Tarieven & vergoedingen volwassenen (18 jaar en ouder)

Verzekerde zorg
Vrijwel alle psychotherapeutische behandelingen voor volwassenen die ik aanbiedt, 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 2026(verzekerde zorg)
Voor 2026 heeft de praktijk een contract met de volgende zorgverzekeraars:

- ASR Ziektekostenverzekeringen, en label: A.S.R. “ik kies zelf”
- DSW Zorgverzekeraar U.A., Stad Holland Zorgverzekeraar
- OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA, en label: AZVZ
- Caresq, de labels Eucare en Aevitae.
- Centrale Verwerkingseenheid CZ: CZ, OHRA en Nationale Nederlanden, en de labels: Just en CZ direct.
- Coöperatie VGZ, en labels VGZ bewuz, IZZ door Vgz.

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.

Geen contracten met deze zorgverzekeraars in 2026 (verzekerde zorg)
Met de volgende zorgverzekeraars heeft de praktijk in 2026 geen contract afgesloten:

- Menzis met label: Ander Zorg en “Vink Vink”
- Salland Zorgverzekeringen
- ONVZ met label VVAA
- Zilveren Kruis met de labels: De Friesland, FBTO, Interpolis, ziezo, en de christelijke zorgeverzekeraar.

Als u een zorgverzekering heeft afgesloten bij een van deze zorgverzekeraars, ontvangt u elke maand van mij een factuur met daarop de verschillende zorgprestaties.
Deze factuur betaalt u altijd zelf binnen 30 dagen volgens de betalingsvoorwaarden.
U kunt deze factuur meteen na ontvangst al indienen bij uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van de polis die u heeft afgesloten, krijgt u daarna 60% tot 100% van de factuur door uw verzekeraar vergoed.

Tarieven
De maximumtarieven van deze 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 ook de bijlage Tarieven.
Onze praktijk rekent de volgende tarieven voor de meest voorkomende consulten:

- Consult diagnostiek vanaf 60 minuten € 231,50 (N.Z.A. Tarief)
- Consult behandeling vanaf 45 minuten € 172,85 (N.Z.A. Tarief)

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. 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 € 36,50 per eenheid van 15 minuten.
Deze 15 minuten betreft zowel de tijd die ik in gesprek met u ben én de tijd die nodig is voor de zorgvuldige voorbereiding van de gesprekken en de vereiste verslaglegging.
Dus als u een gesprek heeft gehad van 45 minuten waar ik/de behandelaar nog 15 minuten heb besteed aan verslaglegging, dan breng ik u voor dit consult 4x dit tarief in rekening.
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 € 100,-
Zie ook de bijlage Betalingsvoorwaarden