

Gecorrigeerde versie augustus 2010

INDELING TARIEFLIJST 2010

A. ALGEMEEN

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. en D.

zijn vervallen

E. PARAMEDISCHE BEHANDELINGEN EN ONDERZOEK

F, G en H

zijn vervallen

I. AMBULANCEVERVOER

J. ABORTUSKLINIEKEN

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.

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

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

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

A007 DAGVERPLEGING I : normaal

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

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

Kenmerk
BR CI-1136-b1
Pagina
3 van 20

A201 TOT EN MET A255

Sluittarieven zijn van toepassing indien deze individueel voor de instelling in een tariefbeschikking zijn opgenomen.

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.

**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 nadere regel "onderlinge dienstverlening" 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	Verrichtingscode	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
A001 Eerste polikliniekbezoek	190011	23,50	1 e polibezoek
A 002 Klinische opname	190021	31,90	Per opname
A 006 Afwezigheidsdag	190034	128,52	Per afw.-dag
A 007 Dagverpleging I	190035	248,92	
Verpleegdagen			
A 201 Verpleegdag klasse 1	190201	sluittarief	Per verpleegdag
A 202 Verpleegdag klasse 2A	190202	sluittarief	Per verpleegdag
A 203 Verpleegdag klasse 2B	190203	sluittarief	Per verpleegdag
A 204 Verpleegdag klasse 3A	190204	sluittarief	Per verpleegdag
A 205 Verpleegdag klasse 3B	190205	sluittarief	Per verpleegdag
A 206 Verpleegdag klasse 3C	190206	sluittarief	Per verpleegdag

NZA code	Verrichting -code	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
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
A 251	Huisbezoek trombotest	190251	sluittarief
A 252	Zelfmeting bloedstollingswaarden: training/instructie all in	190252	494,28
A 253	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle all in	190253	236,29
A 255	Ordertarief huisartsenlaboratoria	190255	sluittarief
A 256	Zelfmeting bloedstollingswaarden training/instructie exclusief hulpmiddelen	190256	266,70
A 257	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle exclusief kosten apparatuur doch inclusief andere hulpmiddelen	190257	159,96
A 258	Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding/controle exclusief kosten apparatuur en andere hulpmiddelen	190258	56,06

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.

B2 KLINISCH-CHEMISCHE EN MICROBIOLOGISCHE LABORATORIUMONDERZOEKEN**B201 t/m B292 Klinisch-chemische en microbiologische laboratorium-onderzoeken**

De klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken zijn in de bijlage omschreven en geïnclassificeerd. 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 tarief voor trombotestbepaling 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.

B. BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK

NZA code		Verrichting -code	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
B 101	Beeldvormende diagnostiek	zie bijlage	442,91	
B 102	Idem	zie bijlage	305,93	
B 103	Idem	zie bijlage	237,43	
B 104	Idem	zie bijlage	187,21	
B 105	Idem	zie bijlage	152,96	
B 106	Idem	zie bijlage	118,72	
B 107	Idem	zie bijlage	84,47	
B 108	Idem	zie bijlage	61,64	
B 109	Idem	zie bijlage	49,09	
B 110	Idem	zie bijlage	43,38	
B 111	Orthopantomogram en röntgenschedelprofiel-onderzoek	239452	19,40	
B 112	Vervolffoto's t.b.v. röntgenschedelprofiel-onderzoek	239459	12,49	
B 113	Fundusfotografie (all-in medisch-spec. hulp)	039820	28,95	

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	0,66	
B 202	idem , klasse II	zie bijlage	1,68	
B 203	idem , klasse III	zie bijlage	2,25	
B 204	idem , klasse IV	zie bijlage	3,30	
B 205	idem , klasse V	zie bijlage	4,62	
B 206	idem , klasse VI	zie bijlage	6,61	
B 207	idem , klasse VII	zie bijlage	7,92	
B 208	idem , klasse VIII	zie bijlage	9,91	
B 209	idem , klasse IX	zie bijlage	13,21	
B 210	idem , klasse X	zie bijlage	19,82	
B 211	idem , klasse XI	zie bijlage	26,43	
B 212	idem , klasse XII	zie bijlage	33,02	
B 213	idem , klasse XIII	zie bijlage	39,61	
B 214	idem , klasse XIV	zie bijlage	46,24	
B 215	idem , klasse XV	zie bijlage	82,57	
B 216	idem , klasse XVI	zie bijlage	107,38	
B 217	idem , klasse XVII	zie bijlage	153,36	
B 218	idem , klasse XVIII	zie bijlage	199,42	
B 219	idem , klasse XIX	zie bijlage	244,58	
B 220	CLB-referentietarief	079993	14,70	per CLB-order
B 250	Prenatale screening: counseling	037521	0,00 ¹	
B 251	Prenatale screening: NT-meting	037522	140,79	
B 252	Prenatale screening: SEO	037523	139,46	
B 290	Ordertarief	079991	13,13	per afname
B 291	Huisbezoektarief	079992	9,02	per huisbezoek
B 292	INR-bepaling (incl. ordertarief)	079995	10,62	
B 295	Registratietarief diabetesdienst	079996	5,71	per kwartaal

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

B. MEDISCH-SPECIALISTISCHE DIAGNOSTIEK (overige)

B 501	Diagnostiek/functieonderzoek groep 6	zie bijlage	754,61
B 502	idem, groep 7	zie bijlage	515,94
B 503	idem, groep 8	zie bijlage	343,79
B 504	idem, groep 9	zie bijlage	171,13
B 505	idem, groep 10	zie bijlage	130,13
B 506	idem, groep 11	zie bijlage	95,88
B 507	idem, groep 12	zie bijlage	75,34
B 508	idem, groep 13	zie bijlage	58,22
B 509	idem, groep 14	zie bijlage	46,80
B 510	idem, groep 15	zie bijlage	37,67
B 511	idem, groep 16	zie bijlage	17,12
B 512	idem, groep 17	zie bijlage	115,78
B 513	idem, groep 18	zie bijlage	93,44
B 514	idem, groep 19	zie bijlage	5,99

B. PATHOLOGIE

B 301	Histologische en cytologische laboratoriumonderzoeken (m.u.v. cervixcytologie)	050501	34,59
B 302	Cytologische onderzoeken van cervixpreparaten (m.u.v. bevolkingsonderzoeken)	050502	18,83
B 303	Immunopathologische onderzoeken	050503	182,19
B 304	Puncties t.b.v. cytologische onderzoeken	050506	16,67
B 305	Kwantitatief of morfometrische onderzoeken	050507	85,50
B 306	Flow-cytometrie	050510	197,94
B 307	Cervixcytologische bevolkingsonderzoek	050509	16,67
B 308	Eenvoudige moleculaire diagnostiek	050511	281,51
B 309	Complexe moleculaire diagnostiek	050512	829,43

B. NUCLEAIRE GENEESKUNDE

B 401	Nucleair-geneeskundige onderzoeken	zie bijlage	63,92
B 402	idem	zie bijlage	94,75
B 403	idem	zie bijlage	126,71
B 404	idem	zie bijlage	190,63
B 405	idem	zie bijlage	253,42
B 406	idem	zie bijlage	317,34
B 407	idem	zie bijlage	380,12
B 408	idem	zie bijlage	443,05
B 409	idem	zie bijlage	506,83
B 410	idem	zie bijlage	570,76
B 411	idem	zie bijlage	633,54
B 412	idem	zie bijlage	950,88
B 413	idem	zie bijlage	1.267,08
B 450	Nucleair-geneeskundige behandelingen	zie bijlage	190,63
B 451	idem	zie bijlage	253,42
B 452	idem	zie bijlage	380,12
B 453	idem	zie bijlage	444,05
B 454	idem	zie bijlage	950,88
B 455	idem	zie bijlage	1.267,08
B 456	idem	zie bijlage	2.634,29

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 behandeltijd in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandeltijd 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 indicatieKenmerk
BR CI-1136-b1

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:

Pagina
9 van 20

- 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 behandeltijd in eenheden van een kwartier berekend. De gevonden behandeltijd 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,

Kenmerk
BR CI-1136-b1

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

Pagina
10 van 20}

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.

Kenmerk
BR CI-1136-b1

Pagina
11 van 20}

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 dieetadvisering

E011/ 290164 (VANAF 1 FEBRUARI 2005)

Per toegelaten instelling is het maximumtarief voor extramurale dieetadvisering van toepassing. Dit tarief kan per medewerker per kwartier voor extramurale dieetadvisering in rekening worden gebracht.

E011, E030, MAXIMUMTARIEVEN EXTRAMURALE DIEETADVISING

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 dieetadvisering 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.

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 verpleegtief, 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 behandelingsduur. De totale behandelingsduur wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op eenheden tijdsduur van 15 minuten. Indien op één dag meer behandelingen per patiënt plaatsvinden worden de behandelingsduuren opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.

Kenmerk
BR CI-1136-b1
Pagina
12 van 20

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.

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 behandelingscyclus 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 (tand)arts 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, preverbaale 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 (tand)arts 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.

Kenmerk
BR CI-1136-b1
Pagina
14 van 20}

doelgroep	dagdelen	therapiekosten	verblijfskosten	Overige kosten
Schoolkinderen en hun ouders	14	€ 1.179,50	€ 213,42	€ 113,82
Stotterende jongeren	10	€ 842,50	€ 132,11	€ 81,30
Volwassenen spreektechnieken	7	€ 592,20	€ 101,63	€ 56,91
Volwassenen angstreductie	17	€ 1.432,25	€ 294,72	€ 138,21
Volwassenen spreektechnieken & angstreductie	24	€ 2.022,0	€ 396,34	€ 195,12

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.

Kenmerk
BR CI-1136-b1
Pagina
15 van 20}

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)

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)

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.

TARIEVEN BIJ E. PARAMEDISCHE BEHANDELING EN ONDERZOEK

NZA code	Verrichting -code	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
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 patiënt 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	24,78 per zitting
E	102	enkelvoudige ergotherapie	193012	14,47 per 15 min.
E	103	toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie	193013	24,25 per bezoek
E	104	poliklinische longrevalidatie bij een groep	193014	3,45 per patiënt per kwartier
Logopedie				
E	201	logopedie	193021	27,81 per zitting
E	202	eenmalig logopedisch onderzoek op medische indicatie	193022	55,61 per onderzoek
E	203	logopedische behandeling bij een groep	193023	13,90 per patiënt per uur
E	204	Preverbale logopedie	193024	55,61 per zitting
E	205	Specifieke behandeling stotteren	192970	55,61 per zitting
E	206	Specifieke behandeling Afasie-patiënten	192971	55,61 per zitting
E	207	Specifieke behandeling cf. Hanen-ouderprogramma	192972	1.616,64 per behandeling
E	208	Dagdeeltarief IZS per patiënt	192973	84,25 per dagdeel
E	209	Overleg met derden te declareren aan derden	192974	55,61 per zitting
E	210	Verslaglegging aan derden te declareren aan derden	192975	55,61 per zitting
E	211	Uittoeslag logopedie	192976	16,63 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

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 behandelpaats 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”.

Kenmerk
BR CI-1136-b1

I010 SPOEDVERVOER (A1-/A2-RIT)

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

Pagina
19 van 20}

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.

TARIEVEN BIJ I. AMBULANCEVERVOER

NZA code		Verrichting -code	Tarief in euro	Andere declaratie-eenheid
I 001	Kilometer	196001	3,40	
I 002	Besteld vervoer (B-rit)	196002	227,50	
I 003	Stand-by	196003	107,50	per uur
I 004	Hulpambulance per rit	196004	96,34	
I 005	Grensoverschrijdende spoedinzet van ambulances	196005	687,00 - 1.108,00	Bandbreedte-tarief
I 006	MICU transport	196006	1.882,00	
I 010	Spoedvervoer (A1- / A2-rit)	196010	Sluittarief	
I 100	Melding	196100	Sluittarief	

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.

TARIEVEN BIJ J. ABORTUSKLINIEKEN

NZA code		Verrichting -code	Tarief in euro
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	74,96
J 106	Zwangerschapstest	197006	18,62
J 107	Morning-afterpil / prikpil	197007	18,62
J 108	Spiraaltje plaatsen	197008	60,93
J 109	Spiraaltje verwijderen	197009	18,62
J 110	Sterilisatie man	197010	308,02
J 111	Sterilisatie vrouw	197011	538,18
J 112	Vaso-vasostomie	197012	1.536,70
J 113	Circumcisie	197013	191,24
	Kunstmatige inseminatie:		
J 114	a. eerste 6 cycli	197014	768,35
J 115	b. volgende cycli (per cyclus)	197015	115,08
	Spermabank:		
J 116	a. eenmalig initiële kosten	197016	384,18
J 117	b. per jaar	197017	38,93
J 118	c. spermaonderzoek	197018	18,62