

# ZBC Sportgeneeskunde Noord

- Sportgeneeskunde Friesland
- Sportgeneeskunde Drenthe

## Hoe komt uw nota tot stand en hoe wordt het tarief bepaald.

Vanaf 1 januari 2016 wordt een deel van de sportgeneeskundige zorg vergoed vanuit de basisverzekering. Het gaat hierbij om consulten en onderzoeken vanwege klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, of andere klachten bij sport en bewegen.

Het eerste polikliniek bezoek is het begin van het Zorgtraject, waarbij de sportarts een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) opent. Binnen deze DBC worden vervolgens alle polikliniekbezoeken geregistreerd, de diagnose, de aanvullende diagnostiek (Röntgenfoto's, echo's, MRI, bloedonderzoek, testen, etc) en de behandeling.

Na 90 dagen wordt dit Zorgtraject automatisch gesloten en verzonden naar de centrale Declaratie Grouper die de ontvangen gegevens omzet naar een declarabel Zorgproduct.

Als de behandeling na 90 dagen nog niet is afgerond start er een nieuw zorgtraject, nu van 120 dagen. Dit kan zich nog enkele malen herhalen.

Het zorgproduct wordt dus door Grouper bepaald aan de hand van het aantal polikliniekbezoeken, de diagnose, de aangevraagde aanvullende diagnostiek en de behandeling.

Bijvoorbeeld:

- 1-2 polikliniekbezoeken met of zonder Röntgen- of bloedonderzoekonderzoek bij een bepaalde diagnose leidt tot één bepaald zorgproduct met een vastgesteld bedrag.
- 3 of meer polikliniekbezoeken met of zonder Röntgen- of bloedonderzoekonderzoek bij een bepaalde diagnose leidt tot een duurder zorgproduct.
- 1 of meer polikliniekbezoeken met dure aanvullende diagnostiek (MRI, CT-scan, echo) leidt tot een duurder zorgproduct.

Voor 2018 heeft ZBC Sportgeneeskunde Noord met de meeste zorgverzekeraars een contract afgesloten met daarin afspraken over de prijs per Zorgproduct en een jaarbudget.

Met de Achmeagroep (waaronder Zilveren Kruis en FBTO) en ONVZ (inclusief VvAA) is er een betaalovereenkomst met vaststaande tarieven maar zonder budget

In beide gevallen wordt het gehele bedrag aan ons vergoed en afhankelijk van uw eigen risico krijgt u nog een nota van uw zorgverzekering.

Als er geen prijsafspraken zijn gemaakt met uw zorgverzekering is het afhankelijk van de soort verzekering die u heeft afgesloten (naturalis, budget of restitutie) welk gedeelte u vergoed krijgt. Dit staat los van uw eigen risico.

Voor bijna alle zorgverzekeringen geldt dat wij rechtstreeks bij hen declareren. U krijgt dan geen rekening van ons maar wel bericht van uw verzekering welk deel u al dan niet zelf bij moet dragen.

In sommige gevallen krijgt u onze nota zelf. Deze kunt u dan na betaling opsturen naar uw zorgverzekering.