

## Regeling overgang van Jeugdwet naar Zorgverzekeringswet vanaf 18 jaar

Het kan nodig zijn dat een (J)GGZ behandeling voort gezet moet worden na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

Een misverstand is dat dit moet en kan vanuit de verlengde jeugdwet. Juridisch gezien is er nl. niet altijd sprake van de verlengde Jeugdwet na de leeftijd van achttien jaar. De verlengde Jeugdwet is alleen bedoeld voor pleegzorg en gezinshuizen, zorg die voortvloeit uit het strafdader en zorg die niet onder een andere wetgeving kan vallen.

GGZ zorg kan na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierd worden. De lokaal team medewerker maakt financiering vanuit de Jeugdwet mogelijk tot aan het achttiende jaar. Na het achttiende jaar wordt de financiering dan overgenomen door de Zvw. De behandeling kan gewoon doorlopen.

Hiervoor is een overgangsregeling naar de Zorgverzekeringswet. Deze bestaat al langer maar heeft onder aanbieders en verwijzers nog weinig bekendheid en blijft vaak onbenut.

N.B. Met deze regeling kunnen sommige jeugdtrajecten na het 18<sup>e</sup> jaar voortgezet en gefinancierd worden vanuit de Zvw, óók als de zorgaanbieder geen contract heeft bij de zorgverzekeraar.

### Voorwaarden

Deze overgangsregeling is interessant als er sprake is van aanbieders die GGZ-gerelateerde zorg verlenen en niet gecontracteerd zijn bij de zorgverzekeraar of bijvoorbeeld wel gecontracteerd zijn voor basis-GGZ maar niet voor specialistische-GGZ. De financiering van zorg kan dan toch door de Zvw worden overgenomen op het achttiende jaar.

Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- De jeugdige is al in zorg bij de regiebehandelaar voor diens 18e verjaardag.
- De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG register.
- De voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht.
- De behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de jeugdige 18 jaar wordt.
- Voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

### Declareren van kosten

De (niet-gecontracteerde) zorgverlener kan de rekening rechtstreeks naar de zorgverzekeraar sturen.

Daarvoor is het nodig dat de zorgaanbieder een betaal overeenkomst heeft of afsluit met de zorgverzekeraar.

Wanneer er geen betaalovereenkomst is dan moet de cliënt voorschieten het bedrag voorschieten en daarna zelf declareren bij zijn ziektekosten verzekeraar.

Let op. Voor volwassen GGZ zorg zijn de regels over eigen risico van toepassing. Het is belangrijk dat de zorgverlener dit communiceert met je cliënt. Als proces regisseur kun je hier aandacht voor vragen.