

Veranderingen in het zorgstelsel 2014

- De eigen bijdrage wordt afgeschaft (de € 20,- per consult).
- Het eigen risico blijft nagenoeg hetzelfde (laatste berichten € 360,- per jaar).
- De maandelijkse premie gaat bij veel verzekeringen omlaag.
- Als psychologen moeten wij vanaf 2014 met DBC's (Diagnose-Behandel-Combinaties) gaan werken. Dit lijkt het volgende in te houden:
 - Als je naar een psycholoog wordt verwezen, gebeurt dit op basis van een voorlopige diagnose van je huisarts volgens de DSM IV of V. Daarna stelt de psycholoog een definitieve diagnose. Dit moet een medisch psychologische diagnose zijn.
 - Afhankelijk van de diagnose kun je vergoeding ontvangen voor "lichte", "midden", of "intensieve" problematiek. Omgerekend is dat een pakket dat je recht geeft op respectievelijk ongeveer vier, zeven of elf sessies per jaar.
- Er is geen sprake meer van aantal sessies dat vergoed wordt, er is alleen sprake van deze 3 pakketten. Deze vergoeden een maximum aantal minuten voor een cliënt per jaar.
- Deze vergoeding wordt zoals voorgaande jaren verrekend met eigen risico indien je nog geen andere specialistische medische hulp hebt gedeclareerd.
- De vergoeding voor psychologische hulp verplaatst naar het basis pakket (niet mer in het aanvullende pakket dus).
- Als een psycholoog een contract afsluit met je verzekering wordt er gecommuniceerd welk zorgzwaarte pakket er aangevraagd wordt. Dit wordt in het systeem opgeslagen. Indien de client dit niet wil kan de client door middel van een weigeringsformulier diagnose communicatie verhoeden dat de psycholoog de diagnose meldt aan de verzekering. Echter is de verzekering altijd op de hoogte van de aangevraagde pakketzwaarte.
- Veel diagnoses verdwijnen uit het verzekeringspakket. Als je deze diagnose zou krijgen krijg je geen vergoeding. Sommige verzekeringen gaan in hun aanvullende pakketten vergoeding voor deze diagnoses aanbieden (maar niet alle, en de verzekeringen mogen het zelf bepalen).
- Verzekeringen gaan, in geval van contract, werken met financiële "plafonds": een bepaald bedrag per jaar per hulpverlener. Als een psycholoog een contract heeft met een verzekering en bijv. halverwege het jaar het financiële plafond heeft bereikt kan de psycholoog van die betreffende verzekering geen cliënten meer aannemen.
- Sommige verzekeringen verplichten binnen die plafonds psychologen met een contract zich te beperken tot "percentages" van de lichte, midden en intensieve diagnose pakketten. Bijv.: een bekende verzekeraar heeft recentelijk in het pakket aan psychologen aangeboden dat 70% "licht" behandeld moet worden, 20% "midden" en 10 % intensief. Dit betekent dat een psycholoog beperkt mensen kan aannemen wanneer zij in de midden en zware diagnose pakketten terecht komen. Hoewel hier veel protest over is geweest door psychologen verenigingen is dit besluit niet veranderd. Erg veel mensen zullen dus maar gemiddeld 4 sessies vergoed krijgen.
- Als de client vergoeding wenst via de verzekering moet de client instemmen met diagnose stelling (genoteerd in het dossier, versleuteld verzonden naar een algemene nederlandse databank / niet perse verzekering), bereid zijn vragenlijsten in te vullen

en mee te werken aan Random Outcome Monitoring (een evaluatie programma van de therapie, vooraf, tijdens en na de afsluiting van de therapie).

- De psycholoog stemt in overeenstemming met de client de behandeling af. Indien na de behandeling de client verder wil kan dat op eigen kosten met de psycholoog, of via terugverwijzing naar de huisarts die de client naar een andere hulpverlener met hogere pakketzwaarte doorverwijst (psychotherapeut, psychiater)
- Vergeleken met vorig jaar wordt er ongeveer 1/3 (een derde) bezuinigd op psychologische en psychotherapeutische/psychiatrische zorgkosten door verzekeraars. Dit betekent dat de wachttijden voor behandeling vermoedelijk nogal zullen toenemen.

Ethische knelpunten:

Als psycholoog mogen wij alleen met de toestemming van een cliënt diagnostische informatie over deze cliënt verstrekken aan andere personen binnen de medische beroepsgroep. Een verzekeraar valt primair niet binnen deze beroepsgroep en mogen wij zodoende formeel geen inhoudelijke informatie verstrekken. Het gelijk staat aan de kant van de beroepsorganisaties, echter ontkomen we er niet aan, in geval van contract, om pakket zwaarte te communiceren met de verzekeraar. Zie voor bezwaren van beroepsverenigingen bijvoorbeeld de website van devrijepsych.nl.

Ook ligt er een knelpunt op het gebied van het stellen van diagnoses en de omgang hiermee. In ons werk weten we dat diagnoses beweeglijk zijn. In gedegen psychotherapeutisch werk wordt een diagnose gesteld na een langere tijd. Deze diagnose kan worden bijgesteld en aangepast. In het nieuwe stelsel echter gaat de huisarts (verplicht) een voorlopige diagnose stellen voor doorverwijzing en moet de psycholoog (verplicht) binnen 1 à 2 sessies tot een diagnose conclusie komen.

Samenvatting:

- De psycholoog noteert de diagnose op de declaratie aan de verzekering tenzij de client bezwaar heeft en voor het bezwaar getekend heeft. Het bezwaar wordt samen met de declaratie aan de verzekering gestuurd. De verzekering is op de hoogte van de pakketzwaarte.
- In geval van contract: De psycholoog dient de declaratie rechtstreeks in bij verzekering.
- In geval van geen contract: De client kan de (van de psycholoog ontvangen) declaratie indienen bij de verzekering en heeft dan recht op ongeveer 75% vergoeding (conform Europese norm medische hulpverlening). Dit komt neer op zelfde kosten als dit jaar (eigen bijdrage per sessie is nl. 25%). De verzekering kan andere normen aanhouden in de informatie, echter is dit een Europese norm en kan een verzekering hierop aangesproken worden. Ook hier staat pakketzwaarte vermeld op de rekening.

Het blijft de hoogste prioriteit dat Psychologie Praktijk Moving Balance de hulp en zorg kan blijven bieden zoals tot nu toe geboden is, namelijk van **therapeutisch kwalitatief zo hoog mogelijk niveau**. Ook blijft de prioriteit dat de **hulp toegankelijk blijft voor wel en minder bedeelden**.