
De lijst van verrichtingen met bijbehorende maximumbedragen voor de psychiaters

Beleidsregels medisch specialisten (psychiatrie)

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1 onder B nummer 5 (medisch specialisten) en in artikel 1 onder A nummer 32 en 33 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 juli 2006 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt: onbepaald.
- d. De termijn waarvoor de goedgekeurde beleidsregel V-5620-4.0.1.-5 geldt, wordt gewijzigd van "onbepaald" in "tot 1 juli 2006".
- e. De beleidsregel kan worden aangehaald als 'De lijst van verrichtingen met bijbehorende maximumbedragen voor de psychiaters'.

2. DE LIJST VAN PRESTATIES VERRICHT DOOR MEDISCH SPECIALISTEN VOLGENS HET SPECIALISME PSYCHIATRIE

Ten aanzien van de onderstaande maximumtarieven zijn de Algemene bepalingen psychiatrie van toepassing.

Code	Omschrijving	tarief
	TARIEFGROEP I – NIET KLINISCHE HULP	
010129	Korte kaart kosten-out	€ 113,50
010229	Aanvullende kaart kosten-out	€ 28,50
010329	Jaarkaart kosten-out	€ 142,00
010429	Korte kaart kosten-in	€ 127,00
010529	Aanvullende kaart kosten-in	€ 28,50
010629	Jaarkaart kosten in	€ 155,50
010904	Retourkilometer	€ 1,70
012005	Eerste consultkaart	€ 64,40
012006	Tweede en volgende consultkaart	€ 25,20

TARIEFGROEP III – VERRICHTINGEN	tarief
039900 Elektroschock	€ 24,20
<u>Tarief per zitting</u> (inclusief eigen bijdrage)	
039960 Individuele psychotherapie (per persoon)	€ 71,40
039961 Partner-relatie-psychotherapie (per duo)	€ 129,50
039962 Gezinspsychotherapie (per gezin)	€ 173,00
039963 Groepspsychotherapie (per groep)	€ 183,50
039964 Behandelcontact ten behoeve van psychosociale begeleiding	€ 44,50
TARIEFGROEP IV - LIGDAGEN	
041003 1 ^e tot en met 14 ^e ligdag, per dag	€ 17,70
041025 15 ^e ligdag en volgende, per dag	€ 5,40
TARIEFGROEP XI – INLICHTINGEN EN RAPPORTEN	
119015 Uitvoerige rapporten op verzoek van levensverzekeringsmaatschappijen en particuliere instelling	€ 214,00
119018 Rapporten voor instellingen belast met de uitvoering van de sociale verzekeringswetten	€ 171,50
119020 Rijbewijs: rapporten op verzoek van het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) in rekening te brengen aan de te keuren persoon (de houder respectievelijk aanvrager van het rijbewijs)	€ 83,50
119021 Rijbewijs: rapporten op verzoek van de politie, in rekening te brengen aan het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR)	€ 133,00
119034 Grote rapporten ten behoeve van raden van beroep	€ 214,00
119035 Kleine rapporten ten behoeve van raden van beroep	€ 85,40
TARIEFGROEP XI – INLICHTINGEN EN RAPPORTEN	
119047 Spreekuur voor instellingen en instituten per klokuur Spreekuur voor instellingen en instituten, werkzaam op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, zoals MOB-, LOM-, MOK-, en MLK-scholen, bureaus voor alcoholisme en levens- en gezinsmoeilijkheden, residentiële behandelingshuizen voor kinderen enzovoort.	€ 41,80
119049 Forensisch-psychiatrisch gewoon rapport Het psycho-diagnostisch onderzoek ten behoeve van deze rapporten kan afzonderlijk in rekening worden gebracht, ook wanneer dit voor de psychiater/zenuwarts zelf wordt verricht	€ 379,00
119050 Forensisch-psychiatrisch uitgebreid rapport na klinische observatie Het psycho-diagnostisch onderzoek ten behoeve van deze rapporten kan afzonderlijk in rekening worden gebracht, ook wanneer dit door de psychiater/zenuwarts zelf wordt verricht.	€ 566,00
119051 Telefonische informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts	€ 18,80

119052 Schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts

€ 44,00

INLEIDENDE BEPALINGEN BIJ DE LIJST VAN VERRICHTINGEN

De algemene bepalingen gelden voor de declaraties van de tarieven door medisch specialisten met betrekking tot specialistische hulp door vrijgevestigde psychiaters/zenuwartsen.

Zenuwartsen declareren bij psychiatrische patiënten volgens de maximumtarieven voor psychiaters. Zenuwartsen declareren bij neurologische patiënten volgens de maximumtarieven voor neurologen.

1. Commissie ex artikel 5 AWBZ

Indien de maximumtarieven en bepalingen van deze regeling aanvulling, wijziging, nadere uitwerking of interpretatie in incidentele gevallen behoeven, kunnen hieromtrent bij gebleken overeenstemming beslissingen worden genomen en regels worden gegeven door een commissie, verder te noemen "Commissie ex artikel 5 AWBZ". Van deze beslissingen en regels wordt, gelijktijdig met de verzending aan betrokkenen, een afschrift verstuurd aan het CTG.

De "Commissie ex artikel 5 AWBZ" bestaat uit:

- vertegenwoordigers van de Zorgverzekeraars Nederland, telefoonnummer: 030-6988911;
- vertegenwoordigers van de Orde van Medisch Specialisten, telefoonnummer 030-2823300
- vertegenwoordigers van de Contactcommissie Publiekrechtelijk Ziektekostenregelingen voor ambtenaren, telefoonnummer: 030-6057900.

Het postadres van de commissie is:

Zorgverzekeraars Nederland, Postbus 520, 3700 AM Zeist.

De bovenbedoelde beslissingen en regels, die geen wezenlijke veranderingen van de maximumtarieven en bepalingen mogen inhouden, maar slechts mogen dienen om een juistere toepassing van de maximumtarieven en bepalingen mogelijk te maken, waarbij een wijziging in de maximumtarieven van een bepaalde verrichting of een bepaald onderzoek niet als een wezenlijke verandering wordt aangemerkt, worden geacht deel uit te maken van de maximumtarieven en bepalingen. Zij worden, met uitzondering van de incidentele beslissingen, als zodanig van kracht één week na de datum, waarop zij aan de uitvoeringsorganen en de specialisten bekend zijn gemaakt.

2. Onbillijkheid

Indien in een bepaald geval de toepassing van algemene bepalingen tot kennelijke onbillijkheid voor een specialist, een uitvoeringsorgaan of een verzekerde zou leiden, kan, in overleg tussen de specialist en het uitvoeringsorgaan dat hierbij is betrokken, van de bepalingen worden afgeweken. Dit zal alleen in zeer uitzonderlijke gevallen kunnen gebeuren en een zodanige afwijking zal nimmer als precedent kunnen gelden. Een afwijking als bovenbedoeld wordt door het uitvoeringsorgaan voorgelegd aan de "Commissie ex artikel 5 AWBZ".

3. All-in arts-in-regeling

Zolang en voor zover krachtens een bestaande "all-in arts-in"-regeling de maximumtarieven van de klinische hulp in een ziekenhuis zijn begrepen in de verpleegprijs, kunnen de aan dit ziekenhuis verbonden specialisten voor door hen in dit ziekenhuis verleende klinische hulp niet volgens deze tarieflijst declareren.

4. Afstandsvergoeding

a. Bij hulp binnen het rayon van het specialistencentrum buiten de plaats van vestiging kan de specialist behoudens het bepaalde in de leden b., c., d. en e. van dit artikel een afstandsvergoeding per retourkilometer extra declareren, te rekenen van de dichtbijgelegen plaats af, waar een vertegenwoordiger van het in hulp geroepen specialisme is gevestigd.

- b. De afstandsvergoeding als bedoeld onder a. kan alleen worden gedeclareerd bij hulp die voor declaratie in aanmerking komen.
- c. Indien een specialist op één of meer dagen spreekuur houdt in een plaats A buiten zijn plaats van vestiging B, kan voor hulp bij een patiënt te A slechts de afstandsvergoeding als bedoeld onder a. worden gedeclareerd, indien deze hulp plaatsvindt op een dag waarop hij te A geen spreekuur houdt.
- d. Indien de onder c. bedoelde specialist op een dag waarop hij spreekuur houdt te A geroepen wordt ten huizen van de patiënt in een plaats C, dan kan de afstandsvergoeding als bedoeld onder a. worden gedeclareerd over de kortste der afstanden van A tot C en B tot C.
- e. Afstandsvergoeding als bedoeld onder a., kan niet worden gedeclareerd indien de af te leggen afstand minder bedraagt dan zes kilometers. Bedraagt de af te leggen afstand zes of meer retourkilometers, dan kan de afstandsvergoeding over het volle aantal retourkilometers worden gedeclareerd.

5. Prestaties, verleend in het kader van consultatieve psychiatrie

Voor de prestaties, die door de psychiater worden verleend in het kader van de consultatieve psychiatrie, geldt per 1 januari 2005 de DBC-systematiek. Voor het honorarium van de uitvoerende psychiater gelden honorariumbedragen van de betreffende DBC's volgens beleidsregel I-720. De DBC-bedragen worden door de instelling integraal gedeclareerd aan de patiënt dan wel diens verzekeraar. De honorariumbedragen conform beleidsregel I-720 gelden voor de psychiater bij declaratie aan de instelling als maximumtarief.

6. Overneming behandeling

De behandeling wordt overgenomen door een psychiater, als voor de opnemende specialist geen noodzaak tot klinische behandeling meer aanwezig is en deze er wel is voor de psychiater. In dit geval wordt tijdens de opname van de patiënt de declaratie van elke specialist beperkt tot de tijd dat de opnameduur voor hem noodzakelijk was, hetgeen in het karakter van de overneming van de behandeling besloten ligt.

ALGEMENE BEPALINGEN BIJ TARIEFGROEP I – NIET KLINISCHE HULP

Tariefgroep I regelt de maximumtarieven voor de niet-klinisch hulp (is poliklinische hulp) die de psychiater/zenuwarts krachtens deze bepalingen aan de verzekerde verleent. Deze maximumtarieven zijn geregeld door middel van een korte kaart, een aanvullende kaart en een jaarkaart.

De korte kaart heeft een looptijd van twee maanden. De jaarkaart heeft een looptijd van één jaar. De aanvullende kaart verlengt de looptijd van de korte kaart tot één jaar.

Aan de kaarten zijn te declareren bedragen verbonden; bij de korte kaart een lager bedrag dan bij de jaarkaart. Het bedrag voor de aanvullende kaart is het verschil van het jaarkaartbedrag en het korte kaart bedrag.

De specialist kan voor de door hem verleende hulp, ongeacht de aard ervan, uitsluitend de korte kaart, de aanvullende kaart of de jaarkaart declareren, geldende voor het specialisme waarvoor hij bij de SRC is ingeschreven.

1. Korte kaart

Onder de korte kaart wordt verstaan de kaart waarvoor de specialist gedurende maximaal twee maanden specialistische hulp verleent vanaf de datum waarop de verzekerde zich het eerst bij de specialist voegt. Deze kaart heeft een bepaalde waarde, voor het bedrag waarvan de specialist de verzekerde hulp verleent.

Voor de tweemaandkaart geldt een periode die aanvangt op de kalenderdag dat de verzekerde zich voor het eerst bij de specialist voegt en die doorloopt tot dezelfde kalenderdag twee maanden later.

Aanvullende kaart

Onder de aanvullende kaart wordt verstaan de kaart waarvoor de specialist ná afloop van de korte kaart de behandeling voortzet. Hiermee wordt de korte kaart omgezet in een jaarkaart. Deze jaarkaart geldt vanaf de aanvangsdatum van de korte kaart voor een periode van één jaar. De aanvullende kaart, die dus een looptijd van de korte kaart verlengt tot een jaar, heeft een bepaalde waarde, voor het bedrag waarvan de specialist de verzekerde aanvullend hulp verleent.

2. Jaarkaart

Onder de jaarkaart wordt verstaan de kaart waarvoor de specialist gedurende één jaar specialistische hulp verleent vanaf de datum waarop de verzekerde zich voor het eerst bij de specialist vervoegt. Deze kaart heeft een bepaalde waarde, voor het bedrag waarvan de specialist de verzekerde hulp verleent. Een jaar is de periode die aanvangt op de kalenderdag, dat de verzekerde zich voor het eerst bij de specialist vervoegt en die doorloopt tot dezelfde kalenderdag één jaar later.

De jaarkaart vormt de financiële compensatie voor de tijdsinspanning van de psychiater voor de activiteiten rondom indicatiestelling en indicatietoetsing voorafgaand aan psychotherapie of behandelcontacten.

3. Omvang van de niet-klinisch hulp

3.1 Omschrijving

Voor de vastgestelde bedragen van de kaarten worden, met uitzondering van die onderzoeken behandelingen welke vermeld zijn in de limitatieve lijst van verrichtingen behorend bij Tariefgroep III, alle onderzoeken en behandelingen verricht.

3.2 Kosten-in en kosten-out kaarten

De plaats waar de medisch specialist de prestatie verricht bepaalt of de kaart kosten-in of kosten-out is:

- binnen: een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum met vergunning (zgn. 29a-instelling) of een daarmee gelijk te stellen instelling (zgn. 29b-instelling) geldt kosten-out;
- buiten: een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum met vergunning (zgn. 29a-instelling) of een daarmee gelijk te stellen instelling (zgn. 29b-instelling) geldt kosten-in.

(Een medisch specialist is dus niet gebonden aan alleen kosten-in of alleen kosten-out-tarieven).

4. Nadere omschrijving van beperkingen en uitzonderingen

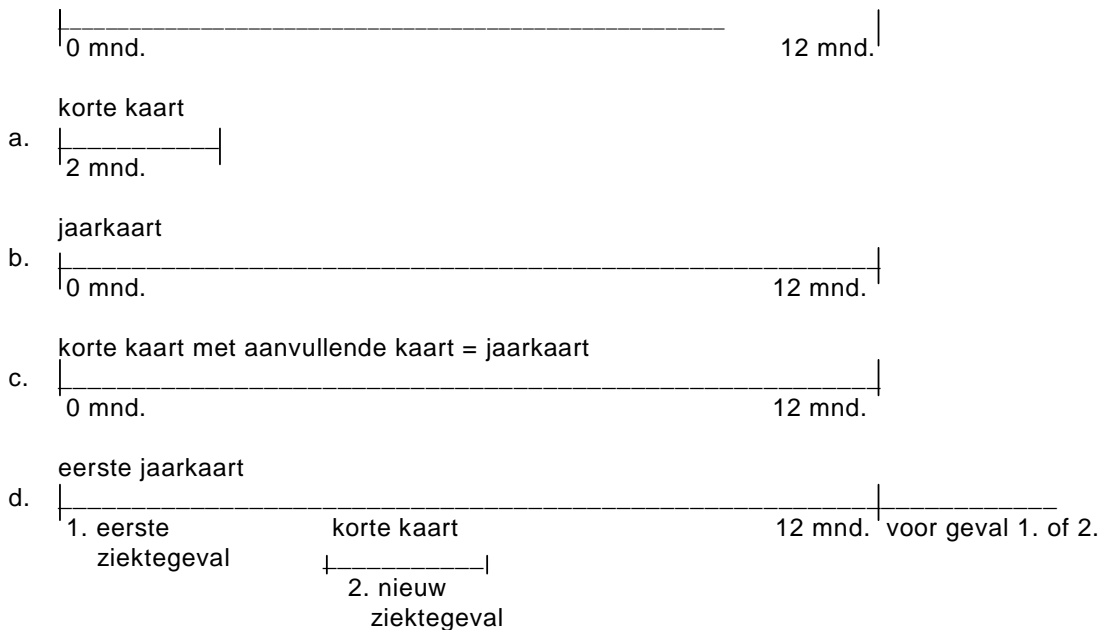
4.1 Niet-klinisch advies en/of behandeling gedurende de looptijd van de korte kaart (twee maanden)

Gedurende de looptijd van de korte kaart kan dezelfde specialist of specialistenmaatschap (van één specialisme) geen tweede korte kaart declareren, ook niet bij een nieuw ziektegeval.

4.2 Niet-klinische behandeling gedurende de looptijd van de jaarkaart (langer dan twee maanden en korter dan een jaar).

Gedurende de looptijd van de jaar kaart kan dezelfde specialist of specialistenmaatschap geen tweede jaarkaart declareren. Bij een nieuw ziektegeval kan een korte kaart gedeclareerd worden. Zou de huisarts in dit geval abusievelijk een tweede jaarkaart afgeven, dan kan de specialist slechts een korte kaart declareren. Indien voor de nieuwe aandoening een langer dan twee maanden durende behandeling wenselijk is, kan niet opnieuw een korte kaart voor dit nieuwe ziektegeval worden gedeclareerd.

Schematisch:



4.3 Consult aan huis

Onder een consultkaart wordt verstaan de kaart waarvoor de specialist specialistische hulp via een consult ten huize van de patiënt verleent.

4.4 Behandelcontact voor psychosociale begeleiding

Het behandelcontact voor psychosociale begeleiding bevat in beginsel 15 à 20 minuten face-to-face contact, en is inclusief de behandeling met medicatie.

4.5 Individuele psychotherapie

Het tarief voor individuele psychotherapie bevat in beginsel 45 minuten face-to-face contact, en 15 minuten voor activiteiten die uit dit contact voortvloeien (verslaglegging / registratie / contact met verwijzer / familie / sociaal netwerk).

5. Opname en overname

Opname en overname beïnvloeden het niet-klinische kaartsysteem niet.

ALGEMENE BEPALINGEN BIJ TARIEFGROEP III – VERRICHTINGEN

1. Tariefgroep III regelt de tarieven van de met name genoemde verrichtingen

2. Opneming in twee delen

2.1 Alleen indien een opneming in twee delen uiteenvalt, waarbij van twee verschillende ziektegevallen sprake is, kunnen beide delen afzonderlijk worden gedeclareerd, hetzij beide volgens Tariefgroep III, hetzij het ene deel volgens Tariefgroep III en het andere deel volgens Tariefgroep IV.

2.2 Indien opneming in twee delen uiteenvalt, waarbij slechts van één ziektegeval sprake is, is het, met inachtneming van artikel 2 van de inleidende bepalingen, eveneens mogelijk, de ene fase volgens Tariefgroep IV en de andere volgens Tariefgroep III te declareren.

3. Verrichtingen niet in Tariefgroep III genoemde en niet-vallend onder kaarten

Een verrichting, die in Tariefgroep III niet wordt genoemd, wordt voorgelegd aan de "Commissie ex artikel 5 AWBZ", zoals genoemd in artikel 1 van de Inleidende Bepalingen.

ALGEMENE BEPALINGEN BIJ TARIEFGROEP IV - LIGDAGEN

1. Tariefgroep IV regelt de maximumtarieven voor de klinische hulp voorzover dit niet geregeld is volgens de consultatieve psychiatrie en/of Tariefgroep III, die de specialist krachtens deze bepalingen aan de verzekerden verleent. Bij klinische patiënten is het declareren volgens Tariefgroep IV uitgesloten indien het doen van de verrichting de reden van de opname was.

2. Voor de bedragen, genoemd in Tariefgroep IV, verricht de specialist zowel het onderzoek als de observatie en de behandeling, met uitzondering van de diagnostische verrichtingen, welke boven de maximumtarieven volgens Tariefgroep IV kunnen worden gedeclareerd.

Toelichting

Indien bij een klinische patiënt een zelfstandige verrichting, genoemd in Tariefgroep III, plaatsvindt, dient de declaratie te geschieden volgens Tariefgroep III. Is er geen sprake van een dergelijke verrichting, dan komt de declaratie van ligdagen volgens Tariefgroep IV in aanmerking, wanneer het gaat om een eigen patiënt. De declaratie kan plaatsvinden voor elke dag dat de patiënt voor de desbetreffende specialist in het ziekenhuis opgenomen dient te zijn voor onderzoek, observatie of behandeling. De dag van opname en de dag van ontslag tellen voor de declaratie als volledige dagen.

In het algemeen is het niet mogelijk dat één specialist voor één ziektegeval verrichtingen en ligdagen tegelijk kan declareren. Uitzonderingen op deze regeling zijn:

- Bij verrichtingen, waar dit in de omschrijving is aangegeven. Deze kunnen voor de genoemde bedragen gedeclareerd worden bovenop Tariefgroep IV, tenzij het doen van deze verrichting de reden van opname was;
- Indien een opname in twee delen uiteenvalt, waarbij van twee verschillende ziektegevallen sprake is, kunnen beide delen afzonderlijk worden gedeclareerd, het zij beide volgens Tariefgroep III, hetzij beide volgens Tariefgroep IV, hetzij het ene deel volgens Tariefgroep IV en het andere deel volgens Tariefgroep III;
- Indien een opname in twee fasen uiteenvalt, waarbij slechts van één ziektegeval sprake is, is het, met inachtneming van artikel 2 van de Inleidende Bepalingen, eveneens mogelijk de ene fase volgens Tariefgroep IV en de andere volgens Tariefgroep III te declareren.

ALGEMENE BEPALINGEN BIJ TARIEFGROEP XI – INLICHTINGEN EN RAPPORTEN

1. Deze tariefgroep bevat de maximumtarieven voor inlichtingen en rapporten. Voor zover ten behoeve van inlichtingen en rapporten verrichtingen worden gedaan kunnen deze volgens de voor deze verrichtingen vigerende tarieven worden gedeclareerd.

2. Informatieverstrekking (119051 en 119052)

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

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

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

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

artikel 7: 685 van Burgerlijk Wetboek,

artikel 6 Buitengewoon Besluit Arbeidsverhoudingen

de Ziektewet (ZW),

de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)

de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ),

de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG),

de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA),

de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria (TWBIA),

de Toeslagenwet (TW),

de Werkloosheidswet (WW) en

de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV 1997), alsmede van de op al deze wetten gebaseerde lagere regelgeving.

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

Ambtshalve vaststelling

Op basis van artikel 8 lid 5 WTG stelt CTG/ZAio, ter uitvoering van deze beleidsregel, de maximumtarieven ter vervanging van reeds goedgekeurde of vastgestelde maximumtarieven ambtshalve vast per 1 januari jaar(t).