

Kosten behandeling in de Basis Geestelijke Gezondheidszorg tot en met 2021

De Basis Geestelijke Gezondheidszorg kent verschillende zorgprestaties afhankelijk van de zorgzwaarte en zorgvraag van de cliënt, waaraan een indicatief behandelminutenpakket is gekoppeld. De tijdsbesteding is gebaseerd op zowel de tijd voor de afspraken als tijd besteed aan administratieve handelingen die bij een zorgtraject horen. De geleverde zorg wordt gedeclareerd middels (een van deze) prestaties met een vaststaand maximum tarief voor het gehele traject (dus niet per sessie) dat is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze zorg is vrijgesteld van BTW. Hieronder vind je de tarieven voor 2021.

- **Basis GGZ Kort:** Voor de lichte, eenvoudige maar persisterende stoornissen met een laag risico. Hiervoor geldt een gemiddelde tijdsbesteding van 295 minuten (ter indicatie: 3-4 gesprekken na intake). € 522,13
- **Basis GGZ Middel:** Voor stoornissen met matige ernst, een eenvoudig of laag complex beeld en laag tot matig risico. Hiervoor geldt een gemiddelde tijdsbesteding van 495 minuten (ter indicatie: 6 gesprekken na intake) € 885,01
- **Basis GGZ intensief:** Voor wat zwaardere klachten, eenvoudig of laag complex van aard en met een laag tot matig risico. Hiervoor geldt een gemiddelde tijdsbesteding van 750 minuten (ter indicatie: 9 sessies na intake) € 1434,96
- **Onvolledig behandeltraject:** Voor patiënten die naar de Basis Geestelijke Gezondheidszorg zijn verwezen, bij wie na intake wordt besloten geen behandeling te starten. Hieronder vallen dus de kosten voor een intake met een gemiddelde tijdsbesteding van 120 minuten. € 228,04

Vergoeding Basis GGZ tot en met 2021

Indien er sprake is van een vergoede diagnose (problematiek die in het basispakket valt) heeft men bij gecontracteerde zorg (=er is een contract tussen de hulpverlener en de zorgverzekeraar) recht op volledige vergoeding van de kosten van het behandeltraject met uitzondering van een eventueel nog openstaand eigen risico, mits er een geldige verwijsbrief is. De hulpverlener factureert de kosten van de behandeling direct aan de zorgverzekeraar.

Indien er geen contract is tussen de hulpverlener en de zorgverzekeraar dan heeft men in geval van problematiek (diagnose) die onder vergoede zorg valt en bij aanwezigheid van een verwijsbrief nog steeds recht op vergoeding vanuit de zorgverzekeraar, echter factureert de hulpverlener de kosten van de behandeling bij de patiënt zelf. Deze schiet de kosten dan zelf voor en kan naderhand een vergoeding vragen bij de zorgverzekeraar, waarbij men er rekening mee moet houden dat het vergoedingspercentage lager ligt dan 100%.