

Veelgestelde vragen over contracten tussen verzekeraars, psychologen en psychotherapeuten

Welke afspraken maken zorgverzekeraars met psychologen en psychiaters?

Verzekeraars kopen jaarlijks geestelijke gezondheidszorg (ggz) in voor hun verzekerden. Zo kunnen verzekerden erop rekenen dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben, tegen een redelijke prijs en binnen een redelijke termijn.

Verzekeraars spreken met psychologen en psychiaters af hoeveel zorg zij inkopen tegen welke prijs. Steeds vaker maken zij ook afspraken over de kwaliteit van de zorg. Om daar inzicht in te krijgen, stellen verzekeraars bijvoorbeeld als voorwaarde dat aanbieders informatie doorgeven over de kwaliteit van hun behandelingen, via vragenlijsten die patiënten invullen.

Wat is de rol van de NZa daarbij?

Wij toetsen of verzekeraars voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden. Dit jaar onderzoekt de NZa met welke GGZ-aanbieders de verzekeraars een contract hebben gesloten, en of zij per regio voldoende zorg hebben ingekocht. De eerste uitkomsten verwachten we eind maart.

Krijg je ggz-zorg vergoed als een psycholoog of psychiater geen contract heeft met een verzekeraar?

Ja. Hoe hoog de vergoeding is, is afhankelijk van de polis die je als verzekerde hebt.

- Als je een naturapolis hebt, mag de zorgverzekeraar ervoor kiezen om niet de hele declaratie te vergoeden als dat in de polis staat. De vergoeding die de zorgverzekeraar geeft mag echter niet zo laag zijn dat deze een feitelijke hinderpaal vormt voor de verzekerde om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als een psycholoog of psychiater geen contract heeft, vergoedt de verzekeraar daarom in de praktijk vaak een percentage van het marktconforme tarief. Dat is de prijs die op de markt te doen gebruikelijk is voor de betreffende zorgprestatie. Als een aanbieder vergeleken met andere aanbieders heel duur is, dan kan je een hoger bedrag zelf moeten betalen. Hoe hoog de vergoeding is, staat in de polis.
- Als je een 'zuivere' restitutiepolis¹ hebt, vergoedt de verzekeraar de declaratie, met uitzondering van de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Mag een verzekeraar de declaraties van psychologen en psychiaters controleren?

Verzekeraars en psychologen en psychiaters maken bij de inkoop afspraken over de zorg die zij verlenen en de prijs daarvan. Verzekeraars hebben ook de taak om te controleren of zorggeld wel goed wordt besteed. Want als dat niet zo is, is de premie onnodig hoog en betalen alle premiebetalers daar aan mee. De NZa controleert of verzekeraars goed in het oog houden dat zij het geld doelmatig en rechtmatig besteden.

Zo mag een verzekeraar een declaratie alleen vergoeden als er een geldige doorverwijzing is. Verzekeraars gaan in hun controles dus na of die er is.

¹ Een zuivere restitutiepolis is een polis zonder gecontracteerde zorg, of een restitutiepolis waarbij de verzekeraar wel aanbieders gecontracteerd heeft maar geen korting berekent als je naar een andere zorgaanbieder gaat.

Hoe is de privacy geregeld in de GGZ?

Voor de controles gelden regels om de privacy te beschermen: zo kan een verzekeraar alleen inzicht vragen in de medische gegevens van een verzekerde als hij aanleiding heeft om aan te nemen dat een declaratie niet klopt. Hierbij moet de verzekeraar een controleplan doorlopen. En dan mag alleen de medisch adviseur van een verzekeraar die medische gegevens inzien.

Daarnaast kunnen GGZ-patiënten sinds 2012 een beroep doen op de privacyverklaring. Deze GGZ-patiënten geven bij hun behandelaar aan dat ze bezwaar hebben tegen vermelding van hun diagnosegegevens op de factuur. De GGZ-behandelaar en de cliënt samen sturen die verklaring naar de zorgverzekeraar.

Verzekeraars zijn verplicht om mee te werken aan de privacyregeling en moeten verzekerden hierover goed informeren. Consumenten die daar klachten over hebben kunnen dat melden bij de NZa; wij spreken verzekeraars erop aan als zij zich niet houden aan de privacy-regels.

Wat staat erop de factuur over GGZ-zorg vermeld?

Op de nota die naar je verzekeraar gaat, staan gegevens over je behandeling die je verzekeraar nodig heeft om te zo controleren of je declaratie terecht is.

Basis-GGZ

In de basis-GGZ, voor mensen met lichte en niet-complexe problematiek, staat op de declaratie alleen de intensiteit van de behandeling: of het om een korte, middellange, intensieve of chronische behandeling ging. De diagnose staat er niet op.

Gespecialiseerde GGZ

Als je gebruik gemaakt van de gespecialiseerde GGZ, staat op de declaratie vermeld:

- De hoofddiagnosegroep (bijvoorbeeld depressie of persoonlijkheidsstoornis).
- Het aantal minuten dat je behandelaar aan je heeft besteed.
- Informatie over een eventueel verblijf in een instelling.