



knmt verbindt

koninklijke nederlandse maatschappij
tot bevordering der tandheelkunde

Algemene Bepalingen behorende
bij de Tarievenlijst tandheelkundige zorg
Vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit

1 maart 2017

Algemene bepalingen behorende bij de maximumtarieven tandheelkundige zorg**Inhoudsopgave**

Hoofdstuk	Pagina
Algemene bepalingen bij hoofdstuk VII (Wortelkanaalbehandelingen)	2
Algemene bepalingen bij hoofdstuk IX (Kaakgewrichtsbehandelingen)	6
Algemene bepalingen bij hoofdstuk XII (Tandvlesbehandelingen)	9
Algemene bepalingen bij hoofdstuk XIII (Implantaten)	13
Algemene bepalingen bij hoofdstuk XVI (Orthodontie)	21
Regeling mondzorg	31

DISCLAIMER

De informatie in deze Algemene bepalingen is ontleend aan de vigerende tariefbeschikkingen van de Nederlandse Zorgautoriteit. De KNMT is niet aansprakelijk voor fouten in de gegevens of voor schade die het gevolg is van, of samenhangt met het gebruik van de gegevens. De NZa tariefbeschikkingen zijn altijd leidend.

ALGEMENE BEPALINGEN BIJ HOOFDSTUK VII WORTELKANAALBEHANDELINGEN (E)

De verrichtingen en tarieven uit hoofdstuk VII zijn exclusief:

- anesthesie;
- röntgenologische verrichtingen;
- verrichtingen die noodzakelijk zijn ter voorbereiding van de wortelkanaalbehandeling;
- kosten bijzondere materialen, zoals MTA;
- definitieve restauratie;
- isolatie d.m.v. rubberdam.

I. **Onderzoek, diagnostiek en behandelplanning**

In het wortelkanaalbehandeling consult, E01, wordt een score volgens de Dutch Endodontic Treatment Index (de DETI-score) vastgesteld en het behandelplan aan de hand daarvan besproken. Het uitgebreid wortelkanaalbehandeling consult (E02) wordt in rekening gebracht wanneer op grond van de DETI-score (DETI-score B) de Classificatielijst Endodontische Behandeling wordt ingevuld. Naast de bij het wortelkanaalbehandeling consult genoemde punten omvat het uitgebreid wortelkanaalbehandeling consult in voorkomende gevallen ook het schrijven van een verwijzingsbrief.

DETI-score

Ten behoeve van de diagnostiek van wortelkanaalbehandelingen wordt een DETI-score gedaan. Het doel van deze score is om, voorafgaand aan de endodontische behandeling, aan de hand van een aantal objectieve criteria een onderscheid te maken tussen een ongecompliceerde en een gecompliceerde wortelkanaalbehandeling.

Score A: Geen van de complicerende factoren is aanwezig.

Score B: Eén of meer van deze complicerende factoren is van toepassing.

Wanneer één of meer van deze complicerende factoren van toepassing is dient de Classificatielijst Endodontische Behandeling te worden ingevuld.

Classificatielijst Endodontische Behandeling

Er volgt, aan de hand van het aantal gescoorde punten, een indeling in Klasse I (14-18 punten), Klasse II (19-24 punten) of Klasse III (meer dan 24 punten).

Klasse I betreft de ongecompliceerde wortelkanaalbehandeling. Hiervoor geldt hetzelfde maximumtarief als bij DETI-score A.

Klasse II en III betreffen de gecompliceerde wortelkanaalbehandelingen.

II. **Eindtermen**

Na voltooiing van de wortelkanaalbehandeling dient deze aan de volgende eindtermen te voldoen:

Het wortelkanaal dient door preparatie, met behoud van voldoende tandweefsel, dusdanig te worden vormgegeven dat de ontstane ruimte volledig kan worden gereinigd en hermetisch kan worden afgesloten met een wortelkanaalvulling.

Bij röntgenologische controle van het eindresultaat dient de geprepareerde ruimte volledig te zijn gevuld behalve het gedeelte dat eventueel ruimte moet bieden aan de (stift-) opbouw.

III. **Declaratieprocedure**

Bij een Klasse II of III wortelkanaalbehandeling kunnen naast het maximumtarief van de wortelkanaalbehandeling in rekening worden gebracht:

- de daarvoor geldende toeslagen uit hoofdstuk E (prestaties E51 tot en met E57);
- de daartoe geëigende codes bij een voorbehandeling bij isolatie door middel van rubberdam;
- de geëigende codes uit hoofdstuk XII wanneer parodontale voorbehandeling nodig is wegens endo-parodontale problematiek.

Handleiding bij het vaststellen van de moeilijkheidsgraad van een wortelkanaalbehandeling

Om de moeilijkheidsgraad van een wortelkanaalbehandeling vast te stellen is er een lijst met een uitgebreid aantal objectieve criteria opgesteld, de 'Classificatie Endodontische Behandeling'. Omdat het niet noodzakelijk is om voor elke wortelkanaalbehandeling deze uitgebreide screening uit te voeren is er een simpele, korte index gemaakt, de 'Dutch Endodontic Treatment Index'. Met deze DETI-score kan onderscheid gemaakt worden tussen een ongecompliceerde (DETI-score A) en een (mogelijk) gecompliceerde (DETI-score B) wortelkanaalbehandeling. Indien geen van de onderstaande criteria van toepassing is kunt u de wortelkanaalbehandeling als ongecompliceerd aanmerken (DETI-score A). Wanneer u één of meer criteria kunt aankruisen, dan is er een kans dat zich complicaties kunnen voordoen bij het uitvoeren van de wortelkanaalbehandeling (DETI-score B). Daarom wordt in dat geval de 'Classificatie Endodontische Behandeling' ingevuld om de moeilijkheidsgraad vast te stellen en te overwegen de behandeling zelf uit te voeren of de patiënt te verwijzen.

DETI-score ('Dutch Endodontic Treatment Index')

JA

- Fysieke beperkingen/ coöperatie patiënt matig tot slecht
- Diagnose moeilijk te stellen
- Premolaar > 2 kanalen
- Molaar > 3 kanalen/ derde molaar
- Kanaalsplitsing in middelste/ apicaal derde deel
- Matige tot sterke rotatie en/of inclinatie element (> 10°)
- Afwijkende kroon- en/of wortelmorfologie/ lengte wortel ≥ 30 mm
- Voorbehandeling nodig bij isolatie m.b.v. rubberdam
- Kroon, opbouw en/of wortelstift aanwezig
- Matige tot sterke kanaalkrommingen (> 10°)
- Obstructies, resorpties, calcificaties, perforaties en/of open apices
- Element eerder endodontisch behandeld
- Endo-paro problematiek
- Trauma in anamnese

Geen van bovenstaande criteria is van toepassing	→	DETI- score A	→	Start wortelkanaalbehandeling
Eén of meer van bovenstaande criteria is van toepassing	→	DETI- score B	→	Stel moeilijkheidsgraad vast door middel van Classificatie

CLASSIFICATIE ENDODONTISCHE BEHANDELING

criteria	1 punt per item gemiddeld risico	2 punten per item bovengemiddeld risico	5 punten per item groot risico
----------	----------------------------------	---	--------------------------------

A. Patiëntgebonden factoren

1. Mondopening en fysieke beperkingen	<input type="checkbox"/> Normale mondopening (≥ 35 mm)	<input type="checkbox"/> Beperkte mondopening (25-35 mm) <input type="checkbox"/> Moeilijkheden om film vast te houden	<input type="checkbox"/> Zeer beperkte mondopening (≤ 25 mm) <input type="checkbox"/> Beperking om achterover in de stoel te kunnen liggen
2. Röntgenologische problemen	<input type="checkbox"/> Normale condities	<input type="checkbox"/> Sterke braakreflex <input type="checkbox"/> Smal of vlak palatum/ondiepe mondbodem	<input type="checkbox"/> Moeilijk om een goed beeld te krijgen door gesuperponeerde anatomische structuren
3. Diagnose	<input type="checkbox"/> Duidelijke symptomen en klinische bevindingen: diagnose levert geen problemen op	<input type="checkbox"/> Differentiële diagnose van toepassing bij duidelijke symptomen en klinische bevindingen	<input type="checkbox"/> Complexe symptomen en tegenstrijdige of onduidelijke klinische bevindingen: diagnose is moeilijk te stellen

B. Elementgebonden factoren

4. Positie in tandboog	<input type="checkbox"/> Front en premolaren	<input type="checkbox"/> 1 ^{ste} of 2 ^{de} molaar	<input type="checkbox"/> 3 ^{de} molaar
5. Inclinatie en rotatie element	<input type="checkbox"/> Geen/geringe inclinatie ($\leq 10^\circ$) <input type="checkbox"/> Geen/geringe rotatie ($\leq 10^\circ$)	<input type="checkbox"/> Matige inclinatie (10-30°) <input type="checkbox"/> Matige rotatie (10-30°)	<input type="checkbox"/> Extreme inclinatie ($\geq 30^\circ$) <input type="checkbox"/> Extreme rotatie ($\geq 30^\circ$)
6. Morfologische afwijkingen kroon, isolatie element	<input type="checkbox"/> Normale, oorspronkelijke kroonmorfologie <input type="checkbox"/> Geen voorbehandeling vereist voor isolatie	<input type="checkbox"/> Taurodontie/microdontie <input type="checkbox"/> Eenvoudige voorbehandeling vereist voor isolatie	<input type="checkbox"/> Dubbeltand/dens in dente* <input type="checkbox"/> Uitgebrede voorbehandeling vereist voor isolatie
7. Toegankelijkheid wortelkanaalstelsel	<input type="checkbox"/> Normale toegankelijkheid	<input type="checkbox"/> Discrepantie lengteas wortel en kroon <input type="checkbox"/> Amalgaamopbouw zonder wortelstift in pulpakamer	<input type="checkbox"/> Gegoten, porseleinen of goud-porseleinen restauratie <input type="checkbox"/> Composietopbouw in pulpakamer <input type="checkbox"/> Wortelstift/gegoten stiftopbouw*
8. Wortel- en kanaalmorfologie	<input type="checkbox"/> I-vormige kanaalvorm <input type="checkbox"/> Geen of geringe kanaalkromming ($< 10^\circ$) <input type="checkbox"/> Frontelement of premolaar met 1 kanaal	<input type="checkbox"/> J-vormige kanaalvorm <input type="checkbox"/> Matige kanaalkromming (10-30°) <input type="checkbox"/> Frontelement of premolaar met 2 kanalen <input type="checkbox"/> Molaar met ≤ 3 kanalen <input type="checkbox"/> Kanaalbehandeling reeds gestart, maar niet voltooid, door vorige behandelaar	<input type="checkbox"/> C- of S-vormige kanaalvorm <input type="checkbox"/> Extreme kanaalkromming ($\geq 30^\circ$) <input type="checkbox"/> Premolaar met 3 kanalen <input type="checkbox"/> Molaar met > 3 kanalen <input type="checkbox"/> Kanaalsplitsing in middelste of apicaal derde deel <input type="checkbox"/> Zeer lange wortel (≥ 30 mm)
9. Morfologie apex	<input type="checkbox"/> Gesloten (=volgroeide) apex		<input type="checkbox"/> Open apex (onvolgroeide apex/apexresectie zonder retrograde afsluiting)
10. Kanaalcalcificaties	<input type="checkbox"/> Goed zichtbare kanalen	<input type="checkbox"/> Pulpakamer/kanalen zichtbaar maar aanzienlijk vernauwd <input type="checkbox"/> Pulpastenen	<input type="checkbox"/> Bijna geheel of gedeeltelijk onzichtbaar kanaalverloop <input type="checkbox"/> Kanalen niet zichtbaar*

ALGEMENE BEPALINGEN

criteria	1 punt per item gemiddeld risico	2 punten per item bovengemiddeld risico	5 punten per item groot risico
11. Resorpties		<input type="checkbox"/> Interne resorptie zonder perforatie <input type="checkbox"/> Apicale resorptie	<input type="checkbox"/> Interne resorptie met perforatie* <input type="checkbox"/> Externe resorptie met* of zonder perforatie
12. Iatrogene incidenten		<input type="checkbox"/> Perforaties boven botniveau	<input type="checkbox"/> Afgebroken instrument* <input type="checkbox"/> Ledging* <input type="checkbox"/> Apicale transportaties* <input type="checkbox"/> Perforaties onder botniveau*

C. Additionele Factoren

13. Revisie van eerder voltooide kanaalbehandeling			<input type="checkbox"/> Revisie van eerder voltooide kanaalbehandeling <input type="checkbox"/> Zilverstiftsectie*
14. Trauma in anamnese	<input type="checkbox"/> Ongecompleeerd kroonfractuur <input type="checkbox"/> Wortelfractuur in apicaal derde deel <input type="checkbox"/> Contusie	<input type="checkbox"/> Gecompleeerd kroon (-wortel) fractuur van element met volgroeide apex <input type="checkbox"/> Wortelfractuur in middelste derde deel <input type="checkbox"/> Subluxatie/fractuur processus alveolaris	<input type="checkbox"/> Gecompleeerd kroon (-wortel) fractuur van element met onvolgroeide apex <input type="checkbox"/> Wortelfractuur in cervicaal derde deel <input type="checkbox"/> Andere luxaties/avulsies
15. Endo-paro laesie			<input type="checkbox"/> Mobiliteit/ pocket / fenestratie / dehiscentie <input type="checkbox"/> Furcatieproblematiek <input type="checkbox"/> Wortelresectie / hemisectie uitgevoerd of noodzakelijk
Subtotaal	<input type="checkbox"/> x 1 =	<input type="checkbox"/> x 2 =	<input type="checkbox"/> x 5 =
* Deze criteria vallen automatisch in Klasse III		Totaal: →	<input type="checkbox"/> 14-18 punten Klasse I <input type="checkbox"/> 19-24 punten Klasse II <input type="checkbox"/> > 24 punten Klasse III

ALGEMENE BEPALINGEN BIJ HOOFDSTUK IX KAAKGEWRICHTSBEHANDELINGEN (G)

ONDERDEEL A (CRANIO-MANDIBULAIRE DYSFUNCTIE)

Eenvoudig onderzoek

Het eenvoudig diagnostisch onderzoek kan worden gedeclareerd als code verrichting C11 of C13.

Uitgebreid onderzoek

Uitgebreid onderzoek verricht de zorgaanbieder aan de hand van functieonderzoek in die gevallen waarin een eenvoudig diagnostisch onderzoek niet tot een verantwoorde diagnose leidt. Indien nodig wordt het functieonderzoek aangevuld met röntgenonderzoek.

1. Uitgebreid functieonderzoek (UFO)
 - 1.1 Onder uitgebreid functieonderzoek wordt verstaan:
 - het registreren van de klacht;
 - het afnemen van een uitgebreide medische, dentale en psychosociale anamnese;
 - het doen van bewegingsonderzoek;
 - het schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
 - het formuleren van een werkdiagnose.
 - 1.2 Onder bewegingsonderzoek wordt verstaan het meten van de maximale bewegingsuitslagen, het rapporteren van pijn (van gewricht of spier), het rapporteren van gewrichtsgeluiden (knappen en/of crepitatie), orthopedische testen, palpatie kauwspiermusculatuur en kaakgewricht en onderzoek van occlusie en articulatie.
 - 1.3 In het maximumtarief voor het uitgebreid functieonderzoek is tevens begrepen het geven van uitleg over de mogelijke afwijking aan de patiënt, het geven van adviezen aangaande parafunctionaliteiten en gewoonten, alsmede (indien van toepassing) initiële instructie spieroefeningen en/of initieel correctief inslijpen.
2. Röntgenonderzoek

Het röntgenonderzoek kan in alle gevallen, indien van toepassing, als afzonderlijke verrichting worden gedeclareerd volgens de tarieven uit hoofdstuk II. In de tarieven van röntgenonderzoek zijn alle kosten begrepen.

Gedocumenteerde verwijzing gnathologie (kaakgewrichtsbehandeling)

1. Hieronder wordt verstaan het schriftelijk verwijzen van de patiënt, indien er sprake is van problemen die een multidisciplinaire en/of gedifferentieerde aanpak noodzakelijk maken, met verstrekking van uitvoerige informatie/documentatie over de aard van de klacht, het uitgevoerd onderzoek en de bevindingen.
2. Het maximumtarief kan uitsluitend gedeclareerd worden, indien daaraan voorafgaand het uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden.

Therapie na uitgebreid functieonderzoek

Instructie spieroefeningen

1. Onder instructie spieroefeningen wordt verstaan:
 - het demonstreren en oefenen van de juiste openings- en sluitingsbeweging;
 - het aangeven van methoden om de juiste beweging aan te leren;
 - het afgeven van een op schrift gestelde instructie aan de patiënt;
 - het controleren van het resultaat.
2. Het maximumtarief voor instructie spieroefeningen kan uitsluitend gedeclareerd worden indien voorafgaand het uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden én indien het een zelfstandige verrichting betreft die in een aparte zitting plaatsvindt.
3. Het maximumtarief geldt per zitting. In een periode van vier aaneengesloten maanden kunnen maximaal drie zittingen in rekening worden gebracht.

Occlusale spalk, repositiespalk

1. In het maximumtarief van de occlusale spalk, respectievelijk repositiespalk is begrepen: het maken van afdrukken, de registratie, ongeacht de methode, en het plaatsen van de spalk, inclusief kleine correcties en het geven van bijbehorende instructie omtrent het gebruik.
2. Het maximumtarief kan uitsluitend gedeclareerd worden indien uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden. (Indien een occlusale opbeetplaat wordt vervaardigd zonder voorafgaand uitgebreid functieonderzoek, is het maximumtarief voor occlusale opbeetplaat (G69) van toepassing.)
3. In het maximumtarief voor controlebezoek spalk (G64) is de eenvoudige aanpassing van de spalk begrepen, alsmede het geven van bijbehorende instructie omtrent het gebruik. In een periode van zes aaneengesloten weken kunnen maximaal vier controlebezoeken in rekening worden gebracht.

Indirect planmatig inslijpen

1. In het maximumtarief voor indirect planmatig inslijpen is begrepen: het maken van afdrukken, de registratie van de gewenste occlusale verhoudingen - ongeacht de methode -, het plaatsen van de modellen in een articulator, het maken van een op schrift gesteld inslijpplan alsmede het uitvoeren van de inslijpprocedure, ongeacht het aantal zittingen waarin een en ander plaatsvindt.
2. Het maximumtarief voor indirect planmatig inslijpen kan uitsluitend gedeclareerd worden indien voorafgaand het uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden.
3. Direct correctief inslijpen in dezelfde zitting waarin het uitgebreid functieonderzoek plaatsvindt, kan niet afzonderlijk in rekening worden gebracht, maar is begrepen in het maximumtarief voor het uitgebreid functieonderzoek.
4. Voor correctief inslijpen, zonder voorafgaande modelanalyse en zonder op schrift gesteld inslijpplan, is het maximumtarief voor code G64 van toepassing.

Biofeedbacktherapie en behandeling triggerpoint

1. Het maximumtarief voor biofeedbacktherapie en/of behandeling triggerpoint kan uitsluitend gedeclareerd worden indien voorafgaand uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden.

Occlusale opbeetplaat

1. Hieronder wordt verstaan: de vervaardiging en plaatsing van een occlusale plaat van kunsthars - zonder dat voorafgaand uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden - met als doel: het voorkómen van schadelijke effecten die kunnen optreden als gevolg van parafunctionele activiteit en/of bepaalde gewoonten (bijvoorbeeld: bruxeren, knarsen, klemmen).
2. In het maximumtarief voor de occlusale opbeetplaat is begrepen: het maken van afdrukken, de registratie - ongeacht de methode - en het plaatsen van de opbeetplaat, inclusief kleine correcties en het geven van bijbehorende instructie omtrent het gebruik.
3. Eventuele controlebezoeken - al dan niet met kleine correcties, uit te voeren aan de opbeetplaat - kunnen worden gedeclareerd als G64.

ONDERDEEL C

Snurk- en slaapstoornisbeugel (Mandibulair Repositie Apparaat, MRA)

1. Onder een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) wordt verstaan: Een apparaat waarmee de onderkaak gedwongen van positie verandert met als doel de bovenste luchtwegen te verruimen en/of snurken te beperken.
2. In het maximumtarief voor het MRA (code G71) is inbegrepen:
 - het maken van afdrukken;
 - de registratie (ongeacht de methode);
 - het plaatsen van het apparaat, inclusief het aanbrengen van kleine correcties en het geven van bijbehorende instructies omtrent het gebruik;
 - nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van het MRA.De techniekkosten voor het MRA mogen apart in rekening worden gebracht.
3. In het maximumtarief voor het MRA zijn consultatie en diagnostiek (inclusief eventuele röntgenfoto's) niet inbegrepen. Dit kan apart in rekening worden gebracht met de prestatiebeschrijvingen uit hoofdstuk I Consultatie en diagnostiek (C) en hoofdstuk II Röntgendiagnostiek (X).
4. Controlebezoeken, al dan niet met kleine correcties aan het MRA of andere kleine verrichtingen, kunnen vanaf twee maanden na plaatsing in rekening worden gebracht (code G72).
5. Voor een consult naar aanleiding van een klacht kunnen de prestatiebeschrijvingen uit hoofdstuk I Consultatie en diagnostiek (C) apart in rekening worden gebracht.
6. In het geval het MRA gemaakt wordt vanwege OSAS (Obstructief Slaap Apneu Syndroom) zal multidisciplinaire diagnostiek tot de indicatie MRA-behandeling hebben geleid. Voor de keuze van een type MRA kan het noodzakelijk zijn om aanvullend onderzoek te doen. Dit aanvullend onderzoek kan apart in rekening worden gebracht met behulp van de prestatiebeschrijvingen uit onderdeel B van hoofdstuk I Consultatie en diagnostiek (C).
7. In het geval er voor het repareren van het MRA (code G73) opnieuw moet worden geregistreerd, is het vervaardigen en declareren van een nieuwe MRA mogelijk (code G71 plus techniekkosten).

ALGEMENE BEPALINGEN BIJ HOOFDSTUK XII TANDVLEESBEHANDELINGEN (T)

Algemeen

De verrichtingen en tarieven uit hoofdstuk XII (tandvleesbehandelingen), zijn exclusief:

- röntgenologische verrichtingen (hoofdstuk II);
- de kostprijs van materialen ten behoeve van toepassing van regeneratietechnieken;
- de kostprijs van specifiek laboratoriumonderzoek ten behoeve van bacteriologische testen en inclusief instructie mondhygiëne.

Onderdeel A van dit hoofdstuk betreft de in rekening te brengen verrichtingen en tarieven voor onderzoek, diagnostiek, behandeling en nazorg van patiënten met parodontale aandoeningen (geregistreerde DPSI-score 3 en 4) volgens bestaande protocollen; op dit onderdeel zijn de Algemene Bepalingen van toepassing.

Onderdeel B betreft de in rekening te brengen verrichtingen en tarieven voor specifieke parodontale behandelingen, ongeacht de gemeten DPSI-score.

ONDERDEEL A

Verrichtingen bij patiënten met parodontale aandoeningen (DPSI-screening: score 3 of 4). Naast verrichtingencodes uit onderdeel A kunnen de codes C11, C13, C22, C28, M10 en M20 niet in rekening worden gebracht. De reden hiervoor zit in de overlap in zorg/diagnostiek horend bij deze verrichtingen. Uitzondering hierop is C11 in combinatie met T51, T52, T53, T54, T55, T56, indien de nazorg wordt geboden door een andere zorgverlener en de consument het paroprotocol in deze praktijk heeft doorlopen. Tevens kunnen naast de verrichtingen, genoemd in de paragrafen 2, 4 en 6 van dit onderdeel, de codes M01, M02, M03 niet worden berekend.

1. Onderzoek, diagnostiek en behandelingsplanning

A. Parodontaal onderzoek met pocketstatus (T11)

1. Het maximumtarief voor parodontaal onderzoek met pocketstatus kan uitsluitend gedeclareerd worden indien tijdens voorafgaand screeningsonderzoek een DPSI-score 3-negatief is vastgesteld, en geldt ongeacht het aantal benodigde zittingen.
2. Onder **parodontaal onderzoek met pocketstatus** wordt verstaan:
 - het afnemen van een tandheelkundige, medische en psychosociale anamnese;
 - het exploratief sonderen van de pocketdiepte rondom alle aanwezige elementen via zespuntsmeting en het noteren van de pockets met een diepte van 4 mm of meer;
 - het noteren van de locaties met bloeding na sonderen;
 - het vaststellen van het niveau van mondhygiënische zelfzorg van de patiënt;
 - het stellen van de diagnose en het inschatten van de prognose per element;
 - het opstellen van een parodontaal behandelingsplan;
 - het bespreken van de bevindingen en het behandelingsplan met de patiënt.
3. In het maximumtarief voor parodontaal onderzoek is begrepen het verstrekken van algemene informatie aan de patiënt, alsmede het bespreken van het belang van mondhygiënische zelfzorg, en het zo nodig overleg voeren met of verwijzen naar een zorgaanbieder zijnde tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, huisarts, specialist of instelling voor bijzondere tandheelkunde.

B Parodontaal onderzoek met parodontiumstatus (T12)

1. Het maximumtarief voor parodontaal onderzoek met parodontiumstatus kan uitsluitend gedeclareerd worden, indien tijdens voorafgaand screeningsonderzoek een DPSI-score 3-positief of score 4 is vastgesteld en geldt ongeacht het aantal benodigde zittingen.
2. Onder **parodontaal onderzoek met parodontiumstatus** wordt verstaan:
Alle verrichtingen, opgesomd en genoemd onder 'parodontaal onderzoek met pocketstatus' (zie hierboven onder A. 2 en 3) met als extra uit te voeren handelingen:
 - het meten en vastleggen van gegevens over recessies en furcatieproblemen;
 - het meten en vastleggen van gegevens over mobiliteit van de elementen.

2. Initiële parodontale behandeling (T21, T22)

1. Het maximumtarief voor initiële parodontale behandeling (T21 en T22) kan uitsluitend in rekening worden gebracht na uitgevoerd parodontaal onderzoek met pocketstatus of parodontiumstatus bij patiënten met gemeten en geregistreeerde DPSI-score 3 of 4.
2. Bij initiële parodontale behandeling kan maximaal tweemaal per 3 elementen anesthesie (A10) in rekening worden gebracht.
3. Onder **initiële parodontale behandeling** wordt verstaan:
 - kleurtest;
 - plaque-index;
 - het verwijderen van alle aanwezige supra- en subgingivale plaque en tandsteen;
 - rootplaning;
 - het polijsten van de elementen;
 - het begeleiden tot het moment dat de herbeoordeling kan plaatsvinden;
 - het geven van instructie mondhygiëne en voorlichting over mondhygiëne.
4. Het maximumtarief T21 en T22 is uitsluitend van toepassing voor initiële parodontale behandeling van elementen met geregistreeerde pocketdiepte ≥ 4 mm.

3. Herbeoordeling en behandelingsplanning (T31, T32, T33)

1. Het maximumtarief voor herbeoordeling met pocketstatus (T31) is van toepassing bij patiënten met vooraf gemeten DPSI-score 3-negatief.

Het maximumtarief voor herbeoordeling met parodontiumstatus (T32) is van toepassing bij patiënten met vooraf gemeten DPSI-score 3-negatief of score 4.
2. **Herbeoordeling met pocketstatus (T31)** omvat:
 - het exploratief sonderen van de pocketdiepte rondom alle aanwezige elementen via zespuntsmeting en het noteren van de pockets met een diepte van 4 mm of meer;
 - het noteren van de locaties met bloeding na sonderen;
 - het vaststellen van het niveau van de mondhygiënische zelfzorg van de patiënt;
 - het bespreken van het resultaat van de uitgevoerde behandeling met de patiënt.
3. **Herbeoordeling met parodontiumstatus (T32)** omvat:
Alle verrichtingen, hierboven opgesomd en genoemd onder 3.2, met als extra behandelingen:
 - het meten en vastleggen van gegevens over recessies en furcatieproblemen;
 - het meten en vastleggen van gegevens over de mobiliteit van de elementen.
4. In het maximumtarief van **T33 (Uitgebreid bespreken vervolgtraject)** is begrepen het vaststellen van het parodontaal vervolgtraject en het bespreken daarvan met de patiënt. T33 kan uitsluitend in combinatie met een herbeoordeling met pocketstatus (T31) dan wel een herbeoordeling met parodontiumstatus (T32) worden verricht en gedeclareerd.

4. Parodontale nazorg (T51 t/m T56)

1. Het maximumtarief voor consult parodontale nazorg is uitsluitend van toepassing voor patiënten met vooraf gemeten DPSI-score 3 of 4, bij wie na een initiële parodontale behandeling de herbeoordeling heeft plaatsgevonden.
2. Het maximumtarief voor consult parodontale nazorg is eveneens van toepassing voor de nazorg ten behoeve van patiënten bij wie, na een flapoperatie, het postoperatief evaluatieonderzoek heeft plaatsgevonden.
3. Een **standaardconsult parodontale nazorg** omvat:
 - het beoordelen van de parodontale situatie;
 - het controleren van de mondhygiëne;
 - het verwijderen van de aanwezige plaque en tandsteen;
 - zonodig rootplaning;
 - het polijsten van de gebitselementen;
 - het geven van instructie mondhygiëne en voorlichting over mondhygiëne.
4. Een **kort consult parodontale nazorg** omvat:

In principe zonodig dezelfde items als genoemd bij een standaardconsult parodontale nazorg met dien verstande dat bij het korte consult, wegens bijvoorbeeld een uitzonderlijk goede mondhygiëne of een zeer beperkt aantal aanwezige gebitselementen, niet alle items in dezelfde omvang hoeven plaats te vinden.
5. Een **uitgebreid consult parodontale nazorg** omvat:

In principe dezelfde items als genoemd bij een standaardconsult parodontale nazorg met dien verstande dat door omstandigheden - zoals hoge vatbaarheid voor parodontale ontsteking, een niet geheel optimale mondhygiëne of een systeemziekte met relatie tot parodontale aandoeningen - op meerdere items van de voorlichting en/of het klinisch handelen een zwaardere nadruk moet worden gelegd.
6. Het maximumtarief voor consult parodontale nazorg is niet (meer) van toepassing voor periodieke vervolgonconsulten, indien bij evaluatieonderzoek van de parodontaal behandelde patiënt is komen vast te staan dat geen pockets meer aanwezig zijn met een diepte van 4 mm of meer.

5. Evaluatieonderzoek en behandelingsplanning (T60, T61)

1. Het maximumtarief voor evaluatieonderzoek met pocketstatus (T60) is van toepassing bij patiënten met vooraf gemeten DPSI-score 3-negatief. Het maximumtarief voor evaluatieonderzoek met parodontiumstatus (T61) is van toepassing bij patiënten met vooraf gemeten DPSI-score 3-positief of score 4. Het evaluatieonderzoek vindt na parodontale behandeling, herbeoordeling en nazorg plaats.
2. **Evaluatieonderzoek met pocketstatus (T60)** omvat:
 - het evalueren van een tandheelkundige, medische en psychosociale anamnese;
 - het exploratief sonderen van de pocketdiepte rondom alle aanwezige elementen via een zespuntsmeting en het noteren van de pockets met een diepte van 4 mm of meer;
 - het noteren van de locaties met bloeding na sonderen;
 - het vaststellen van het niveau van de mondhygiënische zelfzorg van de patiënt;
 - het noteren van de bevindingen;
 - het bespreken van het resultaat van de uitgevoerde behandeling met de patiënt.
3. **Evaluatieonderzoek met parodontiumstatus (T61)** omvat:

Alle verrichtingen, hierboven opgesomd en genoemd onder 5.2, met als extra handelingen:

 - het opnieuw meten en vastleggen van gegevens over recessies en furcatieproblemen;
 - het opnieuw meten en vastleggen van gegevens over de mobiliteit van de elementen.
4. In het maximumtarief voor evaluatieonderzoek is begrepen het vaststellen en vastleggen van het vervolgotraject en het bespreken daarvan met de patiënt.

6. Parodontale chirurgie (T70 t/m T76)

1. In het maximumtarief voor **flapoperatie (T70, T71, T72, T76)** is begrepen:
 - het operatieklaar maken van de behandelruimte en het voorbereiden van de patiënt;
 - het geven van verdoving;
 - het opklappen van de mucosa;
 - het reinigen van de worteloppervlakken en rootplaning;
 - het zonodig corrigeren van de botrand;
 - het zonodig gelijktijdig uitvoeren van een tuber- of retromolaarplastiek;
 - het hechten van de gingiva en mucosa inclusief wondtoilet;
 - het instrueren van de patiënt en het zonodig voorschrijven van medicamenten;
 - het maken van een operatieverslag.

2. Onder **directe postoperatieve zorg, kort (T73)** wordt verstaan:
 - het controleren van de wondgenezing;
 - het verwijderen van hechtingen en eventueel wondverband;
 - het verwijderen van plaque en eventuele aanslag;
 - het (zonodig) plaatselijk desinfecteren;
 - het geven van instructie mondhygiëne en voorlichting over mondhygiëne.

3. Onder **directe postoperatieve zorg, uitgebreid (T74)** wordt verstaan:
 - het controleren van de wondgenezing en de mondhygiëne;
 - het verwijderen van plaque, tandsteen en zonodig rootplaning;
 - het verwijderen van chloorhexidine-aanslag;
 - het (zonodig) plaatselijk desinfecteren;
 - het geven van instructie mondhygiëne en voorlichting over mondhygiëne;
 - het meten van de plaque-score.

4. Onder **postoperatief evaluatie-onderzoek met parodontiumstatus (T75)** wordt verstaan:
 - het exploratief sonderen van de pocketdiepte rondom alle aanwezige elementen via zespuntsmeting en het noteren van de pockets met een diepte van 4 mm of meer;
 - het noteren van de lokaties met bloeding na sonderen;
 - het opnieuw meten en vastleggen van gegevens over recessies en furcatieproblemen;
 - het opnieuw meten en vastleggen van gegevens over de mobiliteit van de elementen;
 - het vaststellen van het niveau van de mondhygiënische zelfzorg van de patiënt;
 - het noteren van de bevindingen;
 - het bespreken van het resultaat van de uitgevoerde behandeling met de patiënt.

5. In het maximumtarief voor postoperatief evaluatieonderzoek is tevens begrepen het vaststellen en vastleggen van het vervolgtraject en het bespreken daarvan met de patiënt.

Algemene Bepalingen bij hoofdstuk XIII IMPLANTATEN (J)

De verrichtingen en tarieven uit hoofdstuk XIII (Implantaten) zijn:

- exclusief röntgenologische verrichtingen;
- exclusief kostprijs implantaat, dat wil zeggen: exclusief alle materialen die door de zorgaanbieder ten behoeve van de implantatie tijdelijk dan wel blijvend in de mond worden geplaatst;
- exclusief operatie donorplaats, in geval van toepassing van autoloog botmateriaal;
- exclusief kostprijs van tandtechnische werkzaamheden;
- inclusief alle overige materialen, disposables en instrumenten die niet tijdelijk dan wel blijvend in de mond worden geplaatst;
- inclusief verdoving.

Dit hoofdstuk betreft de toepassing van implantaten in een onbetande en in een betande kaak ten behoeve van uitneembare prothetische voorzieningen dan wel ten behoeve van niet uitneembare restauratieve voorzieningen, inclusief de vervaardiging van de prothetische voorzieningen en inclusief de nazorg.

I. ONDERZOEK, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELINGSPLANNING

A. Eenvoudig onderzoek implantologie

Het eenvoudig diagnostisch onderzoek wordt gedeclareerd als prestatie C11 dan wel C13, wanneer het een klacht betreft.

B. Uitgebreid onderzoek implantologie

Uitgebreid diagnostisch onderzoek ten behoeve van implantologie verricht de zorgaanbieder aan de hand van initieel onderzoek en zonodig verlengd onderzoek in die gevallen waarin een eenvoudig diagnostisch onderzoek niet tot een verantwoorde diagnose leidt. Verlengd onderzoek kan slechts eenmaal per implantaatbehandeling in rekening worden gebracht.

C. Initieel onderzoek implantologie (J01)

1. Onder initieel onderzoek ten behoeve van orale implantologie wordt verstaan:
 - het inventariseren van de klacht(en);
 - het afnemen van een tandheekkundige, prothetische en psychosociale anamnese;
 - het onderzoeken van de intra- en extraorale condities;
 - het onderzoeken van het functioneren van een aanwezige prothetische voorziening;
 - het schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
 - (indien van toepassing) het nemen van afdrucken ten behoeve van de vervaardiging van een röntgendiagnose-kunsttharsplaat.
2. Onder het afnemen van een tandheekkundige, prothetische en psychosociale anamnese wordt verstaan het verzamelen van alle relevante gegevens, alsmede het beoordelen van de mondhygiënische status, alsmede het rapporteren van relevante psychosociale omstandigheden.
3. In het tarief voor initieel onderzoek is begrepen het verstrekken van algemene informatie aan de patiënt, het bespreken van de bevindingen en het zonodig verwijzen naar een zorgaanbieder zijnde een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, tandartsspecialist, huisarts, medisch specialist, en/of instelling voor bijzondere tandheelkunde.

D. Röntgenonderzoek

Het röntgenonderzoek kan in alle gevallen, indien van toepassing, als afzonderlijke verrichting worden gedeclareerd. In de tarieven van röntgenonderzoek zijn alle kosten begrepen.

E. Verlengd onderzoek implantologie (J02)

Alleen te declareren door de zorgaanbieder die de chirurgische implantologie uitvoert.

1. Onder verlengd onderzoek ten behoeve van orale implantologie wordt verstaan:
 - het afnemen van een uitgebreide medische anamnese;
 - het bepalen van de mogelijke indicatie voor een proefopstelling en boorsjabloon;
 - bothoogte- en botdiktemetingen;
 - implantaatdiagnostiek;
 - het zonedig nemen van afdrucken ten behoeve van studiemodellen;
 - het schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
 - het interpreteren van bevindingen;
 - uitgebreid voor- en inlichten van de patiënt;
 - het opstellen en bespreken van een behandelingsplan;
 - het zonedig opstellen van een begroting;
 - het zonedig aanvragen van toestemming bij de zorgverzekeraar.
2. In het tarief voor verlengd onderzoek is begrepen het bespreken van de bevindingen met de patiënt, het bespreken van het behandelingsplan en het verstrekken van uitgebreide informatie; in het tarief is tevens begrepen - indien van toepassing - het voeren van overleg met de verwijzende tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, de tandartspecialist, huisarts, medisch specialist en/of instelling voor bijzondere tandheelkunde.
3. Het tarief voor verlengd onderzoek kan uitsluitend gedeclareerd worden, indien daaraan voorafgaand het initieel diagnostisch onderzoek heeft plaatsgevonden. Het tarief geldt ongeacht het aantal daartoe benodigde zittingen.

F. Proefopstelling (J03)

Ten behoeve van orale implantologie kan een proefopstelling geïndiceerd zijn. Het maken van een proefopstelling ten behoeve van orale implantologie omvat één of meer van de volgende verrichtingen:

- het maken van afdrucken van beide kaken;
- het vastleggen van de beetrelatie;
- het passen van de opstelling in was;
- het laten vervaardigen van het boorsjabloon;
- het - zonedig - dupliceren van de bestaande prothese.

G. Implantaatpositionering op grond van CT-scan (J05)

Het tarief is inclusief beoordeling extern vervaardigde CT-scan. Het tarief geldt voor het vastleggen van type implantaat en tevens lengte, doorsnede, richting en diepte daarvan. Het tarief is inclusief bespreking met de patiënt.

II. PRE-IMPLANTOLOGISCHE CHIRURGIE

Wanneer de geplande locatie van het implantaat niet geschikt is voor rechtstreekse implantatie kan het aangewezen zijn voorafgaand aan het implanteren de locatie daartoe voor te bereiden.

H. De chirurgie (J08 t/m J19)

1. Onder de pre-implantologische chirurgie wordt verstaan:
 - de operatie-planning;
 - het operatieklaar maken van de behandelruimte en het voorbereiden van de patiënt;
 - het geven van anesthesie, het opklappen van de mucosa en het zonodig corrigeren van de contour van de processus alveolaris;
 - het uitvoeren van een mucosaplastiek, wanneer die is geïndiceerd;
 - het hechten van de mucosa, inclusief wondtoilet;
 - (indien van toepassing) het aanpassen van de prothese;
 - het instrueren van de patiënt en diens eventuele begeleider;
 - het maken van een operatieverslag;
 - (indien van toepassing) het geven van bericht aan de verwijzer;
 - het verlenen van chirurgische nazorg aan de patiënt gedurende twee maanden na de operatie.

2. Sinusbodemelevatie (J09, J10)
 - het tarief is bedoeld om extra botvolume te creëren in de maxilla door het opvullen van de sinus met autoloog bot en/of botvervangend materiaal, uitgaande van een laterale benadering;
 - het tarief voor sinusbodemelevatie J09 kan maximaal éénmaal per kaak en per implantaatbehandeling in rekening worden gebracht, al dan niet aangevuld met het tarief J10 in het geval van een dubbelzijdige ingreep;
 - het tarief is exclusief de kosten van - niet autoloog - implantatiemateriaal.

3. Het openen van bot voor het verkrijgen van een autotransplantaat (J11)
 - het tarief voor het openen van bot is bedoeld voor het prepareren van de donorplaats en voor het verkrijgen van autoloog bot;
 - het tarief is inclusief anesthesie, opklap en hechten;
 - het tarief kan uitsluitend in combinatie met J09, J10 en/of J12, J13, J15, J16, J17 of J18 in rekening worden gebracht.

4. Kaakverbreding (J12, J13)
 - het tarief is bedoeld voor het in hoogte en/of breedte uitbouwen van de kaak teneinde voldoende botvolume te creëren t.b.v. de implantatie;
 - het betreft een zelfstandige ingreep die niet in combinatie met het plaatsen van een implantaat in dezelfde regio kan worden berekend;
 - de prestatie kan gedeclareerd worden in combinatie met J09 en J10;
 - het tarief is exclusief de kosten van - niet autoloog - implantatiemateriaal.

II- A DIVERSEN

1. Correctie foramen mentale (J06)
 - onder vrijleggen foramen mentale wordt verstaan het opzoeken van de uitredeplaats van de nervus mentalis, het vrijleggen van de nervus mentalis en/of het chirurgisch aanpassen van de uitredeplaats daarvan;
 - het opzoeken van de nervus mentalis sec is inbegrepen in het tarief van het eerste implantaat;
2. Aanvullende botopbouw (J15, J16)
 - onder aanvullende botopbouw wordt verstaan het opbouwen van de processus alveolaris en het - zo nodig - afdekken met een membraan, tijdens de implantatieprocedure, teneinde een goede implantaatbedekking te verkrijgen;
 - het betreft een prestatie die uitsluitend in combinatie met het plaatsen van een implantaat (J20, J21) gebruikt kan worden;
 - het tarief is exclusief de kosten van - niet autoloog - implantatiemateriaal;
3. Aanvullende sinusbodemelevatie (J17)
 - onder aanvullende sinusbodemelevatie wordt verstaan het chirurgisch vrijleggen van de sinus maxillaris en het aanbrengen van autoloog bot dan wel botvervangend materiaal indien tijdens de implantatieprocedure blijkt dat er onvoldoende bot aanwezig is;
 - het betreft een verrichting die uitsluitend in combinatie met het plaatsen van een implantaat (J20, J21) gebruikt kan worden;
 - het tarief is exclusief de kosten van - niet autoloog - implantatiemateriaal;
4. Aanvullende sinusbodemelevatie orthograad (J18)
 - onder een orthograde sinusbodemelevatie wordt verstaan het - tijdens de implantatieprocedure - aanbrengen van autoloog bot en/of botvervangend materiaal door het implantaat-boorgat;
 - het tarief is exclusief de kosten van - niet autoloog - implantatiemateriaal;
5. Esthetische zone (J19)
 - dit tarief is bedoeld als toeslag ten behoeve van implantaatgedragen kroon- en brugwerk in het bovenfront in geval van aantoonbare extra inspanningen daartoe, zoals bijvoorbeeld noodzakelijke bot- en/of gingivacorrectie;
 - J19 mag per implantaat in rekening worden gebracht;
 - J19 mag alleen gebruikt worden bij implantatie in het gebied van 14 en tot 24.

III. IMPLANTOLOGISCHE CHIRURGIE**I. De implantatie (J20, J21, J22, J23, J24, J25, J26 en J27)**

1. Onder de implantologie-operatie wordt verstaan:
 - de implantatieplanning;
 - het operatieklaar maken van de behandelruimte en het voorbereiden van de patiënt;
 - het geven van anesthesie, het opklappen van de mucosa en het zonodig corrigeren van de contour van de processus alveolaris;
 - het prepareren van het implantaatbed en het aanbrengen van de implantaten;
 - het uitvoeren van een mucosaplastiek, wanneer die is geïndiceerd;
 - het hechten van de mucosa, inclusief wondtoilet; (indien van toepassing) het aanpassen van de prothese;
 - het aanbrengen van cover screws, healing collars en/of abutments zowel submucosaal als permucosaal;
 - het instrueren van de patiënt en diens eventuele begeleider;
 - het maken van een operatieverslag;
 - (indien van toepassing) het geven van bericht aan de verwijzer;
 - het verlenen van chirurgische en prothetische nazorg aan de patiënt gedurende twee maanden na de operatie;
 - het vastleggen van merk, type, lengte, doorsnede, kostprijs en batchnummer van het gebruikte implantaatsysteem;
 - in het geval van een tweefasen behandeling kunnen voor de tweede fase geen extra verrichtingen worden gedeclareerd dan J23, J24 en J25.
2. Onder implantatieplanning wordt verstaan:
 - het bepalen van het type implantaat en de locatie;
 - het bepalen van het type suprastructuur;
 - het voeren van overleg met derden;
 - het opstellen van de kostenbegroting en het zonodig aanvragen van toestemming aan de verzekeraar;
 - het treffen van de voorbereidingen voor de operatie.
3. Onder chirurgische nazorg wordt verstaan:
 - het verwijderen van de hechtingen in een volgende zitting;
 - het controleren van de wondgenezing (ongeacht het aantal bezoeken);
 - het zonodig voorschrijven van medicamenten.
4. Onder prothetische nazorg wordt verstaan:
 - het controleren van de pasvorm van de bestaande prothese;
 - het aanpassen van de prothese;
 - het zonodig aanbrengen van tissue conditioner of het uitvoeren van een relining/rebasing (opvullen), tot twee maanden na de operatie, ongeacht het aantal benodigde zittingen.

Verrichtingen P01, P02, P03, P04, P06, P51, P52, P53, P54 en P56 kunnen niet binnen twee maanden na plaatsing worden gedeclareerd. De zorg van deze verrichtingen valt binnen twee maanden na plaatsing onder prothetische nazorg. Verrichting P07, P08, P57 en P58 kunnen alleen binnen twee maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de patiënt.

5. Onder het plaatsen van healing collars en/of abutments, dan wel permucosale opbouw t.b.v. kroon- en brugwerk in tweede fase-operatie wordt verstaan:
 - het voorbereiden van de behandelruimte en het voorbereiden van de patiënt;
 - het geven van verdoving en het opklappen van de mucosa;
 - het zonodig uitvoeren van kleine mucogingivale correcties;
 - het plaatsen van de healing collars;
 - het hechten van de mucosa, inclusief wondtoilet;
 - het zonodig aanpassen van de prothese;
 - het geven van instructie aan de patiënt omtrent mondhygiëne en prothesegebruik;
 - het maken van een operatieverslag;
 - (indien van toepassing) het geven van bericht aan de verwijzer;

- het verlenen van chirurgische en prothetische nazorg gedurende twee maanden na de operatie.
6. Het tarief voor de code J27 is exclusief het verwijderen van het implantaat. Voor het overige zijn - voor zover van toepassing - de onder punt III-1 genoemde verrichtingen inbegrepen in het tarief voor de code J27.

IV. DIVERSEN

J. Verwijderen en vervanging abutment / schroef (J32)

- het tarief voor vervanging van een abutment geldt per implantaat en is inclusief het zo nodig tappen van schroefdraad;
- het tarief kan niet in rekening worden gebracht binnen twee maanden na plaatsing;
- het tarief is inclusief vervanging van het kapotte abutment.

V. en VI. MESOSTRUCTUUR EN PROTHETISCHE BEHANDELING NA IMPLANTOLOGIE

De prothetische behandeling omvat het vervaardigen van de mesostructuur dan wel permucosale opbouw met solitaire retentiemiddelen (magneet, drukknop) of staafverbinding op de implantaten in de onder- en/of bovenkaak alsmede het vervaardigen en leveren van het bijbehorende uitneembare volledige overkappingskunstgebit en - indien van toepassing - de gelijktijdige vervaardiging en levering van het bijbehorende tegenoverliggende volledige kunstgebit, al dan niet implantaatgedragen.

De prothetische behandeling omvat ook de gevallen waarin bij de vervaardiging van de mesostructuur de aanwezige prothese wordt omgevormd tot een overkappingskunstgebit op implantaten, zonder dat tot vervaardiging van een nieuw kunstgebit wordt overgegaan.

K. Mesostructuur

1. Onder vervaardiging van een mesostructuur/opbouw wordt verstaan:
 - het inspecteren en controleren van de implantaten;
 - het eventueel aanbrengen van tissue conditioner;
 - het verwijderen en terugplaatsen van de healing collars en/of abutments;
 - het plaatsen en verwijderen van de afdrukposten;
 - het passen van de afdruklepel en het zondig aanpassen daarvan;
 - het maken van een spuitafdruk;
 - het passen en plaatsen van de drukknoppen, magneten of staaf, dan wel het plaatsen van de permucosale opbouw;
 - het overleg voeren met de tandtechnicus;
 - het controleren van de mondhygiëne en het geven van instructie aan de patiënt.
2. Het tarief voor de mesostructuur/opbouw geldt voor de gehele behandeling vanaf de eerste consultatie na de chirurgische fase tot en met de nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van de prothetische voorziening (tarief exclusief prothese / kroon- en brugwerk).
3. In geval van toepassing van een staafverbinding geldt dat het risico van onvoldoende pasvorm van de staaf, het doorzagen, het maken van een nieuwe afdruk en het opnieuw passen en plaatsen van de staaf is begrepen in het tarief voor de verbonden mesostructuur. De hiervoor benodigde extra tijd kan niet afzonderlijk in rekening worden gebracht.
4. Vrij-eindigende extensies aan een staafconstructie geven geen recht op toeslagen in de vervaardiging, aanpassing of reparatie van een suprastructuur.

L. (Overkappings) klikgebit op implantaten

Onder (overkappings)prothese op implantaten worden verstaan de handelingen en verrichtingen ten behoeve van de vervaardiging en levering van een overkappingsprothese op de mesostructuur, al dan niet met gelijktijdige vervaardiging en levering van de tegenoverliggende prothese. Het tarief geldt voor de gehele behandeling vanaf eerste consultatie na de chirurgische fase tot en met nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van de mesostructuur (tarief exclusief mesostructuur).

M. Omvorming bestaande prothese

Onder omvorming bestaande prothese worden verstaan de handelingen en verrichtingen ten behoeve van het aanpassen van een - vóór de implantatie reeds aanwezige - onder en/of boven-prothese op de mesostructuur, wanneer na de implantatie de aanwezige prothese behouden blijft en wordt omgevormd tot een overkappingsprothese. De tarieven voor J54, J55, J56, J57, J58 en J59 zijn alleen van toepassing voor steg-tussendelen en zijn derhalve niet van toepassing voor vrij-eindigende steggedeelten. Het tarief geldt voor de gehele behandeling vanaf eerste consultatie na de chirurgische fase tot en met nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van de mesostructuur (tarief exclusief mesostructuur).

VII. NAZORG IMPLANTOLOGIE

N. Standaard nazorgconsult na implantologie

Onder standaardconsult nazorg na implantologie wordt verstaan het periodiek preventief onderzoek als bedoeld onder C11. Het controleren van de clips is daarin inbegrepen. Eventueel geïndiceerde reiniging kan middels M-codes worden gedeclareerd.

O. Specifiek consult nazorg na implantologie (J60)

Onder specifiek consult nazorg na implantologie wordt verstaan het periodiek preventief onderzoek als bedoeld onder C11 aangevuld met extra specifieke handelingen met betrekking tot de implantaten en/of de mesostructuur, niet zijnde reinigingsverrichtingen. Alleen te berekenen bij specifieke verdenking op pathologie.

Het tarief voor specifiek consult nazorg na implantologie kan niet gedeclareerd worden binnen twee maanden na plaatsing van de overkappingsprothese, en niet in combinatie met code C11, of met code J61.

P. Uitgebreid consult nazorg na implantologie (J61)

Onder uitgebreid consult nazorg na implantologie wordt verstaan het periodiek preventief onderzoek als bedoeld onder C11 aangevuld met het demonteren van de staaf en zonodig de abutments, het ultrasoon reinigen van de afgenomen delen en het opnieuw remonteren. Alleen te berekenen bij specifieke verdenking op pathologie.

Het tarief voor het uitgebreid consult nazorg kan niet gedeclareerd worden binnen twee maanden na plaatsing van de overkappingsprothese, en niet in combinatie met C11 of met code J60.

Q. Twee implantaten in de onderkaak voor een implantaatgedragen kunstgebit (J80)

Onder J80 wordt verstaan het behandeltraject opgebouwd uit diagnostiek, indicatiestelling en plaatsen van de twee implantaten in de onderkaak ten behoeve van een overkappingsprothese. Dit behandeltraject is inclusief:

- Verlengd onderzoek (J02), zoals beschreven bij I.E van deze algemene bepalingen,
- Overheadkosten implantaten (J97),
- Implantologische chirurgie (J20, J21) zoals beschreven in III.

De J80 kan niet in combinatie met andere consultatie-prestaties en/of chirurgische prestaties gedurende het behandeltraject. Hieruit volgt onder andere dat in het geval van een tweefasen behandeling voor de tweede fase geen extra verrichtingen kunnen worden gedeclareerd.

Op bovenstaande gelden twee uitzonderingen:

- De prestatie J01 voor het initieel onderzoek implantologie
- Indien sprake is van een behandeling waarbij drie of vier implantaten geplaatst worden, kunnen (wel) de J21 of J22 gedeclareerd worden.

Algemene bepalingen bij orthodontische prestaties, lijsten A, B en C

Algemeen

Voor behandeling in het kader van orthodontie kunnen uitsluitend prestaties en tarieven uit de tarieflijst orthodontie worden gedeclareerd. Overige tandheelkundige prestaties zijn hierop nooit van toepassing, met uitzondering van MRA-behandelingen.

Behandelingen met beugels (orthodontische apparatuur) betreffen het maken, passen en plaatsen van beugels.

Preventieve consulten waarin aan de consument wordt geleerd om het gebit met beugel te onderhouden, mogen niet apart in rekening worden gebracht, maar behoren tot de behandeling en tot de beugelconsulten tenzij dit langer duurt dan 10 minuten.

De kosten van reparatie of vervanging van beugels zijn in de prestaties voor het plaatsen van de beugel inbegrepen, tenzij die kosten zijn veroorzaakt omdat de patiënt de apparatuur is verloren of als de beugel als gevolg van onzorgvuldig gebruik is beschadigd.

Het plaatsen van elke categorie beugel mag in rekening worden gebracht. Myofunctionele apparatuur kan uitsluitend door middel van prestatie F401 gedeclareerd worden.

Bij behandelingen met twee categorieën beugels tegelijk mag alleen het beugelconsult (dan wel nacontrole) in rekening worden gebracht van de duurste categorie beugelconsulten (dan wel nacontrole).

Bij het plaatsen van een nieuwe beugel kan voor die beugel niet tegelijkertijd een beugelconsult in rekening worden gebracht.

Materiaal- en techniekkosten dienen bij alle beugelcategorieën afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Bij beugelcategorieën 5, 6, 8 en 9 betreft het uitsluitend de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

De tarieven zijn inclusief de kosten van gebitsmodellen, uitgezonderd de kosten van modellen die vervaardigd worden op verzoek van ziektekostenverzekeraars of een orgaan belast met tuchtrechtspraak.

Hoofdstuk I Consultatie en diagnostiek

Ad F121) Eerste consult

Voor het tarief van het eerste consult verricht de zorgaanbieder een eenvoudig diagnostisch onderzoek. Dit onderzoek strekt ertoe om tot een voorlopige diagnose te komen. Het eenvoudig diagnostisch onderzoek is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

In het tarief van het eerste consult is begrepen de vergoeding van al die preventieve en curatieve maatregelen die geen orthodontische apparatuur vereisen zoals:

- het inslijpen van één of meerdere elementen;
- het stellen van de indicatie tot extractie;
- het voorschrijven van oefeningen;
- het adviseren van ouders en verzorgers.

Ad F122) Vervolgconsult

Voor het tarief van het vervolgconsult verricht de zorgaanbieder een eenvoudig diagnostisch onderzoek. Dit onderzoek strekt ertoe om tot een voorlopige diagnose te komen. Het eenvoudig diagnostisch onderzoek is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

In het tarief van het vervolgconsult is begrepen de vergoeding van al die preventieve en curatieve maatregelen die geen orthodontische apparatuur vereisen zoals:

- het inslijpen van één of meerdere elementen;
- het stellen van de indicatie tot extractie;
- het voorschrijven van oefeningen;
- het adviseren van ouders en verzorgers.

Het tarief voor een vervolgconsult kan niet in rekening worden gebracht voor een vervolgconsult binnen één maand na de datum waarop de patiënt zich voor het eerste consult bij de zorgaanbieder heeft vervoegd dan wel binnen één maand na de datum van een voorafgaand vervolgconsult dat in rekening is gebracht.

Een vervolgconsult kan uitsluitend in rekening worden als er nog geen beugelcategorie (prestatie F401 tot en met F491) voor de betreffende patiënt is gedeclareerd.

Ad F123) Controlebezoek

Indien tijdens een aangevangen behandeling met apparatuur wordt besloten om deze enige tijd te onderbreken en de patiënt tijdens deze onderbreking geen apparatuur draagt, kan voor een controlebezoek deze code in rekening worden gebracht.

Ad F124) Second opinion

Voor dit tarief verricht de zorgaanbieder een eenvoudig onderzoek bij de patiënt, niet leidend tot een behandelingsplan. Het tarief is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

Verder is in dit tarief begrepen de mondelinge of (indien gewenst) schriftelijke rapportage aan de patiënt en/of diens tandarts, en/of de behandelend tandarts of tandartspecialist. Het tarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht, als de second opinion geschiedt op verzoek van de patiënt, en deze niet in behandeling is of komt bij desbetreffende zorgaanbieder. Het tarief is niet van toepassing voor intercollegiale consultatie.

Ad F125) Maken gebitsmodellen

Uitgebreid onderzoek verricht de zorgaanbieder aan de hand van beoordeling van gebitsmodellen in die gevallen waarin een eenvoudig diagnostisch onderzoek niet tot een verantwoorde diagnose leidt.

Bij reeds aangevangen behandelingen met apparatuur kan deze verrichting niet worden gedeclareerd (de vergoeding is begrepen in het beugelconsult).

Het vervaardigen van gebitsmodellen, zonder dat tevens beoordeling daarvan (onder prestatie F126) gedeclareerd wordt, is alleen in rekening te brengen indien dit geschiedt op verzoek van de adviserend tandarts of adviserend geneeskundige van ziektekostenverzekeraars dan wel een orgaan belast met (tucht)rechtspraak.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F126) Beoordelen gebitsmodellen

Onder beoordeling van gebitsmodellen wordt verstaan: het bestuderen van studiemodellen, inclusief beoordeling met vastlegging van de bevindingen en inclusief het opstellen van een behandelingsplan en de bespreking van het plan met de patiënt en/of diens ouders of verzorgers. Met andere woorden: bezoeken van de patiënt aan de zorgaanbieder die betrekking hebben op de beoordeling van gebitsmodellen kunnen niet naast de beoordeling van gebitsmodellen in rekening worden gebracht.

Het tarief voor beoordeling van gebitsmodellen kan in rekening worden gebracht in die gevallen waarin nog geen behandeling met apparatuur heeft plaatsgevonden dan wel geen behandeling zal plaatsvinden.

In het geval dat een zorgaanbieder een door een collega aangevangen behandeling voortzet (bijvoorbeeld als gevolg van verhuizing van de patiënt) en deze zorgaanbieder een nieuwe beoordeling van gebitsmodellen geïndiceerd acht, kan – in afwijking van het hiervoor gestelde en onder Ad F125 – het tarief voor beoordeling van gebitsmodellen eenmalig worden gedeclareerd naast het beugelconsult.

Het tarief voor beoordeling van gebitsmodellen kan niet opnieuw worden gedeclareerd binnen een periode van twaalf maanden na een eerder gedeclareerde beoordeling van gebitsmodellen.

Ad F127) Multidisciplinair consult

Het multidisciplinair consult is het gezamenlijk consult van meerdere behandelende tandheelkundige of medische disciplines waarbij de patiënt, al of niet vergezeld door ouders of derden, voor een belangrijk deel aanwezig is. Het multidisciplinair consult wordt uitgevoerd voorafgaand aan, tijdens of na een behandeling. Doel van de gezamenlijke consultatie, voorafgaand aan de behandeling, is te komen tot een eensluidende diagnose en een op de diverse facetten van de afwijking gefaseerd behandelplan, waarbij de inbreng van de verschillende disciplines op elkaar is afgestemd. Een multidisciplinair consult tijdens of na de behandeling heeft tot doel om de voortgang van het gezamenlijke behandelplan te evalueren, waar nodig bij te stellen en het vervolg van de behandeling vanuit meerdere disciplines af te stemmen. Het tarief is inclusief het mondeling of schriftelijk overleg tussen de behandelaren, dat ontstaat naar aanleiding van de consultatie van de patiënt. Het tarief van het multidisciplinaire consult is een maximum- uurtarief. Delen van het uurtarief zijn, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten. Het multidisciplinair consult is niet bedoeld voor regulier intercollegiaal overleg.

Ad F128) Prenataal consult

Tijdens het prenataal consult bespreekt de zorgaanbieder met de aankomende ouder(s) de bevindingen van eerder uitgevoerd prenataal diagnostisch onderzoek en de mogelijke consequenties van deze bevindingen voor het kind. Tijdens dit consult wordt reeds in algemene zin ingegaan op mogelijke latere behandelstrategieën. Het tarief van het prenataal consult is gebaseerd op de duur van het consult van 35 minuten. Het tarief van het prenataal consult is een maximum-uurtarief. Delen van het uurtarief zijn, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten.

Ad F129C) Orthodontie in de eerste twee levensjaren

Het vroegtijdig orthodontisch behandelen bij een hazenlip, een aangeboren spleet in de bovenkaak en/of een gehemeltspleet (respectievelijk cheilo-, gnatho-, palatoschisis), gedurende de eerste twee levensjaren. Gedurende die 2 jaar eenmalig in rekening te brengen.

Ad F130) Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen van complex behandelplan door orthodontisch zorgaanbieder

Aleen te berekenen bij uitgebreide, altijd multidisciplinaire behandelingen, waarbij het onderzoek van patiënt en records, het opstellen van het uitgebreide behandelplan en het bespreken ervan met de patiënt (en ouder/begeleider) in ruime mate meer tijd in beslag neemt dan bij een reguliere orthodontische patiënt. Bij deze behandeling is de orthodontische zorgaanbieder de regisseur van de uitvoering van het uitgebreide behandelplan. Deze code kan eenmaal per behandeling worden gedeclareerd. Terugverwijzing naar de eigen tandarts voor het uitvoeren van normaal en regulier onderhoud aan het gebit van de patiënt, valt nimmer onder de regie waarvoor deze prestatiecode in rekening kan worden gebracht.

Ad F131) Het vervaardigen van een diagnostische setup

Door het (laten) vervaardigen van een diagnostische setup kan de zorgaanbieder onderzoeken welke behandelresultaten mogelijk zijn. Het kan in complexe situaties een inzichtelijk hulpmiddel zijn om de juiste therapiekeuze te maken, zowel voor de patiënt als de zorgaanbieder. Inclusief bespreking van de setup met patiënt.

De materiaal- en techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening gebracht te worden.

Ad F132) Het maken van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie

Het betreft gebitsmodellen die tijdens een complexe behandeling vervaardigd worden om de progressie van een behandeling te kunnen beoordelen en om een inschatting te kunnen maken voor de volgende fase(n) van een behandeling. Inclusief bespreking van de bevindingen ervan met de patiënt.

De materiaal- en techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening gebracht te worden.

Ad F133) Het beoordelen van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie

Het beoordelen van extra gebitsmodellen die tijdens een behandeling gemaakt worden. Inclusief het vastleggen van de bevindingen in het dossier en bespreking van de bevindingen met de patiënt.

Hoofdstuk II Röntgenonderzoek

Uitgebreid onderzoek verricht de zorgaanbieder aan de hand van röntgenonderzoek in die gevallen waarin een eenvoudig diagnostisch onderzoek niet tot een verantwoorde diagnose leidt.

Ad F151) Intra-orale röntgenfoto (2x4 cm)

Maken en beoordelen. Per foto.

Ad F152) Occlusale opbeet röntgenfoto

Maken en beoordelen. Per foto.

Ad F153) Extra-orale röntgenfoto (13x18 cm)

Maken en beoordelen. Per foto.

Ad F154) Röntgenonderzoek d.m.v. hand/pols-foto's

Ad F155) Vervaardiging orthopantomogram

Ad F156) Beoordeling orthopantomogram

Dit tarief kan naast F155 in rekening worden gebracht of indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Ad F157) Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto

Ad F158) Beoordeling laterale schedelröntgenfoto röntgenfoto (3x4 cm)

Dit tarief kan naast F157 in rekening worden gebracht of indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Ad F159) Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto

Ad F160) Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto

Dit tarief kan naast F159 in rekening worden gebracht of indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Ad F161) Meerdimensionale kaakfoto

Het maken van een meerdimensionale kaakfoto (bijvoorbeeld met een CT-scanner). Deze foto dient uitsluitend te worden genomen indien het maken van een dergelijke opname een meerwaarde heeft ten opzichte van conventionele röntgendiagnostiek.

Ad F162) Beoordelen meerdimensionale kaakfoto

Het beoordelen van de CT-scan en het bespreken met de patiënt. Dit tarief kan tevens separaat in rekening worden gebracht, indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Hoofdstuk III Behandeling met apparatuur

Bij het opnieuw in behandeling nemen van een patiënt moet in redelijkheid worden beoordeeld of qua declaratie sprake is van een nieuwe behandeling dan wel van een voortgezette behandeling.

Ad F401) Plaatsen beugel categorie 0

Het plaatsen van myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) voor het afleren van afwijkende mond- en tonggewoonten. Het plaatsen omvat tevens de uitleg over het afwijkende mond- en tonggedrag, instructie over het dragen van de myofunctionele apparatuur en controle van het dragen van de apparatuur. Deze prestatie is inclusief een verwijzing naar een logopedist.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F411) Plaatsen beugel categorie 1

Het plaatsen van een uitneembare beugel. Voorbeelden hiervan zijn een expansieplaat, een plaatje met protrusieveer, dan wel andere individueel gemaakte plaatapparatuur, zoals individueel gemaakte tonghekjes.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F421) Plaatsen beugel categorie 2

Het plaatsen van een eenvoudige beugel ter beïnvloeding van de kaakgroei met bijvoorbeeld een headgear, palatinale bar of linguale boog.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F431) Plaatsen beugel categorie 3

Het plaatsen van een uitneembare beugel ter beïnvloeding van de kaakgroei. Een voorbeeld hiervan is een blokbeugel (activator).

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F441) Plaatsen beugel categorie 4

Het plaatsen van met banden vastzittende kaakcorrectie- apparatuur zoals bijvoorbeeld Herbst, MARA, RME. Deze beugels zijn bedoeld om de kaakgroei te beïnvloeden.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F451) Plaatsen beugel categorie 5

Het plaatsen van een vaste slotjesbeugel voor één tandboog.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Voor het plaatsen van linguale apparatuur zie de code F481.

Ad F461) Plaatsen beugel categorie 6

Het plaatsen van een vaste slotjesbeugel voor beide tandbogen.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Voor het plaatsen van linguale apparatuur zie de code F491.

Ad F471) Plaatsen beugel categorie 7

Het plaatsen van vacuümgevormde apparatuur verkregen door een digitale set-up. Deze apparatuur bestaat uit tenminste 8 vacuümgevormde correctiehoesjes. Een voorbeeld hiervan is Invisalign.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F481) Plaatsen beugel categorie 8

Het plaatsen van brackets aan de linguale en/of palatinale zijde van gebitselementen, voor één tandboog.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Ad F491) Plaatsen beugel categorie 9

Het plaatsen van brackets aan de linguale en/of palatinale zijde van gebitselementen, in beide tandbogen.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Ad F492) Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak

Deze prestatie betreft het verwijderen van beugels bestaande uit vaste apparatuur (categorie 5 t/m 9). Onder deze prestatie vallen de werkzaamheden om de beugel uit de mond te verwijderen en het indien nodig plaatsen van retentieapparatuur (apparatuur waarmee het resultaat van de behandeling wordt vastgehouden, zodat voorkomen wordt dat de tanden/ kiezen weer teruggaan naar de oude stand, bijvoorbeeld een spalkje). Ingeval van beugelcategorie 7 mag deze prestatie uitsluitend gedeclareerd worden als er bij het plaatsen attachments zijn aangebracht waarop de beugel aangrijpt.

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd. Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht bij beugels die op of na 1 januari 2012 zijn geplaatst.

Ad F511) Beugelconsult per maand categorie 1

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit categorie 1.

Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F512) Beugelconsult per maand categorie 2

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 2. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F513) Beugelconsult per maand categorie 3

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 3. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F514) Beugelconsult per maand categorie 4

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 4. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F515) Beugelconsult per maand categorie 5

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 5. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F516) Beugelconsult per maand categorie 6

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 6. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F517) Beugelconsult per maand categorie 7

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 7. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F518) Beugelconsult per maand categorie 8

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 8. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F519) Beugelconsult per maand categorie 9

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 9. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F521) Beugelconsult vanaf 25e behandelingsmaand (beugelcategorie 1 t/m 9)

Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit alle beugel categorieën. Deze prestatie dient in rekening te worden gebracht vanaf de 25e behandelingsmaand. Ongeacht het aantal bezoeken per maand.

Ad F531) Nacontrole beugel categorieën 1 t/m 4

Deze prestatie betreft het uitvoeren van controles na afloop van de actieve beugelbehandeling.

Ad F532) Nacontrole beugel categorieën 5, 7, 8

Deze prestatie betreft het uitvoeren van controles na afloop van de actieve beugelbehandeling.

Ad F533) Nacontrole beugel categorieën 6, 9

Deze prestatie betreft het uitvoeren van controles na afloop van de actieve beugelbehandeling.

Hoofdstuk IV Diversen

Ad F611) Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur
Deze prestatie is van toepassing bij het door middel van elektronische apparatuur meten, monitoren en vastleggen van de therapietrouw bij de patiënt bij het dragen van uitneembare apparatuur en retentieapparatuur (inclusief uitlezen chip) en het op gezette tijden bespreken van de resultaten daarvan met patiënt en/of ouders. De prestatie 'elektronische chip' is eenmalig gedurende de gehele actieve behandelduur in rekening te brengen. Het tarief is niet van toepassing op vacuümgevormde apparatuur. De patiënt dient, voorafgaand aan de behandeling met een apparaat voorzien van elektronische chip, door de zorgaanbieder op de hoogte te zijn gesteld van de extra kosten die verbonden zijn aan deze behandelingen. De patiënt moet hier voorafgaand aan de behandeling mee ingestemd hebben.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F612) Plaatsen intermaxillaire correctieveren
Deze prestatie mag in rekening worden gebracht bij het gebruik van intermaxillaire correctieveren, zoals JasperJumper of Forsus spring.

Ad F716) Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur
Het vervaardigen en plaatsen van een mondbeschermer, alsmede het geven van instructie omtrent het gebruik, tijdens behandeling met orthodontische apparatuur.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F721) Trekken tand of kies
Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet.

Ad F722) Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant
Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet.

Ad F723) Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)
Het plaatsen van een micro-implantaat, bedoeld als verankering bij een orthodontische behandeling, en het weer verwijderen van het micro-implantaat.
Deze prestatie mag per micro-implantaat in rekening worden gebracht.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F724) Preventieve voorlichting en/ of instructie
Het geven van voorlichting of instructie, toegesneden op de desbetreffende patiënt. Voorbeelden hiervan zijn het kleuren van de plaque, het vastleggen van de plaquescore, het geven van voedingsadviezen, het afnemen van een voedingsanamnese, het geven van voorlichting over het afleren van (een) negatieve gewoonte(s), alsmede het maken, vastleggen en analyseren van QLF-opnamen in combinatie met het bespreken hiervan met de patiënt of diens ouder(s)/verzorger(s). De prestatie wordt uitsluitend naar evenredigheid van de werkelijke (directe) behandeltijd voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd.

Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht indien het consult waarin aan de consument wordt geleerd om het gebit met beugel te onderhouden langer duurt dan 10 minuten. Preventieve consulten waarin aan de consument wordt geleerd om het gebit met beugel te onderhouden, mogen niet apart in rekening worden gebracht, indien deze korter duren dan 10 minuten; dergelijke situaties behoren tot de behandeling en tot de beugelconsulten.

Ad F811) Reparatie of vervanging van beugel

Het repareren of vervangen van (onderdelen van) een beugel (zoals een zelfligerende bracket) na verlies of duidelijk onzorgvuldig gebruik van de beugel door de patiënt. Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht indien het reguliere reparaties of vervangingen betreft.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F812) Herstel en plaatsen van retentie-apparaat

Het repareren en plaatsen van een retentiebeugel. Uitsluitend in rekening te brengen tenminste één jaar nadat de actieve beugelbehandeling afgelopen is en eerder ook al sprake is geweest van geplaatste retentie-apparaat. Deze prestatie mag tevens in rekening worden gebracht indien een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die de actieve behandeling heeft gedaan, de retentie-apparaat herstelt en plaatst (ook als dat in het eerste jaar nadat de actieve beugelbehandeling afgelopen is, plaatsvindt en als eerder nog geen sprake is geweest van geplaatste retentie-apparaat).

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F813) Plaatsen extra retentiebeugel, per kaak

Het plaatsen van een extra retentiebeugel voor extra houvast. Met retentie-apparaat wordt het resultaat van de behandeling vastgehouden, zodat voorkomen wordt dat de tanden/kiezen weer teruggaan naar de oude stand. Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht als de extra retentiebeugel in dezelfde kaak wordt geplaatst waarin ook de eerste retentievoorziening is geplaatst.

Deze prestatie mag uitsluitend in rekening worden gebracht bij het vervaardigen van extra retentie-apparaat in dezelfde kaak en die gelijktijdig gebruikt wordt met de eerste retentie-apparaat.

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F814) Plaatsen retentie-apparaat bij orthodontisch niet-behandelde patiënt of door een andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt

Het plaatsen van een retentiebeugel. Uitsluitend in rekening te brengen bij patiënten die door een andere orthodontische zorgaanbieder of in het geheel niet orthodontisch behandeld zijn.

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht bij het plaatsen van een retentiebeugel indien de betreffende patiënt reeds eerder orthodontisch behandeld is door deze zorgaanbieder (dezelfde praktijk).

In dat geval geldt dat het plaatsen van een retentie-beugel in de F492 is inbegrepen. In het geval van vervanging van retentie-apparaat dient prestatie F812 gebruikt te worden.

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F815) Verwijderenspalk

Hieronder wordt verstaan het verwijderen van de spalk, wegslijpen composiet en het polijsten van de elementen. Deze prestatie kan alleen gedeclareerd worden indien het plaatsen van nieuwe retentieapparaat volgt op deze prestatie.

Ad F911A) Inkopen op uitkomst orthodontie

Deze prestatie omvat de gehele orthodontische behandeling voor een patiënt tot 18 jaar met garantie op uitkomst voor een periode van 5 jaar.

De prestatie kan uitsluitend gedeclareerd worden indien er een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt. Deze overeenkomst dient afspraken te bevatten over de (gewenste) 'uitkomsten' van de behandeling(en) en de wijze waarop de gegevens (zoals foto's van de begin- en eindsituatie) en de eindstatus (bijvoorbeeld door een Par-score) worden vastgelegd.

Tenzij expliciet anders overeengekomen met de ziektekostenverzekeraar, kunnen gedurende de looptijd van deze overeenkomst de volgende prestaties niet in rekening worden gebracht bij de patiënt of diens ziektekostenverzekeraar:

F121A, F122A, F123A, F125A, F126A, F151A, F152A, F153A, F154A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A, F162A, F411A, F421A, F431A, F441A, F451A, F461A, F481A, F491A, F492A, F511A, F512A, F513A, F514A, F515A, F516A, F518A, F519A, F521A, F531A, F532A, F533A, F611A, F612A, F716A, F721A, F722A, F723A, F724A, F811A, F812A, F813A, F814A.

Regeling mondzorg

Ingevolge de artikelen 36 derde lid, 37 eerste lid, aanhef en onder a, 38 derde en zevende lid van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vastgesteld: Regeling mondzorg.

1. Reikwijdte regeling

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die mondzorg leveren dan wel mondzorgprestaties in rekening brengen¹.

Deze regeling is niet van toepassing op zorgaanbieders die chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard leveren (kaakchirurgen).

2. Doel van de regeling

Deze regeling heeft tot doel het stellen van de navolgende voorschriften met betrekking tot de verlening van mondzorg:

- A) Administratievoorschriften zoals genoemd in artikel 4 van deze regeling teneinde de ontwikkelingen in de mondzorg en de daaruit volgende resultaten in de zorgverlening in relatie tot de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit te kunnen volgen, toetsen en evalueren;
- B) Declaratievoorschriften, zoals genoemd in artikel 5 van deze regeling, teneinde inzichtelijke, rechtmatige declaraties mogelijk te maken;
- C) Transparantievoorschriften, zoals genoemd in artikel 6 van deze regeling, teneinde te bewerkstelligen dat zorgaanbieders, zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling, de consumenten tijdig en zorgvuldig informeren over de tarieven die zij voor prestaties en deelprestaties in rekening brengen.

3. Begripsbepalingen

3.1 Behandeling

Het uitvoeren van één of meer prestaties, volgend uit en in het kader van een diagnose, ten behoeve van preventieve en/of curatieve mondverzorging van de consument uitgevoerd binnen een bepaalde tijdsperiode.

3.2 Consument

Een zorgvrager, patiënt, een potentiële patiënt of degene die namens een patiënt informeert.

3.3 Declaratie

Het tarief of de tarieven die in rekening zijn gebracht voor een geleverde (deel)prestatie of (deel)prestaties aan de consument dan wel aan de ziektekostenverzekeraar van de betreffende consument.

3.4 Laboratoriumkosten

De laboratoriumkosten van het externe bacteriologisch laboratoriumonderzoek die specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Bij de prestaties waarbij dit van toepassing kan zijn, staat dit in de betreffende beleidsregel en tariefbeschikking aangegeven met een tweetal sterretjes (**).

3.5 Materiaal- en/of techniekkosten

De kosten van techniek die noodzakelijk zijn voor de behandeling en extra zijn ingekocht dan wel in eigen beheer zijn uitgevoerd en de kosten van de materialen die specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Hier worden expliciet niet de verbruiksmaterialen bedoeld. Bij de prestaties waarbij dit van toepassing kan zijn staat dit in de beschikking aangegeven met een * (sterretje).

¹ Zie de prestatiebeschrijvingen mondzorg in de beleidsregels 'tandheelkundige zorg', 'tandheelkundige zorg AWBZ', 'jeugd tandverzorging instellingen', 'orthodontische zorg' en 'bijzondere tandheelkunde instellingen'

- 3.6 Mondzorg
Zorg zoals omschreven in de beleidsregels 'tandheelkundige zorg', 'tandheelkundige zorg AWBZ', 'jeugd tandverzorging instellingen', 'orthodontische zorg' en 'bijzondere tandheelkunde instellingen'.
- 3.7 Prestatie
Een prestatie, dan wel deelprestatie als bedoeld in de beleidsregels 'tandheelkundige zorg', 'tandheelkundige zorg AWBZ', 'jeugd tandverzorging instellingen', 'orthodontische zorg' en 'bijzondere tandheelkunde instellingen'. Een prestatie omvat het leveren van mondzorg aan een consument.
- 3.8 Prijsopgave
Een, voor de consument vrijblijvend, gespecificeerd overzicht van de prestaties en tarieven die de zorgaanbieder in rekening verwacht te brengen voor een behandeling.
- 3.9 Tarief
De prijs voor een (deel van een) prestatie van een zorgaanbieder.
- 3.10 Ziektekostenverzekeraar
- een zorgverzekeraar;
- een AWBZ-verzekeraar;
- een particuliere ziektekostenverzekeraar, zijnde een financiële onderneming die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar mag uitoefenen.
- 3.11 Zitting
Een onafgebroken tijdspanne waarin de zorgaanbieder ten behoeve van een consument één of meer prestaties uitvoert, ongeacht inhoud en tijdsduur van de zitting.
- 3.12 Zorgaanbieder
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig mondzorg verleent.

4. Administratievoorschriften

Zorgaanbieders voeren een administratie van uitgevoerde prestaties, zodanig dat telling mogelijk is van gerealiseerde prestaties en de daarvoor gehanteerde tarieven in enige periode. Zorgaanbieders registreren in ieder geval per prestatie:

1. de geleverde prestatie met code;
2. het gedeclareerde tarief;
3. de datum waarop de prestatie is uitgevoerd;
4. de naam- adres en woonplaatsgegevens van de patiënt;
5. het burgerservicenummer van de patiënt;
6. de geboortedatum van de patiënt;
7. welke zorgverlener de prestatie heeft geleverd;
8. de AGB-code van de declarerende zorgaanbieder;
9. de postcode van de praktijk van de zorgaanbieder;

5. Declaratievoorschriften

- A) De zorgaanbieder maakt in zijn declaratie aan een consument en/of ziektekostenverzekeraar zichtbaar welk tarief voor een prestatie in rekening is gebracht.
- B) De declaratie dient te worden gespecificeerd conform de prestatiebeschrijvingen en coderingen in de beleidsregels 'tandheelkundige zorg', 'tandheelkundige zorg AWBZ', 'jeugd tandverzorging instellingen', 'orthodontische zorg' en 'bijzondere tandheelkunde instellingen'.
- C) De declaratie van de geleverde prestatie(s) moet zodanig gespecificeerd zijn dat in ieder geval duidelijk is:
 1. Welke zorgaanbieder de prestatie declareert, waarbij ook vermeld de AGB-code;

2. Welke patiënt het betreft, op basis van naam, burgerservicenummer en geboortedatum;
 3. Op welke prestatie(s) (inclusief prestatiecode) de declaratie betrekking heeft;
 4. Welk tarief de zorgaanbieder voor de gedeclareerde prestatie(s) hanteert;
 5. Welk bedrag de zorgaanbieder voor materiaal- en/of techniekkosten en laboratoriumkosten hanteert per gedeclareerde prestatie;
 6. Op welk(e) elementnummer(s) (tand of kies) de prestatie betrekking heeft, indien specificeerbaar;
 7. Op welke datum de prestatie(s) is (zijn) uitgevoerd.
- D) Declaraties dienen voorzien te zijn van de adresgegevens van de declarerende praktijk.
- E) De prestatie wordt door de zorgaanbieder of via een factoringmaatschappij of via een ziektekostenverzekeraar éénmaal in rekening gebracht aan de consument.
- F) Voor prestatiespecifieke declaratiebepalingen wordt verwezen naar de relevante tariefbeschikkingen.

6. Transparantievoorschriften

Zorgaanbieders dienen de consument tijdig en zorgvuldig te informeren over de tarieven die zij voor prestaties in rekening brengen. Daarnaast gelden de volgende transparantievoorschriften.

- 6.1) Het verstrekken van een prijsopgave per behandeling, voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van 250 euro.

Een zorgaanbieder verstrekt standaard, voorafgaand aan de behandeling, voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van 250 (tweehonderdvijftig) euro een voor de consument vrijblijvende prijsopgave. Op verzoek van de patiënt verstrekt de zorgaanbieder ook een offerte indien het bedrag lager is dan 250 euro.

De prijsopgave en de wijze waarop de zorgaanbieder hierover communiceert voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. De prijsopgave maakt aan de consument inzichtelijk welke prestaties de zorgaanbieder gaat uitvoeren voor de betreffende behandeling;
2. De prijsopgave toont per uit te voeren prestatie het tarief dat de zorgaanbieder in rekening brengt;
3. De prijsopgave maakt de materiaal- en/of techniekkosten en laboratoriumkosten per prestatie afzonderlijk inzichtelijk;
4. Tenzij anders is overeengekomen met de consument, doet de zorgaanbieder de consument de prijsopgave voor de start van de behandeling schriftelijk dan wel digitaal toekomen;
5. De zorgaanbieder legt de prijsopgave vast in de administratie.

Uitgezonderd van deze bepaling (6.1) zijn jeugd tandverzorgingsinstelling zoals bedoeld in de beleidsregel 'jeugd tandverzorging instellingen'.

- 6.2) Het verstrekken van de factuur voor ingekochte materiaal- en/of techniekkosten

1. Indien de zorgaanbieder de tandtechniekstukken niet zelf vervaardigt is deze, op verzoek van de consument dan wel diens verzekeraar, verplicht de factuur van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium/tandtechnische onderneming te overleggen. Voorwaarde voor deze factuur is dat deze per prestatie inzichtelijk maakt welke materiaal- en/of techniekkosten de zorgaanbieder voor de betreffende consument heeft ingekocht. Hiermee maakt de zorgaanbieder duidelijk welke kosten van techniek noodzakelijk zijn voor de behandeling en extra zijn ingekocht en/of welke kosten van materialen specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Hier worden expliciet niet de verbruiksmaterialen bedoeld.

2. Indien de zorgaanbieder de materiaal- en/of techniekkosten niet voor een individuele consument heeft ingekocht bij tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium/tandtechnische onderneming, maar voor meerdere consumenten tegelijk materiaal en/of techniekstukken heeft ingekocht, is de zorgaanbieder op verzoek van de consument dan wel diens verzekeraar, verplicht om de verzamelfactuur/de factuur voor de totale kosten van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium/tandtechnische onderneming te overleggen waaruit de voor de patiënt gemaakte kosten blijkt.

6.3) Het verstrekken van de factuur voor laboratoriumkosten

De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de consument of diens verzekeraar de factuur van het bacteriologisch laboratorium te overleggen. Voorwaarde voor deze factuur is dat deze per prestatie inzichtelijk maakt welke laboratoriumkosten de zorgaanbieder voor de betreffende consument heeft ingekocht.

7. Verantwoordelijkheid

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de goede opvolging van de in deze regeling genoemde bepalingen;
2. Indien een zorgaanbieder in loondienst is, draagt de werkgever zorg voor uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen;
3. Indien een zorgaanbieder in een personenvennootschap werkzaam is en niet zelf de tarieven bepaalt of in rekening brengt, draagt de personenvennootschap zorg voor de uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen.

8. Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking op 1 mei 2013. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling mondzorg'.

Toelichting

Inhoud van de regeling

De Minister van VWS heeft de NZa een aanwijzing gegeven met als doel het invoeren van maximumtarieven in de mondzorg. Daarmee wordt het experiment 'vrije prijsvorming mondzorg' dat op 1 januari 2012 van start is gegaan, beëindigd. De NZa acht verschillende bepalingen van onderhavige regeling ook relevant en nodig in een markt met gereguleerde tarieven.

Deze regeling ziet ook op declaratievoorschriften, administratievoorschriften en transparantievoorschriften

- Declaratievoorschriften scheppen verplichtingen ten aanzien van een inzichtelijk en rechtmatig declaratieverkeer tussen de mondzorgaanbieder en de patiënt;
- Administratievoorschriften zijn opgenomen om invulling te kunnen geven aan de opdracht van de minister teneinde ontwikkelingen in de mondzorg inzake betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit te kunnen monitoren;
- Transparantievoorschriften, zoals genoemd in artikel 6 van deze regeling, teneinde te bewerkstelligen dat zorgaanbieders, zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling, de consumenten tijdig en zorgvuldig informeren over de tarieven die zij voor prestaties en deelprestaties in rekening brengen.

Deze regeling is tot stand gekomen in nauw overleg met de verschillende marktpartijen. Hierbij heeft de nadruk gelegen op de werkbaarheid van de regeling.

De wettelijke voorschriften in de artikelen 38, 39 en 40 lid 1 tot en met 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplichten zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hun consumenten

respectievelijk verzekerden tijdig en zorgvuldig te informeren over de tarieven die gelden voor prestaties en deelprestaties. In het 'Richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders' en in het 'Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2010' wordt uitleg gegeven over deze wettelijke voorschriften en een aantal begrippen wordt nader ingevuld. Deze richtsnoeren zijn te vinden op de website van de NZa, www.nza.nl.

Nadere toelichting per onderwerp

Hieronder worden de onderwerpen die een nadere toelichting behoeven beschreven. Deze onderwerpen zijn ook tijdens het overleg met marktpartijen aan bod geweest.

Het verstrekken van de factuur voor ingekochte materiaal- en/of techniekkosten

De informatie over de ingekochte materiaal- en/of techniekkosten valt uiteen in twee categorieën. Ten eerste de individueel op maat gemaakte oplossing voor een gebitsprobleem, zoals bijvoorbeeld een kunstgebit. Ten tweede het materiaal dat in grotere hoeveelheden wordt ingekocht voor meerdere patiënten, hierbij valt te denken aan slotjes en draadjes voor vaste beugels. Voor beide categorieën geldt dat de inkoopfactuur desgevraagd overlegd dient te worden. Voor de tweede categorie geldt dat deze voorzien dient te zijn van een omrekening van de inkoopkosten naar de kosten voor de individuele patiënt.

Verstrekken van een prijsopgave

In artikel 6.1 wordt de mondzorgaanbieder de verplichting opgelegd om bij alle behandelingen vanaf een bedrag van 250 euro, voorafgaand aan de behandeling een voor de consument vrijblijvende prijsopgave te verstrekken. Voor deze prijsopgave, in het algemeen handelsverkeer ook wel 'offerte' genoemd, gelden de bepalingen die ook in het algemeen handelsverkeer gelden. Zo is het mogelijk een geldigheidstermijn en algemene bepalingen op te nemen, zolang dit niet in strijd is met de wet.

Afspraken met de cliënt over prijsopgave

In het hoofdstuk transparantievoorschriften (artikel 6.1) is opgenomen dat de mondzorgaanbieder, bij een bedrag boven de 250 euro, voorafgaand aan de behandeling aan de consument een prijsopgave moet overleggen. Partijen hebben aangegeven dat dit in een aantal gevallen niet werkbaar is. Belangrijkste argument hierbij is dat de mondzorgaanbieder soms tijdens de uitvoering van een behandeling beoordeelt of het wenselijk is dat de behandeling op dat moment met één of meerdere prestaties wordt uitgebreid, waarmee het bedrag van de behandeling boven de 250 euro uitkomt.

Gezien de bovenstaande argumentatie van partijen is met artikel 6.1 lid 4 de ruimte gelaten om nadere afspraken te maken over het tijdstip en de wijze waarop de prijsopgave wordt overlegd, onder voorwaarde dat dit voor de start van de uitvoering van de behandeling is overeengekomen.

de Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter

KNMT

Meer informatie:
KNMT Ledenservice
T 030 60 76 380
E LS@knmt.nl
I knmt.nl