



Vergoeding van de zorg van HELDER

Je kunt voor de behandeling van psychische klachten om te beginnen terecht bij je huisarts. De huisarts, of zijn ondersteuner-GGZ (POH-GGZ = Praktijk Ondersteuner Geestelijke GezondheidsZorg), doet in principe zelf de behandeling. Kan de huisarts of POH-GGZ je onvoldoende behandelen, dan kan hij je doorverwijzen naar HELDER. Behandelingen in de GGZ maken deel uit van het basispakket van je zorgverzekering. Financiering van de behandeling gebeurt bij HELDER via contractvrije relatie met de zorgverzekeraars. Er zijn geen contracten gesloten om zoveel mogelijk professionaliteit en diepgang te behouden in de behandeling (zie: www.contractvrije-psychooloog.nl). Contractvrij werken betekent, dat er geen voortijdig einde aan de behandeling kan komen door toedoen van de zorgverzekeraar. Dit geeft meer mogelijkheden om zorg op maat te leveren. Een belangrijk aspect hiervan is de vrijheid in het aannemen van patiënten. De patiënt(e) kan daardoor terecht bij de zorgverlener van zijn/haar keuze, in plaats van dat de zorgverlener in belangrijke mate bepaald wordt door de vraag 'wie heeft er nog budget'. Het leidt ook tot een snellere hulpverlening, omdat er niet gezocht hoeft te worden naar iemand die nog budget heeft.

Om in aanmerking te komen voor vergoeding is het nodig dat de huisarts, of een andere gezondheidsprofessional, je doorverwijst. Dat doet de huisarts pas, wanneer hij van mening is de zorg niet zelf te kunnen bieden, en de zorg ook niet aan de basis-GGZ (zie onder) te kunnen overlaten.

Basis GGZ

b-GGZ = basis Geestelijke Gezondheidszorg.

Sinds 1 januari 2014 valt iedereen met een lichte tot matige psychische aandoening onder de b-GGZ (vroeger eerstelijns psychologische zorg). Een behandeling binnen de b-GGZ bestaat uit: gesprekken met een psycholoog, psychotherapeut of psychiater; een vorm van e-health (programma's op het internet, die hulp bieden bij psychische problemen), of een combinatie van gesprekken en e-health. De beschikbare tijd is beperkt. HELDER biedt geen basis GGZ.

Specialistische GGZ

s-GGZ = specialistische Geestelijke Gezondheidszorg.

Bij HELDER kun je via deze s-GGZ worden behandeld. Wanneer je aandoening ernstiger van aard is en meer behandelingstijd nodig heeft, zal een behandeling via de b-GGZ niet voldoende zijn. Je zult dan door je huisarts worden verwezen voor s-GGZ. Bedrijfsartsen en jeugdartsen mogen ook jongeren doorverwijzen naar HELDER (ook

voor s-GGZ). Behandeling van de leeftijdsgroep tussen 16 en 18 jaar wordt niet vergoed door de zorgverzekering maar wel door de gemeente. HELDER heeft echter geen afspraken met gemeenten, zodat behandeling van deze leeftijdsgroep uit eigen middelen dient te worden gefinancierd.

S-GGZ-behandelingen worden in principe onbeperkt vergoed vanuit de basisverzekering.

Van belang is dat op de verwijzing - naast het woord s-GGZ - ook de datum van de verwijzing vermeld staat, die vooraf moet gaan aan de datum van het eerste consult bij HELDER.

Voor een vergelijking van het aanbod vanuit de zorgpolissen van de diverse zorgverzekeraars zie ook www.zorgverzekering.net.

Diagnoses die niet meer worden vergoed

Niet alle GGZ-behandelingen worden vergoed. Zo komt de diagnose aanpassingsstoornis niet meer voor vergoeding in aanmerking, evenals identiteitsproblemen, en werk- en relatieproblemen. Vraag hiernaar als je in behandeling gaat.

Kosten

Je hebt voor je basispolis de keuze uit een naturapolis of een restitutiepolis.

De natura basispolis is de goedkoopste basispolis. De verzekeraar maakt het je gemakkelijk door belangrijke zaken voor je te regelen: de keuze van behandelaren en de afhandeling van de declaraties. Hier heb je dus geen omkijken naar. Deze polis heeft echter grenzen. Het systeem werkt namelijk alleen als je naar behandelaren gaat die door de verzekeraar zijn gecontracteerd. Dat hoeven dus geen behandelaren bij jou in de buurt te zijn. Als een verzekeraar in zijn vergoedingen-overzicht spreekt van 100% vergoeding voor zorg, dan geldt dit uitsluitend voor gecontracteerde behandelaren. De verzekeraars zijn hier soms niet duidelijk over. Ga je naar een behandelaar die werkt op basis van restitutie (bijvoorbeeld een contractvrije psychiater die jou zelf de rekening stuurt, zoals bij HELDER), dan heb je altijd recht op een vergoeding. Maar meestal geeft de verzekeraar je dan een lagere vergoeding dan wanneer je je houdt aan het lijstje van door de verzekeraar gecontracteerde behandelaren. Verzekerden met een naturapolis die toch liever hun eigen behandelaar kiezen of door hun huisarts naar een contractvrije psychiater zijn verwezen, kunnen hierdoor voor financiële verrassingen komen te staan.

De restitutie basispolis is bij de meeste verzekeraars enkele euro's per maand duurder dan de naturapolis. Deze polis bied je - als het goed is - volledige vergoeding ongeacht naar welke behandelaar (al dan niet gecontracteerd) je gaat, ervan uitgaand dat de behandelaar zich houdt aan de wettelijk vastgestelde tarieven natuurlijk.

Daarnaast is er een combipolis. Een restitutiepolis die toch niet alles restitueert.

De informatie van verzekeraars over dit soort polissen is soms moeilijk te doorgronden. Het vergt regelmatig veel zoek- en denkwerk om erachter te komen of je met een naturapolis, een restitutiepolis of een combipolis te maken hebt. Sommige verzekeraars zeggen marktconform te vergoeden maar hoe hoog marktconform is blijkt later anders te liggen. Zo is een goedkope polis met de naam 'gemakpolis' waarschijnlijk een naturapolis. En is een duurdere polis met de naam 'eigenkeuzepolis' waarschijnlijk een restitutiepolis. Voor een overzicht wie nog wel echt een

restitutiepolis (die 100% van de zorgkosten vergoedt) heeft zie <https://contractvrijepsycholoog.nl/restitutie-polis/> en <https://contractvrijepsycholoog.nl/vergoedingen-2022/> .

De kwestie zorgkosten in de GGZ betreft al met al een complexe kwestie met onduidelijke elementen. Maximale vergoedingen voor de GGZ-zorg worden jaarlijks vastgesteld door het NZA (de Nederlandse Zorg Autoriteit: zie: www.nza.nl). Dit zijn duidelijke cijfers. Zorgverzekeraars noemen dit wel WMG-tarieven (Wet Marktordening Gezondheidszorg) en nemen dit tarief over van het NZA. Alle behandelaars moeten zich eraan houden: minder in rekening brengen is mogelijk, maar meer niet.

Het zogenaamde marktconforme tarief is vager. Het NZA zegt er het volgende over: "Het is een tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is. Dit tarief wordt bepaald door de markt. Zorgverzekeraars kunnen in hun vergoeding rekening houden met een indicatieve bandbreedte voor de vergoeding. Het is aan een zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is." Maar hoe hoog dit marktconforme tarief is blijft vaak onduidelijk.

Zonder je zorgverzekeraar om de exacte bedragen te vragen (zie onder), is het als verzekerde niet goed mogelijk om van tevoren de kosten in te schatten en dat heeft vooral te maken met bovengenoemde marktconforme tarieven (hoe hoog zijn deze?) en de onduidelijkheid over restitutiepolissen (vergoeden ze 100%?).

Patiënten met een restitutiepolis krijgen dus (als het een zuivere restitutiepolis is) 100% van de ongecontracteerde (contractvrije) zorg vergoed. Patiënten met een naturapolis krijgen bij ongecontracteerde zorg zo'n 75% (soms minder) van het marktconforme tarief vergoed. In de praktijk verschilt de vergoeding voor ongecontracteerde zorg per zorgverzekeraar en per polis. (zie: <https://contractvrijepsycholoog.nl/vergoedingen-2022/>: zoals je op dit overzicht kunt zien bestaat er nog een tiental zuivere restitutiepolissen). In het algemeen wordt doorgaans 65-80% van het NZa-tarief vergoed. HELDER rekent jou onder - vrijblijvend - een en ander voor, uitgaand van een vergoeding van 70-100%. De zogeheten 'eigen bijdrage' is het deel van de vergoeding dat voor eigen rekening komt indien de verzekeraar niet 100% vergoedt. Het kan per verzekeraar toch nog weer anders liggen, dus informeer ook zelf (liefst schriftelijk: zie onder) bij je verzekeraar.

Advies van HELDER: sluit een zogeheten 'zuivere restitutie' zorgverzekeringpolis af, zodat er geen eigen bijdrage verschuldigd is voor de behandeling bij HELDER.

Let op het verplichte eigen risico. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. In 2022 betaalt iedereen de eerste €385 van zorg uit het basispakket zelf. 'Eigen risico' is dus niet hetzelfde als 'eigen bijdrage'.

Let ook op het volgende: zorgverzekeraars accepteren niet dat er twee verwijzingen naar s-GGZ lopen. Een eerdere verwijzing dient dan ook eerst te worden gestopt, anders wordt er niets vergoed.

Afhankelijk van de zorgverzekering (natura, restitutie, of combinatie) en het al dan niet gecontracteerd zijn van je behandelaar, ontvang je dus een vergoeding van je zorgverzekeraar. Van HELDER ontvang je maandelijks een factuur/kwitantie voor je zorgverzekeraar. Afhankelijk van de soort verzekering, die je hebt afgesloten, krijg je ongeveer 70% (naturapolis) tot 100% (zuivere restitutiepolis) vergoed. Dat betekent dat je rekening moet houden met een eigen bijdrage tot ongeveer 30% van de landelijk vastgestelde tarieven. Deze eigen bijdrage komt bovenop je verplichte eigen risico van € 385 per jaar. Zo kan het eigen aandeel in de zorgkosten bij HELDER behoorlijk oplopen. Onder wordt voorgerekend dat deze eigen bijdrage bij HELDER maximaal ongeveer 47€ per week is. Maar vergeet niet: wanneer je voor iets meer, een (zuivere) restitutiepolis afsluit, wordt 100% vergoed en heb je geen eigen aandeel in de zorgkosten bij HELDER.

Eigen bijdrage

Zie ook kader onder. Deze eigen bijdrage betreft ongeveer (kan door de Nederlandse Zorg Autoriteit - NZA - jaarlijks worden gewijzigd) de volgende bedragen per persoon per sessie:

0-27€ (voor groepstherapie bij 6 deelnemers; hoe groter de groep, des te kleiner de eigen bijdrage), 0-30€ (gezinstherapie), 0-60€ (relatietherapie) en 0-576€ (individuele therapie).

Mocht het eigen aandeel in de kosten (de eigen bijdrage) een onoverkomelijk probleem betekenen, dan bestaat de mogelijkheid tot beperkte deelname aan de behandeling van HELDER (bijvoorbeeld alleen deelname aan groepstherapie), voor een gereduceerd tarief. Een gebrek aan geld kan zodoende geen reden zijn om geen gebruik te maken van HELDER's behandeling.

De betaling zelf

De betaling zelf gebeurt meteen na afloop van de individuele, relatie- en gezinsconsulten. Je ontvangt een email met de datum en tijd van de volgende sessie met de bankgegevens voor een onmiddellijke overboeking naar HELDER: 'Boter bij de vis'. Ditzelfde per maand vooraf aan groepsbehandelingen.

Dit betekent dat je in één betaling de vergoeding van de zorgverzekeraar voorschiet (zie onder bij 70%) en de eigen bijdrage (zie onder bij 30%) voldoet. Samen binnen de grenzen van de landelijk vastgestelde tarieven. Het eigen risico wordt door de zorgverzekeraar ingehouden (maximaal 385€ per jaar).

Onderstaande bedragen zijn onder voorbehoud. HELDER brengt de zogenaamde 'lage psychiater-kosten' in rekening, behalve voor onderzoeksgesprekken.

Vergoedingsbedragen per persoon				
Soort	NZA tarief		verzekering 70%	eigen bijdrage maximaal
Individueel onderzoek 60 min	CO529	268,31	187,82	80,49
Individuele therapie 60 min	CO595	191,83	134,28	57,55
Relatie 2 personen 75 min	GC2	202,77	141,94	60,83
Groep 6 personen 105 min	GC34	90,12	63,08	27,04

Voorbeeld:

De standaardbehandeling bij HELDER is om de week een individuele sessie van 60 minuten en om de week een groepsessie van 105 minuten.

Individuele sessie van 60 minuten:

Voorschieten: 191,83, retour van zorgverzekeraar 134,28 of meer, eigen bijdrage 57,55 of minder.

Groepsconsult van 105 minuten, bij groepsgrootte van 6 personen:

Voorschieten 90,12, retour van zorgverzekeraar 63,08 of meer, eigen bijdrage 27,04 of minder. Totaal eigen bijdrage per 2 weken $57,55 + 27,04 = 84,59$, dat is 42,30 of minder per week.

De behandeling bij HELDER betekent zodoende een maximale eigen bijdrage van ongeveer 42€ per week.

No-show

Patiënten die een afspraak missen (om wat voor reden dan ook) en zich niet op tijd afmelden, krijgen een no-show-factuur van 100€ voor een individuele sessie en 150€ voor een relatie- of gezinsconsult).

Voorkom een rekening door afwezigheid uiterlijk 24 uur voor de afspraak kenbaar te maken via e-mail. Telefonisch afmelden is niet voldoende. Weekend-, vakantie- en feestdagen tellen niet mee. Bijvoorbeeld vrijdag vòòr 12 uur afmelden voor een consult op maandag vòòr 12 uur.

Zelfbetalers

Wanneer je je behandeling niet bij je verzekeraar wil declareren, omdat je bijvoorbeeld geen verwijzing van de huisarts wil aanvragen, dan kun je de consulten ook zelf betalen. Het tarief is dan €160 per uur.

Zorgprestatie-model per 1 januari 2022

Het is van belang dat je de nieuwe vergoedingssystematiek (zorg prestatie-model) per 1 januari 2022 enigszins begrijpt, om niet voor verrassingen komen te staan. HELDER kan enerzijds niet als helpdesk optreden voor verzekeringstechnische kwesties, maar wil je anderzijds zo goed mogelijk informeren welke stappen wellicht verstandig zijn om te zetten. Vandaar deze uitgebreide informatie als bijlage op haar website.

Omdat de vergoedingen onoverzichtelijk zijn (WMG-tarief, NZA-tarief en marktconform-tarief: welke is het?) raadt HELDER je aan in een email ('zwart op wit') je verzekeraar om informatie te vragen, gericht aan de zorgadviseur. Vraag of en hoeveel de zorgverzekering vanaf 1 januari 2022 vergoedt in absolute bedragen en percentages van het NZA-tarief. Dat is het tarief waarmee HELDER rekent. Vraag om de vergoeding van 60 minuten 'onderzoek' en 60 minuten 'behandeling' door een zelfstandig gevestigd psychiater zonder contract. Voorbeeld antwoord van de zorgverzekeraar: *"Je krijgt 80% vergoed van 100€ vergoeding voor een"*

behandelconsult van 60 minuten bij een contractvrij zelfstandig gevestigd psychiater. Je eigen bijdrage is dus 20€ per consult van 60 minuten”.

Vraag ook of er van tevoren een machtiging moet worden aangevraagd voor je behandeling bij HELDER, zoals onder andere in het geval van CZ en zijn merken Ohra, Just, Delta Lloyd en Nationale Nederlanden. Informeer wat te doen als je de eigen bijdragen niet kunt betalen. Deel - als dat passend voor je is - je zorgen over de continuïteit van de behandeling en de wachtlijsten. Vraag om een schriftelijk antwoord en bewaar deze goed. Zorgverzekeraars hebben een bij wet geregelde informatieplicht aan haar klanten, ook en met name vòòrdat de behandeling begint. Zo kun je exact te weten komen wat je eigen bijdrage is voordat de behandeling begint.