

## TARIEFBESCHIKKING

### Overige Geneeskundige Zorg



|                                  |                                       |  |   |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| <b>Nummer</b><br>TB/REG-17622-01 | <b>Datum ingang</b><br>1 januari 2017 | <b>Datum beschikking</b><br>21 juni 2016     | <b>Datum verzending</b><br>23 juni 2016 |
| <b>Volgnr.</b><br>4              | <b>Geldig tot</b>                     | <b>Behandeld door</b><br>directie Regulering |   |

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

*op basis van de beleidsregel:*  
Overige geneeskundige zorg (BR-REG-17111)

*en meer in het bijzonder:*  
artikel 35, artikel 50 lid 1, onderdelen c en d jo. artikel 51 tot met 53 Wmg

*besloten:*  
dat rechtsgeldig

*door:*  
zorgaanbieders die geneeskundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) leveren voor zover de NZa voor de voornoemde zorg op grond van andere beleidsregels geen prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 van de Wmg (factoringmaatschappijen)

*aan:*  
alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

*de volgende prestaties en bijbehorende maximumtarieven (in euro's):*  
zoals omschreven in de bijgevoegde tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht, mits voldaan is aan de bij de betreffende prestatie beschreven voorschriften en beperkingen.

Bij contante betaling mag het eindbedrag worden afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van 5 eurocent. De declaraties dienen te worden gespecificeerd conform de beschrijvingen in de tarievenlijst. Bij contante betaling mag het eindbedrag worden afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van 5 eurocent.

Deze vastgestelde maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en -afdracht door een zorgaanbieder.

Met de inwerkingtreding van deze beschikking wordt de geldigheidsduur van beschikking TB/CU-7125-01 van 1 juli 2015 beperkt tot en met 31 december 2016.

Hoogachtend,  
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. J. Rijneveld  
unitmanager Eerstelijns Zorg en Ketens

zie bijgevoegde toelichting en de tarievenlijst Overige geneeskundige zorg

## TOELICHTING

bij tariefbeschikking

### 1. Werkingssfeer

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 Wet langdurige zorg, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/Wlz-verzekerde.

### 2. Bezwaar

Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto artikel 7:1 lid 1 Awb kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, unit Juridische Zaken, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar kan per post, per fax of, indien in uw geval van toepassing, via het webportaal <https://toegang.nza.nl> ingediend worden (dus niet via e-mail). In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift.

Het bezwaar moet volgens artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, de dagtekening, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Wij verzoeken u een kopie van het bestreden besluit bij te voegen.

## TARIEVENLIJST Overige geneeskundige zorg

### Bijlage bij tariefbeschikking TB/REG-17622-01

**DE MAXIMUMTARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE GENEESKUNDIGE ZORG ALS OMSCHREVEN BIJ OF KRACHTENS DE ZVW LEVEREN VOOR ZOVER DE NZA VOOR DE VOORNOEMDE ZORG OP GROND VAN ANDERE BELEIDSREGELS GEEN PRESTATIEBESCHRIJVINGEN HEEFT VASTGESTELD OP GROND VAN DE WMG IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT VOOR PRESTATIES VERRICHT MET INGANG VAN 1 JANUARI 2017**

#### 1. Geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten

**a.** *Inhoud van de prestatie*

Het leveren van individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekten. Hierbij kan sprake zijn van de noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden (ook) met het oog op bevorderen van de therapietrouw. De zorg kan enkel op consultbasis worden gedeclareerd.

**b.** *Begrenzing en beperking van de prestatie*

Individuele zorg bij tuberculose (infectie) en infectieziekte bestrijding kan alleen gedeclareerd worden door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen. De Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG bepaalt daarbij de registratiecriteria.

**c.** *Prestatie en tariefhoogte*

| <i>Prestatie</i>              | <i>Maximumtarief</i> |
|-------------------------------|----------------------|
| Consult korter dan 20 minuten | € 27,63              |
| Consult langer dan 20 minuten | € 55,27              |
| Visite korter dan 20 minuten  | € 41,45              |
| Visite langer dan 20 minuten  | € 69,08              |
| Telefonisch consult           | € 13,82              |
| Vaccinatie                    | € 13,82              |

**d.** De aan de zorgaanbieder in rekening gebrachte laboratoriumkosten en entstoffen in verband met vaccinatie kunnen enkel tegen kostprijs worden doorberekend. Aanvullend diagnostisch onderzoek door de zorgaanbieder kan op basis van de tariefbeschikking eerstelijnsdiagnostiek in rekening worden gebracht.

#### 2. Voetzorg bij diabetes mellitus

**a.** *Inhoud en differentiatie van de prestatie*

Het leveren van voetzorg aan patiënten met diabetes mellitus ter preventie of ter behandeling van voetulcera, zoals (zorginhoudelijk) beschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014" en de richtlijn Diabetische Voet 2006 van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).

De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen zoals beschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014", voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.

Het betreft:

**1. Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1**

De prestatie omvat anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie bij matig risico op wond/amputatie met verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde inspanning per voetcontrole.

## 2. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 2

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij hoog risico op wond/amputatie zonder verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning.

## 3. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 3

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij hoog risico op wond/amputatie met verhoogde druk. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning.

## 4. Voetzorg vallende onder zorgprofiel 4

De prestatie omvat het gehele zorgprofiel bij zeer hoog risico op wond/amputatie. Het tarief behorende bij deze prestatie is gebaseerd op een gemiddelde jaarlijkse inspanning

### b. *Begrenzing en beperking van de prestatie*

De prestaties die beschreven zijn in artikel 2, onderdeel a van deze tariefbeschikking hebben enkel betrekking op dat deel van de voetzorg die door het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen) in hun "Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus" gedeut is als te verzekeren zorg van de zorgverzekeringswet. De zorg maakt daarmee onderdeel uit van de zorgstandaard diabetes mellitus.

De prestaties in artikel 2, onderdeel a van deze tariefbeschikking kunnen enkel in rekening worden gebracht indien de zorg **geen** onderdeel uitmaakt van een integraal bekostigde zorgketen diabetes mellitus, zoals beschreven in de beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg", maar zorginhoudelijk wel voldoet aan de voorwaarden van die beleidsregel.

De prestaties kunnen enkel in rekening worden gebracht indien het gehele zorgprofiel zoals beschreven in artikel 2, onderdeel a van deze tariefbeschikking onder verantwoordelijkheid van de declarerende zorgaanbieder wordt of kan worden geleverd. De declarerende zorgaanbieder fungeert daarbij als hoofdaannemer van het gehele zorgprofiel. Indien delen van het zorgprofiel door de hoofdaannemer worden uitbesteed aan onderaannemers, dan geldt voor de onderlinge dienstverlening tussen hoofd- en onderaannemer een vrij tarief overeenkomstig bij integraal bekostigde zorgketen diabetes mellitus.

### c. *Prestaties en tariefhoogte*

| <i>Prestatie</i>                                  | <i>Maximumtarief</i> | <i>Opslag</i> |
|---|----------------------|---------------|
| Voetzorg vallende onder zorgprofiel 1             |                      |               |
| Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1 | € 35,61              |               |
| Voetzorg vallende onder zorgprofiel 2             | € 253,21             | € 89,68       |
| Voetzorg vallende onder zorgprofiel 3             | € 369,27             | €110,78       |
| Voetzorg vallende onder zorgprofiel 4             | € 495,88             | €121,33       |

De tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij.

### d. *Aanvullende opslag*

Bovenop het maximumtarief kan een opslag worden overeengekomen voor de behandeling van patiënten met een hogere zorgzwaarte dan het gemiddelde van de populatie. Voor de opslag geldt dat deze enkel in rekening kan worden gebracht indien voor individuele patiënten met een hogere dan gemiddelde zorgzwaarte hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt aan ten grondslag ligt. De aanvullende voorwaarden die moeten gelden voor het in rekening brengen van de opslag, kunnen in deze overeenkomst worden vastgelegd. Ook de opslag kent een maximumtarief.

### **3. Koemelkallergie test**

- a.** *Inhoud en differentiatie van de prestatie*  
Het leveren van een dubbelblinde placebogecontroleerde voedselprovocatietest conform de geldende richtlijn Voedselveiligheid jeugdgezondheidszorg. De patiënt krijgt op locatie van de zorgaanbieder in oplopende doses onder medisch toezicht in twee sessies testvoeding met of zonder koemelk toegediend, waarbij noch de betrokken behandelaars noch de patiënt (en diens ouders) op de hoogte zijn van welke testvoeding koemelk bevat.
- b.** *Tariefsoort en -hoogte*  
Het maximumtarief voor de prestatie bedraagt € 726,15.
- c.** *Contractvoorwaarde*  
Deze prestatie kan enkel in rekening worden gebracht indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.