

BIJLAGE 1 BIJ BELEIDSREGEL CI-1094 VERSIE 2

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 2009)

G. BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

H. AWBZ-INSTELLINGEN EXCLUSIEF PSYCHIATRIE

(Hiervoor wordt verwezen naar Tarieflijst AWBZ 2009)

I. AMBULANCEVERVOER

J. ABORTUSKLINIEKEN

K. MAXIMUMTARIEVEN THUISZORG EN KRAAMZORG

(Hiervoor wordt verwezen naar de vigerende beleidsregel 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.

DECLARATIEBEPALINGEN A023/A024-TARIEF:

- Indien in een sessie twee of meer behandelaars gelijktijdig de revalidant behandelen, dient de behandeltime dubbel, respectievelijk meervoudig geteld te worden.
- De gevonden behandeltime wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. Per kwartier wordt één A023/A024-tarief of ¼ A021 / ¼ A022-tarief in rekening gebracht. Indien een revalidant op dezelfde dag in meerdere sessies wordt behandeld, worden de behandeltimes bij elkaar opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.
- In afwijking van voorgaande bepalingen wordt in geval van een groepsbehandeling per revalidant 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).

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

vervoegt, 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.

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	23,50	1e polibezoek
A 002	Klinische opname	190021	31,40	per opname
A 003	"Verkeerde bed"	190031	162,00	per verpl.dag
A 004	Verblijf gezonde moeder	190032	173,00	per verpl.dag
A 005	Verblijf gezonde zuigeling	190033	173,00	per verpl.dag
A 006	Afwezigheidsdag	190034	126,50	per afw.-dag
A 007	Dagverpleging I	190035	245,00	
A 009	Dagverpleging II	190055	245,00	
A 010	Poliklinische verstrekking van cytostatica per infuus of injectie / Verstrekking van cytostatica per infuus of injectie in dagopname	190051 / 190052	231,00	
A 011	Verblijf vervallen ziekenhuisindicatie, niet-verpleeghuis	190038	162,00	
A 015	Poliklinische bevalling op medische indicatie	190037	480,00	
A 016	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie	190036	480,00	
A 017	Verplichte poliklinische bevalling zonder med. indicatie	190039	480,00	
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 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	486,50	éénmalig
A 253	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle all in	190253	232,50	per kwartaal
A 255	Ordertarief huisartsenlaboratoria	190255	sluittarief	
A 256	Zelfmeting bloedstollingswaarden training/instructie exclusief hulpmiddelen	190256	262,50	
A 257	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle exclusief kosten apparatuur doch inclusief andere hulpmiddelen	190257	157,50	
A 258	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle exclusief kosten apparatuur en andere hulpmiddelen	190258	55,20	
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 78,40 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.

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 B514

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	436,00	
B 102	Idem	zie bijlage	301,00	
B 103	Idem	zie bijlage	234,00	
B 104	Idem	zie bijlage	184,50	
B 105	Idem	zie bijlage	150,50	
B 106	Idem	zie bijlage	117,00	
B 107	Idem	zie bijlage	83,20	
B 108	Idem	zie bijlage	60,60	
B 109	Idem	zie bijlage	48,30	
B 110	Idem	zie bijlage	42,70	
B 111	Orthopantomogram en röntgenschedel-profielonderzoek	239452	19,10	
B 112	Vervolgfoto's t.b.v. röntgenschedelprofielonderzoek	239459	12,30	
B 113	Fundusfotografie (all-in medisch-spec. hulp)	039820	28,50	
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	0,65	
B 202	idem , klasse II	zie bijlage	1,65	
B 203	idem , klasse III	zie bijlage	2,20	
B 204	idem , klasse IV	zie bijlage	3,20	
B 205	idem , klasse V	zie bijlage	4,60	
B 206	idem , klasse VI	zie bijlage	6,50	
B 207	idem , klasse VII	zie bijlage	7,80	
B 208	idem , klasse VIII	zie bijlage	9,80	
B 209	idem , klasse IX	zie bijlage	13,00	
B 210	idem , klasse X	zie bijlage	19,50	
B 211	idem , klasse XI	zie bijlage	26,00	
B 212	idem , klasse XII	zie bijlage	32,50	
B 213	idem , klasse XIII	zie bijlage	39,00	
B 214	idem , klasse XIV	zie bijlage	45,50	
B 215	idem , klasse XV	zie bijlage	81,20	
B 216	idem , klasse XVI	zie bijlage	105,50	
B 217	idem , klasse XVII	zie bijlage	151,00	
B 218	idem , klasse XVIII	zie bijlage	196,50	
B 219	idem , klasse XIX	zie bijlage	241,00	
B 220	CLB-referentietarief	079993	14,50	per CLB-order
B 250	Prenatale screening: counseling	037521	0,00 ¹	
B 251	Prenatale screening: NT-meting	037522	129,50	
B 252	Prenatale screening: SEO	037523	124,00	
B 290	Ordertarief	079991	12,90	per afname
B 291	Huisbezoektarief	079992	8,90	per huisbezoek
B 292	INR-bepaling (incl. ordertarief)	079995	10,50	
B 295	Registratietarief diabetesdienst	079996	5,60	per kwartaal

¹ Betreft ziekenhuiskosten. Tarief voor honorarium is terug te vinden in de vigerende OvP-lijst

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
B 3	PATHOLOGIE			
B 301	Histologische en cytologische laboratoriumonderzoeken (m.u.v. cervixcytologie)	050501	34,10	
B 302	Cytologische onderzoeken van cervixpreparaten (m.u.v. bevolkingsonderzoeken)	050502	18,50	
B 303	Immunopathologische onderzoeken	050503	179,50	
B 304	Puncties t.b.v. cytologische onderzoeken	050506	16,40	
B 305	Kwantitatief of morfometrische onderzoeken	050507	84,20	
B 306	Flow-cytometrie	050510	195,00	
B 307	Cervixcytologische bevolkingsonderzoek	050509	16,60	
B 308	Eenvoudige moleculaire diagnostiek	050511	277,00	
B 309	Complexe moleculaire diagnostiek	050512	817,00	
B 4	NUCLEAIRE GENEESKUNDE			
B 401	Nucleair-geneeskundige onderzoeken	zie bijlage	63,00	
B 402	idem	zie bijlage	93,20	
B 403	idem	zie bijlage	125,00	
B 404	idem	zie bijlage	187,50	
B 405	idem	zie bijlage	249,50	
B 406	idem	zie bijlage	312,50	
B 407	idem	zie bijlage	374,50	
B 408	idem	zie bijlage	437,00	
B 409	idem	zie bijlage	499,00	
B 410	idem	zie bijlage	562,00	
B 411	idem	zie bijlage	624,00	
B 412	idem	zie bijlage	936,00	
B 413	idem	zie bijlage	1.248,00	
B 450	Nucleair-geneeskundige behandelingen	zie bijlage	187,50	
B 451	idem	zie bijlage	249,50	
B 452	idem	zie bijlage	374,50	
B 453	idem	zie bijlage	437,00	
B 454	idem	zie bijlage	936,00	
B 455	idem	zie bijlage	1.245,00	
B 456	idem	zie bijlage	2.496,00	
B 5	MEDISCH-SPECIALISTISCHE DIAGNOSTIEK (overige)			
B 501	Diagnostiek/functieonderzoek groep 6	zie bijlage	743,00	
B 502	idem, groep 7	zie bijlage	506,00	
B 503	idem, groep 8	zie bijlage	338,50	
B 504	idem, groep 9	zie bijlage	168,00	
B 505	idem, groep 10	zie bijlage	127,50	
B 506	idem, groep 11	zie bijlage	94,40	
B 507	idem, groep 12	zie bijlage	73,80	
B 508	idem, groep 13	zie bijlage	57,40	
B 509	idem, groep 14	zie bijlage	45,80	
B 510	idem, groep 15	zie bijlage	36,90	
B 511	idem, groep 16	zie bijlage	16,90	
B 512	idem, groep 17	zie bijlage	114,00	
B 513	idem, groep 18	zie bijlage	92,00	
B 514	idem, groep 19	zie bijlage	5,90	

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 (C 150 en verder)

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 taxe) 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.

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.

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
TARIEVEN BIJ C. MEDISCH-SPECIALISTISCHE BEHANDELING				
C 001	Medisch-specialistische behandeling groep 1	zie bijlage	4.451,00	
C 002	Medisch-specialistische behandeling groep 2	zie bijlage	3.149,00	
C 003	Medisch-specialistische behandeling groep 3	zie bijlage	2.302,00	
C 004	Medisch-specialistische behandeling groep 4	zie bijlage	1.726,00	
C 005	Medisch-specialistische behandeling groep 5	zie bijlage	1.184,00	
C 006	Medisch-specialistische behandeling groep 6	zie bijlage	743,00	
C 007	Medisch-specialistische behandeling groep 7	zie bijlage	506,00	
C 008	Medisch-specialistische behandeling groep 8	zie bijlage	337,00	
C 009	Medisch-specialistische behandeling groep 9	zie bijlage	168,00	
C 010	Medisch-specialistische behandeling groep 10	zie bijlage	127,50	
C 011	Medisch-specialistische behandeling groep 11	zie bijlage	94,00	
C 012	Medisch-specialistische behandeling groep 12	zie bijlage	73,80	
C 013	Medisch-specialistische behandeling groep 13	zie bijlage	57,00	
C 014	Medisch-specialistische behandeling groep 14	zie bijlage	45,80	
C 015	Medisch-specialistische behandeling groep 15	zie bijlage	36,90	
C 016	Medisch-specialistische behandeling groep 16	zie bijlage	16,80	
Dure kunst- en hulpmiddelen				
C 101	Pacemaker	190331 / 190332 / 190333	5.595,00	
C 102	Aortabroekprothese	190302	1.790,00	
C 103	Penisprothese met pomp	190303	5.595,00	
C 104	Sphincterprothese	190304	5.595,00	
C 105	Total hip	190305	2.238,00	
C 106	Knieprothese	190306	3.917,00	
C 107	Steffeplate	190307	2.910,00	
C 108	Aortaklepprothese / Mitralisklepprothese	190308	3.581,00	
C 110	Implanteerbare insulinepomp	190309	15.667,00	
C 111	Implanteerbare Baclofenpomp (neuromodulatie)	190310	12.309,00	
C 112	Implanteerbare Neurostimulator (neuromodulatie, pijnbestrijding / spasticiteit)	190311	13.316,00	
C 113	Implanteerbare Analgeticapomp (pijnbestrijding)	190312	9.736,00	

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	368,50	
D	111	Thuisbeademing voorbereiding 0-50 km	192032	368,50	
D	112	Thuisbeademing voorbereiding > 50 km	192033	368,50	
D	113	Thuisbeademing 1 apparaat stad	192034	914,00	
D	114	Thuisbeademing 1 apparaat 0-50 km	192035	914,00	
D	115	Thuisbeademing 1 apparaat > 50 km	192036	914,00	
D	116	Thuisbeademing 2 apparaten stad	192037	1.407,00	
D	117	Thuisbeademing 2 apparaten 0-50 km	192038	1.407,00	
D	118	Thuisbeademing 2 apparaten > 50 km	192039	1.407,00	

IVF / ICSI

D	400	IVF / ICSI –laboratoriumfase (zie voor niet artikel-2-WBMV-fasen D900-D902)	079997/ 079998	367,00	
---	-----	--	-------------------	--------	--

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

D	500	Tabel 6 USN (behandeling minimaal 4 ¾ uur en maximaal 8 uur)	039970	3.011,00	
D	501	Extensies op tabel 6 USN behandeling (1 of 2 keer)	039971	563,00	Per extensie
D	502	Tabel 5 USN (behandeling 2 ¼ uur)	039972	1.350,00	
D	503	Tabel 9 USN (behandeling 3 uur)	039973	1.903,00	

IVF niet artikel-2-WBMV-fasen

D	900	Fase 1 stimulatie	039987	306,50	
D	901	Fase 2 punctie	039988	217,00	
D	902	Fase 4 transfer	039989	152,50	

Voor- en nazorg epilepsiechirurgie voor epilepsie-instellingen

D	920	Fase 1: Preoperatief onderzoek	192201	6.483,00	
D	921	Fase 2 en 3: WADA-test	192202	4.449,00	
D	922	Fase 4: Nazorg	192203	2.384,00	

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 de onderstaande voorwaarde wordt voldaan:

- de kinderfysiotherapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door de KNGF en ZN aangewezen register respectievelijk de manuele therapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door de KNGF en ZN aangewezen register.

Wordt aan deze voorwaarde 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" geschiedt door de fysiotherapeut in overleg met de patiënt en/of verwijzer na een individueel onderzoek van de patiënt;
- De behandelruimte(n) en de gebruikte materialen dienen geschikt te zijn voor de te geven behandeling van de doelgroep;
- De individuele behandelplannen worden uitgebreid met een "groepsbehandelplan".

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

Declaratiebepaling: het tarief voor groepsbehandeling wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandel tijd in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandel tijd wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. Het tarief voor deze prestatie in de tarieflijst instellingen staat weergegeven per uur en niet per kwartier.

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:

- de oedeemtherapie wordt gedaan door een fysiotherapeut ingeschreven in een door de KNGF en ZN aangewezen register.

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" geschiedt door de fysiotherapeut in overleg met de patiënt en/of 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. Het tarief voor deze prestatie in de tarieflijst instellingen staat weergegeven per uur en niet per kwartier.

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 onderstaande voorwaarde wordt voldaan:

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

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

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

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.

Het betreft een prestatie per patiënt per uur. De prestatie wordt naar evenredigheid van de werkelijke behandeltime in eenheden van een kwartier gedeclareerd. Het tarief voor deze prestatie in de tarieflijst instellingen staat weergegeven per uur en niet per kwartier.

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.

E 024 PSYCHOSOMATISCHE FYSIOTHERAPIE

De zitting psychosomatische fysiotherapie – een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder 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 volgende voorwaarden gelden voor de zitting psychosomatische fysiotherapie:

- De psychosomatische fysiotherapie wordt geleverd door een zorgaanbieder ingeschreven in een door het KNGF en ZN aangewezen register.

In alle andere situaties geldt voor psychosomatische fysiotherapie de reguliere zitting.

E 025 TOESLAG VOOR UITBEHANDELING (FYSIOTHERAPIE)

In het geval de zorgaanbieder de patiënt bezoekt (uitbehandeling), kan naast de zitting een toeslag voor uitbehandeling worden gedeclareerd. Van een uitbehandeling is in dit verband alleen sprake indien de behandeling buiten de praktijk, niet in een inrichting plaatsvindt.

De toeslag voor uitbehandeling kan per adres per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht.

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.

E011, E030, MAXIMUMTARIEVEN EXTRAMURALE DIEETADVISING

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

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

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

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-tarief (dagverpleging), het A231-tarief (RBU, klinisch en poliklinisch), het A003-tarief.

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

Het E102-tarief geldt per 15 minuten 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-tarief in rekening worden gebracht ongeacht de duur van de behandeling.

E104 POLIKLINISCHE LONGREVALIDATIE BIJ EEN GROEP

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

- de instelling heeft daarvoor een aparte overeenkomst gesloten met de desbetreffende zorgverzekeraar;

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

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

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

HARTREVALIDATIE

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

E111 INTAKECONTACT

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

E112 INFORMATIEMODULE

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

E113 / E114 FIT-MODULE

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

E115 PEP-MODULE

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

LOGOPEDIE**E203 LOGOPEDISCHE BEHANDELING BIJ EEN GROEP**

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

E 205 SPECIFIEKE BEHANDELING STOTTEREN

Het tarief voor een specifieke behandeling van patiënten met de indicatie stotteren kan alleen in rekening gebracht worden indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet sprake zijn van een gerichte verwijzing door een (huis)arts of (tandarts) specialist;
- De stottertherapie wordt gedaan door een zorgaanbieder die is ingeschreven in een door de NVLF en ZN aangewezen register;

De NVLF is daarbij verantwoordelijk voor het opstellen van de criteria en draagt zorg voor de registratie.

In alle andere situaties geldt voor stottertherapie, preverbale logopedie en afasie-therapie het tarief per reguliere behandeling.

E 206 SPECIFIEKE BEHANDELING AFASIE-PATIËNTEN

Het tarief voor een specifieke behandeling van patiënten met de indicatie afasie kan alleen in rekening gebracht worden indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet sprake zijn van een gerichte verwijzing door een (huis)arts of (tandarts) specialist;
- De afasie-therapie wordt gedaan door een zorgaanbieder die geregistreerd lid is van de NVAT en/of de VKL of die relevante bij- en nascholing heeft gevolgd op het terrein van afasie.

De NVLF is daarbij verantwoordelijk voor het opstellen van de criteria en draagt zorg voor de registratie.

In alle andere situaties geldt voor afasie-therapie het tarief per reguliere behandeling.

E 207 SPECIFIEKE BEHANDELING CF. HANEN-OUDERPROGRAMMA

Het tarief voor logopedische behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma (op medische indicatie) kan in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet sprake zijn van een gerichte verwijzing door (huis)arts of specialist;
- De logopedische behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma wordt aangeboden in een groep met ouders van minimaal 6 tot maximaal 8 kinderen door een zorgaanbieder die is ingeschreven in een door de NVLF aangewezen register van Hanen-gecertificeerde logopedisten.

De NVLF is daarbij verantwoordelijk voor de controle van certificering en draagt zorg voor de registratie hiervan.

E 208 DAGDEELTARIEF IZS PER PATIËNT

Per te behandelen doelgroep (basisschoolkinderen en hun ouders, stotterende jongeren, volwassenen spreektechnieken, volwassenen angstreductie en volwassenen spreektechnieken & angstreductie) geldt een maximum aantal te declareren dagdelen.

Het maximum dagdeeltarief voor groepsbehandeling IZS kan in rekening worden gebracht indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet sprake zijn van een gerichte verwijzing door (huis)arts of specialist;
- De groepsbehandeling IZS wordt aangeboden in een groep van minimaal 5 tot maximaal 8 patiënten per therapeut door stottertherapeuten die voldoen aan de

opleidingseisen van de NVST, bij de NVST staan ingeschreven als lid en als IZS-stottertherapeut, door stottertherapeuten die zijn opgeleid en aantoonbare ervaring hebben in het begeleiden van groepen (minimaal 20 dagdelen als (co-)therapeut gewerkt in een qua inhoud en uitvoering vergelijkbare intensieve groepstherapie), door stottertherapeuten die aanvullend zijn opgeleid in haptonomie, psychotherapie, counseling en lichaamswerk, door stottertherapeuten die verbonden zijn aan een stottercentrum.

De NVLF draagt zorg voor de registratie van IZS-stottertherapeuten die voldoen aan de criteria.

Naast het dagdeeltarief kan door de zorgaanbieder ook een vergoeding voor de bij de behandeling behorende verblijfs- en verzorgingskosten alsmede overige kosten in rekening worden gebracht.

doelgroep	dagdelen	therapiekosten	verblijfskosten	Overige kosten
Schoolkinderen en hun ouders	14	€ 1.159,20	€ 210,00	€ 112,00
Stotterende jongeren	10	€ 828,00	€ 130,00	€ 80,00
Volwassenen spreektechnieken	7	€ 579,60	€ 100,00	€ 56,00
Volwassenen angstreductie	17	€ 1.407,60	€ 290,00	€ 136,00
Volwassenen spreektechnieken & angstreductie	24	€ 1.987,20	€ 390,00	€ 192,00

E 209 OVERLEG MET DERDEN TE DECLAREREN AAN DERDEN

Het tarief voor het overleg met derden, niet zijnde de verwijzer, kan in rekening worden gebracht aan derden, niet zijnde de zorgverzekeraar.

E 210 VERSLAGLEGGING AAN DERDEN TE DECLAREREN AAN DERDEN

Het tarief voor de verslaglegging aan derden, niet zijnde de verwijzer, kan in rekening worden gebracht aan derden, niet zijnde de zorgverzekeraar.

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' geschiedt door de oefentherapeut in overleg met de patiënt en/of 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'.

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. Het tarief voor deze prestatie in de tarieflijst instellingen staat weergegeven per uur en niet per kwartier.

E 308 TOESLAG VOOR UITBEHANDELING (OEFENTHERAPIE)

In het geval de zorgaanbieder de patiënt bezoekt (uitbehandeling), kan naast de zitting een toeslag voor uitbehandeling worden gedeclareerd. Van een uitbehandeling is in dit verband alleen sprake indien de behandeling buiten de praktijk, niet in een inrichting plaatsvindt. De toeslag voor uitbehandeling kan per adres per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht.

E 309 KINDEROEFENTHERAPIE

De zitting kinderoefentherapie – een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder 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 kinderoefentherapie wordt geleverd door een zorgaanbieder die staat ingeschreven in een door de VvOCM en ZN aangewezen register. In alle andere situaties geldt voor kinderoefentherapie de reguliere zitting.

E 310 INSTRUCTIE / OVERLEG OUDERS VAN DE PATIËNT (OEFENTHERAPIE)

Indien het voor de behandeling kinderoefentherapie noodzakelijk is, kan de zorgaanbieder, in overleg met de ouders, hen adviseren of begeleiden 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 geleverd in geval het kind geïndiceerd is voor kinderoefentherapie.

E 311 SCREENING (OEFENTHERAPIE)²

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

E 312 INTAKE EN ONDERZOEK NA SCREENING (OEFENTHERAPIE)¹

Tijdens de intake en onderzoek na screening voert de zorgaanbieder bij een nieuwe indicatie een oefentherapeutisch 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 Deze prestaties kunnen pas gedeclareerd worden op het moment dat het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut (ex art. 34 Wet BIG) is gewijzigd en inwerking is getreden. De zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden worden met deze wijziging direct toegankelijk.

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	vrij tarief	per zitting
E 002	loopbad/vlinderbad/stangerbad (incl. evt. massage en oefenen)	193002	vrij tarief	per zitting
E 003	kinderfysiotherapie	193003	vrij tarief	per zitting
E 004	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 5 tot en met 10 personen	193004	vrij tarief	per patiënt per uur
E 005	manuele therapie	193005	vrij tarief	per zitting
E 006	eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie	193006	vrij tarief	per onderzoek
E 007	oedeemtherapie	193007	vrij tarief	per zitting
E 008	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 2 personen	193008	vrij tarief	per patiënt per uur
E 009	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 3 personen	193009	vrij tarief	per patiënt per uur
E 010	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van 4 personen	193010	vrij tarief	per patiënt per uur
E 012	bekkenfysiotherapie	193015		per zitting
E 013	fysiotherapeutische behandeling bij een groep van meer dan 10 personen	193016		per patient per uur
E 014	instructie/overleg ouders van de patiënt	193017		
E 015	verstrekke verband- en hulpmiddelen	193018		
E 016	eenvoudige korte rapporten	193019		
E 017	meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten	193020		
E 018	Lange zitting (fysiotherapie)	193025	vrij tarief	per zitting
E 019	Telefonische zitting (fysiotherapie)	193026	vrij tarief	per zitting
E 020	Screening (fysiotherapie)	193027	vrij tarief	per zitting
E 021	Intake en onderzoek na screening (fysiotherapie)	193028	vrij tarief	per behandeling
E 022	Intake en onderzoek na verwijzing (fysiotherapie)	193029	vrij tarief	per behandeling
E 023	Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport	193030	vrij tarief	per rapport
E 024	Psychosomatische fysiotherapie	193000	vrij tarief	per zitting
E 025	Toeslag voor uitbehandeling (fysiotherapie)	192950	vrij tarief	per zitting
Maximumtarieven extramurale dieetadviesing				
E 011	extramurale dieetadviesing	290164	vrij tarief	per mw. per kwartier
E 030	Uittoeslag dieetadviesing	290165	vrij tarief	per zitting
Longrevalidatie en ergotherapie				
E 101	poliklinische longrevalidatie	193011	24,40	per zitting
E 102	enkelvoudige ergotherapie	193012	14,20	per 15 min.
E 103	toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie	193013	23,90	per bezoek
E 104	poliklinische longrevalidatie bij een groep	193014	3,40	per patiënt per kwartier
Hartrevalidatie revalidatiecentra				
E 111	Intakecontact	193111	267,00	per patiënt
E 112	Informatiemodule	193112	117,50	per patiënt
E 113	FIT-module< tien sessies	193113	270,50	per patiënt
E 114	FIT-module>=tien sessies	193114	539,00	per patiënt
E 115	PEP-module	193115	981,00	per patiënt
Logopedie				
E 201	logopedie	193021	28,00	per zitting

NZA code		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
E 202	eenmalig logopedisch onderzoek op medische indicatie	193022	56,00	per onderzoek
E 203	logopedische behandeling bij een groep	193023	13,90	per patiënt per uur
E 204	Preverbale logopedie	193024	56,00	per zitting
E 205	Specifieke behandeling stotteren	192970	56,00	per zitting
E 206	Specifieke behandeling Afasie-patiënten	192971	56,00	per zitting
E 207	Specifieke behandeling cf. Hanen-ouderprogramma	192972	1.624,00	per behandeling
E 208	Dagdeeltarief IZS per patiënt	192973	84,80	per dagdeel
E 209	Overleg met derden te declareren aan derden	192974	56,00	per zitting
E 210	Verslaglegging aan derden te declareren aan derden	192975	56,00	per zitting
Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck				
E 301	oefentherapie volgens Cesar	193031	vrij tarief	per zitting
E 302	oefentherapie volgens Mensendieck	193032	vrij tarief	per zitting
E 303	oefentherapeutisch onderzoek op medische indicatie	193033	vrij tarief	per onderzoek
E 304	oefentherapeutische behandeling bij een groep van twee personen	193034	vrij tarief	per patiënt per uur
E 305	oefentherapeutische behandeling bij een groep van drie personen	193035	vrij tarief	per patiënt per uur
E 306	oefentherapeutische behandeling bij een groep van vier personen	193036	vrij tarief	per patiënt per uur
E 307	oefentherapeutische behandeling bij een groep van vijf tot en met tien personen	193037	vrij tarief	per patiënt per uur
E 308	Toeslag voor uitbehandeling (oefentherapie)	192960	vrij tarief	per zitting
E 309	Kinderoefentherapie	192961	vrij tarief	per zitting
E 310	Instructie / overleg ouders van de patiënt (oefentherapie)	192962	vrij tarief	per zitting
E 311	Screening (oefentherapie)	192963	vrij tarief	per zitting
E 312	Intake en onderzoek na screening (oefentherapie)	192964	vrij tarief	per zitting

F. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2009

G. BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2009

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

Hiervoor wordt verwezen naar de Tarieflijst AWBZ 2009

Laboratoriumonderzoek neonatale metabole screening

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

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.

I006 MICU TRANSPORT

Het interklinisch transport van een IC-patiënt, begeleid door een MICUteam, bestaande uit een IC-arts of intensivist en een MICUverpleegkundige, beiden aantoonbaar bekwaam in het uitvoeren van MICU-transport. Het MICU-transport wordt uitgevoerd met behulp van een Mobile Intensive Care Unit, bestaande uit een MICU-trolley en een IC-ambulance. Kennis en inschatting van het ziektebeeld van de ICpatiënt geeft aanleiding te verwachten dat de patiënt de komende uren sterk zal verslechteren. Er is echter geen indicatie van "aanvullende spoedbehandeling".

I010 SPOEDVERVOER (A1-/A2-RIT)

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

I 100 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		Verrichtingcode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
TARIEVEN BIJ I. AMBULANCEVERVOER				
I 001	Kilometer	196001	3,30	
I 002	Besteld vervoer (B-rit)	196002	224,00	
I 003	Stand-by	196003	106,00	per uur
I 004	Hulpambulance per rit	196004	95,00	
I 005	Grensoverschrijdende spoedinzet van ambulances	196005	653,00 - 1.091,00	Bandbreedte-tarief
I 006	MICU transport	196006	1.853,00	
I 010	Spoedvervoer (A1- / A2-rit)	196010	Sluittarief	
I 100	Melding	196100	Sluittarief	

J. ABORTUSKLINIEKEN

NZA code	Verrichtingcode	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	74,00
J	106	Zwangerschapstest	197006	17,90
J	107	Morning-afterpil / prikpil	197007	17,90
J	108	Spiraaltje plaatsen	197008	60,60
J	109	Spiraaltje verwijderen	197009	17,90
J	110	Sterilisatie man	197010	303,00
J	111	Sterilisatie vrouw	197011	529,00
J	112	Vaso-vasostomie	197012	1.512,00
J	113	Circumcisie	197013	188,50
Kunstmatige inseminatie:				
J	114	a. eerste 6 cycli	197014	755,00
J	115	b. volgende cycli (per cyclus)	197015	113,00
Spermabank:				
J	116	a. eenmalig initiële kosten	197016	380,00
J	117	b. per jaar	197017	38,20
J	118	c. spermaonderzoek	197018	18,00

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 en tarieven 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 en tarieven wordt verwezen naar de vigerende Beleidsregel tariefstructuur voor de kraamzorg.

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	4.110,00	per patiënt
L 002	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorhart in aanmerking komt	198002	4.110,00	per patiënt
L 003	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorlever in aanmerking komt	198003	4.110,00	per patiënt
L 004	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van (een) donorlong(en) in aanmerking komt	198004	4.110,00	per patiënt
L 005	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorhartlong in aanmerking komt	198005	4.110,00	per patiënt
L 006	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een donorpancreas in aanmerking komt	198006	4.110,00	per patiënt
L 007	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor een relatietransplantatie in aanmerking komt	198007	2.347,00	per patiënt
Registratie (weefsel)				
L 009	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een 'getypeerde' donorcornea in aanmerking komt	198009	4.095,00	per patiënt
L 010	Tarief per nieuw ingeschreven patiënt die voor het ontvangen van een 'random' donorcornea in aanmerking komt	198010	3.688,00	per patiënt
Na transplantatie (organen)				
L 011	Voor een nefrectomie van een postmortale donor gevolgd door een hyperthermische preservatie (methode "Collins").	198011	3.751,00	per transplantatie
L 012	Voor een cardiëctomie (hartuitname) van een postmortale donor	198012	3.751,00	per transplantatie
L 013	Voor een hepatectomie (leveruitname) van een postmortale donor	198013	3.751,00	per transplantatie
L 014	Voor een pneumectomie (longuitname) van een postmortale donor	198014	3.751,00	per transplantatie
L 015	Voor een cardio-pneumectomie (hartlonguitname) van een postmortale donor	198015	3.751,00	per transplantatie
L 016	Voor een pancreatectomie (pancreasuitname) van een postmortale donor	198016	3.751,00	per transplantatie
L 008	Voor de additionele typeringskosten bij een relatietransplantatie	198008	771,00	per transplantatie
Na transplantatie (weefsel)				
L 017	Voor enucleatio bulbi	198017	156,00	per transplantatie