

TARIEFBESCHIKKING



Nummer 5500-1900-08-2	Datum ingang 1 april 2008	Datum beschikking 21 februari 2008	Datum verzending 25 februari 2008
Volgnr. 14	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

op grond van de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregels orthodontie

en gelet op:

Artikel 35 jo artikel 52, lid 5 Wmg

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

1. zorgaanbieders, die als tandartsspecialist in de dentomaxillaire orthopaedie staan ingeschreven in het BIG-register (orthodontisten);
2. zorgaanbieders, die orthodontische zorg verlenen waarop bij of krachtens de Zorgverzekeringswet of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aanspraak bestaat, uitgezonderd tandartsen algemeen practici;
3. zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, onder c, sub 2, van de Wmg (factormaatschappijen).

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in de bijlagen 1, 2 en 3 bij de tariefbeschikking 5500-1900-08-2 gevoegde tarieflijst, in rekening kunnen worden gebracht.

De tarieven en techniekkosten kunnen uitsluitend als zodanig herkenbaar en gespecificeerd aan de patiënten in rekening worden gebracht.

Indien in de genoemde bijlagen gesproken wordt over zorgaanbieder, worden de hierboven bij "door" genoemde drie categorieën van zorgaanbieders bedoeld.

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 5500-1900-08-1 van 19 december 2007 wordt met de onderhavige tariefbeschikking beperkt tot 1 april 2008.

Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. L.M. Hoppen,
directeur Zorgmarkten Cure

zie bijgevoegde toelichting

TOELICHTING

bij tariefbeschikking

1. **Werkingsfeer**

Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. **Categorieën zorgaanbieders**

De tariefbeschikking is van toepassing op drie categorieën zorgaanbieders:

1. De tariefbeschikking is van toepassing op tandartsspecialisten in de dentomaxillaire orthopaedie, die als zodanig in het BIG-register staan ingeschreven (orthodontisten). Het betreft de verlening van orthodontische zorg, waarop bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aanspraak bestaat (eerste en tweede compartimentzorg) en alle overige (derde compartiment) zorg, die wordt verleend door (of onder verantwoordelijkheid van) orthodontisten.
2. Voorts is de tariefbeschikking van toepassing op orthodontische zorgverlening, waarop bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aanspraak bestaat, die wordt verleend door andere zorgaanbieders met uitzondering van tandartsen algemeen praktici. Zij dienen de vastgestelde tarieven voor tandheelkunde toe te passen.
3. Daarnaast is de tariefbeschikking van toepassing op de natuurlijke en rechtspersonen voor zover deze tarieven in rekening brengen namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder artikel 1, onder c, sub 1 Wmg (factormaatschappijen).

3. **Bezwaar/Beroep**

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

TARIEVENLIJST ORTHODONTIE

Bijlage 1 bij tariefbeschikking orthodontie
5500-1900-08-2 van 21 februari 2008



Nederlandse
Zorgautoriteit

De maximaal in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht met ingang van 1 april 2008 door:

1. zorgaanbieders, die als tandartsspecialist in de dentomaxillaire orthopaedie staan ingeschreven in het BIG-register,
2. zorgaanbieders, die orthodontische zorg verlenen waarop bij of krachtens de Zvw of AWBZ aanspraak bestaat, uitgezonderd tandartsen algemeen practici
3. zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, onder c, sub 2, van de Wmg (factormaatschappijen).

Op de tarieven zijn van toepassing de Inleidende Bepalingen en Algemene Bepalingen, zoals opgenomen in bijlage 3 bij deze tariefbeschikking.

A) Behandeling van patiënten, niet-vallend onder B en/of C

CODE	OMSCHRIJVING	MAXIMUMTARIEF
------	--------------	---------------

I Consultatie en diagnostiek

221101	- eerste consult	€ 21,50
221102	- vervolgconsult	€ 15,00
221103	- controlebezoek	€ 15,00
221104	- second opinion	€ 43,00
221105	- gebitsmodellen	€ 32,30
221106	- beoordeling gebitsmodellen	€ 66,20

II Röntgenonderzoek

221110	- intra-orale röntgenfoto (3 x 4 cm.)	€ 9,00
221111	- occlusale opbeet röntgenfoto	€ 13,40
221112	- extra-orale röntgenfoto (13 x 18 cm.)	€ 16,50
221113	- röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	€ 20,20
221114	- vervaardiging orthopantomogram	€ 32,20
221115	- beoordeling orthopantomogram	€ 18,90
221116	- vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	€ 20,20
221117	- beoordeling laterale schedelröntgenfoto	€ 56,40
221118	- vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	€ 20,20
221119	- beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	€ 56,40

III Behandeling

Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur

221130	- aanvangstoelage uitneembare apparatuur	€ 163,50
221131	- overgangstoelage uitneembaar naar partieel vast	€ 483,50
221132	- overgangstoelage uitneembaar naar volledig vast	€ 730,00
221133	- behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	€ 31,40

Behandeling met partieel vaste apparatuur

221140	- aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	€ 483,50
221141	- overgangstoelage partieel vast naar volledig vast	€ 365,00
221143	- behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	€ 35,80

CODE	OMSCHRIJVING		MAXIMUMTARIEF
<u>Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven- en onderkaak</u>			
221150	- aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	€	730,00
221153	- behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	€	44,80
<u>Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur</u>			
221163	- behandelingsmaandtarief 25 ^e behandelingsmaand en volgende	€	31,40
221171	- behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)	€	36,50
IV Diversen			
221181	- vervanging apparatuur na onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten)	€	36,50
221182	- reparatie apparatuur bij onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten)	€	25,80
221183	- extractie, per element	€	9,40
221184	- fiberotomie, per element	€	9,40
221185	- mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur (exclusief techniekkosten)	€	21,90
221187	- toeslag voor keramische brackets, per bracket	€	9,00

B) Behandeling van patiënten met (een) in ernst met schisis vergelijkbare afwijking(en)

CODE	OMSCHRIJVING		MAXIMUMTARIEF
I Consultatie en diagnostiek			
221101	- eerste consult	€	21,50
221102	- vervolconsult	€	15,00
221103	- controlebezoek	€	15,00
221104	- second opinion	€	43,00
221105	- gebitsmodellen	€	32,30
221106	- beoordeling gebitsmodellen	€	66,20
221107	- multidisciplinair consult, per uur (deelbaar in eenheden van vijf minuten)	€	99,80
II Röntgenonderzoek			
221110	- intra-orale röntgenfoto (3 x 4 cm.)	€	9,00
221111	- occlusale opbeet röntgenfoto	€	13,40
221112	- extra-orale röntgenfoto (13 x 18 cm.)	€	16,50
221113	- röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	€	20,20
221114	- vervaardiging orthopantomogram	€	32,20
221115	- beoordeling orthopantomogram	€	18,90
221116	- vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	€	20,20
221117	- beoordeling laterale schedelröntgenfoto	€	56,40
221118	- vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	€	20,20
221119	- beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	€	56,40
III Behandeling			
<u>Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur</u>			
221230	- aanvangstoelage uitneembare apparatuur	€	163,50
221231	- overgangstoelage uitneembaar naar partieel vast	€	483,50
221232	- overgangstoelage uitneembaar naar volledig vast	€	730,00
221233	- behandelingsmaandtarief	€	44,80
<u>Behandeling met partieel vaste apparatuur</u>			
221240	- aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	€	483,50
221241	- overgangstoelage partieel vast naar volledig vast	€	365,00
221243	- behandelingsmaandtarief	€	49,30
<u>Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven- en onderkaak</u>			
221250	- aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	€	730,00
221253	- behandelingsmaandtarief	€	58,20
<u>Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur</u>			
221271	- behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)	€	36,50

CODE	OMSCHRIJVING	MAXIMUMTARIEF	
IV Diversen			
221281	- vervanging apparatuur na onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten)	€	36,50
221282	- reparatie apparatuur bij onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten)	€	25,80
221283	- extractie, per element	€	9,40
221284	- fiberotomie, per element	€	9,40
221285	- mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur (exclusief techniekkosten)	€	21,90
221287	- toeslag voor keramische brackets, per bracket	€	9,00

C) Behandeling van patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis

CODE	OMSCHRIJVING	MAXIMUMTARIEF
I Consultatie en diagnostiek		
221401	- verwijskaart, resp. eerste consult	€ 21,50
221402	- herhalingskaart, resp. vervolgconsult	€ 15,00
221403	- controlebezoek	€ 15,00
221404	- second opinion	€ 43,00
221405	- gebitsmodellen	€ 32,30
221406	- beoordeling gebitsmodellen	€ 66,20
221407	- multidisciplinair consult (deelbaar in eenheden van vijf minuten)	€ 99,80
221408	- prenataal consult (deelbaar in eenheden van vijf minuten)	€ 58,20
II Röntgenonderzoek		
221410	- intra-orale röntgenfoto (3 x 4 cm.)	€ 9,00
221411	- occlusale opbeet röntgenfoto	€ 13,40
221412	- extra-orale röntgenfoto (13 x 18 cm.)	€ 16,50
221413	- röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	€ 20,20
221414	- vervaardiging orthopantomogram	€ 32,20
221415	- beoordeling orthopantomogram	€ 18,90
221416	- vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	€ 20,20
221417	- beoordeling laterale schedelröntgenfoto	€ 56,40
221418	- vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	€ 20,20
221419	- beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	€ 56,40
III Behandeling		
<u>Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur</u>		
221430	- aanvangstoelage uitneembare apparatuur	€ 311,50
221431	- overgangstoelage uitneembaar naar partieel vast	€ 660,00
221432	- overgangstoelage uitneembaar naar volledig vast	€ 971,00
221433	- behandelingsmaandtarief	€ 44,80
<u>Behandeling met partieel vaste apparatuur</u>		
221440	- aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	€ 719,00
221441	- overgangstoelage partieel vast naar volledig vast	€ 485,50
221443	- behandelingsmaandtarief	€ 49,30
<u>Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven- en onderkaak</u>		
221450	- aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	€ 1.053,00
221453	- behandelingsmaandtarief	€ 58,20

CODE	OMSCHRIJVING		MAXIMUMTARIEF
<u>Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur</u>			
221470	- vroegtijdige orthodontische behandeling bij cheilo-/gnatho-/palatoschisispatiënten gedurende de eerste twee levensjaren (eenmalig gedurende die twee jaar in rekening te brengen)	€	1.021,00
221471	- behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)	€	36,50
IV Diversen			
221481	- vervanging apparatuur na onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten)	€	36,50
221482	- reparatie apparatuur bij onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten)	€	25,80
221483	- extractie, per element	€	9,40
221484	- fiberotomie, per element	€	9,40
221485	- mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur (exclusief techniekkosten)	€	21,90
221487	- toeslag voor keramische brackets, per bracket	€	9,00

TECHNIEKKOSTEN ORTHODONTIE

**Bijlage 2 bij tariefbeschikking orthodontie
5500-1900-08-2 van 21 februari 2008**



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

De techniekkosten kunnen additioneel in rekening worden gebracht, tenzij deze kosten reeds in de desbetreffende tarieven zijn begrepen.

Onder techniekkosten worden te dezen verstaan de door de zorgaanbieder betaalde of verschuldigde techniekkosten, respectievelijk de hiermee vergelijkbare door de zorgaanbieder gemaakte kosten.

De eventueel door de zorgaanbieder gemaakte techniekkosten mogen in ieder geval niet hoger zijn dan de maximumtarieven voor de tandtechniek in eigen beheer, zoals deze zijn vastgesteld door de NZa.

INLEIDENDE EN ALGEMENE BEPALINGEN ORTHODONTIE

**Bijlage 3 bij tariefbeschikking orthodontie
5500-1900-08-2 van 21 februari 2008**



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

INLEIDENDE EN ALGEMENE BEPALINGEN BIJ DE MAXIMUMTARIEVEN ORTHODONTIE MET INGANG VAN 1 APRIL 2008.

Inleidende bepalingen

01. Deze tarieven gelden als maximumtarieven voor de orthodontie.
02. Indien de maximumtarieven en bepalingen interpretatie behoeven, kan dit worden voorgelegd aan een commissie, verder te noemen 'Commissie ex artikel 5'. De commissie bestaat uit een vertegenwoordiging van ZN en een vertegenwoordiging van orthodontisten namens de NMT en ANT. Het secretariaat van deze 'Commissie ex artikel 5' is ondergebracht bij Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.
03. De declaratie zal zodanig gespecificeerd dienen te zijn dat duidelijk is:
 - welke zorgaanbieder de gedeclareerde verrichtingen heeft uitgevoerd;
 - welke patiënt het betreft;
 - op welke verrichting(en) de declaratie betrekking heeft;
 - op welke datum deze is (zijn) uitgevoerd respectievelijk op welke kalendermaand deze betrekking heeft (hebben).

Nota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.

ALGEMENE BEPALINGEN

Algemene bepalingen betreffende hoofdstuk I (Consultatie en Diagnostiek)

A. Verwijskaart c.q. eerste consult (221101/221401)

1. Verwijskaart

Voor de waarde van de verwijskaart verricht de zorgaanbieder een eenvoudig diagnostisch onderzoek, wat nodig is om tot een voorlopige diagnose te komen. Het eenvoudig diagnostisch onderzoek is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

In de waarde van de verwijskaart is inbegrepen 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.

De verwijskaart heeft een geldigheidsduur van één maand. Deze termijn vangt aan op de dag na de dag waarop de patiënt zich voor het eerst persoonlijk bij de zorgaanbieder voegt.

2. 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.

B. Herhalingskaart c.q. vervolgconsult (221102/221402)

1. Herhalingskaart

Voor het tarief van de herhalingskaart verricht de zorgaanbieder dezelfde werkzaamheden als hiervoor genoemd voor een verwijskaart.

Voor het tarief van de herhalingskaart verricht de zorgaanbieder een eenvoudig diagnostisch onderzoek, wat nodig is om tot een voorlopige diagnose te komen. Het eenvoudig diagnostisch onderzoek is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

In de waarde van de herhalingskaart is inbegrepen 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.

De herhalingskaart heeft een geldigheidsduur van één maand. Deze termijn gaat in op de datum van het eerste bezoek van de patiënt aan de zorgaanbieder en na afloop van de geldigheidsduur van de voorafgaande verwijs- of herhalingskaart. In een periode van twaalf aaneengesloten maanden kunnen ten hoogste vier herhalingskaarten worden gedeclareerd.

2. Vervolgconsult

Voor het tarief van het vervolgconsult verricht de zorgaanbieder dezelfde werkzaamheden als hiervoor genoemd voor het eerste consult.

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 vervolgsconsult kan niet in rekening worden gebracht voor een vervolgsconsult 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 vervolgsconsult dat in rekening is gebracht. In een periode van twaalf aaneengesloten maanden kunnen ten hoogste vier vervolgsconsulten worden gedeclareerd.

C. Controlebezoek (221103/221403)

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 code 221103/221403 in rekening worden gebracht.

Controlebezoeken kunnen worden gedeclareerd met een maximum van zes controlebezoeken per periode van twaalf aaneengesloten kalendermaanden en een maximum van één per maand.

D. Second opinion (221104/221404)

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 tandartsspecialist. 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.

E. Multidisciplinair consult (221107/221407)

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.

F. Prenataal consult (221408)

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.

Algemene bepalingen betreffende hoofdstuk I (Beoordeling van gebitsmodellen) en hoofdstuk II (Röntgenonderzoek)**A. Uitgebreid Onderzoek**

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

1. Röntgenonderzoek

Het röntgenonderzoek kan in alle gevallen, indien van toepassing, als afzonderlijke verrichting worden gedeclareerd. In de tarieven voor röntgenonderzoek zijn alle kosten voor het vervaardigen van de röntgenfoto's begrepen, behalve met betrekking tot de codes 221115/221415, 221117/221417, 221119/221419 die uitsluitend de beoordeling van röntgenfoto's betreffen. Bij het vervaardigen en beoordelen van een orthopantomogram en/of een schedelröntgenfoto voor het opstellen van een diagnose/behandelingsplan, kan naast het tarief voor de vervaardiging van de opname (221114/221414, 221116/221416, respectievelijk 221118/221418) het tarief voor de beoordeling van de betreffende opname in rekening worden gebracht. Dit tarief (221115/221415, 221117/221417, respectievelijk 221119/221419) 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.

2. Beoordeling van gebitsmodellen (221106/221406)

- 2.1 Onder beoordeling van gebitsmodellen wordt verstaan: het bestuderen van studiemodellen (voor het vervaardigen waarvan code 221105/221405 te declareren is), 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.
- 2.2 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.

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

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 artikel 3. hiernavolgend – het tarief voor beoordeling van gebitsmodellen eenmalig worden gedeclareerd naast het behandelingsmaandtarief.

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

3. Gebitsmodellen (221105/221405)

Het vervaardigen van gebitsmodellen, zonder dat tevens beoordeling daarvan (onder code 221105/221405) 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.

Algemene bepalingen betreffende hoofdstuk III (Behandeling met apparatuur)

1. De maximumtarieven voor behandeling zijn gegrond op de actieve behandeling met apparatuur.
2. De vergoeding van behandeling vindt plaats op basis van een tarief per behandelingsmaand, al dan niet vermeerderd met het toeslagtarief, afhankelijk van de toegepaste apparatuur tijdens het verloop van de behandeling.
3. Onder behandelingsmaand wordt verstaan de kalendermaand waarin de patiënt zich bij de zorgaanbieder vervoegt voor behandeling met apparatuur.
4. De maximumtarieven gelden ongeacht het aantal bezoeken per kalendermaand.
5. De eerste behandelingsmaand is de kalendermaand waarin daadwerkelijk met de actieve behandeling wordt aangevangen (bijvoorbeeld het nemen van afdrucken ten behoeve van apparatuur of het separeren van gebitselementen).
6. Over de kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, wordt niet gedeclareerd, tenzij er sprake is van een niet nagekomen afspraak.
7. De in de tarievenlijst voor de behandeling met apparatuur vermelde bedragen zijn gemiddelde maximumtarieven. De bedragen omvatten zowel de vergoeding voor de zorgaanbieder (inclusief de praktijkkostenvergoeding) als de techniekkosten en kostenvergoeding voor eigen apparatuur en hulpkrachten voor de met deze behandeling gepaard gaande werkzaamheden.

De tarieven zijn vastgesteld inclusief:

- 7.1 de kosten van apparatuur, uitgezonderd de kosten, gepaard gaande met vervanging van apparatuur die door de patiënt is verloren of die als gevolg van onzorgvuldig gebruik zodanig is beschadigd dat reparatie niet meer mogelijk is, dan wel gepaard gaande met vervanging omdat de patiënt zich niet tijdig volgens afspraak bij de orthodontist heeft vervoegd.
- 7.2 de kosten van reparatie van apparatuur, uitgezonderd de kosten van reparaties die noodzakelijk zijn als gevolg van duidelijk onzorgvuldig gebruik van de apparatuur door de patiënt.
- 7.3 de kosten van gebitsmodellen, uitgezonderd de kosten van modellen die vervaardigd worden op verzoek van de adviserend tandarts of adviserend geneeskundige van ziektekostenverzekeraars dan wel een orgaan belast met (tucht)rechtspraak.
8. Herstel van permanente retentie (linguale/palatinale fixatiespalk) na afbehandeling wordt gedeclareerd als behandelingsmaand (voortzetting van vroegere behandeling).
9. 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.

Definitie apparatuur

- 10.1 onder partieel vaste apparatuur wordt verstaan: vaste apparatuur in boven- of onderkaak die is verbonden aan ten minste twee blijvende molaren of premolaren en alle in die kaak doorgebroken blijvende incisieven en cuspidaten; deze elementen dienen alle van banden c.q. brackets te zijn voorzien.
- 10.2 onder volledig vaste apparatuur wordt verstaan: vaste apparatuur in boven- en onderkaak die is verbonden aan ten minste twee blijvende molaren of premolaren en alle doorgebroken blijvende incisieven en cuspidaten; deze elementen dienen alle van banden c.q. brackets te zijn voorzien.
- 10.3 onder eenvoudige orthodontische apparatuur wordt verstaan: apparatuur om gewoonten af te leren die afwijkingen kunnen veroorzaken of verergeren, of om sturend op te treden in de gebitsontwikkelingen indien sprake is van een latente orthodontische afwijking, of als reeds sprake is van een manifeste afwijking om toename daarvan te beperken.
- 10.4 onder uitneembare apparatuur wordt verstaan: alle apparatuur die niet aan één van bovengenoemde omschrijvingen voldoet.

Aanvangstoelage

11. Bij aanvang van de actieve behandeling met apparatuur kan, naast het tarief van de eerste behandelingsmaand, eenmalig het tarief van de aanvangstoelage in rekening worden gebracht (A en B-lijst). Voor de behandeling van patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis (C-lijst) geldt dat gedurende de behandeling van de patiënt meer dan één keer het tarief van de aanvangstoelage in rekening mag worden gebracht.

Bij toepassing van uitneembare of voornamelijk uitneembare apparatuur geldt de aanvangstoelage voor uitneembare apparatuur, bij partieel vaste apparatuur de aanvangstoelage voor partieel vaste apparatuur en bij volledig vaste apparatuur de aanvangstoelage voor volledig vaste apparatuur.

Overgangstoelage

12. Bij overgang van uitneembare apparatuur naar partieel vaste apparatuur kan naast het behandelingsmaandtarief eenmalig het tarief van de desbetreffende overgangstoelage gedeclareerd worden (code 221131 of 221231, A en B-lijst).

Bij overgang van uitneembare apparatuur naar volledig vaste apparatuur kan naast het behandelingsmaandtarief eenmalig het tarief van de desbetreffende overgangstoelage gedeclareerd worden (code 221132 of 221232; A en B-lijst).

Bij overgang van partieel vaste apparatuur naar volledig vaste apparatuur kan naast het behandelingsmaandtarief eenmalig het tarief van de desbetreffende overgangstoelage gedeclareerd worden (code 221141 of 221241; A en B-lijst).

Voor de behandeling van patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis (C-lijst) geldt dat gedurende de behandeling van de patiënt meer dan één keer het tarief van de betreffende overgangstoelage in rekening mag worden gebracht.

13. De overgangstoelage wordt gedeclareerd in combinatie met het behandelingsmaandtarief voor de vervangende apparatuur in de kalendermaand, waarin de vervangende apparatuur wordt geplaatst, echter de behandelmaandtelling wordt van de vervangen apparatuur op de vervangende apparatuur voortgezet.

Het behandelingsmaandtarief voor een bepaalde apparatuur kan uitsluitend in rekening worden gebracht in combinatie met, of na declaratie van, de aanvangstoeslag of overgangstoeslag voor die apparatuur.

Aanvangstoeslag/overgangstoeslag

14. Binnen een periode van drie maanden kan slechts één aanvangstoeslag of overgangstoeslag worden gedeclareerd (A en B-lijst). Voor de behandeling van patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis (C-lijst) geldt dat gedurende een periode van drie maanden meer dan één keer het tarief van de betreffende aanvangstoeslag en/of overgangstoeslag in rekening mag worden gebracht.

Eenvoudige apparatuur

15. Het tarief voor toepassing van eenvoudige apparatuur volgens codenummer 221171, 221271 of 221471 kan binnen een periode van twaalf maanden slechts eenmalig in rekening worden gebracht. Het tarief geldt als vergoeding voor de vervaardiging en plaatsing van de apparatuur alsmede het geven van instructies omtrent het gebruik. Naast dit tarief kunnen geen behandelingsmaandtarieven en/of -toeslagen worden gedeclareerd. Het bedrag is exclusief techniekkosten.

Mondbeschermer

16. Het tarief van een mondbeschermer geldt als vergoeding voor de vervaardiging en plaatsing van een mondbeschermer, alsmede het geven van instructie omtrent het gebruik, tijdens behandeling met orthodontische apparatuur. Het bedrag is exclusief techniekkosten.

Algemene bepalingen betreffende hoofdstuk IV (Diversen)

A. Vervanging van apparatuur na onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten) (221181, 221281 of 221481)

De kosten van vervanging van apparatuur zijn begrepen in het tarief voor behandeling met apparatuur, met uitzondering van:

1. de kosten van vervanging van de apparatuur die door de patiënt is verloren;
2. de kosten van vervanging, omdat de patiënt zich niet tijdig volgens afspraak bij de zorgaanbieder heeft vervoegd;
3. de kosten van vervanging van apparatuur die als gevolg van duidelijk onzorgvuldig gebruik zodanig is beschadigd dat reparatie niet meer mogelijk is.

In genoemde gevallen kan de zorgaanbieder het tarief voor vervanging van apparatuur in rekening brengen, vermeerderd met de bijbehorende techniekkosten.

B. Reparatie apparatuur bij onzorgvuldig gebruik (exclusief techniekkosten) (221182, 221282 of 221482)

1. Reparatie van uitneembare apparatuur

De kosten van reparatie van uitneembare apparatuur zijn begrepen in het tarief voor behandeling met apparatuur, met uitzondering van de kosten van reparatie die het gevolg zijn van duidelijk onzorgvuldig gebruik door de patiënt. In dat geval kan de zorgaanbieder het tarief voor reparatie van apparatuur in rekening brengen, vermeerderd met de bijbehorende techniekkosten.

2. Reparatie van vaste apparatuur

De kosten van reparatie van vaste apparatuur zijn begrepen in het tarief voor behandeling met apparatuur, met uitzondering van de kosten van reparaties in die gevallen waarin bij een patiënt sprake is van duidelijk aanwijsbare en met grote regelmaat plaatsvindende beschadiging van apparatuur of als gevolg van duidelijke opzet. In dat geval kan de zorgaanbieder het tarief voor reparatie van apparatuur in rekening brengen, vermeerderd met de bijbehorende techniekkosten.