



Mijn behandeling, maar wie betaalt dat?

Verzekering en kosten van behandeling in de ZVW en WLZ

januari 2020

Vergoeding vanuit het basispakket (ZVW)

Uw behandeling bij GGZ inGeest wordt meestal vergoed door uw zorgverzekering. Wanneer een diagnose wordt gesteld of een bepaalde behandeling wordt geadviseerd welke niet vergoed wordt vanuit het basispakket wordt u hiervan op de hoogte gesteld. U kunt er dan voor kiezen toch in behandeling te komen en dat u de kosten hieraan verbonden zelf gaat betalen.

GGZ inGeest heeft voor zowel de basis-ggz als de gespecialiseerde ggz met alle grote zorgverzekeraars contracten gesloten voor uw behandeling in 2020; Zilveren Kruis Achmea, CZ, DSW, Menzis, VGZ en Zorg en Zekerheid (multizorg) en alle labels die hier onder vallen. Zie voor een overzicht achteraan dit document.

Heeft u hier specifieke vragen over? Dan verwijzen wij u graag door naar uw zorgverzekeraar.

Basis-ggz (ZVW)

Vanaf 2014 is er een onderscheid tussen basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Wanneer sprake is van lichte problematiek die niet door de huisarts behandeld kan worden, kunt u terecht bij de afdeling Prezens.

Uw huisarts verwijst u alleen naar ons door als er een vermoeden is van een psychische stoornis. Na afronding van uw behandeling wordt een vooraf vastgesteld tarief aan uw zorgverzekeraar gefactureerd.

Gespecialiseerde ggz & Diagnose Behandel Combinatie (ZVW)

Binnen de gespecialiseerde ggz mogen alleen nog maar patiënten behandeld worden met ernstige of complexe problematiek. Deze patiënten kunnen terecht bij de gespecialiseerde ggz van GGZ inGeest. Aan het einde van een behandelperiode of –jaar wordt een factuur opgesteld voor alle verrichtingen. Deze factuur wordt naar uw zorgverzekeraar gestuurd. Dit noemen we de Diagnose Behandel Combinatie (DBC).

Het stellen van de diagnose en de behandeling (inclusief eventuele opname) leiden samen tot één tarief dat GGZ inGeest in rekening brengt. In dit tarief zitten niet alleen de momenten waarop u als patiënt aanwezig was verwerkt, ook de zogenaamde indirecte tijd, die uw behandelaren in uw behandeling hebben geïnvesteerd, wordt hierin meegenomen.

Voorbeelden van indirect patiëntgebonden tijd zijn:

- het schrijven van een behandelplan
- het schrijven van een brief aan uw huisarts
- intern overleg met medebehandelaren

Afspraken tijdig afzeggen

Indien u onverhoopt niet bij een geplande afspraak aanwezig kan zijn, vragen wij u dit tijdig te laten weten (minimaal 24 uur voor de afspraak). Tot 24 uur van tevoren kan dit kosteloos. Voor afspraken die binnen 24 uur worden geannuleerd, ontvangt u een rekening van € 40,-. Deze rekening wordt niet vergoed door uw verzekeraar en staat los van het eigen risico dat geïnd wordt door uw zorgverzekeraar (NB de eerste maal ontvangt u alleen een waarschuwingsbrief).

Als u na een intake toch afziet van behandeling, worden er wel kosten gedeclareerd bij uw verzekeraar omdat er al activiteiten zijn verricht - bijvoorbeeld telefonisch contact en overleg met uw verwijzer. Dit kan gevolgen hebben voor uw eigen risico. Een intake kost €300,- tot €500,-.

Diagnose op de factuur (ZVW)

Misschien vindt u het bezwaarlijk dat de diagnosegroep op de factuur die wij naar uw zorgverzekeraar sturen wordt vermeld. U kunt samen met uw behandelaar een formulier invullen en ondertekenen waarmee u uw zorgverzekeraar verzoekt uw diagnose niet mee te hoeven sturen op de factuur (een zogenoemde dummycode). Uw behandelaar kan u hierover meer vertellen.

Eigen risico (ZVW)

Het verplichte eigen risico bij uw zorgverzekering bedraagt in 2020 € 385,-. Dit betekent dat u de eerste € 385,- aan zorgkosten zelf moet betalen. Pas daarna komt u in aanmerking voor vergoeding van uw zorgverzekering. Naast het verplichte eigen risico bestaat een vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico kan maximaal € 885,- bedragen. Vragen over uw eigen risico en de vergoedingen van zorg kunt u het beste stellen aan uw zorgverzekeraar.

Vergoeding vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ)

Wanneer iemand langer dan drie jaar bij ons is opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten niet meer. U moet dan als patiënt een indicatie aanvragen voor de Wet Langdurige Zorg. GGZ inGeest ondersteunt u daarbij.

Eigen bijdrage (WLZ)

Wanneer de zorg vergoed wordt vanuit de WLZ wordt een eigen bijdrage geïnd door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Hoe hoog deze eigen bijdrage zal zijn, hangt af van een aantal factoren, bijvoorbeeld uw gezinssamenstelling en inkomen. GGZ inGeest kan dit niet voor u bepalen. Het CAK doet onderzoek naar deze factoren en legt een eigen bijdrage op. Voor meer informatie betreffende de eigen bijdrage kunt u terecht op www.hetcak.nl.

Vragen over een factuur van GGZ inGeest

Heeft u vragen over een factuur die GGZ inGeest aan u of uw zorgverzekeraar heeft verstuurd? Neem tijdens kantooruren, maandag t/m vrijdag tussen 09.00 en 17.00 uur, contact op met onze afdeling controle en facturatie: T (020) 788 5076. Voor inhoudelijke vragen over de behandeling zullen wij altijd naar uw behandelaar verwijzen.

Zorgverzekeraars en labels waarmee GGZ inGeest in 2020 een overeenkomst heeft:

Zilveren Kruis Achmea

Avéro Achmea
De Friesland Zorgverzekeraar
Pro Life
FBTO
Interpolis
Kiemer
OZF Achmea
Pro Life
YouCare
Ziezo (Zilveren Kruis)
Zilveren Kruis Achmea

Coöperatie VGZ UA

Bewuzt
De Goudse
IZA Cura
IZZ Zorgverzekeraar
Univé
ZEKUR
VGZ
Zorgverzekeraar UMC

Caresq

Besured
Promovendum
National Acedemic

CZ

CZ
CZdirect
Delta Lloyd
OHRA

Coöperatie Menzis U.A.

Anderzorg
Azivo
Hema
Menzis
PMA

DSW Zorgverzekeraar

DSW
Stad Holland
inTwente

ONVZ Zorgverzekeraar

ONVZ
PNOzorg
VvAA

Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid (Multizorg VRZ)

AZVZ
Zorg en Zekerheid

ENO Zorgverzekeraar N.V. (Multizorg VRZ)

Salland
Salland ZorgDirect

Asr ziektekosten

De Amersfoortse
Ditzo

Overig

Aevitae (volmacht voor Achmea, ASR Ziektekosten, Delta Lloyd (CZ) en VGZ)
Nedasco (volmacht voor Achmea, Delta Lloyd (CZ) en VGZ)
Turien & Co (volmacht voor Achmea, ASR Ziektekosten, Delta Lloyd (CZ) en VGZ)
IAK (volmacht voor Achmea, ASR en VGZ)