

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 2007)

G. BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

H. AWBZ-INSTELLINGEN EXCLUSIEF PSYCHIATRIE

(Hiervoor wordt verwezen naar Tarieflijst AWBZ 2007)

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 verpleegtariaf worden gedeclareerd. Afwezigheids-dagen, 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-specialistischehulp. 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 behandeltijd dubbel, respectievelijk meervoudig geteld te worden.
- De gevonden behandeltijd wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. Per kwartier wordt één A023/A024-tarief of ¼ A021 / ¼ A022-tarief in rekening gebracht. Indien een revalidant op dezelfde dag in meerdere sessies wordt behandeld, worden de behandelzeiten 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 groepsgrootte 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 verpleegdagtarieven 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 verpleegdagtarieven 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.

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'.

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
TARIEVEN BIJ A ALGEMEEN				
A 001	Eerste polikliniekbezoek	190011	22,10	1e polibezoek
A 002	Klinische opname	190021	29,50	per opname
A 003	"Verkeerde bed"	190031	152,50	per verpl.dag
A 004	Verblijf gezonde moeder	190032	163,00	per verpl.dag
A 005	Verblijf gezonde zuigeling	190033	163,00	per verpl.dag
A 006	Afwezigheidsdag	190034	119,00	per afw.-dag
A 007	Dagverpleging I	190035	230,50	
A 009	Dagverpleging II	190055	230,50	
A 010	Poliklinische verstrekking van cytostatica per infuus of injectie / Verstrekking van cytostatica per infuus of injectie in dagopname	190051 / 190052	217,00	
A 011	Verblijf vervallen ziekenhuisindicatie, niet-verpleeghuis	190038	152,50	
A 015	Poliklinische bevalling op medische indicatie	190037	451,50	
A 016	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie	190036	451,50	
A 017	Verplichte poliklinische bevalling zonder med. indicatie	190039	451,50	
A 021	Revalidatiebehanduur in revalidatieinstelling	190061	109,50	per uur
A 022	Revalidatiebehandeluur complexe hartrevalidatie in revalidatie-instelling	190062	109,50	per uur
A 023	Revalidatiebehandeling	190041	27,50	per kwartier
A 024	Revalidatiebehandeling complexe hartrevalidatie	190042	27,50	per kwartier
Verpleegdagen				
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
Overige sluittarieven				
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	Erfelijkheidsadvisering 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 all in	190252	457,00	éénmalig
A 253	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle all in	190253	218,00	per kwartaal
A 255	Ordertarief huisartsenlaboratoria	190255	sluittarief	
A 256	Zelfmeting bloedstollingswaarden training/instructie exclusief hulpmiddelen	190256	247,00	
A 257	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle exclusief kosten apparatuur doch inclusief andere hulpmiddelen	190257	148,00	
A 258	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle exclusief kosten apparatuur en andere hulpmiddelen	190258	52,00	

NZA 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	73,80	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	40,70 (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 hulpkrachten voor deze onderzoeken worden gedeclareerd.

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
B 1 BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK				
B 101	Beeldvormende diagnostiek	zie bijlage	410,50	
B 102	Idem	zie bijlage	283,50	
B 103	Idem	zie bijlage	220,00	
B 104	Idem	zie bijlage	173,50	
B 105	Idem	zie bijlage	141,50	
B 106	Idem	zie bijlage	110,00	
B 107	Idem	zie bijlage	78,20	
B 108	Idem	zie bijlage	57,20	
B 109	Idem	zie bijlage	45,50	
B 110	Idem	zie bijlage	40,20	
B 111	Orthopantomogram en röntgenschedelprofielonderzoek	239452	18,00	
B 112	Vervolgfoto's t.b.v. röntgenschedelprofielonderzoek	239459	11,60	
B 113	Fundusfotografie (all-in medisch-spec. hulp)	039820	32,60	
B 2 KLINISCH-CHEMISCHE EN MICROBIOLOGISCHE LABORATORIUMONDERZOEKEN				
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	1,55	
B 203	idem , klasse III	zie bijlage	2,10	
B 204	idem , klasse IV	zie bijlage	3,10	
B 205	idem , klasse V	zie bijlage	4,30	
B 206	idem , klasse VI	zie bijlage	6,10	
B 207	idem , klasse VII	zie bijlage	7,30	
B 208	idem , klasse VIII	zie bijlage	9,20	
B 209	idem , klasse IX	zie bijlage	12,20	
B 210	idem , klasse X	zie bijlage	18,40	
B 211	idem , klasse XI	zie bijlage	24,50	
B 212	idem , klasse XII	zie bijlage	30,60	
B 213	idem , klasse XIII	zie bijlage	36,70	
B 214	idem , klasse XIV	zie bijlage	42,80	
B 215	idem , klasse XV	zie bijlage	76,40	
B 216	idem , klasse XVI	zie bijlage	99,40	
B 217	idem , klasse XVII	zie bijlage	142,00	
B 218	idem , klasse XVIII	zie bijlage	184,50	
B 219	idem , klasse XIX	zie bijlage	227,00	
B 220	CLB-referentietarief	079993	13,60	per CLB-order
B 250	Prenatale screening: counseling	037521	25,10	
B 251	Prenatale screening: NT-meting	037522	127,50	
B 252	Prenatale screening: SEO	037523	94,40	
B 290	Ordertarief	079991	12,20	per afname
B 291	Huisbezoektarief	079992	8,40	per huisbezoek
B 292	INR-bepaling (incl. ordertarief)	079995	9,80	
B 295	Registratietarief diabetesdienst	079996	5,30	per kwartaal

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
B 3	PATHOLOGIE			
B 301	Histologische en cytologische laboratoriumonderzoeken (m.u.v. cervixcytologie)	050501	32,00	
B 302	Cytologische onderzoeken van cervixpreparaten (m.u.v. bevolkingsonderzoeken)	050502	17,40	
B 303	Immunopathologische onderzoeken	050503	169,00	
B 304	Puncties t.b.v. cytologische onderzoeken	050506	15,40	
B 305	Kwantitatief of morfometrische onderzoeken	050507	79,20	
B 306	Flow-cytometrie	050510	183,50	
B 307	Cervixcytologische bevolkingsonderzoek	050509	15,70	
B 4	NUCLEAIRE GENEESKUNDE			
B 401	Nucleair-geneeskundige onderzoeken	zie bijlage	59,20	
B 402	idem	zie bijlage	87,80	
B 403	idem	zie bijlage	117,50	
B 404	idem	zie bijlage	176,50	
B 405	idem	zie bijlage	235,00	
B 406	idem	zie bijlage	294,00	
B 407	idem	zie bijlage	352,00	
B 408	idem	zie bijlage	411,50	
B 409	idem	zie bijlage	469,50	
B 410	idem	zie bijlage	529,00	
B 411	idem	zie bijlage	587,00	
B 412	idem	zie bijlage	881,00	
B 413	idem	zie bijlage	1174,00	
B 450	Nucleair-geneeskundige behandelingen	zie bijlage	176,50	
B 451	idem	zie bijlage	235,00	
B 452	idem	zie bijlage	352,00	
B 453	idem	zie bijlage	411,50	
B 454	idem	zie bijlage	881,00	
B 455	idem	zie bijlage	1.171,00	
B 456	idem	zie bijlage	2349,00	
B 5	MEDISCH-SPECIALISTISCHE DIAGNOSTIEK (overige)			
B 501	Diagnostiek/functieonderzoek groep 6	zie bijlage	699,00	
B 502	idem, groep 7	zie bijlage	478,00	
B 503	idem, groep 8	zie bijlage	318,50	
B 504	idem, groep 9	zie bijlage	158,50	
B 505	idem, groep 10	zie bijlage	120,50	
B 506	idem, groep 11	zie bijlage	88,80	
B 507	idem, groep 12	zie bijlage	69,80	
B 508	idem, groep 13	zie bijlage	54,00	
B 509	idem, groep 14	zie bijlage	43,40	
B 510	idem, groep 15	zie bijlage	34,90	
B 511	idem, groep 16	zie bijlage	15,90	

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 betref:

verrichtingcode te declareren tarief bij de eerste aanleg én volledige vernieuwing

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.

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 tax) 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.

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
TARIEVEN BIJ C. MEDISCH-SPECIALISTISCHE BEHANDELING				
C 001	Medisch-specialistische behandeling groep 1	zie bijlage	4188,00	
C 002	Medisch-specialistische behandeling groep 2	zie bijlage	2963,00	
C 003	Medisch-specialistische behandeling groep 3	zie bijlage	2166,00	
C 004	Medisch-specialistische behandeling groep 4	zie bijlage	1624,00	
C 005	Medisch-specialistische behandeling groep 5	zie bijlage	1119,00	
C 006	Medisch-specialistische behandeling groep 6	zie bijlage	702,00	
C 007	Medisch-specialistische behandeling groep 7	zie bijlage	476,00	
C 008	Medisch-specialistische behandeling groep 8	zie bijlage	318,50	
C 009	Medisch-specialistische behandeling groep 9	zie bijlage	158,50	
C 010	Medisch-specialistische behandeling groep 10	zie bijlage	120,50	
C 011	Medisch-specialistische behandeling groep 11	zie bijlage	88,60	
C 012	Medisch-specialistische behandeling groep 12	zie bijlage	69,40	
C 013	Medisch-specialistische behandeling groep 13	zie bijlage	53,60	
C 014	Medisch-specialistische behandeling groep 14	zie bijlage	43,10	
C 015	Medisch-specialistische behandeling groep 15	zie bijlage	34,70	
C 016	Medisch-specialistische behandeling groep 16	zie bijlage	15,80	
Dure kunst- en hulpmiddelen				
C 101	Pacemaker	190331 / 190332 / 190333	5264,00	
C 102	Aortabroekprothese	190302	1684,00	
C 103	Penisprothese met pomp	190303	5264,00	
C 104	Sphincterprothese	190304	5264,00	
C 105	Total hip	190305	2106,00	
C 106	Knieprothese	190306	3685,00	
C 107	Steffeplate	190307	2737,00	
C 108	Aortaklepprothese / Mitralisklepprothese	190308	3369,00	
C 110	Implanteerbare insulinepomp	190309	14739,00	
C 111	Implanteerbare Baclofenpomp (neuromodulatie)	190310	11580,00	
C 112	Implanteerbare Neurostimulator (neuromodulatie, pijnbestrijding / spasticiteit)	190311	12528,00	
C 113	Implanteerbare Analgeticapomp (pijnbestrijding)	190312	9160,00	
Dure geneesmiddelen				
C 150	Infliximab (Remicade)	190513 / 190514	netto inkoopk	
C 151	Docetaxel	190501	netto inkoopk	
C 152	Irinotecan	190502	netto inkoopk	

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
C 153	Gemcitabine	190503	netto inkoopk	
C 154	Oxaliplatine	190504	netto inkoopk	
C 155	Paclitaxel	190505	netto inkoopk	
C 156	Rituximab	190506	netto inkoopk	
C 157	Infliximab (bij M. Crohn en Spondylitis Ankylopoetica)	190507	netto inkoopk	
C 158	Immunoglobuline IV	190508	netto inkoopk	
C 159	Trastuzumab	190509	netto inkoopk	
C 160	Botulinetoxine	190510	netto inkoopk	
C 161	Verteporfin	190511	netto inkoopk	
C 162	Doxorubicine liposomal (Caelyx)	190512	netto inkoopk	
C 163	Infliximab (bij Spondylitis Ankylopoetica)	190515	netto inkoopk	
C 164	Infliximab (bij Artritis psoriatica)	190516	netto inkoopk	
C 165	Vinorelbine	190517	netto inkoopk	
C 166	Bevacizumab	190518	netto inkoopk	
C 167	Pemetrexed	190519	netto inkoopk	
C 168	Bortezomib	190520	netto inkoopk	
C 169	Omalizumab	190521	netto inkoopk	
	Trastuzumab (Adjuvante toepassing bij niet gemetastaseerde borstkanker)	190522	netto inkoopk	
C 170	Ibritumomab Tiuxetan	190523	netto inkoopk	
	Infliximab (bij psoriasis)	190524	netto inkoopk	
C 171	Pegaptanib	190525	netto inkoopk	
C 172	Alemtuzumab	190526	netto inkoopk	
C 173	Palifermin	190527	netto inkoopk	

NZA code		Verrich- tingcode	Tarief in euro	Andere declaratie- eenheid
	Rituximab (bij reumatoïde artritis)	190528	netto inkoop- kst	
	Infliximab (bij colitis ulcerosa)	190529	netto inkoop- kst	
	Drotrecogin alfa	190530	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 Cardio-vasculaire 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.

NZA
codeVerrich-
tingcodeTarief in
euroAndere
declaratie-
eenheid**TARIEVEN BIJ D BIJZONDERE VERRICHTINGEN VALLENDE ONDER EEN WETTELIJKE REGELING**

THUISBEADEMING

D 110	Thuisbeademing voorbereiding stad	192031	346,50	
D 111	Thuisbeademing voorbereiding 0-50 km	192032	346,50	
D 112	Thuisbeademing voorbereiding > 50 km	192033	346,50	
D 113	Thuisbeademing 1 apparaat stad	192034	860,00	
D 114	Thuisbeademing 1 apparaat 0-50 km	192035	860,00	
D 115	Thuisbeademing 1 apparaat > 50 km	192036	860,00	
D 116	Thuisbeademing 2 apparaten stad	192037	1324,00	
D 117	Thuisbeademing 2 apparaten 0-50 km	192038	1324,00	
D 118	Thuisbeademing 2 apparaten > 50 km	192039	1324,00	

IVF / ICSI

D 400	IVF / ICSI –laboratoriumfase (zie voor niet artikel-2-WBMV-fasen D900-D902)	079997/ 079998	345,50	
-------	--	-------------------	--------	--

TARIEVEN BIJ D BIJZONDERE VERRICHTINGEN NIE T VALLENDE ONDER EEN WETTELIJKE REGELING**Caissonziekte**

D 500	Tabel 6 USN (behandeling minimaal 4 ¾ uur en maximaal 8 uur)	039970	2.833,00	
D 501	Extensies op tabel 6 USN behandeling (1 of 2 keer)	039971	530,00	Per extensie
D 502	Tabel 5 USN (behandeling 2 ¼ uur)	039972	1.270,00	
D 503	Tabel 9 USN (behandeling 3 uur)	039973	1.791,00	

IVF niet artikel-2-WBMV-fasen

D 900	Fase 1 stimulatie	039987	288,50	
D 901	Fase 2 punctie	039988	204,00	
D 902	Fase 4 transfer	039989	143,50	

Voor- en nazorg epilepsiechirurgie voor epilepsie-instellingen

D 920	Fase 1: Preoperatief onderzoek	192201	6099,00	
D 921	Fase 2 en 3: WADA-test	192202	4186,00	
D 922	Fase 4: Nazorg	192203	2243,00	

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 behandeltime in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandeltime 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 groepsgrootte 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 behandelingsduur 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 kinderfysiotherapie 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 kinderfysiotherapie.

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 verpleegtariaf, het A007-tariaf (dagverpleging), het A231-tariaf (RBU, klinisch en poliklinisch), het A003-tariaf.

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-tariaf geldt per 15 minuten behandeltijd. De totale behandeltijd wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op eenheden tijdsduur van 15 minuten. Indien op één dag meer behandelingen per patiënt plaatsvinden worden de behandeltijden 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-tariaf 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 zittingentariaf (E101) in rekening brengen.

Het tarief voor groepsbehandeling wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandeltijd in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandeltijd wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. naast het E104-tariaf 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 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'.

E011, E030, E031 MAXIMUMTARIEVEN EXTRAMURALE DIEETADVISERING

Voor de berekening van de op de nota te vermelden behandel tijd per individu bij het tarief voor dieetbehandeling in groepsverband wordt de totaal bestede behandel tijd voor dieetadviesing gedeeld door het aantal deelnemers in de groep, afgerond op rekenkundige eenheden van vijftien minuten.

Deze verduidelijking leidt ertoe dat voor de behandel tijd per cliënt niet langer het tarief gedeeld moet worden door het aantal deelnemers in de groep, maar dat voor de behandel tijd per cliënt de behandel tijd gedeeld moet worden door het aantal deelnemers.

Wellicht ten overvloede merken wij op dat het bovenstaande betekent dat de behandel tijd per cliënt leidraad is voor het te declareren tarief per cliënt.

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
TARIEVEN BIJ E. PARAMEDISCHE BEHANDELING EN ONDERZOEK				
Paramedische behandeling en onderzoek, fysiotherapie				
E 001	fysiotherapeutische behandeling m.u.v. E002, E003 en E004	193001	22,90	per zitting
E 002	loopbad/vlinderbad/stangerbad (incl. evt. massage en oefenen)	193002	21,70	per zitting
E 003	kinderfysiotherapie	193003	34,40	per zitting
E 004	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 5 tot en met 10 personen	193004	3,30	per patiënt per kwartier
E 005	manuele therapie	193005	34,40	per zitting
E 006	eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie	193006	45,90	per onderzoek
E 007	oedeemtherapie	193007	34,40	per zitting
E 008	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 2 personen	193008	7,20	per patiënt per kwartier
E 009	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 3 personen	193009	5,20	per patiënt per kwartier
E 010	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 4 personen	193010	4,10	per patiënt per kwartier
E 012	bekkenfysiotherapie	193015	34,40	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	34,40	
E 015	verstreckte verband- en hulpmiddelen	193018	kostprijs	
E 016	eenvoudige korte rapporten	193019	22,90	
E 017	meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten	193020	45,90	
E 018	Lange zitting (fysiotherapie)	193025	34,40	
E 019	Telefonische zitting (fysiotherapie)	193026	11,50	
E 020	Screening (fysiotherapie)	193027	11,50	
E 021	Intake en onderzoek na screening (fysiotherapie)	193028	22,90	
E 022	Intake en onderzoek na verwijzing (fysiotherapie)	193029	34,40	
E 023	Enmalig kinderfysiotherapeutisch rapport	193030	34,40	
Maximumtarieven extramurale dieetadviesing				
E 011	extramurale dieetadviesing	290164	Max. 15,50	per mw. per kwartier
E 030	Uittoeslag dieetadviesing	290165	Max. 29,60	
E 031	Niet nagekomen afspraak extramurale dieetadviesing	290166	Max. 46,50	
Longrevalidatie en ergotherapie				
E 101	poliklinische longrevalidatie	193011	23,30	per zitting
E 102	enkelvoudige ergotherapie	193012	13,70	per 15 min.
E 103	toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie	193013	22,90	per bezoek
E 104	poliklinische longrevalidatie bij een groep	193014	3,20	per patiënt per kwartier
Hartrevalidatie revalidatiecentra				
E 111	Intakecontact	193111	251,50	per patiënt
E 112	Informatiemodule	193112	110,50	per patiënt
E 113	FIT-module < tien sessies	193113	254,50	per patiënt
E 114	FIT-module > =tien sessies	193114	507,00	per patiënt
E 115	PEP-module	193115	923,00	per patiënt
Logopedie				
E 201	logopedie	193021	27,10	per zitting

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
E 202	eenmalig logopedisch onderzoek op medische indicatie	193022	54,20	per onderzoek
E 203	logopedische behandeling bij een groep	193023	13,60	per patiënt per uur
E 204	Preverbale logopedie	193024	54,20	
Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck				
E 301	oefentherapie volgens Cesar	193031	27,00	per zitting
E 302	oefentherapie volgens Mensendieck	193032	27,00	per zitting
E 303	oefentherapeutisch onderzoek op medische indicatie	193033	45,30	per onderzoek
E 304	oefentherapeutische behandeling bij een groep van twee personen	193034	25,60	per patiënt per kwartier
E 305	oefentherapeutische behandeling bij een groep van drie personen	193035	18,40	per patiënt per kwartier
E 306	oefentherapeutische behandeling bij een groep van vier personen	193036	14,40	per patiënt per kwartier
E 307	oefentherapeutische behandeling bij een groep van vijf tot en met tien personen	193037	11,60	per patiënt per kwartier

F. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2007

G. BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2007

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

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2007

Laboratoriumonderzoek neonatale metabole screening

Voor Laboratoriumonderzoek neonatale metabole screening (H004, 290002) geldt het tarief zoals opgenomen in de beleidsregel Kosten Laboratoriumonderzoek: € 35,10.

Het tarief H 002 Laboratoriumonderzoek pku/cht/ags (290002) komt hiermee te vervallen.

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 postcodetabel, 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 GRENSOVERSCHRIJDENDE 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.

NZA code		Verrich- tingcode	Tarief in euro	Andere declaratie- eenheid
TARIEVEN BIJ I. AMBULANCEVERVOER				
I 001	Kilometer	196001	3,10	
I 002	Besteld vervoer (B-rit)	196002	211,00	
I 003	Stand-by	196003	99,80	per uur
I 004	Hulpambulance per rit	196004	89,40	
I 005	Grensoverschrijdende spoedinzet van ambulances	196005	637,00 - 1.026,00	Bandbreedte- tarief
I 010	Spoedvervoer (A1- / A2-rit)	196010	Sluittarief	
I 100	Melding	196100	Sluittarief	

J. ABORTUSKLINIEKEN

NZA code		Verrich- tingcode	Tarief in euro	Andere declaratie- eenheid
---------------------	--	------------------------------	---------------------------	---

TARIEVEN BIJ J. ABORTUSKLINIEKEN**De in dit hoofdstuk opgenomen tarieven zijn inclusief honorarium en kosten.**

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	35,80
J	106	Zwangerschapstest	197006	16,80
J	107	Morning-afterpil / prikpil	197007	16,80
J	108	Spiraaltje plaatsen	197008	57,00
J	109	Spiraaltje verwijderen	197009	16,80
J	110	Sterilisatie man	197010	285,00
J	111	Sterilisatie vrouw	197011	498,00
J	112	Vaso-vasostomie	197012	1422,00
J	113	Circumcisie	197013	177,00
Kunstmatige inseminatie:				
J	114	a. eerste 6 cycli	197014	711,00
J	115	b. volgende cycli (per cyclus)	197015	106,50
Spermabank:				
J	116	a. eenmalig initiële kosten	197016	357,50
J	117	b. per jaar	197017	36,00
J	118	c. spermaonderzoek	197018	16,90

K. MAXIMUMTARIEVEN THUISZORG EN KRAAMZORG**K104 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 de NZA 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 K206 MAXIMUMTARIEVEN KRAAMZORG

Voor kraamzorg zijn de door de NZA 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.

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
TARIEVEN BIJ K. MAXIMUMTARIEVEN THUISZORG EN KRAAMZORG				
THUISZORG IN HET TWEDE EN DERDE COMPARTIMENT				
Maximumtarieven				
K 104	Verpleging	196104	63,00	per uur
K 106	Gespecialiseerde verpleging	196106	68,30	per uur
K 107	Transfer/indicatiestelling	196107	92,30	per transfer/ind. stelling
K 114	Verpleging AIV	196114	63,00	per uur
K 121	Begeleiding	196121	45,30	per uur
K 126	Persoonlijke verzorging	196126	42,20	per uur
K 127	Persoonlijke verzorging extra	196127	45,20	per uur
K 128	Verpleging extra	196128	67,50	per uur
K 129	Begeleiding extra	196129	48,50	per uur
K 130	Activerende thuiszorg	196130	48,20	per uur
K 140	Begeleiding speciaal	196140	75,10	per uur
K 147	Activerende begeleiding speciaal	196147	88,10	per uur
KRAAMZORG				
Maximumtarieven				
K 201	Uur kraamzorg	196201	37,90	per uur
K 202	Inschrijving	196202	35,20	per inschrijving
K 203	Intake bij de cliënt thuis	196203	52,80	per intake thuis
K 204	Partusassistentie	196204	70,40	per partusassistentie
K 205	Intake telefonisch	196205	17,60	per intake telefonisch
K 206	Uur partusassistentie	196206	37,90	Per uur

L. NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
TARIEVEN BIJ L. NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING				
Registratie (organen)				
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
Registratie (weefsel)				
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
Na transplantatie (organen)				
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
Na transplantatie (weefsel)				
L 017	Voor enucleatio bulbi	198017	147,00	per transplantatie