

## Veranderingen in de GGZ (vanaf 2014) (laatste aangepast juni 2016)

Hoe wordt de psychologische zorg vanaf 2014 geregeld:

1. Als u gebruik wilt maken van uw ziektekostenverzekering voor vergoeding van uw klachten, zult u eerst naar uw huisarts moeten gaan. Deze gaat samen met u kijken of u in aanmerking komt voor verzekerde zorg. De huisarts wordt hierin vaak ondersteund door een POHGGZ ( Dit is een praktijkondersteuner voor de geestelijke gezondheidszorg). Is er een vermoeden van een stoornis, dan kan uw huisarts een verwijfsbrief voor een psycholoog schrijven. Is er geen vermoeden van een stoornis, dan komt u niet in aanmerking voor verzekerde zorg en dan zijn er de volgende opties:

- u krijgt ondersteuning en/of begeleiding van de POHGGZ onder verantwoordelijkheid van de huisarts of van de huisarts zelf
- u kunt verwezen worden naar bijvoorbeeld het maatschappelijk werk
- u kunt zelf een psycholoog zoeken (met hulp van uw huisarts) en u betaalt de zorg zelf.

Als u met een verwijzing van de huisarts bij de psycholoog komt, moet uw psycholoog een diagnose stellen en dan kan het voorkomen dat u alsnog niet in aanmerking komt voor vergoeding. Dit consult wordt gedeclareerd via uw verzekeraar en is onderdeel van de basisverzekering.

U wordt dan vervolgens terugverwezen naar de huisarts of u betaalt uw behandeling/begeleiding bij de psycholoog zelf.

2. De overheid heeft vastgesteld welke zorg wel en niet meer door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Wat wel vergoed wordt, zijn met name stoornissen als depressie en angst. Heeft u wel klachten, maar vallen ze niet onder de stoornissen, dan vindt er geen vergoeding plaats. Voorbeelden van klachten en problemen die niet meer vergoed worden zijn:
  - relatieproblemen
  - werkgerelateerde problemen, zoals overspannenheid of burn-out
  - rouw
  - problemen nav een lichamelijke ziekte bij uzelf of uw naasten
  - verwerkingsproblemen als ze niet vallen onder een PTSS
  - de meeste seksuele problemen
3. Uiteraard kunt u wel terecht bij uw psycholoog met deze klachten, maar dan dient u zelf de rekening te betalen aan uw psycholoog. U kunt dit meestal dan niet bij uw zorgverzekeraar declareren. Enkele aanvullende verzekeringen vergoeden deze zorg wel.
4. In tegenstelling tot de afgelopen jaren bij de eerstelijnspsycholoog, wordt de verzekerde zorg niet meer per sessie vergoed, maar per 'zorgvraagzwaarte-product'. Dat betekent dat uw psycholoog na de intake en diagnostiek met u bespreekt binnen welk 'zorgzwaarte-product' uw stoornis valt. Heeft uw psycholoog een contract met uw zorgverzekeraar dan stuurt deze de rekening rechtstreeks naar de verzekeraar. Er is dan geen eigen bijdrage, wel wordt het eigen risico aangesproken.
5. Heeft uw psycholoog geen contract met uw verzekeraar en u kunt wel in aanmerking komen voor vergoeding, dan dient u uw psycholoog per

'zorgzwaarte-product' te betalen, dus niet per sessie. Een 'zorgzwaarte-product' bestaat uit een aantal sessies, administratie-tijd etc. U kunt dan de rekening indienen bij de zorgverzekeraar en u krijgt een gedeelte van de verzekeraar terug. Het beste is als u navraag doet bij uw verzekeraar hoeveel u dan vergoed krijgt. Bij een restitutiepols, is het vaak meer van 90% en bij een natura polis varieert dit van ongeveer 60-75%

6. Wat zijn 'zorgzwaarteproducten' ?

De overheid heeft 4 zorgzwaarteproducten samengesteld: Kort-Middel-Intensief en Chronisch. Uw psycholoog gaat, indien er sprake is van een stoornis, bekijken welk product het beste bij u past. De namen geven al aan dat Kort minder minuten zal zijn dan bijvoorbeeld Intensief. Uiteraard wordt met u overlegd welk zorgzwaarteproduct het beste bij uw problematiek past.

Onderstaande tekst is van de Nza (Nederlandse Zorgautoriteit)

**Behandeling in de basis-ggz**

Wanneer bij u sprake is van psychische stoornissen, kunt u behandeld worden in de basis-ggz. U heeft hiervoor geen verwijzing meer nodig van bijvoorbeeld uw huisarts. Let op: uw zorgverzekeraar kan in uw polisvoorwaarden mogelijk nog wel om een verwijzer vragen. Vraag dit van te voren na bij uw verzekeraar.

In de basis-ggz wordt gewerkt met zogenoemde prestaties. Dit zijn zorgpakketten waaruit u alle benodigde zorg vergoed krijgt. Er zijn vier prestaties in de basis-ggz:

- basis-ggz kort
- basis-ggz middel
- basis-ggz intensief
- basis-ggz chronisch

Uw aanbieder deelt u op basis van uw zorgvraagzwaarte bij een van deze prestaties in. Dat gebeurt op basis van uw intakegesprek en de diagnose die uw aanbieder stelt. Het kan zijn dat uw behandeling al heel snel stopt. In dat geval kan uw behandelaar sinds 2016 de prestatie onvolledig behandeltraject in rekening brengen.

Elke prestatie heeft een maximumtarief. Dit tarief is afhankelijk van de afspraken die uw ggz-aanbieder heeft gemaakt met uw zorgverzekeraar.

Let op: basis-ggz zorg valt onder de basisverzekering, maar wordt eerst verrekend met uw eigen risico.

