

**Sinds 1 januari 2022 zijn er veranderingen doorgevoerd in de ggz.**

**Het zorgprestatie­model (ZPM) is ingevoerd. Ook voor u als cliënt heeft dat gevolgen, onder andere voor uw eigen risico. Welke gevolgen het nieuwe model heeft, leest u hieronder.**

U hoeft zelf niets te doen. De manier van factureren zal veranderen van eens per 365 dagen naar eens per maand en de rekening geeft duidelijker en inzichtelijker aan welke zorg er geleverd is. Het eigen risico wordt verrekend per kalenderjaar en niet meer per behandeljaar. Dat wil zeggen dat afhankelijk van de zorgkosten die u gemaakt hebt in 2021, het eigen risico van minimaal 385,00 nog kan worden afgerekend. Voor 2022 betekent dat, dat de eerste sessies van 2022 onder uw eigen risico vallen.

### **Waarom een nieuw model?**

Het systeem in de ggz was niet overzichtelijk. Het was voor veel cliënten moeilijk te begrijpen wat er op de factuur stond en er werd vaak pas na meer dan een jaar een rekening gestuurd. Ook was het systeem te complex en vergde het te veel administratie van behandelaren.

### **Hoe werkt het zorgprestatie­model?**

Het nieuwe model voor de ggz heet het zorgprestatie­model (ZPM). De naam zegt het al: het fundament van het zorgprestatie­model 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 en de plek waar de behandeling plaatsvindt.

Het zorgprestatie­model is transparant: de prestaties zijn duidelijk en overzichtelijk en zijn een feitelijke weergave van de zorg die u gekregen hebt.

De prijzen sluiten aan bij de geleverde zorg die u hebt 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.

Voor behandelaren betekent het nieuwe model uiteindelijk minder administratie. Zij hoeven geen minuten meer te registreren en de regels en controles zijn eenvoudiger.

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 nota?**

U kunt op de nota precies zien wanneer en door wie u behandeld bent en voor hoelang. De nota bevat herkenbare informatie die u gemakkelijk kunt controleren. U krijgt de nota ook sneller. Zo weet u eerder welke kosten zijn gemaakt en of u eigen risico moet betalen. Op de nota staat vanaf 1 januari 2022 ook de zorgvraagtypering.

U krijgt nota's van mij op basis van zorgprestaties en de verzekeraar gaat dus zorgprestaties vergoeden. Bij gecontracteerde zorg zal ik de nota rechtstreeks indienen bij uw zorgverzekeraar. Bij niet gecontracteerde zorg kunt u nota's zelf indienen bij de zorgverzekeraar. Als uw eigen risico moet worden aangesproken, gebeurt dit ook op basis van zorgprestaties.

### **Welke prestaties kunnen er op de nota staan?**

Op de nota staan zorgprestaties. In de vrijgevestigde setting zijn m.n. de volgende zorgprestaties mogelijk:

- **consult diagnostiek:** bij diagnostiek onderzoek ik wat er met u aan de hand is, welke problematiek er bij u speelt;
- **consult behandeling:** bij behandeling ga ik met u in gesprek met als doel de klachten hanteerbaar te maken;
- **intercollegiaal overleg:** als ik het voor uw behandeling noodzakelijk vindtom te overleggen met een externe collega;

Het tarief voor deze prestaties is afhankelijk van mijn beroep (gz-psycholoog) en de duur van het consult. Naast face-to-face consulten, worden ook online consulten, telefonische afspraken en inhoudelijke mailcontact gezien als een consult.

Er zijn aparte tarieven voor de vrijgevestigde ggz. De tarieven zijn landelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

### **Wat gebeurt er met uw eigen risico?**

Tot en met 31 december 2021 betaalde u één keer het eigen risico per behandeltraject van maximaal 365 dagen, ongeacht de startdatum van het behandeltraject. Dit gaat veranderen. Vanaf 1 januari 2022 wordt voor ggz het eigen risico per kalenderjaar aangesproken. Dit is een politieke keuze. Bij andere vormen van zorg gebeurt dat al langere tijd. Op het moment dat een behandeltraject over de grens van het kalenderjaar heen gaat, betaalt u voor beide jaren het eigen risico.

Ik kan u informeren over de financiële consequenties en het eigen risico in relatie tot de startdatum van de behandeling. Ik mag u hierover echter niet adviseren. Ik kan wel vanuit zorginhoudelijke redenen een advies geven. Als ik het belangrijk vind dat u zo snel mogelijk start met de behandeling, dan mag ik u dat vanuit goed hulpverlenerschap adviseren. Daarbij zal ik u informeren over mogelijke financiële consequenties, maar dit speelt geen rol bij mijn advies.

### **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.

In de vrijgevestigde praktijk worden met name cliënten behandeld met zorgvraagtype 1 tot en met 8. De zorgvraagtypen 1 tot en met 4 worden met name in de generalistische basis-ggz behandeld (in mijn praktijk), de zorgvraagtypen 5 tot en met 8 in de gespecialiseerde ggz.

De zorgvraagtypering wordt gedaan door mij (als regiebehandelaar.) Hiervoor gebruik ik een vragenlijst genaamd HoNOS+.

Deze vragenlijst wordt door mij zelf ingevuld aan de hand uw klachten en problemen.

Op basis van de antwoorden op de HONOS+ bepaal ik welk zorgvraagtype het beste bij uw 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 u afgesproken wordt op grond van je diagnose en de doelen die u samen met mij afspreekt. Tijdens de behandeling zal ik bij tussentijdse evaluaties opnieuw de HoNOS+ bij u 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 u.