

**TARIEFLIJST INSTELLINGEN 2006**

---

**INDELING TARIEFLIJST**

**A. ALGEMEEN**

- Eerste polikliniekbezoeken, opnames, teltarief DBC, verpleegdagen, overige tarieven per dag, dagverpleging, afwezigheidsdag, bijzondere toeslagen per dag.
- Poliklinische medisch-specialistische consulten.

**B. DIAGNOSTIEK**

- 1 Beeldvormende diagnostiek
- 2 Klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken
- 3 Pathologie
- 4 Nucleaire geneeskunde (inclusief enkele therapieën)
- 5 Medisch-specialistische diagnostiek (overige).

**C. MEDISCH-SPECIALISTISCHE BEHANDELINGEN**

**D. BIJZONDERE VERRICHTINGEN**

**E. PARAMEDISCHE BEHANDELINGEN EN ONDERZOEK**

**F. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

(Hiervoor wordt verwezen naar Tarieflijst AWBZ 2006)

**G. BIJZONDERE TANDHEELKUNDE**

**H. AWBZ-INSTELLINGEN EXCLUSIEF PSYCHIATRIE**

(Hiervoor wordt verwezen naar Tarieflijst AWBZ 2006)

**I. AMBULANCEVERVOER**

**J. ABORTUSKLINIEKEN**

**K. MAXIMUMTARIEVEN THUISZORG EN KRAAMZORG**

**L. NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING**

---

## A. ALGEMEEN

---

### **ALGEMENE BEPALINGEN BIJ A. ALGEMEEN**

#### **A001 EERSTE POLIKLINIEKBEZOEK**

Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal in het ziekenhuis een medisch specialist van een bepaald poortspecialisme consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd en gedeclareerd indien in de 12 maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Bij een eerste polikliniekbezoek moet:

- sprake zijn van een face-to-face-contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent);
- sprake zijn van "hulp door of vanwege het ziekenhuis"; de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) zal in het lokaal overleg kunnen worden overeengekomen.

Uitgesloten zijn:

- medische keuringen
- intercollegiale consulten
- medebehandeling van klinische patiënten
- overname van klinische patiënten.

Bezoeken aan het ziekenhuis waarbij op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts) onderzoek en behandeling plaatsvindt (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) en telefonische consulten voldoen niet aan het criterium "face-to-face-contact" en kunnen derhalve niet als eerste polikliniekbezoek worden aangemerkt.

#### **A002 KLINISCHE OPNAME**

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling, waarvoor één of meer verpleegdagen (voor de definitie van een verpleegdag zie bij A201 t/m A222), dan wel één of meer A004- of A005-dagen, in rekening worden gebracht. Een geboorte in een ziekenhuis, behalve als deze poliklinisch gebeurt, wordt als opname beschouwd.

Bij een onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door afwezigheidsdag(en)) kan slechts één opname worden geregistreerd (en gedeclareerd). Interne verplaatsingen worden evenmin als nieuwe opnamen gerekend. Overplaatsing naar een ander ziekenhuis wordt wel als een nieuwe opname voor het opnemende ziekenhuis gerekend.

#### **A003 "VERKEERDE BED"**

Deze vergoeding kan in rekening worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie voor opname in een verpleeghuis is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is in een verpleeghuis.

Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (B2).

Voor de vergoeding voor het verblijf in een ziekenhuis op het moment dat een andere dan een verpleeghuis- en ziekenhuisindicatie is vastgesteld wordt verwezen naar A011.

**A004 VERBLIJF GEZONDE MOEDER / A005 VERBLIJF GEZONDE ZUIGELING**

Als eenheid "dag" kan hetzelfde criterium worden gebruikt als bij de toelichting op de verpleegdag onder A201 t/m A222. Deze definitie luidt:

"Een verpleegdag is een in rekening te brengen kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode (waarin ook de Tijdelijke regeling ziekenhuisverblijf van toepassing kan zijn) vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een in rekening te brengen kalenderdag." De bepalingen voor declaratie zoals opgenomen bij A002 zijn van toepassing. Indien bij ziekte de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan derhalve geen nieuwe opname worden gedeclareerd. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (B2).

**A006 AFWEZIGHEIDSDAG**

De dag, niet zijnde de ontslagdag, voorafgaand aan de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis verblijft, wordt niet als verpleegdag doch als afwezigheidsdag aangemerkt. Het betreft een - veelal geplande - afwezigheid van ten hoogste drie dagen.

Afwezigheidsdagen kunnen niet tegen het geldend verpleegtarief worden gedeclareerd. Afwezigheidsdagen, volgend op een preoperatieve screening worden niet als afwezigheidsdag (of verpleegdag) aangemerkt, en kunnen op generlei wijze worden gedeclareerd.

Indien geen terugkeer naar het ziekenhuis plaatsvindt tijdens of na afwezigheidsdagen vervalt de mogelijkheid om afwezigheidsdagen hiervoor te declareren.

Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (B2).

**A007 DAGVERPLEGING I : normaal**

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist.

Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen, klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (B2) en paramedische behandeling en onderzoek (E).

A007 Dagverpleging kan niet in combinatie met A010 worden gedeclareerd.

**A009 DAGVERPLEGING II : zwaar**

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een behandeling door een medisch specialist, waarbij een verrichting uit tariefgroep C1 tot en met C7 wordt gedeclareerd.

Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen, klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (B2) en paramedische behandeling en onderzoek (E).

A009 Dagverpleging kan niet in combinatie met A010 worden gedeclareerd.

**A010 POLIKLINISCHE VERSTREKKING VAN GENEESMIDDELEN VOOR EEN ONCOLOGISCHE INDICATIE PER INFUUS OF INJECTIE**

Het tarief kan slechts worden gedeclareerd wanneer de kosten van de verstrekking van geneesmiddelen voor een oncologische indicatie ten laste van het betrokken orgaan voor gezondheidszorg komen. Het tarief A010 is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen, doch exclusief medisch-specialistische hulp. De behandeling met geneesmiddelen voor een oncologische indicatie kan niet leiden tot het declareren van een dagverpleging (A007 of A009) naast de declaratie van de verstrekking van cytostatica (A010).

**A011 VERGOEDING VERVALLEN ZIEKENHUISINDICATIE, DOCH GEEN VERPLEEGHUIS-INDICATIE**

Deze vergoeding kan in rekening worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd en een indicatie, niet zijnde een verpleeghuisindicatie (= verkeerde bed onder A003), is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is voor de zorg waarvoor de indicatie is afgegeven.

**A015 POLIKLINISCHE BEVALLING OP MEDISCHE INDICATIE**

Bij toepassing van dit tarief gaat het om een bevalling die in het ziekenhuis gepland is, op medische indicatie, met de bedoeling dat de kraamvrouw op dezelfde dag of aansluitende volgende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer.

Voor poliklinische bevalling op niet-medische indicatie, zie A016.

**A016 POLIKLINISCHE BEVALLING ZONDER MEDISCHE INDICATIE**

Bij toepassing van dit tarief gaat het om een bevalling die in het ziekenhuis gepland is, zonder medische redenen, met de bedoeling dat de kraamvrouw op dezelfde dag of aansluitende volgende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer.

Voor poliklinische bevalling op *medische indicatie*, zie A015.

**A017 VERPLICHTE POLIKLINISCHE BEVALLING ZONDER MEDISCHE INDICATIE**

Bij toepassing van dit tarief gaat het om een bevalling die in het ziekenhuis gepland is, zonder medische redenen, met de bedoeling dat de kraamvrouw op dezelfde dag of aansluitende volgende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat. De bevalling is gepland in het ziekenhuis omdat wegens *capaciteitsreden* in de kraamzorg en verloskunde geen thuisbevalling mogelijk is. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer.

Voor poliklinische bevalling op medische indicatie, zie A015.

**A021 T/M A024 REVALIDATIE**

Een revalidatiebehandeluur (RBU) is gedefinieerd als één uur directe activiteiten aan een revalidant, in het kader van een op te stellen (uit te voeren) revalidatieplan. Het A023-tarief betreft de daarvan afgeleide revalidatiebehandeling van één kwartier.

De verrichtingen A022 en A024 gelden voor complexe hartrevalidatie.

**UITWERKING DEFINITIE RBU****Een directe activiteit**

Een directe activiteit is een activiteit waarbij de fysieke aanwezigheid van de revalidant noodzakelijk is voor de diagnostiek en behandeling in het kader van het revalidatieplan.

**Revalidant**

Hieronder wordt het revalidantsysteem verstaan. Dit systeem bestaat, naast de te behandelen patiënt (revalidant), uit de externe, direct bij de zorg voor de revalidant betrokkenen.

**Revalidatieplan**

Een beschrijving van de, door de revalidatiearts, in overleg met het team, noodzakelijk geachte multidisciplinaire werkwijze. Hierin wordt aangegeven welke discipline(s) betrokken dienen te worden bij de behandeling van de onderzochte, of reeds in behandeling zijnde, revalidant.

Aangegeven wordt tevens de gewenste behandelvorm, de frequentie van de behandelingen, het revalidatiedoel, de behandelprognose en indien noodzakelijk de randvoorwaarden, waarbinnen de behandelactiviteiten uitgevoerd moeten worden (definitie uit REVIM).

**Groepsbehandeling**

Er is sprake van een RBU-groepsbehandeling indien het aantal revalidanten tijdens de sessie groter is dan het aantal behandelaars.

**DECLARATIEBEPALINGEN A023/A024-TARIEF:**

- Indien in een sessie twee of meer behandelaars gelijktijdig de revalidant behandelen, dient de behandeltime dubbel, respectievelijk meervoudig geteld te worden.
- De gevonden behandeltime wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. Per kwartier wordt één A023/A024-tarief of  $\frac{1}{4}$  A021 /  $\frac{1}{4}$  A022-tarief in rekening gebracht. Indien een revalidant op dezelfde dag in meerdere sessies wordt behandeld, worden de behelmtijden bij elkaar opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.
- In afwijking van voorgaande bepalingen wordt in geval van een groepsbehandeling per revalidant een kwart RBU gedeclareerd (= één A023/A024), ongeacht de duur van de groepsbehandeling, de groepsomte en het aantal behandelaars.
- De tarieven A021 t/m A024 zijn inclusief honorarium medisch specialist.

**A106 TOESLAG PER DAG IN VERBAND MET “BIJZONDERE VERRICHTINGEN”**

- a. Deze toeslag kan alleen in rekening worden gebracht door instellingen voor gezondheidszorg die binnen een wettelijke regeling (bijvoorbeeld artikel 2 WBMV) toestemming hebben om de verrichtingen behorend bij deze toeslagen uit te voeren.
- b. Deze toeslag kan in rekening worden gebracht naast de verpleegtarieven in de onder A106 genoemde situatie.

**A106 TOESLAG BEADEMING IC VOLWASSENEN**

Toeslag per beademingsdag op de intensive care voor volwassenen. Onder een beademingsdag wordt verstaan elk etmaal dat een patiënt wordt beademd (ongeacht of continue dan wel afwisselend wel/niet wordt beademd), rekenend vanaf het tijdstip van intubatie tot het tijdstip van detubatie, waarbij:

- als hele beademingsdag wordt geteld de beademingsperiode tussen het tijdstip van intubatie tot aan het tijdstip van 00.00 uur, **tenzij** de intubatie plaatsvindt vanwege een chirurgische verrichting die een vorm van anesthesie met beademing noodzakelijk maakt;
- als hele beademingsdag wordt (worden) geteld de beademingsperiode(n) tussen 00.00 uur en 24.00 uur;
- **niet** als beademingsdag wordt geteld de beademingsperiode tussen 24.00 uur en het tijdstip van detubatie.

**A201 t/m A206 VERPLEEGDAGTARIEVEN: SLUITTARIEVEN**

Als verpleegdagarieven kunnen uitsluitend in rekening worden gebracht de berekende (sluit)tarieven die per datum op de vigerende tariefbeschikking zijn aangegeven.

Een verpleegdag is een in rekening te brengen kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode (waarin ook de Tijdelijke regeling ziekenhuisverblijf van toepassing kan zijn) vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een in rekening te brengen kalenderdag.

De verpleegdagarieven zijn “all-out” doch inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (B2).

**A231 REVALIDATIEBEHANDELUUR**

Een revalidatiebehandeluur (RBU) is één uur directe activiteiten aan een revalidant, in het kader van een op te stellen (uit te voeren) revalidatieplan. Zie voor uitwerking RBU en declaratiebepalingen A021 t/m A024.

**A235 HART-CARAREVALIDATIEBEHANDELING**

Hieronder wordt verstaan de behandeling van hart- of carapatiënten door een multidisciplinair team bestaande uit: de cardioloog of longarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopediste, psycholoog, maatschappelijk werkende en verpleegkundige.

**A250 EN A251 TROMBOTEST**

Deze tarieven kunnen in rekening worden gebracht door zelfstandige trombosediensten.

**A255 ORDERTARIEF HUISARTSENLABORATORIA**

De afname van patiëntenmateriaal (bloed, urine etc.) van een patiënt op één moment. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, feces, etc.) verstaan. Meerdere afnames per patiënt kunnen alleen meetellen indien om medische redenen op verschillende tijdstippen afnames plaatsvinden (bijvoorbeeld bij bloedsuiker-dagcurve).

Daar per patiënt in beginsel maar één afname kan worden gedeclareerd, kan bij uitbesteding intern (bij een ander laboratorium/afdeling) maar ook extern (een ander ziekenhuis / laboratorium - WDS) ook slechts één afname tellen. Hoe dit onderling wordt doorberekend is daarvoor niet relevant.

**A260 T/M A265 AUDIOLOGIE**

Deze tarieven kunnen in rekening worden gebracht door zelfstandige (perifere) audiologische centra. Voor een éénmalige behandeling korter dan 1½ uur kan een halve kaart in rekening worden gebracht. Voor een eenmalig consult van maximaal 3 kwartier, waarbij slechts één discipline is betrokken, geldt een kwart kaart. Per periode van 12 maanden kunnen echter nooit meer dan 2 halve jaar kaarten of 4 kwart jaar kaarten worden gedeclareerd.

**A266 TAAL- EN SPRAAKDIAGNOSTIEK**

Dit tarief kan in rekening worden gebracht per behandeld/te behandelen kind met spraak- en taalmoeilijkheden waarbij multidisciplinaire diagnostiek noodzakelijk is om de vorm en de inhoud van de noodzakelijke therapie te bepalen. De multidisciplinaire diagnostiek moet plaatsvinden in overeenstemming met de eindrapportage KITS 2005. Het betreffende rapport kan ook aldaar worden opgevraagd (FENAC, Postbus 222 3500 AE Utrecht). Indien uitsluitend deze behandeling plaatsvindt kan geen jaar kaart in rekening worden gebracht.

**A270 T/M A273 TARIEVEN VOOR KRAAMINRICHTINGEN**

Deze tarieven kunnen in rekening worden gebracht door kraaminrichtingen. De tarieven A270 (verpleegdag gezonde moeder) en A271 (verpleegdag gezonde zuigeling) zijn all in, doch exclusief de kosten van verloskundige hulp en exclusief het gebruik van de verloskamer en verbruik van verbandmiddelen.

Naast de tarieven A270 en A271 mag voor het gebruik van de verloskamer het vaste tarief A272 éénmalig in rekening worden gebracht, en voor het verbruik van verbandmiddelen éénmalig het vaste tarief A273.

**A300 poliklinische consulten bij epilepsiecentra**

Het tarief kan één keer per jaar worden gedeclareerd voor verleende poliklinische hulp. Vanaf de datum de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de medisch specialist voegt, mag gedeclareerd worden voor de verlening van hulp gedurende een periode van één jaar.

**A500 EXTRAMURAAL AFLEVEREN VAN GENEESMIDDELEN DOOR INTRAMURALE INSTELLINGEN**

Deze tarieven kunnen worden gedeclareerd door intramurale instellingen (waarop van toepassing is de beleidsregel extramuraal afleveren van geneesmiddelen door intramurale instellingen) voor aflevering van WTG-geneesmiddelen aan patiënten die niet verblijven in een intramurale instelling.

De tarieven die in rekening kunnen worden gebracht zijn de vigerende tarieven conform de tariefschikking voor apothekers.

Declaratie van niet WTG-geneesmiddelen aan patiënten die niet verblijven in een intramurale instelling, en farmaceutische hulp aan andere intramurale instellingen, door intramurale instelling (waarop van toepassing is de beleidsregel extramuraal afleveren van geneesmiddelen door intramurale instellingen) vallen niet onder de definitie van A 500.

**A700 WEGBLIJFTARIEF**

Het tarief kan worden gedeclareerd, wanneer de patiënt een gemaakte afspraak niet nakomt. Er dient te zijn voldaan aan de volgende voorwaarden:

- de patiënt heeft de afspraak niet of niet tijdig (tenminste 24 uur van te voren) afgezegd;
- de patiënt dient op de hoogte te zijn van deze regeling. Dit is een taak van de instelling c.q. zorgverlener.

Het wegblijftarief mag niet in rekening worden gebracht wanneer de patiënt niet meer op de afspraak verschijnt nadat hij meer dan een uur na het tijdstip van de afspraak heeft moeten wachten.

Het tarief geldt voor de volgende categorieën instellingen:

algemene, categorale en academische ziekenhuizen, dialysecentra, radiotherapeutische centra, revalidatiecentra, audiologische centra, huisartsenlaboratoria, trombosediensten en ZBC's

#### **A800 MEDISCH SPECIALISTISCHE HULP IN REVALIDATIECENTRA**

Op grond van de beleidsregel 'DBC bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling' kunnen revalidatiecentra honorariumtarieven declareren die zijn opgenomen in de lijst 'Overige trajecten en verrichtingen' die onderdeel uitmaakt van de 'Tarieflijst DBC en overige tarieven medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'.

#### **A801 MEDISCH SPECIALISTISCHE HULP IN HUISARTSENLABORATORIA EN PRODUCTIESAMENWERKINGSVERBANDEN**

Op grond van de beleidsregel 'DBC bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling' en de beleidsregel WDS kunnen huisartsenlaboratoria en productiesamenwerkingsverbanden de honorariumtarieven declareren die zijn opgenomen in de lijst 'Overige en ondersteunende producten (eerstelijns en WDS)' die onderdeel uitmaakt van de 'Tarieflijst DBC en overige tarieven medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'.

CTG code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>TARIEVEN BIJ A ALGEMEEN</b>				
A 001	Eerste polikliniekbezoek	190011	21,80	1e polibezoek
A 002	Klinische opname	190021	29,10	per opname
A 003	"Verkeerde bed"	190031	149,50	per verpl.dag
A 004	Verblijf gezonde moeder	190032	159,50	per verpl.dag
A 005	Verblijf gezonde zuigeling	190033	159,50	per verpl.dag
A 006	Afwezigheidsdag	190034	117,00	per afw.-dag
A 007	Dagverpleging I	190035	227,00	
A 009	Dagverpleging II	190055	227,00	
A 010	Poliklinische verstrekking van cytostatica per infuus of injectie / Verstrekking van cytostatica per infuus of injectie in dagopname	190051 / 190052	214,00	
A 011	Verblijf vervallen ziekenhuisindicatie, niet-verpleeghuis	190038	149,50	
A 015	Poliklinische bevalling op medische indicatie	190037	442,50	
A 016	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie	190036	442,50	
A 017	Verplichte poliklinische bevalling zonder med. indicatie	190039	442,50	
A 021	Revalidatiebehanduur in revalidatieinstelling	190061	107,50	per uur
A 022	Revalidatiebehandeluur complexe hartrevalidatie in revalidatie-instelling	190062	107,50	per uur
A 023	Revalidatiebehandeling	190041	27,00	per kwartier
A 024	Revalidatiebehandeling complexe hartrevalidatie	190042	27,00	per kwartier
<b>Verpleegdagen</b>				
A 201	Verpleegdag klasse 1	190201	sluittarief	per verpl.dag
A 202	Verpleegdag klasse 2A	190202	sluittarief	per verpl.dag
A 203	Verpleegdag klasse 2B	190203	sluittarief	per verpl.dag
A 204	Verpleegdag klasse 3A	190204	sluittarief	per verpl.dag
A 205	Verpleegdag klasse 3B	190205	sluittarief	per verpl.dag
A 206	Verpleegdag klasse 3C	190206	sluittarief	per verpl.dag
<b>Overige sluittarieven</b>				
A 231	Revalidatiebehandeluur	190231	sluittarief	
A 232	Evaluatie (hart-long revalidatie)	190232	sluittarief	
A 233	Re-evaluatie (hart-long revalidatie)	190233	sluittarief	
A 234	Poliklinische hart / long revalidatie	190234	sluittarief	per beh. dag
A 235	Hart-cararevalidatiebehandeling	190235	sluittarief	
A 240	Erfelijkheidsadviesing complex in klinische genetische centra	190240	sluittarief	
A 248	Zelfmeting bloedstollingswaarden: training/instructie via internet	190248	sluittarief	
A 249	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle via internet	190249	sluittarief	
A 250	Trombotest	190250	sluittarief	per afname
A 251	Huisbezoek trombotest	190251	sluittarief	per afname
A 252	Zelfmeting bloedstollingswaarden: training/instructie	190252	449,00	éénmalig
A 253	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle	190253	214,50	per kwartaal
A 255	Ordertarief huisartsenlaboratoria	190255	sluittarief	
A 260	Audiologie volwassenen (>= 16 jr.) jaarkaart	190260	sluittarief	
A 261	Audiologie kinderen (0 – 16 jr.) jaarkaart	190261	sluittarief	
A 262	Audiologie volwassenen (>= 16 jr.) halve jaarkaart	190262	sluittarief	
A 263	Audiologie kinderen (0 – 16 jr.) halve jaarkaart	190263	sluittarief	
A 264	Audiologie volwassenen (>=16 jaar) kwart jaarkaart	190264	sluittarief	
A 265	Audiologie kinderen (0-16 jaar) kwart jaarkaart	190265	sluittarief	
A 266	Taal- en spraaktechnologiebehandeling	190266	656,00	per kind



CTG code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
A 270	Verpleegdag gezonde moeder kraaminrichting	190270	sluittarief	per verpl.dag
A 271	Verpleegdag gezonde zuigeling kraaminrichting	190271	sluittarief	per verpl.dag
A 272	Gebruik verloskamer kraaminrichting	190272	sluittarief	éénmalig
A 273	Verbruik verbandmiddelen kraaminrichting	190273	sluittarief	éénmalig

**POLIKLINISCH CONSULT EPILEPSIECENTRA**

A 300	Poliklinisch consult epilepsiecentra	190300	72,60	per jaar
-------	--------------------------------------	--------	-------	----------

**EXTRAMURAAL AFLEVEREN VAN GENEESMIDDELEN DOOR INTRAMURALE INSTELLINGEN**

A 500	Zie de vigerende tarieven conform de tariefbeschikking voor apothekers. Het A500-tarief geldt met ingang van 1 april 2000.			
-------	--	--	--	--

**WEGBLIJFTARIEF**

A 700	Wegblijftarief	190700	40,00 (maximum-tarief)	per verzuimde afspraak
-------	----------------	--------	---------------------------	------------------------

**MEDISCH SPECIALISTISCHE HULP IN REVALIDATIECENTRA**

A 800 Zie de lijst 'Overige trajecten en verrichtingen' die onderdeel uitmaakt van de 'Tarieflijst DBC en overige tarieven medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'.

**MEDISCH SPECIALISTISCHE HULP IN HUISARTSENLABORATORIA EN PRODUCTIESAMENWERKINGSVERBANDEN**

A 801 Zie de lijst 'Overige en ondersteunende producten (eerstelijns en WDS)' die onderdeel uitmaakt van de 'Tarieflijst DBC en overige tarieven medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'.

## B. DIAGNOSTIEK

---

### **ALGEMENE BEPALINGEN BIJ B. DIAGNOSTIEK**

#### **B 1 BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK**

Onder B101 t/m B110 zijn de tariefklassen vermeld waarnaar de in de bijlage vermelde onderzoeken verwijzen.

#### **B 2 KLINISCH-CHEMISCHE EN MICROBIOLOGISCHE LABORATORIUMONDERZOEKEN**

##### **B201 t/m B292 Klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken**

De klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken zijn in de bijlage omschreven en geclassificeerd. De classificering is onder B201 t/m B219 vertaald in tarieven per onderzoek. Naast deze onderzoeken kan per afname het ordertarief B290 in rekening worden gebracht, alsmede, indien van toepassing, het huisbezoektarief (B291).

##### **B220 CLB-referentietarief**

Indien bij uitbesteding aan het CLB het zogenoemde referentietarief in rekening is gebracht kan het tarief B220 worden gedeclareerd.

##### **B290 Ordertarief per afname**

De afname van patiëntenmateriaal (bloed, urine etc.) van een patiënt op één moment. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, feces, etc.) verstaan. Meerdere afnames per patiënt kunnen alleen meetellen indien om medische redenen op verschillende tijdstippen afnames plaatsvinden (bijvoorbeeld bij bloedsuiker-dagcurve).

Daar per patiënt in beginsel maar één afname kan worden gedeclareerd, kan bij uitbesteding intern (bij een ander laboratorium/afdeling) maar ook extern (een ander ziekenhuis / laboratorium - WDS) ook slechts één afname tellen. Hoe dit onderling wordt doorberekend is daarvoor niet relevant.

##### **B291 Huisbezoek**

De afname die bij de patiënt thuis plaatsvindt. Het tarief kan naast het ordertarief B290 in rekening worden gebracht.

##### **B292 Trombotest**

Naast het trombotestbepalingstarief B292 kan geen ordertarief in rekening worden gebracht.

##### **B295 Registratietarief diabetesdienst**

Dit tarief kan door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium in rekening worden gebracht indien in het lokaal overleg overeenstemming bereikt is over de programmatische registratie en protocollaire diagnostiek van Diabetes II patiënten onder behandeling van de huisarts. Het tarief is ten dekking van de kosten van de oproep, registratie van de diagnostiek volgens NHG standaard en rapportage (waaronder feedback en benchmarking) naar de huisarts.

### **B 5 MEDISCH-SPECIALISTISCHE DIAGNOSTIEK**

#### **B501 t/m B511 Diagnostiek / Functieonderzoek**

Het tarief dient steeds gedeclareerd te worden wanneer de betreffende verrichting plaatsvindt. Indien in een zitting meerdere verrichtingen plaatsvinden worden de tarieven van alle verrichtingen volledig gedeclareerd behalve wanneer de bepalingen in de omschrijving van de verrichting, in de Bijlage bij de Tarieflijst, declaratie van bij behorende verrichtingen uitsluit.

#### **B510 en B511**

Deze tarieven kunnen door het ziekenhuis worden gedeclareerd indien de orthoptist(en) in loondienst is (zijn) van het ziekenhuis. In dit geval kan door de oogarts geen kostenvergoeding voor eigen apparatuur en hulpmiddelen voor deze onderzoeken worden gedeclareerd.

CTG code	Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>B 1 BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK</b>			
B 101	Beeldvormende diagnostiek	zie bijlage	402,00
B 102	Idem	zie bijlage	278,00
B 103	Idem	zie bijlage	215,50
B 104	Idem	zie bijlage	170,00
B 105	Idem	zie bijlage	139,00
B 106	Idem	zie bijlage	108,00
B 107	Idem	zie bijlage	76,80
B 108	Idem	zie bijlage	56,00
B 109	Idem	zie bijlage	44,60
B 110	Idem	zie bijlage	39,40
B 111	Orthopantomogram en röntgenschedelprofielonderzoek	239452	17,60
B 112	Vervolgfoto's t.b.v. röntgenschedelprofielonderzoek	239459	11,40
B 113	Fundusfotografie (all-in medisch-spec. hulp)	039820	32,10
<b>B 2 KLINISCH-CHEMISCHE EN MICROBIOLOGISCHE LABORATORIUMONDERZOEKEN</b>			
B 200	Klinisch-chemische, hematologische, serologisch-bacteriologische laboratoriumonderzoeken, klasse 0	zie bijlage	0,00
B 201	idem , klasse I	zie bijlage	0,60
B 202	idem , klasse II	zie bijlage	1,50
B 203	idem , klasse III	zie bijlage	2,00
B 204	idem , klasse IV	zie bijlage	3,00
B 205	idem , klasse V	zie bijlage	4,20
B 206	idem , klasse VI	zie bijlage	6,00
B 207	idem , klasse VII	zie bijlage	7,20
B 208	idem , klasse VIII	zie bijlage	9,00
B 209	idem , klasse IX	zie bijlage	12,00
B 210	idem , klasse X	zie bijlage	18,00
B 211	idem , klasse XI	zie bijlage	24,00
B 212	idem , klasse XII	zie bijlage	30,00
B 213	idem , klasse XIII	zie bijlage	36,00
B 214	idem , klasse XIV	zie bijlage	42,00
B 215	idem , klasse XV	zie bijlage	75,00
B 216	idem , klasse XVI	zie bijlage	97,60
B 217	idem , klasse XVII	zie bijlage	139,50
B 218	idem , klasse XVIII	zie bijlage	181,00
B 219	idem , klasse XIX	zie bijlage	223,00
B 220	CLB-referentietarief	079993	13,40 per CLB-order
B 290	Ordertarief	079991	11,90 per afname
B 291	Huisbezoektarief	079992	8,20 per huisbezoek
B 292	INR-bepaling (incl. ordertarief)	079995	9,60
B 295	Registratietarief diabetesdienst	079996	5,20 per kwartaal

CTG code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>B 3</b>	<b>PATHOLOGIE</b>			
B 301	Histologische en cytologische laboratoriumonderzoeken (m.u.v. cervixcytologie)	050501	31,40	
B 302	Cytologische onderzoeken van cervixpreparaten (m.u.v. bevolkingsonderzoeken)	050502	17,10	
B 303	Immunopathologische onderzoeken	050503	165,50	
B 304	Puncties t.b.v. cytologische onderzoeken	050506	15,10	
B 305	Kwantitatief of morfometrische onderzoeken	050507	77,60	
B 306	Flow-cytometrie	050510	179,50	
B 307	Cervixcytologische bevolkingsonderzoek	050509	15,30	
<b>B 4</b>	<b>NUCLEAIRE GENEESKUNDE</b>			
B 401	Nucleair-geneeskundige onderzoeken	zie bijlage	58,00	
B 402	idem	zie bijlage	86,00	
B 403	idem	zie bijlage	115,00	
B 404	idem	zie bijlage	173,00	
B 405	idem	zie bijlage	230,00	
B 406	idem	zie bijlage	288,00	
B 407	idem	zie bijlage	345,00	
B 408	idem	zie bijlage	403,00	
B 409	idem	zie bijlage	460,50	
B 410	idem	zie bijlage	518,00	
B 411	idem	zie bijlage	575,00	
B 412	idem	zie bijlage	864,00	
B 413	idem	zie bijlage	1.151,00	
B 450	Nucleair-geneeskundige behandelingen	zie bijlage	173,00	
B 451	idem	zie bijlage	230,00	
B 452	idem	zie bijlage	345,00	
B 453	idem	zie bijlage	403,00	
B 454	idem	zie bijlage	864,00	
B 455	idem	zie bijlage	1.151,00	
B 456	idem	zie bijlage	2.302,00	
<b>B 5</b>	<b>MEDISCH-SPECIALISTISCHE DIAGNOSTIEK (overige)</b>			
B 501	Diagnostiek/functieonderzoek groep 6	zie bijlage	688,00	
B 502	idem, groep 7	zie bijlage	468,50	
B 503	idem, groep 8	zie bijlage	312,00	
B 504	idem, groep 9	zie bijlage	155,50	
B 505	idem, groep 10	zie bijlage	118,00	
B 506	idem, groep 11	zie bijlage	87,00	
B 507	idem, groep 12	zie bijlage	68,40	
B 508	idem, groep 13	zie bijlage	52,80	
B 509	idem, groep 14	zie bijlage	42,50	
B 510	idem, groep 15	zie bijlage	34,20	
B 511	idem, groep 16	zie bijlage	15,50	

## C. MEDISCH-SPECIALISTISCHE BEHANDELING

### ALGEMENE BEPALINGEN BIJ C. MEDISCH-SPECIALISTISCHE BEHANDELING

#### DECLARATIEBEPALINGEN

1. Het tarief dient steeds gedeclareerd te worden wanneer de betreffende verrichting plaatsvindt. Hierbij dient de onder declaratiebepaling 2 genoemde uitzonderingsbepaling in acht te worden genomen.

2a. Indien in één zitting meerdere verrichtingen plaatsvinden, worden de verrichting met het hoogste tarief volledig en alle bijkomende verrichtingen voor de helft gedeclareerd.

2b. Hierop geldt de volgende uitzondering:

Indien in de tekst van de verrichtingomschrijving (bijlage) zelf is opgenomen dat declaratie van een andere verrichting is uitgesloten dan geldt deze uitsluiting. Derhalve gelden dan niet de declaratiebepalingen van 1, 2a en 3.

3. Bij dubbelzijdige verrichtingen in één zitting wordt, indien voor deze verrichting geen specifiek tarief is opgenomen, 1½ maal het tarief voor de enkelzijdige verrichting gedeclareerd.

4. Indien de verrichting in meerdere zittingen wordt uitgevoerd, geldt het tarief voor iedere afzonderlijke zitting.

5. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en de kosten van kunst- en hulpmiddelen, met uitzondering van die kunst- en hulpmiddelen waarvoor een apart tarief is opgenomen in de Tarieflijst instellingen.

#### GIPSKAMERVERRICHTINGEN

6a. Voor vernieuwing van gipsverband kan hetzelfde tarief worden gedeclareerd als dat wat van toepassing is als het verband voor de eerste maal wordt aangelegd.

6b. Indien het tarief, dat van toepassing is als het gipsverband voor de eerste maal wordt aangelegd, het C012-tarief te boven gaat, geldt voor vernieuwing van het gipsverband het C012-tarief.

6c. De onder b. genoemde bepaling is niet van toepassing indien het vernieuwing betreft van het volledige gipsverband, waarvan de eerste aanleg de volgende verrichtingcodes en neventarieven betrof:

<i>verrichtingcode</i>	<i>te declareren tarief bij de eerste aanleg én volledige vernieuwing</i>
038482	C008
038484	C009
038496	C011
038580	C009
038582	C009

#### C101 T/M C113 DURE KUNST- EN HULPMIDDELEN

Deze tarieven gelden voor kunst- en hulpmiddelen die annex aan de betreffende (OK-)verrichting uit de C-groep worden verstrekt, en kunnen naast de betreffende (OK-)verrichting gedeclareerd worden.

#### DURE GENEESMIDDELEN

##### C150 INFLIXIMAB (Remicade)

Dit tarief geldt voor de declaratie van het geneesmiddel infliximab (Remicade). Declaratie dient plaats te vinden tegen netto-inkoopprijs, dat wil zeggen de inkoopprijs na aftrek van eventuele bonussen en kortingen van het door de instelling ingekochte geneesmiddel. Alleen middelen die verstrekt zijn overeenkomstig de voorwaarden zoals die zijn vastgesteld door de indicatiecommissie van Zorgverzekeraars Nederland kunnen worden gedeclareerd.

Voor de behandeling van patiënten moet vooraf door de zorgverzekeraar toestemming zijn verleend.

**C151 t/m C167 DURE GENEESMIDDELEN**

Deze tarieven gelden voor de declaratie van de kosten van geneesmiddelen die voldoen aan de voorwaarden uit de beleidsregel dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. Declaratie dient plaats te vinden tegen netto-inkoopprijs, dat wil zeggen de inkoopprijs (volgens taxen) na aftrek van eventuele bonussen en kortingen van het door de instelling ingekochte geneesmiddel.

Voor zover deze middelen in dagbehandeling worden toegediend kan naast de netto-inkoopkosten het A007 tarief (dagverpleging) in rekening worden gebracht.

CTG code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>TARIEVEN BIJ C. MEDISCH-SPECIALISTISCHE BEHANDELING</b>				
C 001	Medisch-specialistische behandeling groep 1	zie bijlage	4.124,00	
C 002	Medisch-specialistische behandeling groep 2	zie bijlage	2.917,00	
C 003	Medisch-specialistische behandeling groep 3	zie bijlage	2.132,00	
C 004	Medisch-specialistische behandeling groep 4	zie bijlage	1.598,00	
C 005	Medisch-specialistische behandeling groep 5	zie bijlage	1.097,00	
C 006	Medisch-specialistische behandeling groep 6	zie bijlage	688,00	
C 007	Medisch-specialistische behandeling groep 7	zie bijlage	468,50	
C 008	Medisch-specialistische behandeling groep 8	zie bijlage	312,00	
C 009	Medisch-specialistische behandeling groep 9	zie bijlage	155,50	
C 010	Medisch-specialistische behandeling groep 10	zie bijlage	118,00	
C 011	Medisch-specialistische behandeling groep 11	zie bijlage	87,00	
C 012	Medisch-specialistische behandeling groep 12	zie bijlage	68,40	
C 013	Medisch-specialistische behandeling groep 13	zie bijlage	52,80	
C 014	Medisch-specialistische behandeling groep 14	zie bijlage	42,50	
C 015	Medisch-specialistische behandeling groep 15	zie bijlage	34,20	
C 016	Medisch-specialistische behandeling groep 16	zie bijlage	15,50	
<b>Dure kunst- en hulpmiddelen</b>				
C 101	Pacemaker	190331 / 190332 / 190333	5.183,00	
C 102	Aortabroekprothese	190302	1.658,00	
C 103	Penisprothese met pomp	190303	5.183,00	
C 104	Sphincterprothese	190304	5.183,00	
C 105	Total hip	190305	2.073,00	
C 106	Knieprothese	190306	3.628,00	
C 107	Steffeplate	190307	2.695,00	
C 108	Aortaklepprothese / Mitralisklepprothese	190308	3.317,00	
C 110	Implanteerbare insulinepomp	190309	14.513,00	
C 111	Implanteerbare Baclofenpomp (neuromodulatie)	190310	11.402,00	
C 112	Implanteerbare Neurostimulator (neuromodulatie, pijnbestrijding / spasticiteit)	190311	12.335,00	
C 113	Implanteerbare Analgeticapomp (pijnbestrijding)	190312	9.019,00	
<b>Dure geneesmiddelen</b>				
C 150	Infliximab (Remicade)	190513 / 190514	netto inkoop-kst	
C 151	Docetaxel	190501	netto inkoop-kst	
C 152	Irinotecan	190502	netto inkoop-kst	
C 153	Gemcitabine	190503	netto inkoop-kst	
C 154	Oxaliplatine	190504	netto inkoop-kst	
C 155	Paclitaxel	190505	netto inkoop-kst	
C 156	Rituximab	190506	netto inkoop-kst	

<b>CTG code</b>		<b>Verrich- tingcode</b>	<b>Tarief in euro</b>	<b>Andere declaratie- eenheid</b>
C 157	Infliximab (bij M. Crohn en Spondylitis Ankylopoetica)	190507	netto inkoop-kst	
C 158	Immunoglobuline IV	190508	netto inkoop-kst	
C 159	Trastuzumab	190509	netto inkoop-kst	
C 160	Botulinetoxine	190510	netto inkoop-kst	
C 161	Verteporfin	190511	netto inkoop-kst	
C 162	Doxorubicine liposomal (Caelyx)	190512	netto inkoop-kst	
C 163	Infliximab (bij Spondylitis Ankylopoetica)	190515	netto inkoop-kst	
C 164	Infliximab (bij Artritis psoriatica)	190516	netto inkoop-kst	
C 165	Vinorelbine	190517	netto inkoop-kst	
C 166	Bevacizumab	190518	netto inkoop-kst	
C 167	Pemetrexed	190519	netto inkoop-kst	

## D. BIJZONDERE VERRICHTINGEN

### **ALGEMENE BEPALINGEN BIJ D. BIJZONDERE VERRICHTINGEN**

De in dit hoofdstuk vermelde bijzondere verrichtingen zijn als bijzonder ingedeeld omdat zij vallen onder een wettelijke regeling (zoals bijvoorbeeld artikel 2 WBMV). Een aantal verrichtingen die functioneel bij deze verrichtingen behoren doch niet onder een wettelijke regeling vallen is ook in dit hoofdstuk opgenomen.

#### **ALGEMEEN**

- a. Toepassing van deze tarieven is uitsluitend voorbehouden aan instellingen voor gezondheidszorg die in het kader van een wettelijke regeling (bijvoorbeeld artikel 2 WBMV) toestemming hebben de genoemde verrichtingen uit te voeren.
- b. De tarieven voor bijzondere verrichtingen zijn "all-in". Het "all-in"-karakter van deze tarieven heeft alleen betrekking op de bijkomende verrichtingen die samenhangen met deze bijzondere verrichtingen. Naast het tarief van een bijzondere verrichting mag wel gedeclareerd worden:
  - het van toepassing zijnde verpleegtariaf in geval van een opname, dan wel het tarief voor dagverpleging;
  - verrichtingen die los staan van de bijzondere verrichting;
  - de onder hoofdstuk C vermelde tarieven voor dure kunst- en hulpmiddelen en D050 Cardiovasculaire stent;
  - de honoraria van de medisch specialisten;
  - de onder hoofdstuk A vermelde tarieven A001, A002 en A007 (eerste polikliniekbezoek, klinische opname, dagverpleging);
  - andere bijzondere verrichtingen.

#### **D110 t/m D118 THUISBEADEMING**

Deze tarieven gelden voor:

ziekenhuizen die erkend zijn binnen artikel 5 van het besluit chronisch intermitterende beademing.

Deze tarieven zijn van toepassing op behandeling per maand.

Stad = in de stad D110, D113, D116

0-50 km = buiten de stad, maar binnen een afstand van 50 kilometer D111, D114, D117

> 50 km = verder dan 50 kilometer D112, D115, D118.

#### **D900 T/M D902 IVF**

Deze tarieven zijn all-in, doch exclusief geneesmiddelen en het honorarium van de gynaecoloog.



CTG code	Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>TARIEVEN BIJ D BIJZONDERE VERRICHTINGEN VALLENDE ONDER EEN WETTELIJKE REGELING</b>			
<b>THUISBEADEMING</b>			
D 110	Thuisbeademing voorbereiding stad	192031	341,00
D 111	Thuisbeademing voorbereiding 0-50 km	192032	341,00
D 112	Thuisbeademing voorbereiding > 50 km	192033	341,00
D 113	Thuisbeademing 1 apparaat stad	192034	847,00
D 114	Thuisbeademing 1 apparaat 0-50 km	192035	847,00
D 115	Thuisbeademing 1 apparaat > 50 km	192036	847,00
D 116	Thuisbeademing 2 apparaten stad	192037	1.303,00
D 117	Thuisbeademing 2 apparaten 0-50 km	192038	1.303,00
D 118	Thuisbeademing 2 apparaten > 50 km	192039	1.303,00
<b>IVF / ICSI</b>			
D 400	IVF / ICSI –laboratoriumfase (zie voor niet artikel-2-WBMV-fasen D900-D902)	079997/ 079998	340,00

**TARIEVEN BIJ D BIJZONDERE VERRICHTINGEN NIET VALLENDE ONDER EEN WETTELIJKE REGELING**

<b>Caissonziekte</b>			
D 500	Tabel 6 USN (behandeling minimaal 4 ¼ uur en maximaal 8 uur)	039970	2.784,00
D 501	Extensies op tabel 6 USN behandeling (1 of 2 keer)	039971	521,00
D 502	Tabel 5 USN (behandeling 2 ¼ uur)	039972	1.248,00
D 503	Tabel 9 USN (behandeling 3 uur)	039973	1.760,00
<b>IVF niet artikel-2-WBMV-fasen</b>			
D 900	Fase 1 stimulatie	039987	284,00
D 901	Fase 2 punctie	039988	201,00
D 902	Fase 4 transfer	039989	141,00
<b>Voor- en nazorg epilepsiechirurgie voor epilepsie-instellingen</b>			
D 920	Fase 1: Preoperatief onderzoek	192201	6.005,00
D 921	Fase 2 en 3: WADA-test	192202	4.121,00
D 922	Fase 4: Nazorg	192203	2.208,00

## E. PARAMEDISCHE BEHANDELING EN ONDERZOEK

### **ALGEMENE BEPALINGEN BIJ E. PARAMEDISCHE BEHANDELING EN ONDERZOEK**

#### **FYSIOTHERAPIE**

##### **E001 FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING**

Het E001-tarief is een tarief per zitting (= een onafgebroken tijdspanne waarin de fysiotherapeut hulp verleent), per patiënt, ongeacht de inhoud en de tijdsduur van de behandeling.

##### **E002 LOOPBAD/VLINDERBAD/STANGERBAD**

Het E002-tarief is een tarief per zitting (= een onafgebroken tijdspanne waarin de fysiotherapeut hulp verleent), per patiënt, ongeacht de inhoud en de tijdsduur van de behandeling.

##### **E003 KINDERFYSIOTHERAPIE EN E005 MANUELE THERAPIE**

Het E003-tarief voor kinderfysiotherapie en het E005-tarief voor manuele therapie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle twee onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- er is een gerichte verwijzing door een arts voor kinderfysiotherapie respectievelijk manuele therapie; en
- de kinderfysiotherapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door de KNGF en ZN/KPZ aangewezen register respectievelijk de manuele therapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door de KNGF en ZN/KPZ aangewezen register.

Wordt aan deze twee cumulatieve voorwaarden niet voldaan, dan geldt voor kinderfysiotherapie en manuele therapie het reguliere zittingentarief E001.

##### **E004 FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING BIJ EEN GROEP VAN 5 T/M 10 PERSONEN**

Het tarief voor groepsbehandeling kan door de fysiotherapeut alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Iedere patiënt doet gelijktijdig hetzelfde, zodat de groep zo homogeen mogelijk moet zijn samengesteld;
- De minimale tijdsduur van de behandeling is een half uur;
- De fysiotherapeut heeft daarvoor een aparte overeenkomst gesloten met de desbetreffende ziektekostenverzekeraar;
- De nadere indicatiestelling "groepsbehandeling" na een verwijzing geschiedt door de fysiotherapeut in overleg met de patiënt en verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt;
- De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep;
- De individuele behandelplannen worden uitgebreid met een "groepsbehandelplan".

Wordt aan deze voorwaarden niet voldaan dan kan de fysiotherapeut geen tarief voor groepsbehandeling en ook niet het zittingentarief (E001) in rekening brengen.

Declaratiebepaling: het tarief voor groepsbehandeling wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandel tijd in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandel tijd wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren.

##### **E006 EENMALIG FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK OP MEDISCHE INDICATIE**

Het E006-tarief voor eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle twee de onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet sprake zijn van een gerichte schriftelijke vraag van de verwijzer voor een eenmalig onderzoek;
- Er moet sprake zijn van een schriftelijke rapportage van de paramedicus aan de verwijzer.

##### **E007 OEDEEMTHERAPIE**

Het E007-tarief voor oedeemtherapie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan de volgende voorwaarde wordt voldaan:

- Er is een gerichte verwijzing door een arts voor oedeemtherapie.

Wordt aan deze voorwaarde niet voldaan, dan geldt voor oedeemtherapie het reguliere zittingentarief E001.

#### **E008/E009/E010 FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING BIJ EEN GROEP VAN 2 T/M 4 PERSONEN**

De tarieven voor groepsbehandeling kunnen door de fysiotherapeut alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Het betreft complexe zorgvragen na (ernstig) trauma en/of operatie;
- Het betreft meerdere patiënten die gelijktijdig in de praktijk aanwezig zijn, waarmee de fysiotherapeut afwisselend individueel en in een groep bezig is. De patiënten doen niet allen op elk moment dezelfde activiteit;
- De groepen zijn zo homogeen mogelijk samengesteld;
- De minimale tijdsduur van de behandeling is een uur;
- De fysiotherapeut heeft daarvoor een aparte overeenkomst gesloten met de desbetreffende ziektekostenverzekeraar;
- De nadere indicatiestelling "groepsbehandeling" na een verwijzing geschiedt door de fysiotherapeut in overleg met de patiënt en verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt;
- De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep;
- De individuele behandelplannen worden uitgebreid met een "groepsbehandelplan".

Wordt aan deze voorwaarden niet voldaan dan kan de fysiotherapeut geen tarief voor groepsbehandeling en ook niet het zittingentarief (E001) in rekening brengen.

Afhankelijk van de groeps grootte kan het tarief E008, E009 of E010 worden gedeclareerd.

Declaratiebepaling: het tarief voor groepsbehandeling wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandel tijd in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandel tijd wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren.

#### **E 012 BEKKENFYSIOTHERAPIE**

De zitting bekkenfysiotherapie - een onafgebroken tijdspanne, waarin de fysiotherapeut de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt – per patiënt is ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.

Het 193015-tarief voor bekkenfysiotherapie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle twee onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er is een gerichte verwijzing door een arts voor bekkenfysiotherapie
- De bekkenfysiotherapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door het KNGF en ZN/KPZ aangewezen register,

Wordt aan deze twee cumulatieve voorwaarden niet voldaan, dan geldt voor bekkenfysiotherapie het reguliere zittingentarief 193001.

#### **E 013 FYSIOTHERAPEUTISCHE GROEPSBEHANDELING BIJ EEN GROEP VAN MEER DAN 10 PERSONEN**

Het betreft een prestatie per patiënt per uur. De prestatie wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandel tijd in eenheden van een kwartier gedeclareerd.

Bij deze vorm van groepsbehandeling gaat het niet om curatieve zorg, maar om begeleiding en activering. De rol van de fysiotherapeut is coachend en de deelnemer is meer op zichzelf aangewezen dan in de groepszitting t/m 10 personen. De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep.

#### **E 014 INSTRUCTIE/ OVERLEG OUDERS VAN DE PATIËNT**

Indien het voor de behandeling kindfysiotherapie noodzakelijk is, kan de fysiotherapeut, in overleg met de ouders, hen ondersteunen bij de verzorging van hun kind. Daartoe wordt informatie overgedragen en/of instructie gegeven, gericht op het optimaliseren van de gezondheidstoestand en eventueel de behandeling. Deze prestatie kan alleen worden gedeclareerd in geval het kind geïndiceerd is voor kindfysiotherapie.

#### **E 015 VERSTREKTE VERBAND- EN HULPMIDDELEN (KOSTPRIJS)**

De kosten van los van de behandeling verstrekte verband- en hulpmiddelen kunnen worden doorberekend aan de patiënt.

#### **E 016 EENVOUDIGE, KORTE RAPPORTEN**

Schriftelijke informatieverstrekking kan alleen in rekening worden gebracht, indien op verzoek van derden en na toestemming van de patiënt, een rapport wordt verstrekt. Hieronder niet te verstaan rapport aan patiënt, zorgverzekeraar of behandelend c.q. verwijzend (huis)arts. Geldt tevens niet voor informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts.

Voor zover ten behoeve van een rapport aanvullend onderzoek wordt gedaan, kan dit apart in rekening worden gebracht.

#### **E 017 MEER GECOMPLICEERDE, TIJDROVENDE RAPPORTEN**

Schriftelijke informatieverstrekking kan alleen in rekening worden gebracht, indien op verzoek van derden en na toestemming van de patiënt, een rapport wordt verstrekt. Hieronder niet te verstaan rapport aan patiënt, zorgverzekeraar of behandelend c.q. verwijzend (huis)arts. Geldt tevens niet voor informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts.

Voor zover ten behoeve van een rapport aanvullend onderzoek wordt gedaan, kan dit apart in rekening worden gebracht.

#### **E011 EXTRAMURALE DIEETADVISING**

##### **E011/ 290164 (vanaf 1 februari 2005)**

Per toegelaten instelling is het maximumtarief voor extramurale dieetadvising van toepassing. Dit tarief kan per medewerker per kwartier voor extramurale dieetadvising in rekening worden gebracht. Indien de dieetadvising in een groep plaatsvindt wordt het maximumtarief voor de groep gedeeld door het aantal deelnemers in de groep.

#### **LONGREVALIDATIE EN ERGOTHERAPIE**

##### **E101 POLIKLINISCHE LONGREVALIDATIE**

Het E101-tarief is een tarief per zitting (= een onafgebroken tijdspanne waarin de therapeut hulp verleent), per patiënt, ongeacht de inhoud en de tijdsduur van de behandeling. Deze behandelingen vallen niet onder de RBU-definitie, zoals die in de toelichting op de tarieven A021 t/m A024 is vastgesteld.

Declaratiebepaling: naast het E101-tarief mogen geen honoraria worden gedeclareerd.

##### **E102 ENKELVOUDIGE ERGOTHERAPIE**

Enkelvoudige ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen, categoriaal of academisch ziekenhuis of thuiszorgorganisatie, bij de verzekerde thuis of in de behandelruimte van genoemde instellingen.

Dit tarief kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met een verpleegtartief, het A007-tarief (dagverpleging), het A231-tarief (RBU, klinisch en poliklinisch), het A003-tarief.

Dit houdt in dat wanneer behandeling en/of verpleging van een patiënt in het kader van een indicatie voor medisch-specialistische hulp, revalidatiebehandeling of verpleeghuiszorg plaatsvindt geen afzonderlijke enkelvoudige ergotherapie in rekening kan worden gebracht.

Het E102-tarief geldt per 15 minuten behandeltime. De totale behandeltime wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op eenheden tijdsduur van 15 minuten. Indien op één dag meer behandelingen per patiënt plaatsvinden worden de behandeltimes opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.

##### **E103 TOESLAG THUISBEHANDELING ENKELVOUDIGE ERGOTHERAPIE**

Voor de behandeling van een patiënt aan huis kan per bezoek (maximaal éénmaal) per dag als toeslag ("voorrijkosten") het E103-tarief in rekening worden gebracht ongeacht de duur van de behandeling.

##### **E104 POLIKLINISCHE LONGREVALIDATIE BIJ EEN GROEP**

Deze behandelingen vallen niet onder de RBU-definitie, zoals die in de toelichting op de tarieven A021 t/m A024 is vastgesteld. Dit aparte tarief voor groepsbehandeling kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de instelling heeft daarvoor een aparte overeenkomst gesloten met de desbetreffende zorgverzekeraar;
- de nadere indicatiestelling "groepsbehandeling" na een verwijzing geschiedt door de behandelaar in overleg met de patiënt en verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt;
- de groep bestaat uit minimaal zes en maximaal tien patiënten;
- de minimale duur per groepsbehandeling is gesteld op een half uur.

Wordt aan deze voorwaarden niet voldaan dan kan geen tarief voor groepsbehandeling en ook niet het zittingentarief (E101) in rekening brengen.

Het tarief voor groepsbehandeling wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandeltime in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandeltime wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. naast het E104-tarief mogen geen honoraria worden gedeclareerd.

## **HARTREVALIDATIE**

Deze tarieven kunnen in rekening worden gebracht voor enkel- of meervoudige hartrevalidatie, conform de definitie van de Nederlandse Hartstichting. Deze behandelingen vallen niet onder de RBU-definitie, zoals die in de toelichting op de tarieven A022 / A024 (complexe hartrevalidatie) is vastgesteld. Voor elk van de onderstaande onderdelen van het revalidatietraject geldt dat gedeclareerd wordt nadat de patiënt het betreffende onderdeel heeft afgerond. De tarieven E 111 t/m E 115 gelden voor revalidatiecentra. Naast de tarieven E 111 tot en met E 115 mogen geen honoraria worden gedeclareerd.

### **E111 INTAKECONTACT**

Individuele intake voor enkel- of meervoudige hartrevalidatie, bestaande uit een intakegesprek en een inspanningstest.

### **E112 INFORMATIEMODULE**

Informatiemodule voor het enkel- of meervoudige hartrevalidatieprogramma. Het tarief is gebaseerd op een viertal informatiesessies door respectievelijk een cardioloog, een psycholoog, een diëtist en een maatschappelijk werker of verpleegkundige, voor een groep patiënten.

### **E113 / E114 FIT-MODULE**

De bewegingsmodule FIT van het enkel- of meervoudige hartrevalidatieprogramma bestaat uit een aantal sessies onder begeleiding van fysiotherapeuten en eventueel een inspanningstest na afloop. Het E114 tarief is gebaseerd op een groepsbehandeling van gemiddeld 20 sessies van vijf kwartier, begeleid door een tweetal fysiotherapeuten. Het E114 tarief kan alleen in rekening worden gebracht als de patiënt minimaal tien sessies heeft bijgewoond. Indien de patiënt minder dan tien sessies heeft bijgewoond, is het E113 tarief van toepassing. Op de factuur dient het aantal door de patiënt bijgewoonde sessies expliciet te worden vermeld.

### **E115 PEP-MODULE**

De PEP-module van het meervoudige hartrevalidatieprogramma bestaat uit een intake, een aantal sessies een psycholoog en een coördinator en (telefonische) nazorg. Het tarief is gebaseerd op individuele intake en nazorg en een viertal sessies van twee uur in groepsverband. Het tarief kan alleen in rekening worden gebracht als de patiënt minimaal twee sessies heeft bijgewoond. Indien de patiënt minder dan twee sessies heeft bijgewoond, kan geen tarief in rekening worden gebracht. Op de factuur dient het aantal door de patiënt bijgewoonde sessies expliciet te worden vermeld.

**LOGOPEDIE****E203 LOGOPEDISCHE BEHANDELING BIJ EEN GROEP**

Het tarief voor logopedische groepsbehandeling – niet zijnde een behandeling volgens de zogenaamde Doetinchemse methode – is gebaseerd op een behandelcyclus van 20 uur per groep onder de voorwaarde dat de minimale duur per groepsbehandeling is gesteld op één uur. De groep bestaat in de regel uit zes patiënten (indien daartoe aanleiding bestaat, mag de groep ook bestaan uit vier of vijf personen). De groepsbehandeling is specifiek bedoeld voor afasiepatiënten, stotterpatiënten of patiënten die training in spraakafzien behoeven. Het tarief is inclusief een vergoeding voor het extra tijdsbeslag in verband met individuele voor- en nabehandeling en de daarbij behorende kosten.

**OEFENTHERAPIE VOLGENS CESAR OF MENSENDIECK****E301 OEFENTHERAPIE VOLGENS CESAR OF E302 OEFENTHERAPIE VOLGENS MENSENDIECK**

Het E301-tarief en het E302-tarief zijn tarieven per zitting (= een onafgebroken tijdspanne waarin de therapeut hulp verleent), per patiënt, ongeacht de inhoud en de tijdsduur van de behandeling.

**E304 T/M E307 OEFENTHERAPEUTISCHE BEHANDELING BIJ EEN GROEP VAN 2 T/M 10 PERSONEN**

De tarieven voor groepsbehandeling kunnen door de oefentherapeut alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- de groepen zijn zo homogeen mogelijk samengesteld.
- de minimale tijdsduur van de behandeling is een uur.
- de oefentherapeut heeft daarvoor een aparte overeenkomst gesloten met de desbetreffende ziektekostenverzekering.
- de nadere indicatiestelling 'groepsbehandeling' na een verwijzing geschiedt door de oefentherapeut in overleg met de patiënt en verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt;
- de behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep;
- de individuele behandelplannen worden uitgebreid met een 'groepsbehandelplan'.

CTG code	Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>TARIEVEN BIJ E. PARAMEDISCHE BEHANDELING EN ONDERZOEK</b>			
<b>Paramedische behandeling en onderzoek, fysiotherapie</b>			
E 001	fysiotherapeutische behandeling m.u.v. E002, E003 en E004	193001	22,50 per zitting
E 002	loopbad/vlinderbad/stangerbad (incl. evt. massage en oefenen)	193002	23,20 per zitting
E 003	kinderfysiotherapie	193003	33,80 per zitting
E 004	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 5 tot en met 10 personen	193004	3,20 per patiënt per kwartier
E 005	manuele therapie	193005	33,80 per zitting
E 006	eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie	193006	45,10 per onderzoek
E 007	oedeemtherapie	193007	33,80 per zitting
E 008	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 2 personen	193008	7,10 per patiënt per kwartier
E 009	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 3 personen	193009	5,10 per patiënt per kwartier
E 010	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 4 personen	193010	4,00 per patiënt per kwartier
E 012	bekkenfysiotherapie	193015	33,80 per zitting
E 013	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van meer dan 10 personen	193016	1,60 per patient per kwartier
E 014	instructie/overleg ouders van de patient	193017	33,80
E 015	verstreckte verband- en hulpmiddelen	193018	kostprijs
E 016	eenvoudige korte rapporten	193019	22,50
E 017	meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten	193020	45,10
E 018	Lange zitting (fysiotherapie)	193025	33,80
E 019	Telefonische zitting (fysiotherapie)	193026	11,30
E 020	Screening (fysiotherapie)	193027	11,30
E 021	Intake en onderzoek na screening (fysiotherapie)	193028	22,50
E 022	Intake en onderzoek na verwijzing (fysiotherapie)	193029	33,80
E 023	Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport	193030	33,80
<b>Maximumtarieven extramurale dieetadvisering</b>			
E 011	extramurale dieetadvisering	290164	Max. 14,90 per mw. per kwartier
E 030	Uittoeslag dieetadvisering	290165	Max. 28,90
E 031	Niet nagekomen afspraak extramurale dieetadvisering	290166	Max. 44,70
<b>Longrevalidatie en ergotherapie</b>			
E 101	poliklinische longrevalidatie	193011	24,90 per zitting
E 102	enkelvoudige ergotherapie	193012	13,40 per 15 min.
E 103	toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie	193013	22,30 per bezoek
E 104	poliklinische longrevalidatie bij een groep	193014	3,20 per patiënt per kwartier
<b>Hartrevalidatie revalidatiecentra</b>			
E 111	Intakecontact	193111	247,50 per patiënt
E 112	Informatiemodule	193112	109,00 per patiënt
E 113	FIT-module< tien sessies	193113	250,50 per patiënt
E 114	FIT-module>=tien sessies	193114	499,50 per patiënt
E 115	PEP-module	193115	908,00 per patiënt

CTG code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>Logopedie</b>				
E 201	logopedie	193021	26,60	per zitting
E 202	eenmalig logopedisch onderzoek op medische indicatie	193022	53,20	per onderzoek
E 203	logopedische behandeling bij een groep	193023	13,40	per patiënt per uur
E 204	Preverbale logopedie	193024	53,20	
<b>Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck</b>				
E 301	oefentherapie volgens Cesar	193031	26,40	per zitting
E 302	oefentherapie volgens Mensendieck	193032	26,40	per zitting
E 303	oefentherapeutisch onderzoek op medische indicatie	193033	44,30	per onderzoek
E 304	oefentherapeutische behandeling bij een groep van twee personen	193034	6,20	per patiënt per kwartier
E 305	oefentherapeutische behandeling bij een groep van drie personen	193035	4,50	per patiënt per kwartier
E 306	oefentherapeutische behandeling bij een groep van vier personen	193036	3,50	per patiënt per kwartier
E 307	oefentherapeutische behandeling bij een groep van vijf tot en met tien personen	193037	2,80	per patiënt per kwartier



---

F. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

---

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2006

---

G. BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

---

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2006

---

H. AWBZ-INSTELLINGEN EXCLUSIEF TARIEVEN GGZ (ZIE F)

---

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2006

## I. AMBULANCEVERVOER

### **ALGEMENE BEPALINGEN BIJ I. AMBULANCEVERVOER**

#### **Declarabele rit**

Een ambulancerit die in opdracht van de centrale post ambulancevervoer (CPA) wordt uitgevoerd en waarbij daadwerkelijk vervoer van een patiënt plaatsvindt. De aanduiding of er sprake is van spoedvervoer dan wel besteld vervoer wordt gebaseerd op basis van de classificatie door de CPA bij de opdrachtverstrekking.

#### **Declarabele melding**

Een melding bij de CPA die leidt tot een declarabele rit.

#### **Rit waarbij meerdere personen in één ambulance worden vervoerd**

Aan elke patiënt kan het evenredig deel van 150% van het enkelvoudig rit- en kilometerbedrag worden gedeclareerd, plus het CPA-tarief.

#### **Retourrit**

Een rit waarbij de ambulance een patiënt naar een behandelplaats brengt en deze, na een bepaalde wachttijd ter plaatse, weer mee terug neemt. Het rittarief, kilometertarief en CPA-tarief kunnen voor zowel de heen- als de terugrit worden gedeclareerd.

#### **I001 KILOMETER**

Het I001-tarief is een tarief per beladen kilometer voor alle declarabele ritten. Het aantal beladen kilometers is het aantal kilometers met de patiënt in de ambulance, berekend aan de hand van een post-codetabel, met een hieraan gekoppelde routeplanner. Bij de berekening wordt uitgegaan van de snelste route tussen de locatie waar de patiënt wordt opgehaald en de locatie waar de patiënt wordt afgeleverd.

#### **I002 BESTELD VERVOER (B-RIT)**

Het I002-tarief is een tarief per declarabele rit indien er sprake is van besteld vervoer (B-rit).

#### **I003 STAND-BY**

Het I003-tarief is een tarief per uur wachttijd gedurende het, na een (doorgaans onvoorspelbare) verplaatsing van een ambulance binnen het reguliere dienstrooster en in opdracht van de CPA, stand-by houden van een ambulance in verband met een bepaalde gebeurtenis. Voor uurdelen geldt het tarief naar evenredigheid.

#### **I005 GRENDOVERSCHRIJDENDE SPOEDINZET VAN AMBULANCES**

Het I005-bandbreedtetarief is een tarief per uur inzet van een ambulance voor spoedvervoer in het buitenland. De tijd wordt gemeten vanaf het moment van ontvangst van de opdracht tot het moment van overdracht van de patiënt aan het ziekenhuis. Het buitenlandvervoer, de repatriëring van patiënten uit het buitenland, valt hier niet onder.

#### **I010 SPOEDVERVOER (A1-/A2-RIT)**

Het I010-tarief is een tarief per declarabele rit indien er sprake is van spoedvervoer (A1- of A2-rit).

#### **I100 MELDING**

Het I100-tarief is een tarief per declarabele melding voor de dienstverlening door de CPA. Het tarief kan door de CPA in rekening worden gebracht aan de ambulancedienst die de rit uitvoert. De ambulancedienst brengt het tarief vervolgens in rekening aan de vervoerde patiënt dan wel diens zorgverzekeraar.

<b>CTG code</b>		<b>Verrich- tingcode</b>	<b>Tarief in euro</b>	<b>Andere declaratie- eenheid</b>
<b>TARIEVEN BIJ I. AMBULANCEVERVOER</b>				
I 001	Kilometer	196001	3,10	
I 002	Besteld vervoer (B-rit)	196002	207,50	
I 003	Stand-by	196003	98,20	per uur
I 004	Hulpambulance per rit	196004	88,00	
I 005	Grensoverschrijdende spoedinzet van ambulances	196005	614,00- 990,00	Bandbreedte- tarief
I 010	Spoedvervoer (A1- / A2-rit)	196010	Sluittarief	
I 100	Melding	196100	Sluittarief	

J. ABORTUSKLINIEKEN

CTG code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>TARIEVEN BIJ J. ABORTUSKLINIEKEN</b>				
<b>De in dit hoofdstuk opgenomen tarieven zijn inclusief honorarium en kosten.</b>				
Het tarief J105 kan niet worden gedeclareerd indien het consult of de controle plaatsvindt voorafgaand aan de verrichtingen met code J100 t/m J104 of J119:				
J 100	Eerste trimester zwangerschapsafbreking	197000	sluittarief	
J 101	Idem, met narcose	197001	sluittarief	
J 102	Tweede trimester zwangerschapsafbreking	197002	sluittarief	
J 103	Idem, met narcose	197003	sluittarief	
J 104	Tweede trimester zwangerschapsafbreking met Prostaglandinebehandeling	197004	sluittarief	
J 119	Tweede trimester zwangerschapsafbreking met Prostaglandinebehandeling en narcose	197019	sluittarief	
J 105	Consult / controle	197005	35,30	
J 106	Zwangerschapstest	197006	16,60	
J 107	Morning-afterpil / prikpil	197007	16,60	
J 108	Spiraaltje plaatsen	197008	56,00	
J 109	Spiraaltje verwijderen	197009	16,60	
J 110	Sterilisatie man	197010	281,00	
J 111	Sterilisatie vrouw	197011	490,50	
J 112	Vaso-vasostomie	197012	1.400,00	
J 113	Circumcisie	197013	174,50	
<b>Kunstmatige inseminatie:</b>				
J 114	a. eerste 6 cycli	197014	700,00	
J 115	b. volgende cycli (per cyclus)	197015	105,00	
<b>Spermabank:</b>				
J 116	a. eenmalig initiële kosten	197016	350,50	
J 117	b. per jaar	197017	35,20	
J 118	c. spermaonderzoek	197018	16,60	

**K. MAXIMUMTARIEVEN THUISZORG EN KRAAMZORG**

**K102 T/M K131 en K506 t/m K510 MAXIMUMTARIEVEN THUISZORG IN HET TWEDE EN DERDE COMPARTIMENT**

Voor thuiszorg in het tweede en derde compartiment zijn de door het CTG vastgestelde maximumtarieven van toepassing. In het lokaal overleg kunnen partijen tarieven afspreken die gelijk zijn aan of lager zijn dan deze tarieven.

Voor de definities wordt verwezen naar de vigerende Beleidsregel tariefstructuur voor thuiszorg in het tweede en derde compartiment.

**K201 T/M K205 MAXIMUMTARIEVEN KRAAMZORG**

Voor kraamzorg zijn de door het CTG vastgestelde maximumtarieven van toepassing. Binnen deze maximumtarieven kunnen verschillende tarieven worden afgesproken, bijvoorbeeld voor lange en voor kortdurende verzorgingen. Dit uiteraard zolang deze tarieven blijven onder het niveau van de maximumtarieven. Per verzorging kan slechts één intake worden gedeclareerd: bij de cliënt thuis (K203) of telefonisch (K205).

Voor de definities wordt verwezen naar de vigerende Beleidsregel tariefstructuur voor de kraamzorg.

CTG code	Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
----------	-----------------	----------------	---------------------------

**TARIEVEN BIJ K. MAXIMUMTARIEVEN THUISZORG EN KRAAMZORG**

**THUISZORG IN HET TWEDE EN DERDE COMPARTIMENT**

**Maximumtarieven**

K 102	Huishoudelijke verzorging	196102	24,30 per uur
K 104	Verpleging	196104	62,10 per uur
K 106	Gespecialiseerde verpleging	196106	67,20 per uur
K 107	Transfer/indicatiestelling	196107	91,00 per transfer/ind. stelling
K 114	Verpleging AIV	196114	62,10 per uur
K 121	Begeleiding	196121	44,60 per uur
K 126	Persoonlijke verzorging	196126	41,60 per uur
K 127	Persoonlijke verzorging extra	196127	44,50 per uur
K 128	Verpleging extra	196128	66,50 per uur
K 129	Begeleiding extra	196129	47,80 per uur
K 130	Activerende thuiszorg	196130	47,50 per uur
K 140	Begeleiding speciaal	196140	73,80 per uur
K 147	Activerende begeleiding speciaal	196147	86,60 per uur

**KRAAMZORG**

**Maximumtarieven**

K 201	Uur kraamzorg	196201	37,10 per uur
K 202	Inschrijving	196202	34,60 per inschrijving
K 203	Intake bij de cliënt thuis	196203	51,60 per intake thuis
K 204	Partusassistentie	196204	68,90 per partusassistentie
K 205	Intake telefonisch	196205	17,30 per intake telefonisch

L. NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING

CTG code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
<b>TARIEVEN BIJ L. NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING</b>				
<b>Registratie (organen)</b>				
L 001	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donornier in aanmerking komt	198001	4.834,00	per patiënt
L 002	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorhart in aanmerking komt	198002	4.834,00	per patiënt
L 003	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorlever in aanmerking komt	198003	4.834,00	per patiënt
L 004	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van (een) donorlong(en) in aanmerking komt	198004	4.834,00	per patiënt
L 005	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorhartlong in aanmerking komt	198005	4.834,00	per patiënt
L 006	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorpancreas in aanmerking komt	198006	4.834,00	per patiënt
L 007	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor een relatietransplantatie in aanmerking komt	198007	2.208,00	per patiënt
<b>Registratie (weefsel)</b>				
L 009	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een 'getypeerde' donorcornea in aanmerking komt	198009	5.427,00	per patiënt
L 010	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een 'random' donorcornea in aanmerking komt	198010	4.887,00	per patiënt
<b>Na transplantatie (organen)</b>				
L 011	Voor een nefrectomie van een postmortale donor gevolgd door een hyperthermische preservatie (methode "Collins").	198011	4.411,00	per transplantatie
L 012	Voor een cardiëctomie (hartuitname) van een postmortale donor	198012	4.411,00	per transplantatie
L 013	Voor een hepatectomie (leveruitname) van een postmortale donor	198013	4.411,00	per transplantatie
L 014	Voor een pneumectomie (longuitname) van een postmortale donor	198014	4.411,00	per transplantatie
L 015	Voor een cardio-pneumectomie (hartlonguitname) van een postmortale donor	198015	4.411,00	per transplantatie
L 016	Voor een pancreatectomie (pancreasuitname) van een postmortale donor	198016	4.411,00	per transplantatie
L 008	Voor de additionele typeringskosten bij een relatietransplantatie	198008	725,00	per transplantatie
<b>Na transplantatie (weefsel)</b>				
L 017	Voor enucleatio bulbi	198017	147,00	per transplantatie