

Belangrijke informatie over de vergoedingen van jouw traject

Fijn dat je hebt gekozen voor een behandeltraject bij SCIO/Addenda! In de meeste gevallen komt jouw traject in aanmerking voor een vergoeding vanuit de zorgverzekeringswet. Dit geldt overigens alleen in de gevallen dat er sprake is van een behandelvraag; coaching vragen zijn hiervan uitgesloten*. De hoogte van de compensatie bij behandeling is afhankelijk van de polis die jij zelf bij de verzekeraar afsluit, dus het is belangrijk dat je je goed laat informeren. Deze informatiebrief is een eerste aanzet daartoe. Kijk even welke informatie op jou van toepassing is, want er is een verschil op basis van de leeftijd waarop je bij ons in zorg komt.

**het verschil tussen behandeling en coaching is dat er bij behandeling sprake is van een officiële diagnose, gesteld aan de hand van de DSM-5. Coaching kan gezien worden als 'een steuntje in de rug' en 'het aanleren van vaardigheden', maar doorgaans functioneert je nog prima zowel op werk als privé. Tijdens de telefonische screening wordt ingeschat of er sprake lijkt van coaching of behandeling, maar de definitieve conclusie daarover wordt getrokken door SCIO tijdens de fysieke kennismaking. Het is belangrijk dit duidelijk overeen te komen, want voor behandeling gelden andere voorwaarden en tarieven dan voor coaching. Deze brief maakt al het e.e.a. duidelijk, maar overleg goed met je behandelaar over de voorwaarden en wat dit voor gevolgen heeft voor jouw traject en de vergoedingen.*

Was jij voor je 18^e verjaardag al cliënt bij ons en is jouw traject nog niet afgerond? Dan geldt onderstaande voor jou.

Wanneer jij 17 of jonger bent, wordt jouw traject vergoed door de gemeente waarin jij woont. Echter, zodra je 18 jaar wordt, zal de zorgverzekeraar dit (gedeeltelijk) gaan doen. Deze manier van bekostiging is heel anders dan die via de gemeente. Binnen het zorgverzekeringsstelsel is er sprake van gecontracteerde zorg of ongecontracteerde zorg. Wanneer wij als zorgaanbieder een contract hebben met jouw verzekeraar (gecontracteerde zorg), dan wordt jouw traject 100% vergoed vanuit het basispakket. Wanneer wij geen contract hebben met de zorgverzekeraar waar jij je als verzekerde bij aansluit (ongecontracteerde zorg), dan zal je een gedeelte zelf moeten bijleggen. De hoogte hiervan is afhankelijk van de polis die jij zelf afsluit, dus kijk goed naar de voorwaarden. Houdt ook rekening met de hoogte van je eigen risico: deze wordt namelijk eerst aangesproken. Je kan tot de dag voor je 18^e verjaardag een polis kiezen, dus we raden je aan om op tijd te kijken welke verzekeraar het beste bij jouw wensen en zorgbehoeften past.

Ben jij 18+ en meld je je aan als nieuwe cliënt bij SCIO / Addenda?

Dan is het belangrijk dat je goed kijkt in de polis die je voor dit kalenderjaar hebt afgesloten wat de voorwaarden zijn voor vergoedingen voor de GGZ en in het bijzonder voor vergoedingen bij SCIO / Addenda. De meeste zorgverzekeraars hebben inmiddels een app waarin je alle informatie kunt vinden, inclusief hoe hoog de vergoeding is als je een traject bij ons aangaat. Hierbij geldt dat je 100% vergoeding krijgt indien je verzekerd bent bij een koepel waar wij een contract mee hebben afgesloten.

Wij als zorgaanbieder kijken elk jaar met welke zorgverzekeraars we wel, en met welke we geen contract aangaan. Dit is met name afhankelijk van wat de zorgverzekeraars aan eisen stellen over bijvoorbeeld betrokkenheid van meerdere behandelaren, omgang met privacy en hoogte van de tarieven die wij mogen berekenen.

In 2025 hebben wij een contract met onderstaande koepelorganisaties en de daarbij behorende labels:



Wat betekent dit voor jou?

Als je een zorgverzekering gaat afsluiten (of al hebt afgesloten) bij een verzekeraar waar wij mee gecontracteerd zijn, wordt het behandeltraject 100% vergoed. Wij dienen de factuur in bij je zorgverzekeraar, dus je hoeft voor de afhandeling van declaraties niets te doen.

Als je géén zorgverzekering gaat afsluiten (of hebt afgesloten) bij één van bovengenoemde zorgverzekeraars, wordt het behandeltraject voor een bepaald percentage vergoed. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de polis die je aangaat of al bent aangegaan. In dit geval kunnen wij niet rechtstreeks declareren voor je, maar moet je dit zelf doen.

Zelf declareren, hoe gaat het in zijn werk?

Je krijgt aan het begin of medio de nieuwe maand een factuur over de sessies die je de voorgaande maand hebt doorlopen bij ons. Hieronder vallen de fysieke-, online- en telefonische afspraken. Voor elke sessie reserveren wij 60 minuten. Het kan voorkomen dat een sessie wat korter duurt. Toch wordt dan 60 minuten berekend, omdat wij deze tijd voor je vrijhouden in de agenda. Mochten je afspraken (met regelmaat) beduidend korter zijn geweest, dan houden we daar uiteraard wel rekening mee en zullen we op den duur kortere afspraken inplannen.

Onze tarieven voor een consult van 60 minuten zijn gebaseerd op de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opgestelde tarieven. De tarieven zijn naar beneden bijgesteld om de kosten enigszins behapbaar te kunnen houden voor je.

Behandeling: tussen de € 205,-- en € 265, -- per uur

Diagnostiek/Intakegesprek: tussen de € 245, -- en € 335, -- per uur

De werkelijke tarieven worden bepaald a.d.h.v. de AGB-zorgverlenerscode die geregistreerd staat bij Vektis (zie www.agbcode.nl). Meer informatie over de tarieven: <https://zorgprestatiemodel.nza.nl>). De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het opleidingsniveau van de professional, of het een regiebehandelaar betreft of een medebehandelaar, en of er sprake is van mono-of multidisciplinaire zorg. Het overgrote gedeelte van onze trajecten vallen onder monodisciplinaire zorg.

De zorgverzekeraar en/of De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt elk jaar bepaalde eisen aan betrokkenheid van de regiebehandelaar, die wij als praktijk moeten nakomen. Te weinig betrokkenheid van de regiebehandelaar kan tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar besluit je behandeling niet te vergoeden. Dit willen we uiteraard te allen tijde voorkomen. Dit kan betekenen dat jouw traject voornamelijk wordt uitgevoerd door jouw vaste behandelaar, maar dat er hiernaast nog een professional meedenkt en soms aansluit binnen jouw traject om je zo de meest optimale begeleiding te bieden.

Op de factuur die wij je sturen zit een betalingstermijn van 14 dagen. Wanneer wij dit bedrag niet ontvangen hebben, kunnen wij de behandeling helaas niet doorzetten en komen de eventueel geplande afspraken te vervallen. Als dit het geval is, zullen wij je hierover uiteraard schriftelijk informeren. Mocht je betalingsproblemen hebben, bespreek dit dan zo snel mogelijk met ons zodat we met je mee kunnen denken over bijvoorbeeld termijnbedragen.

Hoe hoog is de vergoeding bij mijn zorgverzekeraar?

Wij kunnen je helaas geen informatie geven over de exacte hoogte van de vergoeding. Dit is volledig afhankelijk van de polisvoorwaarden van jouw verzekering. Kijk dus voor aanvang van het traject goed wat je terug krijgt zodat je niet voor verrassingen komt te staan. Kom je er via de website niet uit, weet dan dat elke zorgverzekeraar het je telefonisch kan verduidelijken.

Wat moet ik doen als ik een polis wil afsluiten op mijn 18^e verjaardag of op 1 januari van het nieuwe jaar?

Bedenk allereerst van welke zorgsoorten je waarschijnlijk gebruik gaat maken. Op basis daarvan kan je een weloverwogen beslissing nemen over met welke verzekeraar je een contract sluit.

Ook is het belangrijk om te bespreken met SCIO / Addenda hoeveel sessies je bij ons ongeveer nog nodig hebt om je doelen te behalen. Op basis van de telefonische screening (18+) of het verloop van je traject (<18 jaar) kunnen wij daar een schatting van geven. Uiteraard kunnen hier geen rechten aan worden verleend. Wanneer jouw traject zeer kort zal zijn, dan zal elke zorgverzekeraar prima passend zijn voor jouw traject bij SCIO / Addenda, aangezien je van de toch al kleine financiële investering een gedeelte terugkrijgt. Houdt hierin ook rekening met de hoogte van je eigen risico: deze wordt namelijk eerst aangesproken!

Staat je nog een langere weg te wachten? Dan zou voor de bijna 18-jarigen een overeenkomst met één van de eerder benoemde koepelorganisaties wellicht de beste optie zijn om ervoor te zorgen dat de kosten die jij zelf moet dragen niet te hoog oplopen. Voor volwassenen die starten in het najaar kan het ook lonen om op 1 januari van het volgende jaar over te stappen naar een met ons gecontracteerde zorgverzekeraar. In november wordt meestal bekend welke overeenkomsten er tussen zorgaanbieders en verzekeraars gesloten gaan worden voor het aankomende kalenderjaar. Maar bedenk altijd: je zou ook naar een andere praktijk kunnen gaan om daar hulp te krijgen. Veel praktijken (ook vast bij jou in de buurt) hebben contracten met meerdere zorgverzekeraars, dus mochten wij geen contract hebben met jouw zorgverzekering, heeft een andere praktijk dit misschien wel. Het is altijd helemaal je eigen keuze wat je hierin besluit: wij als SCIO / Addenda zijnde mogen daar geen beslissing in nemen. Het is jouw traject!

Kan de gemeente ook de rest van het traject bekostigen als ik voor mijn 18^e verjaardag ben gestart?

Heel soms is dit het geval, maar uitsluitend bij trajecten waarbij het wijkteam betrokken is. Onze ervaring leert dat de jeugdconsulenten van gemeente Tiel hier wel eens een beschikking voor afgeven waardoor bovenstaande allemaal niet geldt. Maar: *dit zijn uitzonderingen* en dit kan dus alleen met de goedkeuring van het wijkteam en de jeugdconsulenten. De aanvraag hiervoor moet ver voor je 18^e verjaardag gedaan worden, dus het is belangrijk dit goed van tevoren uit te zoeken en te bespreken met de casusregisseur. SCIO / Addenda kan hierin geen verantwoordelijkheid nemen: dit is echt iets tussen jou en de gemeente.

Kan ik het behandeltraject ook zelf bekostigen?

Dit was jarenlang onze standaard werkwijze en kan nu natuurlijk ook nog steeds! Je kunt bij SCIO / Addenda een traject volgen zonder de betrokkenheid van de zorgverzekeraar. Voor een traject via de (on)gecontracteerde zorg bij jouw zorgverzekeraar heb je een verwijfsbrief nodig van jouw huisarts,

wordt er een diagnose gesteld en worden er eisen gesteld aan jouw traject door de zorgverzekeraar zoals bijvoorbeeld het aansluiten van een regiebehandelaar. Wil je dit liever niet of heb je een hulpvraag die niet binnen de 'hokjes' van de bestaande diagnoses valt, kun je er voor kiezen om jouw traject zelf te bekostigen (particulier traject). Er is dan geen verwijsbrief of diagnose nodig. Je besluit dan samen met jouw behandelaar de beste werkwijze om jouw doelen te gaan behalen. Je betaalt het NZa tarief: <https://zorgprestatiemodel.nza.nl>.

Wat als er geen sprake is van behandeling maar van coaching?

Indien er sprake is van coaching, dan is jouw hulpvraag meestal wat minder ernstig en is er geen sprake van een 'DSM-5 diagnose'. In deze gevallen dien je het traject sowieso zelf te bekostigen. Er is ook nog de optie om het traject via jouw werkgever te laten lopen, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van werkgerelateerde problematiek of verzuim. Indien het traject zelf (particulier traject) of door de werkgever (zakelijk traject) bekostigd wordt, dan zijn er twee betalingsmogelijkheden: alles in één keer of 50% vooraf en 50% achteraf. Het tarief per sessie (45-60 minuten) bedraagt € 135,- en er wordt altijd één uur extra gefactureerd in verband met voorbereidingstijd en onbeperkte telefonische en schriftelijke bereikbaarheid. Wanneer jouw werkgever betaalt, komt er 21% BTW bovenop het tarief. Jouw werkgever ontvangt (na jouw goedkeuring) van ons een offerte zodat er duidelijk wordt afgestemd wat de kosten zijn. Indien na het kennismakingsgesprek besloten wordt het traject niet te vervolgen, brengen wij één uur in rekening.

Mocht je na het lezen van deze brief nog vragen hebben, dan kun je ons bereiken via frontoffice@scio.nl of frontoffice@addendaggz.nl.

Hartelijke groet namens het gehele SCIO / Addenda team,



Sascha Mulder
Directeur SCIO / Addenda
Registerpsycholoog NIP / K&J
GZ-psycholoog
BIG-nummer: 99933288925
AGB-code praktijk: 94064809