

Informatie Vergoedingen PsyCoaching 2021

Gezien wij als praktijk verschillende registraties hebben bij diverse beroepsverenigingen is bij ons veel mogelijk qua vergoedingen. Er is veel veranderd in de GGZ de afgelopen jaren waardoor er helaas wat verwarring is ontstaan over vergoeding van psychologische zorg. Met name over het verschil tussen hetgeen binnen de basisverzekering vergoed wordt en wat er vanuit uw aanvullende verzekering vergoed wordt. Dat laatste wordt ook wel door de zorgverzekeraar 'alternatieve therapie' genoemd, ofschoon dit geen alternatieve geneeswijze is.

Wij proberen het voor u zo helder mogelijk uit te leggen in de onderstaande tekst. Het kan goed zijn dat u nog vragen heeft. Twijfel dan alstublieft niet om uw vragen te mailen naar: info@psycoaching.nl, of ons te bellen op 070-3853478 of 06-41427761.

De onderstaande uitleg bestaat uit verschillende delen:

1. Vergoeding van psychologische klachten uit de basisverzekering en vergoeding psychologische klachten in combinatie met relatie- en/of gezinsproblemen en/of seksuele klachten uit de basisverzekering

2. Vergoeding van psychologische klachten uit de aanvullende verzekering of vergoeding van alleen relatie- en/of gezinsproblemen en seksuele klachten uit de aanvullende verzekering

3. Particuliere Coaching

4. Zakelijke coaching

Wij willen erop attenderen dat voor alle intakegesprekken geldt dat deze vrijblijvend zijn echter niet kosteloos. Als u de intake te laat annuleert zullen de kosten hiervoor in rekening gebracht worden. Wij hebben een annuleringsbeleid van 48 uur. Dit wordt helder toegelicht in onze brief 'Algemene informatie PsyCoaching' en in het bestand 'Annulerings- en betalingsbeleid'. Deze beide brieven worden verstuurd bij de bevestiging van de intake.

1. Vergoeding van psychologische klachten uit de basisverzekering en vergoeding psychologische klachten in combinatie met relatie- en/of gezinsproblemen en/of seksuele klachten uit de basisverzekering

Mocht u aanspraak willen doen op vergoedingen vanuit de zorgverzekeraar dan kan dat voor de meeste psychologische klachten. Ook relatieproblemen en seksuele klachten kunt u vanuit de basisverzekering in onze praktijk vergoed krijgen. De vergoeding van uw behandeling is afhankelijk van uw klachten, hulpvraag en aanmeldreden. Wij bespreken de vergoeding van uw behandeling in persoonlijk gesprek over uw aanmeldreden op het moment dat u zich aanmeldt via het contactformulier en voordat de intake plaatsvindt.

Wij bieden behandelingen aan die vergoed worden vanuit de aanvullende verzekering en vanuit de basisverzekering in de Basis GGZ. Wij bieden geen behandeling aan in de Specialistische GGZ.

De hoogte van vergoeding is afhankelijk van uw persoonlijke zorgpolis. Wij werken contract-vrij. Dit betekent dat wij niet gebonden zijn aan de eisen van de zorgverzekeraars. Doorgaans wordt **75% tot 100%** van de behandeling vergoed. Indien u een volledige vrije keuze restitutiepolis heeft afgesloten krijgt u 100 % vergoed.

Gezien wij geen contract hebben met een zorgverzekeraars kunnen wij helaas niet direct de kosten van uw behandeling declareren bij uw zorgverzekeraar. Om deze reden werken wij met maandelijkse voorschotfacturen die cliënten eerst zelf dienen te voldoen aan de praktijk. Na afronding van uw zorgproduct behandeling (zie uitleg hieronder) kunnen de kosten van de behandeling in de Basis GGZ bij de zorgverzekeraar ingediend worden. De consulten die vanuit de aanvullende verzekering vergoed worden, kunnen wel tussendoor gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.

Voor de exacte hoogte van de vergoeding verwijzen wij u naar uw zorgverzekeraar, deze kan u duidelijkheid geven aan de hand van uw eigen polis. U kunt aan hen de vraag stellen hoeveel procent u vergoed krijgt van een behandeling in de Basis GGZ bij een contract-vrije BIG-geregistreerde psycholoog. Wij hebben als praktijk een goed gekeurd kwaliteitsstatuut. Dit is belangrijk voor de zorgverzekeraar om te weten.

Indien u vergoeding uit de basisverzekering wenst, houdt u er dan wel rekening mee dat er eerst aanspraak wordt gedaan op uw eigen risico. Om in aanmerking te komen voor een dergelijke vergoeding van uw behandeling dient u tevens in het bezit te zijn van een verwijfsbrief van de huisarts of medisch specialist.

Vergoedingen zijn sinds de invoering van de Basis GGZ in 2014 niet meer per consult maar per **zorgproduct**. Niet alle stoornissen en klachten komen voor vergoeding in aanmerking. Relatieproblematiek en een aantal seksuele klachten worden bijvoorbeeld niet meer vergoed uit de basisverzekering, maar wel in combinatie met bepaalde andere klachten of uit de aanvullende verzekering. Of u aanspraak kunt doen op vergoeding uit de basisverzekering bespreken we graag persoonlijk met u, omdat we de klachten hiervoor dienen te beoordelen.

Voor het bepalen van een passend zorgproduct wordt er een inschatting gemaakt van de ernst, de complexiteit, en het beloop van de klachten. Wij bepalen dan in overleg voor welk zorgproduct u in aanmerking komt.

Er is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een indeling gemaakt van **zorgproducten** met maximum tarieven en minuten.

Code	Product	Minuten *	Nza tarief 2021	Tarief PsyCoaching
18001	Kort	294 (2-3 consulten)	€ 522,13	€ 520,-
18002	Middel	495 (4-6 consulten)	€ 885,01	€ 885,-
18003	Intensief	750 (7-10 consulten)	€ 1.434,96	€ 1430,-
18004	Chronisch	753 (7-9 consulten)	€ 1.380,49	€ 1380,-
18005	Onvolledig traject**	120 (intake)	€ 228,04	€ 225,-

* Consult (face-to-face) en indirecte tijd (verwerken van de aanmelding, dossier aanmaken, verslaglegging van intake en consulten, verwerken van vragenlijsten, intercollegiaal overleg, correspondentie met belanghebbende).

** Wordt in rekening gebracht voor in een intake binnen de Basis GGZ zonder vervolgbehandeling. Dit kan het geval zijn als u wordt verwezen naar de Specialistische GGZ of u na het eerste gesprek afziet van een behandeling.

Volgens de NZa mogen prestaties pas in rekening gebracht worden als het behandeltraject is afgesloten. De kosten van uw behandeltraject declareert u om deze reden aan het einde van uw behandeling bij de zorgverzekeraar d.m.v. een eindfactuur die wij u geven. De eindfactuur bestaat uit het opgetelde bedrag van de maandelijkse facturen directe tijd én indirecte tijd.

De indirecte tijd is minimaal 25 procent van de minuten en kosten binnen het zorgproduct. Dit is de tijd wij nodig hebben voor handelingen verwerken van de aanmelding, dossier aanmaken, verslaglegging van intake en consulten, verwerken van vragenlijsten, overleg, correspondentie met belanghebbende etc.

Indien er **alleen sprake is geweest van een intake** is de indirecte tijd (iets meer dan) 44 procent, te weten 100 euro. Dit zorgproduct wordt een 'Onvolledig traject' genoemd, zie hierboven tabel code 18005. Aan de aanmelding/inschrijving en intake zijn namelijk verhoudingsgewijs veel administratieve handeling verbonden zoals het verwerken van de aanmelding, het inschrijven van een cliënt, het aanmaken van een dossier, het uitwerken van een intakeverslag, intercollegiaal overleg en overige rapportage. Het verschil met een volledig behandeltraject is dat er in de rest van het behandeltraject verhoudingsgewijs weer minder indirecte tijd nodig is. De indirecte tijd wordt dan voornamelijk besteed aan de verslaglegging van elk consult.

Alle indirecte tijd valt binnen de zorgproducten zoals in de tabel weergegeven. Ook deze kosten worden vergoed door de zorgverzekeraar gezien deze behoren tot de totale minuten die aan de behandeling is besteed en daarmee binnen het zorgproduct vallen. Deze werkwijze en uw persoonlijke behandeltraject zal uw psycholoog uitvoerig met u bespreken en uitleggen.

In de volgende gevallen kunt u ook de behandeling vergoed krijgen uit de aanvullende verzekering:

- Uw klachten of hulpvraag komen niet in aanmerking voor vergoeding uit de basispolis,
- U heeft geen verwijfsbrief
- U wilt uw eigen risico liever niet aanspreken.

2. Vergoeding van psychologische klachten uit de aanvullende verzekering of vergoeding van alleen relatie- en/of gezinsproblemen en seksuele klachten uit de aanvullende verzekering

In sommige gevallen worden psychologische klachten relatietherapie en hulp bij seksuele problemen niet vergoed vanuit de basisverzekering. Dit geldt ook voor gezinsproblemen en hulp bij opvoeden. U kunt in dit geval wel aanspraak doen op vergoeding vanuit uw aanvullend pakket.

Een belangrijk voordeel hiervan is dat er géén aanspraak gedaan wordt op uw eigen risico. Deze blijft hetzelfde en u krijgt direct vergoed uit de aanvullende verzekering. Eens per maand ontvangt u van ons een maandfactuur met de kosten van de consulten afgelopen maand en de bijbehorende indirecte tijd. Nadat u deze aan ons voldaan heeft kunt u deze factuur indienen bij uw zorgverzekeraar.

Op de site van het NVPA kunt u een overzicht raadplegen met informatie over vergoeding uit de aanvullende verzekering: <https://nvpa.org/verzekeringen/public>

Vergoeding uit de aanvullende verzekering wordt door de zorgverzekeraar veelal 'alternatieve therapie' genoemd, wat niet hetzelfde is als alternatieve geneeswijze.

Indien u deze vergoeding voor de zekerheid wilt checken bij de zorgverzekering, kunt u navragen wat de vergoeding is van een therapeut die aangesloten is bij het NVPA en 'psychosociale therapie' geeft.

Voor de **seksuologische hulpverlening** in het bijzonder zijn er nog wat extra mogelijkheden bij de een aantal zorgverzekeraars. Wij raden aan om de site van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie te raadplegen voor de meest actuele informatie over welke verzekeraars dit betreft: <http://nvvs.info/clienten/vergoedingen>

Vergoeding voor seksuele problemen is mogelijk vanuit de aanvullende verzekering. Vanuit de basisverzekering is het alleen nog mogelijk als u door uw huisarts verwezen bent naar de Basis GGZ en deze samengaan met andere psychische klachten of als er sprake is van een parafilie, genderidentiteitstoornis of hyperseksualiteit.

Zie ook de uitleg in de tekst hierboven 'Vergoeding van psychologische klachten en relatie- en/of gezinsproblemen en seksuele klachten'.

Verzekeraars vergoeden meestal een gedeelte van een consult tot een bepaald maximum. Het is raadzaam om zelf uw polisvoorwaarden hierop na te slaan. Mocht u op de website van uw zorgverzekeraar geen duidelijke informatie hierover kunnen vinden, dan adviseren wij u om zelf contact op te nemen met uw zorgverzekeraar. Als u er niet uitkomt kijken wij met u mee in de overzichten die wij hebben.

3. Particuliere Coaching

U kunt ervoor kiezen om u consulten zelf te betalen en geen rekening op te sturen naar de zorgverzekering. Dan gelden de tarieven die vermeld staan in de 'Algemene informatiebrief PsyCoaching 2021' die ook te downloaden is op de site.

4. Zakelijke coaching

Indien uw werkgever bereid is een deel van uw behandeling of coaching te vergoeden of u zelf een ZZP-er bent, kunt u de consulten ook op naam van de onderneming of uw bedrijf declareren. De coaching is ter bevordering van uw geheel welbevinden en daardoor zal uw functioneren als werknemer of ondernemer verbeteren. De kosten van deze coachingsgesprekken zijn 125 euro (exclusief 21% BTW) voor een consult van een uur (45 minuten face-to-face, 15 min voorbereiding en verslaglegging). De BTW is aftrekbaar.

Als u hier interesse in heeft, kunnen wij een aanvullende informatiebrief sturen over zakelijke coaching.