

TARIEFBESCHIKKING



Nummer 5400-1900-09-1	Datum ingang 1 januari 2009	Datum beschikking 16 december 2008	Datum verzending 18 december 2008
Volgnr. 20	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

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

op basis van de beleidsregels:

voor zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen die bieden

en gelet op:

Wmg-artikel 35 jo.
art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig:

door:

1. zorgaanbieders, die als tandartsspecialist in de mondziekten en kaakchirurgie in het BIG-register (als bedoeld in artikel 3 Wet BIG) staan ingeschreven;
2. zorgaanbieders, die kaakchirurgische 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);

in rekening kan worden gebracht:

- maximaal de honorariumbedragen vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in de bij deze tariefbeschikking gevoegde tarieflijst (bijlage 1). Deze vastgestelde maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder;

- de techniekkosten, zoals omschreven in bijlage 2 bij de tariefbeschikking 5400-1900-09-1, tenzij in de desbetreffende tarieflijst is aangegeven dat deze kosten reeds in de desbetreffende tarieven zijn begrepen;

aan of via:

- de instelling voor medisch specialistische zorg van waaruit de zorgaanbieder de te declareren prestatie heeft geleverd en van waaruit de totale declaratie inclusief het aan de prestatie gekoppelde kostendeel ziekenhuis en honorariumdeel voor ondersteunende specialismen, aan de patiënt of diens verzekeraar in rekening wordt gebracht. (*)

- Indien de zorgaanbieder de zorg niet levert vanuit een instelling voor medisch specialistische zorg, kunnen de honorariumbedragen vermeld achter de prestaties zoals omschreven in de bij deze tariefbeschikking gevoegde tarieflijst (bijlage 1) en de techniekkosten, zoals omschreven in bijlage 2 bij deze tariefbeschikking (tenzij in de desbetreffende tarieflijst is aangegeven dat deze kosten reeds in de desbetreffende tarieven zijn begrepen) rechtstreeks aan de patiënt of diens verzekeraar in rekening worden gebracht.

Van toepassing zijn de Inleidende en Algemene Bepalingen in bijlage 3.

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

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 5400-1900-08-2 van 30 juni 2008 wordt met de onderhavige tariefbeschikking beperkt tot 1 januari 2009.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

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

() Overgangsregeling*

Vanwege de nieuwe productstructuur kaakchirurgie dient vanaf 1 januari 2009 bij de declaratie van de kaakchirurgische prestaties op de nota zowel

- het honorarium voor de zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen die bieden,
- de techniekkosten (tenzij deze kosten reeds in de desbetreffende honorariumtarieven verdisconteerd zijn);
- het kostendeel ziekenhuis, inclusief (indien van toepassing) het honorarium voor ondersteunende anesthesiologie (indien van toepassing); gespecificeerd onder één declaratiecode te worden vermeld.

Zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen die bieden, zijn op basis van deze tariefbeschikking niet gerechtigd het kostendeel van de instelling separaat in rekening te brengen. Per 1 januari 2009 zal daarmee de instelling waar vanuit deze zorgaanbieders de zorg leveren feitelijk de totale declaratie van de kaakchirurgische verrichting aan de patiënt of diens verzekeraar moeten verzorgen of uitbesteden.

Tot 31 december 2008 was het voor zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen die bieden nog mogelijk om het honorariumdeel en de techniekkosten zelfstandig in rekening te brengen aan de patiënt of diens verzekeraar, separaat van het door de instelling aan de patiënt of diens verzekeraar te declareren kostendeel.

In verband met mogelijke aanpassingen in de software, personeelsformatie en/of overeenkomsten met ziekenhuizen of factureringsmaatschappijen als gevolg van deze beleidswijziging, wordt voor zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen die bieden, werkzaam in een instelling voor medisch specialistische zorg, een overgangperiode tot uiterlijk tot 1 juli 2009 geboden om zich aan de nieuwe declaratiesystematiek aan te passen.

Deze overgangsregeling houdt in dat de zorgaanbieder die tot 31 december 2008 zelfstandig aan de patiënt of diens verzekeraar het honorariumdeel en de techniekkosten declareerde, nog tot uiterlijk 1 juli 2009 de gelegenheid wordt geboden om dit honorariumdeel en de techniekkosten, zoals omschreven in bijlage 1 en 2 bij deze tariefbeschikking, rechtstreeks aan de patiënt of diens verzekeraar in rekening te brengen. Dit is echter uitsluitend toegestaan indien de instelling voor medisch specialistische zorg van waaruit de zorgaanbieder de zorg levert en van waaruit de declaratie van het kostendeel ziekenhuis en eventueel het honorariumdeel voor ondersteunende specialismen verloopt, het honorariumbedrag voor de betreffende prestatie en de techniekkosten niet in rekening brengt.

bij tariefbeschikking

1. Werkingssfeer

Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

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

2. Bezwaar/Beroep

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

**DE MAXIMUMTARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE MONDZORG LEVEREN
ZOALS TANDARTSSPECIALISTEN VOOR MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGEN DIE
BIEDEN IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT VOOR PRESTATIES MET
INGANG VAN 1 JANUARI 2009**

Code	Omschrijving	Maximumtarief 1 januari 2009
	<u>Tariefgroep I: Consultatie</u>	
234003	Consult	€ 30,90
	<u>Tariefgroep II: Verrichtingen</u>	
230438	Operatieve verwijdering van nervus infraorbitalis of nervus alveolaris inferior of verleggen van nervus mentalis	€ 247,50
232152	Plastische sluiting oro-antrale perforatie	€ 123,50
234005	Behandeling grote diepe kaakabcessen	€ 99,00
234011	Operatieve verwijdering van grote benigne tumoren en kysten in kaak of weke delen	€ 86,60
234012	Operatieve verwijdering van kaakkysten groter dan ¼ van het kaakvolume en operaties aan de sinus maxillaris	€ 247,50
234020	Extirpatie frenulum labii en linguae	€ 37,10
234022	Uitgebreid operatief wondtoilet (niet als nabehandeling van eigen ingreep), uitgebreide proefexcisie of biopsie	€ 37,10
234024	Parodontale chirurgie aan één element	€ 92,80
234025	Parodontale chirurgie aan alle aanwezige frontelementen per kaak of aan alle aanwezige postcaniene elementen per kaakhelft	€ 111,00
234026	Parodontale chirurgie aan alle aanwezige elementen per kaakhelft	€ 154,50
234027	Preventieve parodontale behandeling aan alle aanwezige frontelementen per kaak, of aan alle aanwezige postcaniene elementen per kaakhelft	€ 74,20
234028	Preventieve parodontale behandeling per kaakhelft	€ 102,00

KAAKCHIRURGISCHE HULP 5400-1900-09-1

Pagina

2

Code	Omschrijving	Maximumtarief 1 januari 2009
234030	Kleine verrichtingen; extractie van één of meerdere gebitselementen per kaakhelft, niet in combinatie met één of meer andere ingrepen	€ 30,90
234031	Gingivoplastiek met mucosatransplantaat	€ 123,50
234034	Extractie in algehele anesthesie van één of meerdere elementen in één kaakhelft	€ 61,80
234035	Extractie in algehele anesthesie van één of meerdere elementen in elke volgende kaakhelft; extractie van één of meerdere gebitselementen per kaakhelft in combinatie met één of meer andere ingrepen	€ 61,80
234041	Operatieve verwijdering van een gebitselement of één of meerdere radices of een corpus aliënum per kaakhelft; met splijten van het mucoperiost	€ 86,60
234050	Apexresectie per kaak, inclusief één behandelde wortel (inclusief eventueel noodzakelijke wortelkanaal-behandeling, kanaalvulling en/of apicale afsluiting)	€ 123,50
234051	Apexresectie, elke volgende wortel	€ 123,50
234065	Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie en/of transplantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, per kaak (inclusief eventueel spalken)	€ 86,60
234070	Verwijdering torus palatinus of mandibularis, grote alveolotomie en/of correctie linea mylohyoidea of processus alveolaris per kaak	€ 111,00
234071	Mondbodem- of tuberplastiek per kaakhelft	€ 222,50
234073	Omslagplooï plastiek en/of correctie processus alveolaris door middel van alloplastisch materiaal, frontgedeelte of per kaakhelft	€ 123,50
234075	Omslagplooï plastiek met behulp van een vrij transplantaat frontgedeelte of per kaakhelft inclusief het winnen van het transplantaat	€ 284,50
234092	Vrij prepareren van een geïmpacteerd element	€ 61,80
234093	Vrij prepareren met aanbrengen van een ligatuur of extensie	€ 86,60
234161	Correctie van het edentate deel van de kaak met bijbehorende weke delen: excisie van irritatie-hyperplasieën, flabby ridges, tubercorrectie, verwijdering meerdere exostosen per kaak	€ 86,60

KAAKCHIRURGISCHE HULP 5400-1900-09-1

Pagina

3

Code	Omschrijving	Maximumtarief 1 januari 2009
234211	Verwijdering speekselsteen, per klier en/of ductus	€ 99,00
234233	Extirpatie glandula submandibularis, glandula sublingualis of lymfeklier(en)	€ 247,50
238002	Sequestrotomie of decorticatie bij osteomyelitis	€ 123,50
238020	Correctie van benige kin, corticotomie ten behoeve van rapid expansion	€ 210,00
238022	Osteotomie/distractie van de processus alveolaris front-gedeelte of per kaakhelft	€ 309,00
238024	Osteotomie/distractie van het os zygomaticum of van de maxilla volgens le Fort I, alsmede decompressie van de orbita	€ 927,00
238025	Overbruggen van een gnathoschisis met bottransplantaat of kaakreconstructie met allo- of autotransplantaat of reconstructie kaakgewricht	€ 432,50
238026	Osteotomie/distractie van de mandibula enkelzijdig of frontgedeelte	€ 618,00
238027	Osteotomie/distractie maxilla volgens le Fort II	€ 1.422,00
238028	Osteotomie/distractie maxilla volgens le Fort III	€ 1.855,00
238029	Permandibulair implantaat	€ 618,00
238041	Behandeling van fracturen per kaak, bijvoorbeeld met behulp van spalken, brackets, IMF-schroeven	€ 272,00
238042	Operatieve behandeling van een enkelvoudige mandibula-fractuur	€ 420,50
238044	Operatieve behandeling van een meervoudige mandibula-fractuur of van een maxilla- of zygoma-fractuur	€ 618,00
238048	Intermaxillaire fixatie, als zelfstandige ingreep (niet bij osteotomie, fractuur of reconstructie); het plaatsen van bone-anchors per kaak	€ 123,50
238052	Verhogen van het tuberculum articulare van het kaakgewricht, enkelzijdig	€ 371,00
238054	Resectie van het tuberculum articulare, extirpatie of repositie discus articularis, condylotomie, condylar shave of condylectomie, enkelzijdig	€ 272,00
238056	Denervatie van het kaakgewricht, enkelzijdig	€ 160,50
238060	Plaatsen van eerste permucosale implantaat (per kaak, excl. kosten implantaat)	€ 355,50

KAAKCHIRURGISCHE HULP 5400-1900-09-1

Pagina

4

Code	Omschrijving	Maximumtarief 1 januari 2009
238061	Elk volgend implantaat (per kaak, excl. kosten implantaat)	€ 92,80
238062	Kosten implantaten	€ 0,00
238063	Vrijleggen van implantaat/implantaten; in geval van twee fasen: de tweede fase (per kaak)	€ 95,80
238809	Openen van bot voor het verkrijgen van een auto-transplantaat	€ 247,50
238828	Operatieve verwijdering van osteosynthese materiaal/distractor per kaakhelft	€ 123,50
238944	Behandeling uitgebreide weke delen letsels in het gelaat	€ 160,50
232060	Correctief chirurgische behandeling van de deformiteiten aan het benige neusskelet, met laterale osteotomie	€ 253,50
232071	Repositie van verse gecompliceerde neusfractuur, met uitgebreid wondtoilet	€ 80,40
232072	Uitgebreide bloedige repositie bij verse septumfractuur	€ 195,00
231534	Hechten van een gescheurd ooglid met gescheurde ooglidrand en herstel van een primair ooglid coloboom	€ 182,50
231541	Laterale canthopexie	€ 89,60
231542	Enkelzijdige transnasale mediale canthopexie	€ 269,00
231550	Herstel binnen of buiten ooghoek	€ 120,50
231658	Dacryocystorhinostomie	€ 225,50
238010	Resectie van halve bovenkaak	€ 204,00
238011	Resectie van totale bovenkaak	€ 278,00
238014	Resectie van halve onderkaak	€ 204,00
238015	Resectie van totale onderkaak	€ 278,00
238017	Commando-operatie	€ 633,00
233730	Radicale halsklieruitruiming	€ 340,00
233740	Regionale klierdissectie, enkelzijdig	€ 192,00
233780	Diagnostische lymfklierextirpatie, supra- of infraclaviculair	€ 77,40
234111	Extirpatie van de gehele tong	€ 265,50

KAAKCHIRURGISCHE HULP 5400-1900-09-1

Pagina

5

Code	Omschrijving	Maximumtarief 1 januari 2009
234112	Extirpatie van een gedeelte van de tong	€ 120,50
234140	Primaire behandeling van gehemelte-spleten in het voorste deel van het palatum	€ 219,50
234141	Primaire behandeling van gehemelte-spleten in het achterste deel van het palatum	€ 219,50
234160	Extirpatie tumor weke delen van de mond	€ 58,80
239011	Kleine en/of weinig gecompliceerde transpositie, transpositie van huid of opschuifplastiek	€ 92,80
239050	Primaire behandeling van congenitale lipspleten, enkelzijdig	€ 228,50
239052	Pharyngoplastiek	€ 343,50
230104	Tumor van orbita en decompressie van het orbitadak	€ 377,00
230821	Exenteratio orbitae	€ 303,00
239000	Thierschplastiek	€ 92,80
239014	Grote of gecompliceerde transpositie door direct of indirect gesteelde transpositie van huid	€ 315,00
239025	Transpositie van een huidspierlap naar een defect in mondholte, pharynx, larynx en/of oesophagus	€ 878,00
234222	Partiële extirpatie van het oppervlakkige deel van de glandula parotis	€ 139,00
234223	Totale extirpatie van het oppervlakkige deel van de glandula parotis	€ 300,00
234240	Totale parotidectomie	€ 399,00
234261	Operatie van een speekselfistel	€ 80,40
230440	Primaire zenuwhechting	€ 108,00
230452	Secundaire zenuwhechting	€ 176,00
230455	Herstel van een perifere zenuw zonder transplantatie, met behulp van de operatiemicroscoop	€ 281,50
232203	Tracheotomie	€ 108,00
232360	Verwijdering van een branchiogene kyste of glomustumor	€ 148,50
232361	Verwijdering van een mediane halskyste of halsfistel	€ 148,50
239032	Transplantatie van bot of kraakbeen	€ 185,50

KAAKCHIRURGISCHE HULP 5400-1900-09-1

Pagina
6

Code	Omschrijving	Maximumtarief 1 januari 2009
232062	Correctieve ingrepen aan cartilagines laterales en/of ter correctie van de neusvleugels en vestibulum nasi. Zowel enkel- als dubbelzijdig	€ 195,00
232064	Septum correctie met mobilisatie en repositie van kraakbeen met mediale osteotomie en eventuele conchotomie	€ 195,00
232480	Diagnostische bronchoscopie, inclusief een of meerdere proefexcisies, curettage en/of afzuigen van materiaal voor cytologisch en/of pathologisch onderzoek. Per twaalf maanden kan maximaal een bedrag in rekening worden gebracht ter hoogte van tweemaal het maximumtarief. Het maximum geldt ook voor het tarief kosten eigen apparatuur en hulpkrachten	€ 77,40
233631	Onderbinden van een groot bloedvat. Als zelfstandige verrichting, dat wil zeggen kan alleen worden gedeclareerd wanneer tijdens dezelfde zitting geen andere verrichting aan het betrokken orgaan of orgaansysteem plaats heeft	€ 74,20
238876	Verlengen, verkorten of uitsnijden van pezen, fasciën of spieren	€ 163,50
238910	Operatie van grote en gecompliceerde gezwellen	€ 145,50
239084	Liposuctie van het submentale gebied, de regio pectoralis, het onderbeen of de onderarm, enkelzijdig, uitgezonderd het submentale gebied totaal	€ 170,00
232281	Diagnostische directe laryngoscopie inclusief eventuele proefexcisie(s)	€ 49,50
234380	Diagnostische oesophagoscopie, waaronder begrepen oesophagusmanometrie en inclusief eventuele proefexcisie(s)	€ 34,00
239112	Nasopharyngoscopie, uitgevoerd door middel van optiek via de oropharynx, al dan niet met proefexcisie(s), inclusief nasendoscopie	€ 49,50
231539	Blepharoplastiek van een ooglid, respectievelijk correctie ptosis wenkbrauw	€ 89,60
239074	Facelift enkelzijdig, respectievelijk rhytidectomie van gelaat en hals met zogenaamde smash-plastiek	€ 352,50

Code	Omschrijving	Maximumtarief 1 januari 2009
------	--------------	---------------------------------

Tariefgroep III: Diagnostische en niet-operatieve ingrepen

239451	Inbrengen röntgencontrastvloeistof (sialografie, arthrografie)	€ 46,40
239455	Röntgengebitsonderzoek, ongeacht aantal en soort opnamen en inclusief eventuele controlefoto('s); maximaal éénmaal per dag te declareren	€ 46,40
239457	Röntgenschedelonderzoek	€ 30,90
239458	Uitgebreide analyse ten behoeve van röntgen-schedelonderzoek	€ 64,80
239851	Functieonderzoek speekselklieren	€ 86,60
239853	Arthroscopie, diagnostiek en lavage	€ 123,50
239854	Anthroscopie	€ 92,80
239961	Nemen van afdrukken van boven- en onderkaak voor studiemodellen; het bruikbaar maken van bestaande gebitsprothesen per kaak	€ 30,90
239962	Proefoperatie op model (al dan niet in articulator)	€ 55,60
234083	Uitgebreide correctie articulatie bij kaakgewrichts-klachten of bij parodontale aandoeningen, inclusief afdrukken en gnathologische registratietechnieken	€ 123,50
234195	Resectieprothese, obturatoroklos, bestralings-moulage, gelaatsprothese en schedelplaat	€ 371,00
234196	Tijdelijke intra-orale voorzieningen, zoals bijvoorbeeld opbeetspalk, beschermplaatje, wafer, Herbst, inclusief het nemen van afdrukken	€ 136,00

Tariefgroep IV: Kostenvergoedingen

239452	Kostendeel röntgengebitsonderzoek en/of röntgenschedelonderzoek, elk maximaal éénmaal per dag te declareren	€ 19,10
230000	Techniekkosten	Zie bijlage 2 behorend bij tariefbeschikking 5400-1900-09-1
230001	Vacatiegelden, per uur. Declarabel tot maximaal € 435,50.	€ 55,40

KAAKCHIRURGISCHE HULP 5400-1900-09-1

Pagina
8**Code Omschrijving****Maximumtarief
1 januari 2009**Tariefgroep V: Inlichtingen en rapporten

239022	Schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts	€	44,90
239023	Eenvoudige, korte rapporten	€	63,80
239024	Meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten	€	127,50

KAAKCHIRURGISCHE HULP

**Bijlage 2 bij tariefbeschikking
5400-1900-09-1 van 16 december 2008**



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

Onder techniekkosten worden te dezen verstaan de door de zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgie die bieden, 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 bij de maximumtarieven voor zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen die bieden met ingang van 1 januari 2009

- 01.** Deze tarieven gelden als maximumtarieven voor zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen die bieden (hierna te noemen: zorgaanbieder) met betrekking tot kaakchirurgische hulp.
- 02.** De zorgaanbieder is in principe gehouden persoonlijk en op eigen naam zijn declaraties in te dienen.
- 03.** Indien de tarieven en bepalingen interpretatie behoeven, kan dit worden voorgelegd aan een commissie, verder te noemen "Commissie ex artikel 5". Dit geldt eveneens voor de procedure van het aanmelden, alsmede het interpreteren, van overige kaakchirurgische verrichtingen, ontleend aan de vigerende tarievenlijst voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden. De commissie bestaat uit een vertegenwoordiging van ZN en een vertegenwoordiging van zorgaanbieders namens de NMT en ANT. Het secretariaat van deze "Commissie ex artikel 5" is ondergebracht bij Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.
- 04.** Voor consulten buiten de werkgemeente geldt een vacatiegeld van € 55,50 per uur met een maximum per dag van € 435,50, inclusief reis- en verblijfkosten, doch exclusief het tarief voor consult of verrichting(en).
- 05.** Het tarief voor een (vervolg)consult en/of verrichting(en) mag worden verhoogd met:
- maximaal 50% voor consulten en/of verrichtingen op werkdagen tussen 23.00 en 08.00 uur;
 - maximaal 50% voor consulten en/of verrichtingen op andere dagen dan werkdagen tussen 08.00 en 23.00 uur;
 - maximaal 100% voor consulten en/of verrichtingen op andere dagen dan werkdagen tussen 23.00 en 08.00 uur.

Onder werkdagen wordt verstaan:
maandag van 08.00 uur tot en met vrijdag 23.00 uur; met uitzondering van de nationale feestdagen: Nieuwjaarsdag, Tweede Paasdag, Koninginnedag, Hemelvaartsdag, Tweede Pinksterdag en beide Kerstdagen.

Deze regeling is alleen van toepassing indien de zorgaanbieder voor het desbetreffende consult en/of de desbetreffende verrichting speciaal wordt geroepen, dus niet als de zorgaanbieder reeds in het ziekenhuis aanwezig is.

06. Op de nota dienen onderstaande gegevens te worden vermeld:

Persoonsgegevens: naam/adres zorgaanbieder/patiënt;
Aard van de hulp:
klinisch : – opgenomen van ... tot ... ;
– verrichtingen met vermelding van de
codenummers;
poliklinisch : – soort consult;
– aantal consulten met vermelding van
de data;
– verrichtingen met vermelding van de
codenummers;
medebehandeling : van ... tot ... ;
röntgenonderzoek: vermelding van de codenummers;
tandtechnische
laboratoriumkosten : € ...

Een computerformulier dient naast de naamsvermelding van de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn door bijvoorbeeld een paraaf of een handtekeningenstempel.

ALGEMENE BEPALINGEN BETREFFENDE TARIEFGROEP I

Tariefgroep I betreft de maximumtarieven voor consulten.

a. Consult

Er is alleen sprake van een consult als er een uitgebreid onderzoek wordt verricht.

Indien een consult direct wordt gevolgd door een verrichting uit Tariefgroep II van de tarievenlijst, wordt het consult niet in rekening gebracht.

Het opnemen van een eenvoudige anamnese betreffende aard en duur van de klachten, benevens informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd.

Voor het maximumtarief van het consult verleent de zorgaanbieder gedurende één maand na de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de zorgaanbieder voegt, consultatieve poliklinische hulp betreffende hetzelfde ziektegeval.

b. Telefonisch consult

Voor telefonisch verstrekte adviezen kan geen bedrag gedeclareerd worden.

ALGEMENE BEPALINGEN BETREFFENDE TARIEFGROEP II

Tariefgroep II regelt de maximum tarieven van met name genoemde verrichtingen.

a. Verrichtingen

Dit zijn de poliklinische en klinische verrichtingen, vermeld in Tariefgroep II van de verrichtingenlijst. Daarin zijn begrepen de controlebezoeken, voor zover deze binnen 30 dagen na de ingreep plaatsvinden.

b. Volledige behandeling

Als algemene regel geldt dat het tarief de volledige behandeling van die aandoening omvat, dat wil zeggen:

- de voorbehandeling;
- de verrichting, ongeacht of die in één of meer zittingen plaatsvindt, ongeacht of deze poliklinisch of klinisch plaatsvindt, ook ongeacht het aantal opnames dat noodzakelijk is;
- de nabehandeling totdat de patiënt voor de desbetreffende aandoening, waarvoor het verrichtingstariefnummer is gedeclareerd, genezen verklaard wordt, dan wel uit de behandeling ontslagen wordt.

c. Assistentie

Assistentie kan alleen in rekening worden gebracht indien het noodzakelijk was dat de assisterende zorgaanbieder, zijnde een tandartsspecialist, medisch specialist of arts, ook daadwerkelijk een deel van de verrichting uitvoerde. In de persoon van een medisch adviseur kan inzage verkregen worden in het operatieverslag waaruit zal blijken dat de assisterende specialisten ook noodzakelijk en daadwerkelijk (een deel van) de verrichting uitvoerde. Het declareren van de assistentie wordt door de zorgaanbieder zijnde een kaakchirurg dan wel anesthesioloog gedaan. De toeslag voor assistentie wordt berekend over het afgeronde tarief en geldt niet voor het tarief kosten eigen apparatuur en hulpkrachten.

- indien de zorgaanbieder zich op medische gronden doet bijstaan door een collega van hetzelfde of een verwant specialisme, mag het desbetreffende maximum tarief door de zorgaanbieder met maximaal 25% worden verhoogd.
- indien de zorgaanbieder zich bij een klinische verrichting op medische gronden doet bijstaan door een zorgaanbieder zijnde een tandarts of arts, niet-zijnde een tandartsspecialist of medisch specialist, mag het desbetreffende tarief met maximaal 25% worden verhoogd.

d. Anesthesie

Anesthesie, gegeven door een zorgaanbieder die de operatie verricht, kan niet afzonderlijk worden gedeclareerd.

e. Meer dan één kaakchirurgische ingreep en/of verrichting in één zitting

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting door dezelfde wond plaatsvinden, wordt alleen het maximum tarief van de hoogst genoteerde ingreep of verrichting berekend.

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting, maar niet door dezelfde wond plaatsvinden, wordt het maximum tarief van de hoogst genoteerde ingreep of verrichting volledig berekend, vermeerderd met de helft van het tarief dat voor elke lager genoteerde ingreep of verrichting is vastgesteld. Indien 234041 wordt gedeclareerd, is niet tevens 234035 te declareren, indien laatstgenoemde verrichting betrekking heeft op dezelfde kaakhelft als waarvoor 234041 wordt gedeclareerd.

Dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting worden gedeclareerd met anderhalf maal het maximumtarief dat voor een enkelzijdige ingreep of verrichting is vastgesteld, tenzij het maximum tarief anders vermeldt.

Bij een combinatie van een dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingreep of verrichting en nog een andere ingreep in dezelfde zitting door een andere wond, wordt niet twee maal een korting toegepast. Gedeclareerd wordt dan de verrichting met het hoogste maximum tarief en twee maal de helft van de bijkomende maximum tarieven.

f. Preventieve parodontale behandeling (234027 en 234028)

Het gaat hierbij uitsluitend om door de behandelend zorgaanbieder die geneeskundige zorg levert zoals medisch specialisten die bieden, verwezen gehospitaliseerde patiënten, bij wie deze behandeling geïndiceerd is, alsmede om patiënten bij wie preventieve parodontale behandeling noodzakelijk en urgent is, en die redelijkerwijs niet verwezen kunnen worden naar de eerste lijn.

Hierbij valt te denken aan:

- patiënten die chemotherapie en/of radiotherapie (moeten) ondergaan;
- patiënten in afwachting van open hartchirurgie;
- patiënten met HIV/aids;
- patiënten in afwachting van nierdialyse;
- patiënten bij wie een transplantatie moet geschieden.

g. Kleine verrichtingen

In het maximum tarief van kleine verrichtingen (234030) zijn begrepen onderstaande eenvoudige verrichtingen en onderzoeken:

- behandeling van kleine verwondingen zonder excisie en hechten;
- proefexcisie en biopsieën, voor zover niet afzonderlijk in de vastgestelde tarieven vermeld;
- intraveneuze injecties, gewrichtspuncties en gewrichtsinjecties (géén contrastvloeistof);
- oprekken of manipuleren van het kaakgewricht;
- het verwijderen van briden;

- behandeling van nabloedingen;
- abcesbehandeling;
- gingiva-excisies;
- verwijdering van kleine fibromen en epuliden;
- opheffen van kleine occlusie- en articulatiestoornissen;
- verwijdering van een solitaire exostose;
- gingivitis- en stomatitisbehandeling (acute ontstekingsfase);
- onderzoek op focale infectie, vitaliteits- en sensibiliteitstest;
- fistulografie;
- neurolyse door middel van injecties.

h. Fractuurbehandeling

De fractuurbehandeling door middel van external fixation wordt gelijkgesteld aan operatieve fractuurbehandeling.

Indien in het beloop van een conservatieve fractuurbehandeling overgegaan wordt op een operatieve behandeling van die fractuur, kan slechts één verrichtingsnummer gedeclareerd worden en wel de hoogst genoteerde verrichting.

Indien de fractuurbehandeling niet tot consolidatie leidt en klinische, röntgenologische en/of andere onderzoeken de diagnose pseudoarthrose doen stellen, dan kan de eerdere behandeling als afgesloten worden beschouwd (in de betekenis van volledige behandeling).

De kaakchirurgische ingreep of verrichting, gericht op die pseudoarthrose, kan als een nieuwe volledige behandeling worden gedeclareerd.

i. Gebruik van operatiekamer

Het gebruik van de kleine operatiekamer, de verstrekking van medicamenten en bacteriologisch en/of pathologisch-anatomisch onderzoek kunnen alleen door de instelling aan de patiënten in rekening worden gebracht. Het gebruik van een behandelkamer binnen of buiten een erkende instelling kan door een zorgaanbieder niet apart worden berekend.

j. Intermaxillaire fixatie

Het tarief voor intermaxillaire fixatie (238048) kan niet worden gedeclareerd in combinatie met een osteotomie, een fractuurbehandeling en/of een reconstructieve behandeling.

ALGEMENE BEPALINGEN BETREFFENDE TARIEFGROEP III

Tariefgroep III regelt de maximum tarieven van diagnostische en niet-operatieve verrichtingen. De tarieven voor de verrichtingencodes 239961, 234083, 234195 en 234196 zijn exclusief techniekkosten.

ALGEMENE BEPALINGEN BETREFFENDE TARIEFGROEP IV

Tariefgroep IV regelt de kostenvergoedingen voor gebruik van eigen apparatuur, techniekkosten en vacatiegelden.

ALGEMENE BEPALINGEN BETREFFENDE TARIJFGROEP V

Tariefgroep V regelt de maximum tarieven voor inlichtingen en rapporten.

a. Schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts (239022)

Het maximumtarief voor informatieverstrekking kan alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen schriftelijk is/zijn gesteld door een zorgaanbieder zijnde een bedrijfsarts en/of een verzekeringsarts. Het maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht indien de vraag/de vragen gesteld is/zijn in het kader van de volgende wetgeving:

- door of namens arbo-diensten in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet 1998, het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA) en de op deze wetten gebaseerde lagere regelgeving;
- door of namens de Sociale Verzekeringsbank ter uitvoering van de Algemene nabestaandenwet (ANW), Algemene Kinderbijslagwet (AKW) en de op die wetten gebaseerde lagere regelgeving, alsmede van de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen 2000 (TOG 2000);
- door of namens de *Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWV)*, voorheen het landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv), of de uitvoeringsinstellingen bedoeld in art. 41 OSV 1997 ter uitvoering van:

artikel 7: 685 van Burgerlijk Wetboek,
artikel 6 Buitengewoon Besluit Arbeidsverhoudingen
de Ziektewet (ZW),
de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA),
de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ),
de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG),
de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA),
de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen
arbeidsongeschiktheidscriteria (TWBIA),
de Toeslagenwet (TW),
de Werkloosheidswet (WW) en
de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV 1997), alsmede van de op al deze wetten gebaseerde lagere regelgeving.

Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niet iets aanvullends in rekening worden gebracht.

b. Rapporten (239023 en 239024)

Hieronder niet te verstaan rapport aan patiënt, ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder zijnde behandelend arts, behandelend tandarts of behandelend tandartsspecialist. Geldt tevens niet voor informatieverstrekking aan zorgaanbieder zijnde bedrijfsarts of verzekeringsarts.