

Kosten en vergoedingen

Tarief voor supervisie en consultatie

Het tarief voor een supervisie- of consultatieafspraak is € 105,- per 45 minuten *directe* contacttijd, waarbij 15 minuten *indirecte* tijd (voorbereiding en verslaglegging) is inbegrepen. Het is mogelijk om in overleg een langere afspraak te maken, waarbij elk extra kwartier directe tijd dus € 35,- kost. Bovengenoemd tarief betreft individuele contacten, waarbij voor consultatie BTW gerekend dient te worden.

Tarief voor nascholing en groepssupervisie

In overleg, afhankelijk van uw wensen en opdracht.

Tarief en voorwaarden no-show

Het tarief voor no-show is € 75,00 per gemiste afspraak van 45 minuten of zoveel meer bij een langere afspraak (dus bijvoorbeeld € 100,00 per gemiste afspraak van 60 minuten). Dit bedrag wordt alleen gedeclareerd als de afspraak korter dan 24 uur van te voren wordt afgezegd. Ook in geval van therapie vergoedt uw verzekering dit niet; u dient dit zelf te betalen. Zie verder de Algemene betalingsvoorwaarden.

Tarief en vergoedingen voor psychotherapie

Tarieven vergoede zorg

Ik werk zonder contracten met de zorgverzekeraars.

Van het overgrote deel van psychische problematiek wordt de behandeling vergoed. De kosten hiervoor worden automatisch vastgesteld volgens de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) - zie ook onderstaande uitleg over het declaratiesysteem.

Als u een *restitutiepolis* heeft, vergoedt de verzekeraar over het algemeen de gehele behandeling. Bij een *naturapolis* is dat veelal 75-80% en betaalt u het restant zelf.

Laat u van te voren door uw verzekeraar informeren wat dit voor u betekent. De zorgverzekeraar zal in beide gevallen eerst (het restant van) uw eigen risico bij u declareren.

Aan het einde van uw behandeling - of als er een jaar verstreken is - krijgt u een door VCD-Healthcare automatisch opgestelde nota op grond van de *directe* (de gesprekken) en *indirecte* (voorbereiding, verslaglegging, brieven aan de huisarts e.d.) tijd die aan uw behandeling is besteed. U wordt verzocht deze nota binnen 30 dagen te voldoen. In de meeste gevallen biedt dit genoeg tijd om de vergoeding bij uw verzekeraar te declareren zodat u niet zelf hoeft voor te schieten. Dit is afhankelijk van uw verzekeraar.

Voor **uitleg declaratiesysteem**: zie onderstaand.

Tarieven niet vergoede zorg (OVP)

Van een aantal problemen (bijvoorbeeld partnerrelatieproblemen of een aanpassingsstoornis) wordt de behandeling niet vergoed door de zorgverzekeraar. Dit heet een onverzekerd product (OVP). De behandeling komt dan geheel voor uw eigen rekening.

Bij dergelijke niet vergoede zorg reken ik conform de richtlijnen van de NZA € 105,- voor de gebruikelijke *directe* contacttijd van 45 minuten. Daarin is 15 minuten *indirecte* tijd (voorbereiding en verslaglegging) verrekend.

Als we besluiten dat de sessies productiever zijn bij langere contacttijd kost elk extra kwartier dus € 35,-. Tevens geldt dit tarief voor *indirecte* activiteiten die onderdeel kunnen vormen van uw behandeling zoals intercollegiaal overleg of opstellen van een verwijs- of informatiebrief, waarbij dit alles uiteraard in overleg met u gebeurt. Bovengenoemd tarief geldt voor alle therapeutische activiteiten als u de zorg niet vergoed kunt krijgen.

Uitleg declaratiesysteem psychotherapie

De zorgverzekeraars hanteren een systeem van vergoedingen dat gebaseerd is op een aantal vaste bedragen. Die bedragen worden vastgesteld door een combinatie te maken van een bepaalde klacht en de keuze uit een aantal mogelijke behandelingen van deze klacht: de Diagnose-Behandelcombinatie, ofwel het DBC-systeem.

Het systeem is ingevoerd en wordt gehanteerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in combinatie met de overkoepelende organisatie van zorgverzekeraars, kan gemakkelijk tot onduidelijkheid leiden en roept bij nogal wat therapeuten bezwaren op.

Voor vragen verwijs ik u naar de site van de NZA of adviseer u uw zorgverzekeraar te raadplegen.

Globaal gezegd heeft men vele 'producten' bepaald, waarbij aan elk product een vast prijskaartje hangt. Een product wordt bepaald door zowel de diagnose als de duur van de behandeling. Deze duur wordt gedefinieerd in een tijdsspanne; zo is een veel gebruikte tijdsbesteding tussen 250 en 799 minuten, terwijl de volgende dan een behandeling is tussen 800 en 1799 minuten – ook hier betreft dit weer zowel de directe als indirecte tijd. Dit vergoedingensysteem kan makkelijk leiden tot opmerkelijke zaken zoals onderstaand beschreven.

Een voorbeeld: de korte behandeling van een paniekstoornis heeft de productnaam '*angst: 250-799 minuten*' en daar staat een vast bedrag voor. Dat betekent dat voor de behandeling van persoon A, die 330 minuten kost, net zoveel wordt vergoed als voor de behandeling van persoon B, die 780 minuten kost. En als persoon C voor een dergelijke paniekstoornis een behandeling van 830 minuten krijgt, wordt dat daardoor het product '*angst: 800 -1799 minuten*' waarbij dan de bijna dubbele vergoeding hoort!

En mocht een intake niet tot een behandeling leiden, dan hanteert de NZA het product 'diagnostiek' opgesplitst in producten zoals 'Diagnostiek 1-99 minuten' of 'Diagnostiek 100-199 minuten' enzovoort met alle weer een bijbehorende vergoeding.

Ik hoop u met deze korte uitleg iets verduidelijkt te hebben over het - soms moeilijk te begrijpen - systeem zoals gehanteerd door de NZA en de zorgverzekeraars, waaraan zorgverleners zich dienen te houden.