

**Toolbox Kostenbewustzijn Zorgverzekeringswet¹
vragen en antwoorden**

1 Zorgverzekeringswet

1.1	Hoe werkt het stelsel van de Zorgverzekeringswet?	<p>Iedereen die in Nederland woont of werkt, moet een zorgverzekering hebben. Het basispakket dekt de zorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek.</p> <p>Daarnaast kunt u zich aanvullend verzekeren voor kosten die niet in het basispakket zitten.</p> <p>U kunt jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar of verzekeringspolis. Hierdoor worden zorgverzekeraars geprikkeld om voor u kwalitatief hoge en betaalbare zorg in te kopen bij zorgaanbieders en u op een klantvriendelijke wijze te behandelen.</p>	<p>http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering</p> <p>en</p> <p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/inhoud/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland</p>
1.2	Wat is de rol van de zorgverzekeraar?	<p>Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zorgverzekeraars zijn verplicht u de zorg of een vergoeding van zorgkosten uit de basisverzekering te geven die u nodig heeft. Daarmee hebben ze een belangrijke taak in het zorgstelsel.</p> <p>U bent vrij om te kiezen bij welke zorgverzekeraar u uw zorgverzekering afsluit. Een zorgverzekeraar mag u niet weigeren voor de basisverzekering, wat uw leeftijd of gezondheidssituatie ook is. Acceptatieplicht heet dat. Verzekeraars mogen bijvoorbeeld ouderen of zieken ook geen hogere premie vragen voor de basisverzekering. Zo is de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar.</p> <p>Zorgverzekeraars hebben informatie beschikbaar waarmee zij u kunnen adviseren bij het maken van een keuze voor een</p>	<p>Acceptatieplicht: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/acceptatieplicht-zorgverzekering</p> <p>Zorgplicht: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/waar-op-letten-afsluiten-zorgverzekering</p> <p>wachlijst: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/wachlijst</p>

¹ Onder andere GGZ en verpleeghuiszorg worden vanuit verschillende wetten bekostigd, deze toolbox gaat alleen over de Zorgverzekeringswet.

		zorgaanbieder. Ook kan de zorgverzekeraar bemiddelen tussen u en een zorgaanbieder, bijvoorbeeld als er een wachtlijst is (zie hiervoor de site van uw zorgverzekeraar). Daarnaast kunt u bij uw zorgverzekeraar terecht voor uitleg over uw nota.	nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/krijg-ik-te-maken-met-wachttijden-als-ik-zorg-nodig-heb
1.3	Wat is de rol van de zorgaanbieders?	Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede, doelmatige en gepaste zorg. Zij moeten hierover duidelijk zijn naar patiënten, zorgverzekeraars en overheid. Zij proberen de kwaliteit en veiligheid van de zorg op een steeds hoger niveau te brengen.	
1.4	Heb ik de keuzevrijheid om naar iedere zorgaanbieder te gaan?	Ja, u heeft de vrijheid om naar iedere zorgaanbieder te gaan. Maar de kosten van uw behandeling worden niet altijd (volledig) vergoed bij alle zorgaanbieders. Dit is afhankelijk van uw polis keuze. Raadpleeg uw polis, de polisvoorwaarden en de website van uw zorgverzekeraar voorafgaand aan het bezoek aan arts, kliniek, ziekenhuis of andere behandelaar. Of neem contact op met uw zorgverzekeraar om na te gaan of uw polis de kosten vergoedt.	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar + infographic en https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/waar-op-letten-afsluiten-zorgverzekering
1.5	Wat houdt de basisverzekering in?	Iedereen die in Nederland woont of werkt moet een zorgverzekering hebben. De basisverzekering dekt de zorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. De minister van VWS beslist wat er in dit basispakket zit. Dit basispakket is bij alle verzekeraars hetzelfde. U bent niet verplicht om een aanvullende verzekering af te sluiten. U bent overigens ook niet verplicht het basispakket en de aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar af te sluiten.	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/ben-ik-verplicht-een-zorgverzekering-af-te-sluiten
1.6	Welke soort polissen biedt de zorgverzekering?	Sluit u een zorgverzekering af? Dan kunt u kiezen voor een naturapolis, een restitutiepolis of een combinatie daarvan.	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering

		Zorgverzekeraars gebruiken verschillende productnamen voor deze polissen.	ering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar + infographic
1.7	Wat is een naturapolis?	<p>De naturapolis is een polis waarbij u in principe naar de zorgaanbieder gaat waarmee uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. De verzekeraar maakt vooraf afspraken over de prijs en kwaliteit van zorg en betaalt de rekening rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Dit heet gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars kunnen contracten sluiten met alle zorgverleners. Soms sluit de zorgverzekeraar bepaalde zorgverleners uit omdat deze zorgverleners volgens de verzekeraar een bepaalde complexe operatie of GGZ-behandeling te weinig uitvoeren. Een zorgverzekeraar kan ook een zorgverlener uitsluiten omdat hij erg duur is in verhouding tot andere zorgverleners.</p> <p>Wilt u toch worden geholpen door een zorgverlener die buiten het contract valt? Dat kan, maar de zorgverzekeraar hoeft dan niet de totale rekening te vergoeden. Hoe hoog de vergoeding dan is staat in uw polis en op de website van de verzekeraar.</p>	<p>Kernachtig op: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar + infographic</p>
1.8	Wat is een restitutiepolis?	Bij een restitutiepolis kiest u zelf uw zorgverlener (bijvoorbeeld de dokter of psychiater). U heeft daarbij recht op vergoeding van de zorgkosten (restitutie). Afhankelijk van de afspraken die de zorgverlener met uw zorgverzekeraar heeft gemaakt, stuurt uw zorgverlener de rekening direct naar uw verzekeraar, of betaalt u de kosten eerst zelf en vergoedt de verzekeraar u daarna. Zie hiervoor uw polisvoorwaarden.	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar + infographic
1.9	Wat is een combinatiepolis?	Er bestaan ook combinaties van de natura- of restitutiepolis. Zo zijn er polissen waarbij zorgverleners gecontracteerd zijn en moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorgverleners. In uw zorgverzekeringpolis staat dit exact omschreven.	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar + infographic

			infographic
1.10	Wat is een budgetpolis?	<p>Een budgetpolis is een vorm van een naturapolis. De premie van deze polissen ligt lager, omdat minder zorgverleners zijn gecontracteerd. Daarbij krijgt u minder vergoed als u naar een zorgverlener gaat die geen contract heeft met uw verzekeraar.</p> <p>Soms zijn deze zorgverleners niet gecontracteerd omdat zij niet voldoen aan kwaliteitsnormen die de beroepsgroep stelt, soms omdat hun prijzen hoger liggen dan bij andere zorgverleners. Raadpleeg uw zorgverzekeringpolis en de polisvoorwaarden of neem contact op met uw zorgverzekeraar waar u terecht kunt.</p>	
1.11	Wat is een pro-life polis?	<p>Heeft u ethische bezwaren bij bepaalde vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie (ivf) of geslachtsverandering? Dan kunt u deze vormen van zorg uitsluiten op uw zorgverzekering. Dit heet een pro-life polis.</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar</p>
1.12	Wat is een collectieve zorgverzekering?	<p>Uw basisverzekering sluit u zelf af. Maar u kunt zich ook aansluiten bij een collectief. Dat is dezelfde basisverzekering voor een groep mensen. Zo maken werkgevers, vakbonden, ouderenorganisaties of patiëntenverenigingen speciale afspraken met zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld over zorg die vanuit het collectief vaker wordt gebruikt. Denk aan afspraken over speciale til-trainingen om rugklachten te voorkomen. U kunt bij uw werkgever navragen of u gebruik kunt maken van een collectieve verzekering. Of bij de patiëntenvereniging of (belangen)organisatie waarbij u aangesloten bent.</p> <p>Ook veel gemeenten bieden collectieve zorgverzekeringen aan. Deze zijn bedoeld voor mensen met een laag inkomen die veel kosten maken voor hun zorg. Kijk op de website Gezondverzekerd.nl om te zien wat uw gemeente aanbiedt. Met deze site kunt u een vergelijking maken met andere zorgverzekeringen.</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar</p>

1.13	Aanvullende verzekering?	<p>U kunt uw verplichte basisverzekering uitbreiden met een vrijwillige aanvullende verzekering. Een aanvullende zorgverzekering dekt zorgkosten die niet in het basispakket zitten. Bijvoorbeeld voor de tandarts, fysiotherapie (de eerste 20 behandelingen) of voor alternatieve geneeswijzen.</p> <p>Zorgverzekeraars hebben, in tegenstelling tot bij de basisverzekering, geen acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering. De verzekeraar kan vragen stellen over uw gezondheid en hij kan u eventueel weigeren als klant voor de aanvullende verzekering. Ook kan de zorgverzekeraar een wachttijd hanteren. Tijdens deze wachttijd bent u wel verzekerd, maar krijgt u bepaalde kosten (nog) niet vergoed. U krijgt bijvoorbeeld een nieuwe kroon uit de tandartsverzekering pas na één jaar vergoed. Niet meteen op de eerste dag van uw verzekering. Informeer bij uw zorgverzekeraar naar de voorwaarden.</p> <p>U hoeft uw basisverzekering en uw eventuele aanvullende verzekering niet bij dezelfde verzekeraar af te sluiten. Voor een 'losse' aanvullende verzekering kunnen wel bijzondere voorwaarden gelden. Zo kan de premie hoger zijn.</p>	<p>en https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/ben-ik-verplicht-een-zorgverzekering-af-te-sluiten</p> <p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/waar-op-letten-afsluiten-zorgverzekering https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/acceptatieplicht-zorgverzekering</p>
1.14	Niet verzekerd?	<p>U bent verplicht een basisverzekering af te sluiten. Doet u dat niet, dan bent u onverzekerd en moet u zelf de volledige kosten van de behandeling betalen. De Rijksoverheid spoort mensen zonder zorgverzekering op. Als u niet verzekerd bent, stuurt het Zorginstituut Nederland u daarover een brief. U moet dan binnen 3 maanden een zorgverzekering afsluiten of aantonen dat u zich niet hoeft te verzekeren (bijvoorbeeld wegens gemoedsbezwaren). Doet u dat niet, dan krijgt u een boete. Na 2 boetes meldt het Zorginstituut Nederland u aan bij een zorgverzekeraar. Het Zorginstituut houdt dan 12 maanden premie in op uw inkomsten. Dit</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-gebeurt-er-als-ik-de-premie-van-mijn-zorgverzekering-niet-betaal en www.zorgverzekeringslijn.nl</p>

		<p>is de zogeheten bestuursrechtelijke premie (130% van de standaardpremie). Heeft u geen vast inkomen? Dan krijgt u een acceptgiro toegestuurd.</p> <p>Zorgverzekeringslijn.nl vormt de schakel tussen wanbetalers en (on)verzekerden enerzijds en zorgverzekeraars, gemeenten en hulpverlenende instanties anderzijds. Zorgverzekeringslijn.nl informeert en adviseert over de verplichte zorgverzekering.</p>	
1.15	Welke premies betaal ik voor de zorgverzekering?	<p>Voor uw zorgverzekering betaalt u verschillende soorten premies. U betaalt een vast bedrag voor de basisverzekering, dat wordt geïnd door de zorgverzekeraar (de nominale premie). En u betaalt via uw inkomen een inkomensafhankelijke bijdrage voor het basispakket. Zelfstandig ondernemers betalen deze bijdrage via de belasting. Als u een aanvullende verzekering heeft, betaalt u daar ook nog premie voor. Naast de premies is het mogelijk dat u zelf een deel van de kosten van zorg moet betalen, vanwege het eigen risico of eigen bijdragen die voor sommige vormen van zorg gelden.</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/kosten-zorgverzekering</p>

2 Basispakket

2.1	Welke zorg wordt in 2015 en 2016 vergoed via het basispakket van mijn zorgverzekering?	<p>Het basispakket van de zorgverzekering vergoedt veelgebruikte geneeskundige zorg zoals de huisarts, het ziekenhuis, geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en wijkverpleging. Fysiotherapie wordt vanuit het basispakket uitsluitend bij bepaalde chronische aandoeningen vergoed, vanaf de 21^{ste} behandeling.</p> <p>Ook de behandeling van psychische klachten en stoornissen wordt vergoed. Voor klachten kunt u terecht bij de huisarts en POH-GGZ, en na verwijzing van de huisarts kunt u voor behandeling van een DSM IV-stoornis terecht in de Basis-GGZ (voor lichte tot matige, niet-complexe of chronische-stabiele- problematiek met laag risico) of Gespecialiseerde GGZ (voor ernstige psychische problematiek die te zwaar is voor de Basis-GGZ). Geestelijke gezondheidszorg tot 18 jaar valt onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Tandheelkunde is voor kinderen tot 18 jaar gratis.</p> <p>Nieuw in het basispakket in 2016: prenatale chirurgie bij een open ruggetje, vervolgtesten van vrouwen die in het buitenland de Niet Invasieve Prenatale Test met positieve uitslag hebben gedaan, het medicijn Belimumab en de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten.</p> <p>In de polisvoorwaarden kunnen zorgverzekeraars voorwaarden stellen voor de vergoeding van de zorg uit het basispakket. Zo zijn er zorgverzekeraars die beperkingen stellen aan de vergoeding van geneesmiddelen binnen het basispakket. Als u twijfelt of vragen heeft over de vergoeding van de zorg kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar.</p>	<p>Zie verder: www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas</p> <p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering</p> <p>en voor GGZ: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vraag-en-antwoord/vergoeding-ggz</p>
2.2	Hoe adviseert Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen, CVZ) om een bepaalde behandeling niet (meer) te	Het Zorginstituut Nederland heeft de wettelijk vastgelegde rol om de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te adviseren over de inhoud en de omvang van het basispakket. Binnen dit adviestraject gaat het zorginstituut in overleg met de betrokken partijen in de zorg, zoals patiëntenorganisaties. De minister neemt	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/inhoud/zorgverzekeringstelsel-in-nederland

	vergoeden via de het basispakket van de zorgverzekering?	de uiteindelijke beslissing over wat wel en niet in het basispakket zit. Daarnaast beoordeelt Zorginstituut Nederland aan de hand van enkele criteria (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) of bepaalde zorg al dan niet onderdeel mag uitmaken van het basispakket.	
2.3	Wat kan ik doen als ik het niet eens ben met mijn zorgverzekeraar?	<p>Als u een klacht heeft over uw zorgverzekeraar, bespreek deze dan eerst met uw zorgverzekeraar zelf. Elke zorgverzekeraar heeft een klachtenregeling. Informeer hiernaar. Komt u er samen niet uit? Dan kunt u terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).</p> <p><i>Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen</i></p> <p>De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen heeft een Ombudsman en een Geschillencommissie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ombudsman</i> U kunt een klacht voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt tussen u en uw zorgverzekeraar. U kunt een brief sturen of gebruik maken van het <u>klachtenformulier Ombudsman Zorgverzekeringen</u> op de website van de SKGZ. De bemiddeling van de Ombudsman is gratis. • <i>Geschillencommissie</i> U kunt uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De uitspraak van deze commissie is bindend. Leg de klacht per brief voor aan de geschillencommissie. Ook kunt u het <u>klachtenformulier Geschillencommissie Zorgverzekeringen</u> invullen op de website van de SKGZ. De diensten van de geschillencommissie zijn niet gratis. U krijgt de kosten wel terug als u gelijk krijgt. 	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/hoe-kan-ik-een-klacht-indienen-over-mijn-zorgverzekeraar

3 Eigen betalingen

3.1	Wat is het (verplicht en vrijwillig) eigen risico?	<p>Voor de basisverzekering geldt voor iedereen van 18 jaar en ouder een <u>verplicht eigen risico</u>. In 2016 is dit € 385. Het verplicht eigen risico geldt niet voor de huisarts (wel bij bloedtesten of ander laboratoriumonderzoek of gebruik geneesmiddelen), de huisartsenpost, verloskundige zorg en kraamzorg, wijkverpleging en nacontroles bij orgaandonatie en reiskosten bij orgaandonatie. Ook voor bepaalde aandoeningen is alle 'ketenzorg' in de eerstelijnszorg vrijgesteld van het eigen risico: COPD, Diabetes type 2 en Cardio vasculair risico (CVR). Krijgt u als diabeet in het kader van de ketenzorg te maken met een podoloog, dan hoeft u geen eigen risico te betalen. U betaalt wel een eigen risico voor alle andere zorg. <u>Dit betekent dat u 385 euro aan zorgkosten die u bij andere zorgverleners maakt, zelf moet betalen.</u></p> <p>U kunt het verplicht eigen risico vrijwillig verhogen met € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De zorgverzekeraar kan dan een korting op de maandelijkse premie voor de basisverzekering geven. Het eigen risico wordt bepaald op het moment dat u in zorg gaat en, bij trajecten langer dan een jaar, jaarlijks daarna. Uw verzekeraar brengt het eigen risico bij u in rekening als uw zorgaanbieder een declaratie bij de zorgverzekeraar heeft ingediend. De verzekeraar brengt het eigen risico dus pas in rekening als hij een rekening krijgt van uw zorgverlener; de zorg kan dan al afgerond zijn.</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering</p> <p>en (hierin ook de ketenzorg, zie vraag 4.26 en 4.31):</p> <p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/geen-verplicht-eigen-risico-voor-bepaalde-zorg</p>
3.2	Wat is het verschil tussen het verplichte en vrijwillige (hoger) eigen risico?	<p>De overheid stelt het verplicht eigen risico vast. Voor 2015 was dit €375, voor 2016 is dit € 385. U kunt vrijwillig kiezen voor een hoger eigen risico in stappen van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De zorgverzekeraar kan dan een korting op de maandelijkse premie voor de basisverzekering geven.</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering</p>
3.3	Hoe hoog is dit jaar het verplichte eigen risico?	<p>Per 1 januari 2016 is het eigen risico voor de zorgverzekering € 385. In 2015 was het eigen risico €375.</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering</p>

			ering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering
3.4	Geldt het eigen risico voor de huisartsenpost, spoedeisende hulp en onvrijwillige zorg?	<p>Voor een bezoek aan de huisarts, POH-ggz of de huisartsenpost geldt géén eigen risico. Vervolgonderzoek van de huisarts (bijvoorbeeld bloedonderzoek) valt wel onder het eigen risico.</p> <p>Als er sprake is van een levensbedreigende situatie, kunt u direct naar de spoedeisende hulp in het ziekenhuis of een crisisdienst van een ggz aanbieder. Hier geldt ook het verplichte eigen risico. Ook voor onvrijwillige zorg zoals bemoeizorg, in bewaringstelling (IBS), een rechterlijke machtiging (RM) en acute zorg geldt het verplichte eigen risico.</p>	Niet zo specifiek op ro.nl, wel algemeen op: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/geen-verplicht-eigen-risico-voor-bepaalde-zorg
3.5	Voor welke zorg uit het basispakket zorgverzekering betaal ik geen verplicht eigen risico?	<p>Voor de volgende zorg uit het basispakket zorgverzekering betaalt u <i>geen</i> eigen risico:</p> <ol style="list-style-type: none"> Huisartsenzorg (waaronder POH-ggz en de huisartsenpost) Wijkverpleging Verloskundige zorg en kraamzorg Voor behandeling van chronische aandoeningen vanuit programmatische ketenzorg (diabetes mellitus type 2, COPD en CVR) Nacontroles bij degene die een orgaan heeft gedoneerd Reiskosten bij orgaandonatie <p>NB: Vervolgonderzoek in opdracht van de huisarts, zoals bloedtesten, vallen wel onder het verplicht eigen risico.</p> <p>Zie hier de inhoud van het basispakket voor 2016.</p> <p>Voor meer informatie, raadpleeg uw verzekeringspolis of neem contact op met uw zorgverzekeraar.</p>	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/geen-verplicht-eigen-risico-voor-bepaalde-zorg

3.6	Hoe weet u hoeveel er nog over is van uw eigen risico?	Uw zorgverzekeraar informeert u hierover op papier via het vergoedingenoverzicht of via de 'mijn omgeving' op de website van de zorgverzekeraar.	
3.7	Wat zijn eigen bijdragen?	<p>Voor sommige zorg uit de basisverzekering moet u een eigen bijdrage betalen. De overheid bepaalt voor welke zorg dit geldt. En hoe hoog die bijdrage is. De eigen bijdrage is voor iedereen hetzelfde. De eigen bijdrage geldt bijvoorbeeld voor orthopedische schoenen. De eigen bijdrage in dit voorbeeld is van toepassing omdat iedereen, gezond of ongezond, schoenen moet kopen. Eigen bijdragen hebben betrekking op één soort behandeling en kennen de volgende vormen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. De zorg wordt vergoed uit het basispakket, maar een gedeelte betaalt u zelf per jaar (bijv. ziekenvervoer) b. De zorg wordt vergoed uit het basispakket, maar een percentage betaalt u zelf per keer (bijv. hoortoestellen) c. De zorg wordt vergoed uit het basispakket tot een bepaald maximum per keer (bijv. diverse hulpmiddelen). De rest betaalt u zelf. 	Gedeeltelijk op: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wanneer-eigen-bijdrage-zorgverzekering
3.8	Hoe werkt het eigen risico (verplicht/vrijwillig) ten opzichte van eigen bijdrage?	<p>Dit is het beste met een rekenvoorbeeld uit te leggen. Het rekenvoorbeeld gaat uit van het eigen risico voor 2016 (€ 385).</p> <p>Stel de rekening voor ziekenvervoer bedraagt € 1.000. Er dient € 90 per kalenderjaar als eigen bijdrage betaald te worden. Dan blijft over € 1000 - € 90 = € 910. De zorgverzekeraar kijkt vervolgens naar uw eigen risico. Als u dat jaar nog een eigen risico (€ 385) heeft openstaan, dan gaat dit bedrag van de rekening af. Hiermee wordt € 910 - € 385 = € 525 door de verzekering vergoed. U betaalt zelf € 90 + € 385 = € 475.</p> <p>Indien u uw eigen risico in dat jaar al heeft volgemaakt (u heeft al €</p>	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wanneer-eigen-bijdrage-zorgverzekering maar geen rekenvoorbeeld

		<p>385 betaald wegens gebruik van andere zorg), dan vergoedt uw zorgverzekeraar het volgende: € 1000 (ziekenvervoer) –€ 90 (eigen bijdrage)= € 910.</p> <p>Eventuele kosten die u maakt voor zorg die niet uit het basispakket vergoed wordt (volledige eigen betaling), hebben geen invloed op uw (openstaande) eigen risico.</p>	
3.9	Mijn behandeltraject begint in het ene jaar en eindigt in het volgend jaar. Wat betekent dit voor mijn eigen risico?	De startdatum van uw behandeling en het daaraan gekoppelde DBC-zorgproduct, bepaalt in welk jaar het eigen risico wordt aangesproken (voor uitleg DBC's zie vragen en antwoorden over bekostiging).	
3.10	Wat kan ik doen als ik mijn premie, rekening of eigen risico niet kan betalen?	<p>Veel zorgverzekeraars bieden hun verzekerden een betalingsregeling aan, indien de verzekerde de premie niet kan betalen. Neem bij betalingsproblemen dus tijdig contact op met uw zorgverzekeraar.</p> <p>Daarnaast hebben gemeenten de verantwoordelijkheid om mensen met een chronische aandoening of handicap te ondersteunen in de kosten waar zij mee geconfronteerd worden. Gemeenten bepalen zelf hoe zij dat doen. Voor meer informatie informeer bij uw eigen gemeente of kijk op www.gezondverzekerd.nl voor de collectieve zorgverzekeringen die gemeenten aanbieden.</p>	
3.11	Wat is zorgtoeslag?	<p>Als u een laag inkomen heeft kunt u <u>zorgtoeslag</u> krijgen om de premie en het verplicht eigen risico te compenseren. Hoeveel zorgtoeslag u kunt krijgen, hangt af van onder andere uw inkomen en uw leefsituatie. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de zorgtoeslag. Uw zorgtoeslag wordt elk jaar opnieuw beoordeeld. Ga er niet van uit dat u volgend jaar net zo veel zorgtoeslag krijgt als dit jaar. De Belastingdienst betaalt de zorgtoeslag uit. Zie <u>http://www.belastingdienst.nl/rekenhulpen/toeslagen/</u> om uw zorgtoeslag te berekenen.</p> <p><i>Rekenvoorbeeld</i> In 2015 kostte de goedkoopste restitutiepolis (hierbij kiest u zelf uw</p>	<p><u>http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/wijzigen.html</u></p>

		zorgverlener, zie elders in dit overzicht) € 1080 per jaar. Gemiddeld betaalden mensen € 240 per jaar aan eigen risico. Mensen met een minimuminkomen kregen op jaarbasis € 942 aan zorgtoeslag, dus betaalden € 31 per maand zelf aan zorg.	
3.12	Wanneer heb ik recht op zorgtoeslag?	Om voor zorgtoeslag in aanmerking te komen, moet u aan een aantal voorwaarden voldoen. Deze zijn te vinden op: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html	http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html En http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html
3.13	Heb ik altijd een verwijsbrief nodig?	Voor het vergoed krijgen van medisch-specialistische geneeskundige zorg is altijd een verwijzing naar de specialist nodig. Voor spoedeisende hulp heeft u echter geen verwijzing nodig. Zorgverzekeraars bepalen welke categorieën zorgaanbieders zij als geldige verwijzer voor medisch-specialistische zorg opnemen in hun polisvoorwaarden. Daarbij moet in ieder geval de huisarts worden genoemd. Ook voor andere zorg, zoals psychologische zorg of fysiotherapie bij chronische aandoeningen, kan een verzekeraar bepalen dat een verwijzing nodig is. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Dit kunt u nagaan in de polisvoorwaarden of bij uw zorgverzekeraar. Wanneer iemand een behandeling zelf wil betalen, is er geen verwijzing nodig. Het is dan niet mogelijk om later alsnog een rekening voor de ontvangen zorg in te dienen bij de zorgverzekeraar.	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-een-verwijsbrief-van-mijn-huisarts-nodig-en-wanneer-mag-hij-deze-weigeren

3.14	Wat gebeurt er als ik niet op kom dagen bij een afspraak?	<p>Als u zonder geldige reden niet op een afspraak verschijnt, kan het zijn dat u een bedrag moet betalen. Dit is het wegblijftarief, ook wel no-show-tarief genoemd. Zorgaanbieders mogen zelf bepalen of zij een wegblijftarief in rekening brengen. Dit is niet verplicht. Uw zorgaanbieder kan u informeren of zij een wegblijftarief hanteren of niet. Het wegblijftarief moet u zelf betalen. U kunt het niet bij uw zorgverzekeraar declareren.</p>	<p>https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vragen-antwoord/moet-ik-een-boete-betalen-als-ik-niet-op-een-ziekenhuisafspraken-kom</p>
3.15	Hoe weet ik vooraf hoeveel mijn behandeling gaat kosten?	<p>Voor informatie over de kosten van uw behandeling kunt u zowel bij uw zorgverlener als bij uw zorgverzekeraar terecht.</p> <p>Voor uw zorgverzekeraar geldt dat deze verplicht is om, op verzoek, u te informeren over de tarieven per zorgverlener, over het deel van uw eigen risico dat u daarbij kwijt bent en over de eventuele eigen bijdrage. Als het exacte tarief nog niet bekend is, moet de zorgverzekeraar een inschatting geven.</p> <p>Ook zorgverleners zijn verplicht om op verzoek vooraf inzicht in (of een inschatting van) de kosten van de behandeling te geven. Hierbij moet de zorgaanbieder rekening houden met uw polis en of hij door uw verzekeraar gecontracteerd is.</p>	

4a Bekostiging GGZ

4.1	Welke geestelijke gezondheidszorg valt onder de Zorgverzekeringswet?	<p>Onder de Zorgverzekeringswet valt de zogenaamde curatieve GGZ. Dit is zorg die gericht is op herstel of het voorkomen dat een aandoening/psychische klacht erger wordt. Deze GGZ is onderverdeeld in 3 soorten zorg:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Zorg via de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) (zie 4.2)2. Generalistische basis GGZ (zie 4.3)3. Gespecialiseerde GGZ (zie 4.4)	<p>https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/curatieve-ggz/</p> <p>http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vraag-en-antwoord/waar-vind-ik-hulp-bij-psychische-problemen.html</p>
4.2	Welke zorg levert de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)?	<p>De huisarts en POH-ggz bieden (kortdurende) hulp bij lichte tot matige psychische problemen. Na afronding van uw behandeling bij de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ, kan de POH-GGZ indien nodig begeleiding bieden, zoals bij chronische psychische problemen.</p>	<p>http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz.html</p>
4.3	Welke zorg valt onder de generalistische basis GGZ?	<p>Bij lichte tot mate, niet-complexe GGZ problemen of chronische (stabiele) problemen met een laag risico kunt u in de generalistische basis GGZ behandeld worden.</p> <p>De huisarts kan u naar de generalistische basis GGZ doorverwijzen als er een vermoeden is van een DSM-IV stoornis. Dat is een stoornis die vermeld staat in het handboek DSM IV, een handboek voor psychische diagnostiek dat ook is gebruikt om het basispakket voor de GGZ af te bakenen. Het gaat bij de generalistische basis GGZ altijd om ambulante behandeling, oftewel: niet om opname.</p>	<p>http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz.html</p>
4.4	Welke zorg valt onder de gespecialiseerde GGZ?	<p>Bij ernstige psychische problemen kunt u in de gespecialiseerde ggz behandeld worden, na verwijzing door uw huisarts als er <i>een vermoeden</i> is van een DSM-IV stoornis. Dat is een stoornis die</p>	<p>http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz.html</p>

		vermeld staat in het handboek DSM IV, een handboek voor psychische diagnostiek dat ook is gebruikt om het basispakket voor de GGZ af te bakenen. Het kan gaan om ambulante GGZ of een verblijf gericht op behandeling in een GGZ -instelling. Als uw verblijf met behandeling in een GGZ -instelling langer duurt dan drie jaar, valt het vanaf het vierde jaar onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz)	sis-ggz-en- gespecialiseerde-ggz.html
4.5	Hoe ziet de bekostiging van de generalistische basis-GGZ eruit?	<p>De generalistische basis GGZ kent de volgende prestaties, die elk eigen maximumtarieven hebben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Basis GGZ Kort (BK) 2. Basis GGZ Middel (BM) 3. Basis GGZ Intensief (BI) 4. Basis GGZ Chronisch (BC) 5. Onvolledig behandeltraject <p>In de generalistische basis GGZ is uw zorgvraag uitgangspunt voor de zorg. Uw zorgvraag wordt in kaart gebracht langs vijf criteria: vermoeden van een DSM-stoornis, ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten. Op basis van deze vijf criteria kiest de behandelaar een passend zorgtraject. Een zorgtraject kan maximaal 1 jaar duren. Als uw zorgvraag te complex is voor de generalistische basis-GGZ, kunt u doorverwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ.</p>	
4.6	Wat staat er op de zorgnota als ik generalistische basis GGZ heb ontvangen?	<p>Op de zorgnota staan onder andere de volgende gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De verwijzer (AGB-code) - Verwachte prestatie na intake en diagnostiek (een van de prestaties zoals beschreven bij 4.5, geen diagnose) - Geleverde prestatie (een van de prestaties zoals beschreven bij 4.5, geen diagnose) 	http://www.meldjezorg.nl/ meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw- factuur-bij-behandeling-in- de-basis-ggz

		<ul style="list-style-type: none"> - Prijs - Startdatum en einddatum van het behandeltraject - Beroep en AGB-code van de hoofdbehandelaar - Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar = - Directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep - Totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd 	Zie artikel 7.1 uit de NR/cu-732 voor wat er minimaal op de factuur moet komen
4.7	Ik krijg een zorgnota met OVP erop. Wat betekent dit?	<p>OVP staat voor Overige Product. Een OVP kan om verschillende redenen in rekening worden gebracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - OVP niet basispakket zorg Consult: behandeling van een <i>stoornis</i> waarvan de behandeling zelf niet vergoed wordt, zoals een aanpassingsstoornis. Diagnostiek wordt wel vergoed. Of om behandeling met een <i>methode</i> die niet vergoed wordt, zoals neurofeedback of psychoanalyse. Als de zorgaanbieder deze zorg wil geven en u de zorg wilt ontvangen, dan zijn afspraken gemaakt over de zorg en het tarief dat u daarvoor betaalt. De NZa heeft daarvoor een maximum tarief vastgesteld. - OVP niet basispakket zorg Verblijf: verblijf in het kader van de behandeling van een <i>stoornis</i> waarvan de behandeling zelf niet vergoed wordt, zoals een aanpassingsstoornis. Diagnostiek wordt wel vergoed. Of om behandeling met een <i>methode</i> die niet vergoed wordt, zoals neurofeedback of psychoanalyse. Als de zorgaanbieder deze zorg wil geven en u de zorg wilt ontvangen, dan zijn afspraken gemaakt over de zorg en het tarief dat u daarvoor betaalt. De NZa heeft daarvoor een maximum tarief vastgesteld. 	http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-basis-ggz

4.8	Ik krijg een zorgnota met 'Transitieprestatie' of 'Onvolledig Behandeltraject' erop. Wat betekent dit?	<p>Als je naar de generalistische basis GGZ bent verwezen, maar de behandelaar komt tot de conclusie dat behandeling in de generalistische basis GGZ niet passend is (omdat er geen sprake is van een DSM-stoornis, of je lichtere of zwaardere zorg nodig hebt), dan kan hij het product Onvolledig Behandeltraject in rekening brengen. Hetzelfde geldt als de patiënt de behandeling vroegtijdig (tot 120 minuten) afbreekt. De kosten voor het onvolledig behandeltraject worden door de zorgverzekeraar vergoed tót 120 minuten. Ook hiervoor heeft de NZa een tarief vastgesteld. In 2014 heette dit product de 'Transitieprestatie' en werd het ook gebruikt voor specifieke situaties die het gevolg waren van de overgang naar de generalistische basis-GGZ.</p> <p>* Let op: een Onvolledig Behandeltraject verschilt van het Overig Product (OVP) en/of het Overig Zorgproduct (OZP). De laatste twee producten worden niet vergoed door de zorgverzekeraar.</p>	
4.9	Hoe wordt er voor de gespecialiseerde GGZ betaald?	<p>De gespecialiseerde GGZ kent de volgende soorten zorgprestaties met verschillende tariefstructuren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnose Behandeling Combinaties (DBC) 2. ZZP GGZ-zorgproducten (ZZP GGZ) 3. Overige producten <p>Wordt u verwezen naar de gespecialiseerde GGZ en in behandeling genomen, dan wordt een DBC behandeltraject geopend. Dit behandeltraject bestaat uit één of meerdere opvolgende Diagnose Behandel Combinaties(meestal kortweg DBC genoemd), gekoppeld aan de diagnose, met ieder een maximale looptijd van 365 dagen. Duurt een behandelingstraject langer dan een jaar dan wordt de DBC</p>	<p>http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-gespecialiseerde-ggz</p>

		<p>gesloten en een opvolgende DBC geopend. De zorgaanbieder kan de geleverde zorg tot dan toe met de afgesloten DBC declareren. . Een bijzonder soort DBC is de crisis-DBC, zonder en met opname. Deze kan maximaal 28 dagen openstaan.</p>	
4.10	Hoe werkt de DBC-systematiek in de GGZ?	<p>Zorgaanbieders gebruiken DBC's (Diagnose Behandel Combinatie) om de gespecialiseerde zorg in rekening te brengen. In een DBC is vastgelegd welke diagnose en welke behandeling bij uw zorgvraag horen.</p> <p>De gespecialiseerde GGZ kent ca. 120 soorten DBC's. Een DBC in de GGZ is opgebouwd uit patiëntgerichte activiteiten (diagnostiek, behandeling), verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. Afhankelijk van de combinatie van activiteiten, verblijfsdagen, uren dagbesteding en verrichtingen en de tijd of aantallen die hieraan besteed zijn, wordt een aparte behandelprestatie, verblijfsprestatie en/of overige prestaties afgeleid. Aan de behandel-, verblijfs- en overige prestaties zijn dan weer tarieven verbonden Voor crisis is een aparte DBC.</p> <p>Als u GGZ-zorg ontvangt, rekent de zorgaanbieder dus niet elk gesprek of activiteit afzonderlijk met u af. Uw zorg wordt betaald via DBC zorgpakketten die gebruikelijk zijn bij een bepaalde behandeling en mede afhankelijk van de totaal bestede tijd, bijvoorbeeld bij een angststoornis.</p>	<p>Deels op ro.nl: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prestaties-belonen-in-ziekenhuizen/inhoud/prestatiebekostiging</p>
4.11	Wie stelt de omschrijving van een DBC-zorgproduct vast?	<p>De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de omschrijving van de DBC's vast en bepaalt welke DBC's zorgaanbieders in rekening kunnen brengen.</p>	
4.12	Waarom zijn DBC-zorgproducten ingevoerd?	<p>Het DBC-systeem geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer en beter inzicht in de kosten van de behandeling. Hierdoor kunnen zorgaanbieders hun bedrijfsvoering verbeteren en zo betaalbare en doelmatige zorg (blijven) leveren. • Betere mogelijkheden bij het inkopen van kwalitatief goede en betaalbare zorg door zorgverzekeraars. Uiteindelijk profiteert de 	

		<p>consument ervan als zorgverzekeraars goede afspraken maken met zorgaanbieders.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundeling van activiteiten welke gericht zijn op de zorgvraag van de consument, die als een geheel in rekening gebracht kunnen worden in plaats van losse rekeningen voor elke activiteit. 	
4.13	Wanneer wordt in de GGZ een DBC geopend en wanneer wordt deze gesloten?	<p>De begindatum van de DBC is de datum van het eerste contact dat heeft plaatsgevonden.</p> <p>Een DBC kan in de GGZ maximaal 365 dagen doorlopen. Na afloop van deze periode wordt de DBC afgesloten en de rekening opgemaakt. Als de behandeling op dat moment nog niet afgerond is wordt er een opvolgende DBC geopend.</p> <p>Let op: de einddatum van de DBC hoeft niet altijd de laatste dag van de behandeling te zijn. Na het laatste behandelcontact kan de zorgaanbieder nog administratie of regeltijd registreren, daarna sluit de zorgaanbieder de DBC om deze bij de zorgverzekeraar in te kunnen dienen.</p>	
4.14	Als ik tijdens een behandeltraject bij een zorgaanbieder overstap naar een andere verzekeraar. Naar welke verzekeraar gaat dan de rekening?	De zorgaanbieder stuurt de rekening naar de verzekeraar waarbij u verzekerd was bij de start van de behandeling (DBC).	https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/overstappen-zorgverzekeraar
4.15	Welke DBC's zijn er voor de GGZ?	<p>Binnen de DBC-systematiek voor de GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen de termen 'initiële DBC', 'vervolg-DBC', 'crisis-DBC' en 'zorgtraject'.</p> <p>Een <i>initiële DBC</i> is de DBC die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële DBC is altijd de eerste DBC binnen een zorgtraject. Een <i>vervolg-DBC</i> is een DBC die volgt op een initiële DBC of een voorgaande vervolg-DBC. Een vervolg-DBC heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de</p>	http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-gespecialiseerde-ggz

		<p>eerder afgesloten initiële DBC of vervolg-DBC.</p> <p>Een <i>crisis-DBC</i> wordt geopend als er bij een patiënt sprake is van een crisis.. De 24-uurs crisiszorg die deze crisisdiensten leveren wordt onder andere gekenmerkt door de niet planbaarheid van zorg. De geleverde crisiszorg heeft als doel de crisissituatie van de patiënt zo spoedig mogelijk te stabiliseren. Alleeninstellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie leveren deze zorg..</p> <p>Een initiële DBC, met eventueel één of meerdere vervolg-DBC's, vormt het <i>zorgtraject</i>. Dit zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose.</p>	
4.16	Waaruit bestaat een DBC in de GGZ ?	<p>Een DBC in de GGZ kan uit de volgende activiteiten en verrichtingen bestaan:</p> <p>A. Diagnostiek en behandeling</p> <p>B. Crisisactiviteiten</p> <p>C. Verblijf (met of zonder overnachting)</p> <p>D. Dagbesteding</p> <p>E. Specifieke verrichtingen: Electroconvulsietherapie (ECT) en ambulante Methadon verstrekking (AMV)</p> <p>F. Begeleiding</p>	Zie "bijlage 4: activiteiten en verrichtingen" bij de nadere regel NR/CU-565 Hierin zijn alle activiteiten en verrichtingen opgesomd
4.17	Wat staat er op de zorgnota voor de gespecialiseerde GGZ?	<p>Op de zorgnota voor de GGZ kunt u informatie vinden over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DBC-startdatum en de DBC- einddatum; - Declaratiecode; - Gedeclareerd tarief 	http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-gespecialiseerde-ggz

		<ul style="list-style-type: none"> - AGB-code en beroep hoofdbehandelaar - Directe en indirecte tijd die besteed is, vermeldt wordt: <ul style="list-style-type: none"> a. directe en indirecte tijd van de hoofdbehandelaar(s); b. directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en vermelding van diens beroep en; c. de totaal bestede directe en indirecte tijd van de gehele DBC (optelsom van a en b). - Type verwijzer en AGB-code - DBC-prestatiecode (met onder andere een code voor de hoofddiagnosegroep en een zorgvraagzwaarteindicator); - Dagbesteding. Op de factuur staat de activiteitencode waarmee dagbesteding bij de zorgaanbieder wordt geregistreerd en het aantal uren dagbesteding per DBC. - Deelprestaties (verblijf met en zonder overnachting, electroconvulsietherapie, ambulante methadonverstrekking, beschikbaarheidcomponent crisis) - Lekenomschrijving (als de factuur aan de patiënt wordt verstuurd) 	<p>Zie de Nadere Regel NR/CU-565 paragraaf 3.4.</p>
4.18	<p>Wat betekent de privacyregeling of opt-out regeling in de GGZ en hoe werkt dat? Of: Hoe is mijn privacy gewaarborgd?</p>	<p>Om voor het voor de zorgverzekeraar controleerbaar te maken of de aanbieder correct declareert, is het in de gespecialiseerde GGZ verplicht om de hoofddiagnosegroep op de factuur te vermelden. Bijvoorbeeld: aandachtstekort-en gedrag, schizofrenie, depressie, angst, etc.</p> <p>Als je hier bezwaar tegen hebt, kun je gebruik maken van de zogenoemde opt-out regeling of privacyregeling. De patiënt moet in dit geval samen met zijn zorgaanbieder een privacyverklaring ondertekenen en een kopie hiervan uiterlijk gelijktijdig met de declaratie bij de zorgverzekeraar indienen. De zorgaanbieder kan dan declaraties bij de zorgverzekeraar indienen zonder daarop informatie te vermelden die verwijst naar de diagnose. Een voorbeeld van een verklaring is te vinden op de website van de NZa, als bijlage bij de</p>	<p>https://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/NR_CU_565_Regeling_gespecialiseerde_geestelijke_gezondheidszorg</p> <p>Zie art 3.5 van de NR/CU-565, met als bijlage 7 een voorbeeld van een privacyverklaring.</p>

		nadere regel gespecialiseerde GGZ.	
4.19	Wat is directe tijd en wat is indirecte tijd?	<p>Bij een GGZ-behandeling kan zowel directe als indirecte tijd in rekening worden gebracht Bij direct tijd heeft de behandelaar contact met de patiënt of met familieleden, gezinsleden etc. face-to-face contact, telefoongesprekken, schriftelijk- of e-mailcontact, chat of skype. Bij indirecte tijd gaat het om zaken rondom een contactmoment waarbij de patiënt niet aanwezig is. Bijv. voorbereiden van een sessie of verslaglegging</p> <p>Als het directe contact kort is geweest, kan het zijn dat de indirecte kosten hoger zijn dan de directe kosten.</p>	Zie NR/CU-565 p. 39.
4.20	Wat is een ZZP GGZ product?	<p>Een ZZP GGZ is een volledig pakket van ggz met behandeling bij verblijf in een instelling. De ZZP GGZ sluit aan op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die u nodig heeft.</p> <p>Een ZZP GGZ bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (een patiëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit profiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg.</p> <p>In de ZZP wordt vooraf vastgesteld hoeveel uren verblijf en zorg een cliënt ongeveer zou moeten krijgen en kent een tarief per soort ZZP, onafhankelijk van het aantal uren daadwerkelijk geleverde zorg in een week.</p>	http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-gespecialiseerde-ggz
4.21	Wanneer is sprake van een ZZP GGZ?	Als u in een GGZ-instelling verblijft in het kader van een behandeling, worden de eerste 365 dagen via een DBC geregistreerd en bekostigd. Duurt dit verblijf langer, dan wordt vanaf dag 366 een ZZP GGZ geregistreerd. Vanaf het vierde aaneengesloten jaar valt de behandeling onder de Wet Langdurige Zorg. Bij de telling van aaneengesloten verblijf wordt een onderbreking van ten hoogste 30 dagen niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. Onderbrekingen wegens	http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-gespecialiseerde-ggz

		weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.	
4.22	Welke ZP GGZ producten kunnen op de zorgnota staan?	<p>Er zijn verschillende ZP GGZ-zorgproducten:</p> <p>a. ZP GGZ B 3 t/m 7 inclusief dagbesteding</p> <p>b. ZP GGZ B 3 t/m 7 exclusief dagbesteding</p> <p>c. ZP GGZ Klinisch Intensieve Behandeling</p> <p>De ZP's GGZ zijn opgebouwd uit de componenten: woonzorg, dagbesteding, behandelaars en verblijf. Vanuit deze componenten worden de verschillende functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf geleverd.</p> <p>De zorgaanbieder declareert de prestatie met het profiel dat overeenkomt met het profiel van de patiënt.</p>	<p>http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-gespecialiseerde-ggz</p> <p>zie ook NZa Beleidsregel BR/CU-5138 p. 4</p>
4.23	Wanneer is sprake van een Overig zorgproduct (OZP) in de gespecialiseerde GGZ?	<p>In bijzondere en specifieke gevallen kan 'overig zorgproducten' voor de geleverde zorg op de factuur staan. De 'overige zorgproducten' (OZP's) hebben geen relatie met het DBC of ZP GGZ-traject van een cliënt. De overige zorgproducten moeten daarom afzonderlijk gedeclareerd worden aan de cliënt, zorgverzekeraar of aan de opdrachtgever.</p>	<p>http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/uitleg-over-uw-factuur-bij-behandeling-in-de-gespecialiseerde-ggz</p> <p>Het overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren zijn kunt u vinden in het overzicht overige zorgproducten per segment. Het betreft hier bijlage 4 van de nadere regel voor de medisch specialistische zorg (msz).</p>

4.24	Hoe controleer ik mijn GGZ-zorgnota?	U kunt uw zorgnota zelf controleren. Op de website www.meldjezorg.nl van het Landelijk Platform GGz staat meer informatie over hoe u kunt nagaan of de factuur van uw zorgaanbieder of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar klopt.	http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/zorg/zorgverzekering/wat-betekent-uw-factuur
4.25	Controleert de zorgverzekeraar de GGZ-rekeningen die ze krijgen?	De zorgverzekeraar controleert alle declaraties, dus ook die van de ggz aanbieder. Een zorgverzekeraar kijkt of de declaratie voldoet aan wet- en regelgeving, of het juiste tarief is gedeclareerd, of de zorgverlener bevoegd is en dergelijke.	https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/curatieve-ggz/ http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vraag-en-antwoord/waar-vind-ik-hulp-bij-psychische-problemen.html