

## Info Specialistische GGZ

Het is verplicht voor de praktijk om alle activiteiten voor een behandeling bij te houden in het zgn. Diagnose Behandel Combinatiesysteem. Denk hierbij aan telefonisch overleg, het intakegesprek, uitwerken van onderzoeksgegevens, de brief aan de huisarts en de behandelgesprekken. Ook een code voor de diagnose wordt in dit systeem vermeld.

Aan het eind van de behandeling en uiterlijk na een jaar worden alle minuten bij elkaar opgeteld en onder vermelding van de hoofdgroep waar de diagnose onder valt elektronisch verzonden naar de zorgverzekeraar. Een geanonimiseerde versie van deze registratie wordt naar een overheidsorgaan gestuurd (DIS). De totale behandeltime en diagnose vormen een zg. produktgroep met daaraan gekoppeld een standaardtarief dat aan het einde van de behandeling of na een behandeljaar digitaal wordt gedeclareerd bij uw zorgverzekeraar als de praktijk een contract heeft met uw verzekeraar.

### Tarieven

De tarieven zijn jaarlijks vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en kunnen per zorgverzekeraar iets afwijken.

De tarieven 2018 zijn van toepassing op zorgtrajecten S-GGZ die gestart zijn in 2018.

Indien de praktijk een contract heeft met de zorgverzekeraar ontvangt zij 80-95% van dit maximale tarief. Een 100% tarief wordt niet uitgekeerd. Aan de hand van een aantal voorwaarden wordt het tarief door de zorgverzekeraar jaarlijks vastgesteld.

Indien de praktijk geen contract heeft met uw zorgverzekeraar ontvangt de client een factuur van de praktijk met het maximale NZa-tarief. De praktijk houdt een betalingstermijn van 30 dagen aan voor de factuur. De client kan de factuur indienen bij de zorgverzekeraar. Doorgaans wordt bij een restitutiepolis 60-70% vergoed. Voor budgetpolissen kunnen ook andere regels gelden. Geadviseerd wordt dit goed na te vragen bij uw zorgverzekeraar of u recht heeft op vergoeding en hoeveel de vergoeding bedraagt.