

Declaratiebepalingen overige trajecten en verrichtingen

In deze bijlage zijn aanvullende declaratiebepalingen opgenomen voor de overige trajecten en verrichtingen.

1. SPECIFIEKE HONORARIUMBEPALINGEN

1.1 AFSTANDSVERGOEDING (010905 EN 010906)

Voor hulp verleend door de medisch specialist op een ander adres dan een praktijkadres van de medisch specialist (bijvoorbeeld aan huis van een patiënt of in een instelling waar de medisch specialist niet regulier werkzaam is) kan de medisch specialist de werkelijk gemaakte reiskosten in rekening brengen.

Voor de reiskosten geldt een bedrag per kilometer volgens het Reisbesluit binnenland (€ **0,30** per kilometer; niveau 2006) (code 010905), plus maximaal € **28,10** per half uur voor de reistijd (code 010906) met een dagmaximum van € **448**.

1.2 REVALIDATIEGENEESKUNDE (010127, 010227, 010327, 020127 EN 040018 T/M 040021)

1.2.1 Poliklinische consulten

1.2.1.1 De codes 010127, 010227 en 010327 bevatten de bedragen voor het specialisme revalidatiegeneeskunde voor verleende niet-klinische hulp (is poliklinische hulp), te weten: een korte kaart, een aanvullende kaart en een jaarkaart.

Uitsluitend kunnen deze kaarten worden gedeclareerd door medisch specialist die bij de SRC als revalidatie-arts is ingeschreven.

Voor de bedragen worden alle onderzoeken en behandelingen verricht.

Vanaf de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de revalidatie-arts voegt, mag gedeclareerd worden voor de verlening van hulp gedurende een periode:

- van twee maanden een korte kaart.
- langer dan de looptijd van de korte kaart tot een jaar:
 - een aanvullende kaart in aansluiting op een korte kaart; of
 - een jaarkaart.

1.2.1.2 Een medisch specialist of een medisch specialist van hetzelfde specialisme kan gedurende de looptijd van

- een korte kaart geen tweede korte kaart of jaarkaart declareren, ook niet bij een nieuw ziektegeval;
- een jaarkaart geen tweede jaarkaart declareren. Bij een nieuw ziektegeval kan een korte kaart gedeclareerd worden. Indien voor de nieuwe aandoening een behandeling wenselijk is met een duur langer dan de looptijd van deze korte kaart, kan niet opnieuw een korte kaart voor dit nieuwe ziektegeval worden gedeclareerd;

Deze bepalingen gelden voor dezelfde specialist / dezelfde maatschap in één ziekenhuis (al dan niet op meerdere locaties).

1.2.2 Intercollegiale consulten

1.2.2.1 Code 020127 kan gedeclareerd worden voor intercollegiale samenwerking in het ziekenhuis, voor zover het hulp ten behoeve van klinisch opgenomen patiënten betreft, verricht door een medisch specialist van een ander specialisme (revalidatie-arts) dan het specialisme van de opnemend medisch specialist. In geval van behandeling in dagverpleging wordt de hulp van de tweede in consult geroepen medisch specialist (revalidatie-arts) geregeld via de Poliklinische consulten (korte, aanvullende dan wel jaarkaart revalidatiegeneeskunde). De medisch specialist die de patiënt opneemt in een ziekenhuis, kan volgens de daarvoor in aanmerking komende tarieven declareren, zolang de aard van zijn behandeling opname in het ziekenhuis noodzakelijk maakt. Indien het voor de behandeling van de patiënt noodzakelijk is dat meer medisch specialisten bij zijn behandeling worden ingeschakeld, of dat tijdens zijn opname in het ziekenhuis de behandeling door een andere medisch specialist wordt voortgezet, kunnen zich de volgende mogelijkheden voordoen.

1.2.2.2 Wanneer de opnemend medisch specialist bij deze patiënt voor de diagnosestelling en de therapie of voor bijkomende aandoeningen een onderzoek door de revalidatie-arts noodzakelijk acht, kan de revalidatie-arts het klinische tarief declareren. Hieronder wordt verstaan anamnese, onderzoek, verdere begeleiding en/of behandeling van de patiënt.

Per opname kan door de revalidatie-arts (of een maatschap medisch specialisten) ten behoeve van een patiënt slechts eenmaal het klinische tarief worden gedeclareerd.

1.2.2.3 De behandeling wordt overgenomen door de revalidatie-arts, omdat voor de opnemende medisch specialist geen noodzaak tot klinische behandeling meer aanwezig is en deze er wel is voor de revalidatie-arts. In dit geval wordt tijdens de opname van de patiënt de declaratie van elke medisch specialist beperkt tot de tijd dat de opnameduur voor hem noodzakelijk was, hetgeen in het karakter van de overneming van de behandeling besloten ligt. Indien een overneming volgt op een medebehandeling waarvoor het klinische tarief werd gedeclareerd, kan door de revalidatie-arts vervolgens het bedrag, dat voor dit specialisme van toepassing is, worden gedeclareerd.

1.2.3 Ligdagen

1.2.3.1 De codes 040018, 040019, 040020 en 040021 bevatten de tarieven voor klinische hulp door de revalidatie-arts, waaronder begrepen de behandeling in dagverpleging, voor zover niet geregeld door het Intercollegiale consult. Bij klinische patiënten is het declareren van ligdagen uitgesloten indien het doen van de verrichting de reden van de opname was.

1.2.3.2 Voor de tarieven van de genoemde codes verricht de revalidatie-arts zowel het onderzoek als de observatie en de behandeling.

1.3 INLICHTINGEN EN RAPPORTEN (119003 T/M 119052)

1.3.1 De bedragen voor inlichtingen en rapporten en staan per specialisme vermeld. Voor zover ten behoeve van inlichtingen en rapporten verrichtingen worden gedaan kunnen deze volgens de voor deze verrichtingen vigerende tarieven worden gedeclareerd.

1.3.2 Informatieverstrekking (119051 en 119052)

Het bedrag voor informatieverstrekking kan alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen schriftelijk is/zijn gesteld door een bedrijfsarts en/of een verzekeringsarts.

Het bedrag kan alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen gesteld is/zijn in het kader van de volgende wetgeving:

- door of namens arbo-diensten in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet 1998, het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA) en de op deze wetten gebaseerde lagere regelgeving;
- door of namens de Sociale Verzekeringsbank ter uitvoering van de Algemene nabestaandenwet (ANW), Algemene Kinderbijslagwet (AKW) en de op die wetten gebaseerde lagere regelgeving, alsmede van de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen 2000 (TOG 2000);

– door of namens de Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWV), voorheen het landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv), of de uitvoeringsinstellingen bedoeld in art. 41 OSV 1997 ter uitvoering van:

artikel 7: 685 van Burgerlijk Wetboek,
artikel 6 Buitengewoon Besluit Arbeidsverhoudingen
de Ziektewet (ZW),
de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO),
de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ),
de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG),
de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA),
de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria (TWBIA),
de Toeslagenwet (TW),
de Werkloosheidswet (WW) en
de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV 1997), alsmede van de op al deze wetten gebaseerde lagere regelgeving.

Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niet iets aanvullends in rekening worden gebracht.

1.4 SCEN-CONSULTATIE (130001)

1.4.1 In de 'lijst overige trajecten en verrichtingen' is het tarief opgenomen voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (code 130001 met omschrijving 'SCEN-consultatie').

1.4.2 Het tarief betreft alle activiteiten van de medisch specialist, die staat ingeschreven in een daarvoor door de Orde en ZN/KPZ aangewezen register, waaronder met name is begrepen:

- Overleggen met de behandelaar plus inzien journaals, specialistenbrieven etc. ten behoeve van SCEN-consultatie.
- De visite(s) bij de patiënt en diens omgeving.
- De verslaglegging ten behoeve van de behandelaar.
- Het afsluitend overleg met de behandelaar voor ondermeer bespreking van het verslag.

1.4.3 Het tarief wordt door de geconsulteerde medisch specialist, die staat ingeschreven in een specifiek SCEN-register, in rekening gebracht.

1.5 KAAKCHIRURGIE (230104 T/M 239459)

De in de 'lijst overige trajecten en verrichtingen' opgenomen honorariumbedragen betreffen honorarium anesthesiologie. Voor het honorarium kaakchirurgie wordt verwezen naar de 'Lijst Kaakchirurgische hulp'.

2. SPECIFIEKE KOSTENBEPALINGEN

2.1 OVERIGE TRAJECTEN

2.1.1 VERKEERDE BED (190031)

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.

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 190038.

2.1.2 VERBLIJF GEZONDE MOEDER (190032)

Dit tarief kan worden gedeclareerd indien een gezonde moeder in de zorginstelling moet verblijven, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. Het tarief kan worden gedeclareerd per verpleegdag. Als eenheid voor "verpleegdag" geldt het volgende criterium: "Een verpleegdag is een te registreren 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 te registreren kalenderdag." Indien bij ziekte de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan derhalve geen nieuwe opname worden geregistreerd.

2.1.3 VERBLIJF GEZONDE ZUIGELING (190033)

Dit tarief kan worden gedeclareerd indien een gezonde zuigeling in de zorginstelling moet verblijven, omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. Het tarief kan worden gedeclareerd per verpleegdag. Als eenheid voor "verpleegdag" geldt het volgende criterium: "Een verpleegdag is een te registreren 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 te registreren kalenderdag." Indien bij ziekte de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan derhalve geen nieuwe opname worden geregistreerd.

2.1.4 VERGOEDING VERVALLEN ZIEKENHUISINDICATIE, GEEN VERPLEEGHUIS-INDICATIE (190038)

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 190031), is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is voor de zorg waarvoor de indicatie is afgegeven.

2.1.5 TOESLAG BRANDWONDEN (190112)

De verpleegdagen op de door het ministerie in de erkenning aangewezen brandwondenafdeling.

2.1.6 IC BEHANDELDAG (190125,190134, 190141)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een IC patiënt.

Er mag geen behandel dag en opnametoeslag worden gedeclareerd als de patiënt, in plaats van op de verkoeverafdeling, plaatsvervangend postoperatief op de IC wordt ondergebracht alvorens overgeplaatst te worden naar de gewone verpleegafdeling. De behandeling en verzorging die in dat kader wordt uitgevoerd valt onder de reguliere post-operatieve bewaking en kan niet als een IC-activiteit gedeclareerd worden.

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met DBC's neurochirurgie, WBMV transplantaties, hartoperaties, AICD-implantaties, catheterablaties, chronische intermitterende beademing, brandwonden en de overige trajecten neonatale IC en pediatrie IC.

2.1.7 OPNAMETOESLAG (190126, 190135, 190142)

De toeslag die in rekening mag worden gebracht op de kalenderdag waarop voor het eerst op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een IC-patiënt. Ook een heropname op de IC levert een opnametoeslag op.

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met DBC's neurochirurgie, WBMV transplantaties, hartoperaties, AICD-implantaties, catheterablaties, chronische intermitterende beademing, brandwonden en de overige trajecten neonatale IC en pediatrie IC.

2.1.8 TOESLAG BEADEMING IC VOLWASSENEN (190127, 190136, 190143)

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.

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met DBC's neurochirurgie, WBMV-transplantaties, hartoperaties, AICD-implantaties, catheterablaties, chronische intermitterende beademing en de overige trajecten neonatale IC en pediatrie IC.

2.1.9 DIALYSE TOESLAG (190128, 190137, 190144)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctievervangende therapie bij een patiënt. Er wordt geen dialysetoeslag vastgelegd en gedeclareerd als de dialyse door een nefroloog, vanuit de dialyseafdeling wordt uitgevoerd. In dat geval zal een dialyse DBC, uit de typeringslijst van de interne geneeskunde worden vastgelegd en gedeclareerd.

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met DBC's neurochirurgie, WBMV-transplantaties, hartoperaties, AICD-implantaties, catheterablaties, chronische intermitterende beademing, brandwonden en de overige trajecten neonatale IC en pediatrie IC.

2.1.10 IC-CONSULT (190129)

Een intercollegiaal consult uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de Intensive Care afdeling (spoed en niet-spoed) aangevraagd door een specialist of andere arts die handelt onder supervisie van een medisch specialist in het ziekenhuis inclusief de afdeling Spoedeisende Hulp, of ongevraagd in geval van acute dreigende medische calamiteit.

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met DBC's neurochirurgie, WBMV-transplantaties, hartoperaties, AICD-implantaties, catheterablaties, chronische intermitterende beademing, brandwonden en de overige trajecten neonatale IC en pediatrie IC.

2.1.11 INTERKLINISCH TRANSPORT < 2 UUR (190130)

De begeleiding door een medisch specialist van een patiënt die vervoerd wordt van de IC van het ene ziekenhuis naar de IC van een ander ziekenhuis, waarbij het vervoer, inclusief de wachttijd op de ambulance, de overdracht in het ontvangende ziekenhuis en de terugreis korter dan 2 uur duurt.

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met DBC's neurochirurgie, WBMV-transplantaties, hartoperaties, AICD-implantaties, catheterablaties, chronische intermitterende beademing, brandwonden en de overige trajecten neonatale IC en pediatrie IC.

2.1.12 INTERKLINISCH TRANSPORT > 2 UUR (190131)

De begeleiding door een medisch specialist van een patiënt die vervoerd wordt van de IC van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis, waarbij het vervoer, inclusief de wachttijd op de ambulance, de overdracht in het ontvangende ziekenhuis en de terugreis langer dan 2 uur duurt.

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht in combinatie met DBC's neurochirurgie, WBMV-transplantaties, hartoperaties, AICD-implantaties, catheterablaties, chronische intermitterende beademing, brandwonden en de overige trajecten neonatale IC en pediatrie IC.

2.1.13 NEONATALE INTENSIVE CARE (190150)

Toeslag voor verblijf op de intensive care van het door het ministerie aangewezen afdeling neonatologie. Bij een terugplaatsing vanaf de high-care mag niet opnieuw een opname worden geregistreerd.

2.1.14 PEDIATRISCHE INTENSIVE CARE (190151)

Toeslag voor verblijf op de intensive care van het door het ministerie aangewezen afdeling pediatrie intensive care. Bij een terugplaatsing vanaf de high-care, binnen een aaneengesloten opnameperiode waar al een opname op de intensive care is geregistreerd, mag niet opnieuw een opnametoeslag worden geregistreerd. Ook niet indien de high-care afdeling zich in een ander ziekenhuis bevindt.

2.1.15 TOESLAG POST IC-HIGH CARE (190152)

Toeslag voor verblijf op de post-IC-high care. Er is sprake van post-IC High care als na een opname op de neonatale intensive care noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking. Dit is het geval indien sprake is van ten minste twee van de volgende behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting, en blaascatheter. Om van de neonatale intensive care overgeplaatst te worden naar de post-IC High care dient de leeftijd van het kind, inclusief de zwangerschapsduur minimaal 29 à 30 weken te zijn en het gewicht minimaal 1000 gram. De post-IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum. In regionaal verband kunnen hierover afspraken worden gemaakt.

2.1.16 VERPLEEGDAGTARIEF HAK (190209)

Dit tarief kan worden gedeclareerd door instellingen met een huisartsenkliniek. In een huisartsenkliniek wordt huisartsenzorg en lichte eerste hulp geboden, waarbij overdracht van de medische verantwoordelijkheid van de specialist naar de huisarts plaatsvindt. Het tarief bestaat uit een low-care deel dat uitsluitend ter financiering van het ziekenhuisbudget dient en een arts-in deel (ter hoogte van consulttarief) voor de huisartsen.

2.2 OVERIGE VERRICHTINGEN

2.2.1 (COMPLEXE) REVALIDATIEBEHANDELING (190041 EN 190042)

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. De tarieven onder 190041 en 190042 betreffen de daarvan afgeleide revalidatiebehandeling van één kwartier.

De verrichting 190042 geldt 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 190041 EN 190042-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 het tarief onder 190041 of 190042 in rekening gebracht. Indien een revalidant op dezelfde dag in meerdere sessies wordt behandeld, worden de behandeltimes bij elkaar opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.
- In afwijking van voorgaande bepalingen wordt in geval van een groepsbehandeling per revalidant eenmaal het tarief onder 190041 of 190042 gedeclareerd, ongeacht de duur van de groepsbehandeling, de groepsgrootte en het aantal behandelaars.
- De tarieven 190041 en 190042 zijn inclusief honorarium medisch specialist.

2.2.2 TAAL- EN SPRAAKDIAGNOSTIEK (190266)

Dit tarief kan in rekening worden gebracht per behandelde/te behandelen kinderen 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, Christiaan Krammlaan etc. Indien uitsluitend deze behandeling plaatsvindt kan geen jaarkaart in rekening worden gebracht.

2.2.3 WEGBLIJFTARIEF (190700)

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.

2.2.4 AUDIOLOGIE (191002 T/M 191007)

Deze tarieven zijn van toepassing in een audiologisch centrum van een academisch ziekenhuis. Voor een eenmalige behandeling korter dan 1½ uur kan een halve kaart in rekening worden gebracht. Voor een éénmalig consult van maximaal 3 kwartier, waarbij slechts één discipline is betrokken, geldt een kwart kaart. Per periode van 12 maanden kunnen nooit meer dan 2 halve of 4 kwart jaar kaarten worden gedeclareerd.

2.2.5 KLINISCH-GENETISCH ONDERZOEK T.B.V. ERFELIJKHEIDSADVISING (191112 T/M 191120)

Deze tarieven voor de klinisch genetische centra zijn uniforme tarieven voor de activiteiten op het gebied van klinische genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvising inclusief honorarium medisch specialisten.

2.2.6 STOLLINGSFACTOREN (192501)

Dit tarief geldt voor de declaratie van aan patiënten toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren door een ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten,
-in het kader van een behandelplan voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten,
-tegen netto inkoopkosten, dus werkelijk betaalde inkoopprijs, na aftrek van eventuele kortingen en bonussen.

De niet aangewezen centra die in het kader van een hemofiliebehandelplan van een aangewezen centrum, stollingsfactoren verstrekken aan patiënten, kunnen deze kosten bij het betreffende centrum vergoed krijgen tegen netto inkoopkosten.

2.2.7 PSYCHIATRIE ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN (194071 T/M 194075)

Onder deeltijdbehandeling wordt verstaan: een behandeling conform het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Per deeltijdbehandelingsplaats wordt uitgegaan van 255 deeltijdbehandelingen van 6-8 uur. Een deeltijdbehandeling van 4-6 uur staat gelijk aan een halve deeltijdbehandeling van 6-8 uur. Deze tarieven voor psychiatrische deeltijdbehandeling zijn arts-in tarieven en kunnen uitsluitend gedeclareerd worden door academische ziekenhuizen.

2.2.8 PSYCHIATRIE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (194101 T/M 194275)

Deze tarieven mogen alleen gedeclareerd worden door ziekenhuizen die een erkenning voor een psychiatrische polikliniek hebben. Voor definities, omschrijvingen en declaratiebepalingen wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ.

2.2.9 BIJZONDERE TANDHEELKUNDE (195001 T/M 195102)

195001 en 195002 gelden voor instellingen die niet voldoen aan onderstaande criteria; 195101 en 195102 gelden voor instellingen die voldoen aan onderstaande criteria.

1. Overeenkomst

Tarieven kunnen uitsluitend worden afgegeven indien er sprake is van een overeenkomst tussen instelling en verzekeraars op grond waarvan de instelling kan worden aangemerkt als een instelling met een afdeling voor Bijzondere tandheelkunde volgens artikel 8 van de "Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekerden".

2. Criteria

Indien de instelling voldoet aan bepaalde criteria geldt in plaats van een neventarief een sluittarief. De criteria komen overeen met de criteria voor de zelfstandige instellingen voor bijzondere tandheelkunde.

Het gaat om een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten respectievelijk ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek.

De te behandelen patiënten kennen een zodanige problematiek dat de hulp redelijkerwijs niet (volledig) kan worden geboden in de huispraktijk.

De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multidisciplinaire aanpak en kan zijn gelegen in de tandheelkundig-technische moeilijkheidsgraad en / of in problemen van lichamelijke en / of verstandelijke aard van de te behandelen patiënt.

Deze vereisten kunnen als volgt worden geconcretiseerd:

- De instelling moet zodanig zijn gepositioneerd in het aanbod van zorgvoorzieningen dat zij beschikt over de mogelijkheid tot multidisciplinaire consultatie, diagnostiek en behandeling.
- De instelling moet voor ten minste alle patiënten, vallende onder artikel 8 lid 1 en/of artikel 8 lid 2/3 van de "Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering" (Stc. 1994, 208) toegankelijk zijn.
- De instelling moet een minimale omvang hebben van 1,0 fte tandarts.
- De continuïteit moet gewaarborgd zijn, hetgeen betekent dat op elke werkdag zorgverlening beschikbaar moet zijn.
- Spoedeisende gevallen moeten op elk moment opgevangen kunnen worden via een regeling voor spoedeisende klachten.
- De instelling vervult haar taken via toetsbare protocollen; de output beantwoordt aan nader te formuleren kwaliteitseisen.
- De instelling heeft in principe een loondienstrelatie met de medewerkers.

3. Tarieven

De vergoeding van de bijzondere tandheelkundige hulp vindt plaats op basis van een uurtarief. Voor niet-AWBZ-instellingen geldt een tarief per stoeluur.

Voor AWBZ-instellingen geldt een tarief per werkbaar uur.

De uurtarieven zijn niet all-in.

1. De kosten voor tandtechniek (voor zover uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium), voor extraorale voorzieningen en voor implantaatkosten kunnen separaat worden doorberekend tegen de werkelijke kosten. De kosten voor tandtechniek in eigen beheer kunnen worden doorberekend, maar mogen in ieder geval niet hoger zijn dan de door CTG/ZAio vastgestelde tarieven.
2. Voor OPG en RSP kunnen de werkelijke kosten separaat worden doorberekend; indien niet uitbesteed, maar in eigen beheer gemaakt, kunnen respectievelijk maximaal de bedragen, vermeld achter code X21 en X24 conform de tariefbeschikking voor tandartsen worden gedeclareerd.
3. Voor intraveneuze sedatie en narcose kunnen de door CTG/ZAio vastgestelde kostentarieven en honorariumtarieven anesthesiologie worden doorberekend.

2.2.10 KAAKCHIRURGIE (230104 T/M 239452)

Voor de kostenbedragen gelden onderstaande bepalingen:

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 (zie verrichtingenlijst) 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.

2.2.11 VOEDINGSVOORLICHTING (290162)

Per toegelaten instelling is het lokaal overeengekomen tarief voor voedingsvoorlichting van toepassing. Dit tarief kan per medewerker per uur voor voedingsvoorlichting in rekening worden gebracht.