



Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-23133a

Vastgesteld 4 oktober 2022

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op artikel 59, aanhef en onder b, van de Wmg, heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de brief van 12 juli 2012 (kenmerk MC-U-3122855) ten behoeve van voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg aan de NZa gegeven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

Instelling voor bijzondere tandheelkunde:

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde is een instelling die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek. De te behandelen patiënten kennen een zodanige problematiek dat de hulp redelijkerwijs niet (volledig) kan worden geboden in de huis- of eerstelijns verwijspraktijk (horizontale verwijzing waarbij de huistandarts de hoofdbehandelaar blijft).

De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multidisciplinaire aanpak en kan zijn gelegen in de tandheelkundig-technische moeilijkheidsgraad en/of in de problemen van lichamelijke en/of verstandelijke aard van de te behandelen patiënt.

Verwijzing naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde ligt in de rede indien de moeilijkheidsgraad van een behandeling ofwel de omstandigheden waaronder de behandeling plaatsvindt zodanig is dat deze redelijkerwijs niet in iedere huis- of eerstelijns verwijspraktijk kan worden verleend of indien een multidisciplinaire behandeling noodzakelijk wordt geacht.

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde moet voldoen aan de vereisten zoals deze in de bijlage bij de beleidsregel zijn geconcretiseerd. De toets of een instelling voldoet aan de criteria wordt door de instelling voor bijzondere tandheelkunde met de betreffende zorgverzekeraar(s) vastgesteld.

Tarieven bijzondere tandheelkunde:

Instellingen voor bijzondere tandheelkunde die voldoen aan de daarvoor gestelde voorwaarden (zie hierna onder artikel 5) kunnen een individueel vast tijdstarief verkrijgen op grond van een verzoek dat is ingediend samen met de twee representerende zorgverzekeraars. De hoogte van dit tarief wordt door de NZa getoetst aan het hiervoor geldende toetsingskader bijzondere tandheelkunde.

Instellingen voor bijzondere tandheelkunde die geen individueel vast tijdstarief verkregen hebben kunnen voor de geleverde bijzondere tandheelkunde een 'collectief maximum tijdstarief' in rekening brengen. De hoogte van dit tarief wordt door de NZa jaarlijks vastgesteld.

Tandtechniek en overige kosten:

In de hierboven genoemde tarieven zijn niet begrepen de kosten voor:

- tandtechniek;
- extra-orale voorzieningen;
- implantaatkosten;
- het maken en beoordelen van (röntgen)foto's;
- intraveneuze sedatie en algehele anesthesie.

Zie hierna onder artikel 5.D voor de wijze waarop deze kosten in rekening kunnen worden gebracht.



Artikel 2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van bijzondere tandheelkunde.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op bijzondere tandheelkundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) die wordt geleverd door instellingen voor bijzondere tandheelkunde, zoals omschreven in artikel 1 van deze beleidsregel.

Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

- Individueel vast tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen (X731);
- Collectief maximum tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen (X831);
- Individueel vast tarief algehele anesthesie (X631);
- Intraveneuze sedatie (X611).

Artikel 5 Totstandkoming tarieven

A. Mondzorg aan bijzondere zorggroepen

Individueel vast tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen (X731)

A.1 Tariefaanvraag

Om rechtsgeldig een individueel vast tarief met prestatiecode X731 in rekening te kunnen brengen moet de instelling voor bijzondere tandheelkunde hiervoor een tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben gekregen. Hiertoe dient de instelling jaarlijks, samen met de representerende zorgverzekeraars, een tariefverzoek in. Voor het tariefverzoek moet naast de begroting (van verwachte kosten en productie), de overeenkomst met de zorgverzekeraars, ook de ingevulde toets waaruit blijkt dat de instelling voldoet aan alle gestelde erkenningscriteria worden meegestuurd. Uitgangspunt is dat de instelling voor bijzondere tandheelkunde hulp verleent zonder winstoogmerk. Dit betekent dat het tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen als uitgangspunt heeft de aanvaardbare werkelijke kosten te dekken. Tot de aanvaardbare kostenposten kunnen worden gerekend:

- vergoeding tandartsen;
- vergoeding management(taken);
- vergoeding ondersteunend (tandheelkundig) team;
- vergoeding bij- en nascholing;
- vergoeding klinisch psycholoog;
- vergoeding verbruiksmaterialen;
- vergoeding overige kosten;
- rente, afschrijving en onderhoud.

A.2 Voorwaarden individueel vast tarief

Een (nieuw) individueel vast tarief wordt alleen afgegeven indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de instelling heeft minimaal een verzoek tot definitieve verrekening van het jaar (t-2) en voorafgaande jaren ingediend (zie hierna onder A.5).
- de instelling heeft een minimale omvang van 1,0 fte tandarts.

A.3 Berekening van het individueel vast tarief

De hoogte van het individueel vast tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen wordt berekend door de totale begrote aanvaardbare kosten mondzorg te delen door het begrote aantal declarabele uren. Het gaat daarbij om de direct patiëntgebonden tijd. Het individueel vast tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen is, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten.

De hoogte van de totale aanvaardbare kosten (met uitzondering van de kosten voor rente, afschrijving en onderhoud) wordt gebaseerd op het toetsingskader bijzondere tandheelkunde. Bepalend voor de maximale hoogte is het aantal fte tandartsen (in opleiding).

De NZa zal de bedragen van het toetsingskader voor het individueel vast tarief mondzorg aan



bijzondere zorggroepen jaarlijks per 1 januari van het jaar (t+1) actualiseren voor de loon- en prijsstijgingen volgens de betreffende indexen. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.

A.4 Toetsingskader

Het toetsingskader bestaat uit de volgende maximale normatieve posten (definitief niveau 2022):

1. Vergoeding tandartsen
Aanvaardbaar zijn de werkelijke salariskosten van tandartsen tot maximaal € 154.048,- per jaar per 1,0 fte tandarts. Dit bedrag komt overeen met de arbeidskostencomponent voor de vrijgevestigde tandarts algemeen practicus. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het OVA-percentage.
2. Vergoeding management(taken)
De aanvaardbare werkelijke kosten voor management(taken) zijn afhankelijk van het aantal fte tandartsen. Voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandartsen) geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten tot maximaal € 19.394,- per 1,0 fte tandarts. Voor de kleinere instellingen ($1,0 \leq$ fte tandartsen $< 2,0$) geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten tot maximaal € 9.697,- per jaar per 1,0 fte tandarts, met als voorwaarde dat er minimaal vier tandartsen (parttime) werkzaam moeten zijn om hiervoor in aanmerking te komen. De bedragen worden jaarlijks aangepast volgens het OVA-percentage.
3. Vergoeding ondersteunend (tandheelkundig) team
Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor salarissen van het ondersteunend tandheelkundig team en voor overige personeelskosten tot maximaal € 108.005,- per jaar per 1,0 fte tandarts. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het OVA-percentage.
4. Vergoeding bij- en nascholing
Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor bij- en nascholing van tandartsen en ondersteunend tandheelkundig team tot maximaal € 7.419,- per jaar per 1,0 fte tandarts. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het CEP-percentage.
5. Vergoeding klinisch psycholoog
De klinisch psycholoog kan voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandartsen) als aparte kostenpost worden meegenomen. Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten tot maximaal € 8.313,- per jaar per 1,0 fte tandarts. Voor de kleinere instellingen ($1,0 \leq$ fte tandartsen $< 2,0$) is hiervoor geen afzonderlijke kostenpost opgenomen. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het OVA-percentage.
6. Vergoeding verbruiksmaterialen
Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten van verbruiksmaterialen tot maximaal € 22.300,- per jaar per 1,0 fte tandarts. Dit bedrag is exclusief implantaatkosten. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het CEP-percentage.
7. Vergoeding overige kosten
Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten van de overige kosten tot maximaal € 36.667,- per jaar per 1,0 fte tandarts. Hieronder zitten onder meer posten zoals bankkosten, portokosten, telefoonkosten en automatisering. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het CEP-percentage.
8. Rente, afschrijving en onderhoud
De werkelijke kosten voor afschrijving en rente zijn aanvaardbaar voor zover deze passen binnen de daarvoor geldende regelgeving (zie hierna onder artikel 6 en 7). De kosten voor onderhoud zijn aanvaardbaar tot de werkelijke kosten.

Indien in een jaar de werkelijke kosten van een bepaalde kostencategorie het maximum van de betreffende beleidsregel overschrijdt (met uitzondering van de kostenpost salaris tandarts), kan dat worden gecompenseerd met een onderschrijding bij andere kostencategorieën, mits de zorgverzekeraars in het lokaal overleg daarmee instemmen.

Substitutie is daarbij mogelijk voor zover het totaal van de werkelijke kosten van alle kostencategorieën tezamen blijft binnen het totaal van de beleidsregelmaxima. De substitutieregeling is niet van toepassing op de kostenposten rente, afschrijving en onderhoud.

Bij de berekening van het minimale normatieve aantal declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen speelt de instellingsgrootte, gemeten aan de hand van het aantal fte tandartsen (in opleiding), een rol.

kleinere instellingen ($1,0 \leq$ fte tandarts $< 2,0$)

- Voor tandartsen bedraagt de rekenorm minimaal 1.206 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per jaar. Dit aantal is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per werkdag.
- Voor tandartsen in opleiding bedraagt de rekenorm minimaal 844 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per jaar (70% van de norm voor tandartsen).



grotere instellingen (≥ 2,0 fte tandarts)

- Voor tandartsen bedraagt de rekenorm minimaal 1.106 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per jaar. Dit aantal is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per werkdag.
- Voor tandartsen in opleiding bedraagt de rekenorm minimaal 774 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per jaar (70% van de norm voor tandartsen).

A.5.1 Nacalculatie

Op grond van de hierboven vastgelegde systematiek wordt een individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen op voorcalculatorisch niveau vastgesteld. Het verschil tussen het voorcalculatorische niveau jaar t en het definitieve niveau jaar t zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere groepen voor jaar t+1 of jaar t+2.

Ten behoeve van deze nacalculatie dient de instelling voor bijzondere tandheelkunde de jaarrekening over het jaar t alsmede het verantwoordingsformulier te overleggen. De jaarrekening bevat de volgende, door een (externe) accountant gecontroleerde cijfers:

- de totale omzet mondzorg aan bijzondere zorggroepen;
- de kosten van praktijkvoering;
- het aantal tandartsen (in opleiding) werkzaam in de instelling;
- het aantal fte tandartsen (in opleiding) werkzaam in de instelling;
- het aantal gedeclareerde uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen;
- het daarbij in rekening gebrachte tarief;

De verantwoordelijkheid van de accountant is daarbij het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van zijn controle. Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten. Uiteindelijk zal de accountant op basis van zijn controlewerkzaamheden een oordeel moeten geven of de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en samenstelling van het vermogen en van het resultaat.

Instellingen die niet zelfstandig opereren en op grond van (andere) wet- en regelgeving niet verplicht zijn om een op alleen deze instelling voor bijzondere tandheelkunde betrekking hebbende jaarrekening op te stellen, dienen – in plaats van de jaarrekening – minimaal een door een (externe) accountant opgesteld rapport van feitelijke bevindingen ten aanzien van de hierboven genoemde gegevens te verstrekken. Het rapport van feitelijke bevindingen moet voldoende gedetailleerd een beschrijving van het doel en van de overeengekomen werkzaamheden geven, teneinde de gebruiker in staat te stellen de aard en de reikwijdte van de uitgevoerde werkzaamheden te begrijpen (zie het controleprotocol voor het rapport van feitelijke bevindingen, te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl).

A.5.2 Aanvullende regelgeving voor verrekening van het jaar 2020 als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

In aanvulling op de in A.5.1 Nacalculatie beschreven systematiek wordt voor het jaar 2020, indien van toepassing, op een tweetal onderdelen een wijziging opgenomen. Voorwaarde hiervoor is wel dat beide representerende zorgverzekeraars hiermee instemmen.

1. De totale omzet mondzorg aan bijzondere zorggroepen:

In 2020 hebben CBT's een beroep kunnen doen op één of meerdere financiële steunmaatregelen, zoals

- Gedeclareerde opbrengsten uit prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage (CB), gespecificeerd naar:
 - a. Mondzorg
 - b. Medische specialistische zorg
 - c. Wet langdurige zorg
- Gedeclareerde opbrengsten uit prestatiebeschrijving meerkosten;
- Opbrengsten uit Rijksregelingen; en
- Specifieke voorschotten per CBT

De accountant maakt de hieruit ontvangen bedragen inzichtelijk in de eindverantwoording 2020 op basis van de jaarrekening/het rapport van feitelijke bevindingen. De ontvangen bedragen zullen, naast de gedeclareerde opbrengsten mondzorg aan bijzondere zorggroepen (werkelijke productie maal vastgesteld tarief), als extra inkomsten worden betrokken bij de vaststelling van de totale omzet mondzorg aan bijzondere zorggroepen.

2. Het aantal fte tandartsen (in opleiding):

De vaststelling van de hoogte van de totale maximale aanvaardbare normkosten (met uitzondering van de kosten voor rente, afschrijving en onderhoud) wordt gebaseerd op het over 2020 begroot



aantal fte tandartsen (in opleiding). Indien het feitelijk aantal fte tandartsen (in opleiding) hoger is dan in de begroting was opgenomen, wordt van dit feitelijk aantal fte tandartsen uitgegaan.

A.5.3 Aanvullende regelgeving voor verrekening van het jaar 2021 als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

In A.5.2 is beschreven op welke wijze de verrekening over het jaar 2020 plaats vindt indien het SARS-CoV-2 virus van invloed was op de bedrijfsvoering in dat jaar. Indien van toepassing geldt de hierin beschreven aanvullende regelgeving ook voor de verrekening over het jaar 2021. Voorwaarde hiervoor is wel dat beide representerende zorgverzekeraars hiermee instemmen. Indien over het jaar 2020 de definitieve eindafrekening CB (nog) niet heeft kunnen plaatsvinden, zal dit betrokken dienen te worden bij de verantwoording over het jaar 2021.

A.6 Vaststelling individueel vast tijdstarief

De NZa geeft jaarlijks aan een instelling, op aanvraag en na goedkeuring, een individueel vast tijdstarief af vóór 1 januari van het jaar t+1. Hiervoor dient de aanvraag voor het individueel tijdstarief door partijen uiterlijk 1 oktober in het jaar t tweezijdig en volledig te zijn ingediend.

Indien partijen verzuimen het verzoek tot vaststelling van het individueel vast tijdstarief vóór 1 oktober van het jaar t in te dienen, geldt dat partijen in beginsel zijn aangewezen op het collectief maximum tijdstarief van het betreffende jaar.

Partijen kunnen vóór 1 december van het jaar t een tweezijdig onderbouwd verzoek tot verlenging van de lopende tariefbeschikking indienen. De NZa kan daarop de geldigheidsduur van de lopende tariefbeschikking met het individueel vast tijdstarief van het jaar t met maximaal zes maanden verlengen tot uiterlijk 1 juli van het jaar t+1.

Indien deze verlenging van de geldigheidsduur van de lopende tariefbeschikking ontoereikend is, geldt dat partijen voor de daaropvolgende periode zijn aangewezen op het collectief maximum tijdstarief van het betreffende jaar.

Collectief maximum tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen (X831)

Het collectief maximum tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen kan in rekening worden gebracht door instellingen voor bijzondere tandheelkunde die geen individueel vast tijdstarief kennen op grond van het onder A.4 genoemde toetsingskader.

Voor het in rekening brengen van het collectief maximum tijdstarief dient gebruik te worden gemaakt van prestatiecode X831. Het bijbehorende tarief op definitief niveau 2022 bedraagt € 23,68. Het tarief is een bedrag per 5 minuten (direct patiëntgebonden tijd).

Dit tarief wordt in beginsel jaarlijks ambtshalve geïndexeerd. Voor wat betreft de loonkosten wordt de index vastgesteld door het Ministerie van VWS, de OVA-index. Voor wat betreft de materiële kosten wordt aangesloten bij de prijsindexcijfer particuliere consumptie (ppc) uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau (CPB). De op het tarief toe te passen index is het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 67% loonkosten en 33% materiële kosten. Het tarief wordt vastgesteld op basis van een voorcalculatie voor het jaar t+1 en de definitieve indices van het jaar t.

B. Anesthesie

Individueel vast tijdstarief algehele anesthesie (X631)

B.1 Tariefaanvraag

Om rechtsgeldig een individueel vast tijdstarief met prestatiecode X631 in rekening te kunnen brengen moet de instelling voor bijzondere tandheelkunde hiervoor een tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben gekregen. Hiertoe dient de instelling voor het betreffende jaar, samen met de representerende zorgverzekeraars, een tariefverzoek in. Voor het tariefverzoek moet naast de begroting (van verwachte kosten en productie), de overeenkomst met de zorgverzekeraars, ook de ingevulde toets waaruit blijkt dat een instelling voldoet aan alle gestelde erkenningscriteria worden meegestuurd. Uitgangspunt is dat de instelling voor bijzondere tandheelkunde hulp verleent zonder winstoogmerk.

B.2 Voorwaarden voor individueel vast tijdstarief

Een (nieuw) individueel vast tijdstarief wordt alleen afgegeven indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de instelling heeft minimaal een verzoek tot definitieve verrekening van het jaar (t-2) en voorafgaande jaren ingediend (zie hierna onder B.4).



- de instelling heeft een minimale omvang van 1,0 fte tandarts.

B.3 Berekening van individueel vast tijdstarief

De hoogte van het individueel vast tijdstarief algehele anesthesie wordt berekend door de totale begrote anesthesie-kosten te delen door het begrote aantal declarabele uren. Het individueel vast tijdstarief is, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten.

B.4.1 Nacalculatie

Op grond van het hierboven gestelde wordt een individueel vast tijdstarief algehele anesthesie op voorcalculatorisch niveau vastgesteld. Het verschil tussen het voorcalculatorische niveau jaar t en het definitieve niveau jaar t zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tijdstarief algehele anesthesie voor jaar t+1 of jaar t+2.

Ten behoeve van deze nacalculatie dient de instelling voor bijzondere tandheelkunde de jaarrekening over het jaar t alsmede het verantwoordingsformulier te overleggen. De jaarrekening bevat de volgende, door een (externe) accountant gecontroleerde cijfers:

- de totale omzet algehele anesthesie;
- de kosten van praktijkvoering;
- het aantal gedeclareerde uren algehele anesthesie;
- het daarbij in rekening gebrachte tarief.

De verantwoordelijkheid van de accountant is daarbij het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van zijn controle. Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten. Uiteindelijk zal de accountant op basis van zijn controlewerkzaamheden een oordeel moeten geven of de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en samenstelling van het vermogen en van het resultaat.

Instellingen die niet zelfstandig opereren en op grond van (andere) wet- en regelgeving niet verplicht zijn om een op alleen deze instelling voor bijzondere tandheelkunde betrekking hebbende jaarrekening op te stellen, dienen – in plaats van de jaarrekening – minimaal een door een (externe) accountant opgesteld rapport van feitelijke bevindingen ten aanzien van de hierboven genoemde gegevens te verstrekken. Het rapport van feitelijke bevindingen moet voldoende gedetailleerd een beschrijving van het doel en van de overeengekomen werkzaamheden geven, teneinde de gebruiker in staat te stellen de aard en de reikwijdte van de uitgevoerde werkzaamheden te begrijpen (zie het controleprotocol voor het rapport van feitelijke bevindingen, te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl).

B.4.2 Aanvullende regelgeving voor verrekening van het jaar 2020 als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

In aanvulling op de in B.4.1 Nacalculatie beschreven systematiek wordt voor het jaar 2020, indien van toepassing, op een onderdeel een wijziging opgenomen. Voorwaarde hiervoor is wel dat beide representerende zorgverzekeraars hiermee instemmen.

1. De totale omzet algehele anesthesie:

In 2020 hebben CBT's een beroep kunnen doen op één of meerdere financiële steunmaatregelen, zoals

- Gedeclareerde opbrengsten uit prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage (CB), gespecificeerd naar:
 - a. Mondzorg
 - b. Medische specialistische zorg
 - c. Wet langdurige zorg
- Gedeclareerde opbrengsten uit prestatiebeschrijving meerkosten;
- Opbrengsten uit Rijksregelingen; en
- Specifieke voorschotten per CBT

De accountant maakt de hieruit ontvangen bedragen inzichtelijk in de eindverantwoording 2020 op basis van de jaarrekening/het rapport van feitelijke bevindingen. De ontvangen bedragen zullen, naast de gedeclareerde opbrengsten algehele anesthesie (werkelijke productie maal vastgesteld tarief), als extra inkomsten worden betrokken bij de vaststelling van de totale omzet algehele anesthesie.

B.4.3 Aanvullende regelgeving voor verrekening van het jaar 2021 als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

In B.4.2 is beschreven op welke wijze de verrekening over het jaar 2020 plaats vindt indien het SARS-CoV-2 virus van invloed was op de bedrijfsvoering in dat jaar. Indien van toepassing geldt de hierin beschreven aanvullende regelgeving ook voor de verrekening over het jaar 2021. Voorwaarde



hiervoor is wel dat beide representerende zorgverzekeraars hiermee instemmen. Indien over het jaar 2020 de definitieve eindafrekening CB (nog) niet heeft kunnen plaatsvinden, zal dit betrokken dienen te worden bij de verantwoording over het jaar 2021.

B.5 Vaststelling van individueel vast tarief

De NZa geeft jaarlijks aan een instelling, op aanvraag en na goedkeuring, een individueel vast tarief af vóór 1 januari van het jaar t+1. Hiervoor dient de aanvraag voor het individueel vast tarief door partijen uiterlijk 1 oktober in het jaar t tweezijdig en volledig te zijn ingediend.

Indien partijen verzuimen het verzoek tot vaststelling van het individueel vast tarief vóór 1 oktober van het jaar t in te dienen, geldt dat partijen de kosten voor algehele anesthesie tegen de werkelijke kosten kunnen declareren, voor zover deze niet door het ziekenhuis gedeclareerd worden.

Partijen kunnen vóór 1 december van het jaar t een tweezijdig onderbouwd verzoek tot verlenging van de lopende tariefbeschikking indienen. De NZa kan daarop de geldigheidsduur van de lopende tariefbeschikking met het individueel vast tarief van het jaar t met maximaal zes maanden verlengen tot uiterlijk 1 juli van het jaar t+1.

Indien deze verlenging van de geldigheidsduur van de lopende tariefbeschikking ontoereikend is, geldt dat partijen voor de daaropvolgende periode zijn aangewezen de kosten voor algehele anesthesie tegen de werkelijke kosten te declareren, voor zover deze niet door het ziekenhuis gedeclareerd worden.

C. Intraveneuze sedatie

Intraveneuze sedatie (X611)

C.1 Tariefaanvraag

Om rechtsgeldig een individueel vast tarief met prestatiecode X611 in rekening te kunnen brengen moet de instelling voor bijzondere tandheelkunde hiervoor een tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben gekregen. Hiertoe dient de instelling voor het betreffende jaar, samen met de representerende zorgverzekeraars, een tariefverzoek in. Voor het tariefverzoek moet naast de begroting (van verwachte kosten en productie), de overeenkomst met de zorgverzekeraars, ook de ingevulde toets waaruit blijkt dat een instelling voldoet aan alle gestelde erkenningscriteria worden meegestuurd. Uitgangspunt is dat de instelling voor bijzondere tandheelkunde hulp verleent zonder winsttoegmerk.

C.2 Voorwaarden voor individueel vast tarief

Een (nieuw) individueel vast tarief wordt alleen afgegeven indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de instelling heeft minimaal een verzoek tot definitieve verrekening van het jaar (t-2) en voorafgaande jaren ingediend (zie hierna onder C.4).
- de instelling heeft een minimale omvang van 1,0 fte tandarts.

C.3 Berekening van individueel vast tarief

De hoogte van het individueel vast tarief intraveneuze sedatie wordt berekend door de totale begrote kosten intraveneuze sedatie te delen door het begrote aantal declarabele verrichtingen.

C.4.1 Nacalculatie

Op grond van het hierboven gestelde wordt een individueel vast tarief intraveneuze sedatie op voorcalculatorisch niveau vastgesteld. Het verschil tussen het voorcalculatorische niveau jaar t en het definitieve niveau jaar t zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tarief intraveneuze sedatie voor jaar t+1 of jaar t+2.

Ten behoeve van deze nacalculatie dient de instelling voor bijzondere tandheelkunde de jaarrekening over het jaar t alsmede het verantwoordingsformulier te overleggen. De jaarrekening bevat de volgende, door een (externe) accountant gecontroleerde cijfers:

- de totale omzet intraveneuze sedatie;
- de kosten van praktijkvoering;
- het aantal gedeclareerde verrichtingen intraveneuze sedatie;
- het daarbij in rekening gebrachte tarief.

De verantwoordelijkheid van de accountant is daarbij het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van zijn controle. Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip



van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten. Uiteindelijk zal de accountant op basis van zijn controlewerkzaamheden een oordeel moeten geven of de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en samenstelling van het vermogen en van het resultaat.

Instellingen die niet zelfstandig opereren en op grond van (andere) wet- en regelgeving niet verplicht zijn om een op alleen deze instelling voor bijzondere tandheelkunde betrekking hebbende jaarrekening op te stellen, dienen – in plaats van de jaarrekening – minimaal een door een (externe) accountant opgesteld rapport van feitelijke bevindingen ten aanzien van de hierboven genoemde gegevens te verstrekken. Het rapport van feitelijke bevindingen moet voldoende gedetailleerd een beschrijving van het doel en van de overeengekomen werkzaamheden geven, teneinde de gebruiker in staat te stellen de aard en de reikwijdte van de uitgevoerde werkzaamheden te begrijpen (zie het controleprotocol voor het rapport van feitelijke bevindingen, te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl).

C.4.2 Aanvullende regelgeving voor verrekening van het jaar 2020 als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

In aanvulling op de in C.4.1 Nacalculatie beschreven systematiek wordt voor het jaar 2020, indien van toepassing, op een onderdeel een wijziging opgenomen. Voorwaarde hiervoor is wel dat beide representerende zorgverzekeraars hiermee instemmen.

1. De totale omzet intraveneuze sedatie:

In 2020 hebben CBT's een beroep kunnen doen op één of meerdere financiële steunmaatregelen, zoals

- Gedeclareerde opbrengsten uit prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage (CB), gespecificeerd naar:
 - a. Mondzorg
 - b. Medische specialistische zorg
 - c. Wet langdurige zorg
- Gedeclareerde opbrengsten uit prestatiebeschrijving meerkosten;
- Opbrengsten uit Rijksregelingen; en
- Specifieke voorschotten per CBT

De accountant maakt de hieruit ontvangen bedragen inzichtelijk in de eindverantwoording 2020 op basis van de jaarrekening/het rapport van feitelijke bevindingen. De ontvangen bedragen zullen, naast de gedeclareerde opbrengsten intraveneuze sedatie (werkelijke productie maal vastgesteld tarief), als extra inkomsten worden betrokken bij de vaststelling van de totale omzet intraveneuze sedatie.

C.4.3 Aanvullende regelgeving voor verrekening van het jaar 2021 als gevolg van het SARS-CoV-2 virus

In C.4.2 is beschreven op welke wijze de verrekening over het jaar 2020 plaats vindt indien het SARS-CoV-2 virus van invloed was op de bedrijfsvoering in dat jaar. Indien van toepassing geldt de hierin beschreven aanvullende regelgeving ook voor de verrekening over het jaar 2021. Voorwaarde hiervoor is wel dat beide representerende zorgverzekeraars hiermee instemmen. Indien over het jaar 2020 de definitieve eindafrekening CB (nog) niet heeft kunnen plaatsvinden, zal dit betrokken dienen te worden bij de verantwoording over het jaar 2021.

C.5 Vaststelling van individueel vast tarief

De NZa geeft jaarlijks aan een instelling, op aanvraag en na goedkeuring, een individueel vast tarief af vóór 1 januari van het jaar t+1. Hiervoor dient de aanvraag voor het individueel vast tarief door partijen uiterlijk 1 oktober in het jaar t tweezijdig en volledig te zijn ingediend.

Indien partijen verzuimen het verzoek tot vaststelling van het individueel vast tarief vóór 1 oktober van het jaar t in te dienen, geldt dat partijen de kosten voor intraveneuze sedatie tegen de werkelijke kosten kunnen declareren, voor zover deze niet door het ziekenhuis gedeclareerd worden.

Partijen kunnen vóór 1 december van het jaar t een tweezijdig onderbouwd verzoek tot verlenging van de lopende tariefbeschikking indienen. De NZa kan daarop de geldigheidsduur van de lopende tariefbeschikking met het individueel vast tarief van het jaar t met maximaal zes maanden verlengen tot uiterlijk 1 juli van het jaar t+1.

Indien deze verlenging van de geldigheidsduur van de lopende tariefbeschikking ontoereikend is, geldt dat partijen voor de daaropvolgende periode zijn aangewezen de kosten voor intraveneuze sedatie tegen de werkelijke kosten te declareren, voor zover deze niet door het ziekenhuis gedeclareerd worden.

D. Tandtechniek en overige kosten

In voorkomende gevallen kunnen naast het (individueel of collectief) tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen ook de volgende kosten in rekening worden gebracht:



1. Tandtechniek, extra-orale voorzieningen en implantaten
2. Kosten voor het maken en beoordelen van (röntgen)foto's
3. Intraveneuze sedatie en algehele anesthesie

Ad 1. Tandtechniek, extra-orale voorzieningen en implantaten

De kosten voor tandtechniek (voor zover uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium), voor extra-orale voorzieningen en voor implantaten kunnen separaat worden doorberekend tegen de werkelijke kosten. Alle kosten ingeval van het plaatsen van een implantaat kunnen eenmalig per implantaat tegen het maximumtarief horend bij prestatie J057 uit de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg in rekening worden gebracht die voor de implantatie tijdelijk dan wel blijvend in de mond worden geplaatst. Daarnaast kunnen bij het plaatsen van een implantaat de overheadkosten door middel van prestatie J001 uit de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg in rekening worden gebracht.

De kosten voor tandtechniek in eigen beheer kunnen in rekening worden gebracht door middel van de prestaties uit de Prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer.

Ad 2. Kosten voor het maken en beoordelen van (röntgen)foto's

Kosten voor het maken en beoordelen van (röntgen)foto's kunnen separaat tegen inkooprij worden doorberekend. Indien deze in eigen beheer zijn gemaakt, kunnen deze kosten door middel van de prestaties uit Hoofdstuk II 'Maken en/of beoordelen foto's (X)' uit de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg in rekening worden gebracht.

Ad 3. Intraveneuze sedatie en algehele anesthesie

Intraveneuze sedatie kan tegen de werkelijke kosten worden gedeclareerd.

De kosten voor algehele anesthesie kunnen tegen de werkelijke kosten worden gedeclareerd, voor zover deze niet voor rekening komen van het ziekenhuis of de anesthesist.

Artikel 6 Rente

Bij de vaststelling van de aanvaardbare kosten wordt rente over eigen vermogen niet en rente over vreemd vermogen wel in aanmerking genomen. Over het vreemde vermogen wordt de in te calculeren rente als volgt berekend.

Ingecalculeerd wordt het bedrag dat de instelling aan rente is verschuldigd in het jaar waarvoor de aanvaardbare kosten worden vastgesteld, met dien verstande dat rentetype en andere voorwaarden van leningsovereenkomst in overeenstemming dienen te zijn met hetgeen normaal gebruikelijk is (was) op het moment van afsluiten van de lening.

In afwijking van het vorenstaande wordt in het geval dat vreemd vermogen wordt aangetrokken in de vorm van een zogenaamde annuïteitlening, aan rente ingecalculeerd het bedrag van de annuïteit, verminderd met de berekende rechtlijnige aflossing.

Voorts worden bij de bepaling van de aanvaardbare kosten de doorberekende rentekosten in mindering gebracht.

Artikel 7 Afschrijving

De in de aanvaardbare kosten op te nemen afschrijvingskosten worden gebaseerd op de historische kostprijs.

Indien voor een investering of het aangaan van een huurcontract toestemming bij of krachtens de wet is vereist, zullen bij gebreke daarvan geen afschrijvingskosten of huur in de tarieven worden opgenomen.

Indien de rechtspersoon, die een instelling exploiteert, geen eigenaar is van de gebouwen en/of installaties en/of inventaris en de verhuurder een rechtspersoon is die een niet winst gerichte doelstelling heeft, zal de huur getoetst worden aan de richtlijn voor afschrijving en rente.

Indien de rechtspersoon, die een instelling exploiteert, geen eigenaar is van de gebouwen en/of installaties en/of inventaris en de verhuurder een rechtspersoon is met een op winst gerichte doelstelling, zal aan huur worden ingecalculeerd:

- hetzij een door de huuradviescommissie recentelijk geadviseerd huurbedrag voor het desbetreffende pand;
- hetzij – indien een dergelijk advies niet beschikbaar is of indien in het pand nieuwe investeringen gepleegd worden om het geschikt te maken voor zijn nieuwe bestemming – de huur die wordt vastgesteld door drie makelaars, één aan te wijzen door de huurder, één aan te wijzen door de verhuurder en één aan te wijzen door beide voornoemde makelaars.

Indien echter een als instelling van gezondheidszorg in gebruik zijnd pand overgedragen wordt aan een derde die dit pand vervolgens weer in huur aanbiedt ten behoeve van de exploitatie van een



instelling van gezondheidszorg, wordt als huur slechts ingecalculeerd de vóór deze transactie bestaande eigenaarslasten (rente, afschrijving, vaste lasten).

De afschrijvingskosten worden in het algemeen in de tarieven opgenomen vanaf de ingebruikname van de betrokken activa.

Met inachtneming van het vorenstaande wordt bij de tariefbepaling uitgegaan van de volgende afschrijvingspercentages:

Categorie	%
Stenen gebouwen	2%
Semi-permanente gebouwen	5%
Houten paviljoens	10%
Restauraties en normale verbouwingen en tuinaanleg	5%
Röntgeninstallaties en aanverwante installaties	10%
Autoclaven	10%
Overige installaties	5%
Inventarisgoederen	10%
Computerapparatuur en programmatuur met betrekking tot automatische informatieverwerking; auto's	20%
Aanloopkosten, bouwrente en stichtingskosten	2,5%

De aldus berekende, bij de bepaling van de aanvaardbare kosten in aanmerking te nemen afschrijvingskosten worden verminderd met de doorberekende kosten van afschrijving.

De afschrijvingsbasis bij overdracht en bij verandering van rechtsvorm

Overname van een instelling door een andere rechtspersoon en verandering van rechtsvorm, kunnen de afschrijvingsbasis niet doen wijzigen.

Afschrijvingen op bijzondere activa

Aanloopkosten, waaronder worden verstaan lopende uitgaven, zoals salarissen, opleidingskosten, etc., welke worden gemaakt reeds voordat de instelling in gebruik wordt genomen, dienen te worden geactiveerd en moeten volgens de richtlijn in 40 jaar worden afgeschreven.

Artikel 8 Bouwrente

Indien een instelling geheel wordt vernieuwd, is het geoorloofd een bedrag in te calculeren. Dit bedrag dient ter gedeeltelijke dekking van de rente tijdens de bouw, die in mindering dient te worden gebracht van de investeringskosten van de nieuwbouw.

Het toestaan van bouwrente in de verpleegprijzen leidt niet tot vorming van eigen vermogen daar de totale opbrengst van deze bouwrente later wordt afgetrokken van de totale rente-uitgaven tijdens de bouw. Slechts op het saldo mag dan worden afgeschreven. Volgens de richtlijn is doorberekening van bouwrente slechts toegestaan bij volledige vernieuwing. In de praktijk bestaat de mogelijkheid om ook in gevallen, waarin het niet om een gehele nieuwbouw gaat, een deel van de bouwrente in de verpleegprijs op te nemen. Te denken valt hierbij aan een zodanige verbouwing van de instelling dat hier een aanzienlijke investering mee gepaard gaat. Verder mag een factor bouwrente alleen worden doorberekend in het tarief van een bestaande instelling die tot vernieuwing overgaat.

Indien dus door één rechtspersoon meerdere instellingen worden geëxploiteerd, is het niet mogelijk alle tarieven van deze rechtspersoon met een factor bouwrente te verhogen. Bevoorrechtiging van dergelijke "concerns" wordt op deze manier voorkomen. Ook is het dan uitgesloten dat aan een instelling of een concern van instellingen bouwrente wordt toegekend, indien het gaat om de bouw van een instelling die niet dient ter vervanging van een bestaande instelling.

Bouwrente wordt ingecalculeerd vanaf het moment dat daadwerkelijk met de bouw een aanvang wordt gemaakt.

Artikel 9 Indexering van huur en erfpacht

In afwijking van het aan de richtlijnen afschrijving en rente ten grondslag liggende uitgangspunt van de historische kostprijs, is een indexering van de kosten van huur en erfpacht van onroerend goed aanvaardbaar, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan. Deze voorwaarden zijn:

- Het onroerend goed wordt voor gebruik ter beschikking gesteld door of namens een (rechts)persoon met een op winst gerichte doelstelling.
- Het onroerend goed wordt voor gebruik ter beschikking gesteld door of namens een (rechts)persoon met een niet op winst gerichte doelstelling, alsmede door of namens gemeenten en andere publiekrechtelijke rechtspersonen, mits het onroerend goed:



- afkomstig is van buiten de gezondheidszorg in ruime zin, dat wil zeggen, niet reeds heeft gediend voor activiteiten waarvan bekostiging thans plaatsvindt vanwege ziektekostenverzekering of Wlz;
 - niet is verworven met het oog op gebruik in het kader van de gezondheidszorg.
- c. Zowel in geval a als b, maar met uitzondering van de situatie waarin de overheid als erfpachter optreedt, geldt dat het eigendom van het onroerend goed niet direct of indirect berust bij het orgaan voor gezondheidszorg of de rechtspersoon waarvan het orgaan voor gezondheidszorg uitgaat.

De gehanteerde indexering mag ten hoogste bedragen:

- voor erfpacht: de consumentenprijsindex (CPI-Werknemers Laag) van het CBS;
- voor huur: de consumentenprijsindex (CPI-Werknemers Laag) van het CBS, hetzij het wettelijk toegestane verhogings-percentages, hetzij het percentage dat resulteert uit een recentelijk geadviseerd huurbedrag door de huurcommissie of indien een dergelijk percentage niet beschikbaar is, het percentage dat resulteert uit de huur die wordt vastgesteld door drie makelaars, één aan te wijzen door de verhuurder en één aan te wijzen door de huurder en één aan te wijzen door beide voornoemde makelaars.

Voor de toepassing van deze richtlijn geldt dat overname van een instelling door een andere rechtspersoon, wijzigingen van rechtsovername of andere juridische constructie alleen, niet kunnen leiden tot een wijziging van de aanvaardbare kosten of tarieven van een instelling van gezondheidszorg. In twijfelgevallen is de strekking van de richtlijn doorslaggevend.

Artikel 10 Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen met kenmerk BR/REG-22139 ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de gepubliceerde maar nog niet in werking getreden Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen met kenmerk BR/REG-23133, ingetrokken.

Artikel 11 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen, met kenmerk BR/REG-22139, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Artikel 12 Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2023.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst. Deze beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Artikel 13 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen.



TOELICHTING

Wijzigingen regelgeving 2023

Verwijzing naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde ligt in de rede indien de moeilijkheidsgraad van een behandeling ofwel de omstandigheden waaronder de behandeling plaatsvindt zodanig is dat deze redelijkerwijs niet in iedere huis- of eerstelijns verwijspraktijk kan worden verleend of indien een multidisciplinaire behandeling noodzakelijk wordt geacht. In de beleidsregel waren een aantal erkenningscriteria opgenomen waaraan een instelling voor bijzondere tandheelkunde moest voldoen die niet meer aansloten met de huidige praktijksituatie. Om die reden heeft Cobijt en ZN een aanpassing van de gestelde vereisten opgesteld. Omdat dit zorginhoudelijke afwegingen betreffen zijn deze erkenningscriteria voortaan als separate bijlage bij de beleidsregel opgenomen.

Het SARS-CoV-2-virus heeft in 2020 een forse impact gehad op de bedrijfsvoering. Omdat het virus in 2021 nog niet de wereld uit was, kan ook in dat jaar de impact op de bedrijfsvoering aanwezig zijn geweest. Om hier handen en voeten aan te geven, is per 2023 aanvullende regelgeving opgenomen over de wijze waarop het jaar 2021, net als dat voor het jaar 2020 het geval is geweest, kan worden verrekend. Voorwaarde is dat beide representerende zorgverzekeraars hiermee instemmen. Indien in 2020 (nog) geen eindafrekening CB-regeling heeft plaats gehad, dient dit in de verrekening over het jaar 2021 te worden verantwoord.

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde kan in voorkomende gevallen naast het (individueel of collectief) tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen ingeval van het plaatsen van een implantaat eenmalig alle kosten per implantaat tegen het maximumtarief horend bij prestatie J057 uit de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg in rekening brengen die voor de implantatie tijdelijk dan wel blijvend in de mond worden geplaatst. Daarnaast kunnen bij het plaatsen van een implantaat de overheadkosten door middel van prestatie J001 uit de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg in rekening worden gebracht. Voorheen kon hiervoor prestatiecode J33 (kosten implantaat) of J97 (kosten overhead) in rekening gebracht worden.

Wijzigingen regelgeving 2022

Het SARS-CoV-2-virus heeft in 2020 een forse impact gehad op de bedrijfsvoering van CBT's. De verwachting is dat het aantal gerealiseerde uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen hierdoor op een (beduidend) lager niveau uitkomt dan de verwachte normproductie op basis van het begrote aantal fte tandartsen (in opleiding). Dit geldt ook voor het aantal uren algehele anesthesie en het aantal verrichtingen intraveneuze sedatie. Dit betekent dat er minder gedeclareerde opbrengsten zullen zijn gerealiseerd, terwijl het CBT wel met doorlopende kosten te maken had en mogelijk zelfs met meerkosten door de corona-maatregelen.

In 2020 heeft de NZa hiervoor de Beleidsregel continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus opgesteld. Het doel van deze beleidsregel was om een tijdelijke bekostigingsbasis te creëren voor zorgaanbieders die als gevolg van de uitbraak van COVID-19 te maken hebben met een omzetverlies en/of specifieke meerkosten. Met deze beleidsregel kunnen zorgverzekeraars zorgaanbieders compenseren voor de financiële gevolgen van het coronavirus. De hieruit verkregen aanvullende vergoedingen zullen, indien van toepassing, moeten worden verantwoord bij de verrekening van het individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen, het individueel vast tijdstarief algehele anesthesie en de prestatie intraveneuze sedatie.

Bij de vaststelling van de hoogte van de aanvaardbare kosten mondzorg aan bijzondere zorggroepen speelt daarnaast het NZa-toetsingskader een belangrijke rol. De maximale beleidsregelbedragen voor de aanvaardbare kosten mondzorg aan bijzondere zorggroepen worden namelijk afgezet tegenover het daadwerkelijk aantal ingezette fte tandartsen, waardoor bij ongewijzigd beleid een groot deel van de gerealiseerde kosten als niet aanvaardbaar moet worden beschouwd. Om hier handen en voeten aan te geven is er in de regelgeving een aanvulling opgenomen over de wijze waarop het jaar 2020, in afwijking op de reguliere systematiek, zal worden verrekend.

Op basis van de regelgeving wordt het verschil tussen het tarief op voorcalculatorische niveau jaar t en het definitieve niveau jaar t verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek op het tarief voor jaar t+2. De verrekening geschiedt daarbij op basis van de overlegging van jaardocumenten (jaarrekening/rapport van feitelijke bevindingen en bijbehorend verantwoordingsformulier), voorzien van een accountantsverklaring. Indien de verrekening leidt tot een grote tariefswijziging (omhoog of omlaag) kunnen verzekeraars in overleg met het CBT overeenkomen het te verrekenen bedrag over een langere periode te verrekenen.



Wijzigingen regelgeving 2021

In de beleidsregel is verduidelijkt dat het tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen een vergoeding betreft voor de direct patiëntgebonden tijd. De indirect patiëntgebonden tijd die wordt besteed aan de zorglevering zit met andere woorden verdisconteerd in de hoogte van het tarief.

Om rechtsgeldig een individueel vast tarief intraveneuze sedatie in rekening te brengen, moet een aanvraag worden ingediend voor het declareren van de prestatie intraveneuze sedatie (X611), conform de voorwaarden in de beleidsregel. Dit is verduidelijkt in de beleidsregel.

Regelgeving NZa

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg):

- stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen;
- stelt de NZa beschikkingen vast ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief;
- kan de NZa nadere regels stellen.

In deze beleidsregel wordt deze bevoegdheid concreet uitgewerkt in beleid voor wat betreft de bijzondere tandheelkundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) die wordt geleverd door instellingen voor bijzondere tandheelkunde.

Naast de mogelijkheid tot het kunnen declareren van een individueel vast tijdstarief voor mondzorg aan bijzondere zorggroepen (na indiening van een tripartiete ondertekende tariefaanvraag) bestaat er de mogelijkheid om een collectief maximum tijdstarief mondzorg voor bijzondere zorggroepen in rekening te brengen. Dit tarief stelt de NZa jaarlijks vast.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa:

- elk jaar de Prestatie- en tariefbeschikking bijzondere tandheelkunde instellingen vast waarin onder meer het collectief maximum tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen is opgenomen;
- de prestatie- en tariefbeschikking bijzondere tandheelkunde (individueel) vast voor de individuele zorgaanbieders waarin onder meer een individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen is opgenomen, en, indien van toepassing, het individueel vast tijdstarief algehele anesthesie en/of het tarief voor de intraveneuze sedatie.