

# Vergoedingen

## Zorgverzekeringswet:

Psychotherapeutische behandeling wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet op basis van diagnose behandelcombinaties (DBC's) in de Gespecialiseerde-GGZ en zorgproducten (kort, midden, intensief, chronisch) in de Generalistisch Basis-GGZ. Om in aanmerking te komen voor vergoeding van de psychotherapeutische behandelvormen is het nodig dat je een verwijsbrief hebt en dat er sprake is van een DSM-geclassificeerde stoornis.

Het is ook mogelijk om, onder voorwaarden, kosten voor medebehandeling en consultatie gefinancierd te krijgen vanuit de ZVW.

Volwassen betalen per kalenderjaar een wettelijk maximaal eigen risico dat jaarlijks wordt vastgesteld. Dit eigen risico geldt voor alle ziektekosten die zij maken. In 2021 is het eigen risico €385,-. Raadpleeg je eigen zorgverzekering hoe hoog jouw eigen risico voor 2021 is. Dit verschilt per polis.

## Basis-GGZ of Gespecialiseerde-GGZ

Uw huisarts maakt een inschatting aan de hand van de ernst van uw klachten welke vorm van hulpverlening daar het beste bij past. De huisarts of POH-GGZ voert een kort onderzoek (triage) uit en geeft een doorverwijzing naar de juiste hulpverlener. Binnen onze praktijk kunt u doorverwezen worden naar de GZ-psycholoog in de Basis GGZ, of naar een Psychotherapeut in de Gespecialiseerde GGZ (G-GGZ).

Declaraties GB-GGZ ([tarieven GB-GGZ 2021](#)).

Declaraties G-GGZ ([tarieven voor de gespecialiseerde GGZ in 2021](#)). De bijlage met de tarieven vindt u in [bijlage 1 \(diagnose behandelcombinaties\)](#)

Het declaratieproces van psychotherapeutische behandelingen binnen de G-GGZ vindt plaats met zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC). Afhankelijk van uw diagnose én de hoeveelheid tijd die de therapeut besteed, wordt na 1 jaar óf na afsluiting van de therapie bepaald hoeveel de therapie gekost heeft. Er worden geen zittingen gedeclareerd, maar een hele behandeling of onderzoek. Er wordt zowel directe als indirecte tijd in rekening gebracht. Directe tijd is de tijd die je met de behandelaar in de spreekkamer doorbrengt en de tijd die de behandelaar besteed aan telefonisch- en/of e-mail contact. Indirecte tijd bestaat uit voorbereiding, verslaglegging, overleg met de huisarts en dergelijke. Als in overleg met jou de aangeboden zorg wordt afgerond, sluit de DBC en dan wordt pas duidelijk wat de kosten zijn.

Medisch specialisten hebben geen invloed op de tarieven. De tarieven worden vastgesteld door de zorgverzekeraar en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

De gegevens van de DBC worden in pseudonieme vorm gestuurd en het DBC-Informatie-Systeem (DIS) voor beleidsdoeleinden. Voor meer informatie verwijst ik u naar de website [www.dbc.nl](http://www.dbc.nl) en [www.NZa.nl](http://www.NZa.nl).

Om te zorgen dat de diagnose niet bekend wordt gemaakt, is het mogelijk om bij Quanta een **Privacyverklaring (klik hier)** te ondertekenen.

### **Contract zorgverzekeraar.**

Wij hebben contracten met vrijwel alle zorgverzekeraars voor Basis-GGZ en Gespecialiseerde-GGZ. Een aantal verzekeraars hebben ons een omzetmaximum opgelegd, wat van belang kan zijn voor de aanmeldmogelijkheden bij ons.

Indien wij met uw zorgverzekering geen contract hebben afgesloten, kunt u de rekening zelf indienen bij uw zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal deze, afhankelijk van uw polis en de polisvoorwaarden geheel of gedeeltelijk vergoeden (naturapolis: vaak 60 tot 80%, restitutie: 95-100% van het gemiddelde tarief). Dit hangt af van jouw zorgverzekeraar. Raadpleeg de polis hierover.

Voor verzekeraars waarmee wij geen contract(en) hebben afgesloten hanteren wij in de praktijk 100% van de bijgevoegde door de NZa vastgestelde maximumtarieven.

### **Overig (zorg)product (OZP)**

Het maximum OZP-tarief voor de prestatie 'ozp niet-basispakketzorg consult', vastgesteld door de NZa, is voor 2021: € 114,41 per sessie. Het tarief in onze praktijk is 100 % van dit maximumtarief. Een OZP-consult bestaat uit maximaal 45 minuten contacttijd en 15 minuten indirecte tijd. In een aanvullende verzekering kunnen bepaalde vormen van deze zorg wel verzekerd zijn. Op uw "vergoedingen overzicht" kunt u zien of dit zo is. Kijk voor meer informatie op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

### **Tarief zelfbetalers**

Indien je de zorg niet via de zorgverzekeraar wilt laten lopen, kun je ook zelf betalen. Het tarief in onze praktijk voor zelfbetalers is 100 % van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven voor de Basis-GGZ en voor de Gespecialiseerde-GGZ. Zie hierboven voor de tarieven.

Wel is het in Nederland verplicht alle psychotherapeutische hulp (G-GGZ) via de DBC's te registreren en te declareren. De factuur wordt dan ook volgens deze regels opgesteld. Om te voorkomen dat dit een te hoog bedrag zal zijn bij beëindiging van de behandeling en de daarbij behorende DBC, is het mogelijk om een betalingsregeling te treffen. In de meeste gevallen betreft dit een gemiddeld tarief van rond €114,- per uur.

De volgende diagnoses worden NIET vergoed door de zorgverzekeraar en dienen zelf betaald te worden: Aanpassingsstoornissen en alle zogenaamde 'V-codes'. Hieronder vallen o.a.: ● Partnerrelatieproblemen ● Werk-gerelateerde problemen ● Ouder-kind interactie problemen ● Diagnostiek zonder behandeling.

### **No show**

Wanneer U uw afspraak niet kunt nakomen laat dit dan zo spoedig mogelijk weten, uiterlijk 24 uur vóór de afspraak, telefonisch (voicemail) of via de e-mail. Uw afspraken kunt u nazien in uw patiëntenportaal (Incura). Als je een afspraak niet afzegt of te laat afzegt (minder dan 24 uur) komen de kosten voor deze sessie geheel voor eigen rekening (no-show). Dit geldt

ook voor situaties waarin overmacht (ziekte, ongeval, sterfgeval, etc.) een rol speelt. De zorgverzekeraar vergoed deze kosten niet. De kosten bedragen € 95,- per no-show. Voorafgaande de eerstvolgende sessie ontvang je hiervoor een betaalverzoek. Het betaalverzoek dient ter plekke betaald te worden.