

Factsheet Zorgprestatie model en eigen risico

Vanaf 1 januari 2022 worden ggz-behandelingen betaald volgens het zorgprestatie model. Dit is een bekostiging op basis van zorgprestaties en niet meer op basis van zorgtrajecten. Vanaf 2022 werkt het eigen risico voor ggz-behandelingen dan net als voor de meeste andere zorgsoorten. Dit heeft soms wel gevolgen voor de patiënt. In deze factsheet lees je wat er verandert en wat de patiënt hiervan kan merken.

Het eigen risico

Ggz-behandelingen voor patiënten ouder dan 18 jaar worden meestal vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Voor de meeste zorg uit de basisverzekering moeten patiënten eigen risico betalen. De zorgverzekeraar berekent dit per kalenderjaar. Een kalenderjaar is van 1 januari tot en met 31 december.

Zo gaat het nu

Nu krijgt de zorgverzekeraar aan het einde van een traject, maar soms ook pas een jaar later, één rekening met daarin alle onderdelen van de behandeling. De zorgverzekeraar kijkt naar de startdatum van de behandeling om te bepalen bij welk kalenderjaar de rekening hoort. Als de zorgverzekeraar de rekening betaalt, kijkt hij of het eigen risico voor dát kalenderjaar al was opgemaakt.

Een voorbeeld: een patiënt heeft in oktober, november en december 2020 8 gesprekken met een psycholoog. De behandeling gaat verder in 2021. In januari en februari zijn er nog 4 gesprekken. Dan is de behandeling klaar. Alle 12 gesprekken staan op dezelfde rekening die in maart 2021 naar de zorgverzekeraar gaat. Die kijkt naar de startdatum van de behandeling. Die was in oktober 2020. De rekening telt mee voor het eigen risico van 2020.

Zo gaat het vanaf 2022

In het zorgprestatie model worden ggz-behandelingen niet meer als traject afgerekend. De rekening wordt gestuurd kort nadat de activiteiten (zorgprestaties) plaatsvinden, bijvoorbeeld aan het einde van de maand. Op zo'n rekening kunnen dan bijvoorbeeld 2 of 3 consulten staan. De zorgverzekeraar telt de activiteiten 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: een patiënt heeft in 2022 8 gesprekken met een psycholoog. De behandeling gaat verder in 2023. In 2023 heeft hij 2 gesprekken met een psycholoog. De 8 gesprekken die in 2022 plaatsvinden tellen mee voor het eigen risico van 2022. De 2 gesprekken die in 2023 plaatsvinden tellen mee voor het eigen risico van 2023.

Wat merkt de patiënt?

Wat deze verandering betekent voor het eigen risico, verschilt per patiënt. Het hangt bijvoorbeeld af van het moment van de behandeling in het kalenderjaar en van hoeveel eigen risico de patiënt al heeft betaald.

De patiënt merkt geen of weinig verschil als:

- De patiënt meerdere jaren in zorg is en blijft. Dan bracht de zorgverzekeraar al ieder jaar het volledige eigen risico in rekening bij de patiënt.
- Een behandeling binnen één kalenderjaar klaar is. Zo'n behandeling valt zowel in het oude als in het nieuwe systeem onder het eigen risico van dat kalenderjaar.

De patiënt kan veranderingen in het eigen risico merken als:

- De behandeling over een jaargrens van 31 december heen gaat. Bijvoorbeeld als de patiënt in 2022 nieuw in zorg komt en de behandeling doorloopt in 2023. Als de patiënt in die jaren nog eigen risico moet betalen, brengt de zorgverzekeraar dat in rekening, zowel in 2022 als in 2023.

Hoeveel eigen risico de patiënt betaalt, hangt van verschillende factoren af

In de situaties hierboven las je wat de mogelijke effecten zijn voor het eigen risico. Maar het hangt vervolgens nog van verschillende factoren af of de patiënt daadwerkelijk eigen risico moet betalen, en zo ja, hoeveel.

Andere zorgkosten in hetzelfde kalenderjaar

Heeft de patiënt in hetzelfde kalenderjaar andere zorgkosten gehad die zijn vergoed uit de basisverzekering? Dan kan het zijn dat hij daarvoor al het eigen risico heeft betaald. Of een deel daarvan. Wanneer de patiënt het hele eigen risico heeft gebruikt voor andere vormen van zorg, hoeft de patiënt geen eigen risico meer te betalen over zijn ggz-behandeling.

Voorbeelden van andere zorgkosten die onder de basisverzekering vallen en daarmee het eigen risico kunnen opmaken zijn:

- Specialistische zorg in het ziekenhuis: consulten, controles, onderzoeken, ingrepen en behandelingen uitgevoerd door een specialist, zoals een longarts, cardioloog of KNO-arts
- Medicijnen voorgeschreven door de huisarts of een specialist
- Laboratoriumonderzoek (op voorschrift), zoals een bloedonderzoek
- Paramedische zorg, zoals fysiotherapie, ergotherapie, dieetadvies en logopedie

Vrijwillig hoger eigen risico

Als een patiënt heeft gekozen voor een hoger eigen risico, betaalt hij een groter deel van zijn zorgkosten zelf. Het wettelijk eigen risico voor 2022 bedraagt 385 euro. Het maximum eigen risico is 885 euro (500 euro vrijwillig eigen risico bovenop het wettelijk eigen risico).

Geen eigen risico bij forensische zorg

Als iemand een behandeling krijgt in de forensische zorg dan betaalt het ministerie van Justitie en Veiligheid deze behandeling. Daarvoor geldt geen eigen risico.

Tips voor de behandelaar

- Informeer de patiënt over het eigen risico en de mogelijke veranderingen per 1 januari 2022.
- Als een behandeling eind 2021 in de afrondende fase zit, kijk dan of het haalbaar is om deze ook echt voor de jaarwisseling af te ronden. Dan hoeft de patiënt geen 'extra' eigen risico te betalen voor bijvoorbeeld nog 1 gesprek in 2022.
- Alle trajecten die op 31 december 2021 nog lopen, worden op die datum 'hard afgesloten' en tellen mee voor het eigen risico van 2021. De zorg in 2022 telt mee voor het eigen risico van 2022.

Tips die je aan de patiënt kunt geven

- Informatie over hoeveel eigen risico een patiënt nog moet betalen kan de zorgverzekeraar geven.
- Veel zorgverzekeraars bieden een betalingsregeling voor het eigen risico.
- De hoogte van het vrijwillig eigen risico kan de patiënt jaarlijks per 1 januari aanpassen.