

Behandeltarieven (2022)

Vergoeding vanuit de basisverzekering:

1 Gecontracteerd:

Met vrijwel alle zorgverzekeraars heb ik een contract gesloten, hetgeen betekent dat uw zorgverzekeraar de behandeling vergoedt vanuit de basisverzekering (zie mijn overzicht contracten met zorgverzekeraars). Houdt u wél rekening met uw eigen risico. De gedeclareerde prestatiecodes (zie hieronder), kunt u op de overzichten van uw zorgverzekeraar terugvinden.

2 Niet gecontracteerd:

Voor cliënten, die verzekerd zijn bij verzekeraars waarmee ik geen contract heb afgesloten, hanteer ik in mijn praktijk de door de NZa vastgestelde maximum-tarieven, zie hieronder. Zie voor uitgebreid overzicht ook: zorgprestatie.nza.nl (tarievenzoeker). Wat u bij uw zorgverzekeraar kunt declareren, vindt u in uw polis.

Tarief voor niet-basispakket-zorg:

Indien, na verwijzing door uw huisarts, na maximaal 4 diagnostische gesprekken* blijkt dat u een DSM-5-diagnose heeft, die *niet* vanuit de basisverzekering vergoed wordt, moet u (als u toch behandeling wenst) de behandelsessies daarna zelf betalen.

Het gaat hier om bijvoorbeeld: aanpassingsstoornissen, slaapstoornissen, relatieproblemen, indien ze *niet* zijn ontstaan vanuit een primaire diagnose, die wél vergoed wordt (bijvoorbeeld een depressieve stoornis, een persoonlijkheidsstoornis, etc).

Check uw polis of deze gesprekken vanuit een eventuele aanvullende verzekering vergoed worden.

Het door de NZa vastgestelde tarief voor niet-basispakket-zorg is € 117,33 per consult (prestatiecode OV0012).

*De maximaal 4 diagnostische gesprekken worden wél vergoed door uw zorgverzekeraar.

Voorwaarden en tarief no-show:

Het tarief voor no-show is: € 50,00 per gemiste afspraak.

Afspraken moeten uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de behandeling geannuleerd worden. Bij niet annuleren en bij annuleringen binnen 24 uur voor de afspraak is de behandelaar gerechtigd de gereserveerde tijd naar redelijkheid en billijkheid aan de patiënt in rekening te brengen. Dit betekent dat de patiënt buiten de kosten voor de behandelingen een aparte factuur krijgt. Deze factuur moet de patiënt zelf betalen en kan niet bij de zorgverzekeraar ingediend worden.

Maximum-NZa-tarieven 2022; vrijgevestigd psychotherapeut (wet BIG, artikel 3);
Kwaliteitsstatuut, sectie II, GGZ. (zie ook NZa-tarievenzoeker):

Prestatiecode	Consulttype	Tijdsduur	Tarief (€)
CO0050	Diagnostiek	vanaf 5 minuten	38,33
CO0115	Behandeling	vanaf 5 minuten	30,67
CO0180	Diagnostiek	vanaf 15 minuten	67,31
CO0245	Behandeling	vanaf 15 minuten	55,69
CO0310	Diagnostiek	vanaf 30 minuten	115,12
CO0375	Behandeling	vanaf 30 minuten	97,28
CO0440	Diagnostiek	vanaf 45 minuten	162,76
CO0505	Behandeling	vanaf 45 minuten	139,38
CO0570	Diagnostiek	vanaf 60 minuten	187,62
CO0635	Behandeling	vanaf 60 minuten	166,13
CO0700	Diagnostiek	vanaf 75 minuten	229,21
CO0765	Behandeling	vanaf 75 minuten	204,90
CO0830	Diagnostiek	vanaf 90 minuten	280,84
CO0895	Behandeling	vanaf 90 minuten	250,18
CO0960	Diagnostiek	vanaf 120 minuten	405,88
CO1025	Behandeling	vanaf 120 minuten	368,76
OV0007	Intercollegiaal overleg kort (v.a. 5 min.)		22,18
OV0008	Intercollegiaal overleg lang (v.a. 15 min.)		67,62
TC0009	Toeslag reistijd tot 25 minuten		30,75
TC0010	Toeslag reistijd vanaf 25 minuten		79,30
OV0012	Niet-basispakketzorg consult		117,33
OV0018	Schriftelijke informatieverstrekking (met toestemming patiënt) aan derden.		91,78

In bovenstaande tarieven (= face-to-face; ear-to-ear; bit-to-bit/mail) zit alle indirecte tijd, die aan de cliënt besteed wordt, verdisconteerd.

Bij eventuele meerdere (mail-)contacten op één dag wordt deze bestede directe tijd bij elkaar opgeteld, en als één contact gedeclareerd.

Indirecte tijd is tijd voor o.a. verslaglegging, indicatiestelling schrijven, behandelplan schrijven, brieven schrijven, testen uitwerken. Deze tijd wordt dus niet apart in rekening gebracht.

Intercollegiaal contact m.b.t. een cliënt wordt wel apart gedeclareerd.

Reistijd bij huisbezoek wordt eveneens apart gedeclareerd.

Vanaf 01-01-2022 geldt een nieuwe bekostiging in de GGZ: Het Zorg Prestatie Model (ZPM). Het oude bekostigingssysteem (DBC's in de Specialistische GGZ, en de prestaties in de Generalistische Basis-GGZ) vervalt hiermee.

Behandelingen worden niet meer per jaar gedeclareerd (DBC's) of per GB-GGZ-prestatie, maar per zorgprestatie (ZPM).