



## Tarieven & vergoedingen (18 jaar en ouder)

### Verzekerde zorg

Vrijwel alle psychotherapeutische behandelingen voor volwassenen die wij aanbieden, worden vergoed vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (als gespecialiseerde ggz\*). U krijgt de behandeling alleen vergoed als u een geldige verwijsbrief van uw huisarts heeft. Ook moet er sprake zijn van a) een psychische stoornis die onder de verzekerde zorg valt (dit wordt bepaald door het Zorginstituut Nederland), en b) van een toegestane therapie (dit wordt bepaald door [Zorgverzekeraars Nederland](#)).

In één of enkele gesprekken stel ik als uw behandelaar vast of er inderdaad sprake is van een stoornis waarvan de behandeling wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Mocht er toch geen sprake zijn van een stoornis, dan worden de eerste diagnostische consulten nog wel vergoed.

### Contracten met deze zorgverzekeraars in 2024 (verzekerde zorg)

Voor 2024 heeft de praktijk een contract met de volgende zorgverzekeraars:

- [Zilveren Kruis](#)
  - [De Friesland](#)
  - [FBTO](#)
  - [Interpolis](#)
  - [De Christelijke zorgverzekeraar](#)
- [DSW](#)
  - [InTwente Zorgverzekeraar](#)
  - [Stad Holland](#)
- [OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA](#)
- [ONVZ](#)
  - [VvAA](#)
  - ONVZ Expats
- [Menzis](#)
  - [Anderzorg](#)
  - [HEMA](#)
  - [VinkVink](#)
- [CZ/Delta Lloyd/Ohra](#): **beperkt budget**
- [Salland \(voorheen Eno\)](#)
- [VGZ](#)
  - [IZA Zorgverzekeraar N.V.](#)
  - [N.V. Zorgverzekeraar UMC](#)
  - [Univé](#)
- [Caresq](#)
- [ASR](#)

Als u een zorgverzekering heeft afgesloten bij één van deze zorgverzekeraars, dan stuurt onze praktijk de facturen rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar. De vergoeding is in natura: de zorgverzekeraar betaalt de factuur direct aan de behandelaar. U merkt daar dus niets van. Wel kunnen deze nota's door uw zorgverzekeraar met uw (verplicht en eventueel vrijwillig) eigen risico worden verrekend, als dat nog open staat.

### **Tarieven**

De maximumtarieven van de zorgprestaties worden elk jaar vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het tarief per consult wordt bepaald door het type consult en de duur daarvan. Zie voor meer informatie:

[https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_752075\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_752075_22/)

De zorgverzekeraars vergoeden daar een bepaald percentage van, welke per jaar kan verschillen; voor meer informatie hierover kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

### **Onverzekerde zorg voor volwassenen**

Ook als er geen sprake is van verzekerde zorg, kunt u in overleg met mij er toch voor kiezen om in behandeling te gaan bij mijn praktijk. De kosten van deze behandeling zijn dan geheel voor uw eigen rekening. Voor deze consulten brengt de praktijk het zogenoemde 'niet basispakketzorg consult' in rekening, tegen een tarief van €211 voor een diagnostiek consult per 60 minuten en € 187 per 60 minuten bestede tijd voor een behandelconsult. Dat is zowel de tijd die ik behandelaar in gesprek met u ben én de tijd die nodig is voor de zorgvuldige voorbereiding van de gesprekken en de vereiste verslaglegging. Voor onverzekerde zorg is een verwijzing van de huisarts niet nodig.

### **Annuleren van gesprekken**

Bij verhindering kunt u kosteloos tot 24 uur van tevoren (in werkdagen) een gesprek afzeggen. Indien u een gesprek niet tijdig annuleert, zijn de kosten daarvan voor eigen rekening. De praktijk mag hiervoor zelf een tarief vaststellen. U ontvangt hiervoor een factuur die u zelf moet betalen. Deze factuur wordt niet vergoed door uw verzekeraar. Het tarief voor een gemist gesprek is € 50.