

Tarieven & vergoedingen volwassenen (+18 jaar 2026)

Verzekerde zorg

Vrijwel alle psychotherapeutische behandelingen voor volwassenen die ik aanbied, worden vergoed vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (als generalistische basis-ggz / 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
- DSW

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.

Als u elders een zorgverzekering heeft afgesloten, ontvangt u elke maand van de praktijk 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. Mijn praktijk rekent de volgende tarieven voor de meest voorkomende consulten:

- Consult diagnostiek vanaf 60 minuten €231,50 (NZA Code: CO0570)
- Consult diagnostiek vanaf 90 minuten € 346,49 (NZA Code: CO0830)
- Consult behandeling vanaf 45 minuten €172,85 (NZA Code: CO0505)
- Consult behandeling vanaf 60 minuten €205,96 (NZA Code: CO0635)
- Consult behandeling vanaf 75 minuten €254,00 (NZA Code: CO0765)

Ik hanteer met betrekking tot de duur en vergoeding van consulten het begrip 'Planning = Realisatie'. Dat betekent dat de duur van het *geplande* gesprek in rekening wordt gebracht. Een voorbeeld: Stel dat er een gesprek van 60 minuten gepland is maar het gesprek duurt slechts 50 minuten, bijvoorbeeld omdat u op die dag onverwachts 10 minuten eerder weg moet. Op dat moment breng ik het bedrag behorende bij 60 minuten in rekening, ook al hebben we elkaar maar 50 minuten gezien.

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 €146 per 60 minuten bestede tijd. Dat is zowel de tijd die ik in gesprek met u ben (45 minuten) én de tijd die nodig is voor de zorgvuldige voorbereiding van de gesprekken en de vereiste verslaglegging (15 minuten). Voor onverzekerde zorg is een verwijzing van de huisarts niet nodig.

Annuleren van gesprekken

Bij verhindering kunt u kosteloos tot 24 uur van tevoren 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 €70.