



# De nieuwe bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg

**Wordt u in 2022 behandeld in de geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Dan krijgt u te maken met een nieuwe bekostiging. In deze folder leest u wat u daarvan merkt.**



# De nieuwe bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg

## De bekostiging van de ggz

De bekostiging regelt wat de zorg mag kosten en hoe uw zorgverlener die in rekening moet brengen. De bekostiging gaat niet over wélke zorg u krijgt of hoe u die krijgt.

## Waarom een nieuwe bekostiging?

De oude bekostiging voor de ggz is niet meer geschikt. Zorgverleners waren veel tijd kwijt aan administratie. De rekening van een behandeling werd pas aan het einde van een behandeltraject verstuurd, soms pas na een jaar. En de rekeningen waren vaak niet duidelijk. Daarom is er vanaf 2022 een nieuwe bekostiging: het zorgprestatie-model. In het zorgprestatie-model worden ggz-behandelingen niet meer als traject afgerekend, maar als losse zorgprestaties.

## Het zorgprestatie model

Uw behandeling in de ggz bestaat uit verschillende onderdelen. Bijvoorbeeld gesprekken met een zorgverlener. Of een aantal dagen en nachten in een kliniek. In het zorgprestatie model heten al deze losse onderdelen zorgprestaties. De zorgprestaties staan op de rekening die de zorgverlener aan u of uw zorgverzekeraar stuurt. Zo is duidelijk voor welke zorg u of uw zorgverzekeraar betaalt.

## Wat merk ik ervan?

De zorg die u krijgt verandert niet. U kunt wel de rekening makkelijker controleren. U kunt precies zien wie u tijdens een consult heeft gesproken en hoeveel tijd daarvoor in rekening wordt gebracht. Ook komt de rekening sneller, bijvoorbeeld na een maand.

## Van 2021 naar 2022

De nieuwe bekostiging voor de ggz gaat op 1 januari 2022 in. Krijgt u in 2021 een behandeling en loopt uw behandeling door in 2022? Dan valt de zorg tot en met 31 december 2021 onder de oude bekostiging. Daar komt een aparte rekening van. De zorg in 2022 registreert uw zorgverlener volgens het zorgprestatie model. De zorgverzekeraar kijkt voor beide jaren of u eigen risico moet betalen.

## Vanaf 2022

In het zorgprestatie­model wordt de rekening ge­stuurd kort nadat de zorgprestaties plaatsvinden. Op uw rekening kunnen dan meerdere losse consulten of andere zorgprestaties staan. De zorgverzekeraar telt de zorgprestaties die in 2022 plaatsvinden mee in de berekening van het eigen risico voor 2022. De zorgprestaties die in 2023 plaatsvinden, tellen mee in de berekening van het eigen risico voor 2023. Als u in die jaren nog eigen risico moet betalen, brengt de zorgverzekeraar dat in rekening.

## Zorgvraagtypering

In de oude bekostiging bepaalde de diagnose vaak de prijs van de behandeling. In de nieuwe bekostiging is dit niet meer zo. In het zorgprestatie­model legt uw zorgverlener een zorgvraagtype vast. Het zorgvraagtype geeft informatie over uw zorgvraag. Uw zorgverlener kan die bijvoorbeeld gebruiken bij het opstellen van een behandelplan. Het zorgvraagtype bepaalt niet de prijs van de behandeling. Dat doen de zorgprestaties die u krijgt. Soms bepaalt uw zorgverlener tijdens de behandeling opnieuw het zorgvraagtype om verandering duidelijk te maken. Het zorgvraagtype vindt u terug op de rekening.



## Goed om te weten

---

- Bent u al in zorg en loopt uw behandeling door in 2022? Dan heeft u geen nieuwe verwijzing nodig.
- 

- Let op als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Als uw behandeling in het nieuwe kalenderjaar doorloopt, valt dit deel onder de nieuwe polis. Check dan of de nieuwe zorgverzekeraar uw zorgverlener (volledig) vergoedt.
- 

- De duur van een consult bepaalt het tarief. Een zorgaanbieder mag in plaats daarvan ook uitgaan van de tijd die voor u in de agenda was gepland. Ook als het consult in werkelijkheid iets langer of korter duurde. Als uw zorgaanbieder op die manier werkt, staat dat op de website.
- 

- Heeft u op één dag meerdere keren contact met uw zorgverlener via e-mail of chat? Dan kan dit als 1 consult op de rekening staan.
-



**Heeft u vragen over het zorgprestatie­model?  
Stel ze aan uw zorgverlener of zorgverzekeraar.**





# The new way of charging for mental healthcare

**Will you be treated by mental healthcare providers in 2022?  
Then you will be dealing with a new system for calculating  
and reimbursing healthcare treatment.**



# The new way of charging for mental healthcare

## Charging for mental healthcare

The system for calculating and reimbursing healthcare costs regulates what the treatment may cost and how your care provider must charge for it. It is not about the type of treatment you get or how you get it.

## Why a new way of charging?

The way mental healthcare costs used to be charged is no longer appropriate. Healthcare providers spent a lot of time doing their administration. The bill for treatment was only sent once the treatment ended, and this could take up to a year. The invoices were often not clear. That is why there will be a new way of charging for mental healthcare from 2022 onwards: 'het zorgprestatie model' (the care performance model).

In 'het zorgprestatie model', mental health treatments are no longer paid for as a course, but as separate care services.



## 'Het zorgprestatie model'

Your treatment in mental healthcare consists of several components. For instance, consultations with the healthcare provider or days and nights spent in a clinic. In 'het zorgprestatie model', all of these separate components are known as care services. The care services are listed on the invoice that the healthcare provider sends to you or your healthcare insurer. This way, it is clear which treatment you or your health insurance company will pay for.

## How will this affect me?

The treatment that you get will not change. But it will be easier for you to check the bill. You can see exactly who you spoke to during a consultation and how much time was charged. The bill will also be sent sooner, for instance in a month's time.

## From 2021 to 2022

The new way of charging for mental healthcare comes into effect on 1 January 2022. If you are undergoing treatment in 2021 and it carries on into 2022, then until 31 December 2021 the treatment will be calculated and reimbursed according to the old system. A separate bill will be sent for this. Your healthcare provider will register the treatment you are given in 2022 in 'het zorgprestatie model'. The healthcare insurer will check whether you have policy excess for both years.

## From 2022 onwards

In 'het zorgprestatie model', the bill is sent shortly after the care is provided. Your bill may then include several separate consultations or other care services. The healthcare insurer includes the care services that are provided in 2022 when calculating the policy excess for 2022. The care services that are provided in 2023 are included in the calculations for the policy excess for 2023. If you still have to pay for policy excesses in those years, the healthcare insurer will charge for it.

## Type of healthcare required

In the old system, it was the diagnosis that often determined the costs of treatment. This is no longer the case in the new way of charging. Your healthcare provider records the type of care required in 'het zorgprestatie model'. The type of care provides information about the care you require. Your healthcare provider can use it when drawing up a treatment plan, for instance. The type of care does not determine the price of the treatment. Instead it is the care services that you are given that determine the price. During your treatment, your healthcare provider may redefine the type of care required to make the change clear. The type of care required is stated on the bill.



## Good to know

---

- If you are already undergoing treatment and it will carry on into 2022, then you do not have to get another referral.
- 

- Be aware of this if you move to a different healthcare insurer. If your treatment continues into the new calendar year, this part is covered under the new policy. Then check whether the new healthcare insurer will reimburse your healthcare provider (in full).
- 

- The length of the consultation determines the rate. The healthcare provider may instead base the rate on the time that was set aside for you in the agenda, even if the consultation actually was a little longer or shorter. If this is the method that your healthcare provider uses, it will be stated on the website.
- 

- If you are in touch with your healthcare provider several times in one day by email or a chat session, then this may be invoiced as one consultation.
-



.....

**If you have any questions about 'het zorgprestatie-  
model', then please contact your healthcare  
provider or insurer.**

.....