

TARIEFBESCHIKKING



COLLEGE TARIEVEN
GEZONDHEIDSZORG
ZORGAUTORITEIT GZ

krachtens de titels 1, 2 en 3 van hoofdstuk II van de WTG

Nummer : 5620-1900-06-2 Volgnr : 25

Het College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit i.o.

Datum ingang : 01-07-2006

Datum verzending : 10 juli 2006

Datum beschikking : 5 juli 2006

Datum verzoek :

Geldig tot :

Komt te vervallen:

nummer : *

Behandeld door : drs. V.A.J. Op den Drink

gegeven de inhoud van:

de beleidsregels voor medisch specialisten volgens het specialisme psychiaters en gelet op WTG-artikel 2 j° art. 8 lid 3 j° art. 8 lid 5

heeft besloten:

dat rechtsgeldig

door:

medisch specialisten volgens het specialisme psychiatrie als vermeld in artikel 1 onder B nummer 5 en door instellingen als vermeld in artikel 1 onder A, nummer 32 en 33 en de organen als bedoeld in artikel 4 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992

aan:

natuurlijke personen dan wel rechtspersonen, met inachtneming van de in de bijlage gestelde beperkingen

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximum tarief (in euro's):

maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties zoals omschreven in de bijgevoegde tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht.

* De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 5620-1900-06-1 van 16 december 2006 wordt met de onderhavige tariefbeschikking beperkt tot 1 juli 2006.

namens deze,

drs. A.L.M. Barendregt,
algemeen directeur

zie bijgevoegde toelichting

bij tariefbeschikking

Werkingsfeer

1. Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die
 - krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
 - in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
 - krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet /AWBZ-verzekerde.
2. Met de afgifte van deze tariefbeschikking wordt de geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking beperkt tot de ingangsdatum van deze tariefbeschikking.
3. **Bezwaar / Beroep**
Ingevolge artikel 35 van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) juncto artikel 7:1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan het orgaan voor gezondheidszorg of de representatieve organisatie van organen voor gezondheidszorg dan wel de ziektekostenverzekeraar of de representatieve organisatie van ziektekostenverzekeraars, die daardoor rechtstreeks in zijn belang is getroffen, binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij het College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o., de heer drs. A.L.M. Barendregt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

Voor tarieven met een ingangsdatum vóór 1 januari 2006 geldt onderstaande toelichting.**Werkingsfeer**

1. Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die
 - krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
 - in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
 - krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een ziekenfondswet-/AWBZ-verzekerde.
2. Met de afgifte van deze tariefbeschikking wordt de geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking beperkt tot de ingangsdatum van deze tariefbeschikking.
3. **Bezwaar / Beroep**
Ingevolge artikel 35 van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) juncto artikel 7:1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan het orgaan voor gezondheidszorg of de representatieve organisatie van organen voor gezondheidszorg dan wel de ziektekostenverzekeraar of de representatieve organisatie van ziektekostenverzekeraars, die daardoor rechtstreeks in zijn belang is getroffen, binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij het College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o., de heer drs. A.L.M. Barendregt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

Bijlage 1 bij tariefbeschikking 5620-1900-06-2 d.d. 5 juli 2006 met ingang van 1 juli 2006

INLEIDENDE BEPALINGEN

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 tarieven voor psychiaters. Zenuwartsen declareren bij neurologische patiënten volgens de tarieven voor neurologen.

1. Commissie ex artikel 5 AWBZ

Indien de tarieven 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 CTG/ZAio.

De "Commissie ex artikel 5 AWBZ" bestaat uit:

- vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, telefoonnummer: 030-6988911;
- vertegenwoordigers van de Orde van Medisch Specialisten, telefoonnummer 030-2985185
- vertegenwoordigers van de Kontaktcommissie 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 tarieven en bepalingen mogen inhouden, maar slechts mogen dienen om een juistere toepassing van de tarieven en bepalingen mogelijk te maken, waarbij een wijziging in de tarieven van een bepaalde verrichting of een bepaald onderzoek niet als een wezenlijke verandering wordt aangemerkt, worden geacht deel uit te maken van de tarieven 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 tarieven 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 dichtsbij gelegen 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 de consultatieve psychiatrie

Voor de prestaties die door psychiaters 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 de honorariumbedragen van de desbetreffende DBC's volgens de hiertoe per 1 januari 2005 vigerende beleidsregel (I-783). De DBC-bedragen worden door de instelling integraal gedeclareerd aan de patiënt danwel diens verzekeraar. De honorariumbedragen conform genoemde beleidsregel 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 tarieven voor de niet-klinisch hulp (is poliklinische hulp) die de psychiater/zenuwarts krachtens deze bepalingen aan de verzekerde verleent. Deze tarieven 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 vervoegt 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 activiteiten rondom indicatiestelling en indicatietoetsing, voorafgaand 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.

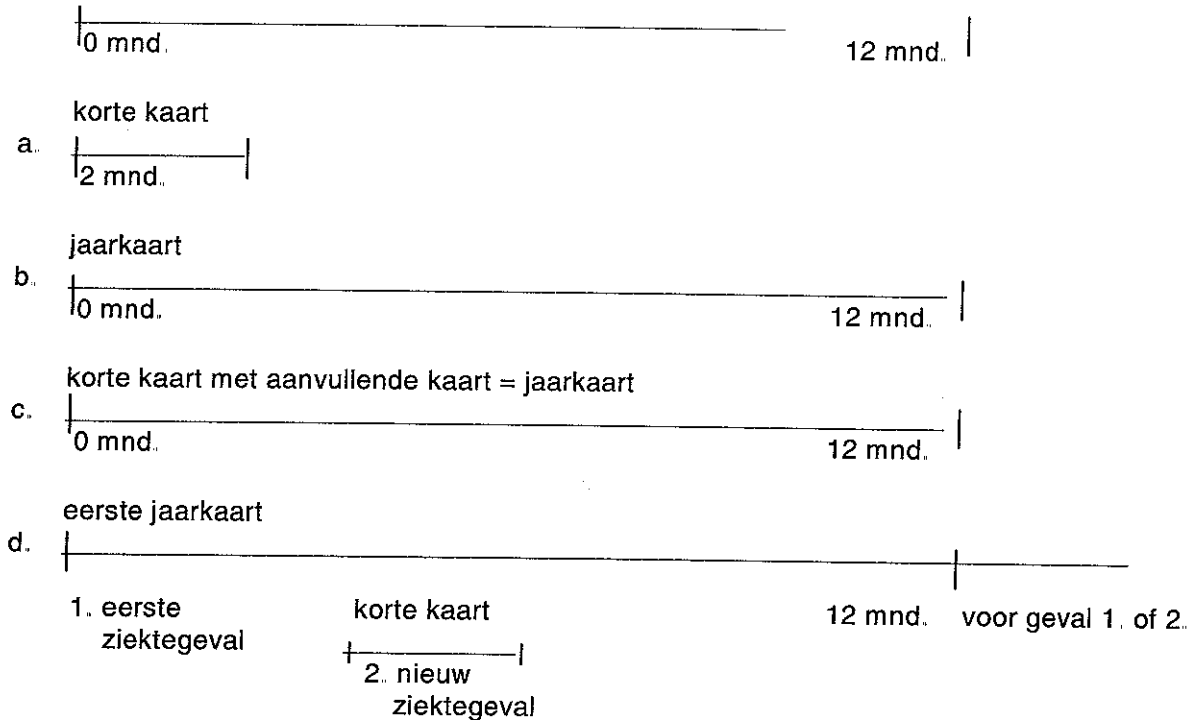
4.2 Niet-klinische behandeling gedurende de looptijd van de jaarkaart (langer dan twee maanden en korter dan een jaar).

Gedurende de looptijd van de jaarkaart 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 ten behoeve van psychosociale begeleiding

Het behandelcontact ten behoeve van psychosociale begeleiding bevat in beginsel 15 á 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 tarieven voor de klinische hulp voorzover niet geregeld 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 tarieven 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 opneming in twee delen uiteenvalt, waarbij van twee verschillende ziektegevallen sprake is, kunnen beide delen afzonderlijk worden gedeclareerd, hetzij 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 opneming 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 tarieven 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 tarief 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 tarief 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), de 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.

Bijlage 2 bij tariefbeschikking 5620-1900-06-2 van 5 juli 2006 met ingang van 1 juli 2006

De maximaal in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht door medisch specialisten volgens het specialisme psychiatrie met ingang van 1 juli 2006.

Ten aanzien van de onderstaande tarieven zijn de Algemene bepalingen psychiatrie met ingang van 1 juli 2006 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

Code	Omschrijving	tarief
TARIEFGROEP III – VERRICHTINGEN		
039900	Elektroshock	€ 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

* Ter vermindering van misverstanden wordt hier vermeld dat dit behandelcontact geen psychotherapie betreft en er derhalve géén eigen bijdrageregeling van toepassing is. Evenmin is een limitering van het aantal zittingen van toepassing.

Code	Omschrijving	tarief
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
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 behandelingstehuizen voor kinderen etc.	€ 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