

## KOSTEN EN VERGOEDINGEN VOLWASSENEN (18+)

### **Kosten en Vergoedingen:**

De praktijk werkt zonder contracten met zorgverzekeraars. Dit betekent dat de factuur van de behandeling naar je wordt gestuurd. Deze factuur kun je zelf indienen bij je zorgverzekering (de kosten vallen onder de basisverzekering). Afhankelijk van je zorgverzekering en soort polis wordt de behandeling volledig of gedeeltelijk vergoed. Mocht de verzekering niet het gehele bedrag vergoeden dan dien je het resterende bedrag zelf te betalen.

### **Algemene informatie over zorgverzekeringen:**

De naturapolis vergoedt voor therapie bij niet-gecontracteerde zorgverleners ongeveer 55% tot 80% van de kosten. De zuivere restitutiepolis biedt vrije keuze van zorgverleners en vergoedt behandelingen van niet-gecontracteerde zorgverleners voor 90-100%.

Alle zorgverzekeraars bieden naturapolissen en restitutiepolissen. Wij raden je aan hier van tevoren goed naar te kijken zodat je niet voor onverwachte kosten komt te staan. Voor meer informatie kun je kijken op de site: [www.decontractvrijepsycholoog.nl](http://www.decontractvrijepsycholoog.nl) of op de site van je verzekeraar.

Let op: een aantal zorgverzekeraars hanteert eigen tarieven, ook in geval van een restitutiepolis! Dit worden vaak "marktconforme tarieven" genoemd. Deze tarieven zijn lager dan de NZA tarieven, waardoor de vergoeding op ongeveer 90% uitkomt, in geval van een restitutiepolis. Bij de zogenaamde "zuivere" restitutiepolissen wordt wel 100% van het NZA tarief (het maximale NZA tarief) vergoed.

Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico aan de zorgverzekeraar. Dit eigen risico is vanaf 1 januari 2022 vastgesteld op € 385,-. Je kunt zelf voor een hoger eigen risico gekozen hebben.

### **Facturering:**

In 2022 is het zorgprestatie-model ingevoerd. De tekst is gebaseerd op de informatie van de LVVP (Landelijke Vereniging Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten).

### **Waarom een nieuw model?**

Het huidige systeem in de ggz is niet transparant. Het is voor veel patiënten moeilijk te begrijpen wat er op de factuur staat en er wordt vaak pas na meer dan een jaar een rekening gestuurd. Ook is het systeem te complex en vergt het te veel administratie van behandelaren.

## Hoe werkt het zorgprestatie-model?

Het nieuwe model voor de ggz heet het zorgprestatie-model. De naam zegt het al: het fundament van het zorgprestatie-model bestaat uit prestaties.

Deze prestaties zijn herkenbaar voor iedereen en ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg.

De tarieven sluiten aan op wie de behandeling uitvoert en de plek waar de behandeling plaatsvindt.

Het zorgprestatie-model is transparant: de prestaties zijn duidelijk en overzichtelijk en zijn een feitelijke weergave van de zorg die je gekregen hebt.

De prijzen sluiten aan bij de geleverde zorg die je hebt gekregen. Factoren zoals het beroep van persoon die de behandeling uitvoert, de duur van elk consult, de plek waar de zorg plaatsvindt, wegen allemaal mee in het bepalen van de prijs voor de geleverde zorg.

Voor behandelaren betekent het nieuwe model minder administratie. Zij hoeven geen minuten meer te registreren en de regels en controles zijn eenvoudiger.

En zowel voor patiënt als voor de behandelaar is er sneller inzicht in de kosten. Daarvoor hoeft niet meer gewacht te worden tot het einde van een traject, want de prestaties zijn niet meer gekoppeld aan een langer lopend traject, maar aan een dag. Er kan dus ook veel sneller gedeclareerd worden.

## Wat verandert er op de rekening?

Je kunt op de rekening van de behandelaar en op het overzicht van de zorgverzekeraar precies zien wanneer en door wie je behandeld bent en voor hoelang. De rekening bevat herkenbare informatie die je gemakkelijk kunt controleren. Je krijgt de rekening ook sneller. Zo weet je eerder welke kosten zijn gemaakt en of je eigen risico moet betalen. Op de rekening staat vanaf 1 januari 2022 ook [de zorgvraagtypering](#).

Je zorgverzekeraar krijgt rekeningen van je behandelaar op basis van zorgprestaties en gaat dus zorgprestaties vergoeden. Je kunt deze zorgprestaties terugvinden in de digitale omgeving van je zorgverzekeraar. Als je eigen risico moet worden aangesproken, gebeurt dit ook op basis van zorgprestaties.

### Welke prestaties kunnen er op de rekening staan?

Op de rekening staan zorgprestaties. In de vrijgevestigde setting zijn vier verschillende zorgprestaties mogelijk:

**Consult diagnostiek:** bij diagnostiek onderzoekt je behandelaar wat er met je aan de hand is, welke problematiek er bij je speelt;

**Consult behandeling:** bij behandeling gaat je met je behandelaar in gesprek met als doel je problematiek hanteerbaar te maken;

**Intercollegiaal overleg:** als je behandelaar het voor je behandeling noodzakelijk vindt om te overleggen met een externe collega;

**Reistijd:** als de behandelaar naar je toe moet komen;

**Groepsconsulten:** als je groepstherapie doet.

Het tarief voor deze prestaties is afhankelijk van het beroep van je behandelaar en de duur van het consult.

Bij groepstherapie speelt daarnaast de groepsgrootte een rol.

Er zijn aparte tarieven voor de vrijgevestigde ggz. De tarieven zijn dus anders (en vaak lager) dan de tarieven voor ggz in een instelling. De tarieven zijn landelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

### Wat gebeurt er met je eigen risico?

Tot en met 31 december 2021 betaalde u één keer het eigen risico per behandeltraject (product of dbc) van maximaal 365 dagen, ongeacht de startdatum van het behandeltraject.

Dit gaat veranderen. Vanaf 1 januari 2022 wordt voor ggz het eigen risico per kalenderjaar aangesproken. Dit is een politieke keuze. LVVP-leden kunnen hier dan ook niet voor aansprakelijk gesteld worden. Bij andere vormen van zorg gebeurt dat al langere tijd.

De behandelaar kan je informeren over de financiële consequenties en het eigen risico in relatie tot de startdatum van de behandeling. De behandelaar mag je hierover echter niet adviseren. De behandelaar kan wel vanuit zorginhoudelijke redenen een advies geven. Als hij het belangrijk vindt dat je zo snel mogelijk start met de behandeling, dan mag hij je dat vanuit goed hulpverlenerschap adviseren. Daarbij zal hij je informeren over mogelijke financiële consequenties, maar dit speelt geen rol bij zijn advies.

## Wat is zorgvraagtypering?

Elke patiënt is uniek. Maar verschillende patiënten hebben wel gemeenschappelijke kenmerken. Een diagnose moet wel gesteld worden, maar zegt weinig over hoeveel zorg iemand nodig heeft. De zorgvraagtypering is een indeling van groepen patiënten aan de hand van de hoeveelheid en de ernst van hun klachten en problemen.

In de vrijgevestigde praktijk worden met name patiënten behandeld met zorgvraagtype 1 tot en met 8. De zorgvraagtypen 1 tot en met 4 worden in de generalistische basis-ggz behandeld, de zorgvraagtypen 5 tot en met 8 in de gespecialiseerde ggz.

De zorgvraagtypering wordt gedaan door de regiebehandelaar. Hiervoor gebruikt hij een vragenlijst genaamd HoNOS+. Deze vragenlijst wordt door de behandelaar zelf ingevuld aan de hand van de klachten en problemen van de patiënt.

Op basis van de antwoorden op de HONOS+ bepaalt de regiebehandelaar welk zorgvraagtype het beste bij je klachten en problemen past. Dat geeft informatie over de verwachte behandelinzet en dit moet ook op de factuur van de behandeling vermeld worden.

De zorgvraagtypering is niet hetzelfde als het behandelplan. Het behandelplan geeft weer welke behandeling er met je afgesproken wordt op grond van je diagnose en de doelen die je samen met de behandelaar afspreekt. Tijdens de behandeling zal je behandelaar bij tussentijdse evaluaties opnieuw de HoNOS+ bij u afnemen. Op basis daarvan zal gekeken worden of de behandeling bijgesteld moet worden en of de behandeling wellicht beëindigd kan worden. Uiteraard gebeurt dit altijd in afstemming met jou.

## Diversen

**Verwijzing:** Voor de verwijzing gelden enkele eisen; er is een verwijsbrief van uw huisarts (of andere arts) nodig voor de basis- of de specialistische GGZ. Op de verwijsbrief dient vermeldt te staan: de naam van de verwijzer, de AGB code van de verwijzer, of het basis dan wel specialistische zorg betreft en dat er sprake is van een vermoeden van een DSM stoornis. De basis GGZ betreft meer enkelvoudige problematiek waarbij het bij specialistische zorg om complexere problematiek gaat waarbij er sprake is van problemen op verschillende levensgebieden. De zorg die wij bieden is over het algemeen specialistische ggz.

**Onverzekerde zorg:** Voor de behandeling van klachten die niet (meer) onder de zorgverzekering vallen, geldt dat je deze behandeling zelf moet betalen. Hier is alleen sprake van als er geen sprake is van een DSM-V classificatie. Hiervoor geldt het zogenaamde maximum OVP/OZP tarief (in 2021 €114,41 per consult)



Jiska de Bruin  
GZ psycholoog/Psychotherapeut  
Gezondheidscentrum 'de Koningin'  
Koninginneweg 31  
2012 GJ Haarlem

welkom@jiskadebruin.nl  
06 36 15 38 39  
www.jiskadebruin.nl

**Zelf betalen:** Wanneer cliënten het traject zelf betalen, hanteert de praktijk het maximale NZA-tarief wat is vastgesteld voor de BGGZ of de SGGZ .

**Afspraken afzeggen:** Bij verhindering dienen afspraken tijdig te worden afgezegd. Voor afspraken die korter dan 24 uur van tevoren worden afgezegd ontvang je een factuur van 70 euro. Deze kosten worden niet vergoed door de zorgverzekeraar. De factuur dient binnen 2 weken te worden betaald.