

U bent door uw huisarts doorverwezen naar een psycholoog.

Uw huisarts heeft geconstateerd dat u baat heeft bij gesprekken met een psycholoog. Op grond van uw klachten heeft hij u doorverwezen naar een psycholoog. Het kan zijn dat u eerst gesprekken heeft gehad met een praktijkondersteuner bij de huisarts, maar u kunt ook direct worden doorverwezen.

Het Zorgprestatie model vanaf 2022

Op 1 januari 2022 gaat er iets veranderen in de ggz. Het zorgprestatie model wordt ingevoerd. Dit is een nieuwe manier waarop de geestelijke gezondheidszorg in Nederland wordt berekend en vergoed. Het is transparanter naar de cliënten en wij kunnen nieuwe onderdelen toevoegen aan de behandelingen die wij als waardevol zien, maar voorheen niet werden vergoed.

Wil je weten wat de invoering het Zorgprestatie model voor jou als cliënt gaat betekenen? Kijk op www.zorgprestatie model.nl

Lees hier wat de invoering het Zorgprestatie model voor jou als cliënt gaat betekenen.

Waarom een nieuw model?

Het huidige systeem in de ggz is niet transparant voor cliënten. De manier waarop het tarief wordt berekend is erg complex en ondoorzichtig. Dit is vaak ook niet te herleiden op de factuur. Daarnaast wordt pas na de behandeling een rekening gestuurd, wat ook niet gebruikelijk is.

Voor zorgaanbieders en behandelaren is het systeem complex en vol tijdrovende administratieve handelingen, die vaak onnodig zijn voor de effectiviteit van de behandeling van de cliënt.

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 (bijv. psycholoog, GZ-psycholoog of psychiater)
- Het zorgprestatie model is transparant: de prestaties zijn duidelijk en overzichtelijk en zijn een feitelijke weergave van de zorg die u gekregen heeft.
- De prijzen sluiten aan bij de geleverde zorg die u heeft 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.
- En zowel voor cliënt 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 Praktijk voor Psychologie en op de betalingspecificatie 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 hoeveel je van je eigen risico moet betalen. Op de rekening staat vanaf 1 januari 2022 ook de zorgvraagtypering.

Jouw zorgverzekeraar krijgt rekeningen op basis van zorgprestaties en gaat dus zorgprestaties vergoeden. Je kunt deze zorgprestaties terugvinden in de digitale omgeving van je zorgverzekeraar.

Welke prestaties kunnen er op de rekening staan?

Op de rekening staan zorgprestaties. Bij de Praktijk voor Psychologie zijn 3 verschillende zorgprestaties mogelijk:

- Consult diagnostiek: bij diagnostiek onderzoekt je behandelaar welke problematiek er bij je speelt;
- Consult behandeling: bij behandeling ga je met je behandelaar in gesprek met als doel je problematiek hanteerbaar te maken;
- Intercollegiaal overleg: als jouw behandelaar het voor jouw behandeling noodzakelijk vindt om te overleggen met een externe collega;

Het tarief voor deze prestaties is afhankelijk van:

- Het beroep van uw behandelaar
- De duur van het consult.

De tarieven zijn landelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Wat is zorgvraagtypering?

Elke cliënt is uniek. Maar verschillende cliënten 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 cliënten aan de hand van de hoeveelheid en de ernst van hun klachten en problemen.

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

Op basis van de antwoorden op de HONOS+ bepaalt de regiebehandelaar welk zorgvraagtype het beste bij jouw 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 jouw diagnose en de doelen die je samen met de behandelaar afspreekt. Tijdens de behandeling zal jouw behandelaar bij tussentijdse evaluaties opnieuw de HoNOS+ bij je 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.

Binnen onze praktijk worden voor het overgrote deel behandelingen uitgevoerd die vallen onder het Zorgprestatie-model. Hiervoor hebben we met de grote zorgverzekeraars uit de regio contracten afgesloten.

Worden alle stoornissen vergoed vanuit de basisverzekering?

Nee, niet allemaal. Zo zijn aanpassingsstoornissen, werk- en relatieproblematiek, en een aantal andere stoornissen uitgesloten van verzekerde GGZ-zorg. De cliënt zal de behandeling hiervoor zelf moeten betalen, of eventueel uit een aanvullende verzekering.

Wie betaalt de rekening?

Wij hebben met de meeste zorgverzekeraars een contract afgesloten waardoor de rekening buiten u om geregeld wordt.

Wanneer wij geen contract hebben met uw zorgverzekeraar dan krijgt u altijd zelf een rekening. De prijslijst is in de wachtkamer te vinden.

Gesprek afzeggen: Bel tijdig af!

Zorgverzekeraars vergoeden alleen als een behandeling heeft plaatsgevonden. Bent u plotseling verhinderd? Belt u dan alstublieft tijdig af. Afspraken die minder dan **48** uur vooraf worden afgezegd, worden in rekening gebracht. Belt u niet of te laat, dan moet u de zitting zelf betalen.
