

Zorgprestatie­model 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 zorgprestatie­model?

Het nieuwe model voor de ggz heet het zorgprestatie­model. 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 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.

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. Er zijn verschillende zorgprestaties mogelijk:

- *Consult diagnostiek*: bij diagnostiek onderzoekt uw behandelaar wat er met u aan de hand is en welke problematiek er bij u speelt.
- *Consult behandeling*: bij behandeling gaat u met uw behandelaar in gesprek, met als doel uw problematiek hanteerbaar te maken.
- *Intercollegiaal overleg*: als uw behandelaar het voor uw behandeling noodzakelijk vindt om te overleggen met een externe collega.
- *Reistijd*: Als uw behandelaar naar u toe moet komen.
- *Groepsconsulten*: Als u groepstherapie volgt.

Het tarief voor deze prestaties is afhankelijk van het beroep van uw behandelaar en de duur van het consult. Bij groepstherapie speelt daarnaast ook de groepsgrootte een rol. 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. 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: 12 februari 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 advies geven. Als hij/zij het belangrijk vindt dat u zo snel mogelijk start met de behandeling, dan mag hij/zij u dat vanuit goed hulpverlenerschap adviseren. Daarbij zal hij/zij u informeren over mogelijke financiële consequenties, maar dit speelt geen rol bij zijn/haar advies. (Bron: <https://lvvp.info/voor-clienten/zorgprestatiemodel-wat-verandert-voor-patienten/#zvt>)