

TARIEFBESCHIKKING



Nummer 6000-1900-09-1	Datum ingang 1 januari 2009	Datum beschikking 9 december 2008	Datum verzending 11 december 2008
Volgnr. 17	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregels:

voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden

en gelet op:

Wmg-artikel 35 jo.

art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden en
zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub2 van de Wmg

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in
de bij de tariefbeschikking 6000-1900-09-1 gevoegde tarievenlijst, in rekening kunnen
worden gebracht. Deze vastgestelde maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar
exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.

De declaraties dienen te worden gespecificeerd conform de beschrijvingen in de
tarievenlijst.

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 6000-1900-08-2 van 30 juni 2008
wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot 1 januari 2009.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder,
directeur a.i. Zorgmarkten Cure

zie bijgevoegde 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 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste 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.

TARIEVENLIJST LOGOPEDIE

Bijlage bij tariefbeschikking 6000-1900-09-1
van 9 december 2008



DE MAXIMUMTARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE PARAMEDISCHE ZORG LEVEREN ZOALS LOGOPEDISTEN DIE BIEDEN IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT VOOR PRESTATIES VERRICHT MET INGANG VAN 1 JANUARI 2009

De tarieven per patiënt	Tarief
1. Reguliere individuele behandeling	€ 27,90
2. Specifieke individuele behandeling van:	
- stotteren	€ 55,80
- preverbale logopedie	€ 55,80
- afasie-patiënten	€ 55,80

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

- Er moet sprake zijn van een gerichte verwijzing door een (huis)arts of (tandarts) specialist;
- De stottertherapie wordt gedaan door een zorgaanbieder die is ingeschreven in een door de NVLF en ZN aangewezen register;
- De preverbale logopedie wordt gedaan door een zorgaanbieder met opleiding en ervaring op het gebied van preverbale logopedie;
- 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 stottertherapie, preverbale logopedie en afasie-therapie het maximumtarief per reguliere behandeling.

3. Eenmalig logopedisch onderzoek € 55,80

Het tarief voor een eenmalig logopedisch onderzoek (op medische indicatie), ongeacht of er een behandeling volgt, kan alleen in rekening gebracht worden indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet sprake zijn van een gerichte schriftelijke vraag van de verwijzer voor een eenmalig onderzoek;
- Er moet sprake zijn van een schriftelijke rapportage van de zorgaanbieder aan de verwijzer.

4. Groepsbehandeling € 13,90

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

5. Specifieke behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma € 1.621,50

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.

6. Groepsbehandeling integrale Zorg Stotteren (IZS) per dagdeel € 84,60

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

doelgroep	dagdelen	therapiekosten	verblijfskosten	Overige kosten
Schoolkinderen en hun ouders	14	€ 1.184,40	€ 213,50	€ 114,00
Stotterende jongeren	10	€ 846,00	€ 132,50	€ 81,40
Volwassenen spreektechnieken	7	€ 592,20	€ 102,00	€ 57,00
Volwassenen angstreductie	17	€ 1.438,20	€ 295,00	€ 138,50
Volwassenen spreektechnieken & angstreductie	24	€ 2.030,40	€ 397,00	€ 195,50

7. Overleg met derden € 55,80

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

8. Verslaglegging aan derden € 55,80

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

9. Uittoeslag € 16,70

De hierboven onder punt 1 tot en met 3 alsmede 7 beschreven prestaties mogen worden verhoogd met de uittoeslag, indien de prestatie geschiedt bij de patiënt thuis. Indien tijdens één bezoek op één adres meer dan één patiënt wordt behandeld c.q. onderzocht, kan de uittoeslag slechts eenmaal in rekening worden gebracht. Van één adres is ook sprake bij behandeling in een ziekenhuis, verpleeghuis, bejaardenoord, verzorgingsflat of enigerlei andere daarmee in enig opzicht vergelijkbare woon- of verblijfplaats (bijvoorbeeld de zogenoemde aanleunwoningen). De uittoeslag kan per adres per dag slechts eenmaal in rekening worden gebracht.