

KOSTEN EN VERGOEDING (2022)

Voorwaarden Vergoeding:

De [basiszorgverzekering](#) vergoedt doorgaans de meeste behandelingen bij de psycholoog, psychiater en andere geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Maar hier gelden wel voorwaarden voor.

- Er is een **verwijzing** nodig van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist (waaronder psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijke gehandicapten), een straatdokter, of regiebehandelaar van een client (bij doorverwijzing),
- In de verwijfsbrief moet duidelijk staan wie is verwezen en waarom.
- Er moet ook duidelijk aangegeven worden naar welke soort psychologische zorg verwezen wordt (basis of gespecialiseerde GGZ).
- Een verwijzing is 9 maanden geldig.

Meer informatie over verwijzingsafspraken treft u [hier](#).

EN

- Er is sprake van een **vastgestelde diagnose** volgens de DSM-5. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen. Dit zal na de intake procedure vastgesteld worden.

Er mag verder pas worden gedeclareerd als er betrokkenheid is van een hoofdbehandelaar bij de behandeling. De minister van VWS heeft de hoofdbehandelaars aangewezen voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, waaronder de GZ- psycholoog. Vanaf 1 januari 2015 kunnen de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog NIP niet meer optreden als hoofdbehandelaar in de Basis GGZ.

Praktijk In Zicht voldoet aan de wettelijke eisen t.a.v. hoofdbehandelaarschap. Zorgverzekeraars kunnen echter in hun polisvoorwaarden beperkingen opnemen en ervoor kiezen om bepaalde beroepen uit te sluiten voor het hoofdbehandelaarschap van de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Daarom is het raadzaam om de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar te bekijken. Dan weet u vooraf of de zorg wordt vergoed of (gedeeltelijk) niet.

Let wel op dat de voorwaarden voor vergoeding per zorgverzekeraar kunnen verschillen! Bepaalde klachten en/of behandelingen worden niet vergoed door de basisverzekering (lees verder voor meer informatie hierover).

Bekostiging Vanuit Het Zorgprestatie­model:

Per 1 januari 2022 wordt een nieuwe bekostiging voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) ingevoerd: het Zorgprestatie­model. Bekostiging is vanaf begin 2022 niet meer op basis van een zorgtraject, zoals vanaf 2014 tot en met 2021 het geval was, maar op basis van losse consulten.

Tarieven per consult worden binnen het Zorgprestatie­model mede bepaald door:

- de setting (instelling/vrijgevestigde praktijk/kliniek enz.),
- beroeps­categorie van de behandelaar (arts/psychiater, klinische psycholoog, Gz-psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist, verpleegkundige enz.)
- het type consult (diagnostiek of behandeling),
- de duur van de consulten (vanaf 5, 15, 30, 45,60, 75, 90 ,120 minuten),
- het daadwerkelijk aantal consulten

Daarnaast is er geen standaardtarief per consult meer, maar heeft elke soort behandelaar en behandelsetting een eigen tarief.

Bij Praktijk In Zicht worden de behandelingen verricht door een Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3).

Er wordt gewerkt vanuit de setting "Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II", Een zorgaanbieder valt onder sectie II indien deze voldoet aan onderstaande kenmerken:

1. De cliënt/patiënt kiest zelf zijn regiebehandelaar, die dus ook behandelt.
2. De regiebehandelaar is persoonlijk zorginhoudelijk verantwoordelijk, levert de zorg zelfstandig, tenzij er sprake is van een opleidingssituatie (een opleiding wordt niet beschouwd als medebehandelaar) of waarneming.
3. De in de vrijgevestigde praktijk in de Wet big-geregistreeerde regiebehandelaren beschikken ieder over een op naam en persoonlijke AGB-code geregistreerd kwaliteitsstatuut.
4. De vrijgevestigde praktijk is zelfstandig en is niet verbonden aan een instelling; er is geen sprake van juridische en/of financiële afhankelijkheid van een andere rechtspersoon.
5. De bepaling van een vrijgevestigde aanbieder of instelling gebeurt aan de hand van de AGB-code van de praktijk.

Meer informatie hierover kunt u [hier](#) vinden.

Vanaf de intake zijn er kosten verbonden aan het traject die, wanneer er een verwijfsbrief is, ongeacht de uitkomst van de intake, voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking komen.

Overzicht Maximale Tarieven 2022 (Nza):

Setting	<i>Ambulant – kwaliteits-statuuat sectie II</i>
Beroeps-Categorie	<i>GZ-psycholoog</i>
Financierings-Stroom	<i>GGZ</i>

CONSULTTYPE: BEHANDELING

<i>Duur: vanaf 5 min</i>	Prestatie code: Co0107	Tarief (EUR): 27,91
<i>Duur: vanaf 15 min</i>	Prestatie code: Co0237	Tarief (EUR): 49,89
<i>Duur: vanaf 30 min</i>	Prestatie code: Co0367	Tarief (EUR): 85,16
<i>Duur: vanaf 45 min</i>	Prestatie code: Co0497	Tarief (EUR): 120,99
<i>Duur: vanaf 60 min</i>	Prestatie code: Co0627	Tarief (EUR): 143,71
<i>Duur: vanaf 75 min</i>	Prestatie code: Co0757	Tarief (EUR): 176,88
<i>Duur: vanaf 90 min</i>	Prestatie code: Co0887	Tarief (EUR): 216,11
<i>Duur: vanaf 120 min</i>	Prestatie code: Co1017	Tarief (EUR): 317,7

CONSULTTYPE: DIAGNOSTIEK

<i>Duur: vanaf 5 min</i>	Prestatie code: Co0042	Tarief (EUR): 35,56
<i>Duur: vanaf 15 min</i>	Prestatie code: Co0172	Tarief (EUR): 61,31
<i>Duur: vanaf 30 min</i>	Prestatie code: Co0302	Tarief (EUR): 101,78
<i>Duur: vanaf 45 min</i>	Prestatie code: Co0432	Tarief (EUR): 142,31
<i>Duur: vanaf 60 min</i>	Prestatie code: Co0562	Tarief (EUR): 163,37
<i>Duur: vanaf 75 min</i>	Prestatie code: Co0692	Tarief (EUR): 199,03
<i>Duur: vanaf 90 min</i>	Prestatie code: Co0822	Tarief (EUR): 244,07
<i>Duur: vanaf 120 min</i>	Prestatie code: Co0952	Tarief (EUR): 351,55

NB: Een actuele overzicht van alle tarieven per consult vanaf 1 januari 2022, zoals deze zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor behandeling door een Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3) in de setting "Ambulant kwaliteitsstatuuat sectie II", kunt u ook opzoeken in [deze tabel](#).

Genoemde prijzen zijn van toepassing op consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar **GEEN CONTRACT** heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder.

Contracten Zorgverzekeraars:

Praktijk In Zicht heeft in 2022 contracten afgesloten met de volgende zorgverzekeraars: **ASR, DSW, ENO, Menzis en Zilveren Kruis**

Welke zorgverzekeraar hoort bij wie?

VGZ	MENZIS	CZ	ACHMEA	ONVZ
Bewuzt	Anderzorg	OHRA	FBTO	PNOZorg
IZA	HEMA	Nationale Nederlanden	Pro Life	VvAA
United Consumers	PMA	CZ	AON	Jaaah.
IZZ	Menzis	Just	Interpolis	
Univé		CZ Direct	De Friesland Zorgverzekeraar	
UMC			Zilveren Kruis ZieZo	
VGZ			Zilveren Kruis	
ZEKUR				
Besured				
National Academic				
Promovendum				
DSW	ASR	EUCARE	ENO	ZORG & ZEKERHEID
Stad Holland	De Amersfoortse	Aevitae	Salland	AZVZ
DSW	Ditzo		Zorgdirect	Zorg & Zekerheid
InTwente	Aevitae			

Bron: *Zorgverzekeraars Nederland*

NB: Zorgverzekeraars keren in de regel een percentage van het NZa maximum tarief uit, afhankelijk van het soort contract dat de zorgverzekeraar heeft afgesloten met de zorgaanbieder.

Wat als u verzekerd bent bij een zorgverzekeraar waar Praktijk In Zicht geen contract mee heeft? :

Heeft Praktijk In Zicht geen contract afgesloten met uw zorgverzekeraar, dan heeft u nog steeds recht op (gedeeltelijk) vergoeding uit de basiszorgverzekering. U dient in dit geval de facturen wel zelf voor te schieten en zelf in te dienen bij uw zorgverzekeraar.

LET OP: Het precieze vergoedingspercentage waar u achteraf recht op hebt kan bij ongecontracteerde zorg vaak (ruim) onder de 100% liggen. Afhankelijk van de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar voor contractvrije zorgaanbieders en afhankelijk van uw pakketkeuze (natura- of restitutiepolis) vergoeden de meeste verzekeringen doorgaans tussen de 65% tot 100%. Alle zorgverzekeringen bieden natura- en restitutiepolissen.

Ook bij een lagere vergoeding door uw zorgverzekeraar bent u zelf verantwoordelijk voor de volledige betaling van de zorgkosten aan Praktijk In Zicht.

Ik raad u aan bij uw zorgverzekeraar vooraf zorgvuldig na te vragen welke type polis u heeft en welk percentage u vergoed krijgt bij een niet gecontracteerde GZ- psycholoog in de basis-GGZ zodat u niet voor verassingen komt te staan.

Ter uwer informatie:

- 1) De (zuivere) restitutiepolis biedt vrije keus van zorgverlener en vergoedt doorgaans 100% van het wettelijke tarief voor behandelingen voor zowel de gecontracteerde zorg als ook de contractvrije zorg (ervan uitgaand dat de psycholoog zich houdt aan de wettelijk vastgestelde tarieven). De restitutiepolis is bij de meeste verzekeraars maar enkele euro's per maand duurder dan de naturapolis.
- 2) De naturapolis biedt geen vrije keus van zorgverlener. Uw zorgverzekeraar vergoedt uw kosten 100% bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Kiest u voor contractvrije zorg dan dient u een deel van de kosten zelf te betalen. Hoe hoog dit deel is, verschilt per verzekeraar, maar gemiddeld wordt 65% tot 80% van de behandelkosten vergoed.
- 3) Bij een combinatiepolis bent u gedeeltelijk vrij in de keuze waar u uw zorg haalt. Uw zorgverzekeraar vergoedt uw kosten 100% bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Kiest u voor contractvrije zorg dan doorgaans 90% van de behandelkosten vergoed.
- 4) Bij een budgetpolis bent u niet vrij in uw keuze waar u uw zorg haalt. Deze polis is een afgeslankte vorm van een naturapolis die uw keuze nadrukkelijk verder beperkt. Uw zorgverzekeraar vergoedt uw kosten 100% bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

TER INFORMATIE! *In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen recht heeft op een vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. De overheid heeft hier geen duidelijke criteria voor vastgesteld, de hoogte van deze vergoeding mag de zorgverzekeraar zelf bepalen. Hierbij mag echter de eigen bijdrage, die een klant moet betalen als hij toch zorg afneemt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, geen hinderpaal voor*

iemand vormen om naar die niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Iedereen heeft in Nederland recht op vrije artsenukeuze.

Bij een goedkopere (budget of natura) polis mag de verzekeraar dus wel een eigen bijdrage vragen als u naar een zorgaanbieder buiten zijn netwerk gaat. Dat is op zich logisch omdat u ook een lagere premie betaalt. Maar u moet die vergoeding wel kunnen betalen.

De vraag is nu waar de grens ligt? Er zijn geen rekenmodellen om te bepalen wat een geschikte vergoeding dan zou moeten zijn.

In de praktijk zou een vergoeding van minder dan 75 procent een hinderpaal kunnen zijn voor mensen bij het kiezen van een bepaalde zorgaanbieder.

De NZa adviseert mensen naar de geschillencommissie SKGZ of rechter te stappen als men vindt dat de eigen bijdrage te hoog is. Praktijk In Zicht is overtuigd dat het altijd beter is een restitutiepolis te kiezen. Omdat hiermee de rol van de verzekeraar en de rol van de psycholoog beter gescheiden blijven. De verzekeraar vergoedt en de psycholoog levert verantwoorde zorg.

Heeft u behoefte aan meer gedetailleerde informatie over de huidige ontwikkelingen, het verschil tussen een naturapolis en een restitutiepolis en een overzicht van polissen? Zie <https://contractvrijepsycholoog.nl/over/> .

Welk zorg wordt niet verzekerd/vergoed? :

Als uw probleem niet onder een gediagnosticeerde DSM stoornis valt, dan moet u de behandeling zelf betalen. Een aantal ziektebeelden/klachten valt verder ook wettelijk niet onder de ziektekostenverzekering. Denkt u hierbij aan o.a. aanpassingsstoornissen (burnout/surmenage/rouw), slaapstoornissen, levensfaseproblematiek, werk gerelateerde problematiek, seksuele functiestoornissen, relatieproblemen, specifieke fobieën, psychische hulp bij somatische aandoeningen en preventieve zorg.

Bepaalde soorten behandeling, zoals o.a. Mindfulness wordt niet langer vergoed. Psychologen kunnen de genoemde klachten/ problemen wel goed behandelen. De kosten hiervan komen echter voor de eigen rekening van de client (onverzekerde zorg).

Kiest u er voor om zonder verwijsbrief in behandeling te komen? Er hoeft geen diagnose gesteld te worden en de behandelduur is, in samenspraak met uw behandelaar, vrij in te vullen. U betaalt de consulten dan zelf.

Soms is er voor bepaalde behandelingen toestemming van de verzekeraar nodig om vergoeding te ontvangen. Een aanvullende verzekering kan worden afgesloten om sommige klachten/behandelingen die buiten de basisverzekering vallen wel vergoed te krijgen.

Is er geen sprake van verzekerde zorg, dan krijgt u een nota waarbij het tarief van een individueel consult in rekening wordt gebracht conform het tarief dat is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit tarief is ook van toepassing voor mensen die ervoor kiezen om – ondanks dat er sprake is van verzekerde zorg – de behandeling zelf te betalen.

U zult de diagnostiek/ behandeling in het geval van niet verzekerde zorg zelf moeten betalen. Om zeker te weten welke problematiek of behandeling actueel al dan niet wordt vergoed, wordt u aangeraden de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar te bekijken of contact op te nemen met uw zorgverzekeraar.

Kosten Eigen Risico:

Voor behandeling/diagnostiek bij Praktijk In Zicht geldt **geen eigen bijdrage**, vergoeding van behandeling **valt wel onder het verplichte eigen risico**. Eigen risico is het bedrag dat je eerst zelf moet betalen voordat de zorg die in je basispakket zit wordt vergoed. Dit bedrag wordt aan de zorgverzekeraar betaald. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering.

Voor 2022 is het standard eigen risico wederom minimaal € 385 per persoon. *(Het kan zijn dat dit bedrag afwijkt indien u andere afspraken met uw zorgverzekeraar hierover hebt gemaakt.)*

Kosten te laat geannuleerde of gemiste afspraak:

Als een afspraak door de cliënt niet wordt nagekomen of te laat wordt afgezegd (korter dan 24 uur voor de afspraak), onafhankelijk van wat de reden hiervoor is, zijn zorgaanbieders gerechtigd de kosten van "no show" bij de cliënt in rekening te brengen. De reden hiervan is dat er tijd is gereserveerd die niet meer op te vullen is. Afspraken die 'te laat' of 'niet' worden afgezegd zullen bij cliënt in rekening worden gebracht (75% van de standaard NZA kost van een individueel consult). Het bedrag voor 'te laat' of 'niet' annuleren wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar.

Kunt of wilt u onverhoopt niet op locatie komen (bijvoorbeeld wegens ziekte), is de afzegtermijn van 24 uur vóór de afspraak verstreken maar wilt u wél contact? Dan kunt u uw afspraak om laten zeten naar bel- of beeldbelcontact. Ik kan dan de voor u gereserveerde tijd besteden en dan is het wegblijftarief uiteraard niet van toepassing.

Facturatie:



Bij Praktijk In Zicht geven wij u graag alle aandacht en goede zorg. Daarom wordt er samengewerkt met [Infomedics](https://www.infomedics.nl) voor het versturen en innen van de rekeningen. U ontvangt vanaf 1 januari 2022 uw nota van Praktijk In Zicht via Infomedics.

Op de website van Infomedics (www.infomedics.nl) kunt u veel zaken rondom de betaling van uw rekening snel en eenvoudig regelen.