

Vergoeding van de zorgverlening bij Psychofysiek bij volwassenen

Zorgverzekeringswet

De behandeling van volwassenen bij Psychofysiek valt onder de zorgverzekeringswet (ZVW) en wordt daarmee vergoed vanuit de basisverzekering. Vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is bij ons niet van toepassing. In de basisverzekering is er sprake van het verplichte eigen risico. Psychofysiek heeft niet met alle zorgverzekeraars een contract, het hangt dus van de verzekeraar af welk percentage van de zorg wordt vergoed. De tarieven voor zorgverlening zijn vastgesteld door de Nza en zijn afhankelijk van de duur van het consult en het type (behandeling of diagnostiek).

Een ggz-behandeling bij Psychofysiek omvat meestal therapie sessies met een behandelaar, maar kan ook andere vormen van contact omvatten, zoals e-mail, chat, telefoongesprekken, of beeldbellen. Deze contactmomenten worden 'zorgprestaties' genoemd.

Bij Psychofysiek is het mogelijk om voor de volgende diagnosetyperingen behandeling te krijgen vanuit de ZVW: aandachtstekort-en gedrag, pervasief, overige stoornissen in de kindertijd, alcohol, overige aan een middel gebonden stoornissen, schizofrenie, depressie, bipolair en overig, angst, restgroep diagnoses, persoonlijkheid, somatoforme stoornissen en eetstoornissen.

Psychofysiek biedt geen behandeling voor delirium, dementie en overige, bij een acuut suïciderisico (nu tot drie maanden geleden), bij acute verstoring van de realiteitstoetsing/psychose die integratie van de behandeling onmogelijk maakt (nu tot drie maanden geleden), eetstoornis met actuele gezondheidsrisico (nu tot zes maanden geleden), mentaal of fysiek misbruik met risico op blijvend letsel waar op het moment geen hulpverlening bij betrokken is op het gebied van stoppen/actie-ondernemen t.b.v. misbruik of mishandeling, hevig middelengebruik (patiënt kan niet voldoende nuchter verschijnen om het zorgaanbod te volgen).

WMO

Indien er sprake is van begeleiding, dan wordt deze bekostigd vanuit de WMO. De WMO is bedoeld voor patiënten die ondersteuning nodig hebben bij dagelijkse activiteiten, sociale contacten, of andere maatschappelijke participaties die niet vanuit de basisverzekering worden gedekt. Patiënten moeten een aanvraag indienen bij hun gemeente om in aanmerking te komen voor WMO-voorzieningen. De gemeente beoordeelt de aanvraag en bepaalt de noodzaak en omvang van de te verlenen ondersteuning. Vaak geldt er een inkomensafhankelijke bijdrage voor de WMO-voorzieningen, die wordt vastgesteld door de gemeente.

Wat wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekeringswet

Behandeling voor aanpassingsstoornissen, relatietherapie (relatietherapie wordt wel vergoed als die plaatsvindt tijdens de behandeling van een andere aandoening, zoals een depressie of een angststoornis), psychoanalyse en andere aandoeningen en problemen die reden voor zorg kunnen zijn: problemen met werk, identiteit, relaties, et cetera. Behandeling hiervoor is wel mogelijk, hierbij geldt het NZA-tarief. Gezinstherapie kan, indien er sprake is van contractering, vanuit de Jeugdwet worden vergoed.

Planning = Realisatie

Je zorgverlener(s) plannen de afspraken met jou in en registreert deze afspraken in het patiëntendossier. Indien een afspraak meer dan 15 minuten korter is dan gepland, past de behandelaar dat aan voor een facturatiecorrectie. Kleine afwijkingen van minder dan 15 minuten hoeven niet aangepast te worden. Meerdere contactmomenten op één dag over de behandeling kunnen als één consult geregistreerd worden.

No-show

Laat het je zorgverlener minstens 24 uur van tevoren weten als je een afspraak niet kunt nakomen. Anders kan er een no-show in rekening gebracht worden ter hoogte van de kosten van de zorgverlening.

Eigen Risico

Je betaalt een eigen risico als je 18 jaar of ouder bent en gebruikmaakt van zorg uit het basispakket. Het eigen risico is een verplicht bedrag om te betalen. In 2024 is het eigen risico € 385. Je betaalt dus zelf de eerste € 385. Pas daarna betaalt jouw zorgverzekeraar de kosten. Wij willen je er graag op wijzen dat wanneer je een verhoogd eigen risico hebt afgesloten, dit verhoogde eigen risico in rekening zal worden gebracht door de verzekeraar.

Eigen bijdrage Zorgverzekeringswet

Het kan zijn dat bij ongecontracteerde zorg jouw verzekeringspolis maar een beperkt deel van de behandeling vergoed, bijvoorbeeld 75%. Vanaf 80%¹ vergoeding neemt Psychofysiek deze kosten voor haar rekening, tot 80% van de vergoeding brengen wij een eigen bijdrage in rekening. Het loont daarom om jaarlijks goed te kijken of de verzekeringspolis ongecontracteerde zorg volledig vergoed. Bij gecontracteerde zorg is er geen sprake van een eigen bijdrage.

¹ Bij patiënten die vóór 1 januari in zorg zijn en in de gelegenheid zijn tot overstappen naar een nieuwe verzekeringspolis, vragen wij een vergoeding tot 85%. U kunt bij ons informatie opvragen over welke polissen dit zijn.