

Informatie over de vergoeding van psychotherapie (tweedelijns-GGZ) geldend vanaf 1 januari 2012

Verzekerd via het basispakket van uw zorgverzekering

Iedere Nederlander is sinds 1 januari 2006 verplicht verzekerd voor een basispakket ziektekosten. Vanaf 1 januari 2008 valt ook de geestelijke gezondheidszorg (waaronder psychotherapie) in dit basispakket. Er worden geen zittingen of gesprekken meer afgerekend, maar een hele behandeling in de vorm van een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie).

Zie voor een overzicht van de vergoedingen per zorgverzekeraar:

www.kiesbeter.nl/Zorgverzekeringen/polisvanverzekeraar/gewensteverzekeraars/

Het verplichte eigen risico in de basisverzekering van € 220 (per 1-1-2012) wordt apart hiervan geïnd door de zorgverzekeraar.

Wat is een DBC?

Wanneer u zich aanmeldt bij een zorgaanbieder wordt eerst onderzoek gedaan, er wordt een diagnose gesteld en een behandelingsvoorstel gedaan. Als u het daar met de zorgaanbieder over eens bent, wordt de behandeling gestart en na korte of langere tijd afgerond. De zorgaanbieder noteert uw diagnose en alle activiteiten die in het kader van onderzoek en behandeling worden verricht in een DBC. Dat kunnen gesprekken zijn, of medicatie, een test enzovoorts. Als de behandeling afgerond wordt, sluit de zorgaanbieder de DBC af en dan wordt duidelijk hoeveel de behandeling gekost heeft.

De gegevens van de DBC worden volledig geanonimiseerd naar het DBC Informatie Systeem (DIS) gestuurd voor beleidsdoeleinden. Daarnaast maakt de zorgaanbieder een rekening van de DBC. Deze rekening is niet anoniem. Over uw klachten wordt alleen de zogenoemde hoofdgroep vermeld, zoals bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis e.d.

Soort polis

Wat er met de rekening gebeurt, hangt af van de vraag wat voor soort polis u hebt en of uw zorgaanbieder een overeenkomst heeft met uw zorgverzekeraar. Er zijn twee soorten polissen: de naturapolis en de restitutiepolis.

▶ **Bij een naturapolis** is het de bedoeling dat u als verzekerde een zorgaanbieder kiest met wie uw zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Dat is 'zorg in natura', waarbij de verzekeraar de kosten van de behandeling rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoedt. Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met uw zorgverzekeraar, dan vergoedt uw verzekeraar niet het gehele bedrag, maar slechts 60 tot 70% ervan. U krijgt de rekening van de zorgaanbieder en dient die zelf bij uw verzekeraar in.

▶ **Bij een restitutiepolis** bent u vrij in de keuze van de zorgaanbieder, ongeacht of deze een overeenkomst heeft met uw zorgverzekeraar. U krijgt dan ook een groot deel van de behandeling vergoed, tot 100% van de kosten. Check uw zorgpolis voor deze informatie.

Die situatie dreigt echter te veranderen, vanwege de bezuinigingen die de zorgverzekeraars per 2012 moeten doorvoeren. De kans bestaat zelfs dat vergoeding op basis van restitutie per 2013 geheel komt te vervallen. Dan is het wellicht alleen nog mogelijk vergoeding te krijgen voor zorg in natura. In de loop van 2012 wordt het besluit hierover genomen.