

Zorgprestatie-model

Wat is het zorgprestatie-model (ZPM)?

Het zorgprestatie-model (ZPM) gaat over de manier waarop een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) wordt betaald. Met ggz bedoelen we generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en langdurige ggz. Het ZPM is niet van toepassing op jeugd-ggz en ggz geleverd door de praktijkondersteuner van de huisarts. In het ZPM is afgesproken hoe de zorgverlener jouw behandeling in rekening moet brengen. En er is afgesproken hoe de rekening betaald moet worden. Het ZPM gaat niet over welke zorg jij krijgt of hoe je die krijgt.

Waarom een nieuwe bekostiging?

De oude bekostiging voor de ggz is niet meer geschikt. Behandelaren en secretariaten waren veel tijd kwijt aan administratie. De rekeningen voor de verleende zorg waren erg onduidelijk en werden vaak pas na lange tijd verstuurd. Zo was moeilijk te achterhalen welke zorg er nu precies verleend was. Dat zorgde ook voor onduidelijkheid bij cliënten.

Wat merk ik ervan?

De zorg die je krijgt verandert niet. Je kunt wel de rekening makkelijker controleren. Je kunt precies zien wie je hebt gesproken, hoe lang dit gesprek geduurd heeft en wat daarvoor in rekening gebracht wordt. Ook zie je de rekening sneller.

Hoe werkt het ZPM?

Jouw behandeling bestaat uit verschillende onderdelen. Bijvoorbeeld gesprekken met een zorgverlener. Of een aantal dagen en nachten in een kliniek. In het ZPM heten al deze losse onderdelen zorgprestaties. De zorgprestaties staan op de rekening die Dimence aan de zorgverzekeraar stuurt. Op basis hiervan weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij Dimence moet vergoeden.

Moet ik iets doen?

Je hoeft zelf niets te doen. Dimence zorgt dat alle zorgprestaties binnen jouw behandeling opgeschreven en in rekening gebracht worden. We sturen de rekening naar jou of je zorgverzekeraar, op een veilige manier.

Hoe zie ik de zorgprestaties van mijn behandeling?

Het is belangrijk dat het voor jou duidelijk is voor welke zorg er is betaald. Daarom zie je op het declaratieoverzicht van de zorgverzekeraar welke zorgprestaties voor jouw behandeling zijn ingezet. Het declaratieoverzicht is vaak terug te vinden op de eigen risico overzichten die je van de zorgverzekeraar ontvangt. Je zorgverzekeraar kan je helpen om het declaratieoverzicht te begrijpen. Ook als je vragen hebt over een zorgprestatie kun je contact opnemen met het secretariaat van het team waar je in behandeling bent of de zorgverzekeraar.

Welke zorgprestaties zijn er?

Er zijn verschillende soorten zorgprestaties:

- **Consulten.** Dit zijn de gesprekken, fysiek of online, die je heeft met je zorgverlener.
- **Groepsconsulten.** Je praat met de zorgverlener in een groep met andere patiënten.
- **Verblijfsdagen.** Een dag en nacht in een kliniek is een verblijfsdag.

Soms is bij een consult iets extra's nodig. Bijvoorbeeld een tolk. Of reistijd omdat je zorgverlener bij je thuis was. Deze zorgprestaties heten 'toeslagen'. Deze worden als dat van toepassing is bij een consult of een verblijfsdag opgeteld. Tot slot zijn er enkele 'overige prestaties'. Bijvoorbeeld een 'intercollegiaal overleg'.

Hoeveel kost mijn behandeling?

Wanneer je behandeling begint is het niet meteen duidelijk hoe je behandeling er uit gaat zien. Of hoe lang het gaat duren. Daarom is vooraf meestal niet bekend hoeveel jouw behandeling in totaal gaat kosten. Het is vooraf wel duidelijk hoeveel elk onderdeel van de behandeling kost. Voor elk los onderdeel van de behandeling (de zorgprestaties) is een prijs afgesproken.

Hoe zijn de tarieven voor zorgprestaties bepaald?

De overheid heeft berekend hoeveel elke zorgprestatie maximaal mag kosten. Er zijn veel verschillende tarieven. Dat komt omdat bij het bepalen van de tarieven onder andere rekening is gehouden met:

- **Het beroep van de zorgverlener.** Een psychiater is bijvoorbeeld duurder dan een verpleegkundige;
- **Het type consult.** Een diagnostiek consult is duurder dan een behandelconsult;
- **De duur van het consult.** Hoe langer het consult duurt, hoe meer het kost;
- **De plek waar het consult plaatsvindt.** Een consult in een specialistische instelling is duurder dan een consult door een zorgverlener met een eigen praktijk.

In de [tarievenzoeker](#) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vind je alle maximumtarieven. Het kan zijn dat je op je kostenoverzicht iets andere tarieven ziet. Dat komt omdat er soms met de zorgverzekeraar andere (lagere) prijzen worden afgesproken. Wil je weten welke prijzen er precies voor jou gelden? Neem dan contact op met het secretariaat voor het team waar je in behandeling bent of je zorgverzekeraar.

Wie betaalt mijn behandeling?

Als je 18 jaar of ouder bent dan wordt jouw ggz-behandeling meestal vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Hierover krijg je bij de start van je behandeling informatie. Je betaalt eigen risico voor veel vormen van zorg die uit het basispakket van de zorgverzekering worden vergoed.

Hoe wordt het eigen risico voor een behandeling in de ggz berekend?

Het eigen risico wordt per kalenderjaar berekend. 2022 is een kalenderjaar. En 2023 is een nieuw kalenderjaar. Je zorgverzekeraar berekent of je eigen risico moet betalen. In het ZPM is de behandeling opgebouwd uit losse onderdelen: de zorgprestaties. Eén gesprek met de zorgverlener is bijvoorbeeld één losse zorgprestatie. 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.

Een voorbeeld:

In 2022 heb je 8 gesprekken met een psycholoog. En in 2023 heb je 2 gesprekken met een psycholoog. De 8 gesprekken die in 2022 plaatsvinden tellen mee voor je eigen risico van 2022. De 2 gesprekken die in 2023 plaatsvinden tellen mee voor je eigen risico van 2023.

Hoe weet ik of ik eigen risico moet betalen?

Of je naar aanleiding van jouw behandeling in de ggz ook eigen risico moet betalen, hangt van verschillende dingen af:

Andere zorgkosten gehad in hetzelfde jaar? Heb je in hetzelfde jaar ergens anders zorgkosten gehad die onderdeel waren van de basisverzekering? Bijvoorbeeld medicijnen of een behandeling in het ziekenhuis? Dan kan het zijn dat je toen jouw eigen risico al hebt betaald. Of een deel daarvan.

Heeft u een hoger vrijwillig eigen risico? Heb je bij het afsluiten van jouw verzekering gekozen voor een vrijwillig eigen risico? Dan is het eigen risico bedrag bij jou hoger. Het wettelijk eigen risico van dit jaar bedraagt 385 euro. Het maximum eigen risico is 885 euro (500 euro bovenop het verplichte eigen risico). Als je koos voor een hoger eigen risico bedrag betaal je een groter deel van jouw zorgkosten zelf.

Moet ik eigen risico betalen?

Wil je meer weten over je eigen risico? Of maak je je zich zorgen over of je het wel kunt betalen? Neem dan contact op met jouw zorgverzekeraar en vraag of bijvoorbeeld een betalingsregeling mogelijk is.

Meer weten over het eigen risico? Zie: <https://www.dimence.nl/nieuws/het-eigen-risico-voor-jouw-behandelingen-2022>

Geen eigen risico bij forensische zorg.

Als je een behandeling krijgt in de forensische zorg dan betaalt het ministerie van Justitie en Veiligheid jouw behandeling. Hierdoor heeft het ook geen invloed op je eigen risico van de zorgverzekering.

Goed om te weten:

- Ben je al in zorg en loopt je behandeling door in 2022? Dan heb je geen nieuwe verwijzing nodig.
- Let op wanneer je overstapt naar een andere zorgverzekeraar! Als je behandeling in het nieuwe kalenderjaar doorloopt, valt dit deel onder de nieuwe polis. Check dan goed of de nieuwe zorgverzekeraar de kosten van de behandeling (volledig) vergoeden.
- De duur van een consult bepaalt het tarief. Dimence mag in plaats daarvan ook uitgaan van de tijd die voor jou in de agenda was gepland. Ook als het consult in werkelijkheid iets langer of korter duurde.
- Heb je op één dag meerdere keren contact met je zorgverlener gehad via email of chat? Dan kan dit als één consult op de rekening staan.