Veelgestelde vragen *geestelijke gezondheidszorg*

Ik heb een contract voor 2026 met Zorg en Zekerheid, krijg ik voor 2027 ook een contract aangeboden?

In 2025 heeft Zorg en Zekerheid 2-jarige contracten afgesloten. Deze contracten eindigen per 31 december 2026. Alle zorgaanbieder die een zorgovereenkomst 2025/2026 hebben met Zorg en Zekerheid, die voldoen aan de eisen uit het Algemeen zorginkoopbeleid en het Geestelijke Gezondheidszorg inkoopbeleid 2027, bieden wij voor 2027 een vragenlijst en/of een zorgovereenkomst aan.

Is er voor behandeling binnen de GGZ een verwijzing nodig?

Ja. Voor geneeskundige GGZ is een geldige verwijzing nodig die voldoet aan de meest recente landelijke Verwijsafspraken GGZ. De verwijzing moet in het dossier van de verzekerde zijn opgenomen. Welke zorgverleners mogen verwijzen en aan welke voorwaarden de verwijzing moet voldoen, staat in deze landelijke verwijsafspraken.

Welke beroepen mogen optreden als regiebehandelaar?

Welke beroepsgroepen als regiebehandelaar mogen optreden, is afhankelijk van de setting waarin de zorg wordt geleverd, de zorgvraag van de cliënt en de indicerende of coördinerende rol. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0 beschrijft dit in tabel 1 en tabel 2. Deze tabellen en de daarbij behorende voorwaarden moeten in samenhang worden toegepast.

Voor vrijgevestigde praktijken geldt dat de regiebehandelaar zowel de indicerende als de coördinerende rol vervult. Binnen instellingen kunnen deze rollen onder voorwaarden door verschillende professionals worden ingevuld.

Hanteert Zorg en Zekerheid een omzetplafond?

Voor vrijgevestigde zorgaanbieders geldt per fte-regiebehandelaar een maximum van 2.080 werkzame uren en 2.496 declarabele uren per jaar. Daarnaast mag de behandeltijd van medebehandelaars maximaal 40% van de geregistreerde behandeltijd per verzekerde per zorgtraject bedragen. Bij groepsbehandeling geldt een maximum van 50%.

Voor instellingen kunnen financiële afspraken, waaronder een omzetplafond, onderdeel zijn van de zorgovereenkomst. Deze afspraken worden per instelling vastgelegd.

Welke eisen hanteert Zorg en Zekerheid ten aanzien van de praktijkomvang?

Een vrijgevestigde praktijk heeft maximaal drie locaties. Per behandellocatie is tijdens ten minste 80% van de openingsuren een regiebehandelaar aanwezig.

Hoe weet ik of een bepaalde DSM-5 stoornis of therapie wordt vergoed?

Behandelingen voor DSM-5 stoornissen worden altijd vergoed bij gecontracteerde zorgverleners. Hier ligt ook een verwijzing aan ten grondslag. Het is dus van groot belang dat de verwijzing aanwezig is. Therapieën waarvoor geen verwijzing wordt uitgeschreven kennen geen vergoeding vanuit de ZVW maar kennen, naar gelang de polisvoorwaarden, wellicht wel een vergoeding vanuit de AV.

Is er een machtiging nodig voor niet-gecontracteerde zorg?

Ja, voor behandelingen binnen de niet-gecontracteerde GGZ instelling is vooraf een aanvraag nodig. Deze aanvraag kan gedaan worden middels het machtigingenformulier, welke u kunt vinden op onze website.