



Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen

BR/REG-27148

Vastgesteld op 23 juni 2026

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 57, eerste lid, onderdeel e, van de Wmg, stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid tot het vaststellen van een vereffeningbedrag als bedoeld in artikel 56b van de Wmg.

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.

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde moet voldoen aan een aantal vereisten. Hiervoor sluit de NZa onverkort aan bij het door Cobijt/ZN opgestelde document 'Erkenningscriteria instellingen voor bijzondere tandheelkunde'.¹ De toets of een instelling voldoet aan de gestelde erkenningscriteria wordt door de instelling voor bijzondere tandheelkunde met de betreffende (representerende) zorgverzekeraar(s) vastgesteld.

Tarieven bijzondere tandheelkunde:

Instellingen voor bijzondere tandheelkunde die voldoen aan de daarvoor gestelde erkenningscriteria 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 voldoen aan de daarvoor gestelde erkenningscriteria maar 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.

¹ www.zn.nl/dossier/eerstelijnszorg/mondzorg



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 mondzorg aan bijzondere zorggroepen (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 op basis van de begroting (van verwachte kosten en productie). Uitgangspunt is dat de instelling voor bijzondere tandheelkunde hulp verleent zonder winstoogmerk. Dit betekent dat het individueel vast tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen als uitgangspunt heeft de aanvaardbare werkelijke kosten te dekken. Tot de aanvaardbare kostenposten kunnen worden gerekend:

- vergoeding mondzorgverleners;
- vergoeding management(taken);
- vergoeding ondersteunend (tandheelkundig) team;
- vergoeding bij- en nascholing, inclusief tegemoetkoming voor differentiatie-opleiding;
- vergoeding klinisch psycholoog;
- vergoeding verbruiksmaterialen;
- vergoeding overige kosten;
- vergoeding voor huisvesting, rente, afschrijving, onderhoud en Bijtmeter.

A.2 Voorwaarden individueel vast tarief

Een (nieuw) individueel vast tarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen 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 (in opleiding).

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 huisvesting, rente, afschrijving, onderhoud en Bijtmeter) wordt gebaseerd op het toetsingskader bijzondere tandheelkunde. Bepalend voor de maximale hoogte voor de vergoeding managementtaken (post 2), klinisch psycholoog (post 5), verbruiksmaterialen (post 6) en overige kosten (post 7) is het aantal fte tandartsen (post 1A) en voor de vergoeding mondzorgverleners (post 1), ondersteunend (tandheelkundig) team



(post 3) en bij- en nascholing, inclusief tegemoetkoming voor differentiatie-opleiding (post 4) is dat het aantal fte mondzorgverleners (post 1A t/m 1E).

De NZa zal de bedragen van het toetsingskader voor het individueel vast tijdstarief 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 kostenposten:

1. Vergoeding mondzorgverleners

De formatie mondzorgverleners bestaat uit de volgende categorieën mondzorgverleners:

- A. Tandarts (gedifferentieerd, niet-gedifferentieerd, in opleiding)
- B. Orthodontist
- C. Mondhygiënist
- D. Tandprotheticus
- E. Faciaal-prothetist (indien geen tandarts)

De maximaal aanvaardbare verhouding tussen de gedifferentieerde tandarts als hoofdbehandelaar en het aantal ondersteunende mondzorgverleners bedraagt:

Tabel Maximale formatie ondersteunende mondzorgverleners per 1 fte tandarts, per differentiatie²

Tandarts-differentiatie	Ondersteunende mondzorgverleners				Maximaal
	Orthodontist	Mondhygiënist	Tandprotheticus	Faciaal-prothetist ¹	
Angstbegeleiding	0	0,2	0,1	0	0,3
Gehandicaptenzorg	0,1	1,0	0,1	0	1,2
Gerodontologie	0	1,0	0,2	0	1,2
Gnathologie	0	0	0	0	0
Kindertandheeskunde	0,5	0,5	0	0	1,0
MFP	0,5	1,0	0,2	0,5	2,2

¹ Alleen als deze geen tandarts is. Tandarts faciaal-prothetist valt onder tandarts.

Aanvaardbaar zijn de werkelijke salariskosten of inhuur van bovengenoemde formatie mondzorgverleners tot maximaal de in onderstaande tabel opgenomen salarisbedragen – per jaar per 1,0 fte mondzorgverlener, per functie. Dit bedrag komt overeen met de arbeidskosten die in 2024 golden bij de salarisschalen van de CAO-ziekenhuizen en zijn gehanteerd bij de wijziging van het toetsingskader bijzondere tandheeskunde. Het maximum salarisbedrag 2024 per 1,0 fte mondzorgverlener werd berekend door vermenigvuldiging van het cao-maandbedrag met 14 maanden en werkgeversfactor 1,33. De herijkte salarisbedragen worden jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het OVA-percentage en periodiek, conform algemeen beleid, herijkt. Het maximum beleidsregelbedrag vergoeding mondzorgverleners is de optelsom van alle aanvaardbare salariskosten per functie per fte mondzorgverlener.

Tabel Maximaal aanvaardbare vergoeding mondzorgverleners per jaar per 1,0 fte, per functie

Functie	Schaal (trede) ¹	Maximum salarisbedrag (definitief niveau 2026)	Maximum salarisbedrag (voor-calculatorisch niveau 2027)
Tandarts			
– gedifferentieerd	FWG 80 (13)	€ 212.682	€ 221.104
– niet-gedifferentieerd	FWG 75 (17)	€ 191.022	€ 198.586
– in opleiding	FWG 70 (15)	€ 160.347	€ 166.697
Orthodontist	FWG 80 (17)	€ 223.573	€ 232.426
Mondhygiënist	FWG 55 (12)	€ 103.690	€ 107.796
Tandprotheticus	FWG 55 (12)	€ 103.690	€ 107.796

² Formatie per 1,0 fte tandarts, anders naar rato.



Functie	Schaal (trede) ¹	Maximum salarisbedrag (definitief niveau 2026)	Maximum salarisbedrag (voorcalculatorisch niveau 2027)
Faciaal-prothetist (HBO)	FWG 55 (12)	€ 103.690	€ 107.796

¹ Bron: CAO-ziekenhuizen, juni 2024.

2. Vergoeding management(taken)

De aanvaardbare werkelijke kosten voor management(taken) zijn afhankelijk van het aantal fte tandartsen. Voor grote(re) instellingen ($\geq 2,0$ fte tandartsen) geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten op definitief niveau 2026 tot maximaal € 23.950,- per 1,0 fte tandarts (voorcalculatorisch niveau 2027: € 24.898). Voor de kleine(re) instellingen ($1,0 \leq$ fte tandartsen $< 2,0$) geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten op definitief niveau 2026 tot maximaal € 11.975,- per jaar per 1,0 fte tandarts (voorcalculatorisch niveau 2027: € 12.449), 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. In het geval dat een tandarts coördinerende of managementtaken verricht, valt de formatie voor die taken en de bijbehorende arbeidskosten onder deze post.

3. Vergoeding ondersteunend (tandheelkundig) team

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor salarissen of inhuur van het ondersteunend (tandheelkundig) team (tandartsassistentes, omloopassistentes) en voor overige personeelskosten (planning, secretariaat, administratie e.d.) tot maximaal € 1,5 maal het totaal aantal fte's mondzorgverleners (formatieve post 1A t/m 1E) maal maximaal het in onderstaande tabel opgenomen beleidsregelbedrag. Dit bedrag komt overeen met de arbeidskosten die in 2024 golden bij de salarisschaal van de CAO-ziekenhuizen en zijn gehanteerd bij de wijziging van het toetsingskader bijzondere tandheelkunde. Het maximum beleidsregelbedrag 2024 werd berekend door vermenigvuldiging van het coa-maandbedrag met 14 maanden en werkgeversfactor 1,33. Het herijkte bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het OVA-percentage en periodiek, conform algemeen beleid, herijkt.

Tabel Maximaal aanvaardbare vergoeding ondersteunend (tandheelkundig) personeel per jaar per 1,0 fte

Functie	Schaal (trede) ¹	Maximum beleidsregelbedrag (definitief niveau 2026)	Maximum beleidsregelbedrag (voorcalculatorisch niveau 2027)
Ondersteunend (tandheelkundig) personeel	FWG 35 (11)	€ 70.159	€ 72.937

¹ Bron: CAO-ziekenhuizen, juni 2024

4. Vergoeding bij- en nascholing, inclusief tegemoetkoming voor differentiatie-opleiding

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor bij- en nascholing van tandartsen en ondersteunend tandheelkundig team, inclusief een tegemoetkoming voor een differentiatie-opleiding, op definitief niveau 2026 tot maximaal € 8.656,- per jaar per 1,0 fte mondzorgverlener (formatieve post 1A t/m 1E) (voorcalculatorisch niveau 2027: € 8.809). Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het PPC-percentage.

5. Vergoeding klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog kan voor grote(re) instellingen ($\geq 2,0$ fte tandartsen) als aparte kostenpost worden meegenomen. Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten op definitief niveau 2026 tot maximaal € 10.266,- per jaar per 1,0 fte tandarts (voorcalculatorisch niveau 2027: € 10.673). Voor de kleine(re) 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 op definitief niveau 2026 tot maximaal € 26.018,- per jaar per 1,0 fte tandarts (voorcalculatorisch niveau 2027: € 26.479). Dit bedrag is exclusief implantaatkosten. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het PPC-percentage.



7. Vergoeding overige kosten

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten van de overige kosten op definitief niveau 2026 tot maximaal € 42.780,- per jaar per 1,0 fte tandarts (voorcalculatorisch niveau 2027: € 43.538). Hieronder zitten onder meer posten zoals accountantskosten, administratiekosten voor het opmaken van de jaarrekening, bankkosten, portokosten, telefoonkosten en automatisering. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het PPC-percentage.

8. Vergoeding voor huisvesting, rente, afschrijving, onderhoud en Bijtmeter

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.

Substitutieregeling

Indien in een jaar de werkelijke kosten van een aanvaardbare kostenpost het maximum van het betreffende beleidsregelbedrag over- of overschrijdt (met uitzondering van de aanvaardbare kostenpost vergoeding mondzorgverleners), kan dat worden gecompenseerd met een onder- of overschrijding bij andere aanvaardbare kostenposten, mits i) de representerende zorgverzekeraars in het lokaal overleg daarmee instemmen en ii) het totaal van de werkelijke kosten van deze aanvaardbare kostencategorieën tezamen blijft binnen het totaal van de beleidsregelmaxima. Daarnaast biedt de substitutieregeling binnen de aanvaardbare kostenpost vergoeding mondzorgverleners (post 1) ook de mogelijkheid tot substitutie per functie mondzorgverlener. Dit betekent dat indien in een jaar de werkelijke salariskosten van de ene functie mondzorgverlener het maximale salarisbedrag van de betreffende functie over- of overschrijdt, dat gecompenseerd kan worden met een onder- of overschrijding van de werkelijke salariskosten bij andere functies mondzorgverleners. Dit kan (mogelijk) leiden tot extra substitutieruimte. Als randvoorwaarde geldt daarbij dat de optelsom van alle maximum salarisbedragen per functie per fte mondzorgverlener, inclusief de substitutieruimte binnen de aanvaardbare kostenpost vergoeding mondzorgverleners (post 1), het totaal van het maximum beleidsregelbedrag vergoeding mondzorgverleners niet mag overschrijden. Deze substitutieregeling is dus niet van toepassing op de aanvaardbare kostenposten voor huisvesting, rente, afschrijving, onderhoud en Bijtmeter, aangezien hiervoor geen beleidsregelmaxima gelden.

Overgangsregeling

Partijen die in 2024 voor de tariefaanvraag gebruik maakten van de substitutieruimte bij een overschrijding van de aanvaardbare kostenpost salaris tandartsen, kunnen in het lokaal overleg voor een periode van maximaal 3 jaar (van 1 januari 2025 tot 1 januari 2028) aanvullende afspraken maken met de representerende zorgverzekeraars ter compensatie van een overschrijding op de overige aanvaardbare kostenposten (post 2 t/m 7). Voorwaarde is dat er in dat jaar (2025/2026/2027) ook sprake is van een overschrijding op het salaris mondzorgverleners (post 1). Het compensatiebedrag kan nooit meer dan het maximale overschrijdingsbedrag op post 1 zijn.

Normuren

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 mondzorgverleners (formatieve post 1A t/m 1E) een rol.

Kleine(re) instellingen ($1,0 \leq \text{fte tandarts} < 2,0$)

- Voor mondzorgverleners (formatieve post 1A t/m 1E) bedraagt de rekennorm minimaal 1.206 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per fte per jaar. Dit aantal is per fte gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per werkdag³. Per fte mondzorgverlener in opleiding kan de rekennorm verminderd worden met maximaal 120 uren.
- Voor mondzorgverleners in opleiding bedraagt de rekennorm minimaal 844 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per fte per jaar (70% van de norm voor mondzorgverleners).

³ Deze norm geldt als uitgangspunt. Enkel voor tandartsen (gedifferentieerd, niet-gedifferentieerd en in opleiding) kan in het lokaal overleg tussen instelling en representerende zorgverzekeraars hiervan worden afgeweken tot een minimum van 1.106 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen. Dit aantal is per fte gebaseerd op 201 werkbare dagen en 5,5 declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per werkdag.



Grote(re) instellingen ($\geq 2,0$ fte tandarts)

- Voor mondzorgverleners (formatieve post 1A t/m 1E) bedraagt de rekennorm minimaal 1.106 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per fte per jaar. Dit aantal is per fte gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per werkdag⁴. Per mondzorgverlener in opleiding kan de rekennorm verminderd worden met maximaal 110 uren.
- Voor mondzorgverleners in opleiding bedraagt de rekennorm minimaal 774 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per fte per jaar (70% van de norm voor mondzorgverleners).

A.5. Nacalculatie

Op grond van de hierboven vastgelegde systematiek wordt een individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen op voorcalculatorisch niveau jaar t vastgesteld. Achteraf vindt een verrekening plaats van de daadwerkelijke kosten en productie jaar t, rekening houdend met het in A.4 beschreven toetsingskader bijzondere tandheelkunde. De wijze van verrekening is afhankelijk van de hieronder beschreven situaties:

- a. De instelling blijft mondzorg aan bijzondere zorggroepen leveren op basis van het individueel vast tijdstarief (X731)
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot). De hoogte van het te verrekenen bedrag zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen voor jaar t+1 of jaar t+2.
- b. De instelling fuseert met een andere instelling en levert de mondzorg aan bijzondere zorggroepen op basis van het individueel vast tijdstarief (X731) van de overnemende instelling
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t van de overgenomen instelling leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot). De hoogte van het te verrekenen bedrag voor de overgenomen instelling zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen van de overnemende instelling voor jaar t+1 of jaar t+2.
- c. De instelling blijft mondzorg aan bijzondere zorggroepen leveren, maar stapt daarbij over van het individueel vast tijdstarief (X731) naar het collectief maximum tijdstarief (X831)
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot).
 - c.1 Bij een opbrengsttekort:
De NZa legt op basis van artikel 50 lid 1 Wmg de definitieve verrekenbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. Op basis van deze beschikking kan de instelling het door de NZa berekende (resterende) opbrengsttekort in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. De NZa berekent het definitief in rekening te brengen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun definitieve marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.
 - c.2 Bij een opbrengstoverschot:
De NZa legt op basis van artikel 56b Wmg de definitieve vereffeningsbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. Op basis van deze beschikking kan de zorgverzekeraar het door de NZa berekende (resterende) opbrengstoverschot bij de instelling terug doen vorderen. De NZa berekent het definitief terug te vorderen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.
- d. De instelling gaat failliet of stopt met het leveren van mondzorg aan bijzondere zorggroepen.
Indien de rechtbank het faillissement van de instelling uitspreekt en een curator benoemt, legt de NZa op verzoek van de failliete instelling, de namens de failliete instelling handelende curator of de zorgverzekeraar op basis van artikel 56b Wmg de definitieve verrekenbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. De NZa berekent zowel in het geval van faillissement of het stoppen met de zorglevering het definitief terug te vorderen bedrag (bij een opbrengstoverschot) of het in rekening te brengen bedrag (bij een opbrengsttekort) per zorgverzekeraar naar rato van hun definitieve marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.
Ten behoeve van de nacalculatie dient de instelling voor bijzondere tandheelkunde de jaarrekening

⁴ Deze norm geldt als uitgangspunt. Enkel voor tandartsen (gedifferentieerd, niet-gedifferentieerd en in opleiding) kan in het lokaal overleg tussen instelling en representerende zorgverzekeraars hiervan worden afgeweken tot een minimum van 1.005 uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen. Dit aantal is per fte gebaseerd op 201 werkbare dagen en 5,0 declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per werkdag.



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 mondzorgverleners werkzaam in de instelling;
- het aantal fte mondzorgverleners 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.6 Vaststelling individueel vast tijdstarief

De NZa geeft jaarlijks aan een instelling, op aanvraag en na goedkeuring, een individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen af vóór 1 januari van het jaar t+1. Hiervoor dient de aanvraag voor het individueel vast 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 voldoen aan de daarvoor gestelde erkenningscriteria maar 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 2026 bedraagt € 28,70 (voorcalulatorisch niveau 2027: € 29,63). Het tarief is een bedrag per 5 minuten (direct patiëntgebonden tijd).

Dit tarief wordt in beginsel jaarlijks ambtshalve geïndexeerd. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering. 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 algehele anesthesie (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 op basis van de begroting (van verwachte kosten en productie). Uitgangspunt is dat de instelling voor bijzondere tandheelkunde hulp verleent zonder winstoogmerk.

B.2 Voorwaarden voor individueel vast tijdstarief

Een (nieuw) individueel vast tijdstarief algehele anesthesie 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 (in opleiding).

B.3 Berekening van het 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. Nacalculatie

Op grond van de hierboven vastgelegde systematiek wordt een individueel vast tijdstarief algehele anesthesie op voorcalculatorisch niveau jaar t vastgesteld. Achteraf vindt een verrekening plaats van de daadwerkelijke kosten en productie jaar t. De wijze van verrekening is afhankelijk van de hieronder beschreven situaties:

- a. De instelling blijft mondzorg aan bijzondere zorggroepen onder algehele anesthesie leveren op basis van het individueel vast tijdstarief (X631)
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot). De hoogte van het te verrekenen bedrag zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tijdstarief algehele anesthesie voor jaar t+1 of jaar t+2.
- b. De instelling fuseert met een andere instelling en levert de mondzorg aan bijzondere zorggroepen onder algehele anesthesie op basis van het individueel vast tijdstarief (X631) van de overnemende instelling
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t van de overgenomen instelling leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot). De hoogte van het te verrekenen bedrag voor de overgenomen instelling zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tijdstarief algehele anesthesie van de overnemende instelling voor jaar t+1 of jaar t+2.
- c. De instelling blijft mondzorg aan bijzondere zorggroepen onder algehele anesthesie leveren, maar stapt daarbij over van het individueel vast tijdstarief (X631) naar het collectief maximum tijdstarief (overige zorgproducten 39108/39109/39110)
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot).

c.1 Bij een opbrengsttekort:

De NZa legt op basis van artikel 50, lid 1 Wmg de definitieve verrekenbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. Op basis van deze beschikking kan de instelling het door de NZa berekende (resterende) opbrengsttekort in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. De NZa berekent het definitief in rekening te brengen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun definitieve marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.

c.2 Bij een opbrengstoverschot:

De NZa legt op basis van artikel 56b Wmg de definitieve vereffeningsbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. Op basis van deze beschikking kan de zorgverzekeraar het door de NZa berekende (resterende) opbrengstoverschot bij de instelling terug doen vorderen. De NZa berekent het definitief terug te vorderen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.

- d. De instelling gaat failliet of stopt met het leveren van mondzorg aan bijzondere zorggroepen. Indien de rechtbank het faillissement van de instelling uitspreekt en een curator benoemt, legt de NZa op verzoek van de failliete instelling, de namens de failliete instelling handelende curator of de zorgverzekeraar op basis van artikel 56b Wmg de definitieve verrekenbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. De NZa berekent zowel in het geval van faillissement of het stoppen met de zorglevering het definitief terug te vorderen bedrag (bij een



opbrengstoverschot) of het in rekening te brengen bedrag (bij een opbrengstekort) per zorgverzekeraar naar rato van hun definitieve marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.

Ten behoeve van de 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.5 Vaststelling van individueel vast tijdstarief

De NZa geeft jaarlijks aan een instelling, op aanvraag en na goedkeuring, een individueel vast tijdstarief algehele anesthesie af vóór 1 januari van het jaar t+1. Hiervoor dient de aanvraag voor het individueel vast 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 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 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 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 intraveneuze sedatie (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 op basis van de begroting (van verwachte kosten en productie). Uitgangspunt is dat de instelling voor bijzondere tandheelkunde hulp verleent zonder winsttoegmerk.

C.2 Voorwaarden voor individueel vast tarief

Een (nieuw) individueel vast tarief intraveneuze sedatie 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 (in opleiding).

C.3 Berekening van het 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. Nacalculatie

Op grond van de hierboven vastgelegde systematiek wordt een individueel vast tarief intraveneuze sedatie op voorcalculatorisch niveau jaar t vastgesteld. Achteraf vindt een verrekening plaats van de daadwerkelijke kosten en productie jaar t. De wijze van verrekening is afhankelijk van de hieronder beschreven situaties:

- a. De instelling blijft intraveneuze sedatie leveren op basis van het individueel vast tarief (X611)
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot). De hoogte van het te verrekenen bedrag zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tarief intraveneuze sedatie voor jaar t+1 of jaar t+2.
- b. De instelling fuseert met een andere instelling en levert de intraveneuze sedatie op basis van het individueel vast tarief (X611) van de overnemende instelling
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t van de overgenomen instelling leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot). De hoogte van het te verrekenen bedrag voor de overgenomen instelling zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vast tarief intraveneuze sedatie van de overnemende instelling voor jaar t+1 of jaar t+2.
- c. De instelling stopt met het leveren van intraveneuze sedatie
Het verschil tussen het voorcalculatorische tariefniveau jaar t en het definitieve tariefniveau jaar t leidt tot vaststelling van een te verrekenen bedrag jaar t (tekort of overschot).

c.1 Bij een opbrengsttekort:

De NZa legt op basis van artikel 50 lid 1 Wmg de definitieve verrekenbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. Op basis van deze beschikking met het verrekenbedrag kan de instelling het door de NZa berekende (resterende) opbrengsttekort in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. De NZa berekent het definitief in rekening te brengen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun definitieve marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.

c.2 Bij een opbrengstoverschot:

De NZa legt op basis van artikel 56b Wmg de definitieve vereffeningbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. Op basis van deze beschikking met het vereffeningbedrag kan de zorgverzekeraar het door de NZa berekende (resterende) opbrengstoverschot bij de instelling terug doen vorderen. De NZa berekent het definitief terug te vorderen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.

- d. De instelling gaat failliet of stopt met het leveren van mondzorg aan bijzondere zorggroepen.
Indien de rechtbank het faillissement van de instelling uitspreekt en een curator benoemt, legt de NZa op verzoek van de failliete instelling, de namens de failliete instelling handelende curator of de zorgverzekeraar de definitieve verrekenbedragen jaar t vast in een individuele tariefbeschikking voor de instelling. De NZa berekent op basis van artikel 56b Wmg zowel in het geval van faillissement of het stoppen met de zorglevering het definitief terug te vorderen bedrag (bij een opbrengstoverschot) of het in rekening te brengen bedrag (bij een opbrengsttekort) per zorgverzekeraar naar rato van hun definitieve marktaandeel bij de instelling. De instelling overlegt per zorgverzekeraar de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven. Op basis van deze gegevens berekent de NZa per instelling de marktaandelen per zorgverzekeraar.
Ten behoeve van de 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.5 Vaststelling van het individueel vast tarief

De NZa geeft jaarlijks aan een instelling, op aanvraag en na goedkeuring, een individueel vast tarief intraveneuze sedatie 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 U103 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 inkooprijzen 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

Zowel de kosten voor intraveneuze sedatie als voor algehele anesthesie kunnen tegen de werkelijke kosten (via prestatiecode A20) worden gedeclareerd, voor zover deze niet voor rekening komen van het ziekenhuis of de anesthesist of met het individueel tijdstarief anesthesie (X631) of het individueel tarief sedatie (X611) in rekening worden gebracht.



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 annuïteitenlening, 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 ingecaluleerd 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:

- a. Het onroerend goed wordt voor gebruik ter beschikking gesteld door of namens een (rechts)persoon met een op winst gerichte doelstelling.
- b. 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 verhogingspercentage, 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-26137 ingetrokken.

Artikel 11 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen, met kenmerk BR/REG-26137, 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 2027.
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 bijzondere tandheelkunde (instellingen) per jaar

2021	Verduidelijking van regelgeving 1. Het tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen betreft een vergoeding voor de direct patiëntgebonden tijd. De indirect patiëntgebonden tijd die wordt besteed aan de zorglevering zit verdisconteerd in de hoogte van het tarief. 2. 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.
2022	Het creëren van een tijdelijke bekostigingsbasis voor zorgaanbieders die als gevolg van de uitbraak van COVID-19 in 2020 te maken hadden met een omzetverlies en/of specifieke meerkosten.
2023	Wijziging van de erkenningscriteria voor het zijn van een centrum voor bijzondere tandheelkunde. De ze sloten niet meer bij de praktijk. Het betreffen zorginhoudelijke afwegingen waardoor het door Cobijt/ZN opgestelde document als separate bijlage bij de beleidsregel zijn opgenomen. Verlenging van de tijdelijke bekostigingsbasis voor zorgaanbieders die als gevolg van de uitbraak van COVID-19 ook in 2021 te maken hadden met een omzetverlies en/of specifieke meerkosten. Wijziging van de declaratiecodes J33 (kosten implantaat) en J97 (kosten overhead) in respectievelijk J057 en J001.
2024	Schrappen van het document 'Erkenningscriteria instellingen voor bijzondere tandheelkunde' als bijlage bij de beleidsregel. Het document vormt namelijk geen integraal onderdeel van het beleid van de NZa, maar betreft een inhoudelijk document vanuit het veld.
2025	Het schrappen van de tijdelijke bekostigingsbasis voor zorgaanbieders die als gevolg van de uitbraken van COVID-19 in 2020 én 2021 te maken hadden met een omzetverlies en/of specifieke meerkosten. Opname van de wijze van verrekening van de oude jaren indien de instelling voor bijzondere tandheelkunde i) fuseert met een andere instelling, ii) overstapt op declaratie van de zorg van een individueel vast tijdstarief naar een collectief maximum tijdstarief of iii) failliet gaat/stopt met het leveren van mondzorg aan bijzondere zorggroepen. Wijziging van het toetsingskader bijzondere tandheelkunde instellingen. Met het bieden van meer ruimte voor taakdifferentiatie kunnen centra voor bijzondere tandheelkunde meer patiënten behandelen tegen lagere kosten per patiënt. Daarnaast is er een inperking van de substitutieregeling.
2026	Aanpassing van het toetsingskader bijzondere tandheelkunde. De wijzigingen liggen op het vlak van i) de normuren, ii) de substitutiemogelijkheid binnen de totale aanvaardbare kostenpost vergoeding mondzorgverleners en iii) de mogelijkheid tot het maken van de aanvullende afspraken (overgangsregeling). Daarnaast is prestatiecode A20 toegevoegd voor de declaratiemogelijkheid van de werkelijke kosten voor intraveneuze sedatie en/of anesthesie. Verduidelijking van het in rekening brengen van het collectief maximum tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen (X831)
2027	In het lokaal overleg kan het cbt met de representerende zorgverzekeraars een verlaging van de rekennorm voor tandartsen (gedifferentieerd, niet-gedifferentieerd, in opleiding) overeen komen. Aanleiding vormt voor enkele differentiaties de toegenomen complexiteit van de zorgvraag van de patiënten. Hierdoor is meer (multidisciplinaire) afstemming benodigd waardoor de verhouding tussen directe en indirecte (patiëntgebonden) tijd is gewijzigd. Correctie verwijzing naar juiste Wmg-artikelnummer (artikel 50 lid 1) voor opbrengsttekorten. Wijziging van de declaratiecode J001 (kosten overhead implantaat) in U103.

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.

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde moet voldoen aan een aantal vereisten. Hiervoor sluit de NZa onverkort aan bij het door Cobijt/ZN opgestelde document 'Erkenningscriteria instellingen voor bijzondere tandheelkunde'. De toets of een instelling voldoet aan de gestelde erkenningscriteria wordt door de instelling voor bijzondere tandheelkunde met de betreffende (representerende) zorgverzekeraar(s) vastgesteld.

De declaratie van de prestatie 'collectief maximum tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen'



is daarbij voorbehouden aan instellingen voor bijzondere tandheelkunde die voldoen aan de daarvoor gestelde erkenningscriteria, maar geen individuele tariefbeschikking kent voor declaratie van het individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen (X731). Voor het in rekening brengen van het collectief maximum tijdstarief dient gebruik te worden gemaakt van prestatiecode X831. Het tarief is een bedrag per 5 minuten (direct patiëntgebonden tijd). De kosten voor het ondersteunend multidisciplinair (tandheerkundig) personeel (waaronder de mondhygiënist en preventie-assistent) zitten verdisconteerd in de hoogte van het tarief voor de direct patiëntgebonden (stoeluur)tijd van de (gedifferentieerde) tandarts (in opleiding). Declaratie van prestatie X831 blijft dan ook voorbehouden aan de uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen die de tandarts aan de stoel besteed. Dit tarief stelt de NZa jaarlijks vast.

Per 2025 is dit voor prestatie X731 losgelaten. Met de introductie van het gewijzigd toetsingskader bijzondere tandheelkunde is beoogd deze instellingen voor bijzondere tandheelkunde meer (budgettaire) ruimte voor taakdelegatie te bieden, zodat uiteindelijk meer patiënten kunnen worden behandeld tegen lagere kosten per patiënt. Immers, ook andere (ondersteunende) mondzorgverleners kunnen de mondzorg aan bijzondere zorggroepen aan de stoel leveren én in rekening brengen. De uren die de overige (ondersteunende) mondzorgverleners mondzorg aan bijzondere zorggroepen leveren maken daarbij onderdeel uit van de tariefonderbouwing.

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.