
Declaratiebepalingen overige en ondersteunende producten

In deze bijlage zijn aanvullende declaratiebepalingen opgenomen voor de overige en ondersteunende producten op verzoek van de eerstelijns, op verzoek van een ander specialisme, werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC- systematiek niet geldt¹, en in het kader van onderlinge dienstverlening.

1. SPECIFIEKE HONORARIUMBEPALINGEN

1.1 Radiologie

1.1.1 Voor de productie in het kader van onderlinge dienstverlening en de eerstelijns zijn de ondersteunende producten apart declarabel. Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek dient te worden verstaan al die verrichtingen van de radiodiagnost (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

Een onderzoek is niet volledig wanneer het niet is voorzien van een verslag en zo mogelijk van een conclusie respectievelijk (differentiaal) diagnose. De ten behoeve van een onderzoek gedane verrichtingen, zoals doorlichten en foto's kunnen derhalve niet afzonderlijk worden gedeclareerd, tenzij in het tarief uitdrukkelijk anders is bepaald (zie de codes 080001 en 085000).

Met betrekking tot het maken van skeletfoto's wordt het volgende opgemerkt:

- a. Skeletfoto's moeten in het algemeen in zoveel richtingen worden genomen als noodzakelijk is voor een goede beoordeling. Bij het vaststellen van het tarief is rekening gehouden met opnamen in meer dan twee richtingen, zodat foto's in meer dan twee richtingen niet extra kunnen worden gedeclareerd.
- b. Vergelijkingsfoto's van het skelet van de andere zijde zijn afzonderlijke verrichtingen indien deze zijn aangevraagd.
- c. Controlefoto's na repositie van fracturen zijn afzonderlijke verrichtingen indien deze reposities niet in dezelfde zitting plaatsvinden.
- d. Het onderzoek van weke delen dient te worden gedeclareerd als het skeletonderzoek van het desbetreffende gebied.

1.1.2

- a. Doorlichting kan niet afzonderlijk worden gedeclareerd, tenzij in het tarief anders is bepaald.
- b. Contrastmiddelen en medicamenten kunnen niet afzonderlijk worden gedeclareerd.
- c. Het inbrengen van contrastmiddelen kan niet afzonderlijk worden gedeclareerd, behoudens bij het angiografisch onderzoek.
- d. Indien de radiodiagnost bij het angiografisch onderzoek zelf de contraststof inbrengt kan hiervoor een tarief worden gedeclareerd volgens de in de tarievenlijst vermelde codes. Per zitting kan slechts eenmaal één van deze codes in rekening worden gebracht.
- e. Voor een onderzoek ten huize van de patiënt kan de medisch specialist het hem toekomende tarief berekenen, vermeerderd met 100% met een minimum van € 36,76.

1.2 Nucleaire Geneeskunde

1.2.1 Voor de productie in het kader van onderlinge dienstverlening en de eerstelijns zijn de ondersteunende producten apart declarabel. Deze tarieven kunnen uitsluitend worden gedeclareerd indien de werkzaamheden door de medisch specialist zijn verricht.

¹ Voor de declaratie van een overig of ondersteunend product op verzoek van een ander specialisme, werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, gelden dezelfde bepalingen als de declaratie van een product op verzoek van de eerstelijns.

- a. ondervraging van de patiënt;
- b. instructie van de patiënt, informatie aan de patiënt alsmede premedicatie;
- c. kort algemeen of speciaal onderzoek van de patiënt met aanduiding van de anatomische grenzen of plaatsen;
- d. toediening (injectie) van het radiofarmacon;
- e. interpretatie van de uit het onderzoek verkregen gegevens, alsmede de schriftelijke vastlegging van deze interpretatie.

1.3 Medische microbiologie

1.3.1 Voor de productie in het kader van onderlinge dienstverlening en de eerstelijns zijn de ondersteunende producten apart declarabel. Alleen de laboratoriumonderzoeken uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist medische microbiologie kunnen gedeclareerd worden.

1.4 Pathologie

1.4.1 Voor de productie in het kader van onderlinge dienstverlening en de eerstelijns zijn de ondersteunende producten apart declarabel. Onder een pathologisch-anatomisch onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels die gedurende één zitting worden verwijderd in verband met één ziektegeval.

Het onderzoek van de vriescoupe valt onder code 050501.

2. SPECIFIEKE KOSTENBEPALINGEN

2.1 Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 T/M 079996)

Voor productie in het kader van de eerstelijns kunnen de kostenbedragen worden gedeclareerd onafhankelijk van de uitvoerder (klinisch chemicus, hematoloog, medische microbioloog).

2.1.1 Ordertarief per afname (079991)

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 – onderlinge dienstverlening) ook slechts één afname tellen. Hoe dit onderling wordt doorberekend is daarvoor niet relevant.

2.1.2 Huisbezoek (079992)

De afname die bij de patiënt thuis plaatsvindt. Het tarief kan naast het ordertarief 079991 in rekening worden gebracht.

2.1.3 CLB-referentietarief (079993)

Indien bij uitbesteding aan het CLB het zogenoemde referentietarief in rekening is gebracht kan het tarief 079993 worden gedeclareerd.

2.1.4 INR-bepaling (079995)

Naast dit tarief kan geen ordertarief in rekening worden gebracht.

2.1.5 Registratietarief diabetesdienst (079996)

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.

2.2 Niet-specialisme specifieke O(V)P's

Voor productie in het kader van de eerstelijns kunnen de kostenbedragen worden gedeclareerd.

2.2.1 Tarieven voor orthoptisten (039813 en 039814)

De tarieven kunnen alleen als 'losse verrichtingen', gedeclareerd worden wanneer ze niet in het kader van de DBC van de oogarts plaatsvinden.

2.2.2 Poliklinische bevalling (190036 t/m 190039)

De tarieven voor poliklinische bevalling (190036, 190037 en 190039) kunnen alleen worden gedeclareerd wanneer de bevalling niet door de gynaecoloog gebeurt. Deze verrichtingen kunnen derhalve niet naast een DBC van gynaecologie voor een bevalling worden gedeclareerd.

2.2.2.1 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190036)

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 190037. Voor *verplichte* poliklinische bevalling op niet-medische indicatie, zie 190039.

2.2.2.1 Poliklinische bevalling op medische indicatie (190037)

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 190036 en 190039.

2.2.2.3 Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190039)

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 190036. Voor *niet-verplichte* poliklinische bevalling zonder medische indicatie, zie 190037.

2.2.3 Fysiotherapie (193001 T/M 193010, 193015 T/M 193020, 193025 T/M 193030)²

2.2.3.1 Fysiotherapeutische behandeling (193001)

De zitting – 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.

² Aangezien de kostenbedragen van de DBC's zijn opgeschoond voor poliklinische fysiotherapie, kan poliklinische fysiotherapie, ook wanneer deze niet op verzoek van de eerstelijns wordt uitgevoerd, naast de DBC's gedeclareerd worden. Voor het eerstelijnsbudget kan echter alleen de poliklinische fysiotherapie op verzoek van de eerstelijns worden meegenomen.

2.2.3.2 Loopbad/vlinderbad/stangerbad (193002)

Het 193002-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.

2.2.3.3 Kinderfysiotherapie (193003) en manuele therapie (193005)

De zitting kinderfysiotherapie - 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.

De zitting manuele therapie - 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 193003-tarief voor kinderfysiotherapie en het 193005-tarief voor manuele therapie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan onderstaande voorwaarde wordt voldaan:

- 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 voorwaarde niet voldaan, dan geldt voor kinderfysiotherapie en manuele therapie het reguliere zittingentarief 193001.

2.2.3.4 Fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 5 t/m 10 personen (193004)

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

De groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, met name door het lotgenotencontact. De zorgvraag is minder complex dan bij de groepszitting t/m 4 personen en vraagt om minder individuele aandacht. Derhalve kan de groep groter zijn, met een maximum van tien. De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep.

Deze prestatie kan door de fysiotherapeut alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- De minimale tijdsduur van de behandeling is een uur;
- De nadere indicatiestelling "groepsbehandeling" geschiedt door de fysiotherapeut in nader overleg met de patiënt en verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt;
- 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 (193001) in rekening brengen.

2.2.3.5 Eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie (193006)

Het eenmalige fysiotherapeutische onderzoek heeft als doel om meer informatie te genereren ten behoeve van de diagnose en prognose met het oog op het (be)handelbeleid en de fysiotherapeutische (on)mogelijkheden.

Het 193006-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.

2.2.3.6 Oedeemtherapie (193007)

De zitting oedeemtherapie - 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 193007-tarief voor oedeemtherapie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan onderstaande voorwaarde wordt voldaan:

- De oedeemtherapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door het KNGF en ZN/KPZ aangewezen register.

Wordt aan deze voorwaarde niet voldaan, dan geldt voor oedeemtherapie het reguliere zittingentarief 193001.

2.2.3.7 Fysiotherapeutische behandeling bij groep van 2 t/m 4 pers. (193008 T/M 193010)

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

De groepsbehandeling heeft in dit individuele geval meerwaarde, aangezien de patiënt in kwestie zo langdurig per interventie kan worden belast en begeleid. De complexiteit van de zorgvraag en de benodigde individuele aandacht maken dat de groep niet groter mag zijn dan vier personen. De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep.

Deze prestatie kan door de fysiotherapeut alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- De minimale tijdsduur van de behandeling is een uur;
- De nadere indicatiestelling "groepsbehandeling" geschiedt door de fysiotherapeut in nader overleg met de patiënt en verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt;
- 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 (193001) in rekening brengen.

2.2.3.8 Bekkenfysiotherapie (193015)

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 onderstaande voorwaarde wordt voldaan:

- De bekkenfysiotherapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door het KNGF en ZN/KPZ aangewezen register.

Wordt aan deze voorwaarde niet voldaan, dan geldt voor bekkenfysiotherapie het reguliere zittingentarief 193001.

2.2.3.9 Fysiotherapeutische groepsbehandeling bij een groep van meer dan 10 personen (193016)

Het betreft een prestatie per patiënt per uur. De prestatie wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandeltime 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.

2.2.3.10 Instructie / overleg ouders van de patiënt (193017)

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.

2.2.3.11 Verstrekte verband- en hulpmiddelen (kostprijs) (193018)

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

2.2.3.12 Eenvoudige, korte rapporten (193019)

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.

2.2.3.13 Meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten (193020)

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.

2.2.3.14 Lange zitting (193025)

De lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen. De aandoening en de situatie van de patiënt brengen met zich dat het niet mogelijk is om de interventie in een reguliere zitting uit te voeren. Deze prestatie kan door de fysiotherapeut alleen in rekening worden gebracht indien er sprake van een complex behandelprogramma voor patiënten met één van de volgende aandoeningen:

- meervoudig gehandicapten (lichamelijk en geestelijk);
- Cerebro Vasculair Accident (hemiplegie/diplegie en tetraplegie, eerste jaar aansluitend aan de attack);
- dwarslaesie
- centrale ruggenmergaandoeningen (bijvoorbeeld MS, ALS, poliomyelitis);
- spierdystrofie (boven 18 jaar);
- spina bifida (boven 18 jaar);
- cystic fibrose.

Indien een lange zitting niet voldoet aan bovenstaande voorwaarden kan alleen een reguliere zitting in rekening worden gebracht.

2.2.3.15 Telefonische zitting (193026)

Een telefonische zitting kan alleen in rekening gebracht worden indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- er is sprake van een bestaande behandelrelatie met de patiënt;
- de telefonische zitting dient ter vervanging van een reguliere zitting (zitting, zitting kinderfysiotherapie, zitting manuele therapie, zitting oedeemtherapie, zitting bekkenfysiotherapie);
- de telefonische zitting vindt plaats tijdens of kort na een behandelingsperiode, in overleg met de patiënt en op een speciaal daarvoor tussen de fysiotherapeut en patiënt afgesproken tijdstip;
- de patiënt is uitdrukkelijk geïnformeerd over de doelstelling van de telefonische zitting en over het feit dat er kosten aan de telefonische zitting verbonden zijn;
- de inhoud van de telefonische zitting wordt vastgelegd in het dossier.

Er is een duidelijk onderscheid tussen serviceverlening (als onderdeel van de behandeling) en een telefonische zitting.

2.2.3.16 Screening (193027)

Screening is een kort fysiotherapeutisch contact met patiënten die zonder verwijzing van een arts naar de fysiotherapeut gaan. Gedurende de screening inventariseert de fysiotherapeut de hulpvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder fysiotherapeutisch onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert/adviseert waar mogelijk de patiënt.

2.2.3.17 Intake en onderzoek na screening (193028)

Tijdens de intake en onderzoek na screening voert de fysiotherapeut bij een nieuwe indicatie een fysiotherapeutisch onderzoek uit, stelt een behandelplan op en legt de verkregen gegevens vast in het patiëntendossier voor zover dit nog niet aan bod is geweest tijdens de screening.

2.2.3.18 Intake en onderzoek na verwijzing (193029)

Tijdens de intake en onderzoek na verwijzing voert de fysiotherapeut bij een nieuwe indicatie een fysiotherapeutisch onderzoek uit, stelt een behandelplan op en legt de verkregen gegevens vast in het patiëntendossier. De patiënt is voor intake en onderzoek verwezen door een arts.

Deze prestatie kan alleen in rekening worden gebracht indien voor dezelfde indicatie geen screening in rekening is gebracht.

2.2.3.19 Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport (193030)

Het eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport is een eenmalig samengestelde uitgebreide rapportage door de kinderfysiotherapeut aan de behandelend arts die een uitwerking bevat van de door de kinderfysiotherapeut uitgevoerde testen en onderzoeken met de hieraan gekoppelde conclusies en aanbevelingen.

2.2.4 Longrevalidatie en ergotherapie (193011 T/M 193014)

2.2.4.1 Poliklinische longrevalidatie (193011)

Het 193011-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 190041/190042 (zie 'overige trajecten en verrichtingen') is vastgesteld.

Declaratiebepaling: naast het 193011-tarief mogen geen honoraria worden gedeclareerd.

2.2.4.2 Enkelvoudig ergotherapie (193012)

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.

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

Het 193012-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 beheltime opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.

2.2.4.3 Toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie (193013)

Voor de behandeling van een patiënt aan huis kan per bezoek (maximaal éénmaal) per dag als toeslag ("voorrijkosten") het 193013-tarief in rekening worden gebracht ongeacht de duur van de behandeling.

2.2.4.4 Poliklinische longrevalidatie bij een groep (193014)

Deze behandelingen vallen niet onder de RBU-definitie, zoals die in de toelichting op de tarieven 190041/190042 (zie overige trajecten en verrichtingen) 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 (193011) in rekening brengen.

Het tarief voor groepsbehandeling wordt naar evenredigheid van de werkelijke beheltime in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden beheltime wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. naast het 193014-tarief mogen geen honoraria worden gedeclareerd.

2.2.5 Logopedie (193023 T/M 193037)

2.2.5.1 Logopedische behandeling bij een groep (193023)

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.

2.2.5.2 Preverbale logopedie (193024)

Het aparte tarief voor preverbale logopedie kan alleen in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Er is een gerichte verwijzing door een (huis)arts of (tandarts)specialist; én
- De preverbale logopedie wordt gedaan door een logopedist met opleiding en ervaring op het gebied van preverbale logopedie.

In alle andere situaties geldt voor preverbale logopedie het reguliere tarief per behandeling.

2.2.5.3 Oefentherapie volgens cesar (193031) of mensendieck (193032)

Het 193031-tarief en het 193032-tarief zijn tarieven per zitting (= een onafgebroken tijdspanne waarin de therapeut hulp verleent), per patiënt, ongeacht de inhoud en de tijdsduur van de behandeling.

2.2.5.4 Oefentherapeutische behandeling bij groep van 2 t/m 10 pers.(193034 t/m 193037)

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 ziektekostenverzekeraar.
- 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'.

2.2.6 Hartrevalidatie (193121 t/m 193125)

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 190041/190042 (zie 'overige trajecten en verrichtingen') is vastgesteld. Voor elk van de onderstaande onderdelen van het revalidatietraject geldt dat gedeclareerd wordt nadat de patiënt het betreffende onderdeel heeft afgerond.

2.2.6.1 Intakecontact (193121)

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

2.2.6.2 Informatiemodule (193122)

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.

2.2.6.3 FIT-Module (193123 / 193124)

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 193124 - tarief is gebaseerd op een groepsbehandeling van gemiddeld 20 sessies van vijf kwartier, begeleid door een tweetal fysiotherapeuten. Het 193124 - 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 193123 - tarief van toepassing. Op de factuur dient het aantal door de patiënt bijgewoonde sessies expliciet te worden vermeld.

2.2.6.4 PEP-Modudule (193125)

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.

2.2.7 Extramurale dieetadvisering

2.2.7.1 Extramurale dieetadvisering (290164)

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

2.2.7.2 Toeslag thuisbehandeling extramurale dieetadvisering (290165)

Voor de behandeling van een patiënt aan huis kan per bezoek (maximaal éénmaal) per dag als toeslag ("voorrijkosten") het 290165-tarief in rekening worden gebracht ongeacht de duur van de behandeling.

3. UITZONDERINGSBEPALINGEN OVERIGE EN ONDERSTEUNENDE PRODUCTEN

3.1 Hyperbare zuurstofbehandeling

Behandelingen met hyperbare zuurstof (039995) kunnen, voor zover niet geleverd als onderdeel van een "eigen" DBC van de aanbieder, of op verzoek van een andere instelling c.q. aanbieder, rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd³.

3.2 MRI

MRI's (081290, 082490, 083190, 083290, 083390, 083615, 084090, 085090, 087090, 088090, 089090) kunnen, voor zover niet geleverd als onderdeel van een "eigen" DBC van de aanbieder, of op verzoek van een andere instelling c.q. aanbieder, rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd³.

Indien sprake is van enige verstrengeling tussen ziekenhuis en een voor MRI's opgerichte eenheid, zullen de MRI's worden beschouwd als voor "eigen" DBC's en dus niet rechtstreeks declarabel zijn.

3.3 INR-bepalingen

INR-bepalingen (079995) kunnen, voor zover het poliklinische patiënten betreffen, rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd.

³ Deze bepaling geldt met terugwerkende kracht tot 1 januari 2005.