

## **Uitleg factuur en specificatie behandeling**

Versie: 28-07-2022

Vanaf 1 januari 2022 is het zorgprestatie model ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Hierdoor verandert o.a. de manier van registreren en factureren. Wat dit in de praktijk betekent, leggen we uit in deze folder.

### **Het zorgprestatie model**

Het zorgprestatie model is een nieuw model voor vergoedingen. Het model streeft naar eenvoudige regels en meer inzicht in de kosten en vergoedingen. In het zorgprestatie model worden behandelingen niet meer als traject afgerekend, maar in consulten, ook wel zorgprestaties genoemd. Dit kan bijvoorbeeld een individueel contact zijn met een behandelaar of een groepsessie. Een andere belangrijke verandering is dat de verrekening van het eigen risico niet meer samengaat met de afrekening van een heel (deel)traject. Vanaf 2022 telt behandeling in de GGZ per kalenderjaar opnieuw mee voor het eigen risico. Het zorgprestatie model gaat overigens niet over de inhoud van de zorg. De zorg die wel leveren, verandert hierdoor niet.

### **Wat staat er op de factuur en specificatie?**

Als zorgaanbieder in de GGZ zijn we verplicht bepaalde informatie op de factuur weer te geven die we aan je zorgverzekeraar sturen als je gebruik maakt van vergoede zorg. Deze informatie zie je ook terug in de specificatie van je zorgverzekeraar die je krijgt toegestuurd en/of online kunt inzien. Zo kun je bijvoorbeeld zien op welke datum en met wie je contact hebt gehad en hoelang dit ongeveer duurde. Heeft de afspraak meer dan 15 minuten korter of langer geduurd dan staat de duur van de afspraak op de specificatie. Anders staat de geplande tijd van de afspraak erop. Verder vind je alleen de tijd terug op de factuur en specificatie die besteed is aan contact met jou. Naast een afspraak bij ons op kantoor valt hieronder bv. ook telefonisch en e-mailcontact en inzet van online modules en vragenlijsten.

### **Diagnose-informatie en zorgvraagtype**

Als je behandeling onder de Specialistische GGZ valt, zijn we als organisatie verplicht de diagnosegroep op de factuur te vermelden die we aan je zorgverzekeraar sturen. Word je behandeld binnen de Basis GGZ, dan zie je het profiel kort, middel, intensief of chronisch op je specificatie terug. Ook zijn we vanaf dit jaar verplicht het zorgvraagtype aan te geven op de factuur die je zorgverzekeraar van ons ontvangt. Het zorgvraagtype geeft informatie over de ernst van de klachten en welke behandeling daarbij passend is. Soms bepaalt je behandelaar tijdens de behandeling opnieuw het zorgvraagtype als er duidelijke veranderingen zijn.

### **Bezwaren tegen verplichte aanlevering gegevens**

Zoals genoemd moeten we de hoofddiagnosegroep en zorgvraagtype aanleveren bij je zorgverzekeraar en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Als je niet wilt dat dit gedeeld wordt dan is het mogelijk om hiertegen bezwaar te maken door het invullen en ondertekenen van een privacyverklaring. Je kun je bezwaar aangeven bij je behandelaar.

Meer informatie kun je vinden op: [Informatiekaart informatiestromen in het zorgprestatie model en privacy - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

### **Facturatie**

Helaas kunnen wij en veel andere GGZ-organisaties op dit moment nog geen facturen versturen aan zorgverzekeraars, omdat de meeste elektronische patiëntendossiers hier nog niet klaar voor zijn. Hierdoor zie je wat betreft de gemaakte kosten in 2022 nu nog niks terug op de specificatie.