

Immediaat geplaatste fronttandimplantaten 1. Analyse met conebeamcomputertomografie naar remodellering van de buccale botlamel

In de periode 1 januari 2008 tot 1 januari 2012 werd ter vervanging van een maxillaire incisief bij 186 patiënten immediaat een implantaat geplaatst. Aansluitend aan de implantaatplaatsing werd de 2 mm ruimte tussen implantaat en buccale botlamel opgevuld met een botssubstituut. Van 16 geïncludeerde patiënten werd naast een preoperatieve en een direct-postoperatieve conebeamcomputertomogram, ook een laat-postoperatief conebeamcomputertomogram vervaardigd. Direct-postoperatief nam de botlameldikte gemiddeld met 1,5 mm toe van 0,9 mm tot 2,4 mm. Gedurende de evaluatieperiode van 1 tot en met 4 jaar nam de buccale botlameldikte af tot gemiddeld 1,8 mm. Verrassend nam de buccale botlamel in hoogte toe met 1,6 mm tot gemiddeld 1,2 mm boven de schoudertrand van het implantaat. Hierbij was het cruciaal dat het implantaat zo geplaatst werd dat minimaal 2,0 mm ruimte werd gecreëerd tussen de originele buccale botlamel en het implantaat, en dat deze ruimte opgevuld werd met een botssubstituut.

Graauwmans FEJ, Staas TA, Groenendijk E, Verhamme L, Maal T, Meijer GJ.

Immediaat geplaatste fronttandimplantaten 1. Analyse met conebeamcomputertomografie naar remodellering van de buccale botlamel

Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 156-161

doi: 10.5177/ntvt.2015.03.14181

Inleiding

Hoewel een maxillair gebitselement in het front om meerdere redenen, zoals een mislukte endodontische behandeling, verloren kan gaan, is de meest voorkomende oorzaak een wortelbreuk ten gevolge van een trauma. Tot voor kort werd eerst de resterende wortel verwijderd, waarna een herstelperiode van 6-12 weken in acht werd genomen. Hierna werd een tandwortelimplantaat geplaatst, waarop vervolgens een kroon werd vervaardigd.

Helaas blijkt dat juist in de eerste 12 weken na extractie de tandkas collabeert, waardoor vooral het waardevolle buccale bot verloren gaat (Botticelli et al, 2004; Sanz et al, 2010). Hierdoor wordt het eindresultaat van de implantaatbehandeling, vooral in esthetisch opzicht, onvoorspelbaar.

De laatste jaren werd veel onderzoek verricht naar het effect van het 'immediaat plaatsen' van een implantaat, met ander woorden: het plaatsen van een implantaat in dezelfde zitting dat de tandwortel wordt verwijderd. Aan deze aanpak zijn een aantal belangrijke voordelen verbonden. Zo kan aansluitend aan implantaatplaatsing een noodkroon worden geplaatst, waardoor de totale behandeltime aanzienlijk wordt verkort (Botticelli et al, 2004; Huynh-Ba et al, 2010; Miyamoto en Obama, 2011). Waar de conventionele implantologie doorgaans een behandelperiode van 12 maanden beslaat (Schwartz-Arad en Chaushu, 1997), is met bovengenoemd 'immediaat protocol' het plaatsen van de definitieve suprastructuur al na 3 tot 6 maanden mogelijk.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel kent u:

- het effect van het immediaat plaatsen van een tandimplantaat in het bovenfront op de postoperatieve dikte en hoogte van de buccale botlamel;
- de procedure van immediaat plaatsen van een implantaat in het bovenfront en de voordelen daarvan.

De huidige trend neigt dan ook steeds meer naar het immediaat plaatsen van implantaten, aangezien deze procedure voor het behoud van bot en gingiva gunstiger, meer voorspelbaar en meer succesvol zou zijn (Atieh et al, 2009). De kortere behandeltime, het lager aantal vereiste ingrepen en het gebruikmaken van de verhoogde osteoblastenactiviteit direct na extractie maakt het immediaat implanteren te prefereren boven de conventionele implantologie (Quiryne et al, 2007).

Om gebruik te maken van de mogelijkheid tot immediaat implanteren dient extra voorzichtig te worden omgegaan met de buccale botlamel tijdens extractie (Nevins et al, 2006). Cruciaal is om aansluitend aan extractie het implantaat voornamelijk in de palatinale alveolewand van de lege tandkas te plaatsen (Becker, 2005; Quiryne et al, 2007; Block et al, 2009). De grootte van de buccale ruimte tussen de originele botlamel en het implantaat dient bij voorkeur minimaal 2,0 mm te zijn (Chen et al, 2007; Cordaro et al, 2009; Huynh-Ba et al, 2010; Cooper et al, 2010; Ferrus et al, 2010).

Wat weten we

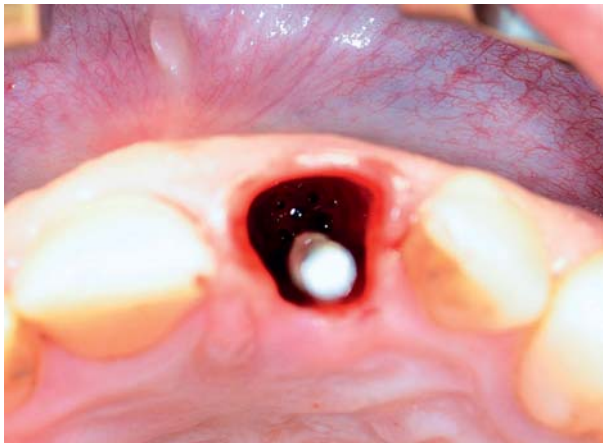
Zonder extra maatregelen neemt de buccale lamel na extractie, ongeacht of het implantaat wel of niet immediaat wordt geplaatst, in dikte en in hoogte af.

Wat is nieuw

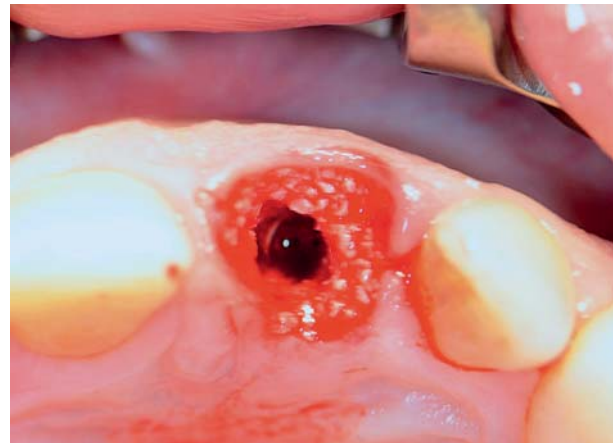
Met behulp van analyse met conebeamcomputertomografie wordt inzicht verkregen in de postoperatieve botremodellering na immediaat implanteren in het maxillaire front waarbij buccaal van het implantaat een botssubstituut wordt aangebracht.

Praktijktoepassing

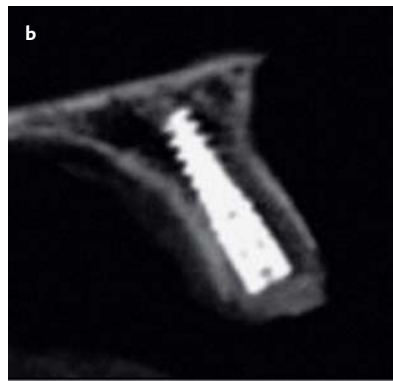
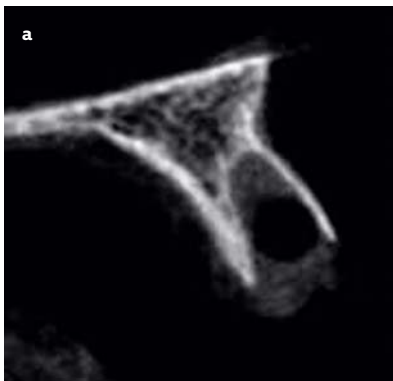
Bij het immediaat plaatsen van een implantaat in het maxillaire front wordt, na het opvullen van de ruimte tussen implantaat en de buccale botlamel met een botssubstituut, een toename van de botlamel, zowel in dikte als hoogte, verkregen.



Afb. 1. Caudo-craniaal zicht op de alveole met richtingindicator *in situ* en de buccale ruimte.



Afb. 2. Caudo-craniaal zicht op de toegang door het botssubstituut tot de osteotomie, die is ontstaan na terugtrekking van de richtingindicator.



Afb. 3. a. Preoperatieve conebeam-CT-doorsnede met een extractie-alveole ontstaan na trauma, de buccale lamel is duidelijk waarneembaar.
b. Direct-postoperatieve conebeam-CT-doorsnede waarop de buccale botlamel nog visueel te onderscheiden is van het botssubstituut.
c. Laat-postoperatieve cone beam-CT-doorsnede waarop de botlamel is ontstaan na incorporatie van de botssubstituutkorrels.

De huidige consensus is dat immediate implantaatplaatsing geen horizontale en verticale resorptie van de buccale lamel voorkomt, in tegenstelling tot de plaatsing van een botssubstituut (Sanz et al, 2010). Er is echter een gebrek aan röntgenologische data die ondersteuning vormen voor verwerving van kennis over het effect van immediate implantaatplaatsing op de buccale botremodellering (Esposito et al, 2010). In het hier beschreven onderzoek werd een analyse verricht op een reeks conebeamcomputertomogrammen genomen voor, direct aansluitend en 1 jaar na implantaatplaatsing.

Materiaal en methode

In een verwijfspraktijk voor implantologie in 's-Hertogenbosch werden de statussen beoordeeld van alle patiënten bij wie in de periode van 1 januari 2008 tot 1 januari 2012 immediaat een implantaat in het maxillaire front was geplaatst. Alleen enkeltandsvervangingen van een centrale of laterale maxillaire incisief werden geïnccludeerd. Daarnaast diende voor elke patiënt naast de preoperatieve en direct-postoperatieve conebeamcomputertomogram (conebeam-CT), ook een laat-postoperatief tomogram aanwezig te zijn. Het preoperatieve conebeam-CT laat het natuurlijke gebitselement *in situ* of de lege alveole zien (afb. 3a). Het direct-postoperatieve con beam-CT werd direct ná het plaatsen van het implantaat vervaardigd om de stand

van het implantaat te beoordelen (afb. 3b). Het laat-postoperatieve conebeam-CT werd alleen bij de eerste patiënten (ongeveer 30) gemaakt als extra controle (afb. 3c).

Alle patiënten werden volgens onderstaand standaardprotocol door 1 behandelaar geïmplanteerd. Eerst werd aan de hand van het preoperatieve conebeam-CT een driedimensionale planning gemaakt. Na de atraumatische extractie per elevatorium, dan wel per forceps, werd de alveole geëxcochleerd. Zonder mucoperiostale opklap werd vervolgens met een boor de preparatie uitgevoerd in de palatinale wand van de alveole. Hierbij was de richting van de osteotomie palatinaalwaarts gericht ten opzichte van de oorspronkelijke apex van het natuurlijke gebitselement. Achtereenvolgens werden hiervoor een precisieboor, een twist boor (Ø 2 mm, lengte 10-15 mm) en een twist step boor (Ø 2,4 mm- Ø 4,2 mm, lengte 10-15 mm) gebruikt. Plaatsing van een richtingindicator gaf inzicht in de grootte van de buccale ruimte (afb. 1). Om de buccale ruimte te vullen werd rondom de richtingindicator het botssubstituut aangebracht. Na het uitnemen van de richtingindicator werd via de tunnel in het botssubstituut een implantaat (NobelActive™Internal) geplaatst (afb. 2).

Aansluitend werd een tijdelijk voorziening aangebracht, bestaande uit een directe glasvezel-composietbrug of een tijdelijke kroon. Na 3-6 maanden werd de definitieve kroon geplaatst.

Intermezzo 1. Voxel-based alignment

Om 2 conebeamcomputertomografische scans op elkaar te registreren maakt 'voxel-based alignment' gebruik van het verschil in grijswaarden tussen de driedimensionale pixels (voxels). De beste superpositie wordt verkregen door over alle voxels het minimale verschil in grijswaarde te berekenen tussen 2 verschillende scans.

Met behulp van een analyse-software (Maxilim® versie 2.3.0.3) werden voor elke patiënt op basis van een 'voxel-based alignment' (intermezzo 1), de preoperatieve, direct-postoperatieve en laat-postoperatieve conebeamcomputertomogrammen gesuperponeerd, waarbij als oriëntatie het verloop van het palatum en de spina nasalis anterior werd aangehouden. Drie sagittale doorsneden werden benoemd: in het midden van het geplaatste implantaat (de mid-buccale doorsnede), alsmede 1 mm mesiaal en 1 mm distaal hiervan. De dikte van de botlamel werd gemeten 1 mm onder het meest coronale punt van de buccale botlamel. Op deze wijze werd de dikte van de buccale lamel gemeten voor implantaatplaatsing, direct erna en 1 jaar na de implantatie. Dit werd herhaald voor de sagittale doorsneden gemaakt 1 mm mesiaal en 1 mm distaal van het midden.

Door de preoperatieve dikte, de direct-postoperatieve dikte en de laat- postoperatieve dikte met elkaar te vergelijken werd het verschil in buccale botlameldikten (ΔD) gemeten. Toetsing werd met een gepaarde t-test uitgevoerd.

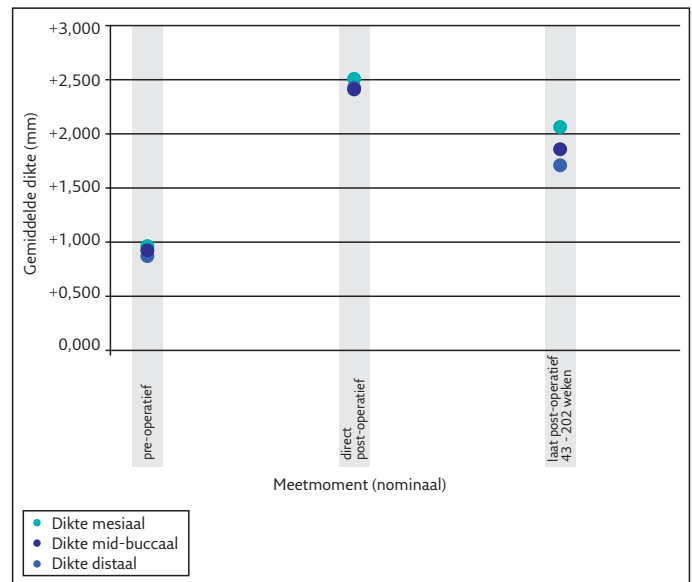
In analogie van de botdikte werden ook de hoogte van de botlamel bepaald in het midden van het implantaat, en 1 mm naar mesiaal en 1 mm distaal van het midden. Het verschil in hoogte (ΔH) kan worden beschreven door de laat-postoperatieve hoogte te verminderen met de preoperatieve hoogte.

Van alle bepalingen werden het gemiddelde, de standaarddeviatie en spreiding berekend. Onderlinge verschillen werden getoetst met een gepaarde t-test en daarbij werden de betrouwbaarheid, de duplofouten en de structurele meetfout bepaald. Een intrabeoordelaars- en interbeoordelaarscontrole werd verricht op basis van herhaling van alle metingen in 4 casussen.

Resultaten

In de periode van 1 januari 2008 tot 1 januari 2012 werden ter vervanging van de centrale of laterale maxillaire incisief 186 patiënten immediaat geïmplanteerd. Op basis van het criterium dat naast de preoperatieve en de direct-postoperatieve, ook een laat-postoperatief conebeam-CT aanwezig diende te zijn, bleven 16 patiënten (4 mannen; 12 vrouwen) voor onderzoek beschikbaar. Hun leeftijd varieerde van 17 tot en met 72 jaar met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar. De tijdsperiode tussen implantaatplaatsing en de vervaardiging van het laat-postoperatieve conebeam-CT betrof 43 tot 202 weken, met een gemiddelde van 103 weken (sd 44) na implantaatplaatsing.

Van de 16 geplaatste implantaten bevonden zich 2 op positie 11, 4 op positie 21, 8 op positie 12 en 2 op positie 22.



Afb. 4. Grafische weergave in millimeters van de gemiddelde dikte van de buccale botlamel weergegeven in blauwe lijnen voor de 3 verschillende doorsneden op de 3 verschillende meetmomenten (n = 16).

Bij 9 patiënten was 'persisterende periapicale pathologie' de reden tot extractie. Bij 4 patiënten was sprake van een kroon- of wortelfractuur en 3 patiënten bleken een vers aan trauma gerelateerde avulsie te hebben.

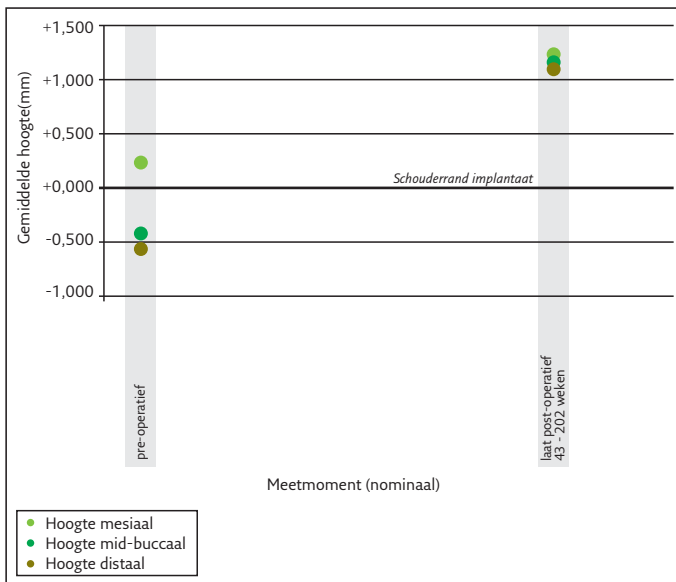
Er werden NobelActive™ Internal implantaten geplaatst: 1 maal \varnothing 3,0 mm x lengte 13,0 mm; 4 maal \varnothing 3,5 mm x lengte 13,0 mm; 6 maal \varnothing 3,5 mm x lengte 15,0 mm; en 5 maal \varnothing 4,3 mm x lengte 15,0 mm. Op 1 patiënt na werd als botsubstituut Geistlich Bio-Oss® met een korrelgrootte variërend tussen 0,25-1,0 mm toegepast. De torque bij immediaat plaatsing varieerde tussen 40 tot 110 Ncm met een gemiddelde van 65 Ncm.

De resultaten ten aanzien van de betrouwbaarheid van de intrabeoordelaarsmeetfout worden weergegeven in tabel 1. Ter plaatse van de sagittale doorsnede, 1 millimeter meer naar distaal, toonde de diktemeting een structurele meetfout (-0,033), die bij toetsing statistisch significant ($p = 0,013$) bleek.

De resultaten ten aanzien van de betrouwbaarheid van de interbeoordelaarsmeetfout worden weergegeven in tabel 2. Bij de diktemeting ter plaatse van de sagittale doorsnede, 1 mm meer naar mesiaal, was sprake van een structurele meetfout van 0,183 met een significantie van $p = 0,006$. Ook de hoogtemeting ter plaatse van deze mesiale doorsnede gaf een significante meetfout te zien (0,338; $p = 0,026$).

De gemiddelde gemeten dikten in de mid-buccale, mesiale en distale doorsnede voor de 3 meetmomenten (pre-, direct post- en laat-postoperatief) worden vermeld in tabel 3 en afbeelding 4. De waargenomen toename en afname van de buccale lameldikte (vermelde als ΔD in tab. 3) waren bij toetsing statistisch significant ($p < 0,001$) op alle gemeten doorsneden.

De gemiddelde gemeten hoogten in de mid-buccale, mesiale en distale doorsnede voor de 2 meetmomenten pre- en laat-postoperatief staan met bijbehorende standaard-



Afb. 5. Grafische weergave in millimeters van de gemiddelde hoogte van de buccale botlamel weergegeven in groene lijnen voor de 3 verschillende doorsneden op de 2 verschillende meetmomenten ($n = 16$). De 0 mm lijn representeert de schouder rand van het implantaat.

deviaties vermeld in tabel 3 en afbeelding 5. De waargenomen toename in hoogte (de 3 vermelde ΔH waarden in tabel 3) waren bij toetsing statistisch significant ($p < 0,001$) op alle gemeten doorsneden.

Zowel in dikte (ΔD) als in hoogte (ΔH) werden geen verschillen gemeten in de sagittale doorsnede gemaakt door het midden, 1 mm naar mesiaal en 1 millimeter naar distaal.

Discussie

In alle 16 casussen werd een exact gedocumenteerd, geprotocolleerde wijze van verslaglegging gehanteerd. Dit vormt in het onderzoek een meerwaarde.

Berekening van de intrabeoordelaarsvariatie tijdens de dikte- en hoogtebepalingen op de 3 sagittale doorsneden

(tab. 1) liet zien dat ter plaatse van de distale doorsnede de diktemeting een structurele meetfout ($-0,033$) vertoonde, die bij toetsing statistisch significant ($p = 0,013$) bleek. De maximale omvang van de structurele fout bedraagt echter slechts 0,116 mm en is daarmee zo klein dat de gemeten waarden bruikbaar blijven. De grootste duplofout was 0,26 en werd gemeten bij de hoogtemeting in de sagittale doorsnede 1 mm distaal van het midden. Gezien de schaalgrootte van deze variabele (die een spreiding van 5,8 mm heeft) is dit acceptabel. In de overige doorsneden waren de structurele meetfouten niet significant bij toetsing, de betrouwbaarheid hoog en de duplofout klein tot matig, waardoor metingen van dikten en hoogten bij herhaling door dezelfde beoordelaar betrouwbaar en reproduceerbaar bleken.

Wat de interbeoordelaarsvariatie betreft was bij de diktemeting ter plaatse van de mesiale sagittale doorsnede sprake van een structurele meetfout van 0,183 met een significantie van $p = 0,006$ (tab. 2). Dit gold ook voor de hoogtemeting op de mesiale doorsnede met een meetfout van 0,338 ($p = 0,026$). De duplofouten in de overige doorsneden en metingen waren matig (0,206; 0,288; 0,158; 0,354), maar gezien de schaalgrootten van deze variabelen (met waarden van respectievelijk 1,5; 1,8; 4,0 en 5,8) is dat niet problematisch. In de overige doorsneden waren de structurele meetfouten niet significant bij toetsing en de betrouwbaarheid hoog, waardoor deze metingen van dikten en hoogten reproduceerbaar bleken.

Na het plaatsen van het implantaat werd het botssubstituut aangebracht, waardoor de direct-postoperatieve buccale lamel uit de originele botlamel en een laag botssubstituut bestond. Bio-Oss® behoudt bij applicatie in een extractiewond een röntgenologisch waarneembare status doordat de partikels geïncorporeerd worden in het de *novo* ontstane bot (Araújo et al, 2008). De postoperatieve botlamel remodelleert na implantatie door natuurlijke fysiologische processen in aanwezigheid van het botssubstituut tot een uit bot en bot-

	Betrouwbaarheid	Duplofout	Vershil	p	95% BI
Dikte mid-buccaal	0,992	0,062	-0,067	0,220	[-0,023...0,090]
Dikte mesiaal	0,984	0,106	-0,033	0,457	[-0,129...0,062]
Dikte distaal	0,995	0,055	-0,033	0,013*	[-0,116...-0,017]
Hoogte mid-buccaal	0,965	0,160	-0,025	0,763	[-0,213...0,163]
Hoogte mesiaal	0,983	0,118	-0,075	0,244	[-0,215...0,065]
Hoogte distaal	0,839	0,262	0,050	0,714	[-0,260...0,360]

Tabel 1. Overzicht van betrouwbaarheid, duplofout en structurele meetfout (met significantie bij $p < 0,05$ (zie*) en 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) bij de controle op de intrabeoordelaarsfout tijdens dikte- en hoogtebepalingen op de conebeamcomputertomogrammen.

	Betrouwbaarheid	Duplofout	Vershil	p	95% CI
Dikte mid-buccaal	0,907	0,206	-0,042	0,629	[-0,226...0,143]
Dikte mesiaal	0,974	0,131	0,183	0,006*	[0,066...0,301]
Dikte distaal	0,833	0,288	0,067	0,582	[-0,192...0,326]
Hoogte mid-buccaal	0,980	0,158	-0,087	0,304	[-0,274...0,099]
Hoogte mesiaal	0,918	0,239	0,338	0,026*	[0,055...0,620]
Hoogte distaal	0,931	0,354	0,400	0,059	[-0,019...0,819]

Tabel 2. Overzicht van betrouwbaarheid, duplofout en structurele meetfout (met significantie bij $p < 0,05$ (zie*) en 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) bij de controle op de interbeoordelaarsfout tijdens dikte- en hoogtebepalingen op de conebeamcomputertomogrammen.

	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum
Preoperatieve dikte buccale botlamel				
Mid-buccaal	0,925	0,315	0,5	1,6
Mesiaal	0,956	0,337	0,5	1,5
Distaal	0,869	0,334	0,4	1,5
Direct-postoperatieve dikte buccale botlamel				
Mid-buccaal	2,406	0,338	2,0	3,2
Mesiaal	2,506	0,567	1,5	3,7
Distaal	2,400	0,403	1,4	2,9
Laat-postoperatieve dikte buccale botlamel				
Mid-buccaal	1,844	0,501	0,9	2,4
Mesiaal	2,044	0,562	1,1	3,3
Distaal	1,700	0,440	1,0	2,5
ΔD laat-postoperatieve versus preoperatieve dikte buccale botlamel				
Mid-buccaal	0,919	0,489	-0,1	1,7
Mesiaal	1,088	0,600	0,0	2,7
Distaal	0,775	0,581	-0,5	1,9
ΔD laat-postoperatieve versus direct-postoperatieve dikte buccale botlamel				
Mid-buccaal	-0,550	0,447	-1,3	0,2
Mesiaal	-0,463	0,626	-1,4	0,9
Distaal	-0,675	0,445	-1,6	0,2
Preoperatieve hoogte buccale botlamel				
Mid-buccaal	-0,544	1,405	-3,2	1,1
Mesiaal	0,238	1,080	-1,7	1,9
Distaal	-0,400	1,526	-4,4	1,7
Laat-postoperatieve hoogte buccale botlamel				
Mid-buccaal	1,100	0,547	0,4	1,9
Mesiaal	1,225	0,620	0,4	2,6
Distaal	1,163	0,320	0,4	1,8
ΔH laat-postoperatieve versus preoperatieve hoogte buccale botlamel				
Mid-buccaal	1,644	1,160	0,4	4,4
Mesiaal	1,063	0,879	-1,1	2,7
Distaal	1,638	1,467	-0,3	5,4

Tabel 3. Overzicht van gemiddelde, standaarddeviatie (SD) en spreiding bij röntgenmetingen (n = 16), metingen in millimeters.

substituut samengestelde lamel. Hierbij wordt het proces van fysiologische remodelering van het oorspronkelijke bot niet beïnvloed door het botsubstituut van Bio-Oss® (Araújo et al, 2008). Wel zorgt botsubstituut voor positieve dimensionale veranderingen (Araújo et al, 2008; Spin-Neto et al, 2013). Het vermindert het verlies aan verticale bothoogte en zorgt zelfs voor winst in de lamelhoogte van gemiddeld 1,6 mm (Chen et al, 2007).

De huidige postoperatieve evaluatietermijn van 1 tot 4 jaar zal bij een vervolgonderzoek worden verlengd tot 10 jaar om ook langetermijndata te kunnen presenteren. Ook een vergelijking met andere gehanteerde protocollen bij immediaat implanteren is aan te bevelen.

Conclusie

Uit dit onderzoek, waarin bij 16 patiënten aansluitend aan extractie een implantaat werd geplaatst in combinatie met een aangebracht botsubstituut, blijkt dat direct-postoperatief de botlameldikte gemiddeld met 1,5 mm toeneemt tot

2,4 mm, waarna in een periode van een 1 tot en met 4 jaar de dikte afneemt tot gemiddeld 1,8 mm. Verrassend neemt de buccale botlamel in hoogte toe met gemiddeld 1,6 mm tot gemiddeld 1,2 mm boven de schoudertrand van het implantaat.

Literatuur

- * Atieh MA, Payne AG, Duncan WJ, Cullinan MP. Immediate restoration/loading of immediately placed single implants: is it an effective bimodal approach? *Clin Oral Implants Res* 2009; 20: 645-659.
- * Araújo M, Linder E, Wennström J, Lindhe J. The influence of Bio-Oss Collagen on healing of an extraction socket: an experimental study in the dog. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008; 28: 123-135.
- * Becker W. Immediate implant placement: diagnosis, treatment planning and treatment steps/or successful outcomes. *J Calif Dent Assoc* 2005; 33: 303-310.
- * Becker W. Immediate implant placement: treatment planning and surgical steps for successful outcomes. *Br Dent J* 2006; 201: 199-205.
- * Block MS, Mercante DE, Lirette D, Mohamed W, Ryser M, Castellon P.

- Prospective evaluation of immediate and delayed provisional single tooth restorations. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 89-107.
- * Botticelli D, Berglundh T, Lindhe J. Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 820-828.
 - * Chen ST, Darby IB, Reynolds EC. A prospective clinical study of non-submerged immediate implants: clinical outcomes and esthetic results. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 552-562.
 - * Cooper LF, Raes F, Reside GJ, et al. Comparison of radiographic and clinical outcomes following immediate provisionalization of single-tooth dental implants placed in healed alveolar ridges and extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010; 25: 1222-1232.
 - * Cordaro L, Torsello F, Rocuzzo M. Clinical outcome of submerged vs. non-submerged implants placed in fresh extraction sockets. *Clin Oral Implants Res* 2009; 20:1307-1313.
 - * Ferrus J, Cecchinato D, Pjetursson EB, Lang NP, Sanz M, Lindhe J. Factors influencing ridge alterations following immediate implant placement into extraction sockets. *Clin Oral Impl Res* 2010; 21: 22-29.
 - * Huynh-Ba G, Pjetursson BE, Sanz M, et al. Analysis of the socket bone wall dimensions in the upper maxilla in relation to immediate implant placement. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21: 37-42.
 - * Miyamoto Y, Obama T. Dental cone beam computed tomography analyses of post-operative labial bone thickness in maxillary anterior implants: comparing immediate and delayed implant placement. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011; 31: 215-225.
 - * Nevins M, Camelo M, De Paoli S, et al. A study of the fate of the buccal wall of extraction sockets of teeth with prominent roots. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006; 26: 19-29.
 - * Quirynen M, Van Assche N, Botticelli D, Berglundh T. How does the timing of implant placement to extraction affect outcome? *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007; 22: 203-223.
 - * Sanz M, Cecchinato D, Ferrus J, Pjetursson EB, Lang NP, Lindhe J. A prospective, randomized-controlled clinical trial to evaluate bone preservation using implants with different geometry placed into extraction sockets in the maxilla. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21: 13-21.
 - * Schwartz-Arad D, Chausu G. The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites: a literature review. *J Periodontol* 1997; 68: 915-923.
 - * Spin-Neto R, Stavropoulos A, Dias Pereira LA, Marcantonio E jr, Wenzel A. Fate of autologous and fresh-frozen allogeneic block bone grafts used for ridge augmentation. A CBCT-based analysis. *Clin Oral Implants Res* 2013; 24: 167-173

Summary

Immediately placed front tooth implants 1. Analysis with cone beam computed tomography after remodelling of the buccal plate

In the period 1 January 2008 to 1 January 2012, an implant was installed in 186 patients immediately after the removal of a maxillary incisor. Subsequent to the placement of the implant, the 2 mm gap between implant and buccal plate was filled with a bone substitute. In the case of 16 patients, in addition to a preoperative and immediately postoperative cone beam computer tomogram, a late-postoperative cone beam computer tomogram was also produced. Immediately post-operative, the buccal plate thickness increased by 1.5 mm from 0.9 mm to 2.4 mm. During the evaluation period of 1 to 4 years a reduction took place resulting in a final buccal plate thickness of 1.8 mm on average. Surprisingly, the buccal plate bone height increased by 1.6 mm, to

an average of 1.2 mm above the implant shoulder. It was crucial in this case that the implant was placed in such a way that a gap of a minimum of 2.0 mm was created between the original buccal plate and the implant, and that this gap was filled with a bone substitute.

Bron

F.E.J. Graauwmans¹, T.A. Staas², E. Groenendijk³, L.Verhamme⁴, T. Maal⁵, G.J. Meijer^{1,5}

Uit ¹de vakgroep Implantologie & Parodontologie van de afdeling Tandheelkunde van het Radboudumc in Nijmegen, ²de implantologie-verwijspraktijk Staas & Bergmans in 's-Hertogenbosch, ³de implantologie-verwijspraktijk Implantologie Den Haag, ⁴het 3D-laboratorium van het Radboudumc in Nijmegen en ⁵de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichts-chirurgie van het Radboudumc in Nijmegen.

Datum van acceptatie: 25 september 2014

Adres: prof. dr. G.J. Meijer, Radboudumc, Philips van Leydenlaan 25, 6525 EX Nijmegen

Gert.Meijer@radboudumc.nl

Immediaat geplaatste fronttandimplantaten 2. Objectief en subjectief esthetisch behandelresultaat

In dit onderzoek werd het esthetische behandelresultaat geanalyseerd van immediate implantaatplaatsing bij 16 patiënten. Tijdens de implantaatplaatsing werd de ruimte tussen het implantaat en de buccale botlamel opgevuld met een botsubstituut. In het onderzoek werd uitsluitend vervanging van enkelvoudige gebitselementen geïncorporeerd; de uiteindelijke kronen werden 3 tot 6 maanden na implantaatplaatsing bevestigd, alle met een individueel vervaardigde implantaatopbouw met een 'emerging profile' en implantaatplatform. De postoperatieve esthetiek werd geanalyseerd aan de hand van klinische foto's en patiënttevredenheidsenquêtes. De objectief behaalde White Esthetic Score en Pink Esthetic Score, met een gemiddelde waarde van respectievelijk 8,4 en 11,8, bereikten een hoge score, hetgeen eveneens gold voor de patiënttevredenheid inzake de behandeling en het behandelresultaat (met een gemiddelde van 8,7). Geconcludeerd kan worden dat immediate implantaatplaatsing, waarbij de buccale ruimte wordt opgevuld met een botsubstituut, in combinatie met een uiteindelijke kroon met een 'emerging profile', leidt tot een objectief en subjectief goed esthetisch eindresultaat en een hoge mate van patiënttevredenheid.

Graauwmans FEJ, Staas TA, Groenendijk E, Meijer GJ. Immediaat geplaatste fronttandimplantaten 2. Objectief en subjectief esthetisch behandelresultaat. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 193-198
 doi: 10.5177/ntvt.2015.04.14182

Inleiding

Wanneer een maxillair frontelement restauratief en/of endodontisch uitbehandeld is, kan extractie en het in dezelfde sessie plaatsen van een implantaat een goede behandeloptie zijn. Hierdoor wordt getracht de natuurlijke collaps van harde en zachte weefsels te voorkomen (Quirynen et al, 2007). Volgens het conventionele implantologieprotocol wordt na extractie eerst de wondgenezing afgewacht en, zo nodig, eerst het bottekort aangevuld alvorens tot implantaatplaatsing over te gaan. Hierbij vormt iedere behandelstap een risico met bijkomende complicaties. Daarentegen kan bij immediate implantaatplaatsing het complex van weke delen zijn oorspronkelijke contour behouden, mits het betrokken gebitselement atraumatisch, dat wil zeggen zonder kwetsuur van weke delen, wordt verwijderd (Schwartz-Arad en Chaushu, 1997). De basis voor immediate implantaatplaatsing met daarop het in dezelfde sessie aanbrengen van een tijdelijke voorziening komt voort uit de gedachte dat een continue ondersteuning van de weke delen met behoud van mucosale integriteit leidt tot een voorspelbaar esthetisch resultaat (Atieh et al, 2009).

De patiënt ziet het behaalde esthetisch eindresultaat als belangrijkste parameter voor het succes van de implantaat-

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- wat de patiënttevredenheid en het subjectief esthetische behandelresultaat zijn van het immediaat plaatsen van solitaire fronttandimplantaten met opvulling van de buccale ruimte.

behandeling (Ferrus et al, 2010). Om op een objectieve manier de esthetiek te scoren werden objectieve indices in de vorm van de White Esthetic Score (WES) en de Pink Esthetic Score (PES) geïntroduceerd (Fürhauser et al, 2005; Belser et al, 2009). De subjectieve beoordeling van de patiënt zelf kan via een enquête worden geïnventariseerd. In het huidige onderzoek werd het esthetisch resultaat geanalyseerd van patiënten met een immediaat geplaatst implantaat conform een eenduidig behandelprotocol. Eerder werd in een artikel beschreven dat, na plaatsen van een implantaat (NobelActive™Internal) in combinatie met een aangebracht botsubstituut (Bio-Oss®), direct-postoperatief de botlameldikte gemiddeld van 0,9 mm tot 2,4 mm toenam, waarna gemiddeld na 43 tot 202 weken met een gemiddelde van 103 weken (sd 44) een kleine afname optrad (-0,6 mm) tot 1,8 mm. De botlamel nam in hoogte met gemiddeld 1,6 mm toe, tot gemiddeld 1,2 mm boven het niveau van de implantaatschouder (Graauwmans et al, 2015). In dit artikel worden de resultaten van de behaalde esthetiek en patiënttevredenheid gepresenteerd.

Wat weten we?

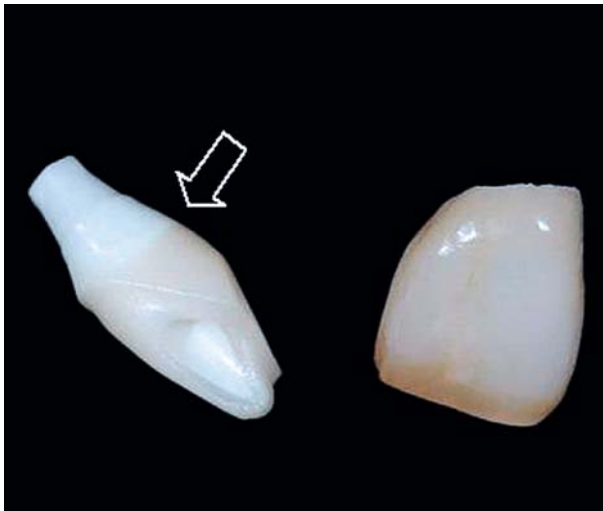
Conventionele vervanging van een maxillair frontelement door een implantaatgedragen kroon vergt vaak een voorgaande botopbouw, waardoor de behandelduur wordt verlengd.

Wat is nieuw?

Immediate plaatsing ter vervanging van een solitair maxillair frontelement, waarbij de buccale ruimte wordt opgevuld met een botsubstituut, levert een hoog esthetisch eindresultaat en een hoge patiënttevredenheid op.

Praktijktoepassing

Voor een goed esthetisch resultaat en een hoge patiënttevredenheid is het zinvol om tijdens een behandeling met immediate implantaatplaatsing de ruimte tussen de buccale botlamel en het implantaat op te vullen met een botsubstituut.



Afb. 1. Emerging profile in vormgeving van de definitieve opbouw, rechts de te cementeren definitieve kroon.



Afb. 2. Lichtopname frontaal gecentreerd op de mediaanlijn en gecentreerd op het mid-buccale vlak van de kroon (implantaat: regio 21).



Afb. 3. Frontaal genomen lichtopname van een casus met een maximale WES-score van 10 en een PES-score van 14. Het implantaat is gesitueerd ter plaatse van gebitselement 12.



Afb. 4. Frontaal genomen lichtopname van een casus met een PES-score van 7 en een WES-score van 3. Het implantaat is gesitueerd ter plaatse van gebitselement 12.

Materiaal en methode

In een verwijspraktijk voor implantologie in 's-Hertogenbosch werden de statussen beoordeeld van alle patiënten bij wie in de periode van 1 januari 2008 tot 1 januari 2012 in het maxillaire front immediaat geïmplanteerd werd. Na de immediaat implantaatplaatsing werd aansluitend een tijdelijke brug aangebracht, waarbij in het geval van een afdekschroef of genezingsopbouw een directe glasvezelcomposiet brug werd vervaardigd en na plaatsing van een immediaat tijdelijke implantaatopbouw een tijdelijke composietkroon. Na een genezingsfase (variërend van 3 tot 6 maanden), waarin tussentijds de tijdelijke constructie kon worden afgenomen teneinde de buccale gingiva en interdentaal papillen te recontoureren om daarmee het ideale 'emerging profile' te creëren, werd de definitieve afdruk gemaakt. Aan de hand hiervan werd een individuele opbouw met individueel gevormd emerging profile vervaardigd (afb. 1), die bij voorkeur werd verschroefd en waarop vervolgens de definitieve keramiekkroon werd geplaatst.

Van alle geïncludeerde patiënten werden tijdens de reguliere controle lichtopnamen gemaakt van het maxillaire front. Hiervoor werd een spiegelreflexcamera gebruikt met macroflitser. Standaard werd een Spandex®-retractor met een intraorale zwarte contrastor toegepast conform de handleiding voor digitale mondfotografie (Van Oort, 2009).

Van iedere patiënt werden 2 lichtopnamen gemaakt: 1 frontaal gecentreerd op de mediaanlijn en 1 gecentreerd op het mid-buccale vlak van de kroon (afb. 2). Aan de hand van deze lichtopnamen werden door 1 onafhankelijk beoordelaar de esthetische aspecten van zowel de kroon als van de peri-implantaire weefsels gescoord. Voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd een tweede onafhankelijke beoordelaar ingezet.

De White Esthetic Score (WES) beoordeelt de esthetiek van de restauratie op 5 punten; vorm en outline, alsmede de kleur, textuur en translucentie van de kroon (Belser et al, 2009). De score loopt van 0 tot en met 2, waarbij 2 de hoogste waardering weergeeft; in totaal kan een maximum van 10 punten worden gehaald. Voor beoordeling wordt het contralaterale gebitselement als referentie genomen (afb. 3 en 4).

De Pink Esthetic Score (PES) evalueert de esthetiek van de peri-implantaire weke delen op 7 punten; hoogte van mesiale en distale papil, contour van de weke delen, niveau van mucosa ter plaatse van het midden van de kroon, contour van processus alveolaris aan de buccale zijde en de kleur/textuur van de buccale mucosa (Fürhauser et al, 2005). De score loopt van 0 tot en met 2, waarbij 2 geldt als hoogste waardering, waardoor in totaal een maximum van 14 punten kan worden gehaald. De weke delen worden gescoord met

Implantaat

Registratienummer

	kort	1	2	3	4	5	lang
Hoe hebt u de tijdsduur van de behandeling bij het immediaat implanteren ervaren?							
Hoe ervoer u de nabezwaren (zoals zwelling en/of napijn) in de eerste 2 weken na plaatsing van het implantaat?	beperkt	1	2	3	4	5	heftig
Zou u dezelfde behandeling nogmaals willen ondergaan in een vergelijkbare situatie?	zeker niet	1	2	3	4	5	zeker wel
Zou u anderen desgevraagd de behandeling van het immediaat implanteren aanraden?	zeker niet	1	2	3	4	5	zeker wel

Resultaat

	niet mooi	1	2	3	4	5	mooi
Wat vindt u van de kleur van het tandvlees rond het implantaat?							
Hoe beoordeelt u de vorm en plaats van de rand van het tandvlees rond het implantaat?	niet mooi	1	2	3	4	5	mooi
Als u het tandvlees rondom het implantaat vergelijkt met de andere voortanden, oogt het tandvlees naar uw mening natuurlijk?	zeker niet	1	2	3	4	5	zeker wel
Hoe beoordeelt u de vorm en kleur van de kroon op het implantaat?	niet mooi	1	2	3	4	5	mooi

Totaal beoordeling

Wat is uw algehele waardering/ervaring/beoordeling van de ondergane behandeling in combinatie met het resultaat?

Eventuele opmerkingen

.....

.....

Afb. 5. Enquêteformulier ter evaluatie van de patiënttevredenheid na immediaat geplaatste implantaat.

als referentie de peri-implantaire weke delen van het gebits-element aan de contralaterale zijde (afb. 3 en 4).

Teneinde de indruk, de mening en de ervaring van de patiënt omtrent de behandeling en het resultaat te inventariseren werd een geanonimiseerde vragenlijst afgenomen. Deze bestond uit 8 korte vragen en 1 totaalscore in de vorm van een rapportcijfer (afb. 5). De vragenlijst was specifiek voor de evaluatie van de immediaat geplaatste implantaten opgesteld en conform adviezen en richtlijnen voor het opstellen van patiëntenquêtes (Vermylen et al, 2003; CBO, 2007).

Van de WES-index werd de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid bepaald door alle casussen een tweede maal te scoren op subscores en totaalscore. Zodoende kon voor de losse subscores een toetsing met een Cohen's kappa worden verricht. Met betrekking tot de totaalscore werden t-testen toegepast. Daarbij geldt de volgende interpretatie van de Cohen's kappa: 'slecht' ($\kappa < 0$); 'gering' (0-0,20); 'matig' (0,21-0,40); 'redelijk' (0,41-0,6); 'goed' (0,61-0,80) of 'zeer goed' (0,81-1,00). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de WES-index werd op vergelijkbare wijze verricht, zo ook de intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de PES-index.

Van alle bepalingen werd het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend. Een verschil tussen de waargenomen WES-index en PES-index, een verschil tussen de waargenomen WES-index en de totaalscore uit de enquête en een verschil tussen de waargenomen PES-index en de totaalbeoordeling uit de enquête werden geanalyseerd met behulp van kruistabellen en de chikwadratoets. Hiervoor werden de scores van de WES verdeeld in scoregroepen 0-8 en 9-10, de scores van de PES-index in scoregroepen 0-12

en 13-14 (conform de verdeling bij de intra- en interbeoordelaarsstoetsing) en de totaalscore in scoregroepen 0-8 en 9-10.

De subscores in de WES-index en PES-index in relatie tot de enquêtevragen met betrekking tot de esthetische tevredenheid, werden met een variant van de chikwadratoets (de Fisher's Exact Test) getoetst op onderlinge verschillen tussen 1. WES-subscore 'tandvorm' en de achtste enquêtevraag 'kroon', 2. WES-subscore 'kleur' en de achtste enquêtevraag 'kroon', 3. PES-subscore 'kleur weke delen' en de vijfde enquêtevraag 'kleur', 4. PES-subscore 'niveau weke delen' en de zesde enquêtevraag 'vorm + rand', 5. PES-subscore 'contour weke delen' en de zesde enquêtevraag 'vorm + rand', en 6. PES-totaalscore en de zevende enquêtevraag 'natuurlijk'.

Daarbij werden de subscores van PES en WES ingedeeld in scoregroepen 0, 1 en 2. De enquêtevraagsscores werden ingedeeld in scoregroepen 1-2, 3 en 4-5. Bij de vergelijking tussen de PES-totaalscore en de zevende enquêtevraag 'natuurlijk' werden de scoregroepen van de PES-totaalscore in scoregroepen 1-12 en 13-14 verdeeld.

Een verschil tussen de leeftijd van de patiënt en de totaalbeoordeling in de enquête werd met een chikwadratoets met bijkomende p-waarden en eerder omschreven interpretatie geanalyseerd door de leeftijd in te delen in groepen 0-50 en 50-100 en de totaalbeoordeling in scoregroepen 0-8 en 9-10.

Resultaten

De geïncludeerde patiënten varieerden in leeftijd van 17 tot 72 jaar (gemiddeld 44), onder wie 4 mannen en 12 vrouwen. De evaluatie vond plaats 60 tot 202 weken (gemiddeld 107) na implantaatplaatsing.

	Maximum	Minimum	sd	Gemiddeld
Tandvorm	2	0	0,619	1,375
Tand outline	2	0	0,632	1,500
Kleur	2	0	0,619	1,625
Textuur oppervlakte	2	2	0,0	2,0
Translucentie	2	1	0,342	1,875
Totaalscore WES	10	3	1,668	8,375

Tabel 1. Overzicht van gemiddelde en standaarddeviatie (sd) bij bepalingen van de WES-index met $n = 16$. De eerste kolom en tweede kolom geven respectievelijk de maximaal en minimaal behaalde subscore per item aan.

	Maximum	Minimum	sd	Gemiddeld
Mesiale papil	2	1	0,3416	1,875
Distale papil	2	1	0,5123	1,563
Contour weke delen	2	0	0,6021	1,688
Niveau weke delen	2	1	0,4031	1,813
Contour processus alveolaris	2	0	0,6292	1,563
Kleur weke delen	2	0	0,6292	1,438
Textuur weke delen	2	0	0,5774	1,750
Totaalscore PES	14	7	1,7212	11,813

Tabel 2. Overzicht van gemiddelde en standaarddeviatie (sd) bij bepalingen van de PES-index met $n = 16$. De eerste kolom en tweede kolom geven respectievelijk de maximaal en minimaal behaalde subscore per item aan.

Peroperatief werd bij 1 patiënt een genezingsopbouw geplaatst, bij 6 patiënten een immediaat tijdelijke implantaatopbouw en bij 9 patiënten een afdekschroef. Alle definitieve kronen werden geplaatst op individueel vervaardigde implantaatopbouw met een emerging profile, waarbij gebruikgemaakt werd van 'platform switching', een concept waarbij smallere prothetische componenten op een breder implantaatplatform worden geplaatst.

De WES-scores staan vermeld in tabel 1, de PES-scores in tabel 2 en de enquête-uitkomsten in tabel 3.

De reproduceerbaarheid van herhaling door dezelfde beoordelaar van de WES-index bleek goed (tab. 4). Met betrekking tot de totaalscore van de WES-index bleek de correlatie hoog (0,859) en bleek de structurele meetfout (0,250) bij toetsing niet-significant ($p = 0,261$).

De reproduceerbaarheid van herhaling door een tweede beoordelaar van de WES-index bleek matig (tab. 4). Toch bleek met betrekking tot de totaalscore van de WES-index de correlatie hoog (0,865) en was de structurele meetfout (-0,375) bij toetsing niet significant ($p = 0,111$).

In de herhaling door dezelfde beoordelaar van de PES-index (tab.5) bleek structureel een meetfout aanwezig waarbij het tweede meetmoment een half indexpunt lager werd gescoord. Met betrekking tot de totaalscore van de PES-index bleek de correlatie hoog (0,940), maar was de structurele meetfout (0,563) bij toetsing significant ($p = 0,007$). De maximale omvang van de structurele meetfout (0,950 punt) betekent dat bijna een heel punt verschil kan optreden.

In de herhaling door een tweede beoordelaar van de PES-index bleek structureel een meetfout aanwezig, waar-

bij door de tweede beoordelaar zo'n 0,8 indexpunt hoger werd gescoord. Met betrekking tot de totaalscore van de PES-index bleek de correlatie hoog (0,852). De structurele meetfout (-1,063) bleek bij toetsing significant ($p = 0,002$).

De WES- en PES-index gaven bij toetsing onderling een Fisher's Exact Testwaarde van 1,000, de PES-index versus de totaalscore in de enquête een Fisher's Exact Testwaarde van 0,302 en de WES-index ten opzichte van de totaalscore in de enquête een Fisher's Exact Testwaarde van 0,358. De subscore 'tandvorm' in de WES-index gaf vergeleken met de achtste enquêtevraag 'kroon' een niet-significante Fisher's Exact Testwaarde ($p = 0,500$), de WES-subscore 'kleur' en de achtste enquêtevraag 'kroon' een $p = 0,312$, de PES-subscore 'kleur weke delen' en de vijfde enquêtevraag 'kleur' een $p = 1,000$, de PES-subscore 'niveau van weke delen' en de zesde enquêtevraag 'vorm + rand' een $p = 0,245$, de PES-subscore 'contour weke delen' en de zesde enquêtevraag 'vorm + rand' een $p = 0,136$ en de PES-totaalscore versus de zevende enquêtevraag 'natuurlijk' een $p = 0,250$.

Leeftijd en totaalbeoordeling in de enquête bleken geen significante relatie te hebben ($p > 0,05$).

Discussie

Dat bij de WES- en PES-index velerlei kappa-waarden gevonden werden voor de afzonderlijke subscores en totaalscores hangt samen met het karakter van beide indices: het zijn cumulatieve indices die bestaan uit een beperkt aantal subscores met slechts 3 categorieën: 0, 1 of 2. Hoe kleiner het aantal scoremogelijkheden, hoe makkelijker een kleine afwijking statistische relevantie krijgt. De uitkomst van de

	Maximum	Minimum	sd	Gemiddeld
Tijdsduur	5	1	1,2111	2,000
Nabezwaren	5	1	1,2894	1,938
Nogmaals ondergaan	5	3	0,7188	4,625
Aanraden	5	3	0,8165	4,500
Kleur gingiva	5	3	0,7188	4,375
Vorm + rand	5	3	0,8732	4,313
Vergelijk	5	2	0,9639	4,438
Kroon	5	2	0,8139	4,563
Totaalscore	10	7	0,8509	8,656

Tabel 3. Overzicht van gemiddelde en standaarddeviatie (sd) bij de enquêtescores met $n = 16$. De eerste kolom en tweede kolom geven respectievelijk de maximaal en minimaal behaalde subscore per item aan.

WES-score	Intrabeoordelaar (kappa)	Interbeoordelaar (kappa)
Tandvorm	0,775 (goed)	0,217 (matig)
Tand outline	0,768 (goed)	0,238 (matig)
Kleur	0,628 (goed)	0,407 (redelijk)
Translucentie	1,000 (zeer goed)	0,429 (redelijk)
Textuur	0,000 (gering)	0,000 (gering)

Tabel 4. WES-index: intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cohen's kappa)

PES-score	Intrabeoordelaar (kappa)	Interbeoordelaar (kappa)
Mesiale papil	1,000 (zeer goed)	0,130 (gering)
Distale papil	0,875 (zeer goed)	0,067 (gering)
Contour weke delen	0,556 (redelijk)	0,765 (goed)
Niveau weke delen	0,856 (zeer goed)	0,828 (zeer goed)
Contour processus alvolaris	0,881 (zeer goed)	0,050 (gering)
Kleur weke delen	0,892 (zeer goed)	0,138 (gering)
Textuur weke delen	0,692 (goed)	0,543 (redelijk)

Tabel 5. PES-index: intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cohen's kappa)

intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in dit onderzoek is zodoende statistisch 'redelijk' en in het licht van slechts 16 casussen relatief goed.

In 2009 werden de eerste 2 artikelen gepubliceerd over de PES-scores van patiënten met enkeltandvervangingen in het bovenfront. In beide onderzoeken werd het effect van het plaatsen van een implantaat binnen 4-8 weken na extractie geëvalueerd. Belser et al (2009) beschreven 45 patiënten en zij vermeldden een gemiddelde PES-score van 7,8. Buser et al (2009) noteerden voor 20 patiënten een PES-score van 8,1. In een onderzoek, waarin pas na 3 maanden na extractie werd geïmplanteerd, bleek de gemiddelde PES-score van 6,3 ($n = 92$) fors lager. Dit lage getal werd vooral verklaard door het feit dat de uitgangssituatie bij deze patiëntengroep ongunstiger was, want bij ongeveer een derde van de onderzoekspopulatie werd eerst pre-implantologische chirurgie uitgevoerd, wat in het algemeen het esthetisch eindresultaat negatief beïnvloedt (Den Hartog et al, 2013).

De bepaalde WES- en PES-scores uit dit onderzoek (respectievelijk gemiddeld 8,4 en 11,8) zijn hoger dan in andere onderzoeken naar immediaat implanteren. Zo beschreven Cosyn et al (2011) gemiddelde WES- en PES-scores van

respectievelijk 8,2 en 10,5 na 3 jaar. Raes et al (2011) publiceerde WES- en PES-scores van respectievelijk 7,2 en 10,3 na 1 jaar en Noelken et al (2013) vermeldden een PES-score van 11,3 na ruim 2 jaar.

Het immediaat implanteren in dit onderzoek, dus met applicatie van Bio-Oss®, en een kroon met emerging profile en platform switching, leidt tot een hogere esthetische uitkomst dan een behandeling met conventionele implantologie (Pieri et al, 2013).

Het gebruik van de WES- en PES-index bij analyse van de 16 casussen werd bij 2 patiënten positief beïnvloed door behandelingen aan de buurelementen. Zo is er 1 casus waarin gelijktijdig een conventionele kroon op het buurelement werd geplaatst. In een andere casus werd aansluitend aan het implanteren een gingivatransplantaat geplaatst om een afdichting van de extractiealveole te bewerkstelligen.

De behaalde patiënttevredenheid (gemiddeld 8,7) werd ook gevonden in een ander onderzoek dat immediaat implantaatplaatsing evalueerde en is tevens vergelijkbaar met een behandeling met conventioneel geplaatste implantaten (Levi et al, 2003; Raes et al, 2011).

Conform de bevindingen in dit onderzoek wees eerder onderzoek al uit dat de PES-index als objectieve meetmethode en een patiëntenondervraging als subjectieve inventarisatie, geen significante relatie vertonen (Eghbali et al, 2012).

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken in een eentandsvervanging na immediaat implantaatplaatsing met opvulling van de buccale ruimte dat de WES-scores (gemiddeld 8,4 op een schaal van 0-10) en de PES-scores (gemiddeld 11,8 op een schaal 0-14) hoog zijn en dat de patiënttevredenheid over zowel de behandeling als het resultaat hoog is (gemiddeld 8,7 op een schaal van 1-10).

Literatuur

- * Atieh MA, Payne AG, Duncan WJ, Cullinan MP. Immediate restoration/loading of immediately placed single implants: is it an effective bimodal approach? *Clin Oral Implants Res* 2009; 20: 645-659.
- * Belsler UC, Grutter L, Vailati F, Bornstein MM, Weber HP, Buser D. Outcome evaluation of early placed maxillary anterior single-tooth implants using objective esthetic criteria: a cross-sectional, retrospective study in 45 patients with a 2- to 4-year follow-up using pink and white esthetic scores. *J Periodontol* 2009; 80: 140-151.
- * Buser D, Halbritter S, Hart C, et al. Early implant placement with simultaneous guided bone regeneration following single-tooth extraction in the esthetic zone: 12-month results of a prospective study with 20 consecutive patients. *J Periodontol* 2009; 80: 152-162.
- * CBO. Handleiding patiëntenquêtes. Aan de slag met schriftelijke of elektronische patiëntenquêtes binnen uw zorginstelling. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007.
- * Cosyn J, Eghbali A, De Bruyn H, Collys K, Cleymaet R, De Rouck T. Immediate single-tooth implants in the anterior maxilla: 3-year results of a case series on hard and soft tissue response and aesthetics. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 746-753.
- * Eghbali A, De Bruyn H, De Rouck T, Cleymaet R, Wyn I, Cosyn J. Single implant treatment in healing versus healed sites of the anterior maxilla: a clinical and radiographic evaluation. *Clin Implant Dent Relat Res* 2012; 14: 336-346
- * Esposito M, Grusovin MG, Polyzos IP, Felice P, Worthington HV. Timing of implant placement after tooth extraction: immediate, immediate-delayed or delayed implants? A Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol* 2010; 3: 189-205.
- * Ferrus J, Cecchinato D, Pjetursson EB, Lang NP, Sanz M, Lindhe J. Factors influencing ridge alterations following immediate implant placement into extraction sockets. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21: 22-29.
- * Fürhauser R, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clin Oral Implants Res* 2005; 16: 639-644.
- * Graauwmans FEJ, Staas TA, Meijer GJ. Immediaat geplaatste frontandimplantaten 1. Analyse met cone beam-computertomografie naar remodelering van de buccale botlamel. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 156-161.
- * Hartog L den, Raghoobar GM, Huddleston Slater JJ, Stellingsma K, Vissink A, Meijer HJA. Single-tooth implants with different neck designs: a randomized clinical trial evaluating the aesthetic outcome. *Clin Implant Dent Relat Res* 2013; 15: 311-321
- * Levi A, Psoter W, Agar J, Reisine ST, Taylor TD. Patient self-reported satisfaction with maxillary anterior dental implant treatment. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 113-120.
- * Noelken R, Neffe BA, Kunkel M, Wagner W. Maintenance of marginal bone support and soft tissue esthetics at immediately provisionalized OsseoSpeed implants placed into extraction sites: 2-year results. *Clin Oral Implants Res* 2013; 25: 214-220.
- * Oort D van. Digitale mondfotografie. Een praktische handleiding. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2009.
- * Pieri F, Aldini NN, Marchetti C, Corinaldesi G. Esthetic outcome and tissue stability of maxillary anterior single-tooth implants following reconstruction with mandibular block grafts: a 5-year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2013; 28: 270-280.
- * Quirynen M, Van Assche N, Botticelli D, Berglundh T. How does the timing of implant placement to extraction affect outcome? *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007; 22 Suppl: 203-223.
- * Raes F, Cosyn J, Crommelinck E, Coessens P, De Bruyn H. Immediate and conventional single implant treatment in the anterior maxilla: 1-year results of a case series on hard and soft tissue response and aesthetics. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 385-394.
- * Schwartz-Arad D, Chaushu G. The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites: a literature review. *J Periodontol* 1997; 68: 915-923.
- * Vermeylen K, Collaert B, Lindén U, Björn AL, De Bruyn H. Patient satisfaction and quality of single-tooth restorations. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14: 119-124.

Summary

Immediate front implant placements 2. Objective and subjective aesthetic treatment results

In this study, the aesthetic outcome of treatment was analysed after immediate implant placement in 16 patients. During implant installation the gap between the implant and the buccal plate was filled with a bone substitute. Only single tooth replacements were included; the final crowns were placed 3-6 months after implant installation, all with individual manufactured abutments with an emerging profile and platform switching. Postoperative aesthetics were analysed based on clinical photographs and satisfaction questionnaires. The objectively attained White Esthetic Score and Pink Esthetic Score with an average value of 8.4 and 11.8 respectively, scored high, as was also observed for patient's satisfaction on both treatment and outcome (an average of 8.7). It may be concluded that flapless immediate implant placement together with the application of a bone substitute into the buccal gap in combination with a final crown with emerging profile results in objective and subjective good aesthetics and high patient satisfaction.

Bron

F.E.J. Graauwmans¹, T.A. Staas², E. Groenendijk, G.J. Meijer^{1,4}
 Uit 'de vakgroep Implantologie & Parodontologie van de afdeling Tandheelkunde van het Radboudumc in Nijmegen, ²de Implantologie-verwijspraktijk Staas & Bergmans in 's-Hertogenbosch, ³de implantologie-verwijspraktijk Implantologie Den Haag en ⁴de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Radboudumc in Nijmegen
 Datum van acceptatie: 17 november 2014
 Adres: prof. dr. G.J. Meijer, Radboudumc, Philips van Leydenlaan 25, 6525 EX Nijmegen
 Gert.Meijer@radboudumc.nl

Aan:
De Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. [REDACTED]
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Van:
Académie ter Bevordering Implantologie Nederland (BIN)
Koudhoornseweg 68
3886 PK Garderen

Garderen, 26 januari 2016

Betreft: spoedeisend verzoek in zake code J-33

Geachte [REDACTED]

Op 13 januari 2016 heeft er een overleg plaatsgevonden tussen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Académie ter Bevordering Implantologie Nederland (BIN). Tijdens dit overleg hebben wij met elkaar gesproken inzake diverse onderwerpen rondom de implantologie in de mondzorg. Vanuit de NZa ligt het zwaartepunt met name op het krijgen van inzicht in de mogelijke overlap en verschillen tussen de kaakchirurgie en de tandarts-implantologie in Nederland. Zoals aangegeven tijdens het gesprek is de BIN niet in staat om deze vergelijking goed te maken. Zoals besproken kunnen wij u voorzien van inzicht en argumenten in de manier waarop onze leden, tandarts-implantologen, werken. Vast te stellen is door ons enkel een overlap in de implantologie t.b.v. een overkappingsprothese in edentate situaties in de onderkaak.

Onze leden leggen zich toe op gecompliceerde (naar de laatste stand der wetenschap) implantologie veelal in de esthetische zone. Hierbij wordt met kostbare, individueel vervaardigde abutments gewerkt. Deze merkimplantaten zijn wetenschappelijk gevalideerde Titanium en Zirkonium implantaten. Met de huidige tariefstructuur kunnen wij echter niet meer de door patiënten gewenste maximale zorg bieden. Waarbij de BIN zich op het standpunt stelt dat tarief code J-33 wellicht geschikt is voor een gemiddelde implantologie maar zeker niet geschikt is om toe te passen op optimale en bewezen duurzame implantologie. Tevens wordt de patiënt de mogelijkheid onthouden om bewust te kiezen voor maximale zorg, betere- en daardoor soms ook duurdere zorg. Hierdoor voorzien wij dat deze hoge kwaliteit in Nederland verloren zal gaan en patiënten over de landsgrenzen zullen gaan voor de behandeling.

In de bijlagen wordt inzichtelijk waarom de J-33 code niet toereikend is bij het plaatsen van bijvoorbeeld een Zirkonium- of immediaat belast implantaat. Tevens verwijzen wij graag naar het protocol en de werkwijze van 'Meteen Door' welke momenteel in Nederland door 23 klinieken - waaronder een tweetal faculteiten - wordt gepraktiseerd en de leidende kwaliteit standaard is. Dit protocol is inmiddels internationaal geaccepteerd als eerste keuze in een groot aantal gevallen, maar in Nederland door de invoering van code J-33 onhaalbaar geworden.

Tot slot wijzen wij graag op het verband tussen onze noodkreet en de brandbrief van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP).

Om voor Nederlandse patiënten en de tandarts-implantologen de keuze, voor genoemde en andere state- of-the-art behandelingen, weer mogelijk te maken is het nadrukkelijke verzoek van de Academie-BIN code J-33 uitsluitend aan J-80 te koppelen en de code J-20* terug te brengen voor de overige situaties. Dit is conform aan het verzoek van de stakeholders ZN, ONT en ANT.

Met vriendelijke groet, namens de BIN

[REDACTED]
Tandarts-implantoloog | Voorzitter Académie BIN

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 24 mei 2018 17:20
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Fwd: Beleidsregel BR/REG - 19106

----- Doorgestuurd bericht -----

Van: [REDACTED]
Datum: 24 mei 2018 om 16:46:26 CEST
Onderwerp: Beleidsregel BR/REG - 19106
Van: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]

Beste [REDACTED]
Slechts een tweetal opmerkingen:
Blz. 6: F131A en F132A ontbreekt het *
Blz. 19: Ad158: een laterale schedelopname is groter dan 3 x 4 cm. Verwijderen 3 x 4 cm.
Met vriendelijke groet,



Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] [@zn.nl](mailto:[REDACTED]@zn.nl) | www.zn.nl

Aanwezig: donderdag

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vennisigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its contents are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us immediately by reply e-mail and destroy the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone.

Zorgverzekeraars Nederland is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: vrijdag 25 mei 2018 08:51
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Fwd: reactie op voorgenomen besluiten Tandheelkundige zorg en Orthodontische zorg
Bijlagen: opmerkingen bij voorgenomen besluiten NZa 2019 tandheelkundige zorg.docx;
Opmerkingen bij voorgenomen besluiten NZa Orthodontie 2019.docx

----- Doorgestuurd bericht -----

Van: [REDACTED]@knmt.nl
Datum: 24 mei 2018 om 19:35:15 CEST
Onderwerp: reactie op voorgenomen besluiten Tandheelkundige zorg en Orthodontische zorg
Van: [REDACTED]

Beste [REDACTED]

Bijgaand de reactie namens de KNMT op beide Memo's en concept beleidsregels.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

(See attached file: opmerkingen bij voorgenomen besluiten NZa 2019 tandheelkundige zorg.docx)

(See attached file: Opmerkingen bij voorgenomen besluiten NZa Orthodontie 2019.docx)

knmt

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
Postbus 4141, 3502 HC Utrecht | Orteliuslaan 750, 3528 BB Utrecht
www.knmt.nl | www.allesoverhetgebit.nl

Volg ons op



Disclaimer: Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Het bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten. Als u dit bericht per abuis heeft ontvangen, wordt u verzocht het te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken of aan derden te verspreiden en de afzender hierover te informeren.

Opmerkingen bij voorgenomen besluiten NZa Orthodontie 2019

Memo voorgenomen besluiten regelgeving orthodontische zorg 2019

Toevoegen * bij F492

De KNMT heeft verzocht om een * toe te voegen bij code F492 vanwege de techniekkosten van de retentiespalk. Nader onderzoek van de NZa heeft uitgewezen dat de tariefstelling voor F492 inclusief de techniekkosten voor de retentiespalk is. Desondanks heeft het de voorkeur van partijen om deze kosten uit het tarief te halen en de betreffende codes van een * te voorzien, waardoor het mogelijk wordt deze kosten apart in rekening te brengen. Tijdens het laatste TO is gesproken over het bedrag dat hiervoor uit het huidige tarief zou moeten worden gehaald. De KNMT heeft aangegeven dat de marktleider hiervoor ongeveer € 20,- in rekening brengt. In tegenstelling tot wat in het Memo is opgenomen heeft niet de KNMT maar de VTvO ingebracht dat voor de techniekkosten in eigen beheer een bedrag is opgenomen van ongeveer € 27,-. Dit graag aanpassen in het Memo.

Gezien de discussie over welke kosten nu uit het tarief voor F492 moeten worden gehaald zonder te weten hoe precies het tarief ooit tot stand is gekomen en welk bedrag voor de retentiespalk is meegenomen, acht de KNMT geen wenselijke situatie. De KNMT adviseert dan ook om voor 2019 het tarief nog niet te wijzigen en geen * toe te voegen, te onderzoeken hoe het tarief voor F492 tot stand is gekomen en dit punt op de agenda voor een volgend TO te zetten om te komen tot een goede onderbouwing voor een F492 met *.

Beleidsregel Tandtechniek in eigen beheer

In de beleidsregel zijn geen bedragen opgenomen. De KNMT herhaalt haar eerder gemaakte opmerkingen dat de in eerdere stukken gepresenteerde tariefstelling is gebaseerd op de het gemiddelde van de door de tandtechnische laboratoria gehanteerde prijzen. Omdat de NZa heeft bepaald dat vanwege inkomsten uit Techniek in eigen beheer het inkomensbestanddeel in de tarieven Orthodontische zorg geen volledige dekking hoeft te bieden voor de vastgestelde arbeidskostencomponent, zal bij de bepaling van de tarieven voor de Techniek in eigen beheer voor het honorarium van de tandarts moeten worden uitgegaan van de arbeidskostencomponent. Immers, samen zullen deze twee bronnen moeten leiden tot het kunnen behalen van een volledige dekking van die arbeidskostencomponent. Gezien het feit dat de NZa zich bij het vaststellen van de tarieven slechts baseert op het gemiddelde prijsniveau in de tandtechnische sector, is het onduidelijk of er volledige dekking kan worden gerealiseerd van de arbeidskostencomponent.

Indien de NZa de koppeling tussen de arbeidskostencomponent en de overige omzet loslaat, zal het inkomensbestanddeel in de tarieven Orthodontische zorg volledige dekking moeten bieden voor de vastgestelde arbeidskostencomponent.

Opmerkingen bij het Memo voorgenomen besluiten regelgeving tandheelkundige zorg 2019 en de concept beleidsregels 2019.

Beleidsregel Tandheelkundige zorg

In de Beleidsregel moeten alle bij de betreffende verrichtingen opgenomen bedragen in euro's nog worden aangepast naar niveau vc 2019.

Beleidsregel Tandtechniek in eigen beheer

In de beleidsregel zijn geen bedragen opgenomen. De KNMT herhaalt haar eerder gemaakte opmerkingen dat de in eerdere stukken gepresenteerde tariefstelling is gebaseerd op de het gemiddelde van de door de tandtechnische laboratoria gehanteerde prijzen. Omdat de NZa heeft bepaald dat vanwege inkomsten uit Techniek in eigen beheer het inkomensbestanddeel in de tarieven Tandheelkundige zorg geen volledige dekking hoeft te bieden voor de vastgestelde arbeidskostencomponent, zal bij de bepaling van de tarieven voor de Techniek in eigen beheer voor het honorarium van de tandarts moeten worden uitgegaan van de arbeidskostencomponent. Immers, samen zullen deze twee bronnen moeten leiden tot het kunnen behalen van een volledige dekking van die arbeidskostencomponent. Gezien het feit dat de NZa zich bij het vaststellen van de tarieven slechts baseert op het gemiddelde prijsniveau in de tandtechnische sector, is het onduidelijk of er volledige dekking kan worden gerealiseerd van de arbeidskostencomponent.

Indien de NZa de koppeling tussen de arbeidskostencomponent en de overige omzet loslaat, zal het inkomensbestanddeel in de tarieven Tandheelkundige zorg volledige dekking moeten bieden voor de vastgestelde arbeidskostencomponent.

Memo

J27 en J37 vervangen implantaat

Het voornemen is nu dat het vervangen van het eerste en volgende implantaat inclusief het verwijderen (niet moeizaam) van het vorige implantaat is. Zo had ik het niet begrepen. Omdat we voor het tarief aansluiting zoeken bij de tarieven van J20 en de nieuwe J28 kan de KNMT niet plaatsen waarom de J27 en J37 inclusief de J36 is. Daarom het advies om het verwijderen en vervangen van het implantaat gescheiden te houden.

Onduidelijkheid code J70

De KNMT betreurt dat de besproken wijziging bij de mesostructuur (J40 t/m J43) niet wordt doorgevoerd. Het is weliswaar zo dat daar recent wijzigingen zijn doorgevoerd, maar dat is niet voor niets. Ook nu moet er veel gerepareerd worden door de uitsluitingen bij de mesostructuur in de J-codes. Hierdoor moeten er nu fors worden gewijzigd in de codes J70 t/m J77 waarbij de reparatie van de steg is vergeten. De KNMT vreest dat nu de zorgverlener en de patiënt door de bomen het bos niet meer zien en dringt erop aan om de laatste zinnen bij de mesostructuur toch te schrappen.

Algemene opmerking

In de aanbiedingsmail refereert de NZa aan de Monitor Mondzorg. De NZa stelt dat de zorgaanbieders materiaal- en techniekkosten verschillend registeren. Dit is een onjuiste conclusie omdat de NZa zich bij haar analyse heeft gebaseerd op gegevens die zorgverzekeraars hebben aangeleverd. Zorgverleners zijn gehouden aan het declaratie-format dat is afgesproken (de declaratiestandaard). Verschillende manieren om techniek- en materiaal-kosten te declareren is dus niet mogelijk. Echter, zorgverzekeraars registeren wel op verschillende manieren de techniek- en materiaalkosten. Zoals in de Monitor Mondzorg is opgenomen registeren sommige zorgverzekeraars de techniek- en materiaalkosten onder de prestatiecode zelf en niet separaat. Omdat in de declaratiestandaard dat voor een zorg-

verlener onmogelijk is, voor de materiaal- en techniekkosten is een apart veld in het declaratierecord opgenomen, ligt het probleem dus niet bij de zorgverlener.

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 25 april 2018 11:05
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Fwd: Betr: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 18 april 2018
Bijlagen: Opmerkingen KNMT bij wijzigingsverzoeken regelgeving 2019.docx

----- Doorgestuurd bericht -----

Van: [REDACTED]@knmt.nl
Datum: 25 april 2018 om 11:02:00 CEST
Onderwerp: Betr: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 18 april 2018
Van:

Beste [REDACTED]

Bijgaand de reactie van de KNMT op de wijzigingsvoorstellen voor 2019.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

(See attached file: Opmerkingen KNMT bij wijzigingsverzoeken regelgeving 2019.docx)

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

T
E
I [REDACTED]@knmt.nl
www.knmt.nl

knmt

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde

Postbus 4141

3502 HC Utrecht

Volg ons op



[REDACTED] ---23-04-2018 13:25:44---Geachte leden van het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg, In de bijlage treft u aan:

Geachte leden van het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg,

In de bijlage treft u aan:

- het concept verslag van het TO Tandheelkundige zorg van woensdag 18 april j.l.; en
- het vastgestelde verslag van het TO Tandheelkundige zorg van woensdag 7 maart j.l.

Graag vernemen we uw aanvullende op- en of aanmerkingen op het verslag uiterlijk vrijdag 25 mei 2018. In het volgende TO wordt het verslag definitief vastgesteld.

Uw schriftelijke reactie op de niet besproken agendapunten en acties uit het TO ontvangen wij, zoals tijdens het TO aangegeven, graag **uiterlijk woensdag 25 april 2018**.

De schriftelijke consultatieronde is gepland van 9 tot 25 mei 2018. We verzoeken u vriendelijk om rekening te houden met de doorlooptijd i.v.m. de vaststelling van de regelgeving in juni.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]



[REDACTED]
medewerker beleidsvoorbereiding directie Regulering

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | **E:** info@nza.nl | **W:** www.nza.nl

Bij de NZa geldt een legitimatieplicht. Wij verzoeken u vriendelijk uw legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort, identiteitskaart of Rijkspas) mee te nemen en deze te tonen zodra u zich meldt bij de receptie.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten. [bijlage "CONCEPT verslag TO Tandheelkundige zorg 18-04-2018.pdf" is verwijderd door [REDACTED] [bijlage "Verslag TO Tandheelkundige zorg 07-03-2018.pdf" is verwijderd door [REDACTED]

Disclaimer: Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Het bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten. Als u dit bericht per abuis heeft ontvangen, wordt u verzocht het te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken of aan derden te verspreiden en de afzender hierover te informeren.

Opmerkingen KNMT bij wijzigingsverzoeken regelgeving 2019

Doorberekenen materiaalkosten Botox bij G67

Zoals in het TO is aangegeven wordt Botox steeds vaker door tandartsen therapeutisch toegepast. Om die reden is de KNMT voorstander van het mogelijk maken deze kosten in rekening te kunnen brengen middels de materiaal en techniekkosten optie bij G67. Zoals ook is aangegeven wordt het gebruik van Botox voor cosmetische doelen al vaak gebruikt en dit valt buiten de scope van de WMG.

Het toepassen van Botox voor spierstoornissen is ook beschreven in de DBC-lijst. Daaruit kan worden opgemaakt dat deze therapie medisch relevant is.

Om die reden steunt de KNMT het ingediende verzoek.

Onduidelijkheid over combinatie Jo8 en J20

Met de voorgestelde wijziging kan Jo8 inderdaad niet meer in combinatie met J20 worden gedeclareerd. De KNMT vraagt zich af of gezien de ontwikkelingen rondom het direct na de extractie plaatsten van het implantaat een wenselijke wijziging is. In onderdeel B II ontbreekt een verrichting hiervoor, tenzij J15 en/of J18 hiervoor kunnen worden ingezet. De KNMT kan dan ook meegaan met het voorstel van de ANT om Jo8 te verplaatsten, echter waarom niet naar onderdeel D. Dan kan Jo8 voor beide situaties, tegelijk met J20 en los daarvan, worden ingezet.

Moeizaam verwijderen implantaat, code J26

De KNMT blijft bij de eerder gegeven reactie. De woorden "Als zelfstandige verrichting" schrappen en aansluiten bij het reeds bestaande onderscheid tussen een extractie en een moeilijke extractie. Om praktische redenen kunnen de codes H11 en H16 hiervoor worden aangepast. Aan de code J26 wordt toegevoegd dat het gaat om moeizaam verwijderen met mucoperiostale opklap.

Axx

Hiervoor verwijst de KNMT naar de eerder ingediende reactie.

P45 (Noodkunstgebit) verplaatsten

De KNMT is in de veronderstelling dat is afgesproken deze code voor 2019 niet te wijzigen.

Clustering R80 en R85

Zoals ook al eerder is aangegeven is de KNMT geen voorstander van het samenvoegen van verrichtingen en het middelen van tarieven. Een tweede code voor min of meer dezelfde prestatie met een lager tarief is toegevoegd omdat dit door de combinatie gepaard gaat met lagere kosten. Met het samenvoegen en middelen gaat men ervan uit dat er in de meeste gevallen sprake is van die combinatie. De KNMT betwijfelt dat. Met dit voorstel wordt het tarief voor de eerste voorziening verlaagd en alleen vanuit een macrobenadering tariefmatig gecompenseerd indien er een volgende voorziening wordt geplaatst. Daar is de KNMT op tegen.

J30 Bindweefseltransplantaat

De KNMT is akkoord met de wijzigingen die door ZN en ANT zijn voorgesteld.

Samenvoegen J24 en J25

De KNMT acht het consistent dat indien de codes J21 en J22 worden samengevoegd dit ook voor de codes J23 en J24 zou moeten. Ook voor de hier genoemde samenvoegingen is de KNMT geen voorstander, maar het gaat hier wel om een principiële andere samenvoeging dan een eerste en een volgende verrichting. Omdat de inhoudsdeskundigen het onderscheid tussen dezelfde en andere wond niet langer opportuun achten, kan de KNMT hierin mee gaan.

Plaatsten en verwijderen van draadspalk

Het onder één noemer brengen van de diverse prestaties voor het aanbrengen van een draadspalk blijkt lastiger dan gedacht. Het doel waarvoor de spalk wordt aangebracht is wel degelijk van invloed op de prestatie. Er bestaat echter wel een knelpunt bij de retentiespalk indien deze moet worden hersteld of vervangen door een andere behandelaar dan de orthodontische. Het huidige tarief voor de prestatie F814 is te laag, zeker in vergelijking met de tarieven voor E43 en T95. De KNMT is het eens dat de deze codes alleen voor respectievelijk endodontische en parodontale problemen moeten worden toegepast, maar neemt niet weg dat het probleem van de orthodontische retentiespalk ook moet worden opgelost. Omdat het nu niet is gelukt deze prestaties onder één noemer te krijgen zal de KNMT voor 2020 met een nieuw voorstel komen.

Eg8 Materialen voor thuisbleken

Zoals het nu is opgenomen in de tariefbeschikking, moet E98 altijd in combinatie met E97, tenzij bedoeld is dat alleen gebruik moet worden gemaakt van E98 indien er ook een E97 is uitgevoerd. De KNMT stelt voor om of de toevoeging (in combinatie met E97) bij de code E98 te schrappen of om de hele code te schrappen en bij E97 dan woorden "met prestatie E98" te schrappen.

Het schrappen van de P-codes 27, 38, 39, 41, 42, 43

Gezien de frequentie waarin deze codes nog worden toegepast, kan de KNMT niet akkoord gaan met het schrappen van deze codes. Hierbij verwijzen wij naar de argumentatie die eerder in de overleggen is ingebracht. Daarbij maakt de KNMT bezwaar dat zonder nader onderzoek deze codes worden bestempeld als 'oppluscodes'.

Onduidelijkheid code J70

De KNMT kan instemmen met hetgeen door Zorgverzekeraars Nederland is voorgesteld.

Maken en beoordelen foto's in losse prestaties

De KNMT kan instemmen met het NZa voorstel om de codes X21/22 en X24 te splitsen in een maken en beoordelen deel. De reden waarom dit ook zou moeten voor X10 is de KNMT niet duidelijk, ook omdat deze verrichting ook in de orthodontische lijst niet is gesplitst. De voorkeur van de KNMT gaat uit naar het voorstel van de NZa en niet naar dat van ZN. In verreweg de meeste gevallen zal gelden dat de maker ook beoordeelt en dan moeten er in het voorstel van ZN standaard (maar onnodig) 2 codes worden gedeclareerd. Met de door de NZa voorgestelde toevoeging wordt mogelijk gemaakt dat een andere behandelaar eerder gemaakte foto beoordeelt en dat was ook de bedoeling.

P37 ook van toepassing op partiele prothese

De KNMT vindt dat P37 ook moet kunnen worden toegepast bij gedeeltelijke kunstgebitten. Voor de argumentatie verwijzen wij naar de eerder gevoerde discussie hierover.

Vervangen van een abutment

De KNMT steunt het voorstel van de ONT.

[Redacted]

Van: [Redacted]
Verzonden: woensdag 4 april 2018 09:31
Aan: [Redacted]
CC: [Redacted]
Onderwerp: Vraag ZINL memo Myofunctionele apparatuur.docx
Bijlagen: Vraag ZINL memo Myofunctionele apparatuur.docx

Beste mensen, Mooie memo; een paar kleine aanvullingen/vragen mijnerzijds. Groeten, [Redacted]

Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan
Zorginst tuut Nederland

Van

██████████
██████████

Onderwerp
Myofunctionele apparatuur

Datum
3 april 2018

Doel

Deze notitie geeft aan wat een myofunctionele trainer is en wat de achtergrond is van de vraag die voorligt. Wij hebben de volgende vraag: in welke zorgsector-verzekerde aanspraak (zorg zoals X pleegt te bieden) hoort de myofunctionele apparatuur thuis?

Myofunctionele trainer

De myofunctionele apparatuur bestaat (frequent) uit een niet-individueel vervaardigd 'bitje'. Deze wordt gebruikt om afwijkende mondgewoontes af te leren.



Huidige regelgeving NZa

In 2016 is er een prestatie in de orthodontische zorg opgenomen voor myofunctionele apparatuur (beugelcategorie 0). De reden hiervoor was dat veel tandartsen/orthodontisten de myofunctionele apparatuur plaatsten met prestaties uit de orthodontische zorg. Daardoor werden bijvoorbeeld beugelcategorie 2 en 3 oneigenlijk in rekening gebracht. Daarnaast werden veel 'beugelconsulten' in rekening gebracht. Dit is bij dergelijke apparatuur bijna niet van toepassing.

Met opmerkingen ██████████]: Kunnen jullie hier iets over de hoogte van de tarieven zeggen? Want dat is natuurlijk de aanleiding geweest voor categorie 0

Om misbruik van de andere beugelcategorieën te voorkomen, is beugelcategorie 0 in het leven geroepen voor de myofunctionele apparatuur.

Vragen aan Zorginstituut: logopedist, tandarts/orthodontist of hulpmiddel?

De 'therapie' rondom een myofunctionele trainer wordt op internet ook wel 'oefentherapie' genoemd. Veel logopedisten bieden de behandeling/training met de myofunctionele apparatuur aan. Er komt dan ook steeds meer druk te staan op het feit dat we in de orthodontie een prestatie kennen voor dit type 'zorg'.

De vraag is dan ook of deze zorg onder de reikwijdte van de beleidsregel orthodontische zorg valt. Met andere woorden: Zijn de myofunctionele trainers van toepassing op handelingen of werkzaamheden op het terrein van orthodontische zorg of logopedische zorg? Is sprake van zorg zoals orthodontisten dan wel logopedistenplegen te bieden? Of zelfs door beiden?

1. Valt de myofunctionele apparatuur onder de orthodontie?

Er is veel onderzoek gedaan naar de werking van de myofunctionele trainer. De conclusies van de verschillende onderzoeken zijn uiteenlopend. Ook zijn partijen het niet met elkaar eens. Zo is de KNMT van mening dat de myofunctionele apparatuur geen orthodontische werking heeft en dus ook niet thuishoort in de regelgeving voor de orthodontie. Echter, de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (VTvO, voorheen: OVAP) geeft aan dat er wel sprake is van een myofunctionele

werking. Maar hieruit wordt niet duidelijk of deze myofunctionele werking ook een orthodontische werking is. De vraag aan het Zorginstituut is daarom of er voldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor het gebruik van de myofunctionele apparatuur in het kader van een orthodontische behandeling. Indien het antwoord hierop 'nee' is, dan is vraag 2 relevant.

2. Valt de myofunctionele apparatuur onder het werkgebied van de logopedist?

In het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' wordt in artikel 13 onder 'Deskundigheid' geschreven wat tot het deskundigheidsgebied van de logopedist wordt gerekend. Hier staat dat onder deskundigheid van de logopedist onder andere valt: 'het uitwendig onderzoeken van de patiënt'. De myofunctionele apparatuur wordt inwendig ingebracht in de mond en de vraag is daarom of het voorschrijven van de myofunctionele apparatuur wel valt onder het deskundigheidsgebied van de logopedist.

Documenten:

- Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' - Geldend van 01-08-2011 t/m heden
- 'Beroepsprofiel Logopedist' - mei 2013, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Indien de myofunctionele apparatuur valt onder het deskundigheidsgebied van de logopedist, is het de vraag of de myofunctionele trainer als hulpmiddel onderdeel is van de logopedische behandeling (en daarmee wordt verdisconteerd in het tarief). Of dat dit hulpmiddel geen onderdeel is van de behandeling (en daarmee niet verdisconteerd is in het tarief en buiten de reikwijdte van de [Wmg en daarmee buiten de NZa regelgeving voor prestatieregulering valt. Dit is nu bijvoorbeeld ook zo bij brillen](#)).

Pagina
2 van 2

Met opmaak: Lettertype: Vet, Geen spelling- of grammaticacontrole uitvoeren

Met opmaak: Lettertype: Vet, Geen spelling- of grammaticacontrole uitvoeren

Met opmerkingen [REDACTED]: Hebben wij brondocumenten hierover, die wij aan het Zorginstituut kunnen meesturen?

Met opmerkingen [REDACTED]: Sturen jullie deze als service nog mee?

Van: [redacted]@knmt.nl
Verzonden: donderdag 8 februari 2018 11:19
Aan: [redacted]
Onderwerp: inbreng voor overleg B/C lijst
Bijlagen: voorstel herziening Indicatieve lijst_versie 06022018.docx; Aanpassing Indicatieve lijst - 06022018.docx

Geachte mevrouw [redacted], beste [redacted],

In vervolg op hetgeen eerder is ingebracht treft u bijgaand een aangepaste notitie aan, waarmee wij aangeven hoe de huidige indicatieve lijst kan worden herzien en daarmee weer aansluit bij de in de beroepsgroep van orthodontisten geldende opvattingen over zorgbehoefte en zorgzwaarte. Om het draagvlak van een dergelijke lijst zo groot mogelijk te laten zijn, willen de NVvO en de KNMT haar leden hier nauw bij betrekken. Dat heeft tot gevolg dat de inhoud van de nieuw te ontwikkelen indicatieve lijst niet voor de door de NZa gestelde deadline voor de aanpassingen van de tariefbeschikking 2019 gereed zal zijn.

Om die reden stellen de NVvO en de KNMT voor om voor 2019 de huidige indicatieve lijst op de belangrijkste knelpunten tekstueel aan te passen (zie bijlage). Hiermee wordt het risico verkleint dat zorgverzekeraars en orthodontisten deze lijst verschillend interpreteren. Daarnaast zal de uitleg van artikel 2.7 lid 3 van het Besluit Zorgverzekeringswet moeten worden verduidelijkt, in die zin dat helder is dat de hierin opgenomen medediagnostiek of medebehandeling niet voor alle met de indicatieve lijst beschreven situaties noodzakelijk is.


Het College van Adviserend Tandartsen (CAT) heeft desgevraagd aangegeven ook te bezien waar verduidelijking op de genoemde punten mogelijk is.

Met vriendelijke groet,

(See attached file: voorstel herziening Indicatieve lijst_versie 06022018.docx)

(See attached file: Aanpassing Indicatieve lijst - 06022018.docx)

Met vriendelijke groet,


 [redacted]@knmt.nl
 www.knmt.nl

knmt

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
 Postbus 4141
 3502 HC Utrecht

Volg ons op



Disclaimer: Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Het bericht kan vertrouwelijke informatie

bevatten. Als u dit bericht per abuis heeft ontvangen, wordt u verzocht het te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken of aan derden te verspreiden en de afzender hierover te informeren.

INLEIDING

Orthodontisten lopen steeds vaker aan tegen het probleem dat de huidige Indicatieve lijst uit 1995 (zie bijlage), niet meer aansluit bij de huidige zorgvraag en behandeling van tandheelkundig gehandicapte patiënten. Daarnaast leidt de lijst tot onduidelijkheid dan wel verschil in interpretatie; het komt regelmatig voor dat bij patiënten met eenzelfde diagnose verzekeraars al dan niet op geleide van een adviserend tandarts tot een verschillend oordeel komen. Geen vergoeding vanuit de basiszorgverzekering van een behandeling van een in die lijst genoemde diagnose komt voor. Anderzijds komt vergoeding vanuit de basiszorgverzekering van een niet in de lijst genoemde diagnose ook voor.

Naar wij begrijpen, signaleert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), kijkend naar de zorgzwaarte van de diverse behandelingen, dat de huidige lijst onder meer afwijkingen bevat waarbij het wenselijk is dat die vanuit de basisverzekering betaald moeten worden, maar die naar zorgzwaarte niet bovenmatig belastend zijn voor de behandelaar en dus geen hoger dan gebruikelijk tarief rechtvaardigen. Anderzijds is er in die lijst een aantal tandheelkundige afwijkingen niet benoemd dat, gerekend naar zorgzwaarte, voor de behandelaar een meer dan gemiddelde inspanning vergt, zodat een tarief voor extra zorgzwaarte wel gerechtvaardigd is.

De NZa stelt zich daarbij op het standpunt, naar wij begrijpen, dat het in principe aan de behandelaar, en niet aan de verzekeraar is om de zorgzwaarte van een bepaalde behandeling vast te stellen, maar dat in onderling overleg met de verzekeraars en Zorginstituut Nederland (ZiN) goed moet worden gedefinieerd welke behandelingen moeten worden geclassificeerd onder 'normale-' en welke onder 'extra zorgzwaarte', een en ander om misbruik te voorkomen.

Het voorstel vanuit de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO) en de BeleidsCommissie Orthodontie (BCO) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT) zou dan ook zijn om als beroepsgroep (vanuit de NVvO) een nieuwe lijst op te stellen, die net als de vorige versie getoetst zal worden door alle (emiritus-)hoogleraren en afdelingshoofden dan wel opleiders Orthodontie, het CAT en het ZiN, en die op basis van consensus tussen alle betrokken partijen kan dienen ter vervanging van de huidige Indicatieve Lijst. Het doel is hierbij expliciet niet om de kosten van vergoeding van orthodontie uit de basiszorgverzekering te laten stijgen. De systematiek van A-, B- en C-tarieven wordt daarbij verlaten; vergoeding uit de basiszorg en een hoger tarief zal geen automatische combinatie meer zijn.

VOORSTEL HERZIENING

Namens de NVvO en de KNMT doen wij bij deze een voorstel voor een lijst die bestaat uit vier categorieën:

- 1) diagnose zodanig dat niet behandelen zou leiden tot ernstige functionele klachten, met een gecompliceerde behandeling ervan leidend tot vergoeding uit de basiszorgverzekering / extra zorgzwaarte.
- 2) diagnose zodanig dat niet behandelen zou leiden tot ernstige functionele klachten, met een 'standaard' behandeling, leidend tot vergoeding uit de basiszorgverzekering zonder extra zorgzwaarte.
- 3) diagnose niet zodanig dat functionele klachten zouden ontstaan zonder behandeling, met een gecompliceerde behandeling leidend tot geen vergoeding uit de basiszorgverzekering maar wel tot extra zorgzwaarte.
- 4) diagnose niet zodanig dat functionele klachten zouden ontstaan zonder behandeling, met een 'standaard' behandeling, leidend tot geen vergoeding uit de basiszorgverzekering en niet leidend tot extra zorgzwaarte.

In diagramvorm is dat als volgt:

categorie	zorgbehoefte	zorgzwaarte	basiszorgvergoeding	hoger tarief
1	groen	groen	groen	groen
2	groen	rood	groen	rood
3	rood	groen	rood	groen
4	rood	rood	rood	rood

Groen: wel van toepassing

Rood: niet van toepassing

NVvO en KNMT stellen voor dat als basiszorgvergoeding en/of een hoger tarief van toepassing is (categorieën 1 t/m 3), dat dit alleen geldt bij behandeling door een orthodontist (=ingeschreven in het specialistenregister).

PROCEDURE

De NVvO, alsmede de Sectie Tandheelkundig Specialisten (STS) van de KNMT, zal haar leden consulteren en tot 2 lijsten komen, ieder met daarin een aantal ernstige diagnoses (zorgbehoefte) dan wel een aantal moeilijke soorten behandelingen (zorgzwaarte). Hierin zullen voorbeelden van diagnoses en/of behandelingen zijn opgenomen die recht zouden geven op basiszorgvergoeding en/of een hoger tarief. Het niet-limitatieve (indicatieve) karakter van een dergelijke lijst blijft intact, maar indien de diagnose dan wel de behandeling voorkomt op één van de lijsten, is er zeker sprake van vergoeding vanuit de basiszorgverzekering dan wel dat een hoger tarief gerechtvaardigd is. De voorbeelden belanden slechts dan op de lijst indien >60% van de leden bij stemming van mening is, dat er sprake is van een verhoogde zorgbehoefte en/of zorgzwaarte.

Met betrekking tot het behoud van het niet-limitatieve karakter van de lijst; indien er volgens de behandelend orthodontist sprake is van een diagnose die niet voorkomt op de lijst dan wel een behandeling uitgevoerd moet worden die gecompliceerder is dan gemiddeld (verhoogde zorgzwaarte) maar niet op de lijst staat, dan is vergoeding uit de basiszorg en/of een hoger tarief alleen terecht indien een tweede oordeel van een collega-orthodontist kan worden overlegd die dezelfde mening is toegedaan.

BIJLAGE



Indicatieve lijst Aanspraken orthodontische hulp voor ziekenfondsverzekerden

Besproken in het College van Adviserend Tandartsen op 7 juli 1995 en
goedgekeurd als ondersteuning voor de beoordeling door de Ziekenfondsraad op 22 september 1995

CONGENITALE AFWIJKINGEN

- Cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis;
- Craniofaciale afwijkingen geassocieerd volgens Gorlin & Cohen in: "Syndromes of the head and neck (Oxford University Press, 1990).

ZIEKTEN EN ANDERE VERWORVEN AFWIJKINGEN

- Juveniele reumatoïde artritis;
- Hormonale stoornissen voor zover deze invloed hebben op de groei van het craniofaciale complex bv groeihormoon deficiënties, pubertas praecox;
- Verstoorde groei van het craniofaciale complex t.g.v. radiotherapie en/of chirurgische therapie op jonge leeftijd i.v.m. een oncologische afwijking;
- Progressief groeiende lymphangiomen en haemangiomen;
- Ankylosis van het kaakgewricht;
- Hyperplastische groei van één of beide condyli;
- Trauma van het kaakstelsel waarvoor orthodontische begeleiding nodig is (niet bedoeld wordt trauma van gebitselementen!)

SERIOUSLY HANDICAPPING MALOCCLUSIONS

Deze categorie betreft malocclusies gepaard gaande met en/of leidend tot ernstige objectieveerbare functiestoornissen. Veelal zal van een interdisciplinaire behandeling sprake zijn. Te denken valt aan de volgende afwijkingen:

- Oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren;
 - Mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm;
 - Distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm;
 - Laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat;
 - Transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen;
 - Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium.
-

NB Dit betreft een indicatieve en geen limitatieve lijst!!!

Indicatieve lijst

Aanspraken orthodontische hulp voor ziekenfondsverzekerden

Congenitale afwijkingen

- Cheilo gnatho- en/of palatoschisis
- Cranio-faciale anomalieën, zoals geclassificeerd volgens R.J. Gorlin in 'Syndromes of the Head and Neck', Oxford University Press, okt. 2001

Ziekten en andere verworven afwijkingen

- Juveniele Rheumatoïde artritis.
- Hormonale stoornissen voor zover deze invloed hebben op de groei van het craniofaciale complex bv groeihormoon deficiënties, pubertas praecox;
- Verstoorde groei van het craniofaciale complex t.g.v. radiotherapie en/of chirurgische therapie op jonge leeftijd i.v.m. een oncologische afwijking;
- Progressief groeiende lymphangiomen en haemangiomen;
- Ankylosis van het kaakgewricht;
- Hyperplastische groei van één of beide condyli;
- Trauma van het kaakstelsel waarvoor orthodontische begeleiding nodig is (niet bedoeld wordt trauma van gebitselementen!)

Seriously handicapping malocclusions

Deze categorie betreft malocclusies gepaard gaande met en/of leidend tot ernstige objectiveerbare functiestoornissen. Veelal zal van een interdisciplinaire behandeling sprake zijn. Te denken valt aan de volgende afwijkingen:

- Oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren;
- Mesio-relatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm;
- Distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm **waarbij geen groeiverwachting meer is;**
- Laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat;
- Transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen **waarbij het kauwvermogen ernstig is verstoord;**
- Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium **of palatum.**
- **Open beet van meer dan 4mm, conform IOTN 4.**

NB Dit betreft een indicatieve en geen limitatieve lijst!!!

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: vrijdag 23 maart 2018 14:56
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: indexering tarieven tandheelkunde

Hoi [REDACTED]

Inmiddels de indexatiepercentages bekend.

DEF 2018 VC 2019
OVA (loon) 2,96% 4,08%
CEP (materieel) 1,55% 2,46%

De indexatiepercentages voor volgend jaar zijn dus bijzonder hoog. Ook de realisatie 2018 is hoger dan vooraf ingeschat.

Gevolg: tarieven gaan fors omhoog

Tandheelkunde: + 3,72%
Orthodontie: + 3,50%

Checken jullie de tariefberekening ?

Groet

[REDACTED]



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) [REDACTED] | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

[REDACTED]

Van: [REDACTED]@tand-wiel.nl>
Verzonden: dinsdag 27 maart 2018 09:55
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]@ [REDACTED].nl)
Onderwerp: opmerkingen NVIJ voorstel NZa
Bijlagen: Notitie TO tandheelkundige zorg 07-03-2018 [REDACTED].docx

Geachte mevrouw [REDACTED], mevrouw [REDACTED],

Bijgaand de notitie van het TO overleg met de opmerkingen op de wijzigingsverzoeken vanuit de NVIJ.

We hopen u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Namens de NVIJ

Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan

TO Tandheelkundige zorg

Onderwerp

Regelgeving 2019

Datum

28 februari 2018

Inleiding

In dit memo zetten wij de ingediende wijzigingsverzoeken uiteen. De gemarkeerde verzoeken bespreken wij graag met u tijdens het Technisch Overleg (TO) Tandheelkundige zorg van 7 maart 2018.

Wijzigingsverzoeken ingediend bij de NZa**E63 Toeslag voor afsluiting met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal**

Een tandarts heeft bij ons aangegeven dat tegenwoordig meerdere situaties denkbaar zijn waarbij afsluiting met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of vergelijkbaar biokeramisch materiaal ook van toepassing kan zijn zonder dat sprake is van apicale barrière. Het voorstel van deze tandarts is om het woord *apicale* uit de omschrijving van de prestatie te verwijderen, zodat de toepassing van E63 in andere situaties (dan apicaal) declarabel is.

Met opmerkingen [REDACTED]: Eens met de suggestie "apicale" te verwijderen uit de omschrijving

Reactie NZa:

- Hoe staan andere partijen tegenover dit voorstel?

G64 Controlebezoek spalk inclusief kleine correcties

Er is onduidelijkheid over het in rekening brengen van prestatie G64. In de beschikking staat G64 onder het kopje *therapie voor kaakgewrichtsklachten (na uitgebreid functie-onderzoek)*. Dit duidt erop dat G64 niet in rekening kan worden gebracht als er geen uitgebreid functie-onderzoek (G01) heeft plaatsgevonden. Er staat echter ook in de beschikking dat *Eventuele controlebezoeken – al dan niet met kleine correcties, uit te voeren aan de opbeetplaat – kunnen worden gedeclareerd als G64*.

Reactie NZa:

Wij zijn van mening dat het mogelijk moet zijn om prestatie G64 in combinatie met G69 in rekening te brengen zonder dat een uitgebreid functie-onderzoek heeft plaatsgevonden. Dit willen we in de regelgeving verduidelijken.

- Zijn andere partijen het eens met deze verduidelijking?

J50 Boven- en onder klikgebit

De indiener geeft aan dat de titel van prestatie J50 Boven- en onder klikgebit suggereert dat het een boven klikgebit en onder klikgebit betreft.

Reactie NZa:

De NZa staat ervoor open om de titel te wijzigen in Boven- of onder klikgebit. Ook zijn wij voornemens om in de titel van de prestatie te verduidelijken dat het om een klikgebit én een conventionele prothese gaat.

- Zijn partijen het eens met deze wijziging?

M05 Beslijpen en/of behandelen melkelement /A20 Behandeling onder algehele narcose of sedatie / R29 Confectiekroon

De indiener verzoekt om prestatie R29, M05 en A20 voor de zorg aan kinderen aan te passen. Hieronder volgen de wijzigingen zoals aangedragen per code.

M05 / M30

Het voorstel is om met een specifieke code uitsluitend de kosten van het materiaal te vergoeden. Voor de tijd die de behandeling vergt is het voorstel om die te declareren onder de code M05.

Ad M05) ~~Beslijpen en/of behandelen melkelement Niet-restauratieve behandeling melkgebit~~
Hiertoe worden gerekend Non-Restorative Cavity Treatment (NRCT, zie richtlijn mondzorg jeugd) en Ultra Conservative Treatment (UCT, hierbij wordt gebruikt gemaakt van handinstrumenten om een cariëslaesie te openen).

Het beslijpen of toegankelijk maken (slicen) van het gaatje in een element (caviteit), het behandelen van het carieuze dentine (tandbeen) met cariëskonserverende middelen en/of het aanbrengen van een bescherm laag, het fluorideren van het melkelement en het vastleggen (verslaggeving en fotografie) en monitoren van de cariëslaesie. Deze prestatie is bedoeld als preventieve maatregel, ter voorkoming van verdere voortschrijding van het carieuze proces (gaatje). Deze prestatie is inclusief de communicatie met of voorlichting van de ouders.

De prestatie wordt uitsluitend naar evenredigheid van de werkelijke (directe) behandelingsduur voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd. Voor het aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariësaactiviteit te remmen zie M30.

Ad M30) aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariësaactiviteit te remmen per zitting (maximaal 4x per jaar).

Reactie NZa:

- Hoe staan andere partijen tegenover het voorstel om deze prestaties voor de zorg aan kinderen aan te passen?

Met opmerkingen [REDACTED]: Voorstel is om dit per zitting te maximeren tot 5 elementen; anders M40 te declareren?

Met opmerkingen [REDACTED]: NVIJ is akkoord

A20

De suggestie voor A20 is als volgt:

Ad A20) Behandeling onder ~~algehele narcose-anesthesie~~ of sedatie
Als tandheelkundige behandelingen onder ~~algehele narcose-anesthesie~~ (verdoving in narcose) of sedatie worden uitgevoerd, maakt de mondzorgaanbieder hiervoor aanvullende kosten (bijvoorbeeld de inhuur van een anesthesioloog die de patiënt door middel van ~~algehele narcose-anesthesie~~ onder verdoving brengt). Met deze prestatie kunnen die kosten in rekening worden gebracht. De prestatie is inclusief het geven van voorlichting aan de patiënt over de (beperkte noodzaak tot) ~~algehele narcose-anesthesie~~ of sedatie, de bespreking van de risico's, de bespreking van kindvriendelijke innovaties ter beperking van de behandelingsduur en het uitvoeren van het noodzakelijke medische onderzoek. De tandheelkundige behandeling zelf kan niet in rekening worden gebracht met de prestatie verdoving door middel van ~~algehele narcose-anesthesie~~ of sedatie (A20); hiervoor dienen de uitgevoerde prestaties uit deze prestatielijst in rekening te worden gebracht. Prestatie A20 kan alleen voor sedatie in rekening worden gebracht indien wordt voldaan aan de richtlijn sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer.

Voor de restauratieve behandeling van het melkgebit onder ~~algehele anesthesie~~ gelden beperkingen. De behandeling betreft uitsluitend de melkkiezen, waardoor behandeling onder ~~algehele anesthesie~~ beperkt kan blijven tot maximaal 60 minuten. Door ontwikkelingen in de kindvriendelijke behandeling en de Cariologie (NRC, Hall-techniek, ART en indirecte overkapping) is de indicatie 'behandeling onder ~~algehele anesthesie~~' beperkt in aantal en/of behandelingsduur. Daardoor komen extracties en slechts beperkt traditionele restauraties in aanmerking voor behandeling onder ~~algehele anesthesie~~. Endodontische behandelingen in melkkiezen zijn zelden geïndiceerd, ongeveer 5% van de diepe cariëslaesies (richtlijn mondzorg jeugd).

Met opmerkingen [REDACTED]: Opmerking indiener verzoek: Het is of algehele anesthesie of narcose. Algehele narcose is een contaminatie, want partiële narcose bestaat niet.

Met opmerkingen [REDACTED]: Opmerking indiener verzoek: Restauratieve behandeling van frontmelkelementen is zelden nodig en kan prima plaatsvinden met adhesieve materialen (géén kronen) zonder dat hier enige vorm van anesthesie voor nodig is. De indicatie is uitsluitend gebaseerd op de wens van het kind met als voorwaarde dat de mondverzorging op orde is.

Met opmerkingen [REDACTED]: Algehele anesthesie vereist de aanwezigheid van een anesthesioloog bij de behandeling waarbij de patiënt buiten bewustzijn is. Dit is essentieel anders dan de toepassing van lokale anesthesie (analgesie), waarbij een lokaal gebied van de mondholte gevoelloos wordt gemaakt en de vitale reflexen intact zijn.

Reactie NZa:

De NZa stelt voor om het woord 'algehele' weg te halen.

- Kunnen partijen aangeven wat men van het voorstel vindt van de indiener?
- Zouden dergelijke omschrijvingen niet eerder in een richtlijn thuishoren?

Pagina
3 van

Met opmerkingen [REDACTED]: De NVIJ staat sympathiek tegenover de strekking van het voorstel; zij wijst op het momenteel in herziening zijn van de richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen uit 2012 waarbij ook de behandelindicaties en (on)mogelijkheden worden geactualiseerd. De toelichtende tekst bij deze omschrijving is naar mening van de NVIJ passender in voornoemde richtlijn.

R29

Voor R29 wordt, om confectiekronen in de frontregio bij kinderen te ontmoedigen, voorgesteld om de omschrijving als volgt te veranderen:

Ad R29) Confectiekroon

Bedoeld als definitief geplaatste confectiekroon.

Voor melkelementen zijn de materiaalkosten inclusief. Voor blijvende elementen dienen de materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Reactie NZa:

Bij deze prestatie is het onlangs mogelijk gemaakt dat materiaal- en techniekkosten apart in rekening zijn te brengen.

- Hoe staan partijen nu tegenover het voorstel van de indiener?

Met opmerkingen [REDACTED]: In principe akkoord

Wijzigingsverzoeken ZN**J27 Vervangen implantaat**

ZN geeft aan dat het vervangen van implantaten steeds vaker voorkomt. Voor het vervangen van het tweede en volgende implantaat wordt ook de code J27 gebruikt, terwijl het tarief gelijk is aan de J20 (eerste implantaat). Kortom 4 implantaten vervangen staat gelijk aan 4 keer een eerste implantaat (J20) plaatsen.

Naar analogie van de kaakchirurgische prestaties pleit ZN voor plaatsen eerste implantaat per kaak (=J20), plaatsen elke volgende implantaat per kaak (samenvoegen J21 en J22), vervangen eerste implantaat per kaak (J27) en vervangen elk volgende implantaat per kaak (JXX).

Reactie NZa:

De NZa staat positief tegenover het voorstel van ZN.

- Indien J21 (€77,29) en J22 (€108,40) worden samengevoegd, welk tarief zou hierbij dan passend zijn?
- Zijn er meerkosten voor het plaatsen van een tweede implantaat in een andere wond?
- Hoe staan andere partijen tegenover dit voorstel?

R73 Aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in schildje

De zorgverzekeraars vinden dat deze verrichting is gekoppeld aan een schildje. Toevoegen: "Deze toeslag kan uitsluitend in rekening worden gebracht in combinatie met R78 of R79.

Reactie NZa:

De NZa ontvangt regelmatig signalen dat deze prestatie onduidelijkheden met zich meebrengt. Wij zijn dan ook van mening dat de toevoeging van ZN de prestatie verduidelijkt.

- Zijn andere partijen het hiermee eens?

P17 Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur

Toevoegen van een * aan prestatie P17. P17 gaat gepaard met techniekkosten die nu onder het eindwerkstuk (b.v. een P30) worden geplaatst. In het kader van het vaststellen van marktconforme tarieven is het wenselijk dat techniekkosten voor een specifieke beetregistratie alleen in rekening kunnen worden gebracht als deze ook daadwerkelijk is uitgevoerd. Het koppelen van de techniekkosten aan betreffende verrichting (P17) is dan logischer dan het koppelen aan het eindwerkstuk.

Reactie NZa:

Materiaal- en techniekkosten (MTK) moeten in rekening worden gebracht bij de prestatie waarbij deze MTK van toepassing zijn. Nu is het niet mogelijk is om bij prestatie P17 MTK in rekening te brengen, terwijl (zoals wij begrijpen van ZN) er wel MTK aan deze prestatie verbonden zijn. Het is transparanter als de MTK in rekening worden gebracht bij de prestatie waar ze bij horen.

- Hoe staan de andere partijen tegenover dit voorstel?

Tijdtarieven U25 (Tijdtarief tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in Wlz-instelling in eenheden van vijf minuten) en U35 (Tijdtarief tandheelkundige hulp aan patiënten die verblijven in de Wlz-instelling en behandeld worden in de eigen praktijk van de zorgaanbieder in eenheden van vijf minuten)

In de Wlz is behoefte aan dummycodes (zonder tarief) voor onafgemaakt werk. Deze codes kunnen dan bij de declaratie van U25 of U35 in het informatierecord worden geplaatst zodat uren worden verantwoord. Heeft de NZa bezwaar tegen het creëren van dummycodes voor onafgemaakt werk in de Wlz binnen de Vektis Prestatiecodelijst Mondzorg (COD981-VEKT)?

Reactie NZa:

Wij hebben geen bezwaar tegen het registreren van dummycodes, zolang de zorg geleverd aan Wlz-patiënten middels de door de NZa vastgestelde prestaties in rekening wordt gebracht. Dit heeft de NZa ook al gecommuniceerd naar zorgverzekeraars.

Vullingen

ZN geeft aan dat het vaak voorkomt dat restauraties op dezelfde dag in hetzelfde element worden uitgevoerd. Dit is niet controleerbaar. Als het meerdere minimale preparaties zijn in het kader van minimaal invasieve tandheelkunde bijvoorbeeld twee kleine occlusaaltes is de prestatie overgewaardeerd (2 x V91 is in waarde hetzelfde als 1 x V94) Voorstel is om niet de restauratie maar de vlakken leidend te maken. In plaats van een drievlaksvulling gaat het dan om 3 gevulde vlakken. Maximaal 5 te vullen vlakken aanwezig. Nu is het aantal te vullen vlakken ongelimiteerd.

Reactie NZa:

De NZa snapt dat het in de huidige regelgeving lastig is om het aantal vullingen te controleren. Momenteel hanteren wij hierin de volgende lijn voor het declareren van vullingen in hetzelfde element:

Een mondzorgaanbieder kan constateren dat er meerdere vullingen in een element nodig zijn. Deze kunnen onafhankelijk van elkaar gedeclareerd worden zolang het opzichzelfstaande vullingen betreft. Dit betekent dat de vullingen elkaar niet raken. Als deze elkaar wel raken betreft het immers één vulling over meerdere vlakken, en mag maar één prestatie in rekening worden gebracht voor deze vulling.

Wij zijn van mening dat het transparanter is voor de patiënt om de vullingen per vlak in rekening te brengen.

- Kunnen partijen dit voorstel *gezamenlijk* verder vormgeven?

E54 Verwijderen van wortelkanaalvulmateriaal

Toevoegen code E54 aan de lijst van verplichte combinaties (alleen in combinatie met E13, E14, E17 en E61). Voorbeeld: endodontoloog verwijdert wortelkanaalvulmateriaal voor een herendo. Bij inspectie wordt een fractuur aangetroffen en de endo niet doorgezet maar het element geëxtraheerd. Voor het verwijderen van het wortelkanaalvulmateriaal worden betreffende boren gebruikt maar deze kunnen niet worden gedeclareerd.

Reactie NZa:

Prestatie E54 valt in de regelgeving onder het kopje *toeslagen bij complicaties bij wortelkanaalbehandelingen*. Het is voor ons niet duidelijk wat met dit voorstel precies wordt bedoeld.

- Naar welke lijst wordt verwezen in het verzoek?

J26 Moeizaam verwijderen implantaat

Gedurende het vorige TO is afgesproken dat ZN een voorstel zou doen voor het aanpassen van de prestaties voor het verwijderen van een implantaat.

Ad J26) Moeizaam verwijderen implantaat

Als zelfstandige verrichting. Niet in rekening te brengen binnen twee maanden na plaatsing implantaat op dezelfde locatie. Inclusief hechten en wondtoilet. Voor het eenvoudig verwijderen van een implantaat kan de prestatie H11 worden gebruikt.

Ad H11) Trekken tand of kies of het makkelijk verwijderen van een implantaat.

Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet.

Tijdens het TO hebben we tevens gesproken over het in rekening brengen van kosten die gepaard gaan met het gebruik van een implant removal kit. Deze inzetstukken kunnen slechts 1 x gebruikt worden. ZN stelt voor om de kostprijs van deze inzetstukken in rekening te mogen brengen onder prestatiecode J07.

J07 Toeslag kosten boren voor eenmalig gebruik of toeslag kosten inzetstukken van een "Implant Removal Set" voor eenmalig gebruik

Kunnen tegen kostprijs onder vermelding van het batchnummer in rekening worden gebracht. De boren kunnen alleen in rekening worden gebracht in combinatie met J11, J20, J27, J80 en de inzetstukken uitsluitend in combinatie met J26.

Reactie NZa:

In het TO hebben we besproken dat een tarief inclusief materiaal en techniekkosten voor de implant removal kit wenselijk zou zijn. De implant removal kit wordt echter niet altijd gebruikt bij het verwijderen van een implantaat.

Wij zien een risico in het declareren van de implant removal kit tegen kostprijs gezien de grote verschillen in kostprijs tussen verschillende implant removal kits. Zo gaf de indiener van dit verzoek aan dat dergelijke kits €161,00 kosten, terwijl partijen in het TO €60,00 als een reële prijs zien.

- Kunnen partijen zich vinden in het toevoegen van een prestatie met maximumtarief voor het gebruik van de implant removal kit, die in combinatie met J26 in rekening kan worden gebracht?
- Is een J-code niet overzichtelijker voor het eenvoudig verwijderen van een implantaat?
- Wanneer kiest een tandarts voor moeizaam verwijderen en wanneer kiest een tandarts voor makkelijk verwijderen van een implantaat? Wat zijn de criteria?
- Is 'makkelijk' ook door te halen? Waarbij je dus krijgt:
Ad H11) Trekken tand of kies of het verwijderen van een implantaat.

Wijzigingsverzoeken ANI

Axx

De ANT stelt voor om een nieuwe prestatie voor gebruik van computergestuurde anesthesie te introduceren.

Reactie NZa:

Ons uitgangspunt is om niet voor elke nieuwe techniek/nieuw type instrument een nieuwe prestatie toe te voegen. De prestatie is anesthesie, maar welk middel wordt ingezet om dit te doen, leggen we niet vast. Bovendien is prestatie A20 tegen kostprijs in rekening te brengen, waardoor het in principe al declarabel is.

- Waarom zou A20 hiervoor niet passend zijn?
- Bepikt A20 het gebruik van computer gestuurde anesthesie?

C22 Aanvullende medische anamnese na (schriftelijke) routinevragen

De ANT ziet bij prestatie C22 graag opgenomen dat aanvullend onderzoek ook kan bestaan uit het afnemen van angstvragenlijsten en bespreken hiervan.

Reactie NZa:

De NZa is van mening dat wij niet de aangewezen partij zijn om te bepalen wanneer sprake is van een aanvullende medische anamnese. De aanbieder bepaalt tenslotte of er een aanvullende medische anamnese heeft plaatsgevonden. Dit is ook kern van de boodschap die de ANT per brief afgelopen najaar heeft benadrukt.

Het standaard afnemen van angstvragenlijsten en bespreken hiervan is niet voldoende basis om ook aan aanvullende medische anamnese af te nemen en te declareren. Dit kan pas als uit deze vragenlijsten blijkt dat aanvullende medische informatie nodig is. Het onderwerp van de vragenlijst die is afgekomen is hierbij niet relevant.

G-hoofdstuk

De ANT geeft aan dat voor 2020 de NVGPT met een voorstel voor vernieuwing van het G-hoofdstuk komt.

Reactie NZa:

De NZa vindt dit goed om te horen en kijkt uit naar het voorstel.

Verwijderen H42 (Wortelpuntoperatie, per tandwortel, zonder Afsluiting) en H43 (Wortelpuntoperatie, per tandwortel, met ante of Retrogradeafsluiting)

De ANT stelt dat deze prestaties kunnen vervallen aangezien dit al declarabel gemaakt is d.m.v. E31 t/m E34.

Reactie NZa:

- Hoe staan andere partijen hier tegenover?
- Sinds wanneer is dit?

T91 (Pocketregistratie) en T92 (Parodontiumregistratie)

De ANT stelt voor om 'Bedoeld voor parodontale chirurgie niet vallend onder onderdeel a en bacteriologisch onderzoek' te laten vervallen, omdat deze prestatie ook inzetbaar zou moeten zijn voor patiënten die zich niet in het paro-traject bevinden.

Reactie NZa:

De T-codes zijn in principe bedoeld voor parodontale behandelingen.

- Komen T91 en T92 voor bij patiënten die geen parodontale aandoening hebben?
- Is het openstellen wenselijk gezien het paro-protocol, wat dient als basis voor het T-hoofdstuk?
- Hoe wordt het dan nu gedeclareerd voor de betreffende patiënten?

Met opmerkingen [REDACTED]: A20 is een tarief voor het onder algehele anesthesie uitvoeren van tandheelkundige verrichtingen. De computergestuurde anesthesie is een vorm van lokale anesthesie/analgesie en zou onder A10 moeten vallen. Eerder denk ik aan A11, met de specifieke omschrijving dat dit een computergestuurde lokale anesthesie/aalgesie betreft waarbij het A10 tarief eventueel kan worden vermeerderd met een tijdsfactor (computergestuurde anesthesie/analgesie vergt iets meer tijd bij het toedienen)

Met opmerkingen [REDACTED]: De A20 is daarvoor niet de geschikte prestatie

P45 (Noodkunstgebit) naar 'volledige kunstgebit'

De prestatie voor het noodkunstgebit verplaatsen naar onderdeel A 'Volledig kunstgebit'.

Reactie NZa:

- Bij volledige kunstgebitten zijn verschillende aanvullende codes (P36, P14, P27, P37, P28, P38, P39, P41, P42, P43) in rekening te brengen, moeten deze combinaties dan ook gelden voor P45?
- Kan een noodkunstgebit nooit een partiële prothese zijn?
- Hoe staan andere partijen hier tegen over?

Clustering

De NZa vindt het goed om te zien dat de ANT nadenkt over het clusteren van prestaties en staat hiervoor open.

R80 (Temporaire, eerste voorziening) en R85 (Temporaire, volgende voorziening)

De ANT stelt voor om deze prestaties te clusteren met het tarief van R80 (€ 27,63). Het tarief van R85 is € 11,05.

Reactie NZa:

De NZa staat open voor clustering van prestaties, als daarmee de structuur minder complex wordt en de patiënt niet duurder uit is. Het is voor ons alleen niet duidelijk waarom hierbij het hoogste tarief het meest passend zou zijn. Logischer zou zijn een gewogen gemiddelde van R80 en R85.

- Waarom het hoogste tarief?
- Wat vinden andere partijen hiervan?

J30 (Bindweefseltransplantaat, eerste) en J31 (Volgende bindweefseltransplantaat)

De ANT stelt voor om J30 (€ 98,97) en J31 (€ 47,13) te clusteren met behoud van prijs J30.

Reactie NZa:

De NZa begrijpt niet goed waarom het tarief van J30 aangehouden wordt. Logischer zou zijn een gewogen gemiddelde van J30 en J31.

- Waarom het hoogste tarief?
- Wat vinden andere partijen hiervan?

J15 (Kaakverbreding en/of verhoging in frontregio of eerste kaakhelft) en J16 (Kaakverbreding en/of verhoging in tweede kaakhelft)

De ANT stelt clustering van J15 en J16 (€ 80,12) voor. Daarmee wordt geen onderscheid meer gemaakt of er sprake is van verbreding in de eerste kaakhelft of in de tweede kaakhelft.

Reactie NZa:

- Wat vinden andere partijen hiervan?

J21 (Plaatsen elk volgend implantaat in dezelfde kaak, door dezelfde wond) en J22 (Plaatsen elk volgend implantaat in dezelfde kaak, andere wond)

De ANT stelt clustering van J21 (€ 77,29) en J22 (€ 108,40) voor. Het nieuwe tarief zou een gewogen tarief moeten zijn o.b.v. de data.

Reactie NZa:

- Wat vinden andere partijen hiervan?

J24 (Plaatsen volgende Healing Abutment (wondheler), dezelfde wond) en J25 (Plaatsen volgende Healing Abutment (wondheler), andere wond)

De ANT stelt clustering van J24 (€ 23,56) en J25 (€ 42,42) voor. Het nieuwe tarief zou een gewogen tarief moeten zijn o.b.v. de data.

Reactie NZa:

- Wat vinden andere partijen hiervan?

Verder stelt de ANT voor om onderstaande prestaties te clusteren.

J55 en J56	Omvorming klikgebit bij staven tussen twee en drie of vier implantaten
J58 en J59	Toeslag vervangings- klikgebit op bestaande stegconstructie tussen drie of vier en meer dan vier implantaten
J72 en J73	Opvullen met staafdemontage op drie of vier en meer dan vier implantaten
J76 en J77	Reparatie met staafdemontage op drie of vier en meer dan vier implantaten

- Wat vinden andere partijen hiervan?

Algemene bepaling verdooving aanpassen

De ANT geeft aan dat indien het voorstel voor het verschuiven van prothetische J-codes naar het P-hoofdstuk niet haalbaar is voor 2019, dan dient opgenomen te worden in de algemene bepalingen dat inclusief verdooving alleen voor de chirurgische codes (B I, B II, C, D en I) geldt en niet voor prothetische codes onder E t/m H.

Reactie NZa:

Het is voor de NZa niet geheel duidelijk wat de ANT hiermee bedoelt.

- Kan de ANT dit toelichten en motiveren?

Toevoegen prestatie 'Bepaling stabiliteit implantaat middels ISQ-meting.

De ANT stelt voor om een prestatie op te nemen voor 'Bepaling stabiliteit implantaat middels ISQ-meting met puntwaarde 1 en met sterretje.

Reactie NZa:

Deze handeling is nu onderdeel van de J-codes. In principe is ons uitgangspunt om niet voor elke methode een aparte prestatie op te nemen.

- Is dit een nieuwe methode?
- Hoe werd de stabiliteit hiervoor gemeten?
- Wat is de kostenonderbouwing?
- Wat vinden andere partijen hiervan?

Wijzigingsverzoeken NVOI**Verschuiving J naar P**

De NVOI heeft verzocht om de prothetische J-codes te verschuiven naar het P-hoofdstuk. Dit verzoek zou in samenspraak zijn met KNMT, ANT, NVvP en Academie Bin.

Reactie NZa:

De NZa heeft eerder aangegeven dat partijen met concrete voorstellen dienen te komen, voordat we een dergelijk verzoek kunnen beoordelen en kunnen voorleggen aan de andere partijen. Daar is op dit moment geen sprake van.

Verschuiving J44 (Plaatsen opbouw ten behoeve van implantaatkroon) naar een R-code

De NVOI heeft verzocht prestatie J44 te verschuiven naar het R-hoofdstuk. Dit verzoek zou in samenspraak zijn met KNMT, ANT, NVvP en Academie Bin.

Reactie NZa:

Onderbouwing van het verzoek ontbreekt.

- Herkennen partijen dit verzoek?
- Wat vinden andere partijen hiervan?
- Kunnen partijen hiervoor onderbouwing aanleveren?

Toevoegen sterretje bij prestatie J33 (Kosten implantaat)

De NVOI verzoekt 'het terugbrengen' van het sterretje bij verrichting J33. Dit verzoek zou in samenspraak zijn met KNMT, ANT, NVvP en Academie Bin. De reden van het voorstel: keuzevrijheid voor de patiënt en innovaties. Verrichting J33 zonder sterretje kan volgens de NVOI blijven bestaan voor de edentate onder- en bovenkaak i.h.k.v. bijzondere tandheelkunde.

Reactie NZa:

De NZa heeft de NVOI, maar ook andere partijen, aangegeven dat een gedifferentieerde prestatie en tarief J33 mogelijk zou zijn. Daarvoor is dan wel een handvat nodig. In het voorstel wordt niet ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot een richtlijn/zorgstandaard voor implantaten. Dit maakt dat er geen nieuwe informatie is met betrekking tot dit voorstel. De NZa agendeert dit dan ook niet voor het technisch overleg.

Wijzigingsverzoeken KNMT

Richtlijn tandheelkundig instrumentarium Invoering van de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

De KNMT geeft aan dat door zowel de vaststelling van de richtlijn infectiepreventie in mondzorgpraktijken (per mei 2020) als de invoering van de wet AVG kritisch gekeken moet worden naar de effecten hiervan op de tariefstelling.

Reactie NZa:

De NZa ontvangt doorgaans meer signalen omtrent de te lage tarieven en geen of weinig signalen omtrent de te hoge tarieven. Een kostenonderzoek brengt dergelijke ontwikkelingen echter in totaliteit in kaart.

Het herijken van de tarieven gebeurt gewoonlijk sectorbreed en zoveel mogelijk integraal. Basis voor een dergelijke herijking is een diepgaand onderzoek waarin alle ontwikkelingen (met betrekking tot kosten en omzet, etc.) in kaart worden gebracht. Daarmee voorkomen we dat tarieven aangepast worden op basis van veranderingen in onderdelen van de tariefopbouw, terwijl niet inzichtelijk is hoe zich dat verhoudt met andere ontwikkelingen (zijn sommige kosten lager geworden?, etc.). Deze werkwijze wordt onderstreept door het uitgangspunt dat de tarieven tezamen gemiddeld kostendekkend dienen te zijn. Door middel van een kostenonderzoek kunnen we dus ook de effecten van de wijziging van een richtlijn in de praktijk meten en dit *onderbouwd* en in *samenhang* met andere ontwikkelingen in de tarieven verdisconteren.

Plaatsen en verwijderen (draad)spalk

De KNMT geeft aan dat in de huidige verrichtingenlijst op meer plaatsten codes voor zowel het (opnieuw) aanbrengen als het verwijderen van een (draad)spalk staan. De KNMT pleit voor eenduidigheid in de omschrijving, waarbij de toepassing per element de voorkeur heeft.

Reactie NZa:

De volgende prestaties zijn opgenomen met betrekking tot het plaatsen, vastzetten en het verwijderen van spalken.

Code	Prestatie	Tarief	
E43 *	Vastzetten element d.m.v. een spalk na tandheelkundig ongeval	€ 22,10	<i>Per element</i>

E44	Verwijderen spalk, per element	€ 5,53	Per element
G62 *	Occlusale spalk	€ 149,19	Per spalk
G63 *	Repositiespalk	€ 221,03	Per spalk
G64	Controlebezoek spalk inclusief kleine correcties	€ 27,63	Per consult
G68 *	Reparatie occlusale- of repositiespalk, met afdruk	€ 44,21	Per spalk
T95 *	(Draad)Spalk	€ 22,10	Per verbinding

Pagina
10 van 1525

De NZa staat open voor het verduidelijken van deze prestaties.

- Kunnen partijen een concreet voorstel doen ter aanpassing en verduidelijking van deze prestatiecodes?

V40/M30/M10

De KNMT, ANT, NVM en NVIJ stellen voor om prestatie V40 te splitsen in het polijsten, beslijpen en bijwerken van bestaande vullingen (per element) én het behandelen van gevoelige tandhalzen en toedienen van een medicament.

V40 Het polijsten, beslijpen en bijwerken van oude vullingen

Per element. Polijsten van amalgaam vullingen slechts in rekening te brengen bij nog niet eerder gepolijste vullingen.

M30 Behandeling van gevoelige tandhalzen en (preventief) toedienen medicament.

Behandeling van gevoelige tandhalzen of het preventief toedienen van een medicament zoals bijvoorbeeld fluoride- of chloorhexidineproducten/preparaten, per element.

Om gepast gebruik van deze code te bevorderen denken we aan een maximering van het aantal te declareren elementen per zitting, maar vragen ons af in hoeverre de Wmg toestaat om via de beleidsregels of tariefbeschikkingen maximeringen in te voeren. Dit ook in relatie tot de nu in de huidige omschrijving van code V40 opgenomen maximering. Indien de Wmg dit niet toestaat wisselen wij graag van gedachten hoe we kunnen bevorderen dat van deze code gepast gebruik wordt gemaakt.

Reactie NZa:

- Klopt het dat M30 een zelfstandige prestatie is en dus niet gedeclareerd kan worden ten behoeve van bijvoorbeeld R24 of vullingen?
- Kunnen we dit ook opnemen bij deze nieuwe prestatie?
- Zijn andere partijen het hiermee eens?

Met opmerkingen [REDACTED]: Lijkt mij een prima voorstel

Tijdens het TO hebben we echter ook gesproken over het samenvoegen van prestatie M10 en M20. Hiervoor zou het tarief van M10 (€ 27,63) worden gehanteerd en de prestatieomschrijvingen worden samengevoegd. Wij stellen voor om deze verrichting per kaak declarabel te maken. Het onderstaande tarief is daarom de helft van het tarief van prestatie M10.

M40) Fluoridebehandeling € 13,82

Per kaak. Inclusief voorafgaande mondreiniging. Tevens bedoeld voor applicatie met chloorhexidine.

- Hoe staan partijen tegenover deze aanpassing?

Tijdens het TO hebben wij aangegeven dat prestatie V40 één keer per element in rekening gebracht kan worden. Bij het splitsen van V40 in meerdere codes wordt declaratie van deze codes bij één element mogelijk.

- Is dit wenselijk of moet deze combinatie in de regelgeving worden dichtgezet?

Pagina
11 van

Met opmerkingen [REDACTED]: Niet dichtzetten

Het klopt dat de NZa niet de bevoegdheid heeft het aantal behandelingen in onze regelgeving te maximaleren. Een prestatie kan echter wel gemaximeerd worden als een andere prestatie de ruimte biedt voor behandeling boven het gestelde maximum. Een andere plek waarin dit vormgegeven zou kunnen worden is een richtlijn.

- Hebben partijen andere ideeën hoe het gepast gebruik van de code kan worden bevorderd?
- Als M30 gemaximeerd wordt voor vijf elementen, welke andere prestatie biedt dan ruimte voor behandeling vanaf vijf elementen?

Met opmerkingen [REDACTED]: De M40?

J01 (Initieel onderzoek implantologie) / J02 (Verlengd onderzoek implantologie)

De KNMT stelt voor om te benadrukken dat code J02 kan worden gedeclareerd door de zorgverlener die ook de implantologische behandeling uitvoert, maar niet zelf ook code J01 heeft uitgevoerd. Soms worden beide onderzoeken niet door dezelfde zorgverlener uitgevoerd, reden waarom zorgverzekeraars een declaratie van J02 afwijzen. De KNMT kan zich niet voorstellen dat zorgverzekeraars niet kunnen zien dat er bij één patiënt reeds eerder code J01 in rekening is gebracht.

Reactie NZa:

In de regelgeving wordt momenteel niet gesteld dat prestatie J01 en J02 door dezelfde zorgverlener geleverd moeten worden. Wel wordt gesteld dat J02 door dezelfde zorgverlener moet worden uitgevoerd als de implantologische behandeling en uitsluitend in rekening kan worden gebracht als J01 hier aan vooraf gaat.

Wij zijn van mening dat de regelgeving momenteel dus niet belemmert dat J01 en J02 door verschillende zorgverleners in rekening wordt gebracht. De NZa ziet dan ook geen aanleiding om dit in de regelgeving te verduidelijken. Als partijen behoefte hebben aan verduidelijking kan dit bijvoorbeeld op de NZa-website bij veelgestelde vragen worden verduidelijkt.

- Kan ZN aangeven hoe verzekeraars omgaan met dergelijke casussen?

E98 Materialen voor thuisbleken

De KNMT stelt voor om in de omschrijving van prestatie E98 de tekst "in combinatie met E97" te schrappen. Het is voor het leveren van materialen niet altijd nodig om ook de behandeling zoals opgenomen bij E97 uit te voeren.

Reactie NZa:

Als het bleken niet in combinatie met prestatie E97 gebeurt, dan hoeft dit niet middels onze tariefbeschikking in rekening gebracht te worden. Dit is vergelijkbaar met het verkopen van bijvoorbeeld tandenborstels. De NZa ziet dan ook geen aanleiding om hiervoor de regelgeving aan te passen.

C84 Voorbereiding behandeling onder algehele narcose

Bij de code C84 is in de omschrijving opgenomen dat deze verrichting bedoeld is voor de behandeling in een erkend ziekenhuis. Regelmatig worden ook behandelingen onder algehele anesthesie in de algemene praktijk uitgevoerd en ook daarbij is de nodige organisatie noodzakelijk. De KNMT stelt daarom voor bij de omschrijving bij code C84 "in een erkend ziekenhuis" te schrappen.

Met opmerkingen [REDACTED]: A20 is de anesthesie-behandeling zelf, C84 de voorbereiding daarop.. Beide kunnen buiten de muren van een ziekenhuis plaatsvinden als aan de voorwaarden daarvoor is voldaan.

Reactie NZa:

Middels deze prestatie kan de mondzorgaanbieder de aanvullende kosten die gepaard gaan met de behandeling onder narcose tegen kostprijs in rekening brengen. Prestatie C84 is specifiek bedoeld voor de *organisatie* van narcose *buiten* de praktijk.

- Kan de KNMT aangeven waarom in de omschreven situatie prestatie A20 niet passend is?
- Als A20 hiervoor aangewezen is, kan prestatie C84 dan niet worden verwijderd?

C11 en nazorg parodontologie

C11 kan in combinatie worden gedeclareerd met de parodontale nazorg indien de nazorg wordt uitgevoerd door een andere zorgverlener. Op een declaratie is dit moeilijk aan te geven, omdat niet alle zorgverleners een eigen AGB-code (kunnen) hebben.

De KNMT stelt voor om de combinatie als declaratie niet kan worden afgewezen en dat de zorgverlener in zijn eigen administratie moet kunnen aantonen dat er sprake is van twee zorgverleners.

Reactie NZa:

In principe wordt in de regelgeving niet gesteld dat op de declaratie zichtbaar moet zijn dat C11 is geleverd door een andere zorgverlener dan T41 tot en met T44. Een zorgaanbieder moet dit echter wel registreren zoals in de administratievoorschriften in de Regeling mondzorg staat beschreven. Hier moet de zorgaanbieder inzicht in kunnen geven bij controle van een zorgverzekeraar.

- Wat stelt de KNMT hier concreet als wijzigingsverzoek voor?

H-codes

Bij de wijzigingen per 2013 in het H-hoofdstuk is opgenomen dat code H21, kostprijs hechtmaterialen, extra in rekening kan worden gebracht bij de H-codes, met uitzondering van de toen nieuw ingevoerde codes H11 en H16. Bij die andere H-codes is in de omschrijving opgenomen inclusief hechtingen. Dit kan leiden tot verwarring in combinatie met de code H21. Daarom stelt de KNMT voor om inclusief hechtingen te vervangen door inclusief hechten.

Reactie NZa:

De NZa staat open voor deze verduidelijking.

- Hoe staan partijen tegenover deze aanpassing?

Met opmerkingen [REDACTED]: akkoord

P-codes

In het P-hoofdstuk is een aantal codes opgenomen die extra kunnen worden berekend bij een volledig kunstgebit. Echter, een aantal van die codes is ook van toepassing op het vervaardigen van een gedeeltelijk kunstgebit.

Het voorstel van de KNMT is dan ook om deze codes ook van toepassing te laten zijn bij het vervaardigen van gedeeltelijke en frame kunstgebitten.

Reactie NZa:

Uit het voorstel van de KNMT blijkt niet waarom de extra codes die berekend kunnen worden bij een volledig kunstgebit ook van toepassing moeten zijn bij een partiële of frame prothese.

- Kunnen partijen onderbouwen waarom deze codes ook van toepassing kunnen zijn bij gedeeltelijke of frame kunstgebitten?
- Hoe worden de toeslagen nu in rekening gebracht?
- Hoe zit dit in het geval van combinaties met J50, J51 en J52?

Wijzigingsverzoeken ONT

P60 Uitgebreid onderzoek naar functioneren van het bestaande kunstgebit

Een vraag hierbij kan zijn of deze prestatie ook berekend mag worden als er bijvoorbeeld binnen twee maanden besloten wordt tot het maken van een nieuwe prothese?

Reactie NZa:

Nee dit kan niet. Per 2018 is aan de omschrijving van prestatie P60 toegevoegd dat deze niet binnen drie maanden in combinatie met een nieuwe prothese in rekening kan worden gebracht.

P65 Planmatig inslijpen van het bestaande kunstgebit

Kan dit alleen berekend worden bij een prothese die niet is geplaatst door dezelfde behandelaar?

Reactie NZa:

Deze bepaling is niet in de regelgeving opgenomen.

P27 Reoccluderen

Kan alleen berekend worden als de behandelaar deze handeling ook uitvoert. Reoccluderen wordt eigenlijk altijd al in de techniek fase gedaan en daar ook berekend door het tandtechnisch laboratorium.

Reactie NZa:

Voor alle prestaties geldt dat deze in rekening gebracht mogen worden als de omschreven zorg ook daadwerkelijk is geleverd.

- Bedoelt de ONT hiermee dat deze prestatie verwijderd kan worden? Hoe staan andere partijen tegenover het verwijderen van deze prestatie?
- Komt het nooit voor dat een tandarts dit zelf doet?

P28 Naregistratie en remounten

Kan voorkomen, maar zou niet berekend mogen worden als herstel van een fout bepaalde beetrelatie.

Reactie NZa:

- Stelt de ONT voor om aan de omschrijving van P28 toe te voegen dat deze prestatie niet is bedoeld voor herstel van een fout bepaalde beetrelatie?
- Hoe zien andere partijen dit?

P38, P39, P41, P42, P43

Van de codes P38 (Toeslag voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur), P39 (Toeslag voor bepaling neutrale zone), P41 (Toeslag voor relinen van alginaatafdruk), P42 (Toeslag voor specifieke A-zone-bepaling), P43 (Toeslag voor extra beetbepaling met waswallen), zou men zich kunnen afvragen of deze nog wel bestaansrecht hebben. Deze codes hebben hun historie uit de tijd dat er nog protheses gemaakt werden zonder individuele afdrucken.

Reactie NZa:

Indien deze prestaties niet meer dienen te worden gebruikt door het gebruik van individuele afdrucken, is de NZa voornemens om deze prestaties te verwijderen.

- Hoe staan andere partijen tegenover het verwijderen van deze prestaties?

- Zijn er situaties denkbaar waar deze prestaties wel voor van toepassing dienen te zijn?

Onduidelijkheid bij de code J70 (Opvullen zonder staafdemonstratie)

Meestal zullen bij een rebaseing de matrixen in de prothese vernieuwd worden. Echter sommige verzekeraars willen dat als de matrix in de prothese vervangen wordt dat er dan naast de J70 ook de code J74 (Reparatie zonder staafdemonstratie) berekend wordt. Naar onze mening geen juiste toepassing van deze code.

Reactie NZa:

Ook de NZa ontvangt vaker vragen over de toepassing van prestatie J70 tot en met J74.

- Kunnen partijen een voorstel doen om de declaratie van deze prestaties te verduidelijken?

Vervangen van een abutment

Na een aantal jaren kan het voorkomen dat een abutment versleten is bijvoorbeeld bij ball abutments of Locaters. Veelal wordt daar nu de code J74 voor gebruikt, maar gezien de omschrijving zou dit niet geheel correct zijn.

Reactie NZa:

De NZa staat ervoor open om dit in de regelgeving te verduidelijken. Wellicht dat dit meegenomen kan worden bij de verduidelijking van prestaties J70 tot en met J74.

- Kunnen partijen een concreet voorstel voor een nieuwe prestatie doen?

Actiepunten NZa uit TO

P65 (Planmatig inslijpen van het bestaande kunstgebit) onder nazorg

Tijdens het vorige TO zijn we tot de conclusie gekomen dat prestatie P65 nazorg betreft. Wij stellen voor om dit als volgt in de prestatie te verduidelijken. Prestatie P65 zal ook in de algemene bepalingen worden toegevoegd aan het rijtje P-codes die niet binnen twee maanden na plaatsing in rekening kunnen worden gebracht.

P65 Planmatig inslijpen van bestaand kunstgebit

Niet in rekening te brengen binnen twee maanden na plaatsing van het kunstgebit.

- Kunnen partijen zich vinden in het voorstel?

Algemene bepalingen J15/J16/J17

Voorgenomen wijziging regelgeving 2019

Prestatie J27 is per 2018 mogelijk in combinatie met prestaties J15, J17 en J18.

In de algemene bepalingen van de Beleidsregel Tandheelkundige zorg BR/REG-18113 (beleidsregel) is dit niet goed doorgevoerd. In de prestatieomschrijving staat het wel goed.

De NZa is voornemens om dit bij de eerstvolgende wijziging van de regelgeving aan te passen. Dit geldt ook voor prestaties J15/J16 in combinatie met prestatie J80.

Tijdens het TO heeft de ANT aangegeven dat de combinatie van prestaties J27 en J16 ook mogelijk moet zijn.

- Kunnen partijen dit verzoek opnemen en verwerken bij het verzoek van ZN (J27)? Houd hier dan ook rekening met het feit dat J16 alleen bij verbreding van een *tweede* kaakhelft mogelijk kan zijn.
- Hoe zien andere partijen dit?

Maken en beoordelen foto's in losse prestaties

In het TO heeft de NZa benadrukt dat de prestaties X10, X21, X22 en X24 nu bedoeld zijn voor zowel het maken als het beoordelen van de foto. Partijen gaven aan dat dit voor onduidelijkheid kan zorgen, omdat het kan voorkomen dat een zorgverlener de foto alleen beoordeelt. De ONT stelde tijdens het TO voor om een code te maken voor het maken en beoordelen van de foto en het beoordelen van de foto.

De NZa stelt voor om dit, met als voorbeeld X10, als volgt in te richten.
X10 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto

X11 Beoordelen kleine röntgenfoto

Kan niet door dezelfde mondzorgaanbieder (praktijk) als X10 in rekening worden gebracht.

- Hebben partijen aanvullingen op bovenstaand voorstel?
- Welk puntenaantal is hiervoor geschikt? Kan de ONT hier een onderbouwing voor geven?
- Hoe lang duurt het beoordelen van een foto doorgaans?

Met opmerkingen [REDACTED]: akkoord; geen aanvullingen

P37 Frontopstelling in aparte zitting

Prestatie P37 is extra te berekenen bij een volledig kunstgebit. Tijdens het TO hebben we besproken of deze prestatie ook bij partiële prothesen van toepassing kan zijn. De ONT en ZN vinden dit niet wenselijk (risico op upcoding), terwijl de KNMT en de ANT stellen dat dit wel mogelijk kan zijn. De ANT stelt dat dit controleerbaar is omdat P37 in een aparte zitting wordt uitgevoerd; de patiënt moet hier dus nogmaals voor naar de praktijk komen.

De NZa staat open voor het eventueel mogelijk maken van P37 bij partiële prothesen. Wel moet dan in de regelgeving worden verduidelijkt in welke gevallen dit mogelijk is en duidelijker worden weergegeven dat de patiënt hier nogmaals voor naar de praktijk komt.

- Kunnen partijen een concreet voorstel voor verduidelijking van de prestatie doen?

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 8 januari 2018 13:23
Aan: [redacted]@tandarts.nl; [redacted]@ant-tandartsen.nl; [redacted]@planet.nl;
 [redacted]@consumentenbond.nl; [redacted]@knmt.nl;
 [redacted]@gmail.com; [redacted]@jtv-mondzorg.nl; [redacted]@tand-
 wiel.nl; [redacted]@mondhygienisten.nl;
 [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]@casema.nl;
 [redacted]@ont.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted]@zn.nl;
 [redacted]@ant-tandartsen.nl
CC: [redacted]
Onderwerp: Planning + indienen wijzigingsverzoeken tm 12 januari

Geachte leden van het technisch overleg Tandheelkundige zorg,

Graag herinner ik jullie aan onderstaande e-mail, waarin we verzoeken om nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken uiterlijk aanstaande vrijdag 12 januari aan ons kenbaar te maken.

De volgende TO's zijn gepland op:

Woensdag 7 maart 2018 van 09.30 uur tot 11.00 uur; en
Woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.00 uur.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld voor de TO's dan verneem ik dit graag per e-mail: [redacted]@nza.nl. Indien uw kenteken nog niet bij ons bekend is of onlangs gewijzigd is, geef dit dan door i.v.m. toegang tot ons parkeerdek.

Met vriendelijke groet,

[redacted]



[redacted]
 medewerker beleidsvoorbereiding directie Regulering

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Bij de NZa geldt een legitimatieplicht. Wij verzoeken u vriendelijk uw legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort, identiteitskaart of Rijkspas) mee te nemen en deze te tonen zodra u zich meldt bij de receptie.

Komt u met de auto naar de NZa? Geef dan uw kenteken door voor toegang tot ons parkeerterrein.

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 6 december 2017 8:27
Aan: [redacted]@tandarts.nl; [redacted]@ant-tandartsen.nl; [redacted]@planet.nl; [redacted]@consumentenbond.nl;
 [redacted]@knmt.nl; [redacted]@gmail.com; [redacted]@jtv-mondzorg.nl; [redacted]@tand-wiel.nl;
 [redacted]@mondhygienisten.nl; [redacted]@patientenfederatie.nl;
 [redacted]@casema.nl; [redacted]@ont.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted]@zn.nl

CC: [REDACTED]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 22 november 2017

Geachte leden van het technisch overleg Tandheelkundige zorg,

In de bijlage treft u het concept-verslag aan.

We verzoeken u vriendelijk om uw reactie uiterlijk vrijdag 15 december 2017 per e-mail kenbaar te maken. U kunt mailen naar: [REDACTED]@nza.nl.
Het verslag wordt vervolgens in het komende technisch overleg (TO) vastgesteld.

Planning

De planning voor de komende periode (begin 2018) is:
12 januari indienen nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken (acties TO)
7 maart TO
28 maart deadline indienen nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken
18 april TO
9 mei consultatie concept regelgeving
25 mei deadline reacties consultatie concept regelgeving

TO's

De volgende TO's zijn gepland op:

- **Woensdag 7 maart 2018 van 09.30 uur tot 11.00 uur; en**
- **Woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.00 uur.**

Vriendelijk verzoek aan u om deze data te reserveren in uw agenda en u aan te melden per e-mail: [REDACTED]@nza.nl. Indien uw kenteken nog niet bij ons bekend is of onlangs gewijzigd is, geef dit dan door i.v.m. toegang tot ons parkeerdek.

Acties

Acties uit het TO zijn (zie ook het verslag):

- Voorstel expertteam (actie partijen);
- Voorstel onderbouwing declareren e-mailconsult (actie partijen);
- Voorgenomen besluit P37 Frontopstelling in aparte zitting (actie NZa);
- Voorstel code vastzetten spalk (actie partijen);
- Indien nodig neemt NZa contact op met ANT over J27 en J16;
- Voorstel J26 (Actie ZN);
- Aanvullingen op de agenda van het TO schriftelijk indienen bij de NZa als wijzigingsverzoeken (actie ZN en NVM);
- Vraag aan NZa over declaratie van een bepaalde behandeling verduidelijken (actie ANT);
- De KNMT stuurt voorbeelden van mogelijk onvolledige antwoorden vanuit de NZa. (actie KNMT);
- Voorstel code voor het maken en beoordelen van de foto en het beoordelen van de foto (actie NZa).

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]



[REDACTED]
medewerker beleidsvoorbereiding directie Regulering

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Bij de NZa geldt een legitimatieplicht. Wij verzoeken u vriendelijk uw legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort, identiteitskaart of Rijkspas)

[Paginanummer]

mee te nemen en deze te tonen zodra u zich meldt bij de receptie.
Komt u met de auto naar de NZa? Geef dan uw kenteken door voor toegang tot ons parkeerterrein.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 24 januari 2018 09:55
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: 0258438 - mondzorg - nieuwe mailwisselingen
Bijlagen: Wijzigingsverzoek prestatiecodes mondzorg voor de jeugd (844209).docx

Hoi [REDACTED]

Welk bestand wil je onder wijzigingsverzoeken tandheerkunde hebben? Is dat deze bijlage?
Dan zal ik daar het zaaknummer in vermelden met een link, zodat je op basis van dit document dan terug kunt zoeken in CRM.

Groet,
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 24 januari 2018 8:54
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: 0258438 - mondzorg - nieuwe mailwisselingen

Wil jij deze op kenza zetten bij de wijzigingsverzoeken tandheerkunde?

Dank!
Groet,



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | **E:** info@nza.nl | **W:** www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 23 januari 2018 11:26
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: 0258438 - mondzorg - nieuwe mailwisselingen

0258438

<<http://nza-crmcl01p.nza.local/NZa/main.aspx?etc=10087&extrags=formid%3dc519d26b-33ec-42ec-bce4-44b10b9c3043&id=%7bECDE707D-BF9D-E711-8FE0-005056BC1220%7d&pagetype=entityrecord>>

Ad M01) Preventieve voorlichting en/of instructie, per vijf minuten

Het geven van voorlichting of instructie, toegesneden op de desbetreffende patiënt. Voorbeelden hiervan zijn het kleuren van de plaque, het vastleggen van de plaquescore, het geven van voedingsadviezen, het afnemen van een voedingsanamnese en het geven van voorlichting over het afleren van (een) negatieve gewoonte(s), alsmede maken, vastleggen en analyseren van QLF-opnamen in combinatie met het bespreken hiervan met de patiënt of diens ouder(s)/verzorgers(s). De prestatie wordt uitsluitend naar evenredigheid van de werkelijke (directe) behandelingsduur voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd. Deze prestatie kan in combinatie met C11 worden gedeclareerd, mits de preventieve voorlichting/instructie meer dan vijf minuten in beslag heeft genomen.

Ad M02) Consult voor evaluatie van preventie, per vijf minuten

De prestatie omvat het (weer) kleuren van plaque, het (weer) vastleggen van de plaquescore en het bijsturen van de (begeleiders van) de patiënt in eerdere instructies. De prestatie wordt uitsluitend naar evenredigheid van de werkelijke behandelingsduur voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd.

Ad M05) Beslijpen en/of behandelen melkelement Niet-restauratieve behandeling melkgebit. Hiertoe worden gerekend Non-Restorative Cavity Treatment (NRCT, zie richtlijn mondzorg jeugd) en Ultra Conservative Treatment (UCT, hierbij wordt gebruikt gemaakt van handinstrumenten om een cariëslaesie te openen).

Het beslijpen of toegankelijk maken (slicen) van het gaatje in een element (caviteit), het behandelen van het carieuze dentine (tandbeen) met cariëskonserverende middelen en/of het aanbrengen van een bescherm laag, het fluorideren van het melkelement en het vastleggen (verslaggeving en fotografie) en monitoren van de cariëslaesie. Deze prestatie is bedoeld als preventieve maatregel, ter voorkoming van verdere voortschrijding van het carieuze proces (gaatje). Deze prestatie is inclusief de communicatie met of voorlichting van de ouders.

De prestatie wordt uitsluitend naar evenredigheid van de werkelijke (directe) behandelingsduur voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd. Voor het aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariëactiviteit te remmen zie M30.

Ad M10) Fluoridebehandeling methode I

De onder- en bovenkaak worden afzonderlijk behandeld (indien slechts één kaak: helft van het tarief).

Inclusief voorafgaande mondreiniging. Tevens bedoeld voor applicatie met chloorhexidine.

Ad M20) Fluoridebehandeling methode II

Onder- en bovenkaak worden gelijktijdig behandeld

Inclusief voorafgaande mondreiniging. Tevens bedoeld voor applicatie met chloorhexidine.

Ad M30) aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariëactiviteit te remmen per zitting (maximaal 4x per jaar).

Ad A20) Behandeling onder algehele anesthesienarcose

Als tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie (in narcose) (anesthesie) worden uitgevoerd, maakt de mondzorgaanbieder hiervoor aanvullende kosten (bijvoorbeeld de inhuur van een anesthesioloog die de patiënt door middel van algehele narcoseanesthesie onder verdoving brengt). Met deze prestatie kunnen die kosten in rekening worden gebracht. De prestatie is inclusief het geven van voorlichting aan de patiënt over de (beperkte noodzaak tot) algehele narcoseanesthesie, de bespreking van de risico's, de bespreking van kindvriendelijke innovaties ter beperking van de behandelduur, en het uitvoeren van het noodzakelijke medische onderzoek. De tandheelkundige behandeling zelf kan niet in rekening worden gebracht met de prestatie verdoving door middel van algehele narcose (A20); hiervoor dienen de uitgevoerde prestaties uit deze prestatielijst in rekening te worden gebracht.

Voor de restauratieve behandeling van het melkgebit onder algehele anesthesie gelden beperkingen. De behandeling betreft uitsluitend de melkkiezen, waardoor behandeling onder algehele anesthesie beperkt kan blijven tot maximaal 60 minuten. Door ontwikkelingen in de kindvriendelijke behandeling en de Cariologie (NRC, Hall-techniek, ART en indirecte overkapping) is de indicatie 'behandeling onder algehele anesthesie' beperkt in aantal en/of behandelduur. Daardoor komen extracties en slechts beperkt traditionele restauraties in aanmerking voor behandeling onder algehele anesthesie. Endodontische behandelingen in melkkiezen zijn zelden geïndiceerd, ongeveer 5% van de diepe cariëslaesies (richtlijn mondzorg jeugd).

Ad R29) Confectiekroon

Bedoeld als definitief geplaatste confectiekroon.

Met opmaak: Lettertype: Verdana

Met opmerkingen []: Het verdient aanbeveling om de terminologie en de omschrijving van de behandeling uit de richtlijn aan te houden.

Met opmerkingen []: Essentieel voor feedback!

Met opmerkingen []: Dit betreft o.a. zilverdiaminefluoride of nanozilverfluoride

Met opmaak: Lettertype: 9 pt

Met opmaak: Lettertype: 9 pt

Met opmerkingen []: Het is of algehele anesthesie of narcose. Algehele narcose is een contaminatie, want partiële narcose bestaat niet.

Met opmaak: Lettertype: 9 pt

Met opmaak: Lettertype: 9 pt

Met opmerkingen []: Restauratieve behandeling van frontmelkelementen is zelden nodig en kan prima plaatsvinden met adhesieve materialen (geen kronen) zonder dat hier enige vorm van anesthesie voor nodig is. De indicatie is uitsluitend gebaseerd op de wens van het kind met als voorwaarde dat de mondverzorging op orde is.

Voor melkelementen zijn de materiaalkosten inclusief. Voor blijvende elementen dienen de materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Met opmerkingen []: Dit om het maken van confectiekronen in het melkfront (onzinnige zorg, zie mijn publicaties) te ontmoedigen.

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 3 april 2018 10:12
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Berekenen 'kostengevolgen' wijziging J-codes

Herberekening:
(nu zijn alle aantallen als prestatie aantallen gerekend, aangezien J21 en J22 in 2016 geen sterretje meer hadden)

AGB_behandelaar: 18,498 □◎ 18,50
AGB_praktijk: 18,503 □◎ 18,554 □◎ 18,55

Ik denk wel dat het nog goed is als mijn berekeningen sowieso nog gecheckt worden door iemand anders ☺

Groet [REDACTED]



Beleidsmedewerker Terstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 3 april 2018 9:01
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Berekenen 'kostengevolgen' wijziging J-codes

Hi,
Ik heb berekend wat het gewogen puntenaantal zou moeten worden als je J21 en J22 samenvoegt.
Op basis van AGB_behandelaar zou dit zijn: 18,43 punten
Op basis van AGB_praktijken zou dit zijn: 18,50 punten.

AGB_behandelaar heeft veel meer waarnemingen dus is mogelijk iets representatiever. AGB_behandelaar is in dit geval gewoon de declarant. Terwijl voor praktijkniveau een koppeling gezocht is tussen declarant en in welke praktijk deze werkzaam is. Niet iedereen is te koppelen, waardoor veel waarnemingen wegvallen (meer dan de helft: 50,8 duizend t.o.v. 111,6 duizend).

Groet [REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 21 maart 2018 15:50
Aan: [REDACTED]

CC: ██████████

Onderwerp: Berekenen 'kostengevolgen' wijziging J-codes

Hee ████████

██████ en ik vroegen ons af of we nog iets moeten doen met onderstaande actie. Er staat dat wij gaan berekenen wat de kostengevolgen zullen zijn. Is dit nog steeds onze intentie en zo ja, hoe gaan we dit doen?

<http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/Concept%20verslag%20TO%20Tandheelkundige%20zorg%2007-03-2018.docx>

1. J27 Vervangen implantaat (ZN)

ZN geeft aan dat het vervangen van implantaten steeds vaker voorkomt. Voor het vervangen van het tweede en volgende implantaat wordt ook de code J27 (Vervangen implantaat) gebruikt, terwijl het tarief gelijk is aan de J20 (Plaatsen eerste implantaat per kaak). Kortom vier implantaten vervangen staat gelijk aan vier keer een eerste implantaat (J20) plaatsen.

Naar analogie van de kaakchirurgische prestaties pleit ZN voor plaatsen eerste implantaat per kaak (J20), plaatsen elke volgende implantaat per kaak (samenvoegen J21 en J22), vervangen eerste implantaat per kaak (J27) en vervangen elk volgende implantaat per kaak (JXX).

De NZa staat positief tegenover het voorstel van ZN.

Zijn er meerkosten voor het plaatsen van een tweede implantaat in een andere wond? De ANT bevestigt dat dit meer tijd kost en complexer is.

Indien J21 (€77,29) en J22 (€108,40) worden samengevoegd, welk tarief zou hierbij dan passend zijn? Hoe staan andere partijen tegenover dit voorstel?

De KNMT merkt op, dat het onderscheid tussen J21 en J22 dan ook geldt bij J27.

De KNMT vraagt of er ook gekeken kan worden hoe vaak het voorkomt dat J27 meer dan één keer wordt uitgevoerd bij één patiënt. Om die gevallen gaat het namelijk.

Volgens ZN is dit beeld vertroebeld, omdat hiervoor ook J20 en J21 in plaats van J27 worden aangevraagd. ZN probeert zoveel mogelijk te sturen naar J27, zodat in de historie zichtbaar is dat het om een vervanging gaat. ZN pleit voor behoud van J27. Dit geeft inzicht in het onderscheid tussen het vervaardigen van een nieuw implantaat en het vervangen van een implantaat.

Partijen komen tot de conclusie dat J27 het vervangen van het eerste implantaat blijft met het tarief van J20 en dat prestatie J28 wordt toegevoegd voor het vervangen van elk volgende implantaat met het tarief van J21/J22. **De NZa neemt dit in overweging en zal berekenen wat de kostengevolgen zijn. Actie NZa.**

Van: [redacted]@tandarts.nl>
Verzonden: zaterdag 13 januari 2018 14:50
Aan: [redacted]
CC: [redacted]@zn.nl; [redacted]@ont.nl;
 [redacted]@consumentenbond.nl; [redacted]@mordhygienisten.nl; [redacted]
 [redacted]@jtv-mondzorg.nl; [redacted]@patientenfederatie.nl;
 [redacted]@zn.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted]@casema.nl;
 [redacted]@gmail.com; [redacted]@ant-tandartsen.nl;
 [redacted]@planet.nl; [redacted]@ant-tandartsen.nl; [redacted].nl;
 [redacted]@tand-wiel.nl
Onderwerp: Re: Betr: Planning + indienen wijzigingsverzoeken tm 12 januari
Bijlagen: Wijzigingsvoorstellen 2019 ANT - 11 januari.pdf

Beste allen,

Dit zijn de wijzigingsvoorstellen die de ANT gisteren naar de NZa heeft gestuurd.
Bij deze dan ook met de hele werkgroep gedeeld.

Met vriendelijk groet,

[redacted]

Op 12 jan. 2018, om 16:23 heeft [redacted]@knmt.nl het volgende geschreven:

Beste [redacted]

Bijgaande de eerste ronde wijzigingsvoorstellen vanuit de KNMT voor de tariefbeschikking tandheelkunde..

Met vriendelijke groet,

[redacted]

(See attached file: Wijzigingsvoorstellen KNMT voor 2019.pdf)

Met vriendelijke groet,

[redacted]

T [redacted]
 E [redacted]@knmt.nl
 I www.knmt.nl

Volg ons op

" ---08-01-2018 13:23:01---Geachte leden van het technisch overleg Tandheelkundige zorg, Graag herinner ik jullie aan ondersta

Van: [redacted]@nza.nl
Aan: [redacted]@tandarts.nl, [redacted]@tandarts.nl, [redacted]@ant-tandartsen.nl, [redacted]@ant-tandartsen.nl, [redacted]@planet.nl, [redacted]@planet.nl, [redacted]@consumentenbond.nl, [redacted]@consumentenbond.nl, [redacted]@knmt.nl, [redacted]@knmt.nl, [redacted]@gmail.com, [redacted]@gmail.com, [redacted]@jtv-mondzorg.nl, [redacted]@jtv-mondzorg.nl, [redacted]@tand-wiel.nl, [redacted]@tand-wiel.nl, [redacted].nl, [redacted].nl, [redacted]@mondhygienisten.nl, [redacted]@mondhygienisten.nl, [redacted]@patientenfederatie.nl, [redacted]@patientenfederatie.nl, [redacted]@casema.nl, [redacted]@casema.nl, [redacted]@ont.nl, [redacted]@ont.nl, [redacted]@zn.nl, [redacted]@zn.nl, [redacted]@zn.nl, [redacted]@zn.nl, [redacted]@zn.nl, [redacted]@zn.nl, [redacted]@ant-tandartsen.nl, [redacted]@ant-tandartsen.nl
c.c. [redacted]@nza.nl, [redacted]@nza.nl, [redacted]@nza.nl
Datum: 08-01-2018 13:23
Onderwerp: Planning + indienen w izigingsverzoeken tm 12 januari

Geachte leden van het technisch overleg Tandheelkundige zorg,

Graag herinner ik jullie aan onderstaande e-mail, waarin we verzoeken om nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken uiterlijk aanstaande vrijdag 12 januari aan ons kenbaar te maken.

De volgende TO's zijn gepland op:

**Woensdag 7 maart 2018 van 09.30 uur tot 11.00 uur; en
Woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.00 uur.**

Indien u zich nog niet heeft aangemeld voor de TO's dan verneem ik dit graag per e-mail: [redacted]@nza.nl.

Indien uw kenteken nog niet bij ons bekend is of onlangs gewijzigd is, geef dit dan door i.v.m. toegang tot ons parkeerdek.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]
medewerker beleidsvoorbereiding directie Regulering

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | **E:** info@nza.nl | **W:** www.nza.nl

Bij de NZa geldt een legitimatieplicht. Wij verzoeken u vriendelijk uw legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort, identiteitskaart of Rijkspas) mee te nemen en deze te tonen zodra u zich meldt bij de receptie.

Komt u met de auto naar de NZa? Geef dan uw kenteken door

voor toegang tot ons parkeerterrein.

Van: [REDACTED]

Verzonden: woensdag 6 december 2017 8:27

Aan: [REDACTED]@tandarts.nl'; [REDACTED]@ant-tandartsen.nl'; [REDACTED]@planet.nl';
[REDACTED]@consumentenbond.nl'; [REDACTED]@knmt.nl';
[REDACTED]@gmail.com'; [REDACTED]@jtv-mondzorg.nl'; [REDACTED]@tand-
wiel.nl'; [REDACTED].nl'; [REDACTED]@mondhygienisten.nl';
[REDACTED]@patientenfederatie.nl'; [REDACTED]@casema.nl';
[REDACTED]@ont.nl'; [REDACTED]@zn.nl'; [REDACTED]@zn.nl'; [REDACTED]@zn.nl'

CC: [REDACTED]

Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 22 november 2017

Geachte leden van het technisch overleg Tandheelkundige zorg,

In de bijlage treft u het concept-verslag aan.

We verzoeken u vriendelijk om uw reactie uiterlijk vrijdag 15 december 2017 per e-mail kenbaar te maken. U kunt mailen naar:

[REDACTED]@nza.nl.

Het verslag wordt vervolgens in het komende technisch overleg (TO) vastgesteld.

Planning

De planning voor de komende periode (begin 2018) is:
12 januari indienen nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken (acties TO)
7 maart TO
28 maart deadline indienen nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken
18 april TO
9 mei consultatie concept regelgeving
25 mei deadline reacties consultatie concept regelgeving

TO's

De volgende TO's zijn gepland op:

- **Woensdag 7 maart 2018 van 09.30 uur tot 11.00 uur; en**
- **Woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.00 uur.**

Vriendelijk verzoek aan u om deze data te reserveren in uw agenda en u aan te melden per

e-mail: [REDACTED]@nza.nl. Indien uw kenteken nog niet bij ons bekend is of onlangs gewijzigd is, geef dit dan door i.v.m. toegang tot ons parkeerdek.

Acties

Acties uit het TO zijn (zie ook het verslag):

- Voorstel expertteam (actie partijen);
- Voorstel onderbouwing declareren e-mailconsult (actie partijen);
- Voorgenomen besluit P37 Frontopstelling in aparte zitting (actie NZa);
- Voorstel code vastzetten spalk (actie partijen);

- Indien nodig neemt NZa contact op met ANT over J27 en J16;
- Voorstel J26 (Actie ZN);
- Aanvullingen op de agenda van het TO schriftelijk indienen bij de NZa als wijzigingsverzoeken (actie ZN en NVM);
- Vraag aan NZa over declaratie van een bepaalde behandeling verduidelijken (actie ANT);
- De KNMT stuurt voorbeelden van mogelijk onvolledige antwoorden vanuit de NZa. (actie KNMT);
- Voorstel code voor het maken en beoordelen van de foto en het beoordelen van de foto (actie NZa).

Met vriendelijke groet,

[Redacted]

[Redacted]

medewerker beleidsvoorbereiding directie Regulering

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: (030) 296 81 11 | **E:** info@nza.nl | **W:** www.nza.nl

Bij de NZa geldt een legitimatieplicht. Wij verzoeken u vriendelijk uw legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort, identiteitskaart of Rijkspas) mee te nemen en deze te tonen zodra u zich meldt bij de receptie.

Komt u met de auto naar de NZa? Geef dan uw kenteken door voor toegang tot ons parkeerterrein.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

Disclaimer: Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Het bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten. Als u dit bericht per abuis heeft ontvangen, wordt u verzocht het te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken of aan derden te verspreiden en de afzender hierover te informeren.

Wijzigingsvoorstellen 2019 ANT

Hieronder zijn de wijzigingsvoorstellen van de ANT voor de tariefbeschikking van 2019 te vinden. De wijzigingsvoorstellen zijn gebaseerd op input van de achterban, het bestuur van de ANT en wetenschappelijke verenigingen.

Op dit moment zijn ze nog 'high level', na het bespreken van deze onderdelen kunnen de wijzigingen in korte tijd door ons omgezet worden in tekst voor de tariefbeschikking.

A hoofdstuk

- Nieuwe prestatie of toeslag voor gebruik computergestuurde anesthesie. Apparaten als de [Wand](#) of de Sleeper zijn relatief kostbaar en tijdsintensief, maar hebben als voordeel dat ze pijnloze en effectieve anesthesie mogelijk maken. (inbreng NVvK)

C hoofdstuk

- Bij C22, de mogelijkheid creëren dat aanvullend onderzoek ook kan bestaan uit het afnemen en bespreken van angstvragenlijsten, zoals de [CFSS-SD](#). (inbreng NVvK)

M hoofdstuk

- Toevoegen prestatie behandelen van gevoelige tandhalzen en preventief aanbrengen medicament. Gemaximeerd op de kosten van 5 elementen per zitting. (als besloten in het TO, uitwerking KNMT)
- M20 laten vervallen (M10 laten bestaan als fluoride applicatie met lepel).

V hoofdstuk

- Weghalen applicatie medicament bij V40. (als besloten in het TO, uitwerking KNMT)

R hoofdstuk

- Clusteren R80 en R85, behoud tarief R80 (onderdeel van vereenvoudigen beschikking)
- Verhuizen van J44 naar R.

G hoofdstuk

- Dit hoofdstuk is meer dan 30 jaar oud en voldoet niet meer aan de huidige wetenschap en stand der techniek voor het behandelen van orofaciale pijn en dysfunctie. Binnen de gestelde termijn was het niet mogelijk om samen met de NVGPT een voldoende uitgewerkt voorstel aan te leveren. Dit zal later dit jaar worden toegezonden voor implementatie in de tariefbeschikking van 2020.

H Hoofdstuk

- Prestaties H42 & H43 laten vervallen. Deze zijn al Lege Artis declarabel gemaakt met E31 t/m E34 (weghalen dubbeling)

P Hoofdstuk

- P45 noodkunstgebit naar onderdeel A volledig kunstgebit (correctie)
- Integreren prothetische J prestaties, bijv: P80 Boven- en onder klikgebit en P71. Opvullen klikgebit zonder staafdemontage etc. (Dit i.v.m de andere indexering en groepering in een kostenonderzoek van een implantologiepraktijk, waardoor gelijkwaardige prestaties steeds verder uit elkaar zullen gaan lopen.) (gelijk aan wens NVOI).

T Hoofdstuk

- Weghalen van 'bedoeld voor parodontale chirurgie bij T91 en T92'. (Prestatie moet zonder twijfel breder inzetbaar zijn voor patiënten die zich niet in het parotraject (onderdeel A) bevinden)
- Duidelijker maken dat in een groepspraktijk C11 gecombineerd kan worden met T codes indien de patiënt gezien is door verschillende behandelaars (inbreng KNMT)

J Hoofdstuk

- Toevoegen prestatie Bepaling stabiliteit implantaat middels ISQ meting. Puntwaarde 1, sterretje. De materiaalkosten van een single-use opzetstuk zijn tegen kostprijs door te berekenen. (Met behulp van [ISQ metingen](#) kunnen individueel beslissingen genomen worden over immmediaat belasten, 1 of 2-fase en de duur van de osseointegratieperiode.)
- Toevoegen sterretje aan J27 om single-use schroeven door te kunnen berekenen van implant removal kits (zoals besloten in het TO, inbreng NVvP)
- Corrigeren foutieve 'alleen in combinatie met' omschrijving J15, J16 bij de algemene bepalingen II-A onderdeel 2 van implantologie.
- Verschuiven prothetische J-codes naar P, m.u.v. J44 dat naar het R hoofdstuk gaat (zie argumentatie bij P)
- Indien verschuiven niet haalbaar is voor 2019 dan veranderen algemene bepaling dat inclusief verdoving alleen voor de chirurgische codes (B I, B II, C, D en I) geldt en niet voor prothetische codes onder E t/m H.

vereenvoudigen beschikking:

- Clusteren J30 en J31 met behoud van prijs J30.
- Clusteren J15 en J16 (is reeds dezelfde prijs)
- Clusteren J21 en J22 (geen onderscheid wond meer) (op basis van data kostprijsonderzoek of VEKTIS + Factoring)
- Clusteren J24 en J25 (geen onderscheid wond meer) (op basis van data kostprijsonderzoek of VEKTIS + Factoring)
- Clusteren J55 en J56 (alles boven 2, in 1 prestatie) (op basis van Vektis)
- Clusteren J58 en J59 (alles boven 2, in 1 prestatie) (op basis van Vektis)
- Clusteren J72 en J73 (alles boven 2, in 1 prestatie) (op basis van Vektis)
- Clusteren J76 en J77 (alles boven 2, in 1 prestatie) (op basis van Vektis)

Advies:

- De twee implantologie bepalingen in de beschikking zijn uitgebreid en hebben te veel overlap. Herstructureren en versimpelen is gewenst.
- Verduidelijken dat J01 en J02 door twee verschillende zorgaanbieders kunnen worden uitgevoerd (inbreng KNMT)

F orthodontische zorg

- Nieuwe code voor vastzetten orthodontische retentiespalk indien de orthodontische behandeling elders is uitgevoerd: naar analogie/tarief T95 (zoals besproken in TO)

Van: [REDACTED]@zinl.nl>
Verzonden: dinsdag 17 april 2018 15:00
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: beugelcategorie 0

Beste [REDACTED],

In uw notitie stelt u ons de vraag onder welke te verzekeren prestatie de myofunctionele trainer thuishoort.

Een myofunctionele trainer valt niet onder de te verzekeren prestatie mondzorg krachtens de Zorgverzekeringswet. Daarnaast vraagt u of er voldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor het gebruik van myofunctionele apparatuur in het kader van een orthodontische behandeling. Het Zorginstituut heeft tot op heden geen beoordeling gedaan over myofunctionele apparatuur en kan de vraag over wetenschappelijke onderbouwing van de toepassing van een myofunctionele trainer binnen de tandheelkundige zorg niet beantwoorden.

Verder vraagt u in uw notitie of myofunctionele apparatuur onder het werkgebied van de logopedist kan vallen. Deze beoordeling is aan de beroepsgroep (NVLf). Zij dient te beoordelen of, en te onderbouwen waarom, het tot haar deskundigheid behoort. Daarnaast moet de zorg, om te kunnen worden vergoed vanuit de basisverzekering, voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' ofwel de zorg moet 'bewezen effectief' zijn. Voor meer informatie hierover verwijst ik u naar onze website: [uitleg stand van de wetenschap en praktijk](#).

Als de beroepsgroep van mening is dat deze apparatuur behoort tot het werkgebied van de logopedist en het voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' maakt het onderdeel uit van het tarief van de logopedische behandeling.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Adviseur

.....
Geboortezorg, Mondzorg en Zintuigen

Sector Zorg

Zorginstituut Nederland

Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
T +31 [REDACTED]
F +31 (0)20 797 85 00

[REDACTED]@zinl.nl

<http://www.zorginstituutnederland.nl>

.....
Aanwezig op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

Van: [REDACTED]@nza.nl]
Verzonden: woensdag 4 april 2018 9:57

Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: beugelcategorie 0

Beste [REDACTED],

Wij willen jullie graag een vraag voorleggen met betrekking tot beugelcategorie 0, ofwel de myofunctionele apparatuur.

In de bijlage vinden jullie een korte notitie met onze vragen.

Wij horen graag van jullie.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 21 maart 2018 15:58
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: G67 & Botoxinjectie

Toegevoegd.

Daarnaast ook de discussie rond J08-J20 toegevoegd.
Zijn er nog andere punten die ik nu al kan toevoegen? Punten die nog ergens rondzweven?

Onduidelijkheid over combinatie J08 en J20 (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

[REDACTED]

met partijen te bespreken. [REDACTED]

Goed om dit



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Regulering

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 21 maart 2018 15:50
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: G67 & Botoxinjectie

Ha,

Hieronder nog een nieuw wijzigingsverzoek via [REDACTED].
Wil je deze nog in notitie tandheelkunde toevoegen?

Dank!



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 21 maart 2018 13:39
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: G67 & Botoxinjectie

Zoals net besproken, goed om mee te nemen in de lijst met verzoeken voor 2019?

Van: [REDACTED] [\[REDACTED\].org](mailto:[REDACTED].org)
Verzonden: woensdag 21 maart 2018 10:28
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED] [\[REDACTED\].com](mailto:[REDACTED].com)); [REDACTED] [\[REDACTED\]@knmt.nl](mailto:[REDACTED]@knmt.nl)
Onderwerp: G67 & Botoxinjectie

Geachte heer [REDACTED],

Tegenwoordig is het niet ongebruikelijk zelfs aan te bevelen om bij kaakgewrichtsklachten van veelal myogene aard, maar ook vanwege pathologisch/psychologisch overspannen van de mondspieren toe te passen:
G 67 Behandeling triggerpoint € 60,78 Bijvoorbeeld injectietechniek, inclusief onderzoek.

In de praktijk wordt daarvoor steeds meer gekozen voor de toepassing van Botox. Bij mij in de praktijk wordt dat steeds vaker succesvol toegepast. Patiënten melden spontaan verbeteringen en daarmee een verbetering van hun kwaliteit van leven. Veel patiënten komen na verloop van tijd spontaan terug voor een hernieuwde inspuiting.

Ik vraag u te onderzoeken de mogelijkheid om bij code G67 de materiaalkosten van de Botox te mogen door berekenen.

In de cc:

1. [REDACTED], die hier veel ervaring mee heeft en dit ook doceert.
2. [REDACTED] KNMT

Met vriendelijke groet,



[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 24 januari 2018 10:02
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: In antwoord op uw aanvraag voor informatie met zaaknummer 276808 CRM:06841809

Hoi [REDACTED],

Staat op Kenza en in het overzicht.

Groet,
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 24 januari 2018 8:55
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: In antwoord op uw aanvraag voor informatie met zaaknummer 276808 CRM:06841809

Ha [REDACTED],

Dit is ook nog een wijzigingsverzoek. Wil jij deze ook op kenza zetten en toevoegen aan het overzichtsdocus met alle wijzigingsverzoeken (ook die uit mn mailtje hiervoor van [REDACTED])

Dank!
Groet,



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | **E:** info@nza.nl | **W:** www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 23 januari 2018 14:17
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: In antwoord op uw aanvraag voor informatie met zaaknummer 276808 CRM:06841809

Verbetersuggestie voor jullie; zie zaak

0276808

<<http://nza-crmcl01p.nza.local/NZa/userdefined/edit.aspx?etc=10087&id=%7bC4799A07-3800-E811-9ECA-005056BC5E36%7d>>

Groet,
[REDACTED]

Sr. Voorlichter | Directie Informatie en Bedrijfsvoering (I&B)
Informatie- en Contactcentrum

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | M: [REDACTED] | E: [REDACTED] | W: www.nza.nl

Van: NZa, Info [<mailto:info@nza.nl>]
Verzonden: dinsdag 23 januari 2018 14:16
Aan: [REDACTED] (Mondzorg Molenbeecke Leudal)
Onderwerp: In antwoord op uw aanvraag voor informatie met zaaknummer 276808 CRM:06841809

Geachte mevrouw [REDACTED],

In uw e-mail van 23 januari 2018 geeft u een taalkundige verbetering aan in onze regelgeving om misverstanden te voorkomen.
Hartelijk dank voor uw oplettendheid. Ik zet uw suggestie door naar onze beleidsdirectie ter verbetering van onze regelgeving.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Heeft u nog vragen? Dan kunt u contact opnemen met mij of mijn collega's via onderstaand telefoonnummer of e-mailadres.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Informatie- en Contactcentrum

Nederlandse Zorgautoriteit
Telefoon: 088 770 8 770 (op werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur)
Website: www.nza.nl
E-mail: info@nza.nl

Wilt u op de hoogte blijven van het laatste NZa-nieuws?
Abonneer u dan op onze RSS-feed via www.nza.nl (onderaan de homepage vindt u het RSS-icoon)

Heeft u een melding voor de NZa? Raadpleeg het meldpunt op onze website www.nza.nl (bij: Heeft u een melding

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 26 april 2018 13:46
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: indexatie tandtechniek in eigen beheer

[REDACTED]
Ik heb de tarieven tandtechniek geïndexeerd naar niveau 2019. Kijken jullie in het kader van de 4-ogen-principe even of er geen fouten zijn gemaakt ?

<http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/Tandtechniek%20in%20eigen%20beheer%20tariefberekening.xlsx>

[REDACTED]



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg
Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 89 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 25 april 2018 11:03
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: indexatie tandtechniek in eigen beheer

Ha [REDACTED],

Via onderstaande link kom je in excelbestand met de tarieven tandtechniek in eigen beheer:

<http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/Tandtechniek%20in%20eigen%20beheer%20tariefberekening.xlsx>

De tarieven zijn in 2017 uitgevraagd en gaan per 1 jan 2019 in. Wil jij de tarieven in bovenstaand document indexeren?

Groet,

[REDACTED]

Van: [redacted]@zn.nl>
Verzonden: donderdag 11 januari 2018 12:38
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: J26

Beste [redacted]

Nog een aanvulling op mijn onderstaande mail van 7 december 2017 met betrekking tot de J26. Er staat nog een vraag open vanuit het veld om de kostprijs van de inzetstukken van een "Implant Removal Set" in rekening te mogen brengen bij het moeizaam verwijderen van een implantaat. Deze inzetstukken kunnen slechts 1 x gebruikt worden.

Het voorstel is om de kostprijs van deze inzetstukken in rekening te mogen brengen. Wij stellen voor om de kostprijs hiervan te laten vallen onder prestatiecode J07 waarbij er dan wel een aanpassing van de tekst behorende bij deze code moet komen.

Voorstel: J07 Toeslag kosten boren voor eenmalig gebruik of toeslag kosten inzetstukken van een "Implant Removal Set" voor eenmalig gebruik. Kunnen tegen kostprijs onder vermelding van het batchnummer in rekening worden gebracht. De boren kunnen alleen in rekening worden gebracht in combinatie met J11, J20, J27, J80 en de inzetstukken uitsluitend in combinatie met J26.

Met vriendelijke groet,



Zorgverzekeraars Nederland
 Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST

[redacted] [@zn.nl](mailto:[redacted]@zn.nl) | www.zn.nl

Aanwezig: donderdag

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 7 december 2017 14:56
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: J26

Beste [redacted]

Op het laatste TO Tandheelkundige zorg is er afgesproken dat ZN met een voorstel zou komen met betrekking tot de J26 (moeizaam verwijderen implantaat) en het eenvoudig verwijderen van een implantaat.

Ons voorstel is:

J26 Moeizaam verwijderen implantaat

Ad J26) Moeizaam verwijderen implantaat Als zelfstandige verrichting. Niet in rekening te brengen binnen twee maanden na plaatsing implantaat op dezelfde locatie. Inclusief hechten en wondtoilet. Voor het eenvoudig verwijderen van een implantaat kan de prestatie H11 worden gebruikt.

H11 Trekken tand of kies of het makkelijk verwijderen van een implantaat

Ad H11) Trekken tand of kies of het makkelijk verwijderen van een implantaat. Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet.

Met vriendelijke groet,



Zorgverzekeraars Nederland

Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST

[@zn.nl](mailto:info@zn.nl) | www.zn.nl

Aanwezig: donderdag

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its contents are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us immediately by reply e-mail and destroy the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone.

Zorgverzekeraars Nederland is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

Prestatiecode **Prestatie-omschrijving** **Tarief**

Indien in deze tarievenlijst aan de code U05 wordt gerefereerd, wordt de code U05 met bijbehorend maximumtarief in bijlage 1 bij tariefbeschikking TB/REG-19611-01 bedoeld.

Hoofdgroep 0

Groep 0.0 Offerte en ontwerp

Q0001	Offerte. Tarief per eenheid van 5 minuten	€ 3,27
Q0011	Ontwerp. Tarief per eenheid van 5 minuten	€ 4,99
Q0021	Technisch advies/ondersteuning. Tarief per eenheid van 5 minuten	€ 4,16

Groep 0.1 Speciale toeslagen

Q0101	Kleurbepaling op laboratorium	€ 18,80
Q0103	Desinfectie in opdracht van tandarts	€ 3,50
Q0105	Verzendkosten/expeditiekosten	€ 6,60
Q0106	Arbo- en milieutoeslag	€ 2,54
Q0107	Aan huis bezorgen van patiënt, basisbedrag <i>Naast het basisbedrag mag per qereden kilometer maximaal € 0,27 in rekening worden gebracht</i>	€ 11,82
Q0120	Bruikleen dentatus/gnathomat en vergelijkbaar	€ 18,60
Q0121	Bruikleen etskit per element	€ 16,45

Groep 0.2 Foto

Q0201	Foto in verband met kleur-/vormbepaling	€ 13,67
Q0202	Foto/dia van studiemodellen	€ 12,88
Q0203	Digitale behandelplanning	€ 157,28

Hoofdgroep 1 Prothese werkzaamheden

Groep 1.0 Vervaardigen van modellen voor prothese werkzaamheden

Q1001	Gipsmodel	€ 7,16
Q1002	Stonemodel	€ 9,16
Q1003	Superhard gipsmodel	€ 12,22
Q1004	Digitaal model geprint	€ 30,02
Q1005	Digitaal model gefreefd	€ 30,02
Q1006	Scannen afdruk	€ 11,21
Q1007	Meegeleverd model printen	€ 5,80
Q1008	Meegeleverd model van voet voorzien	€ 6,51
Q1022	Duplicaat model (uit alginaat of gel)	€ 21,05
Q1023	Precisie duplicaat model (uit siliconen) in articulator plaatsen	€ 37,19
Q1052	Model monteren in eenvoudige articulator	€ 13,06
Q1053	Model monteren in meeroudige articulator	€ 18,24
Q1054	Model monteren in volledig instelbare articulator	€ 24,39
Q1061	Model monteren volgens intra orale registratie	€ 31,09
Q1062	Model monteren met behulp van face-bow (meerwerk)	€ 17,80
Q1063	Digitale articulatie	€ 19,23

Groep 1.1 Individuele lepels/beetplaten/modellen uit lepel

Q1103	Individuele lepel microform	€ 29,24
Q1104	Individuele lepel kunststof	€ 37,96
Q1105	Individuele ruime, geperforeerde kunststof lepel	€ 41,16
Q1106	Schreinmaker lepel	€ 47,46
Q1107	Rimlock lepel	€ 48,83
Q1108	Digitaal vervaardigde individuele lepel	€ 42,91
Q1116	Fluorapplicatie lepel	€ 39,48
Q1118	Bleeklepel	€ 46,58
Q1152	Model uit individuele lepel; onbetand	€ 11,32
Q1154	Model uit individuele lepel; betand	€ 15,26

Groep 1.2 Beetplaten/registreren

Q1202	Aanbrengen registratie apparatuur op beetplaat	€ 37,16
Q1225	Relinen met was van kunststof lepel inclusief waswal	€ 22,93
Q1251	Basisplaat voor opstelling	€ 11,04
Q1252	Beetplaat digitaal vervaardigd	€ 16,79
Q1253	Beetplaat + waswal	€ 16,79
Q1256	Waswal aanbrengen op metaal- of kunststofbasis	€ 11,35

Groep 1.3 Opstellen

Q1320	Opstellen partiële prothese 1 - 4 element(en)	€ 23,26
Q1330	Opstellen partiële prothese 5 - 13 elementen	€ 45,74
Q1340	Opstellen volledige prothese	€ 62,10
Q1351	Digitaal opstellen partiële prothese 1 - 4 element(en)	€ 23,26
Q1352	Digitaal opstellen partiële prothese 5 - 13 elementen	€ 45,74
Q1353	Digitaal opstellen volledige prothese	€ 62,10
Q1370	Opstellen partiële prothese 1 - 4 element(en) op metaalbasis	€ 33,04
Q1380	Opstellen partiële prothese 5 - 13 elementen op metaalbasis	€ 59,51
Q1390	Opstellen volledige prothese op metaalbasis	€ 64,25

Groep 1.4 Extra handelingen bij opstellen

Q1401	Opstellen naar model	€ 10,72
Q1402	Opstellen naar foto	€ 13,89
Q1405	Kleur/Model var. frontelementen (per onder of boven)	€ 14,55
Q1410	Meerprijs opstellen volgens bijzondere methode	€ 38,00
Q1420	Immediaat per element (tot maximaal 6 elementen per kaak)	€ 6,28
Q1455	Individuele modellatie (per boven of onder)	€ 18,34
Q1462	Beslijpen kunststof basis	€ 8,79
Q1465	Verwerken meegeleverde tanden per stel	€ 13,76
Q1466	Verwerken meegeleverde kiezen per stel	€ 8,53
Q1475	Opnieuw opstellen	€ 23,85

Groep 1.5 Persen/gieten/injecteren en afwerken

Q1520	Afmaken partiële prothese 1 - 4 element(en)	€ 50,60
Q1530	Afmaken partiële prothese 5 - 13 elementen	€ 60,50
Q1540	Afmaken volledige prothese	€ 66,91
Q1551	Digitaal afmaken partiële prothese 1 - 4 element(en)	€ 50,60
Q1552	Digitaal afmaken partiële prothese 5 - 13 elementen	€ 60,50
Q1553	Digitaal afmaken volledige prothese	€ 66,91
Q1570	Afmaken partiële prothese 1 - 4 element(en) op metaalbasis	€ 50,84
Q1580	Afmaken partiële prothese 5 - 13 elementen op metaalbasis	€ 65,22
Q1590	Afmaken volledige prothese op metaalbasis	€ 68,79

Groep 1.7 Extra handelingen bij persen/afwerken

Q1701	Gevlochten draadversterking	€ 28,04
Q1702	Draadversterking	€ 20,13
Q1703	Knopanker	€ 11,72
Q1704	Draad-/steekanker	€ 12,40
Q1705	Kruisanker	€ 14,73
Q1706	Roach anker	€ 24,25
Q1707	Roach anker goud (inclusief Edelmetaal)	€ 57,60
Q1708	Occlusale steun	€ 11,80
Q1711	Gebogen baar (vrijliggend of ingesloten)	€ 41,19
Q1715	Gaas-/draadversterking (kleiner dan 1/3 palatum)	€ 11,58
Q1716	Gaasversterking	€ 22,73
Q1720	Meerkleurig persen	€ 35,66
Q1721	Trasparant palatum	€ 50,97
Q1724	Toeslag monomeervrije kunststof (bijv. Luxene)	€ 83,15
Q1751	Naam inpersen	€ 14,54
q1765	Persen/gieten/injecteren niet afwerken	€ 38,55
Q1766	Afwerken na persen/gieten/injecteren	€ 36,95
Q1768	Overkappingsruimte in kunststof per element	€ 6,07
Q1771	Meerprijs weekblijvende basis	€ 102,23
Q1774	Reoccluderen + inslijpen per boven of onder, modellen na persen terugplaatsen	€ 22,70
Q1775	Reoccluderen + inslijpen partieel, modellen na persen terugplaatsen	€ 21,44
Q1776	Digitaal reoccluderen	

Groep 1.8 Reparaties kunststof

Q1810	Basistarief	€ 26,99
Q1811	Herstellen scheur	€ 12,13
Q1812	Herstellen breuk	€ 15,98
Q1813	Vastzetten element/anker	€ 4,89
Q1814	Vernieuwen element/anker	€ 5,17
Q1815	Uitbreiden element/anker	€ 7,87
Q1816	Immediaat per element	€ 6,44
Q1817	Uitbreiding palatum	€ 10,99
Q1818	Herstellen zadel per sectie	€ 7,78

Q1834	Prothese reinigen	€ 13,00
Q1840	A-lijn aanpersen	€ 12,62
Q1841	Rand aan prothese persen	€ 12,04
Q1850	Overzetting 1 -4 element(en)	€ 69,97
Q1855	Overzetting 5 - 13 elementen	€ 96,71
Q1860	Overzetting vol	€ 112,97
Q1870	Rebasing	€ 75,68
Q1871	Rebasing met randcorrectie	€ 86,26

Groep 1.9 Diversen, montage

Q1901	Miniplastschiene	€ 44,94
Q1902	Drumschiene	€ 45,96
Q1907	Gebitsbeschermer	€ 56,64
Q1908	Gebitsbeschermer uit verschillende lagen kunststof; hard en zacht	€ 77,61
Q1909	Ingebeten onderfront	€ 7,84
Q1911	Repositie/stbilisatie/relaxatie splint	€ 120,53
Q1917	Holle klos. Tarief per eenheid van 5 minuten	€ 14,40
Q1920	Speekselkamer in prothese verwerken	€ 121,53
Q1951	Montage slot in kunststof	€ 30,84
Q1952	Montage stegdeel in kunststof	€ 30,89

Hoofdgroep 2 Orthodontie

Groep 2.0 Vervaardigen van modellen voor regulatie werkzaamheden

Q2001	Werkmodel	€ 5,81
Q2002	Werkmodel in occlusie	€ 10,76
Q2003	Stonemodel	€ 8,17
Q2004	Stonemodellen in occlusie	€ 15,76
Q2005	Meegeleverd model trimmen	€ 5,12
Q2006	Meegeleverd model van voet voorzien	€ 4,94
Q2007	Studiemodel, eenvoudig per stuk (ongemodelleerd)	€ 9,26
Q2008	Studiemodel, eenvoudig per stel (ongemodelleerd)	€ 17,62
Q2009	Studiemodel, ongezeept per stuk	€ 13,21
Q2010	Studiemodel, ongezeept per stuk in occlusie	€ 20,47
Q2011	Studiemodel, gezeept per stuk	€ 14,83
Q2012	Studiemodel, gezeept per stuk in occlusie	€ 23,92
Q2013	Kastmodellen (super toonmodel)	€ 37,26
Q2014	Digitaal model maken	€ 26,28
Q2015	Dupliceren per model	€ 12,83
Q2016	Digitaal model geprint	€ 25,17
Q2017	Digitaal model gefreesd	€ 25,17
Q2020	Inzagen band	€ 3,62

Groep 2.1 Set-up en positioners

Q2101	Set-up	€ 85,68
Q2102	Set-up per element	€ 5,50
Q2103	Set-up osteotomie patiënt	€ 89,38
Q2104	Aanpassen reeds bestaande set-up	€ 28,50
Q2105	Tooth-positioner	€ 96,03
Q2106	Seating spring	€ 6,83
Q2107	Socket liners	€ 5,54
Q2108	Varsity guard	€ 87,54
Q2109	Digitale set-up	€ 79,63
Q2110	Digitale set-up per element	€ 5,50

Groep 2.2 Plaatapparatuur

Q2201	Basisplaat	€ 50,47
Q2202	Enkelarmig draaddeel	€ 3,27
Q2203	Dubbelarmig draaddeel	€ 4,19
Q2204	Gecomplceerde labiaalboog	€ 7,51
Q2205	Labiaalboog met transparante kunsthars	€ 8,76
Q2206	Headgear tubes gemonteerd	€ 18,96
Q2207	Opbeet	€ 6,13
Q2208	Beetverhoging zijdelingse delen	€ 8,84
Q2209	Voorbeet schuinvlak in relatie tot onderfront	€ 9,53
Q2214	Oral screen	€ 51,18

Groep 2.3 Functionele apparaten		
Q2301	Activator standaard (monoblok)	€ 85,74
Q2302	Activator standaard met luchtgaten	€ 82,69
Q2303	Standaard activator open met overkapt onderfront	€ 97,19
Q2304	Teuscher activator	€ 112,80
Q2305	Bionator	€ 96,55
Q2306	Headgear activator volgens Van Beek	€ 89,22
Q2309	Combi activator V.A. EVVA	€ 85,63
Q2310	Fränkel activator nr 1 t/m 4	€ 165,66
Q2313	Lehmann activator basis	€ 95,25
Q2314	Lehmann activatorwerking	€ 90,96
Q2317	Activator overig	€ 121,58
Groep 2.5 Retainers		
Q2501	C-C retainer	€ 26,00
Q2502	Siliconen fixatiemal (meerprijs)	€ 14,99
Q2503	Dieptrek fixatiemal (meerprijs)	€ 24,57
Q2504	Space retainer inclusief Molaarband	€ 29,54
q2505	Space maintainer inclusief Molaarband	€ 28,74
Q2506	Invisible retainer / clear overlay	€ 36,45
Groep 2.6 Schroeven		
Q2601	Standaard exp. Schroef	€ 7,50
Q2602	Waaierschroef twee-delig	€ 18,91
Q2603	Microschroef	€ 7,51
Q2604	Open schroef	€ 12,69
Q2605	Sectorenschroef bk. "Bertoni"	€ 30,59
Q2606	Hellerschroef	€ 24,18
Q2607	Reciprokeschroef	€ 30,57
Q2608	Boogschroef volgens Muller	€ 24,63
Q2609	Ritter/picoschroef	€ 14,78
Q2612	Sutuur exp.app. Inclusief Hyraxschroef, exclusief Banden	€ 74,06
Q2613	Sutuur exp.app. met kunstharsdelen, exclusief Banden	€ 92,13
Groep 2.7 Diversen		
Q2701	Reparatie basistarief	€ 24,03
Q2710	Herbst appliance	€ 189,94
Q2711	Schisisplaat, passief	€ 98,86
Q2712	Schisisplaat, actief	€ 106,05
Q2713	Spring retainer standaard	€ 54,84
Q2714	Spring retainer inclusief set-up	€ 72,71
Q2715	Relaxatie splint	€ 98,30
Groep 2.8 Vaste apparatuur		
Q2801	Indirect bonding per element	€ 12,71
Q2802	Standaard band (exclusief attachement)	€ 9,44
Q2803	Standaard premolaarband	€ 7,83
Q2811	Quad-helix, exclusief banden	€ 41,03
Q2812	Palatinale bar gesoldeerd	€ 36,43
Q2813	Goshqarian bar exclusief banden	€ 19,48
Q2814	Linguale boog exclusief banden	€ 36,99
Q2815	Lipbumper exclusief banden	€ 24,73
Q2816	Lipbumper met individuele kunstharschild (exclusief banden)	€ 36,55
Q2817	Headgear/face bow	€ 32,65
Groep 2.9 Crozat apparatuur		
Q2901	Basisapparaat voor boven- of onderkaak	€ 110,87
Q2902	Extra draaddeel per stuk	€ 6,83
Q2903	Reparatie draaddeel Crozat	€ 22,03
Hoofdgroep 3 Frame werkzaamheden		
Groep 3.0 Vervaardigen voor framewerkzaamheden (individuele lepels/beetplaten 1.1)		
Q3001	Gipsmodel	€ 7,45
Q3002	Stonemodel	€ 9,43
Q3003	Superhard gipsmodel	€ 12,84
Q3004	Meegeleverd model trimmen	€ 6,77

Q3005	Meegeleverd model van voet voorzien	€ 7,23
Q3022	Duplicaatmodel (uit alginaat of gel)	€ 20,40
Q3023	Precisie duplicaatmodel (uit siliconen)	€ 36,92
Q3052	Model monteren in eenvoudige articulator	€ 15,41
Q3053	Model monteren in meervoudige articulator	€ 18,42
Q3054	Model monteren in volledig instelbare articulator	€ 25,73
Q3061	Model monteren volgens intra orale registratie	€ 30,60
Q3062	Model monteren met behulp van face-bow (meerwerk)	€ 20,15
Groep 3.2 Frame werkzaamheden (alleen metaal)		
Q3201	Bovenframe	€ 277,92
Q3203	Onderframe	€ 283,25
Q3207	Volle plaat	€ 225,75
Q3221	Backing frontelement	€ 26,32
Q3222	Kauwvlak	€ 30,30
Q3223	Dummy, massief of met venster voor kunststof	€ 32,76
Q3241	Meerprijs ieder anker in combinatie met kronen	€ 16,53
Groep 3.3 Kunststofwerkzaamheden aan frame		
Q3301	Kunststof venster	€ 71,18
Q3302	Kunststof kroon op metaalskelet	€ 79,82
Q3303	Kunststof brugdeel op metaalskelet	€ 79,90
Groep 3.4 Diversen		
Q3401	Metalen tuber versterking	€ 86,91
Q3402	Gegoten 3/4 anker	€ 51,29
Groep 3.7 Vergulden		
Q3701	Badvergulden frame	€ 92,47
Q3702	Zadels vergulden (per zadel)	€ 36,38
Q3703	Badvergulden 1 anker	€ 35,71
Q3704	Badvergulden volgend anker	€ 25,46
Q3711	Vergulden per anker, opgesoldeerd inclusief edelmetaal	€ 31,99
Q3712	Ticoniseren/anodiseren	€ 152,51
Groep 3.8 Reparaties aan frame		
Q3810	Reparatie basistarief	€ 31,79
Q3820	Soldeerplaats (eerste) exclusief soldeer	€ 27,08
Q3821	Soldeerplaats (ieder volgende) exclusief soldeer	€ 19,50
Q3822	Extensie aan bestaand frame (eerste)	€ 34,78
Q3823	Extensie aan bestaand frame (ieder volgende)	€ 21,16
Q3826	Laserlassen	€ 46,10
Groep 3.9 Monteren aan frame		
Q3951	Montage slot aan frame	€ 31,32
Q3952	Montage stegdeel aan frame	€ 37,29
Q3953	Montage kroon aan frame	€ 31,19
Hoofdgroep 4 Kroon en/of brugwerkzaamheden		
Groep 4.0 Vervaardigen van modellen		
Q4001	Gipsmodel	€ 7,91
Q4002	Stonemodel, tegenmodel voor kroon- en brugwerk	€ 9,58
Q4003	Superhard gipsmodel	€ 13,50
Q4004	Meegeleverd model trimmen	€ 6,64
Q4005	Meegeleverd model van voet voorzien	€ 7,44
Q4022	Duplicaatmodel (uit alginaat of gel)	€ 22,45
Q4023	Precisie duplicaatmodel (uit siliconen)	€ 36,52
Q4052	Model monteren in enkelvoudige articulator	€ 15,65
Q4053	Model monteren in meervoudige articulator	€ 18,37
Q4054	Model monteren in meervoudig instelbare articulator	€ 25,77
Q4061	Model monteren volgens intra orale registratie	€ 33,56
Q4062	Model monteren met behulp van face-bow (meerwerk)	€ 21,69
Groep 4.1 Stompen en speciaal model		
Q4101	Zaagmodel	€ 15,43
Q4102	Stomp	€ 14,34

Q4103	Vuurvaste stomp	€ 22,72
Q4115	Stompen inkeren	€ 5,25
Q4154	Model uit individuele lepel betand	€ 16,36
Q4162	Stomp terugplaatsen in afdruk	€ 6,88
Q4166	Soft-tissue model (inclusief materiaal)	€ 48,62

Groep 4.3 Kroon- en brugwerk - metaalvrij*

*exclusief kosten materiaal waarvan de voorziening wordt vervaardigd, o.a. spaarlegering, edelmetaal, inclusief opbakken.

Q4301 *	Kroon/brugdeel - keramische kap, opgebakken	€ 213,39
Q4302 *	Kroon/brugdeel - monolitisch (CAD/CAM)	€ 195,98
Q4311 *	Inlay/onlay/facing - keramisch, opgebakken	€ 217,44
Q4312 *	Inlay/onlay/facing - monolitisch (CAD/CAM)	€ 180,85
Q4321 *	Etsbrugdeel - keramisch, opgebakken	€ 257,91
Q4322 *	Etsbrugdeel - monolitisch	€ 211,24
Q4323 *	Etsbrugvleugel - Keramisch	€ 52,61
Q4331 *	Tijdelijke, kunsthars kroon/brugdeel	€ 62,39
Q4332 *	Paskroon/brug in transparante kunststof (CAD/CAM)	€ 49,02
Q4341 *	Kunststof kroon	€ 107,77
Q4342 *	Kunststof inlay	€ 113,06
Q4343 *	Teleskoopkroon/conuskroon	€ 149,14

Groep 4.4 Kroon- en brugwerk - metaal met porselein*

*exclusief kosten materiaal waarvan de voorziening wordt vervaardigd, (o.a. spaarlegering, edelmetaal), inclusief opbakken.

Q4401 *	Kroon/brugdeel - metaal met porselein	€ 204,70
Q4402 *	Etsbrugdeel met porselein	€ 245,26
Q4403 *	Stiftkroon porselein metaal	€ 175,33

Groep 4.5 Kroon- en brugwerk - volledig metaal*

*exclusief kosten materiaal waarvan de voorziening wordt vervaardigd, (o.a. spaarlegering, edelmetaal), inclusief opbakken

Q4501 *	Kroon geheel metaal	€ 141,45
Q4502 *	Inlay/onlay geheel metaal	€ 133,47
Q4503 *	Teleskoopkroon/Conuskroon	€ 156,19
Q4523 *	Stiftkroon geheel metaal	€ 146,62
Q4524 *	Etsbrugvleugel metaal	€ 32,72

Groep 4.6 Stiftopbouw/wortelkap/opbouw *

*exclusief kosten materiaal waarvan de voorziening wordt vervaardigd, (o.a. spaarlegering, edelmetaal), inclusief opbakken.

Q4601 *	Stiftopbouw direct	€ 34,45
Q4602 *	Stiftopbouw metaal	€ 67,25
Q4603 *	Stiftopbouw composiet met glasvezelstift	€ 122,09
Q4605 *	Wortelkap	€ 86,18
Q4606 *	Teleskoopkap/Conuskap	€ 141,85

Groep 4.7 Deelproduct kroon- en brugwerk

Q4701	Opbakken porselein op metalen onderstructuur/kap	€ 106,78
Q4702	Opbakken porselein op keramische onderstructuur/kap	€ 109,34
Q4703	Opbouwen composiet op metalen onderstructuur kap	€ 80,84
Q4704	Opbouwen composiet op keramische onderstructuur/kap	€ 81,66
Q4705	Opbouwen kunsthars (kunststof venster)	€ 63,20
Q4711	Afglanzen/inkleuren monolithisch keramiek	€ 41,75
Q4712	Afglanzen/inkleuren kroon/brugdeel in bisquit	€ 43,70
Q4721 *	Onderstructuur metaal	€ 86,37
Q4722 *	Onderstructuur metaalvrij	€ 79,36

Groep 4.8 Meerwerk bij kroon- en brugwerk (toeslag)

Q4801	Mal t.b.v. noodkroon/brug (dieptrek)	€ 40,14
Q4811	Afdruk/fixatiekap/slijpkap (metaal)	€ 32,83
Q4812	Afdruk/fixatiekap/slijpkap (kunststof)	€ 26,27
Q4821	Schouderporselein	€ 28,51
Q4822	Tandvlees porselein	€ 36,55
Q4831	Vergulden K/B-deel, per element	€ 24,47
Q4832	Glasvezelversterking per element	€ 19,13
Q4833	Plastic Post	€ 6,99
Q4834	Nasteekbare stift	€ 42,89
Q4841	Vorbereiding kroon t.b.v. frame/occl.steun (p.kaak)	€ 19,89

Q4842	Kroon passend maken aan frame	€ 25,24
Q4843	Precisieverankering montage	€ 34,26
Q4844	Montage slot aan kroon/brugdeel/wortelkap	€ 34,57
Q4851	Werkzaamheden aan wortelkap/magneet	€ 39,29
Q4852	Frezen per deel	€ 35,42
Q4853	Freezen van attachment matrix of patrix	€ 36,54
Q4854	Inlay in prothese-element	€ 82,12

Groep 4.9 Reparatie en aanpassingen kroon- en brugwerk

Q4901	Schoonmaken kroon/brug	€ 19,28
Q4902	Kleurcorrectie	€ 45,97
Q4903	Etsen/silaniseren	€ 24,23
Q4904	Basistarief ten behoeve van reparatie en aanpassingen	€ 29,34

Hoofdgroep 6 Implantaten

Groep 6.0 Vervaardigen van modellen

Q6002	Stonemodel	€ 8,95
Q6003	Superhard gipsmodel	€ 12,98
Q6005	Geprint model	€ 46,62
Q6052	Proefopstelling per element	€ 14,58
Q6053	Proefwasmodellatie per element (digitaal)	€ 29,22
Q6061	Soft-tissue model (inclusief materiaal)	€ 47,53

Groep 6.1 Voorbereidende werkzaamheden ten behoeve van implantaten

Q6113	Kunstharslepel ten behoeve van implantaat (schoorsteenlepel)	€ 50,21
Q6115	Richtstift ten behoeve kunststofplaat per stuk	€ 5,51
Q6116	Verschroefbare kunststof lepel met beetwal	€ 76,95
Q6118	Hulpdelen plaatsen in afdruk, per stuk	€ 7,04
Q6133	Precisie duplicaatmodel	€ 39,28
Q6144	Stonemodel uit kunststof implantaat lepel	€ 19,85
Q6153	Model monteren in middelwaarde articulator	€ 17,95
Q6154	Model monteren in meervoudig instelbare articulator	€ 24,94
Q6161	Opst./persen/gieten/inject./afwerken op suprastructuur	€ 168,75

Groep 6.2 Voorbereidende werkzaamheden ten behoeve van implantaten

Q6200	Surgical guide/boorplaat	€ 78,22
Q6201	Röntgendiagnoseplaat (inclusief kogeltjes)	€ 71,29
Q6202	Röntgendiagnoseplaat ten behoeve van CT scan	€ 105,65

Groep 6.4 Opbouwen, suprastructuren, kronen/bruggen voor implantaten

Q6401	Confectie implantaat opbouw	€ 123,76
Q6402	Confectie opbouw bewerken	€ 41,67
Q6411 *	Individueel CAD/CAM abutment metaal	€ 205,93
Q6412 *	Individueel CAD/CAM abutment metaalvrij	€ 227,28
Q6413 *	Individueel CAD/CAM abutment hybride	€ 169,43
Q6414	Beslijpen CAD/CAM opbouw	€ 27,30
Q6421 *	Implantaatkroon metaal	€ 282,02
Q6422 *	Implantaatkroon metaalvrij	€ 284,55
Q6423 *	Implantaatkroon hybride	€ 326,15
Q6424 *	Implantaatbrugdeel metaal	€ 209,09
Q6425 *	Implantaatbrugdeel metaalvrij	€ 227,73
Q6426 *	Implantaatbrugdeel hybride/interface	€ 218,94
Q6431	Implantaatkroon verschroefbaar (vol metaal)	€ 63,32
Q6432	Dummy (massief)	€ 67,59
Q6441	Implantaat-toeslag (per implantaat)	€ 71,76
Q6451	Ontwerpen van 3D CAD/CAM opbouw	€ 53,73
Q6452	Modelleren van 3D CAD/CAM opbouw	€ 47,92
Q6453	Scannen van 3D CAD/CAM opbouw	€ 50,85
Q6461 *	Steg zelf vervaardigen per implantaat, analoog	€ 201,92
Q6462 *	Steg zelf vervaardigen voor elk volgend implantaat, analoog	€ 176,28
Q6467	Steg zelf vervaardigen per implantaat, CAM	
Q6468	Steg zelf vervaardigen voor elk volgend implantaat, CAM	
Q6471	Opaquen	€ 20,97
Q6472	Slot ten behoeve van plaatsen implantaatkroon	€ 33,40
Q6473	Sterilisatie	€ 9,98
Q6474	Stralen van implantaatopbouw	€ 17,43

	Groep 6.9 Solderen en montage	
Q6901	Soldeerplaats (eerste) exclusief soldeer	€ 28,82
Q6902	Soldeerplaats (volgende) exclusief soldeer	€ 18,15
Q6903	Laserlassen	€ 40,94
Q6951	Stellen slot met behulp van parallellometer	€ 30,76
Q6952	Monteren sloten aan impl. slot	€ 31,97
	Hoofdgroep 8 Diverse werkzaamheden CAD	
Q8001	Scannen ten behoeve van CAD	€ 28,23
Q8010	Ontwerp CAD kroon	€ 37,43
Q8011	Ontwerp CAD brugdeel	€ 34,71
Q8012	Ontwerp CAD frame	€ 31,08
Q8013	Ontwerp CAD splint	€ 37,53
Q8014	Ontwerp CAD opstellen per element	€ 23,09
Q8015	Ontwerp CAD abutment	€ 44,06
Q8016	Ontwerp CAD onderstructuur	€ 35,25
Q8017	Ontwerp CAD steg	€ 57,78
	Hoofdgroep 9 Materialen	
	Groep 9.0 Porselein front elementen (6 stuks)/kiezen (8 stuks)	
Q9006	Front elementen	kostprijs
Q9058	Kiezen	kostprijs
	Groep 9.1 Porselein front elementen/kiezen per stuk	
Q9101	Tanden	kostprijs
Q9110	Kiezen	kostprijs
	Groep 9.3 Kunststof front elementen (6 stuks)/kiezen (8 stuks)	
Q9306	Tanden	kostprijs
Q9358	Kiezen	kostprijs
	Groep 9.4 Kunststof front elementen/kiezen per stuk	
Q9401	Tanden	kostprijs
Q9451	Kiezen	kostprijs
	Groep 9.7 Metalen, edel/onedel	
Q9701	Onedele legeringen	kostprijs
Q9711	Edele legeringen Au percentage lager dan 10%	kostprijs
Q9721	Edele legeringen Au percentages van 10% tot 25%	kostprijs
Q9741	Edele legeringen Au percentages van 25% tot 50%	kostprijs
Q9751	Edele legeringen Au percentages van 50% tot 60%	kostprijs
Q9760	Edele legeringen Au percentages van 60% tot 70%	kostprijs
Q9770	Edele legeringen Au percentages van 70% tot 80%	kostprijs
Q9781	Edele legeringen Au percentages vanaf 80%	kostprijs
	Groep 9.8 CAD/CAM	
Q9801	Materialen ten behoeve van CAD/CAM	kostprijs
	Groep 9.9 Diverse materialen	
Q9901	Diverse materialen	kostprijs

Van: [redacted]@tandarts.nl>
Verzonden: donderdag 29 maart 2018 10:43
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Re: Reacties van partijen op wijzigingsvoorstellen 2019

Hoi [redacted],

Dat lijkt me ook een prima oplossing.

Met vriendelijk groet,

[redacted]

Op 29 mrt. 2018, om 10:24 heeft [redacted]@z.n.nl> het volgende geschreven:

Beste allen

Er is een verbeterd Vecozo formulier ontworpen voor de rebasing en reparatie van het klikgebit (M10) die deze problemen adresseert. In de werkgroep bij Vecozo kwamen we er achter dat zorgverzekeraars met prestatiecodes voor de rebasing en reparatie van klikgebitten verschillend omgingen en dat wilden we graag uniformeren. Verder moest er een oplossing worden gevonden voor de vervanging van de mesostructuur (drukknoppen of steg) zonder vervanging van klikgebit. Immers J40 tot en met J43 is alleen te declareren bij een nieuwe (vervangings)prothese of omvorming van een conventionele prothese.

In kort is het als volgt ontworpen: rebasing kan met of zonder matrices of clips vervanging. Het vervanging van drukknoop of steg is een reparatie. Als de drukknoop of steg wordt vervangen is het logisch om ook de matrices en clips te vervangen, dan is het J70 + J74. Aangezien het vervangen van matrices en clips gebruikelijker wijze gaat met een afdruk is het opvullen dan logischer dan reparatie.

Dit geeft de volgende matrix:

	Rebasing eventueel met vervanging clips of matrices	Additioneel bij vervanging van drukknoppen of steg
Opvullen zonder staaf demontage	J70	J74
Opvullen met staaf demontage	J71, J72, J73	J75, J76, J77
Reparatie zonder staafdemontage	J74	
Reparatie met staafdemontage	J75, J76, J77	

Om het op deze wijze uit te voeren zouden de toelichtingen bij de codes als volgt moeten worden aangepast:

J70: Ongeacht het aantal implantaten inclusief eventueel vervangen van matrices.

J71: Inclusief het eventueel vervangen van clips.

J72: Inclusief het eventueel vervangen van clips.

J73: Inclusief het eventueel vervangen van clips.

J74: Reparatie of de vervanging van drukknoppen, ongeachte het aantal implantaten. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.

J75: Reparatie of vervanging van steg. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.
J76: Reparatie of vervanging van steg. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.
J77: Reparatie of vervanging van steg. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.
Zoals aangegeven geleidt het Vecozo aanvraagformulier middels de JVC t.z.t. naar de juist codes die dan uniform door de zorgverzekeraars worden toegepast.

Omdat de tijd ons ontbreekt om dit als partijen voor te bespreken, maar het wel een onderwerp is dat ZN graag wil bespreken, heb ik deze mail al wel in CC naar de NZa gestuurd. Mochten partijen er anders over denken dan horen wij dit graag bij het TO.

Met vriendelijke groet,

[Redacted signature]

Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist
Postbus 520, 3700 AM Zeist

[Redacted email address] @zn.nl

W: www.zn.nl

Van: [Redacted] @tandarts.nl>

Verzonden: donderdag 29 maart 2018 08:31

Aan: [Redacted] @knmt.nl>

CC: [Redacted] @zn.nl>; [Redacted] @zn.nl>; [Redacted]

<[Redacted] @ant-tandartsen.nl>; [Redacted] @ant-tandartsen.nl>; [Redacted]

[Redacted] @ant-tandartsen.nl>

Onderwerp: Re: Reacties van partijen op wijzigingsvoorstellen 2019

Dank [Redacted],

Zoals besproken kan het toch geen kwaad om J70-J76 nog eens onder het licht te houden. Er bestaat geen mogelijkheid om een steg te vervangen momenteel.

Tegenwoordig zou dat goed moeten kunnen door dezelfde 3D file opnieuw te laten frezen of printen. Ook zou er beter onderscheid moeten zijn tussen het vervangen van het matrix deel en het abutment / meso deel.

Ook is het honorarium tarief van een rebasing voldoende om ook clips / matrices te vervangen.

Een voorstel zou kunnen zijn:

Toevoegen aan J70-J73. Inclusief het vervangen van clips, ruiters of matrices.

J74 aanpassen: Reparatie of vervanging van clips, ruiters of matrices ongeacht het aantal implantaten. Inclusief nazorg techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening gebracht te worden.

Niet in combinatie met J70,J71,J72,J73

J75 aanpassen: Reparatie of vervanging van clips, ruiters of matrices. Inclusief nazorg techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening gebracht te worden. Niet in combinatie met J70,J71,J72,J73

Nieuwe code:

J78 toevoegen: Vervangen van magneet, drukknop of steg. Kan berekend worden per abutment of stegpijler. De materiaal- en/of tehcniekkosten dienen afzonderlijk berekend te worden.

Puntwaarde gelijk aan J44

Met vriendelijk groet,

[Redacted signature]

Op 28 mrt. 2018, om 13:47 heeft [Redacted] @knmt.nl het volgende geschreven:

Beste allen,

Ik heb geprobeerd alle input zo goed mogelijk te verwerken in het bijgaande

document. Ik heb met de NZa afgesproken dat ik hen zo snel mogelijk de reacties stuur waar we het over (on)eens zijn, met als uiterste optie dinsdagochtend. Ik verzoek jullie dan ook dringend zo snel als mogelijk hierop te reageren, waarbij ik bijzondere aandacht vraag voor de geel (past mooi bij de Paasdagen :-)) gearceerde passages. Op een aantal punten heb ik (nog) geen gezamenlijke reactie kunnen opnemen. Graag ook hier jullie ideeën toevoegen.

Groet,

[Redacted]

(See attached file: *Reactie TO NZa versie 28-3-2018.docx*)

Met vriendelijke groet,

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted] [@knmt.nl](mailto:[Redacted]@knmt.nl)
www.knmt.nl

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
Postbus 4141
3502 HC Utrecht

Volg ons op

Disclaimer: Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Het bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten. Als u dit bericht per abuis heeft ontvangen, wordt u verzocht het te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken of aan derden te verspreiden en de afzender hierover te informeren.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its contents are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us immediately by reply e-mail and destroy the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone. Zorgverzekeraars Nederland is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 19 juni 2018 16:29
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: publicatie regelgeving

Circu tndhiknd ook. 😊



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 19 juni 2018 16:12
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: publicatie regelgeving

[REDACTED], ortho circu heb ik tegen gelezen. Paar opmerkingen!



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 18 juni 2018 10:10
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: publicatie regelgeving

Ha allen,

De circulaires staan klaar:

- Tandheelkunde

<http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/CI-18-08c%20Gewijzigde%20Beleidsregel%20tandheekundige%20zorg.docx>

- Orthodontie

<http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/CI-18-09c%20Gewijzigde%20Beleidsregel%20orthodontische%20zorg.docx>

Als ook de mailtjes naar partijen:

Tandheelkunde:

<http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/Mail%20regelgeving%20tandheekundige%20zorg%202019.docx>

Ortho:

<http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/Mail%20regelgeving%20orthodontische%20zorg%202019.docx>

Kunnen jullie kijken of jullie nog aanvullingen hebben? We willen alles woensdag naar partijen sturen. Lukt het om voor dan te reageren?

Groet,



Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: (030) 296 81 11 | **E:** info@nza.nl | **W:** www.nza.nl

Van: [redacted]@zn.nl>
Verzonden: donderdag 24 mei 2018 11:28
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Schriftelijke consultatieronde regelgeving Tandheelkundige zorg 2019
Bijlagen: commentaar van ZN m.b.t. de schriftelijk consultatieronde de regelgeving Tandheelkundige zorg voor het jaar 2019.docx

Goedemorgen [redacted]

Bijgaande het commentaar van ZN m.b.t. de schriftelijk consultatieronde de regelgeving Tandheelkundige zorg voor het jaar 2019. Voor de orthodontische zorg volgt het later (maar nog voor de deadline).

Met vriendelijke groet,



Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist
Postbus 520, 3700 AM Zeist

T: [redacted]
E: [redacted]@zn.nl / [redacted]@zn.nl
W: www.zn.nl

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 9 mei 2018 13:41
Aan: [redacted]
CC: [redacted]; [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: Schriftelijke consultatieronde regelgeving Tandheelkundige zorg 2019

Beste allen,

Hierbij ontvangt u de officiële uitnodiging voor de schriftelijke consultatieronde m.b.t. de regelgeving Tandheelkundige zorg voor het jaar 2019.

De volgende documenten leggen we ter consultatie aan u voor:

- Memo voorgenomen besluiten regelgeving tandheelkundige zorg 2019;
- Beleidsregel tandheelkundige zorg;
- Beleidsregel tandtechniek in eigen beheer; en
- Regeling mondzorg.

Aanpassingen in de regelgeving hebben we met wijzigingen bijhouden doorgevoerd. Zo kunt u de aanpassingen zien ten opzichte van 2018. Naast de in de Technisch Overleggen besproken aanpassingen hebben wij ook enkele tekstuele wijzigingen doorgevoerd.

Uit de monitor mondzorg blijkt dat zorgaanbieders materiaal- en techniekkosten verschillend registreren. Daarom hebben wij in de Regeling mondzorg verduidelijkt hoe materiaal- en techniekkosten geregistreerd moeten worden.

Hiernaast zijn wij voornemens om bijlage 1 – de algemene bepalingen - uit de beleidsregel te verwijderen en in het vervolg deze bijlage alleen in de tariefbeschikking te laten bestaan.

Toelichting op de procedure

Wat is de reactietermijn?

Uw schriftelijke reactie ontvangen we graag **uiterlijk vrijdag 25 mei 2018**.

Om alle reacties mee te kunnen nemen in de besluitvorming is de datum voor de consultatiereactie een harde deadline. Reacties die we ontvangen na deze termijn kunnen we helaas niet in behandeling nemen. Vanuit dat oogpunt hebben we u zo vroeg mogelijk in het proces de consultatieperiode gecommuniceerd en u verzocht om rekening te houden met deze consultatieperiode.

Wie worden in de consultatie meegenomen?

De consultatie verloopt via u, als overkoepelende brancheorganisaties. Dit houdt in dat de individuele leden en/of experts niet individueel door ons worden uitgenodigd om deel te nemen aan deze consultatieronde. Uiteraard staat het u vrij om uw leden/achterban te raadplegen en hun reacties mee te nemen in uw reactie.

Hoe kunt u reageren?

- Graag ontvangen we uw reactie met opmerkingen in de stukken zelf.
- Uw reactie ontvangen we graag per e-mail [REDACTED]@nza.nl o.v.v. consultatie regelgeving Tandheelkundige zorg.

Wat wordt er met uw consultatiereactie gedaan?

Uw reactie nemen wij mee in ons definitieve besluit over het beleid tandheelkundige zorg per 2019.

Indien u vragen heeft, kunt u contact met ons opnemen via secretariaat Regulerings op telefoonnummer 030-2968938 of per e-mail info@nza.nl.

Namens de gehele projectgroep mondzorg,
met vriendelijke groet,

[REDACTED]



[REDACTED]

Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its contents are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us immediately by reply e-mail and destroy the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone. Zorgverzekeraars Nederland is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

Bijgaande het commentaar van ZN m.b.t. de schriftelijk consultatieronde de regelgeving Tandheelkundige zorg voor het jaar 2019

Voorgenomen besluit om een * toe te voegen aan E61, E62, E64 en E56

Bij E56 kan een ontstane perforatie met MTA worden gesloten. De toevoeging bij deze prestatiecode is zinvol.

Voor de E61, E62 en E64 is het onzinnig omdat in de tekst het middel wordt benoemd dat gebruikt (moet) worden: E61 calciumhydroxide eerste zitting, E62 calciumhydroxide volgende zitting en E64 gutta-pecha en cement. Als MTA wordt gebruikt in dan is de E63 in die gevallen allemaal passend. Sterker nog het toevoegen de tekst "De materiaalkosten van Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal kunnen afzonderlijk in rekening worden gebracht." geeft alleen maar verwarring.

Voorgenomen besluit * toe te voegen aan prestatie G67 t.b.v. de botox

De toelichting zoals deze staat in het memo is niet meegenomen in de tariefbeschikking. Graag de tekst "Behandeling met botox kan niet de standaardbehandeling bij G67 zijn."

Voorgenomen besluit m.b.t. J07

De opklap hoort bij de prestatiecode moeizaam verwijderen en staat los van het gebruik van de Implant Removal Set. Verder is de koppeling naar de J37 onjuist want de verwijdering staat los van de vervanging. (kan samen maar hoeft niet).

De tekst moet dan zijn: De inzetstukken van een Implant Removal Set mogen alleen in rekening worden gebracht indien ze eenmalig gebruikt kunnen worden ~~en een opklap wordt uitgevoerd ten behoeve van het verwijderen~~. Alleen in combinatie met de codes J26, J36 ~~en J37~~ in rekening te brengen.

Voorgenomen besluit m.b.t. samenvoegen J24 en J25

J29 staat wel in toelichting (ad J29) maar wordt niet benoemd in XIII Implantaten (J) sub Implantologische chirurgie. J23* staat opgenomen J29* ontbreekt.

Voorgenomen besluit m.b.t. J27

De toelichting (ad J27) geeft aan: "Deze prestatie is inclusief het verwijderen van het vorige implantaat en mag dus niet in combinatie met J36 in rekening worden gebracht. Het moeizaam verwijderen van het vorige implantaat is niet inbegrepen, de combinatie met J26 is dus wel toegestaan."

Verwijderen is inclusief maar complex verwijderen weer niet. Dit maakt het onnodig gecompliceerd te meer omdat het verschillende zaken zijn die weliswaar samen kunnen voorkomen maar niet noodzakelijker wijze.

Het punten aantal van de J27 is gelijk aan de J20 en daar zit geen verwijdering van het vorige implantaat bij. Met deze tekst is de J27 ondergewaardeerd, immers J27 moet dan zijn J20 + J36

Ons voorstel is om de tekst zoals bovengenoemd te schrappen en het punten aantal ongewijzigd te laten.

De tekst van de toelichting zou dan worden:

Ad J27) Vervangen eerste implantaat

Uitsluitend in rekening te brengen voor de vervanging van het eerste implantaat in dezelfde zitting.

Voor het vervangen van het volgende implantaat in dezelfde zitting geldt prestatie J37.

Inclusief onderzoek, planning, operatie en nazorg. Niet in rekening te brengen binnen twee maanden na plaatsing implantaat op dezelfde locatie.

~~Deze prestatie is inclusief het verwijderen van het vorige implantaat en mag dus niet in combinatie met J36 in rekening worden gebracht. Het moeizaam verwijderen van het vorige implantaat is niet inbegrepen, de combinatie met J26 is dus wel toegestaan.~~

De kosten van het implantaat zijn in rekening te brengen door middel van prestatie J33.

Voorgenomen besluit m.b.t. J37

Zie onder J27. Ons voorstel verwijderen van tekst "Deze prestatie is inclusief het verwijderen van het vorige implantaat en mag dus niet in combinatie met J36 in rekening worden gebracht. Het moeizaam verwijderen van het vorige implantaat is niet inbegrepen, de combinatie met J26 is dus wel toegestaan."

Voorgenomen besluit rond J70 t/m J77 en J78

Door het voorstel gedeeltelijk overnemen is alles geregeld behalve als een steg breekt en de prothese net nieuw is. De praktijk is dan nieuwe steg en aanpassen prothese. Bij drukknoppen kan vervanging wel want daarvoor wordt de prestatie J78 ingevoerd. Als deze werkwijze wordt doorgetrokken moet er ook een J79 komen voor vervanging van de steg.

Verder zien wij problemen bij de omschrijving verwijderen of vervangen abutment. Het loshalen van de drukknop en dezelfde drukknop terugzetten (bijvoorbeeld om tandsteen te verwijderen) leidt dan ook tot de prestatie J78.

Tenslotte is abutment verwarrend omdat bij de J40 t/m J43 wordt gesproken over drukknoppen en stegen.

Ons voorstel:

Toevoeging J70 t/m J77 akkoord

J78 en ad J78: Verwijderen ~~abutment~~ of én vervangen ~~abutment~~ drukknop

Toevoegen J79: Verwijderen én vervangen steg

[REDACTED]

Van: [REDACTED]@zn.nl>
Verzonden: donderdag 29 maart 2018 08:38
Aan: [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Terugkoppeling TO Orthodontische zorg - 9 maart 2018
Bijlagen: Notitie TO Orthodontische zorg 09-03-2018-ZN [REDACTED].docx

Nu met bijlage

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 22 maart 2018 07:27
Aan: [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Orthodontische zorg - 9 maart 2018

Geachte leden van het Technisch Overleg Orthodontische zorg,

In de bijlage treft u de volgende stukken aan:

- het concept verslag van het TO Orthodontische zorg van vrijdag 9 maart j.l.;
- Notitie TO Orthodontische zorg van vrijdag 9 maart j.l..

Graag vernemen we uw op- en of aanmerkingen op zowel de notitie als het verslag uiterlijk 28 maart 2018. Dit is tevens de uiterste reactietermijn voor wijzigingsverzoeken. In het volgende TO wordt het verslag definitief vastgesteld.

In het volgende TO Orthodontische zorg wordt dit verslag definitief vastgesteld.

Dit TO is gepland op vrijdag 20 april 2018 van 14.00 tot 16.00 uur.

Indien u nog niet bent aangemeld, ontvangen we uw aan- (of afmelding) graag per e-mail: [REDACTED]@nza.nl.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]



[REDACTED]
medewerker beleidsvoorbereiding directie Regulering

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: (030) 296 81 11 | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Bij de NZa geldt een legitimatieplicht. Wij verzoeken u vriendelijk uw legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort, identiteitskaart of Rijkspas) mee te nemen en deze te tonen zodra u zich meldt bij de receptie.
Komt u met de auto naar de NZa? Geef dan uw kenteken door voor toegang tot ons parkeerterrein.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its contents are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us immediately by reply e-mail and destroy the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone.
Zorgverzekeraars Nederland is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.
