18 jaar, is in 2014 vastgesteld op € 360,00 per jaar. Wanneer u een verzekering heeft afgesloten met een hoger eigen risico dan geldt dit hogere bedrag.

Het eigen risico betekent dat u de eerste € 360 aan zorgkosten in een jaar zelf moet betalen (of meer, als u een hoger eigen risico heeft). Als u dus nog geen andere zorgkosten heeft gemaakt, moet u de eerste € 360 van de psychologische hulp sowieso zelf betalen.

De verplichte eigen bijdrage per consult is in 2014 komen te vervallen.

Contract of niet

- Als uw psycholoog een contract heeft met uw zorgverzekeraar, wordt de hulp voor 100% vergoed (behalve het eigen risico). Uw psycholoog declareert rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar. U kunt van uw zorgverzekeraar wel een nota krijgen voor het eigen risico.
- Als uw psycholoog geen contract heeft, kan het zijn dat de hulp niet volledig vergoed wordt. 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.

Betaling

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. Wanneer er sprake is van verzekerde zorg dan kunt u de factuur vervolgens indienen bij uw zorgverzekeraar.

In dat geval ontvangt u de rekening van het door de psycholoog ingezette pakket na afsluiting van de behandeling. Bij langer durende behandelingen kan de psycholoog u een tussentijdse voorschotrekening sturen. Let op: u bent zelf verantwoordelijk voor tijdige betaling. Dit staat los van terugbetaling door de zorgverzekeraar. U moet de kosten dus zelf 'voorschieten'. Vooral in de eerste helft van 2014 kan het lange tijd duren voordat de verzekering u uitbetaalt.

Wanneer de behandeling niet valt onder de verzekerde zorg vanuit de basisverzekering dat is het soms toch mogelijk om vanuit aanvullende verzekering een vergoeding te ontvangen voor behandeling van bijvoorbeeld kinderen en jongeren, relatietherapie of behandeling van aanpassingsstoornissen. Raadpleeg voor uw vergoedingsmogelijkheden uw zorgpolis of benader uw zorgverzekeraar.

Uw psycholoog kan u vertellen of hij een contract heeft met zorgverzekeraars en zo ja, met welke.

Samenvattend

- vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een verwijzing door de huisarts of een andere arts (afhankelijk van uw verzekering);
- de psycholoog controleert vooraf of in het eerste gesprek de verwijfsbrief en gaat na of de behandeling in principe voor vergoeding in aanmerking komt. Ook geeft hij aan of hij contracten heeft met verzekeraars en zo ja, met welke.
- in het eerste of tweede gesprek bepaalt de psycholoog of u voor behandeling binnen de basiszorgverzekering in aanmerking komt en zo ja, welk pakket voor u geschikt is. Als de psycholoog geen contract heeft met uw zorgverzekeraar geeft hij aan wat de kosten ervan zijn. U beslist of u hiermee akkoord gaat.
- als u de behandeling tussentijds stopt, is de psycholoog gerechtigd u de kosten van de afgesproken verzekerde pakket in rekening te brengen.