

Belangrijke wijzigingen in de bekostiging van de GGZ zorg per 1 januari 2022

Waarom een nieuw model?

Het huidige systeem in de ggz is niet transparant. Het is voor veel patiënten moeilijk te begrijpen wat er op de factuur staat en er wordt vaak pas na meer dan een jaar een rekening gestuurd. Ook is het systeem te complex en vergt het te veel administratie van behandelaren.

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 en de plek waar de behandeling plaatsvindt. 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.

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

En zowel voor patiënt 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?

U kunt op de rekening van de behandelaar en op het overzicht van de zorgverzekeraar precies zien wanneer en door wie u behandeld bent en voor hoelang. De rekening bevat herkenbare informatie die u gemakkelijk kunt controleren. U krijgt de rekening ook sneller. Zo weet u eerder welke kosten zijn gemaakt en of u eigen risico moet betalen. Op de rekening staat vanaf 1 januari 2022 ook de zorgvraagtypering. Waar u of uw zorgverzekeraar voorheen per jaar of aan het einde van het traject een rekening ontving, krijgt u of uw zorgverzekeraar die nu elke maand.

Uw zorgverzekeraar krijgt rekeningen van uw behandelaar op basis van zorgprestaties en gaat dus zorgprestaties vergoeden. U kunt deze zorgprestaties terugvinden in de digitale omgeving van uw zorgverzekeraar. Als uw eigen risico moet worden aangesproken, gebeurt dit ook op basis van zorgprestaties.

Welke prestaties kunnen er op de rekening staan?

Op de rekening staan zorgprestaties. In de vrijevestigde setting zijn vier verschillende zorgprestaties mogelijk:

1. **Consult diagnostiek:** bij diagnostiek onderzoekt uw behandelaar wat er met u aan de hand is, welke problematiek er bij u speelt
2. **Consult behandeling:** bij behandeling gaat u met uw behandelaar in gesprek met als doelt uw problematiek hanteerbaar te maken
3. **Intercollegiaal overleg:** als uw behandelaar het voor uw behandeling noodzakelijk vindt om te overleggen met een externe collega
4. **Reistijd:** als de behandelaar naar u toe moet komen
5. **Groepsconsulten:** als u groepstherapie doet

Het tarief voor deze prestaties is afhankelijk van het beroep van uw behandelaar en de duur van het consult. Bij groepstherapie speelt daarnaast de groepsgrootte een rol.

Er zijn aparte tarieven voor de vrijevestigde ggz. De tarieven zijn dus anders (en vaak lager) dan de tarieven voor ggz in een instelling. 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 (product of dbc) van maximaal 365 dagen, ongeacht de startdatum van het behandeltraject. Zie voorbeeld 1 hieronder.

Dit gaat veranderen. Vanaf 1 januari 2022 wordt voor ggz het eigen risico per kalenderjaar aangesproken. Dit is een politieke keuze. LVVP-leden kunnen hier dan ook niet voor aansprakelijk gesteld worden. 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. Zie voorbeeld 2.

Voorbeeld 1:

- Start behandeling: 1 november 2020
- Einde behandeling: 31 oktober 2021
- Eigen risico: alleen het eigen risico van 2020 wordt aangesproken voor het hele behandeltraject.

Voorbeeld 2:

- Start behandeling: 1 mei 2021
- Einde behandeling: 30 april 2022
- Eigen risico: het eigen risico van 2021 wordt aangesproken voor het deel van de behandeling dat in 2021 plaatsvindt, het eigen risico van 2022 wordt aangesproken voor het deel van de behandeling dat in 2022 plaatsvindt (van 1 januari 2022 tot en met 12 februari 2022).

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

Vergoedingen

Indien ik met uw verzekeraar een contract heb afgesloten, dan wordt de zorg rechtstreeks bij hen gedeclareerd en ontvangt u van uw verzekeraar daar een overzicht van en een rekening voor het te betalen eigen risico. Als ik geen contract met uw verzekeraar heb afgesloten, dan declareer ik de rekening rechtstreeks bij u en moet u die vervolgens zelf indienen bij uw verzekeraar. In verband met de overgang naar het zorgprestatiemodel zullen lopende trajecten worden afgesloten in december van 2021. Als uw behandeling doorloopt in 2022 heeft u geen nieuwe verwijsbrief nodig. Wel is het belangrijk om bij uw verzekeraar te checken of er nog steeds recht bestaat op volledige vergoeding (onder aftrek van uw eigen risico) bij een restitutiepolis als ik met uw verzekeraar geen contract heb. Bij een naturapolis wordt er sowieso slechts een deel van de kosten vergoed als ik met uw verzekeraar geen contract heb. Het is belangrijk dit vooraf goed bij uw verzekeraar te checken zodat u niet voor onverwachte kosten komt te staan.

Wat is zorgvraagtypering?

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

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

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

Op basis van de antwoorden op de HONOS+ bepaalt de regiebehandelaar 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 uw diagnose en de doelen die u samen met de behandelaar afspreekt. Tijdens de behandeling zal uw behandelaar 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.