

KOSTEN & VERGOEDING (2024)

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 geldige en correcte **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). Een schriftelijke verwijzing is één jaar geldig na de afgiftedatum, tenzij anders staat aangegeven op de verwijzing. Dit betekent dat binnen deze termijn een eerste afspraak moet hebben plaatsgevonden.
- De datum van de verwijsbrief, deze MOET eerder zijn dan het eerste gesprek met de zorgaanbieder Generalistische Basis GGZ.
- In de verwijsbrief 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).
- De verwijzer noteert dat er een DSM diagnose/classificatie (classificatie DSM-V) vermoed wordt. De verwijzer hoeft de DSM classificatie niet zelf vast te stellen, slechts te benoemen dat er een DSM-V diagnose vermoed wordt. Dit hoeft niet met de DSM-code, het mag wel. Een GZ-psycholoog is nl. bevoegd de diagnose/classificatie na intake zelf formeel vast te stellen.
- Naam, het adres en de handtekening/praktijkstempel van de verwijzer
- AGB-code van de verwijzer

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.

Praktijk In Zicht voldoet aan de wettelijke eisen t.a.v. hoofdbehandelaarschap.

NB: 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).

Kosten & Vergoeding Zorgprestatie­model vanaf 2022:

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.

Er is geen standaardtarief per consult meer, elke soort behandelaar en behandelsetting heeft binnen het Zorgprestatie­model een eigen tarief.

Bij Praktijk In Zicht worden de behandelingen verricht door een Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3), financierings­stroom GGZ. Er wordt gewerkt vanuit de setting "Ambulant kwaliteits­statuut sectie II". Een zorgaanbieder valt onder sectie II indien deze voldoet aan onderstaande kenmerken:

- De cliënt/patiënt kiest zelf zijn regie­behandelaar, die dus ook behandelt.
- 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.
- De in de vrijgevestigde praktijk in de Wet big-geregisteerde regie­behandelaren beschikken ieder over een op naam en persoonlijke AGB-code geregistreerd kwaliteits­statuut.
- 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.
- De bepaling van een vrijgevestigde aanbieder of instelling gebeurt aan de hand van de AGB-code van de praktijk.

Overzicht Maximale Tarieven 2024 (Nza)

	BEHANDELING		DIAGNOSTIEK	
Duur Sessie:	Prestatie code:	Tarief (EUR):	Prestatie code:	Tarief (EUR):
vanaf 5 min	Co0107	31,48	Co0042	39,98
vanaf 15 min	Co0237	56,19	Co0172	68,88
vanaf 30 min	Co0367	95,67	Co0302	114,20
vanaf 45 min	Co0497	135,89	Co0432	159,70
vanaf 60 min	Co0627	161,46	Co0562	183,44
vanaf 75 min	Co0757	198,72	Co0692	223,48
vanaf 90 min	Co0887	242,76	Co0822	274,01
vanaf 120 min	Co1017	346,41	Co0952	380,13

Een actuele overzicht van alle tarieven per consult vanaf 1 januari 2024, zoals deze zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) voor diagnostiek en behandeling door een Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3) in de setting "Ambulant kwaliteits­statuut sectie II.

Let op! Genoemde prijzen zijn van toepassing op consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar GEEN CONTRACT heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder. 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. Praktijk In Zicht raad u daarom aan bij uw zorgverzekeraar vooraf zorgvuldig na te vragen welke type polis u heeft en welk percentage u vergoed krijgt zodat u niet voor verassingen komt te staan.

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.

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. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering.

De hoogte van het eigen risico blijft in 2024 € 385 per persoon.

(Het kan zijn dat dit bedrag afwijkt indien u andere afspraken met uw zorgverzekeraar hierover hebt gemaakt.)

Je betaalt dus zelf de eerste € 385 aan zorgkosten, pas daarna betaalt uw zorgverzekeraar de overige zorgkosten.

Contracten Zorgverzekeraars 2024:

Voor 2024 heeft Praktijk In Zicht een contract afgesloten met:

- **Achmea**
- **ASR/Ditzo**
- **DSW**
- **Menzis**
- **en Salland**

LET OP ! *Het is voor u wel van belang hierbij goed na te gaan of de zorgverzekeraars/verzekeringen die onder een hoofdconcern vallen in 2023 ook in 2024 hierbij blijven of door een andere hoofdconcern zijn overgenomen (zie hieronder). Zo komt u niet voor verassingen te staan dat Praktijk In Zicht geen contract heeft in 2024 met uw zorgverzekeraar.*

Nederland telt in 2024 tien verschillende zorgverzekeraar concerns. Onder deze concerns hangen verschillende merken of labels.

Welke zorgverzekeraar hoort in 2024 bij wie?

Welke zorgverzekeraars zijn er?



Bron: <https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er>

Zie ook <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/overzicht-zorgverzekeraars>

Wat als Praktijk In Zicht geen contract met uw zorgverzekeraar 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. 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 HINDERPAAL CRITERIUM!

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 artskeuze.

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, indien mogelijk, om 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 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 client 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](#) voor het versturen en innen van de rekeningen.

U ontvangt vanaf 1 januari 2022 uw nota van Praktijk In Zicht via Infomedics.

Vergoeding van uw zorgverzekeraar:

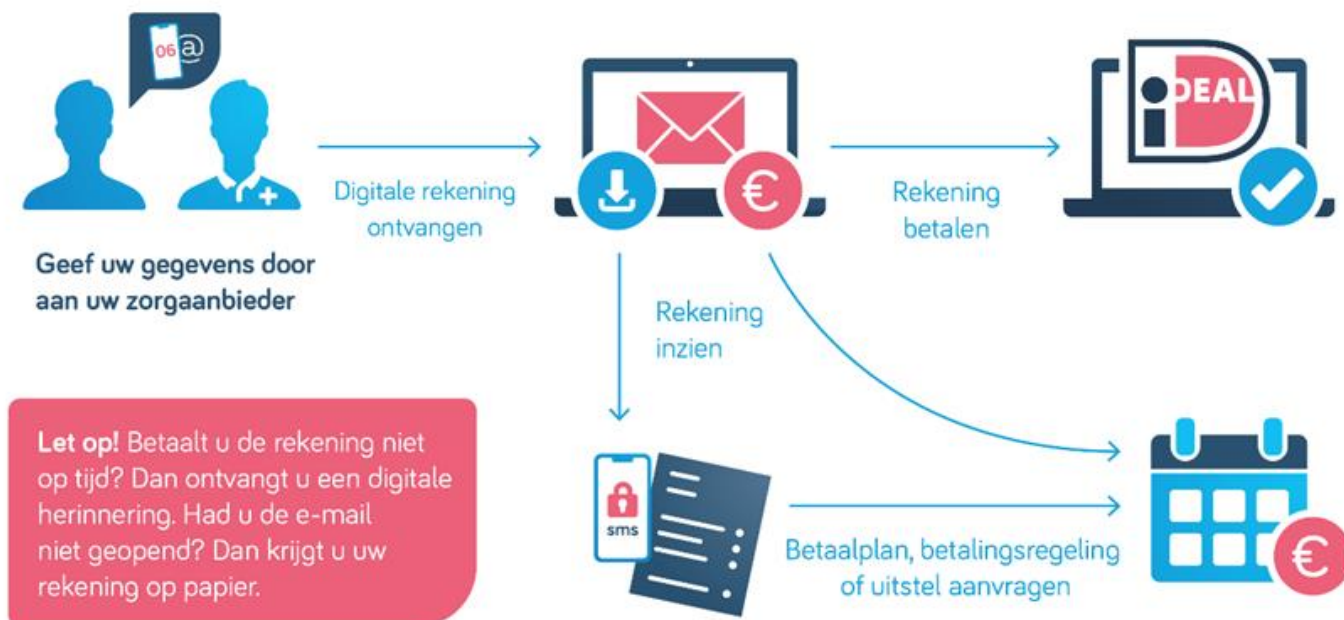
- Als uw zorgverzekeraar een gedeelte van uw rekening vergoedt, staat dit duidelijk op de rekening. Wat overblijft betaalt u aan Infomedics.
- Heeft u een vraag over de hoogte van de vergoeding op uw rekening? Neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.
- Staat er geen vergoeding op de rekening? Betaal dan alles aan Infomedics en controleer daarna of u de rekening nog kunt indienen bij uw zorgverzekeraar.

U krijgt uw rekening voortaan digitaal:

U ontvangt van Infomedics met uw toestemming een e-mail op het e-mailadres dat bij Praktijk In Zicht bekend is.

Belangrijk dus om uw actuele e-mailadres aan uw behandelaar door te geven. Daarnaast zal Infomedics uw mobiele nummer nodig hebben. U ontvangt van Infomedics.nl een sms-code om uw rekening te kunnen openen. Zo zorgt Infomedics ervoor dat uw gegevens goed beschermd blijven.

Hieronder ziet u hoe het precies werkt:



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

Disclaimer: De informatie, ook op de website, en de beschikbare bestanden zijn uitsluitend bedoeld als algemene informatie. Dit kan soms inmiddels tussen updates door wat verouderd zijn. Er kunnen geen rechten aan deze gegevens worden ontleend.