

## Informatie Kosten en Vergoedingen PsyCoaching 2022

Gezien wij als praktijk verschillende registraties hebben bij diverse beroepsverenigingen zijn bij ons aan aantal verschillende opties mogelijk qua vergoedingen. Wij proberen het voor u zo helder mogelijk uit te leggen in de onderstaande tekst. Mocht u na het lezen nog vragen hebben, twijfel dan alstublieft niet om uw vragen te mailen naar: [info@psycoaching.nl](mailto:info@psycoaching.nl), of ons te bellen op 06-28346337.

Vanaf 2022 wordt er in de gehele geestelijke gezondheidszorg in Nederland een nieuw systeem ingevoerd: het zorgprestatie model. Het fundament van het zorgprestatie model bestaat uit zogenaamde ‘zorgprestaties’. De kosten van alle indirecte tijd besteed aan de handelingen die de behandelaren en het ondersteunend personeel uitvoeren voor het leveren van de zorg, zijn per setting onderzocht. Gebaseerd op dit onderzoek zijn er nieuwe tarieven vastgesteld per 2022 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Bij indirecte tijd valt te denken aan het verwerken van uw aanmelding, het maken van een intakeverslag, verslaglegging na consulten, facturatie en de administratie van onze backoffice.

### Kosten

Er is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een indeling gemaakt van de **zorgprestaties** met maximumtarieven en minuten voor psychotherapie in een vrijgevestigde praktijk. Hieronder in de tabel vindt u de prestaties (met bijbehorende codes) die u in 2022 op uw factuur kunt aantreffen.

Prestatie	Prestatie code	Duur van het gesprek Minuten aanwezig / minuten gedeclareerd	NZA tarieven 2022	PsyCoaching Tarieven 2022
Intakegesprek	CO0830	60/90 min	€280,84	€280,-
Adviesgesprek	CO0830	60/90 min	€280,84	€280,-
Huisartsenbrief, contact/ overleg met derden <sup>1</sup>	OV0018	0-35 min	€91,78	€90,-
Behandelgesprek	CO0635	45/60 min	€166,13	€165,-
Behandelgesprek	CO0765	60/75 min	€ 204,90	€200,-
Contact met regiebehandelaar	CO0245	15 min	€55,69	€55,-
Ongepland kort contact	CO0245	0-15 min	€55,69	€55,-
Ongepland middel contact	CO0375	15-30 min	€97,28	€95,-
Ongepland lang contact	CO0505	30-45 min	€139,38	€135,-
Intercollegiaal overleg	OV0008	0-15 min	€67,62	€65,-
No-show/afzegging binnen 48 uur	Niet te declareren			50% van tarief van gereserveerde tijd
Heraanmelding/ overname behandeling <sup>2*</sup>		Wordt per cliënt bepaald		Wordt per cliënt bepaald

<sup>1</sup> Het geven van toestemming hiervoor is verplicht. De inhoud zal besproken worden met de cliënt.

<sup>2</sup> Per cliënt verschillend, in overleg met behandelaar en praktijkhoudster te bepalen

De kosten van de gesprekken zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze zijn in onze praktijk gelijk voor gesprekken binnen de reguliere GGZ, psychosociale therapie en coaching.

### **Facturen**

Hieronder volgt een toelichting van dingen die u zult zien op de facturen. In de tabel is te zien dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen diagnostische consulten en behandelgesprekken. Voor diagnostische consulten is er respectievelijk meer indirecte tijd op de achtergrond besteed aan uw behandeling, dan voor behandelgesprekken. Daarnaast bepaalt de duur van het gesprek de hoogte van de kosten. Als u een behandelgesprek van 45 minuten in de kamer heeft gehad, dan zal u dat op de factuur terugzien als 60 minuten. Dit komt doordat er indirecte tijd is meegenomen in de totale kosten van uw consult. U zult zoveel mogelijk betrokken worden bij uw behandeling. Bijvoorbeeld bij het opstellen van een verslag of behandelplan, zodat de indirecte tijd beperkt blijft. In de intake zullen we uitgebreid stilstaan bij de uitleg van de kosten en vergoedingen. De totale duur van de behandeling is afhankelijk van uw hulpvraag en de klachten die u heeft. Uw psycholoog/coach kan u hierin adviseren.

Tot slot ziet u in de tabel dat voor afspraken die niet op tijd zijn afgezegd, dat wil zeggen binnen 48 uur voor de afspraak, 50 % van de kosten in rekening gebracht worden. Dit geldt ook voor intakes. Deze kosten zijn niet te declareren bij de zorgverzekeraar. Zie ook het 'annulerings- en betalingsbeleid'.

### **Vergoedingen**

Alle handelingen die wij op de achtergrond besteden aan uw behandeling, zogeheten indirecte tijd, vallen binnen de zorgprestaties zoals in de tabel weergegeven. Ook deze kosten worden vergoed door de zorgverzekeraar aangezien deze behoren tot het totaal aantal minuten dat aan de behandeling is besteed. Dit geldt ook voor ongeplande zorg zoals afzeggingen of het herplannen van een afspraak via sms/mail/telefoon en inhoudelijk contact via bellen of emails, en e-health contacten. Wij zijn verplicht het zogeheten 'ongepland direct contact' te registreren in het zorgprestatie-model. Dit wordt ook vergoed door de zorgverzekeraar. Deze werkwijze en uw persoonlijke behandeltraject zal uw psycholoog uitvoerig met u bespreken en uitleggen.

Wij bieden behandelingen aan die vergoed worden vanuit de basisverzekering of aanvullende verzekering. De tarieven zijn hetzelfde. We starten met maximaal 0-10 gesprekken. Na 10 gesprekken overleggen wij met het team over de mogelijkheden van een eventueel vervolg.

### **Contract-vrije psychotherapie**

Het is belangrijk goed bij uw zorgverzekeraar te informeren in hoeverre u de behandeling vergoed krijgt bij 'contactvrije psychotherapie in een vrijevestigde praktijk'.

Let op: sommige zorgverzekeraars stellen verplicht om van tevoren **een machtiging aan te vragen** bij hen. Bij ons is op dit moment bekend dat dit het geval is bij Ohra, Nationale Nederlanden, CZ, Aevitae-Eurocare en IZA. Het kan zijn dat er nog andere verzekeraars zijn. Wij raden u aan om dit na te vragen bij uw zorgverzekeraar. Bent u bij één van de bovenstaande zorgverzekeringen verzekerd, dan is het van belang de zorgverzekeraar te mailen en te verzoeken om een machtiging.

U kunt hierbij aangeven dat u "verzoekt om toestemming met betrekking tot een behandeling bij PsyCoaching, een vrijevestigde psychotherapiepraktijk". U hoeft geen informatie te geven over uw hulpvraag of klachten. **Het aanvragen van de machtiging en daarmee het regelen van de vergoeding van uw behandeling is uw eigen verantwoordelijkheid. U dient te allen tijde uw kosten van de behandeling aan PsyCoaching te voldoen. De zorgverzekeraar zal binnen enkele weken reageren, dus wij raden u aan dit zo snel mogelijk te doen.**

De vergoeding verschilt per basisverzekering (natura of restitutie) en aanvullende verzekering, wat hieronder zal worden uitgelegd.

### 1. Vergoeding vanuit de basisverzekering

Mocht u aanspraak willen doen op vergoedingen vanuit de zorgverzekeraar, dan kan dat voor de meeste psychologische klachten. Denk bijvoorbeeld aan: depressieve klachten, angstproblemen en traumaklachten. Ook relatieproblemen en seksuele klachten kunt u vanuit de basisverzekering in onze praktijk vergoed krijgen als dit gepaard gaat met psychische klachten. De vergoeding van uw behandeling is afhankelijk van uw klachten, hulpvraag en aanmeldreden. Wij bespreken de vergoeding van uw behandeling in een persoonlijk gesprek over uw aanmeldreden op het moment dat u zich aanmeldt via het contactformulier en voordat de intake plaatsvindt.

De hoogte van de vergoeding uit de basisverzekering is afhankelijk van uw persoonlijke zorgpolis. Wij werken contractvrij. Dit betekent dat wij niet gebonden zijn aan bepaalde eisen van de zorgverzekeraars en het delen van bepaalde informatie over de behandeling met hen.

Doorgaans wordt **75% tot 100%** van de behandeling vergoed. Indien u een volledige vrije keuze restitutiepolis heeft afgesloten krijgt u in de meeste gevallen 100 % vergoed. Wij werken met maandelijkse facturen die cliënten zelf dienen te voldoen aan de praktijk. U kunt deze declareren 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 voor psychotherapie binnen een vrijgevestigde setting”. Voor de zorgverzekeraar is het belangrijk om te weten dat wij contractvrij werken en een BIG-registratie en goed gekeurd kwaliteit statuut hebben.

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 verwijsbrief van de huisarts of medisch specialist.

### 2. Vergoeding vanuit de aanvullende verzekering

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

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

In sommige gevallen worden psychologische klachten zoals bij 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 aanvullende 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 die maand en de bijbehorende indirecte tijd. U kunt deze factuur gebruiken om het bedrag aan ons over te maken en te declareren.

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

Vergoeding uit een aanvullend pakket heet ‘psychosociale therapie’. De zorgverzekeraar noemt dit soms ‘alternatieve therapie’, ofschoon dit geen alternatieve geneeswijze is. 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. Inhoudelijk gezien is psychosociale therapie hetzelfde als reguliere behandelgesprekken.

Voor de **seksuologische hulpverlening** in het bijzonder zijn er nog wat extra mogelijkheden bij een aantal zorgverzekeraars. Wij raden u 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 en uw seksuologische/relatieve klachten samengaan met andere psychische klachten of als er sprake is van een parafilie, genderidentiteitsstoornis of hyperseksualiteit.

Verzekeraars vergoeden meestal een gedeelte van een consult tot een bepaald maximum (per jaar). 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 per email of telefoon 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. De tarieven zijn gelijk aan reguliere consulten binnen de GGZ, zie de tabel hierboven.

### **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 algeheel welbevinden en daardoor zal uw functioneren als werknemer of ondernemer verbeteren. De kosten van deze coachingsgesprekken zijn hetzelfde als voor reguliere behandelgesprekken, plus 21% BTW. Indien u hier interesse in heeft, kunnen wij u een aanvullende informatiebrief sturen over zakelijke coaching.