



De kosten van uw behandeling (volwassenen)

Uw zorgverzekeraar betaalt in principe de kosten van uw behandeling. GGZ Rivierduinen heeft daarvoor voor 2019 met alle zorgverzekeraars afspraken gemaakt. Zorgverzekeraars bieden verschillende zorgverzekeringen aan. De voorwaarden van de door u gekozen verzekering, verschillen per zorgverzekeraar. Vraag daarom voordat u start met een behandeling bij GGZ Rivierduinen bij uw eigen zorgverzekeraar na wat wel en niet onder de dekking van uw zorgpolis valt. Daarmee voorkomt u nare financiële verrassingen.

Verwijzing

Om uw behandeling bij GGZ Rivierduinen vergoed te krijgen van uw zorgverzekeraar heeft u een verwijfsbrief van uw huisarts nodig. Bent u doorverwezen door een andere arts, vraag dan aan uw zorgverzekeraar of zij hiermee akkoord gaat.

Eigen risico

De zorg die de zorgverzekeraar vergoedt, valt onder het verplicht eigen risico. Dat bedraagt in 2019 €385,00 per jaar/per persoon. Heeft u uw eigen risico zelf verhoogd (vrijwillig eigen risico), dan kan uw zorgverzekeraar u – achteraf – extra kosten in rekening brengen. U kunt bij uw zorgverzekeraar navragen hoeveel eigen risico er nog open staat.

Wat is een DBC?

Als u bij GGZ Rivierduinen in behandeling komt, openen wij voor u een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie). Wij leggen uw diagnose en alle activiteiten die wij voor u doen vast in deze DBC. Hierbij kunt u denken aan de tijd die de behandelaar besteedt aan gesprekken met u, maar ook tijd voor verslaglegging in uw dossier, overleg met derden, aanvraag van medicijnen en telefoongesprekken. Een DBC mag maximaal 365 dagen duren. Duurt de behandeling langer dan openen wij een (vervolg)DBC voor u. Het jaar waarin een DBC start, is bepalend voor de berekening van het eigen risico.

Crisis zorg

Heeft u crisiszorg ontvangen door een of meerdere behandelaren van een 24/7 crisisdienst, dan worden de kosten apart verrekend met uw

zorgverzekeraar. Er wordt voor deze zorg een crisis DBC geopend, hierbij komt een toeslag, deze wordt doorberekend aan uw zorgverzekeraar. Deze kosten worden verrekend met uw verplichte en eventueel vrijwillig eigen risico.

Wat is de prijs van een DBC?

Aan elke DBC hangt een prijskaartje. De prijs wordt bepaald door landelijk vastgestelde tarieven voor het totaalpakket van activiteiten rond uw behandeling. Er is dus geen sprake van een prijs per sessie. De landelijke tarieven vindt u op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): nza.nl.

Waarom zo laat een afrekening?

Wij sluiten een DBC pas af als uw behandeling helemaal is afgerond (binnen één jaar) of als u één heel jaar in behandeling bent geweest (bij langdurende behandelingen). Daarom kan het zijn dat u pas na lange tijd een afrekening krijgt van de zorgverzekeraar voor uw behandeling. De startdatum die op de afrekening van uw zorgverzekeraar staat, is niet altijd gelijk aan het moment dat u voor het eerst een afspraak hebt gehad. Wij openen namelijk uw DBC al op het moment van uw aanmelding. Die datum staat dan ook als startdatum op de afrekening.

Let op!

Heeft u geen zorgverzekering afgesloten of voldoet u niet aan de voorwaarden van de zorgverzekeraar, dan moet u de rekening zelf betalen. Dit kunnen hele hoge bedragen zijn. Controleer daarom goed wat wel en niet onder de dekking van uw zorgverzekering valt.

Verblijf langer dan drie jaar

Bij een opname in één van onze klinieken en daarbij een verblijf van langer dan drie jaar, vergoedt het Zorgkantoor de zorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelt uw indicatie vast. Voor deze zorg geldt een eigen bijdrage, afhankelijk van uw inkomen.



Hoe komen de kosten van mijn behandeling of begeleiding tot stand?

directe kosten



- diagnostisch onderzoek
- behandelgesprekken
- telefonisch consult
- opname
- internetbehandeling
- begeleiding

indirecte kosten



- overleg met verwijzers
- overleg tussen specialisten
- verslaglegging

Bij kort contact kan het soms zijn dat de indirecte kosten hoger zijn dan de directe kosten.

REKENING

Het bedrag wordt gevormd door de directe en indirecte kosten bij elkaar op te tellen.

directe kosten

+

indirecte kosten

=

TOTAAL

! *Uw eigen risico/eigen bijdrage kan tot circa 2 jaar na de start van uw behandeling in rekening worden gebracht.*



Wie betaalt de rekening?

De rekening wordt vergoed door uw zorgverzekeraar, het zorgkantoor of uw gemeente. U betaalt een eigen risico of een eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van verschillende vormen van zorg gelden hiervoor ook verschillende vergoedingen. Meer informatie treft u hieronder:

VORM VAN ZORG	VERGOEDING UIT	ZELF BETALEN
Behandeling in huisartsenpraktijk Behandeling of begeleiding door uw huisarts en/of diens praktijkondersteuner GGZ. Bij ernstige GGZ-problematiek verwijst de huisarts u door.	Zorgverzekeringswet Uw zorgverzekeraar	Wordt 100% vergoed. U betaalt niets.
Behandeling zonder opname Alle behandelvormen zonder opname. Ongeacht de duur van de behandeling.	Zorgverzekeringswet Uw zorgverzekeraar. Vraag bij uw zorgverzekeraar na wat wel en niet onder de dekking van uw zorgverzekering valt.	Eigen risico ! <i>Uw zorgverzekeraar verrekent het eigen risico (€385,- + evt. vrijwillig verhoogd eigen risico) met u, tenzij u dat al hebt betaald voor het ontvangen van andere zorg.</i>
Behandeling met opname tot 1 jaar Alle tijdelijke opnames en opnames tot één jaar (365 dagen aaneengesloten) in een GGZ-kliniek.	Zorgverzekeringswet Uw zorgverzekeraar. Vraag bij uw zorgverzekeraar na wat wel en niet onder de dekking van uw zorgverzekering valt.	Eigen risico ! <i>Uw zorgverzekeraar verrekent het eigen risico (€385,- + evt. vrijwillig verhoogd eigen risico) met u, tenzij u dat al hebt betaald voor het ontvangen van andere zorg.</i>
Behandeling met verblijf tot 3 jaar Gaat in na één jaar opname en loopt maximaal 2 jaar. De Zorgverzekeringswet + LGGZ vergoedt zodoende in totaal 3 jaar behandeling met verblijf.	Zorgverzekeringswet: Langdurige Geestelijke Gezondheidszorg (LGGZ) Uw zorgverzekeraar. Vraag bij uw zorgverzekeraar na wat wel en niet onder de dekking van uw zorgverzekering valt.	Eigen risico ! <i>Uw zorgverzekeraar verrekent het eigen risico (€385,- + evt. vrijwillig verhoogd eigen risico) met u, tenzij u dat al hebt betaald voor het ontvangen van andere zorg.</i>
Behandeling met verblijf langer dan 3 jaar Het CIZ bepaalt of u hier recht op heeft. Het kan zijn dat u al een WLZ-indicatie heeft omdat u een AWBZ-indicatie had.	Wet Langdurige Zorg (WLZ) Het zorgkantoor. De zorgverzekeraar die namens alle zorgverzekeraars verantwoordelijk is voor de uitvoering van de WLZ. In de regio Zuid-Holland Noord is dat Zorg en Zekerheid.	Eigen bijdrage ! <i>De hoogte van de eigen bijdrage is o.a. afhankelijk van uw inkomen. Het Centraal Administratiekantoor (CAK) brengt deze eigen bijdrage bij u in rekening.</i>
Begeleiding Begeleiding zonder behandeling in groep of individueel.	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) Uw gemeente	Eigen bijdrage ! <i>De hoogte van de eigen bijdrage is o.a. afhankelijk van uw inkomen. Het Centraal Administratiekantoor (CAK) brengt deze eigen bijdrage bij u in rekening.</i>
Beschermde wonen zonder behandeling	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) Centrumgemeente. Vaak een grote gemeente die namens omringende gemeenten taken uitvoert.	Eigen bijdrage ! <i>De hoogte van de eigen bijdrage is o.a. afhankelijk van uw inkomen. Het Centraal Administratiekantoor (CAK) brengt deze eigen bijdrage bij u in rekening.</i>
Begeleide dagbesteding	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) Uw gemeente	Eigen bijdrage ! <i>De hoogte van de eigen bijdrage is o.a. afhankelijk van uw inkomen. Het Centraal Administratiekantoor (CAK) brengt deze eigen bijdrage bij u in rekening.</i>

*Met uitzondering van door justitie opgelegde forensische GGZ.

Meer informatie vindt u op www.rivierduinen.nl onder cliënten/kosten-en-vergoeding