



INFORMATIE OVER VERGOEDING BEHANDELING HELDER

De financiering van de Geestelijke Gezondheidszorg gebeurt sinds 1 januari 2008 door de zorgverzekeraars. Behandeling bij HELDER wordt door alle verzekeraars vergoed vanuit het basispakket. Daartoe zijn contracten gesloten tussen HELDER en de meeste zorgverzekeraars. Om in aanmerking te komen voor vergoeding, is het nodig dat de huisarts, of een andere gezondheidsprofessional, je doorverwijst.

Zorgverzekeraars en overheid dienen informatie te ontvangen, voordat tot vergoeding wordt overgegaan. Deze digitale informatie-overdracht is goedgekeurd door het College Bescherming Persoonsgegevens. Het betreft o.a. personalia, diagnostische classificatie (bijvoorbeeld: depressieve stoornis, angststoornis) en gegevens aangaande de behandeling (o.a. de duur en soort).

De kosten voor de patiënt zelf beperken zich tot het verplichte eigen risico, als dat al niet door eerdere behandelingen elders is 'opgebruikt'. Momenteel bestaat die regeling van een verplicht eigen risico voor geneeskundige hulp per persoon per jaar.

Indien HELDER een declaratie doet uitgaan, kan het daarom betekenen dat je het eigen risico bedrag dient te voldoen aan je zorgverzekeraar.

Het is dan ook van belang dat je de nieuwe vergoedingssystematiek enigszins begrijpt, om niet voor verrassingen te komen te staan. HELDER kan echter niet als helpdesk optreden aangaande verzekeringstechnische kwesties. Daarvoor verwijzen wij je naar de zorgverzekeraar.

Vragen over de vergoeding zullen door ons alleen in behandeling worden genomen, indien zij per email of brief worden gesteld. Bij nadere vragen verzoeken wij je contact op te nemen met je zorgverzekeraar of andere instanties, omdat wij ter aanvulling van deze uitleg op onze website, niets meer toe te voegen hebben.

De vergoedingssystematiek

Het door de zorgverzekeraar toegestuurd krijgen van de declaratie aan de zorgverzekeraar, kan bij patiënten vragen oproepen, omdat ze de declaratie-regels niet begrijpen. "Ik ben toch maar drie maal een uur langsgeweest, hoe kan de factuur dan meer dan 200 minuten bedragen?"

Vaak wordt alleen uitgegaan van de directe face-to-face contacttijd in plaats van de som van contact per telefoon, face-to-face en internet en indirecte tijd (zie verderop). Dat scheelt aanmerkelijk in de totaal tijd.

Tevens kiest HELDER ervoor – conform de regels – ter vermindering van de

registratielast, standaardtijden per activiteit in te voeren in het eigen registratiesysteem. Ook dit kan leiden tot verwarring bij de patiënt(e) aangaande de geregistreerde tijd.

Wij hebben begrip voor de zodoende ontstane verwarring aangaande deze ingewikkelde regels en hopen een en ander door middel van deze uitgebreide uitleg te kunnen verhelderen.

Kosten voor betrokkenen hangen nauw samen met hoe de individuele zorgverzekering is geregeld, o.a. aangaande het eigen risico en aanvullende regelingen. De kosten verschillen daarom per betrokken patiënt.

De financiering van geboden hulp en behandeling in de GGZ gebeurt door optellen van alle gewerkte minuten. De tijdsaanduiding per DBC betreft de optelsom van directe, indirecte en reistijd en betreft een spreiding. Bijvoorbeeld: diagnostiek 0 tot 100 minuten. Zo'n DBC is derhalve declarabel bij elke tijdseenheid tussen 0 en 100 minuten. Gaat het om een contact met meer personen (relatie, gezin, groep), dan wordt de totaaltijd over de deelnemers verdeeld. Van dubbel registreren is zodoende geen sprake. Het betreft: face-to-face (bezoek aan de hulpverlener), bit-to-bit (email of on-line contact) , ear-to-ear (telefoon) contacttijd en de indirecte tijd: dit kan o.a. betreffen: reistijd, voor- en nabereiden van de gesprekken, verslaglegging, bestuderen aantekeningen en intakeformulieren, invoeren in de administratie, archief raadplegen, hersteltijd, extern mondeling overleg, correspondentie, zorgcoördinatie, interne patiëntenbespreking activiteiten in verband met juridische en financiële procedures en regelen tolken. De totale tijd is de som van alle activiteiten verricht tijdens en rond een contact. Het betreft in alle gevallen aanzienlijk meer tijd, dan de optelling van de consulttijd. Verrichtingen worden genoteerd op datum en in minuten in een softwareprogramma dat aan het einde alles (directe en indirecte tijd) optelt en er een factuur van maakt volgens de DBC (Diagnose Behandel Combinatie) regels. Zo kan een telefonisch contact of emailuitwisseling tot tijdsregistratie leiden en meegenomen worden in een declaratie. Een DBC is altijd persoonsgebonden. Bij een relatietherapie heeft een ieder een eigen DBC en nota. De bestede tijd aan het paar moet worden verdeeld over de beide personen.

Zie voor uitgebreide uitleg over de dbc-regels: www.dbconderhoud.nl/GetDocument.aspx?DocumentID=554&name=Spelregels-DBC-GGZ-2009