Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan
Leden TO Orthodontische zorg

Onderwerp
Regelgeving 2019

Datum
27 februari 2018

Inleiding
In dit memo zetten wij de openstaande verzoeken die in het vorige Technisch Overleg zijn besproken, nieuwe wijzigingsverzoeken en eerder ingediende wijzigingsverzoeken u teen. De volledige wijzigingsverzoeken vindt u in het andere bijgevoegde document. Deze wijzigingsverzoeken bespreken wij graag met u tijdens het TO Orthodontische zorg van 9 maart 2018.

Tevens vermelden wij in dit memo welke wijzigingen wij voornemens zijn om door te voeren voor de regelgeving 2019, zoals besproken in het vorige TO op 20 oktober 2017.

Openstaande wijzigingsverzoeken

Tarief X21 en X22 gelijk trekken met de F155 en F156 (VTvO)
Tarief X24 gelijk trekken met de F157 en F158 (VtvO)

Hu dige tarieven:
Kaakoverzichtsfoto (OPG) tandheelkundige zorg (X21)
X21 = **€66,31**

Kaakoverz chtsfoto (OPG) orthodontische zorg (F155 + F156)

F155A	= €28,35	F155B/C	= €42,18
F156A	= €16,62	F156B/C	= €24,72
Totaal	= **€44,97**	**Totaal**	= **€66,90**

Het tarief van het OPG in de orthodontische zorg (F155 + F156) is dus voor categorie A €21,34 lager en voor categorie B en C €0,59 hoger dan het OPG in de tandheelkundige zorg (X21).

Laterale schedelfoto (RSP) tandheelkundige zorg (X24)
X24 = **€29,84**

Laterale schedelfoto (RSP) orthodontische zorg (F157 + F158)

F157A	= €17,76	F157B&C	= €26,42
F158A	= €49,58	F158B&C	= €73,75
Totaal	**= €67,34**	**Totaal**	**= €100,17**

Het tarief van het RSP in de orthodontische zorg (F157 + F158) is dus voor categorie A €37,5 hoger en voor categorie B en C €70,33 hoger dan het OPG in de tandheelkundige zorg (X21).

Voorstel:
De VTvO geeft aan dat er geen grondslag in moeilijkhe dsgraad en/of zorgzwaarte is om de tarieven voor foto's in de B en C categorie hoger te vast te stellen dan in de A categorie.

Met opmerkingen [redacted]: Mag je hieruit concluderen dat het tarief voor de F157B&C du delijk te hoog is?

De VTvO stelt voor om het maken van de foto en de beoordeling los te koppelen. Hierdoor is het transparanter voor de patiënt wie de foto maakt en wie hem beoordeelt of bespreekt met de patiënt. Dit helpt in de situatie dat de tandarts al een OPG heeft gemaakt, maar de

orthodontist deze gaat beoordelen. Het moet hierbij wel duidelijk zijn dat de foto's maar 1x per behandelaar mogen worden beoordeeld.

F155/X21	Vervaardigen kaakoverzichtsfoto	€49,69
F156/X23	Beoordelen kaakoverzichtsfoto	€16,62
		Totaal €66,31

F157/X24	Vervaardigen laterale schedelfoto	€29,84
F158/X27	Beoordelen laterale schedelfoto	€16,62
		Totaal €46,46

Het OPG in de orthodontische zorg wordt daardoor €21,34 duurder en de RSP in de orthodontische zorg wordt €20,88 goedkoper voor de patiënt/zorgverzekeraar en de verschillen tussen A, B en C tarief verdwijnen.

Reactie NZa:
Het verzoek van de VTvO heeft ook gevolgen voor de tarieven tandheelkundige zorg. Zo wordt het tarief van de RSP (X24) €16,62 hoger en blijft het tarief van het OPG (X21) gelijk. Hier is dus geen sprake van een tarief neutrale wijziging. Het is dan ook niet onderbouwd waarom het tarief van X24 verhoogd dient te worden.

Zoals in het vorige TO is besproken wordt er bij elk beugeltraject een OPG in rekening gebracht. ZN gaf aan dat er 3 OPG's per patiënt worden gemaakt. Dit betekent dat de kosten van het behandeltraject door een stijging van het tarief met €21,34 dus €64,02 hoger zijn. Wij hebben benadrukt dat het gelijktrekken van het tarief budget neutraal dient te zijn. Daar lijkt in dit voorstel geen sprake van te zijn, aangezien een RSP niet bij elke beugelbehandeling wordt toegepast en het OPG wel. De beugelbehandeling wordt door dit voorstel dus €64,02 duurder voor de patiënt.

Het is de bedoeling dat een prestatie, die vrijwel altijd onderdeel uitmaakt van het beugeltraject, lager wordt gehonoreerd zodat het tarief van F155A en F156A hoger gesteld kan worden en daarmee gelijkgetrokken wordt met X21. Op deze manier wordt de patiënt niet benadeeld door deze wijziging en blijft het beugeltraject even duur.

Over het gelijktrekken van X24 met F157 en F158 hebben wij niet eerder gesproken. Wel bleek uit het vorige TO dat er lucht zat in het tarief van de laterale schedelröntgenfoto.

Met opmerkingen [redacted]]: Zie eerdere opmerking. Het zou een extra argument zijn om te komen tot een integrale prestatie

ZN heeft in het vorige TO voorgesteld om te kijken naar één integrale prestatie voor röntgendiagnostiek aan het begin van het behandeltraject. De NZa wil deze mogelijkheid graag verder met partijen verkennen.

- Kunnen partijen, met het bovenstaande in acht nemend, komen tot een nieuw voorstel om het tarief van X21 en F155/F156 gelijk te trekken? En X24 en F157/F158?
- Hoe staan andere partijen tegenover de mogelijkheid een integrale prestatie voor röntgendiagnostiek (ongeacht het aantal röntgenfoto's) te verkennen?

Met opmerkingen [redacted]]: Voor de categorie B en C patienten is er nauwelijks verschil tussen de F155/F156 en X21. Dit is anders voor de A-categorie. Voorstel voor A categorie wel integrale prestatie voor röntgendiagnostiek invoeren en voor B en C categorie (ook gezien de complexiteit) dit ongewijzigd laten.

Categorie 7 (VTvO)
De VTvO vindt dat de prestaties voor beugelcategorie 7 (F471 voor het plaatsen en F517 voor het consult) uitgesplitst dienen te worden in de volgende aparte prestaties:

- uitgebreid opstellen van het plan (kost aanzienlijk meer tijd dan bij de andere categorieën);
- het aanbrengen (en verwijderen) van de attachments;

Met opmerkingen [redacted]]: hoeveel meer tijd vergeleken met andere categorieën?

- het aantal benodigde hoesjes;
- de eventueel noodzakelijke refinements;
- slicen.

Reactie NZa:
De NZa staat open voor eventuele aanpassingen met betrekking tot het in rekening brengen van beugelcategorie 7 en ontvangt graag een concreet voorstel voor het aanpassen van deze prestaties.

In de huidige regelgeving kennen we de codes F471 voor het plaatsen van beugelcategorie 7 (tenminste 8 hoesjes) en F517 voor het beugelconsult per maand.
Uit eerder overleg blijkt dat het plaatsen van beugelcategorie 7 veel werk vergt en dat dit tarief gelijk moet blijven. Na het plaatsen heeft de behandelaar in vergelijking tot de andere beugelcategorieën minder werk; hij geeft dan nieuwe hoesjes mee en af en toe moeten nieuwe attachments geplakt worden, wat wel tijd kost. De VTvO geeft aan dat men tijdens het consult soms ook moet slicen, wat veel tijd kost. Ook zijn er niet iedere maand consulten zoals bij de andere beugelcategorieën.

De KNMT heeft destijds aangegeven dat een knellend tarief van een andere prestatie verhoogd kan worden, door het tarief van het consult van beugelcategorie 7 te verlagen. Het beugelconsult voor categorie 7 kan volgens de KNMT opgesplitst worden in een prestatie voor het verstrekken van de hoesjes en een prestatie voor bevestigen van de attachments.

De NZa vraagt aan partijen om dit voorstel concreet te maken.

Eerder ingediende wijzigingsverzoeken

F612 Plaatsen intermaxillaire correctieveren (KNMT)
De KNMT verzoekt om het plaatsen van de intermaxillaire correctieveren (€ 36,07) in rekening te brengen met het tarief van prestatie F421 'Plaatsen beugelcategorie 2' (€ 113,88).
In 2013 werd prestatie F612 ingevoerd tegen kostprijs. De veren waren destijds in opkomst en werden nog niet veel gebruikt (er stond geen honorarium tegenover). Prestatie F612 maakt een behandeling niet duurder, veelal wordt namelijk een categorie 2 (buitenbeugel) of categorie 3 beugel hiervoor uitgespaard.

Reactie NZa:
- Kunnen zorgverzekeraars beamen dat de gemoeide tijd voor het plaatsen van intermaxillaire correctieveren en het plaatsen van beugelcategorie 2 vergelijkbaar is?
- Is ook te toetsen (op den duur) of de kosten van beugelcategorie 2 en 3 uitgespaard worden als men meer de intermaxillaire correctieveren toepast?

Met opmerkingen [redacted]]: We zien de kosten voor de orthodontie meer stijgen dan het aantal unieke verzekerden die orthodontisch worden behandeld. Extra behandelmogelijkheden kunnen een prijsopdrijvend effect hebben. ZN staat welwillend tegenover het invoeren van het cat 2 tarief voor de intermaxillaire correctieveren, maar alleen als dan ook in de tariefbeschikking wordt opgenomen dat een cat 3 beugel dan niet meer mogelijk is gedurende de verdere orthodontische behandeling. Kortom tarief alleen aanpassen als het ook een volwaardig alternatief is.
De kosten van een orthodontische behandeling per verzekerde is heel lastig in beeld te krijgen omdat het meerdere jaren betreft. Kortom ZN vraagt het zich af of de uitsparing daadwerkelijk in kaart is te krijgen.

F125 Maken gebitsmodellen ook in relatie tot F132/133 (KNMT)
De KNMT verzoekt om prestaties F130, F131, F132 en F133 aan de A-lijst toe te voegen conform het tarief en omschrijving in de B-lijst. Het volstaat volgens de KNMT niet om slechts één keer modellen te vervaardigen in (de aanloop naar) een behandeling.
De KNMT geeft aan dat ongeveer de helft van de gecombineerde ortho-chirurgie behandelingen (voor de orthodontie categorie B) door de zorgverzekeraar voor het orthodontische deel wordt afgewezen maar voor het chirurgische deel niet. Voor die behandelingen is in de aanloop naar de operatie het maken van meerdere modellen onontbeerlijk. Voor patiënten die multidisciplinair moeten worden behandeld, maar volgens de zorgverzekeraar geen B of C patiënten zijn, ontbreekt dus de mogelijkheid om nader onderzoek en de bij dergelijke behandelingen extra informatievertrekking en behandelevaluatie in rekening te brengen,

welke voor de complexe, multidisciplinair te behandelen A-patiënt onmisbaar zijn.

Reactie NZa:
De KNMT geeft aan dat ongeveer de helft van de gecombineerde ortho-chirurgie behandelingen (voor de orthodontie categorie B) door de zorgverzekeraar voor het orthodontische deel wordt afgewezen maar voor het chirurgische deel niet.

- Kan de KNMT dit toelichten? Wie doet dan het chirurgische deel? (als het geen B/C-patiënten zijn), is dat dan de kaakchirurg?

Met opmerkingen [redacted]]: Er werd niet afgewezen voor het chirurgische deel omdat kaakchirurgie bij veel verzekeraars (zoals VGZ) voor de osteotomie machtigingsvrij was.

Met opmerkingen [redacted]: Het lijkt nu of dit een hele grote groep is. Het aantal verzekerden waarbij de orthodontische behandeling wordt afgewezen bij een gecombineerde behandeling is ten opzichte van de reguliere A-groep te verwaarlozen.

Vorig jaar hebben we geconcludeerd dat het probleem ligt in de toepassing van de indicatieve lijst. Wij zijn reeds met elkaar in gesprek over de indicatieve lijst. In de huidige regelgeving zijn de categorie B en C prestaties bedoeld voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Mogelijk leidt de herziening van de lijst ook tot een oplossing voor het verzoek van de KNMT.

Mocht dit niet het geval zijn, dan vinden wij het van belang dat duidelijk is in welke situaties de prestaties F130, F131, F132 en F133 ook voor categorie A patiënten van toepassing kunnen zijn.

De NZa is voornemens de herziening van de indicatieve/limitatieve lijst af te wachten, voordat gesproken gaat worden over 'zorgzwaarte' en 'tarieven'. Dit is ook zo afgestemd met partijen in de B/C-overleggen.

F812 Herstel en plaatsen van retentieapparatuur (KNMT)
De KNMT stelt voor om de zin: "Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd" te schrappen.
De KNMT vindt het niet langer verdedigbaar dat herstel en plaatsen van retentieapparatuur niet gelijktijdig in rekening gebracht mag worden met een retentie controle of beugelconsult. Twee voorbeelden om dat te illustreren:

- volwassen patiënt vraagt om (korte) behandeling van een scheef boven-front en gelijktijdig vervanging van een inmiddels slecht passend spalkje achter het onder-front.
- bij nacontrole 2 jaar na beëindigen van de actieve behandeling blijkt dat 1 van de spalkjes gedeeltelijk los zit. Repareer je dat nu of laat je de patiënt de volgende dag terugkomen voor de reparatie?

Reactie NZa
Dat herstel en plaatsen van retentieapparatuur plaats kan vinden tijdens een beugelconsult en nacontrole, maar dat dit niet declarabel is, is niet nieuw. Deze beperking geldt al lange tijd. Dit betekent dat de vergoeding hiervoor al is verdisconteerd over de andere prestaties. De NZa is van mening dat het vastzetten van het spalkje niet los gezien kan worden van een nacontrole.

Met opmerkingen [redacted]]: Eens dat vergoeding al in het tarief is verdisconteerd

F481/F491 Plaatsen beugel categorie 8/9 (KNMT)
De KNMT stelt voor om de laatste zin bij F481 en F491 als volgt aan te passen: "Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van gebruikte bogen, brackets en plaatsingskapjes". Voor de linguale apparatuur moet het wederom mogelijk worden gemaakt om ook de plaatsingskapjes bij de materiaal- en techniekkosten in rekening te brengen. Die apparatuur kan zonder die plaatsingskapjes niet worden toegepast.

Reactie NZa
De NZa heeft vorig jaar reeds aangegeven dat bij de aanpassing van de tarieven alle materiaal- en techniekkosten, op de brackets en bogen na,

verdisconteerd zijn in het tarief van de beugelcategorieën. Om deze reden zijn alleen de brackets en bogen apart in rekening te brengen.

Bij de herziening van de tarieven is besloten om alle brackets en bogen op eenzelfde manier te behandelen en hier geen onderscheid meer in te maken. Alle overige kosten, buiten de brackets en bogen, zijn dus verdisconteerd in de tarieven. De berekening is destijds ook voorgelegd aan partijen en zij hebben hiermee ingestemd. De NZa ziet dan ook geen nieuwe feiten waardoor het besluit herzien dient te worden.

Met opmerkingen [redacted]: Eens dat MT alleen brackets en bogen betreft.

Nieuwe wijzigingsverzoeken

Aanpassing van het tarief naar aanleiding van de extra benodigde tijd door wijzigingen en richtlijnen en wetgeving (KNMT)
De KNMT vindt dat duidelijk is dat met o.a.de invoering van de richtlijn radiologie, de WIP-richtlijn en de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) er meer tijd moet worden besteed ten opzichte van het moment dat de tarieven zijn vastgesteld. De KNMT vraagt aandacht voor deze ontwikkelingen en wil bekijken hoe deze verdisconteerd kunnen worden in het huidige tarief.

Reactie NZa
De NZa ontvangt doorgaans meer signalen omtrent 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.

Met opmerkingen [redacted]: Eens om nu niet tussentijds allerlei aanpassingen uit te voeren.

F81x Reparatie of vervanging van beugel vanwege slijtage (KNMT)
De KNMT stelt voor om een nieuwe code toe te voegen voor het repareren of vervangen van een beugel door slijtage. Momenteel is het vervangen of repareren van een beugel alleen in rekening te brengen bij verlies of duidelijk onzorgvuldig gebruik van de beugel door de patiënt. Voor vervanging/reparatie vanwege slijtage is nu geen aparte prestatie vastgesteld, behalve door hierop te anticiperen bij of opnieuw declareren van de plaatsingscodes. Zeker dat laatste lijkt ons niet gewenst en de eerste optie is vooraf lastig in te schatten. De KNMT stelt daarom voor de volgende code met tarief en * conform F811 toe te voegen:

F81X* Reparatie of vervanging van een beugel vanwege slijtage €27,37
Het als gevolg van reguliere slijtage repareren of vervangen van (onderdelen van) een beugel (zoals een zelfligerende bracket).

Een alternatief is om code F811 zo aan te passen dat ook reparatie zoals hierboven is bedoeld mogelijk te maken, maar een onderscheid in codes kan vanwege verzekeringstechnische redenen gewenst zijn.

Reactie NZa:
In de prestatieomschrijving van prestatie F811 Reparatie of vervanging van beugel is expliciet opgenomen dat deze prestatie niet in rekening mag worden gebracht indien het reguliere reparaties of vervangingen betreft. Dit is opgenomen, omdat een vergoeding voor de eventuele

vervanging of reparatie van de beugel is verdisconteerd over alle tarieven.

- Hoe vaak komt het voor dat een beugel door slijtage vervangen moet worden?

Met opmerkingen [redacted]: Ook hier is vergoeding van vervanging of reparatie buiten het beschrevene verdisconteerd in het tarief.

Met opmerkingen [redacted]]: De beugelbehandeling duurt doorgaans maximaal 2 jaar waarbij vaak ook meer dan 1 beugelcategorie wordt gebruikt. Bij bijv. protheses wordt een termijn van 5 jaar gehanteerd. Een activator wordt duidelijk korter gebruikt en zeker zo intensief gebruikt als een prothese. Worden hiervoor andere kunstharsen gebruikt die sneller onderhevig zijn aan slijtage?
Zo ook zou het normaal moeten zijn dat een bracket (zelfligerend of niet) berekend moet zijn op een gebruik van 2 jaar

Toeslag voor toepassing straling beperkende maatregelen (VTvO)
De VTvO verzoekt om een tijdelijke extra prestatiecode met een tarief van €2,50 voor het gebruik van innovatieve stralingsbeschermende maatregelen bij het maken van een laterale schedelröntgenfoto. Dit betreft dus een code die kan worden gebruikt in combinatie met code F157A, B of C Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto.
In de nieuwe richtlijn voor röntgen bij orthodontie worden deze stralingsbeschermende maatregelen aanbevolen. Het implementeren van deze maatregelen brengt echter investeringen met zich mee. Deze investeringen betreffen twee nieuw ontwikkelde hulpmiddelen: een schildklierprotector en een schild dat het röntgenveld verkleint.
De VTvO is van mening dat de NZa deze innovatie die een directe verbetering van de zorg (minder kans op nadelige effecten van straling) positief moet stimuleren zodat deze innovatie zo snel mogelijk in de dagelijkse praktijk zal worden geïmplementeerd.

De kosten van de apparatuur zijn ongeveer 1950 euro (incl. BTW).
(1 x ACC 2 x CTP (1 groot en 1 klein model) , installatie en instructie)
Uitgaande van 400 RSP's die in een gemiddelde orthodontische praktijk per jaar worden gemaakt is een tijdelijke toeslag van 2,50 euro per gemaakte RSP een goede manier om in 2 jaar de investering te kunnen compenseren.

Het gaat misschien om een klein bedrag qua investering maar het effect op de risico's bij straling is enorm. De dosis en daarmee het risico voor de patiënt daalt door deze beschermende maatregelen met circa 60%. De investeringen zouden volgens de VTvO dan ook door de NZa gefaciliteerd moeten worden door een tijdelijke toeslag. Op deze manier kunnen deze stralingsbeschermende maatregelen zo snel mogelijk worden geïmplementeerd in het veld. De toeslag is slechts tijdelijk van toepassing. Hiermee wordt de zorgverlener gemotiveerd om de investering op korte termijn te doen. De kwaliteit van de zorg is direct gebaat bij invoering van deze maatregelen en per patiënt zijn de kosten verwaarloosbaar t.o.v. de totale orthodontische behandeling.

Voorstel:
F163 (A, B en C) en X28 Tijdelijke toeslag bij F157 i.v.m. gebruik straling beperkende maatregelen €2,50
Tijdelijke toeslag uitsluitend te declareren in combinatie met laterale röntgenschedelprofielopnamen (F157) die worden gemaakt in 2019 en 2020. Deze code kan worden gedeclareerd wanneer bij het maken van de opname schildklierprotectie wordt toegepast én wanneer tevens het stralingsveld maximaal is gecollimeerd zoals geadviseerd in de (concept) richtlijn voor röntgengebruik in de orthodontie.

Met opmerkingen [redacted]]: Als men overgaat van een analoog OPT apparaat op een digitaal OPT-apparaat dat minder straling produceerd heeft men dan ook aanspraak op een tijdelijke toeslag of een rechthoekige conus ipv een ronde conus bij een rontgenapparaat bij de kleine rontgenfoto's.

Reactie NZa:
Dergelijke investeringen vallen onder de praktijkkosten. Indien deze kosten stijgen zal dit bij een volgend kostenonderzoek aan het licht komen en zullen de tarieven naar aanleiding hiervan worden aangepast.

Met opmerkingen [redacted]]: Zie eerdere opmerkingen bij kosten WIP. Dit leent zich niet voor tussentijdse aanpassingen.

Nacontroles beugelcategorie 1 t/m 9 (VTvO en KNMT)
In het vorige technische overleg is besloten het aantal nacontroles per jaar te beperken tot maximaal 4 per kalenderjaar. De vertaling door de NZa hiervan dat ongeacht het aantal nacontroles dit maar één keer in de

drie maanden in rekening mag worden gebracht is volgens de KNMT en VTvO niet werkbaar. Juist in de eerste maanden na de actieve behandeling zal de nacontrole frequenter nodig zijn en later minder. Voor zover de Wmg dat toestaat zou een maximering van maximaal vier keer per jaar een nacontrole wel werkbaar zijn.

Reactie NZa:
Juist door de beperkingen van de Wmg hebben wij uiteindelijk er niet voor gekozen om de formulering aan te passen. De NZa is bevoegd om prestaties en bijbehorende tarieven vast te stellen, maar is in de basis niet bevoegd om maximeringen op te leggen aan het aantal behandelingen of 'zorgleveringen'. Prestaties kunnen een bedrag per verrichting zijn maar ook per tijdvak.

Op deze manier beperken wij het aantal nacontroles namelijk niet. Aangepast is dat het bedrag voor een tijdvak (van 3 maanden) geldt. De prestaties gelden per 3 maanden *ongeacht* het aantal nacontroles.

- Stel de beugel wordt op 1 januari verwijderd. Wanneer komt de patiënt dan doorgaans voor een nacontrole in dat jaar?

Met opmerkingen [redacted]]: ZN begrijpt het probleem niet. Een controle is te allen tijde uit te voeren en afhankelijk van de 3 maanden periode te declareren. Is het de bedoeling dat de intervallen zo zijn dat ook daadwerkelijk 4 keer per jaar de prestatie kan worden gedeclareerd?

F126 Bespreken behandelplan en beoordeling gebitsmodellen (VTvO)
De VTvO is van mening dat het transparanter en duidelijker is voor de patiënt en de behandelaar om het bespreken van het behandelplan los te koppelen van de prestatie "beoordelen van gebitsmodellen".
Door de verbeterde digitale technieken en mondfotografie zijn gebitsmodellen niet altijd nodig voor het maken en bespreken van een plan. Vaak worden de afdrukken pas gemaakt en beoordeeld vlak voor de aanvang van de daadwerkelijke uitvoering van een plan dat al in een veel eerder stadium is besproken met de patiënt en/of zijn ouders.
Nu worden de gebitsmodellen vaak alleen maar gemaakt omdat dan ook het bespreken van het plan tot een declaratie leidt.

Reactie NZa
Vorig jaar heeft de NZa toegelicht dat het bespreken van het behandelplan onderdeel is van prestatie F126. Vorig jaar is dit daarom in de regelgeving verduidelijkt. Het expliciet noemen van het bespreken van het behandelplan in de prestatie omschrijving lijkt ons dan ook transparanter en beter controleerbaar voor de patiënt.

- Begrijpt de NZa het goed dat de VTvO stelt dat niet altijd gebitsmodellen nodig zijn voorafgaand aan een behandelplan? Hoe staan andere partijen hierin?

Met opmerkingen [redacted]: ZN zet hier vraagtekens bij

Voorgenomen wijzigingen regeloeving 2019

Puntenaantal F401 aanpassen
In de beleidsregel staat bij prestatie F401 een puntenaantal van 279,1, dit moet 297,1 zijn.

F492 per kaak is weggevallen op p. 6, 8 en 10
Per kaak wordt toegevoegd bij prestatie F492 op pagina 6, 8 en 10.

Tarief F131B en F131C verschillen 1 cent
Het tarief van F131B en F131C verschilt 1 cent, dit komt door de afronding. Het tarief van F131B wordt aangepast.

[redacted]

Van: [redacted] @yahoo.com>
Verzonden: woensdag 28 maart 2018 08:23
Aan: [redacted] @knmt.nl; [redacted] @ [redacted] .nl; [redacted] @zn.nl; [redacted] @cz.nl; [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Re: Terugkoppeling TO Orthodontische zorg - 9 maart 2018
Bijlagen: mrt 2018 Vragen aan de NZA.docx; Notitie TO Orthodontische zorg 09-03-2018 versie VTvO.docx

Beste [redacted]

Hierbij de reacties van de VTVO plus een kort lijstje met een aantal vragen aan de NZA. Dit gaarne op de agenda voor het volgende overleg plaatsen,

Met vriendelijke groet, [redacted]

Op donderdag 22 maart 7:27 2018 schreef ' [redacted] het volgende:

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]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

VRAGEN AAN DE NZA 28 maart 2018

Uit eerdere contacten hebben wij begrepen dat een tandarts geen voorschot in rekening zou mogen brengen voor zijn werkzaamheden. Het werd echter niet duidelijk waarom dat niet zou mogen en waarop dat is gebaseerd.

Het mag duidelijk zijn dat een tandarts die geen voorschot in rekening mag brengen anders grote financiële risico loopt met alle gevolgen van dien, met name bij uitgebreide behandelingen waarbij ook werk van derden aan de orde is, terwijl het in rekening brengen van een voorschot toch niet meer dan een kwestie van verstandig ondernemerschap is. Vandaar dat wij de volgende vragen aan u willen voorleggen:

1. Mag een tandarts of tandarts die orthodontische werkzaamheden verricht of een orthodontist een voorschot in rekening brengen voor de door hem te verrichten werkzaamheden? Zo niet, waarom niet? Zijn daaraan maxima verbonden en zo ja, welke?

2. Mag een tandarts of tandarts die orthodontische werkzaamheden verricht of een orthodontist een voorschot in rekening brengen voor door hem in te kopen werk van derden of materialen? Zo niet, waarom niet? Zijn daaraan maxima verbonden en zo ja, welke?

3. Maakt het voor de beantwoording van de bovenstaande vragen nog verschil of de patiënt verzekerd is voor de (beoogde) behandeling? Ziekenhuizen bijvoorbeeld brengen immers ook een voorschot in rekening indien de patiënt geen basisziektekostenverzekering heeft of een buitenlandse verzekering heeft.

4. Mag een handelsonderneming of particulier (niet BIG-geregistreerd) medische hulpmiddelen verkopen aan particulieren als het gaat om:
   a. niet individueel vervaardigde medische hulpmiddelen niet vallende onder materiaal- of techniekkosten als bedoeld in de regelgeving tandheelkundige zorg;
   b. niet individueel vervaardigde medische hulpmiddelen wel vallende onder materiaal- of techniekkosten als bedoeld in de regelgeving tandheelkundige zorg;
   c. wel individueel vervaardigde medische hulpmiddelen niet vallende onder materiaal- of techniekkosten als bedoeld in de regelgeving tandheelkundige zorg;
   d. wel individueel vervaardigde medische hulpmiddelen wel vallende onder materiaal- of techniekkosten als bedoeld in de regelgeving tandheelkundige zorg.

Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan
Leden TO Orthodontische zorg

Onderwerp
Regelgeving 2019

Datum
27 februari 2018

Inleiding
In dit memo zetten wij de openstaande verzoeken die in het vorige Technisch Overleg zijn besproken, nieuwe wijzigingsverzoeken en eerder ingediende wijzigingsverzoeken uiteen. De volledige wijzigingsverzoeken vindt u in het andere bijgevoegde document. Deze wijzigingsverzoeken bespreken wij graag met u tijdens het TO Orthodontische zorg van 9 maart 2018.

Tevens vermelden wij in dit memo welke wijzigingen wij voornemens zijn om door te voeren voor de regelgeving 2019, zoals besproken in het vorige TO op 20 oktober 2017.

Openstaande wijzigingsverzoeken

Tarief X21 en X22 gelijk trekken met de F155 en F156 (VTvO)
Tarief X24 gelijk trekken met de F157 en F158 (VtvO)

Huidige tarieven:
Kaakoverzichtsfoto (OPG) tandheelkundige zorg (X21)
X21 = **€66,31**

Kaakoverzichtsfoto (OPG) orthodontische zorg (F155 + F156)

F155A	= €28,35	F155B/C	= €42,18
F156A	= €16,62	F156B/C	= €24,72
Totaal	= **€44,97**	**Totaal**	= **€66,90**

Het tarief van het OPG in de orthodontische zorg (F155 + F156) is dus voor categorie A €21,34 lager en voor categorie B en C €0,59 hoger dan het OPG in de tandheelkundige zorg (X21).

Laterale schedelfoto (RSP) tandheelkundige zorg (X24)
X24 = **€29,84**

Laterale schedelfoto (RSP) orthodontische zorg (F157 + F158)

F157A	= €17,76	F157B&C	= €26,42
F158A	= €49,58	F158B&C	= €73,75
Totaal	**= €67,34**	**Totaal**	**= €100,17**

Het tarief van het RSP in de orthodontische zorg (F157 + F158) is dus voor categorie A €37,5 hoger en voor categorie B en C €70,33 hoger dan het OPG in de tandheelkundige zorg (X21).

Voorstel:
De VTvO geeft aan dat er geen grondslag in moeilijkheidsgraad en/of zorgzwaarte is om de tarieven voor foto's in de B en C categorie hoger te vast te stellen dan in de A categorie.

De VTvO stelt voor om het maken van de foto en de beoordeling los te koppelen. Hierdoor is het transparanter voor de patiënt wie de foto maakt en wie hem beoordeelt of bespreekt met de patiënt. Dit helpt in de situatie dat de tandarts al een OPG heeft gemaakt, maar de

orthodontist deze gaat beoordelen. Het moet hierbij wel duidelijk zijn dat de foto's maar 1x per behandelaar mogen worden beoordeeld.

F155/X21	Vervaardigen kaakoverzichtsfoto	€49,69
F156/X23	Beoordelen kaakoverzichtsfoto	€16,62
		Totaal €66,31

F157/X24	Vervaardigen laterale schedelfoto	€29,84
F158/X27	Beoordelen laterale schedelfoto	€16,62
		Totaal €46,46

Het OPG in de orthodontische zorg wordt daardoor €21,34 duurder en de RSP in de orthodontische zorg wordt €20,88 goedkoper voor de patiënt/zorgverzekeraar en de verschillen tussen A, B en C tarief verdwijnen.

Reactie NZa:
Het verzoek van de VTvO heeft ook gevolgen voor de tarieven tandheelkundige zorg. Zo wordt het tarief van de RSP (X24) €16,62 hoger en blijft het tarief van het OPG (X21) gelijk. Hier is dus geen sprake van een tarief neutrale wijziging. Het is dan ook niet onderbouwd waarom het tarief van X24 verhoogd dient te worden.

Zoals in het vorige TO is besproken wordt er bij elk beugeltraject een OPG in rekening gebracht. ZN gaf aan dat er 3 OPG's per patiënt worden gemaakt. Dit betekent dat de kosten van het behandeltraject door een stijging van het tarief met €21,34 dus €64,02 hoger zijn. Wij hebben benadrukt dat het gelijktrekken van het tarief budget neutraal dient te zijn. Daar lijkt in dit voorstel geen sprake van te zijn, aangezien een RSP niet bij elke beugelbehandeling wordt toegepast en het OPG wel. De beugelbehandeling wordt door dit voorstel dus €64,02 duurder voor de patiënt.

Het is de bedoeling dat een prestatie, die vrijwel altijd onderdeel uitmaakt van het beugeltraject, lager wordt gehonoreerd zodat het tarief van F155A en F156A hoger gesteld kan worden en daarmee gelijkgetrokken wordt met X21. Op deze manier wordt de patiënt niet benadeeld door deze wijziging en blijft het beugeltraject even duur.

Over het gelijktrekken van X24 met F157 en F158 hebben wij niet eerder gesproken. Wel bleek uit het vorige TO dat er lucht zat in het tarief van de laterale schedelröntgenfoto.

ZN heeft in het vorige TO voorgesteld om te kijken naar één integrale prestatie voor röntgendiagnostiek aan het begin van het behandeltraject. De NZa wil deze mogelijkheid graag verder met partijen verkennen.

- Kunnen partijen, met het bovenstaande in acht nemend, komen tot een nieuw voorstel om het tarief van X21 en F155/F156 gelijk te trekken? En X24 en F157/F158?

REACTIE VTvO
Wij denken dat het gelijk trekken van de tarieven voor orthodontie en reguliere tandheelkunde de transparantie ten goede komt voor de patienten, verzekeraars en behandelaars.
Wij hebben een voorstel uitgewerkt en laten het aan de NZa over om hier verder een passend tarief aan te koppelen.
Dat er 3 OPG's per orthodontische behandeling worden gedeclareerd kan in deze berekening worden verwerkt. Wel zouden we graag de onderbouwing van het aantl OPG's per behandelde patient willen zien.

- Hoe staan andere partijen tegenover de mogelijkheid een integrale prestatie voor röntgendiagnostiek (ongeacht het aantal röntgenfoto's) te verkennen?

REACTIE VTvO
Wij zijn geen voorstander van een tarief ongeacht het aantal rontgenfoto's. Het tariefshuis is juist zo opgebouwd dat een verrichting gekoppeld is aan een tarief, dit werkt prima en moet zo blijven.

Categorie 7 (VTvO)
De VTvO vindt dat de prestaties voor beugelcategorie 7 (F471 voor het plaatsen en F517 voor het consult) uitgesplitst dienen te worden in de volgende aparte prestaties:

- uitgebreid opstellen van het plan (kost aanzienlijk meer tijd dan bij de andere categorieën);
- het aanbrengen (en verwijderen) van de attachments;
- het aantal benodigde hoesjes;
- de eventueel noodzakelijke refinements;
- slicen.

Reactie NZa:
De NZa staat open voor eventuele aanpassingen met betrekking tot het in rekening brengen van beugelcategorie 7 en ontvangt graag een concreet voorstel voor het aanpassen van deze prestaties.

In de huidige regelgeving kennen we de codes F471 voor het plaatsen van beugelcategorie 7 (tenminste 8 hoesjes) en F517 voor het beugelconsult per maand.
Uit eerder overleg blijkt dat het plaatsen van beugelcategorie 7 veel werk vergt en dat dit tarief gelijk moet blijven. Na het plaatsen heeft de behandelaar in vergelijking tot de andere beugelcategorieën minder werk; hij geeft dan nieuwe hoesjes mee en af en toe moeten nieuwe attachments geplakt worden, wat wel tijd kost. De VTvO geeft aan dat men tijdens het consult soms ook moet slicen, wat veel tijd kost. Ook zijn er niet iedere maand consulten zoals bij de andere beugelcategorieën.

De KNMT heeft destijds aangegeven dat een knellend tarief van een andere prestatie verhoogd kan worden, door het tarief van het consult van beugelcategorie 7 te verlagen. Het beugelconsult voor categorie 7 kan volgens de KNMT opgesplitst worden in een prestatie voor het verstrekken van de hoesjes en een prestatie voor bevestigen van de attachments.

De NZa vraagt aan partijen om dit voorstel concreet te maken.

De huidige regelgeving voldoet in principe , dus geen wijzigingen aanbrengen.

Eerder ingediende wijzigingsverzoeken

F612 Plaatsen intermaxillaire correctieveren (KNMT)
De KNMT verzoekt om het plaatsen van de intermaxillaire correctieveren (€ 36,07) in rekening te brengen met het tarief van prestatie F421 'Plaatsen beugelcategorie 2' (€ 113,88).
In 2013 werd prestatie F612 ingevoerd tegen kostprijs. De veren waren destijds in opkomst en werden nog niet veel gebruikt (er stond geen honorarium tegenover). Prestatie F612 maakt een behandeling niet duurder, veelal wordt namelijk een categorie 2 (buitenbeugel) of categorie 3 beugel hiervoor uitgespaard.

Reactie NZa:

- Kunnen zorgverzekeraars beamen dat de gemoeide tijd voor het plaatsen van intermaxillaire correctieveren en het plaatsen van beugelcategorie 2 vergelijkbaar is?

REACTIE VTvO
Ja de tijd is vergelijkbaar.

- Is ook te toetsen (op den duur) of de kosten van beugelcategorie 2 en 3 uitgespaard worden als men meer de intermaxillaire correctieveren toepast?
-

REACTIE VTvO
We denken dat dit mogelijk is maar er moet goed gekeken worden naar de 0-meting en wanneer we dan gaan toetsen.

F125 Maken gebitsmodellen ook in relatie tot F132/133 (KNMT)
De KNMT verzoekt om prestaties F130, F131, F132 en F133 aan de A-lijst toe te voegen conform het tarief en omschrijving in de B-lijst. Het volstaat volgens de KNMT niet om slechts één keer modellen te vervaardigen in (de aanloop naar) een behandeling.
De KNMT geeft aan dat ongeveer de helft van de gecombineerde ortho-chirurgie behandelingen (voor de orthodontie categorie B) door de zorgverzekeraar voor het orthodontische deel wordt afgewezen maar voor het chirurgische deel niet. Voor die behandelingen is in de aanloop naar de operatie het maken van meerdere modellen onontbeerlijk. Voor patiënten die multidisciplinair moeten worden behandeld, maar volgens de zorgverzekeraar geen B of C patiënten zijn, ontbreekt dus de mogelijkheid om nader onderzoek en de bij dergelijke behandelingen extra informatievertrekking en behandelevaluatie in rekening te brengen, welke voor de complexe, multidisciplinair te behandelen A-patiënt onmisbaar zijn.

Reactie NZa:
De KNMT geeft aan dat ongeveer de helft van de gecombineerde ortho-chirurgie behandelingen (voor de orthodontie categorie B) door de zorgverzekeraar voor het orthodontische deel wordt afgewezen maar voor het chirurgische deel niet.

- Kan de KNMT dit toelichten? Wie doet dan het chirurgische deel? (als het geen B/C-patiënten zijn), is dat dan de kaakchirurg?

Vorig jaar hebben we geconcludeerd dat het probleem ligt in de toepassing van de indicatieve lijst. Wij zijn reeds met elkaar in gesprek over de indicatieve lijst. In de huidige regelgeving zijn de categorie B en C prestaties bedoeld voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Mogelijk leidt de herziening van de lijst ook tot een oplossing voor het verzoek van de KNMT.

Mocht dit niet het geval zijn, dan vinden wij het van belang dat duidelijk is in welke situaties de prestaties F130, F131, F132 en F133 ook voor categorie A patiënten van toepassing kunnen zijn.

De NZa is voornemens de herziening van de indicatieve/limitatieve lijst af te wachten, voordat gesproken gaat worden over 'zorgzwaarte' en 'tarieven'. Dit is ook zo afgestemd met partijen in de B/C-overleggen.

REACTIE VTvO
Wij denken dat wachten op het B/C overleg in deze geen toegevoegde waarde heeft omdat we nu gecombineerde ortho/chirurgische behandelingen uitvoeren voor het A- tarief waarbij er wel degelijk een noodzaak is om vaker modellen te maken. Hierbij speelt de behandeling een grotere rol dan in welk tarief het valt.

F812 Herstel en plaatsen van retentieapparatuur (KNMT)

De KNMT stelt voor om de zin: "Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd" te schrappen.
De KNMT vindt het niet langer verdedigbaar dat herstel en plaatsen van retentieapparatuur niet gelijktijdig in rekening gebracht mag worden met een retentie controle of beugelconsult. Twee voorbeelden om dat te illustreren:

- volwassen patiënt vraagt om (korte) behandeling van een scheef boven-front en gelijktijdig vervanging van een inmiddels slecht passend spalkje achter het onder-front.
- bij nacontrole 2 jaar na beëindigen van de actieve behandeling blijkt dat 1 van de spalkjes gedeeltelijk los zit. Repareer je dat nu of laat je de patiënt de volgende dag terugkomen voor de reparatie?

Reactie NZa
Dat herstel en plaatsen van retentieapparatuur plaats kan vinden tijdens een beugelconsult en nacontrole, maar dat dit niet declarabel is, is niet nieuw. Deze beperking geldt al lange tijd. Dit betekent dat de vergoeding hiervoor al is verdisconteerd over de andere prestaties. De NZa is van mening dat het vastzetten van het spalkje niet los gezien kan worden van een nacontrole.

REACTIE VTvO
Wij zijn het met de NZa eens.

F481/F491 Plaatsen beugel categorie 8/9 (KNMT)
De KNMT stelt voor om de laatste zin bij F481 en F491 als volgt aan te passen: "Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van gebruikte bogen, brackets en plaatsingskapjes". Voor de linguale apparatuur moet het wederom mogelijk worden gemaakt om ook de plaatsingskapjes bij de materiaal- en techniekkosten in rekening te brengen. Die apparatuur kan zonder die plaatsingskapjes niet worden toegepast.

Reactie NZa
De NZa heeft vorig jaar reeds aangegeven dat bij de aanpassing van de tarieven alle materiaal- en techniekkosten, op de brackets en bogen na, verdisconteerd zijn in het tarief van de beugelcategorieën. Om deze reden zijn alleen de brackets en bogen apart in rekening te brengen.

Bij de herziening van de tarieven is besloten om alle brackets en bogen op eenzelfde manier te behandelen en hier geen onderscheid meer in te maken. Alle overige kosten, buiten de brackets en bogen, zijn dus verdisconteerd in de tarieven. De berekening is destijds ook voorgelegd aan partijen en zij hebben hiermee ingestemd. De NZa ziet dan ook geen nieuwe feiten waardoor het besluit herzien dient te worden.

REACTIE VTvO
Hierbij komt weer naar voren dat er een verschil is tussen materiaal kosten die gemaakt worden ten behoeve van een orthodontische behandeling (draden, brackets banden enz, EN techniekkosten welke door een tandtechnisch laboratorium in rekening worden gebracht. (spalken, uitneembare apparatuur zoals activatoren, plaatsingskapjes gipsmodellen enz)
Wij denken dat hier een duidelijk onderscheid in moet worden gemaakt en niet zoals nu is ingevoerd de materiaal/techniekkosten onder 1 noemer te vermelden. Dit hebben we in meerdere overleggen al proberen duidelijk te maken.

Nieuwe wijzigingsverzoeken

Aanpassing van het tarief naar aanleiding van de extra benodigde tijd door wijzigingen en richtlijnen en wetgeving (KNMT)
De KNMT vindt dat duidelijk is dat met o.a.de invoering van de richtlijn radiologie, de WIP-richtlijn en de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) er meer tijd moet worden besteed ten opzichte van het moment dat de tarieven zijn vastgesteld. De KNMT vraagt aandacht voor deze ontwikkelingen en wil bekijken hoe deze verdisconteerd kunnen worden in het huidige tarief.

Reactie NZa
De NZa ontvangt doorgaans meer signalen omtrent 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.

REACTIE VTvO
We zien door nieuwe regelgeveing eigenlijk altijd dat de kosten of de tijdsinspanning van de beugelbehandeling toeneemt. Het is dan op zijn plaats om pro-actief deze zaken in een tarief mee te nemen en niet te wachten op een kostenonderzoek wat altijd een achteraf meting is van de kosten. Dit geldt ook voor ons verzoek om een tijdelijke toeslag voor de beschermings schildjes bij het maken van een RSP opname.
Het is o.i. ook de taak van de NZa om mee te denken en vooruit te anticiperen op de moderne technieken en regelgeving. Bovendien is het goed om maatregelen ter bescherming van de patient te stimuleren als beroepsgroep, verzekeraar en marktautotiteit.

F81x Reparatie of vervanging van beugel vanwege slijtage (KNMT)
De KNMT stelt voor om een nieuwe code toe te voegen voor het repareren of vervangen van een beugel door slijtage. Momenteel is het vervangen of repareren van een beugel alleen in rekening te brengen bij verlies of duidelijk onzorgvuldig gebruik van de beugel door de patiënt. Voor vervanging/reparatie vanwege slijtage is nu geen aparte prestatie vastgesteld, behalve door hierop te anticiperen bij of opnieuw declareren van de plaatsingscodes. Zeker dat laatste lijkt ons niet gewenst en de eerste optie is vooraf lastig in te schatten. De KNMT stelt daarom voor de volgende code met tarief en * conform F811 toe te voegen:

F81X* Reparatie of vervanging van een beugel vanwege slijtage €27,37
Het als gevolg van reguliere slijtage repareren of vervangen van (onderdelen van) een beugel (zoals een zelfligerende bracket).

Een alternatief is om code F811 zo aan te passen dat ook reparatie zoals hierboven is bedoeld mogelijk te maken, maar een onderscheid in codes kan vanwege verzekeringstechnische redenen gewenst zijn.

Reactie NZa:
In de prestatieomschrijving van prestatie F811 Reparatie of vervanging van beugel is expliciet opgenomen dat deze prestatie niet in rekening mag worden gebracht indien het reguliere reparaties of vervangingen betreft. Dit is opgenomen, omdat een vergoeding voor de eventuele

vervanging of reparatie van de beugel is verdisconteerd over alle tarieven.

- Hoe vaak komt het voor dat een beugel door slijtage vervangen moet worden?

REACTIE VTvO
Het blijkt dat de definities over (reguliere) slijtage en vervanging door onzorgvuldig gebruik tot veel spraak verwarring lijdt bij patienten, zorgverzekeraars en behandelaars.
Wij pleiten voor een transparante duidelijke omschrijving als het 2 verschillende codes worden en anders dit allemaal in 1 code samen te voegen zoals het voorstel van de KNMT. Het aantal reparaties/vervangingen is ten opziche van het aantal plaatsingen te verwaarlozen. En wij zien bij zorgvuldige monitoring door de zorgverzekeraars geen reden voor ongerustheid dat er een enorme toename zal komen van deze code die incidenteel zal worden gedeclareerd.

Toeslag voor toepassing straling beperkende maatregelen (VTvO)
De VTvO verzoekt om een tijdelijke extra prestatiecode met een tarief van €2,50 voor het gebruik van innovatieve stralingsbeschermende maatregelen bij het maken van een laterale schedelröntgenfoto. Dit betreft dus een code die kan worden gebruikt in combinatie met code F157A, B of C Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto.
In de nieuwe richtlijn voor röntgen bij orthodontie worden deze stralingsbeschermende maatregelen aanbevolen. Het implementeren van deze maatregelen brengt echter investeringen met zich mee. Deze investeringen betreffen twee nieuw ontwikkelde hulpmiddelen: een schildklierprotector en een schild dat het röntgenveld verkleint.
De VTvO is van mening dat de NZa deze innovatie die een directe verbetering van de zorg (minder kans op nadelige effecten van straling) positief moet stimuleren zodat deze innovatie zo snel mogelijk in de dagelijkse praktijk zal worden geïmplementeerd.

De kosten van de apparatuur zijn ongeveer 1950 euro (incl. BTW).
(1 x ACC 2 x CTP (1 groot en 1 klein model) , installatie en instructie)
Uitgaande van 400 RSP's die in een gemiddelde orthodontische praktijk per jaar worden gemaakt is een tijdelijke toeslag van 2,50 euro per gemaakte RSP een goede manier om in 2 jaar de investering te kunnen compenseren.

Het gaat misschien om een klein bedrag qua investering maar het effect op de risico's bij straling is enorm. De dosis en daarmee het risico voor de patiënt daalt door deze beschermende maatregelen met circa 60%. De investeringen zouden volgens de VTvO dan ook door de NZa gefaciliteerd moeten worden door een tijdelijke toeslag. Op deze manier kunnen deze stralingsbeschermende maatregelen zo snel mogelijk worden geïmplementeerd in het veld. De toeslag is slechts tijdelijk van toepassing. Hiermee wordt de zorgverlener gemotiveerd om de investering op korte termijn te doen. De kwaliteit van de zorg is direct gebaat bij invoering van deze maatregelen en per patiënt zijn de kosten verwaarloosbaar t.o.v. de totale orthodontische behandeling.

Voorstel:
F163 (A, B en C) en X28 Tijdelijke toeslag bij F157 i.v.m. gebruik straling beperkende maatregelen €2,50
Tijdelijke toeslag uitsluitend te declareren in combinatie met laterale röntgenschedelprofielopnamen (F157) die worden gemaakt in 2019 en 2020. Deze code kan worden gedeclareerd wanneer bij het maken van de opname schildklierprotectie wordt toegepast én wanneer tevens het

stralingsveld maximaal is gecollimeerd zoals geadviseerd in de (concept) richtlijn voor röntgengebruik in de orthodontie.

Reactie NZa:
Dergelijke investeringen vallen onder de praktijkkosten. Indien deze kosten stijgen zal dit bij een volgend kostenonderzoek aan het licht komen en zullen de tarieven naar aanleiding hiervan worden aangepast.

REACTIE VTvO
Wij vinden een tijdelijke toelslag noodzakelijk om de stralings beperkende maatregelen bij het maken van een RSP zo snel mogelijk in te voeren verdedigbaar en hopen echt dat de KNMT, ZN en de NZa hier ook de noodzaak van inzien en zich niet verschuilen achter een mogelijk volgend kostenonderzoek. Het gaat hier om de ricico's voor de algemene gezondheid van de patienten waar een behoorlijke extra investering voor wordt verlangt van de behandelaars die hiervoor misschien pas over een paar jaar voor worden gecompenseerd als dit uit het kostenonderzoek blijkt nodig te zijn geweest. Dan dempen we de put als het kalf al is verdronken.

Nacontroles beugelcategorie 1 t/m 9 (VTvO en KNMT)
In het vorige technische overleg is besloten het aantal nacontroles per jaar te beperken tot maximaal 4 per kalenderjaar. De vertaling door de NZa hiervan dat ongeacht het aantal nacontroles dit maar één keer in de drie maanden in rekening mag worden gebracht is volgens de KNMT en VTvO niet werkbaar. Juist in de eerste maanden na de actieve behandeling zal de nacontrole frequenter nodig zijn en later minder. Voor zover de Wmg dat toestaat zou een maximering van maximaal vier keer per jaar een nacontrole wel werkbaar zijn.

Reactie NZa:
Juist door de beperkingen van de Wmg hebben wij uiteindelijk er niet voor gekozen om de formulering aan te passen. De NZa is bevoegd om prestaties en bijbehorende tarieven vast te stellen, maar is in de basis niet bevoegd om maximeringen op te leggen aan het aantal behandelingen of 'zorgleveringen'. Prestaties kunnen een bedrag per verrichting zijn maar ook per tijdvak.

Op deze manier beperken wij het aantal nacontroles namelijk niet. Aangepast is dat het bedrag voor een tijdvak (van 3 maanden) geldt. De prestaties gelden per 3 maanden *ongeacht* het aantal nacontroles.

- Stel de beugel wordt op 1 januari verwijderd. Wanneer komt de patiënt dan doorgaans voor een nacontrole in dat jaar?

REACTIE VTvO
Hierover hebben in het vorig overleg uitvoerig gesproken en de NZa heeft aangegeven om te kijken naar een tekstuele aanpassing om maximaal 4 x per jaar dit te kunnen declareren maar dat we niet gebonden zijn aan de restrictie maximaal 1x per 3 maanden

F126 Bespreken behandelplan en beoordeling gebitsmodellen (VTvO)
De VTvO is van mening dat het transparanter en duidelijker is voor de patiënt en de behandelaar om het bespreken van het behandelplan los te koppelen van de prestatie "beoordelen van gebitsmodellen".
Door de verbeterde digitale technieken en mondfotografie zijn gebitsmodellen niet altijd nodig voor het maken en bespreken van een plan. Vaak worden de afdrukken pas gemaakt en beoordeeld vlak voor de aanvang van de daadwerkelijke uitvoering van een plan dat al in een veel eerder stadium is besproken met de patiënt en/of zijn ouders.

Nu worden de gebitsmodellen vaak alleen maar gemaakt omdat dan ook het bespreken van het plan tot een declaratie leidt.

Reactie NZa
Vorig jaar heeft de NZa toegelicht dat het bespreken van het behandelplan onderdeel is van prestatie F126. Vorig jaar is dit daarom in de regelgeving verduidelijkt. Het expliciet noemen van het bespreken van het behandelplan in de prestatie omschrijving lijkt ons dan ook transparanter en beter controleerbaar voor de patiënt.

- Begrijpt de NZa het goed dat de VTvO stelt dat niet altijd gebitsmodellen nodig zijn voorafgaand aan een behandelplan? Hoe staan andere partijen hierin?

REACTIE VTvO
In het vorig overleg werd deze vraag uitvoerig beantwoord maar dat was niet de vraag van de VTvO. Het gaat ons om de impliciete koppeling van het maken/beoordelen van modellen en het uitleggen van het behandelplan.
Deze uitleg is ook niet gekoppeld bijvoorbeeld aan het maken van een OPG. Voor de transparantie en toenemende vraag naar meer uitleg is het volgens ons beter om het maken en beoordelen van gebitsmodellen los te koppelen en een tijdsafhankelijk tarief voor het bespreken van het behandelplan in te voeren.

Voorgenomen wijzigingen regelgeving 2019

Puntenaantal F401 aanpassen
In de beleidsregel staat bij prestatie F401 een puntenaantal van 279,1, dit moet 297,1 zijn.

F492 per kaak is weggevallen op p. 6, 8 en 10
Per kaak wordt toegevoegd bij prestatie F492 op pagina 6, 8 en 10.

Tarief F131B en F131C verschillen 1 cent
Het tarief van F131B en F131C verschilt 1 cent, dit komt door de afronding. Het tarief van F131B wordt aangepast.

WIJZIGINGSVERZOEKEN die nog besproken worden op 20 april

Aanpassingen Tarief 0
De VTvO heeft uitvoerige informatie verstrekt aan de NZa om haar mening te onderbouwen dat er niets aan het tarief en de mogelijkheden om de myo-functionele appraratuur binnen de orthodontie codes te kunnen blijven declareren.

[redacted]

Van: [redacted] @zn.nl>
Verzonden: donderdag 15 maart 2018 08:58
Aan: [redacted] @tandarts.nl'; [redacted] @ant-tandartsen.nl'; [redacted] @ant-tandartsen.nl'; [redacted] @planet.nl'; [redacted] @ant-tandartsen.nl'; [redacted] @consumentenbond.nl'; [redacted] @knmt.nl'; [redacted] @gmail.com'; [redacted] @tand-wiel. nl'; [redacted] @mondhygienisten.nl'; [redacted] @patientenfederatie.nl'; [redacted] @casema.nl'; [redacted] @ont.n l'; [redacted] @cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 7 maart 2018 - aanvullende bijlage

Beste allen

In de notitie is een fout geslopen in de wijzigingsvoorstellen door ZN aangedragen (ZN heeft een verkeerde kop boven het wijzigingsvoorstel geplaatst). Dit punt stond op het TO niet geagendeerd dus heb ik deze fout nog niet gemeld.

In het kopje staat:

E54 Verwijderen van wortelkanaalvulmateriaal
De Nza reageert hier terecht dat niet duidelijk wat met dit voorstel precies wordt bedoeld.
Het juiste kopje moet zijn: E04 Toeslag voor kosten bij gebruik van roterend nikkel-titanium instrumenten. Hieraan spreekt de tekst voor zichzelf.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

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: dinsdag 13 maart 2018 17:08
Aan: [redacted] @tandarts.nl' ; [redacted] @ant-tandartsen.nl' ; [redacted] @ant-tandartsen.nl' ; [redacted] @planet.nl' ; [redacted] @ant-tandartsen.nl' ; [redacted] @consumentenbond.nl' ; [redacted] @knmt.nl' ; [redacted] @gmail.com' ; [redacted] @tand-wiel.nl' ; [redacted] ' ; [redacted] @mondhygienisten.nl' ; [redacted] @patientenfederatie.nl' ; [redacted] @casema.nl' [redacted] @ont.nl' [redacted] @cz.nl'

CC: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 7 maart 2018 - aanvullende bijlage

Geachte leden van het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg,

Vanochtend heeft u onderstaande e-mail ontvangen. Per abuis heeft u de notitie niet ontvangen. De notitie is toegevoegd in de bijlage van dit e-mailbericht.
Graag ontvangen we uw op- en of opmerkingen en aanvullingen op de wijzigingsverzoeken in dit Word-bestand (en niet in het Word-bestand Totaaloverzicht wijzigingsverzoeken, zoals meegezonden in de vorige e-mail).
Excuses voor de eventuele verwarring.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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: dinsdag 13 maart 2018 9:15
Aan: [redacted] @tandarts.nl'; [redacted] @ant-tandartsen.nl'; [redacted] @ant-tandartsen.nl'; [redacted] @planet.nl'; [redacted] @ant-tandartsen.nl'; [redacted] @consumentenbond.nl'; [redacted] @knmt.nl'; [redacted] @gmail.com'; [redacted] @tand-wiel.nl'; [redacted] '; [redacted] @mondhygienisten.nl'; [redacted] @patientenfederatie.nl'; [redacted] @casema.nl'; [redacted] @ont.nl'; [redacted] @zn.nl'; [redacted] @zn.nl'; [redacted] @zn.nl'; [redacted] @cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 7 maart 2018

Geachte leden van het Technisch Overleg (TO) Tandheelkundige zorg,

In de bijlage treft u het concept verslag van het TO Tandheelkundige zorg van woensdag 7 maart j.l. aan.
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 TO is besloten om een pilot van de expertgroep te starten. De NZa neemt de organisatie van de eerste bijeenkomst op zich.
Graag vernemen we z.s.m. wie we kunnen uitnodigen voor de pilot.

Het volgende TO Tandheelkundige zorg is gepland op woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.30 uur.
Indien u nog niet bent aangemeld, ontvangen we uw aan- (of afmelding) graag per e-mail: [redacted] @nza.nl.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

[redacted]

Van: [redacted]@ont.nl>
Verzonden: dinsdag 24 april 2018 20:55
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 18 april 2018

Beste [redacted]
Hierbij de reactie van de ONT op de vragen uit de notitie.

Allereerst een algemene opmerking.
Ik constateer dat er verschillen zitten tussen de aantallen genoemd in de toegestuurde Vektis data en de aantallen genoemd in de notitie.
Deze opmerking is al aan Fieke doorgegeven, en zal onderzocht worden.
Voordat er beslissingen genomen worden over prestaties waarbij het aantal keren dat een prestatie geleverd wordt een rol speelt, wil de ONT wel helderheid over de juistheid van de cijfers.

P45
Gevraagd of er nog een tekstvoorstel voor wijziging van omschrijving van de P45 ten behoeve van de regelgeving 2019 te verwachten is?

De ONT zal geen voorstel doen voor verandering van de toelichting.
Problemen die er waren zijn verduidelijkt na overleg met oa ZN.

P27
De ONT blijft bij de eerdere reactie en argumentatie zoals weergegeven in notitie, dat de code verwijderd kan worden.

De code P27 zou volgens de Vektis data in 2016 52000 maal gedeclareerd zijn. Ik kom in de data set die ik heb ontvangen echter tot een aantal van 13890.

P38, P39, P41, P42, P43
Ook bij deze codes blijft de ONT er voorstander van om deze te schrappen.
Ook zonder deze codes kan er naar mening van de ONT voor de “moeilijke patient” een prothese vervaardigd worden.

Echter ook de in notitie genoemde aantallen vanuit de Vektis data zijn anders dan in de data set die ontvangen is.

J70, J71, J72 ,J73
ONT is akkoord met toevoeging aan toelichting.

J74, J75, J76, J77

De ONT kan zich niet vinden in de aanpassing van de tekst.
Het gaat bij deze reparaties juist om de reparatie van de retentie delen in de prothese dus juist wel de clips, magneten of drukknoppen. Ook kunnen deze codes berekend worden als er een reparatie aan de steg moet plaatsvinden.

Voorstel;
J74) Reparatie zonder staafdemontage. Reparatie of vervanging van clips, magneten of drukknoppen ongeacht het aantal implantaten. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.

J75) Reparatie met staafdemontage op twee implantaten. Reparatie of vervanging van steg. Reparatie of vervanging van clips, magneten of drukknoppen. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.

J76) Reparatie met staafdemontage op drie of vier implantaten Reparatie of vervanging van steg. Reparatie of vervanging van clips, magneten of drukknoppen. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.

J77) Reparatie met staafdemontage op meer dan vier implantaten Reparatie of vervanging van steg. Reparatie of vervanging van clips, magneten of drukknoppen. Inclusief nazorg en aanpassing van de bestaande prothese.

J78*
De ONT kan niet inschatten hoe vaak dit voorkomt. Echter uit de praktijk blijkt dit vaak tot vragen te leiden hoe het enkel vervangen van een abutment berekend dient te worden.
Code wel voorzien van * om de kosten van de abutment te kunnen berekenen.

Omschrijving.
Vervangen van één of meer bestaande abutments.

Toelichting
Het demonteren van één of meer bestaande abutments en vervangen voor een nieuwe abutments.

Eventuele aanpassing prothese te berekenen met J70, J71, J72, J73, J74, J75, J67 of J77

P37
De ONT blijft om eerder genoemde redenen geen voorstander van de combinatie van de P37 met de codes voor partiële prothetiek zoals de P15 en P35.

Het is de ONT nog niet duidelijk gemaakt hoe deze handeling bij een partiële prothese in een aparte zitting wordt uitgevoerd.
Het lijkt ons voor een patiënt niet duidelijk te maken wat een aparte zitting is waarbij de frontopstelling individueel wordt aangepast terwijl in de volgende zitting de prothese nogmaals gepast wordt?
Indien een partiële prothese opgesteld wordt door het laboratorium en vervolgens gepast wordt door de behandelaar en deze een aanpassing doet van de front opstelling, dan is deze aanpassing inbegrepen bij de honorarium code P10,P15, P34 en P35. Ook als de prothese na een aanpassing overgepast moet worden in een extra zitting dan rechtvaardigt dit nog geen passing in aparte zitting welke met de voorgestelde code P37 berekend zou kunnen worden.

met vriendelijke groet,
[redacted]

Adviseur ONT

Organisatie van Nederlandse Tandprothetici

A: Postbus 1312, 2130 EK HOOFDDORP
W: www.ont.nl / www.kunstgebit.nl
E: info@ont.nl
T: [redacted]
KvK Gooi-, Eem- en Flevoland: 40476046

*ATTENTIE**
Dit E-mail bericht is vertrouwelijk en mogelijk ook persoonlijk. Mocht u dit bericht bij vergissing hebben ontvangen dan wordt u verzocht de afzender hierover te informeren en het bericht te verwijderen. U wordt bij deze in kennis gesteld dat iedere openbaarmaking, verveelvoudiging, aanpassing, toevoeging, verspreiding dan wel gebruik van het bericht ten strengste verboden is zonder toestemming van de afzender. Wij nemen aan, maar staan daarvoor niet in, dat dit bericht en eventuele bijlagen, virusvrij zijn. U blijft zelf verantwoordelijk voor het controleren van het bericht op mogelijke virussen.

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 23 april 2018 13:26
Aan: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 18 april 2018

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]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 2 januari 2018 08:51
Aan: [redacted] [redacted]
Onderwerp: RE: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 22 november 2017

Dag [redacted]

Allereerst de beste wensen voor het komende jaar!

We hebben in het technisch overleg toegelicht dat we willen voorkomen dat we (net zoals voorgaande jaren) na 1 april nog wijzigingsverzoeken van partijen krijgen die niet mee genomen kunnen worden in de consultatie en vaststelling voor de beleidsregel voor volgend jaar.
Zie hiervoor ook het verslag: *De beleidscyclus voor de regelgeving van 2019 wordt in tweeën gesplitst om tijdig met elkaar in gesprek te gaan en weloverwogen beslissingen genomen kunnen worden.*

Het is dus de bedoeling dat de wijzigingen die partijen graag zien, tijdig kenbaar gemaakt worden, zodat we hier met elkaar ook tijdig over in gesprek kunnen. Dit betekent dat we verwachten dat in januari de wijzigingsverzoeken die tot dusver bekend zijn met elkaar besproken worden en in maart nog een laatste wijziging of suggestie bij ons ingediend wordt. We verwachten immers dat suggesties voor wijzigingen 2019 nu al bekend zijn, en niet pas in de maand februari 'oppoppen'.

Ik hoop hiermee jouw vraag te hebben beantwoord.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[redacted]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg | 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

Van: [redacted] [redacted]@ant-tandartsen.nl]
Verzonden: vrijdag 22 december 2017 11:53
Aan: [redacted] [redacted]
Onderwerp: FW: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 22 november 2017

Beste [redacted] [redacted]

In het mailtje van 6 december geven jullie twee momenten aan voor het indienen nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken: één op 12 januari en een deadline op 28 maart.

Dien ik dat zo te interpreteren dat 27 maart écht de uiterste datum is dat we die verzoeken kunnen indienen bij jullie? Gelet op de anders wel erg korte termijn tot 12 januari zou ik een snelle reactie op prijs stellen. Alvast dank daarvoor.

Ik wens jullie in ieder geval fijne feestdagen en een mooi, gezond 2018!

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Tandheelkundig adviseur

Margriettoren, 9e etage
Haaksbergweg 75
1101 BR Amsterdam Zuidoost
(Parkeren bij P3 Mikado = achterzijde Margriet toren)
U ontvangt van ons een uitrijkaart

Tel: 020 – 23 74 740
website: www.ant-tandartsen.nl
E-mail: [redacted]@ant-tandartsen.nl
KvK Amsterdam: 40597450

*ATTENTIE**
Dit E-mail bericht is vertrouwelijk en mogelijk ook persoonlijk. Mocht u dit bericht bij vergissing hebben ontvangen dan wordt u verzocht de afzender hierover te informeren en het bericht te verwijderen. U wordt bij deze in kennis gesteld dat iedere openbaarmaking, verveelvoudiging, aanpassing, toevoeging, verspreiding dan wel gebruik van het bericht ten strengste verboden is zonder toestemming van de afzender. Wij nemen aan, maar staan daarvoor niet in, dat dit bericht en eventuele bijlagen, virusvrij zijn. U blijft zelf verantwoordelijk voor het controleren van het bericht op mogelijke virussen.

van het bericht op mogelijke virussen.

Begin doorgestuurd bericht:

Van: [redacted] [redacted]@nza.nl>
Datum: 6 december 2017 om 08:27:11 CET
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]@[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>
Kopie: [redacted] [redacted]@nza.nl>, [redacted] [redacted]@nza.nl>, [redacted] [redacted]@nza.nl>
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]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

[redacted]

Van: [redacted] @tandarts.nl>
Verzonden: woensdag 11 april 2018 18:29
Aan: [redacted]
Onderwerp: Re: TO Tandheelkundige zorg - J08 en J20

Hoi [redacted]

Het zo streng verbieden van J08 met J20 is aanpakken / onmogelijk maken van downcoding.

Met toestemming van [redacted] mocht ik zeggen dat ik in dit filmpje J08 en J20 heb gebruikt.
https://www.rtvutrecht.nl/gemist/uitzending/rtvutrecht/westbroek/20180320-1220/

In het vervolg zal dat J15 zijn en ik begrijp dat ik dan het tarief lager kan zetten.

Met vriendelijk groet,

[redacted]

Op 11 apr. 2018, om 17:39 heeft [redacted] @nza.nl> het volgende geschreven:

Beste genodigden,
Hierbij ontvangt u de agenda en stukken voor het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg op **woensdag 18 april a.s. van 09.30 tot 11.30 uur** bij de Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht.
In verband met de vele wijzigingsverzoeken is het niet mogelijk om deze allen te agenderen voor het TO. Om deze reden vragen we u om op de grijs gearceerde wijzigingsverzoeken (zie agenda) schriftelijk te reageren. Dit kan per ommegaande tot uiterlijk 25 april.
De conceptregelgeving zal 9 mei ter consultatie aan u worden voorgelegd. Hierop kunt u tot en met 25 mei reageren.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld, verzoek ik u dit alsnog te doen via [redacted] @nza.nl).
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] @tandarts.nl>
Verzonden: dinsdag 17 april 2018 23:01
Aan: [redacted]
CC: [redacted] @ant-tandartsen.nl; [redacted] @planet.nl; [redacted] @ant-tandartsen.nl; [redacted] @knmt.nl; [redacted] @gmail.com; [redacted] @zn.nl; [redacted] @zn.nl; [redacted] @zn.nl; [redacted] @cz.nl; [redacted]
Onderwerp: Re: TO Tandheelkundige zorg

Beste [redacted]

Morgen zal [redacted] de ANT vertegenwoordigen. Hierbij nog wat extra informatie op de vragen betreffende onze wijzigingsvoorstellen:

Aax Computergestuurde anesthesie

Inderdaad is het eerste computergestuurde infiltratie anesthesie apparaat, begin deze eeuw op de markt is verschenen. In de jaren daarna is het concept doorontwikkeld en zijn er verschillende fabrikanten actief.

- Op dit moment zijn er 4 prominente microprocessor-gestuurde anesthesieapparaten zijn: Sleeper-one, Quicksleeper, The Wand en de Calaject.

- Gemiddeld kost deze apparatuur in aanschaf 3000 euro incl. btw (de Quicksleeper kost ongeveer 5000 euro). De kosten per keer anesthesie zijn ook hoger, want de naalden en disposables zijn duurder dan bij conventionele lokaal anesthesie. Tandarts-pedodontologen gebruiken deze anesthesieapparaten bij de behandeling van onbehandelbare (verwezen) kinderen. Het is een voorspelbare manier van verdoven en kan in de onderkaak het risico op bijttrauma bij deze (kwetsbare) kinderen verminderen. Het kost vaak meer tijd om deze anesthesie te geven (afhankelijk van de plek van verdoving). Het verzoek daarom: hanteer een hoger tarief voor gebruik van dit soort verdovingsapparaten gebaseerd op tijd en aanschafkosten.

Wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd in Nederland: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16324138
Computerized anesthesia delivery system vs. traditional syringe: comparing pain and pain-related behavior in children.

Clustering J21 en J22

Dank voor het opvragen van de Famed gegevens. Indien dat overeenkomt met Vektis gegevens dan is het NZa voorstel een goede basis. We zouden het wel waarderen als ook inzichtelijk gemaakt wordt wat daar de precieze verhouding is.

Clustering R80 en R85

Vanwege het feit dat kroon- en brugwerk zich ook vaak buiten de verzekerde zorg zich afspeelt zouden we bij deze weging ook graag een Famed referentie willen toetsen aan de Vektis verhouding.

Clustering J30 en J31

Het bindweefsel wat je oogt uit een donorplek (meestal verhemelte) moet je intact laten. Dat kan je niet knippen of in meerdere delen snijden, want anders is de kans dat dit weefsel necrotisch wordt (afsterft) veel te groot. Hierbij ook een chirurgische video: https://www.youtube.com/watch?v=OKN09dq14gU

Indien de angst bestaat dat een zorgverlener het stuk alsnog in 4 delen opdeelt en 4x het bedrag declareert (wat overigens nu ook al een manier is om dan creatief te zijn). Dan kan ook aan de omschrijving worden toegevoegd: Per donorplaats.

ISQ

ISQ is niet perse een methode die behandelingen succesvoller maakt, maar geeft de mogelijkheid om een individueel bepaalde inhelingstijd te bepalen. Dat kan veilig direct belasten zijn, tot verkorte helingsperiodes of de beslissing om een tijdelijke kroon te vervangen door een definitieve. Wat dat betreft vinden wij het voor J80 niet noodzakelijk om dit toe te voegen. Bij een overkappingsprothese is niet snel sprake van directe belasting en is de inhelingsperiode door het feit dat de kinregio zo hard bot heeft eigenlijk altijd kort. Waar wij ISQ wel nodig vinden is bij de tweede fase (J23 en J24), op dat moment is er ook sprake van een beslismoment.

De techniekkosten bij de marktleider zijn ongeveer 5-6 euro ex btw.

J78 Demonteren en vervangen abutment

Wij hadden in ons voorstel welke nagenoeg overeen kwam met ZN ook een J78 toegevoegd vanwege de transparantie / het kunnen volgen wat er gebeurt. Echter we zien geen reden waarom de puntwaarde hoger zou moeten zijn dan J44 wat een vergelijkbare prestatie is. Ook al voelt het soms of we een mechanicien zijn, vinden we het woord demonteren wat te plastisch. In lijn met de overige prestaties verdient: 'Verwijderen en vervangen' de voorkeur

Succes morgen!

[redacted]

Op 11 apr. 2018, om 17:39 heeft [redacted] [redacted]@nza.nl> het volgende geschreven:

Beste genodigden,
Hierbij ontvangt u de agenda en stukken voor het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg op **woensdag 18 april a.s. van 09.30 tot 11.30 uur** bij de Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht.
In verband met de vele wijzigingsverzoeken is het niet mogelijk om deze allen te agenderen voor het TO. Om deze reden vragen we u om op de grijs gearceerde wijzigingsverzoeken (zie agenda) schriftelijk te reageren. Dit kan per ommegaande tot uiterlijk 25 april.
De conceptregelgeving zal 9 mei ter consultatie aan u worden voorgelegd. Hierop kunt u tot en met 25 mei reageren.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld, verzoek ik u dit alsnog te doen via [redacted] [redacted]@nza.nl).
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] [redacted]@zn.nl>
Verzonden: donderdag 19 april 2018 15:33
Aan: [redacted] [redacted]@tandarts.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@consumentenbond.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@tand-wiel.nl'; [redacted]@mondh-gienisten.nl'; [redacted]@patientenfederatie.nl'; [redacted]@casema.nl'; [redacted]@ont.nl'; [redacted] [redacted]@cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: TO Tandheelkundige zorg

Beste allen,

In aansluiting op het gehouden Technisch Overleg van woensdag 18 april bijgaand de reactie op de niet besproken punten en de mail [redacted] van ANT kort voorafgaande aan het overleg.

1. ZN kan instemmen met het voorstel zoals verwoord in het memo Regelgeving 2019 van 11 april 2018 over de J08: toevoegen van de tekst 'Het betreft een zelfstandige verrichting in een aparte zitting die niet in combinatie met J20 kan worden uitgevoerd.'

2. ZN vindt de toevoeging zoals voorgesteld in de mail van [redacted] (ANT) m.b.t. de J30 namelijk per donorplaats een waardevolle. Het clusteren van J30 en J31 tot één prestatie met het tarief van de J30 kan onze instemming vinden als bij de beschrijving wordt toegevoegd 'per donorplaats'.

3. Er ligt een voorstel om het beoordelen van röntgenfoto's separaat te honoreren. De gekozen werkwijze is echter niet in lijn met de splitsing in het F-hoofdstuk (orthodontie). Bij de orthodontie is er een prestatiecode voor het maken en een prestatiecode voor het beoordelen. De nu voorgestelde werkwijze voor het X-hoofdstuk is een prestatiecode voor maken én beoordelen en een prestatiecode voor beoordelen. Omdat er geen voornemen ligt om de F-codes aan te passen en eenzelfde werkwijze wenselijk is, stelt ZN voor om te kiezen voor een prestatiecode voor het maken en een code voor het beoordelen. De toelichting bij bv X11 moet dan zijn: Kan slechts één maal door dezelfde mondzorgaanbieder (praktijk) als de X10 in rekening worden gebracht.

4. Voor de overige punten staat het commentaar van ZN in het gemeenschappelijk document van KNMT, ANT en ZN en zou het een herhaling worden van hetzelfde commentaar.

5. ZN draagt voor [redacted] en ondergetekende voor het expertteam. Zoals besproken wordt door het expertteam helderheid verschaft over bestaande regelgeving, maar is het wenselijk om een link te hebben naar het technisch overleg.

Mede namens [redacted],

Met vriendelijke groet,

[redacted]

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 11 april 2018 17:40
Aan: [redacted] @tandarts.nl' ; [redacted] @ant-tandartsen.nl' [redacted] @ant-tandartsen.nl' [redacted] @planet.nl' ; [redacted] @ant-tandartsen.nl' [redacted] @consumentenbond.nl' [redacted] @knmt.nl' ; [redacted] @gmail.com' [redacted] @tand-wiel.nl' [redacted] @mondhygienisten.nl' [redacted] @patientenfederatie.nl' [redacted] @casema.nl' ; [redacted] @ont.nl' [redacted] @cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: TO Tandheelkundige zorg

Beste genodigden,

Hierbij ontvangt u de agenda en stukken voor het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg op **woensdag 18 april a.s. van 09.30 tot 11.30 uur** bij de Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht.

In verband met de vele wijzigingsverzoeken is het niet mogelijk om deze allen te agenderen voor het TO. Om deze reden vragen we u om op de grijs gearceerde wijzigingsverzoeken (zie agenda) schriftelijk te reageren. Dit kan per ommegaande tot uiterlijk 25 april.

De conceptregelgeving zal 9 mei ter consultatie aan u worden voorgelegd. Hierop kunt u tot en met 25 mei reageren.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld, verzoek ik u dit alsnog te doen via [redacted] @nza.nl).

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

[redacted]

Van: [redacted]@ant-tandartsen.nl>
Verzonden: dinsdag 24 april 2018 12:43
Aan: [redacted]
CC: [redacted]@lnmt.nl; [redacted]@gmail.com; [redacted]@cz.nl; [redacted]
Onderwerp: Re: TO Tandheelkundige zorg

Beste [redacted]

Hierbij de reactie van ANT op de nog openstaande punten:

G67 doorberekenen materiaalkosten Botox

Zoals eerder in het overleg aangegeven wordt deze behandeling geregeld toegepast. Bijvoorbeeld in een centrum voor bijzondere tandheelkunde waar de prestatie dan versleuteld zit in het uurtarief en bijkomende (materiaal)kosten van het centrum.

Op andere plekken in de zorg bestaan al prestatiecodes zoals hier te zien in de DBC lijst van het Bernhovenziekenhuis:

060301006	Injectie(s) met botuline toxine (Botox) in spieren of in de huid tijdens een vervolgcontact bij een stoornis in houding en/of beweging door een ziekte van het zenuwstelsel	158536	541,56
060301007	Injectie(s) met botuline toxine (Botox) in spieren of in de huid tijdens een eerste contact bij een stoornis in houding en/of beweging door een ziekte van het zenuwstelsel	158537	1439,17

De DBC tarieven in de tweede lijn zijn zonder uitzondering een stuk hoger dan voorgesteld (G69) in de eerste lijn mondzorglijst.

Verder kunnen tandartsen nu al botox toepassen indien het een cosmetische indicatie betreft. Op dit moment zijn deze medisch cosmetische ingrepen vrijgesteld van tariefregulering en wordt zelfs de inhoud van de prestaties door de NZA middels een gedoogstituatie vrijgelaten.

Het verzoek gaat hier dus om het toedienen van botox met een medische indicatie t.b.v. het behandelen va dysfunctie in het kaak-kauwstelsel. Het verzoek gaat naar onze mening duidelijk niet over het toedienen van Botox t.b.v. de esthetiek. Hiervoor gelden immers vrije tarieven.

Zie bijvoorbeeld: https://www.velthuiskliniek.nl/behandelingen/gezicht/rimpel/botox/

Overigens biedt deze cosmetische kliniek wel Botox behandeling aan tegen knarsetanden op basis van een vrije prestatie en een vrij tarief (en tegen een hogere prijs dan G69+materiaalkosten).

Soort	Prijs
Kosten mini-Botox®	€100,00
Kosten Botox® , 1 locatie, per behandeling	€200,00
Kosten Botox® , 2 locaties, per behandeling	€350,00
Kosten Botox® , 3 locaties, per behandeling	€450,00
Botox® behandeling hals, per behandeling	€300,00
Botox® behandeling oksels tegen transpireren	€750,00
Botox® behandeling klein gebied (kin, mondhoek) per behandeling	€100,00
Botox® behandeling wenkbrauwlift, vanaf	€100,00
Botox® behandeling Tandvleeslach, vanaf	€100,00
Botox® behandeling knarsetanden, vanaf	€200.00

J08 en J20

Het immediaat plaatsen van een implantaat komt tegenwoordig veelvuldig voor. Hierbij zal bijna altijd een botsubstituut aangebracht moeten worden. Dit kan een grote botopbouw behelsen, maar soms ook het opvullen van een kleine lacune in de alveole rondom het implantaat. Door het zo duidelijk afwijzen van J08 bij het plaatsen van een implantaat is de enige juiste code voor het aanbrengen van de botsubstituut bij het plaatsen van een implantaat J15. Het zou slimmer zijn om wel J08 mogelijk te maken bij het plaatsen van een implantaat om zorgkosten te besparen (verplaatsen naar pre en per implantologie en aanpassen omschrijving). Indien er geen mogelijkheid is om een botsubstituut en de handelingen bij het immediaat plaatsen van een implantaat door te berekenen zal er altijd een kaakverbreding uitgevoerd worden. Dit is zorginhoudelijk te verdedigen omdat het de beste behandeling binnen de mogelijkheden van de tariefbeschikking.

Advies ANT:

Verplaatsen J08 naar **b. II** op pagina 16

Aanpassen pag 78:

H. De chirurgie (J09 tot en met J19)

Verplaatsen Ad J08 van b.I op pagina 54 naar b. II

Geen aanpassing tekst nodig.

J26

De ANT is voorstander van weghalen van ‘zelfstandige verrichting’ (onduidelijk en beperkt legitieme mogelijkheden). Verder kan bij het weghalen van implantaten zonder opklap aangesloten worden bij de ‘H-methodiek)

Ad J26) Moeizaam verwijderen implantaat met mucoperiostale opklap
~~*Als zelfstandige verrichting*~~ *Niet in rekening te brengen binnen twee maanden na plaatsing implantaat op dezelfde locatie Met mucoperiostale opklap 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 verwijderen van een implantaat.
Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet

Ad H16) Trekken volgende tand, kies of implantaat in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant.
Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet

Daarbij zou aan J07 ook de mogelijkheid voor eenmalig gebruik van een boor van een removalkit moeten worden toegevoegd.

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*

Aax Computergestuurde anesthesie

Inderdaad is het eerste computergestuurde infiltratie anesthesie apparaat, begin deze eeuw op de markt is verschenen. In de jaren daarna is het concept doorontwikkeld en zijn er verschillende fabrikanten actief.

· Op dit moment zijn er 4 prominente microprocessor-gestuurde anesthesieapparaten zijn: Sleeper-one, Quicksleeper, The Wand en de Calaject.
· Gemiddeld kost deze apparatuur in aanschaf 3000 euro incl. btw (de Quicksleeper kost ongeveer 5000 euro). De kosten per keer anesthesie zijn ook hoger, want de naalden en disposables zijn duurder dan bij conventionele lokaal anesthesie. Tandarts-pedodontologen gebruiken deze anesthesieapparaten bij de behandeling van onbehandelbare (verwezen) kinderen. Het is een voorspelbare manier van verdoven en kan in de onderkaak het risico op bijttrauma bij deze (kwetsbare) kinderen verminderen. Het kost vaak meer tijd om deze anesthesie te geven (afhankelijk van de plek van verdoving). Het verzoek daarom: hanteer een hoger tarief voor gebruik van dit soort verdovingsapparaten gebaseerd op tijd en aanschafkosten.

Wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd in Nederland: https://www ncbi nlm nih.gov/pubmed/16324138 Computerized anesthesia delivery system vs traditional syringe: comparing pain and pain-related behavior in children

P45 Noodkunstgebit

Verdere verduidelijking is nodig wanneer deze prestatie van toepassing is. De ANT begreep dat de ONT met een voorstel zou komen.
Zodat voor 2020 eventuele aanpassingen gedaan kunnen worden.

R80 clustering

Indien de Famed cijfers niet significant afwijken van Vektis, dan kan wat de ANT betreft R80 en R85 geclusted worden.

J30

Indien per donorplaats wordt toegevoegd dan is naar onze mening creatief omgaan met de prestatie niet mogelijk. Het is dan beter omschreven dan in de huidige beschikking. In het verslag staat dat ZN het hier niet mee eens is. Echter uit de mail van [redacted] op 19 april begrijpen we dat deze toevoeging wel als waardevol wordt gezien en dat ZN akkoord is.

Clustering J24 en J25

ANT is akkoord

ISQ
Puntwaarde 2 zonder sterretje is akkoord. Wij zouden graag wel de mogelijkheid zien om de meting bij de tweede fase ingreep te kunnen toepassen (J24 en J25)

Plaatsen en verwijderen draadspalk

De ANT ziet dat de prestaties vanuit de mondzorg lijst en de ortho lijst zowel qua methodiek als tarief sterk uiteenlopen. Voor een algemene tandartspraktijk is het orthotarief niet kostendekkend om een draadspalk van een elders uitgevoerde orthodontische behandeling uit te voeren. Voor een patient die inmiddels al verhuisd is, is het ondoenlijk om terug te gaan naar de vroegere orthodontist. Functionele bekostiging tussen de orthodontist en de algemene praktijk zit hier in de weg. Idealiter zou de tandarts een tarief moeten krijgen dat aansluit bij de prijs en methodiek van T95. Een mogelijkheid is een tarief in de ortho lijst te maken voor reparatie en vervanging van een draadspalk bij een elders uitgevoerde orthodontische behandeling met een methodiek per element en een tarief dat beter aansluit bij T95.

E98

De ANT vindt het vreemd dat de eerste keer E98 een prestatie is die onder de Wmg valt (met de één op één regel) en de tweede en volgende keren dit niet meer het geval is. Voorstel van de ANT is om E98 te verwijderen uit de tariefbeschikking.

P27

Na het persen van een prothese ontstaan positie veranderingen door de krimp. Hierdoor staan de tanden en kiezen niet meer op elkaar zoals in de pas/wasfase. De tandtechnieker moet dit in eerste instantie corrigeren in het lab. Indien bij het plaatsen in de mond alsnog de occlusie niet klopt dan kan de tandarts zelf het model in de juiste beet plaatsen in de articulator en dan inslijpen om zodoende dit gelijk te verhelpen voor de patient. Kennelijk komt dit dus nog veelvuldig voor. Indien de prestatie verwijderd wordt dan zal deze geclustered moeten worden in de prothese codes.

P38, P39, P41, P42, P43

De ANT ziet nog steeds het nut in van deze prestaties, waarbij mogelijk het relinen van een alginaat afdruk richting obsoleet gaat. Wij zijn bereid om met de ONT mee te denken over een factsheet.

De totale kosten van de gebitsprothetiek vloeien voor een groot deel ook voort uit reparaties en vervangingen. Wij vinden dat de ONT zich heel erg focust op de initiële kosten maar er aan voorbij gaat dat wij ons niet aan de indruk kunnen ontrekken dat bij tandartspraktijken de onderhoud- en vervangingskosten laag zijn.

J70

Wij sluiten aan bij het voorstel van ZN met dien verstande dat we graag een prestatie J78 toegevoegd zien:

J78 verwijderen en vervangen abutment*

Deze kan de puntwaarde van J44 verkrijgen.

X11

Wij sluiten aan bij het voorstel van de NZa en de toevoeging die ZN daaraan nog wil geven: Kan slechts éénmaal door dezelfde mondzorgaanbieder (praktijk) als de X10 in rekening worden gebracht.

P37

De ANT is voorstander van het mogelijk maken van deze prestatie bij gedeeltelijke kunstgebitten

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Voorzitter Associatie Nederlandse Tandartsen

Op 23 apr. 2018, om 13:37 heeft [redacted] [redacted]@ant-tandartsen.nl> het volgende geschreven:

Dank [redacted]

De voorgestelde toevoeging aan X11 is wat ons betreft geen probleem.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Voorzitter Associatie Nederlandse Tandartsen

Op 19 apr. 2018, om 15:32 heeft [redacted] [redacted]@zn.nl> het volgende geschreven:

Beste allen,
In aansluiting op het gehouden Technisch Overleg van woensdag 18 april bijgaand de reactie op de niet besproken punten en de mail [redacted] van ANT kort voorafgaande aan het overleg.

1. ZN kan instemmen met het voorstel zoals verwoord in het memo Regelgeving 2019 van 11 april 2018 over de J08: toevoegen van de tekst 'Het betreft een zelfstandige verrichting in een aparte zitting die niet in combinatie met J20 kan worden uitgevoerd.'
2. ZN vindt de toevoeging zoals voorgesteld in de mail van [redacted] (ANT) m.b.t. de J30 namelijk per donorplaats een waardevolle. Het clusteren van J30 en J31 tot één prestatie met het tarief van de J30 kan onze instemming vinden als bij de beschrijving wordt toegevoegd 'per donorplaats'.
3. Er ligt een voorstel om het beoordelen van röntgenfoto's separaat te honoreren. De gekozen werkwijze is echter niet in lijn met de splitsing in het F-hoofdstuk (orthodontie). Bij de orthodontie is er een prestatiecode voor het maken en een prestatiecode voor het beoordelen. De nu voorgestelde werkwijze voor het X-hoofdstuk is een prestatiecode voor maken én beoordelen en een prestatiecode voor beoordelen. Omdat er geen voornemen ligt om de F-codes aan te passen en eenzelfde werkwijze wenselijk is, stelt ZN voor om te kiezen voor een prestatiecode voor het maken en een code voor het beoordelen. De toelichting bij bv X11 moet dan zijn: Kan slechts één maal door dezelfde mondzorgaanbieder (praktijk) als de X10 in rekening worden gebracht.

4. Voor de overige punten staat het commentaar van ZN in het gemeenschappelijk document van KNMT, ANT en ZN en zou het een herhaling worden van hetzelfde commentaar.
5. ZN draagt voor [redacted] en ondergetekende voor het expertteam. Zoals besproken wordt door het expertteam helderheid verschaft over bestaande regelgeving, maar is het wenselijk om een link te hebben naar het technisch overleg.

Mede namens [redacted]
Met vriendelijke groet,
[redacted]

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]@nza.nl>
Verzonden: woensdag 11 april 2018 17:40
Aan: [redacted]@tandarts.nl' [redacted]@tandarts.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' [redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' [redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@planet.nl' [redacted]@planet.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' [redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@consumentenbond.nl' [redacted]@consumentenbond.nl>; [redacted]@knmt.nl' [redacted]@knmt.nl>; [redacted]@gmail.com [redacted]@gmail.com>; [redacted]@tand-wiel.nl' [redacted]@tand-wiel.nl>; [redacted]@[redacted].nl' [redacted]@[redacted].nl>; [redacted]@mondhygienisten.nl' [redacted]@mondhygienisten.nl>; [redacted]@patientenfederatie.nl' [redacted]@patientenfeceratie.nl>; [redacted]@casema.nl' [redacted]@casema.nl>; [redacted]@ont.nl' <[redacted]@ont.nl>; [redacted]@zn.nl>; [redacted]@zn.nl>; [redacted]@zn.nl> [redacted]@cz.nl' [redacted]@cz.nl>
CC: [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>
Onderwerp: TO Tandheelkundige zorg

Beste genodigden,
Hierbij ontvangt u de agenda en stukken voor het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg op **woensdag 18 april a.s. van 09.30 tot 11.30 uur** bij de Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht.
In verband met de vele wijzigingsverzoeken is het niet mogelijk om deze allen te agenderen voor het TO. Om deze reden vragen we u om op de grijs gearceerde wijzigingsverzoeken (zie agenda) schriftelijk te reageren. Dit kan per ommegaande tot uiterlijk 25 april.
De conceptregelgeving zal 9 mei ter consultatie aan u worden voorgelegd. Hierop kunt u tot en met 25 mei reageren.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld, verzoek ik u dit alsnog te doen via [redacted]@nza.nl).
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.

[redacted]

Van: [redacted]@mondhygienisten.nl>
Verzonden: dinsdag 6 maart 2018 23:39
Aan: [redacted]@tandarts.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@planet.nl; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@consumentenbond.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@tand-wiel.nl'; [redacted]@[redacted]nl'; [redacted]@patientenfederatie.nl'; [redacted]@casema.nl'; [redacted]@ont.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl [redacted]
CC:
Onderwerp: RE: TO Tandheelkundige zorg
Bijlagen: Notitie TO tandheelkundige zorg 07-03-2018 (2) - opmerkingen NVM.docx

Dag allen,
Helaas kan ik woensdag niet bij het TO aanschuiven.
Ik heb mijn opmerkingen in ballonnetjes gezet in de Notitie Tandheelkundige Zorg – zie bijlage.
Met vriendelijke groet,

[redacted], BHS
Directeur
aanwezig: maandag, donderdag en vrijdag
en op woensdag in de oneven weken
NVM-mondhygiënisten
Groenewoudsedijk 40 | 3528 BK | Utrecht
Postbus 1166 | 3430 BD | Nieuwegein
[redacted]
www.mondhygienisten.nl
[redacted]@mondhygienisten.nl
nvm
mondhygiënisten

De verstrekte informatie is vertrouwelijk en mogelijk ook persoonlijk.
Aan dit e-mailbericht kunnen geen rechten worden ontleend.

Van: [redacted]@nza.nl]
Verzonden: woensdag 28 februari 2018 16:11
Aan: [redacted]@tandarts.nl'; '[redacted]@ant-tandartsen.nl'; '[redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@consumentenbond.nl'; [redacted]@knmt.nl'; '[redacted]@gmail.com'; [redacted]@tand-wiel.nl'; '[redacted]@[redacted]nl'; [redacted]@patientenfederatie.nl'; [redacted]@casema.nl'; '[redacted]@ont.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: TO Tandheelkundige zorg
Beste allen,
Hierbij ontvangt u de agenda en stukken voor het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg op **woensdag 7 maart a.s. van 09.30 tot 11.30 uur** bij de Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht. Het overleg zou oorspronkelijk tot 11:00 duren, maar vanwege de volle agenda hebben wij een halfuur uitloop gereserveerd.
Gezien de vele verzoeken die wij hebben ontvangen, zien wij niet de mogelijkheid om alles te bespreken tijdens het TO. Om deze reden hebben wij niet alle verzoeken geagendeerd. In de notitie zijn de verzoeken die we bespreken tijdens het TO geel gearceerd.

Op de overige verzoeken kunt u tot en met **uiterlijk 28 maart** schriftelijk reageren in de notitie TO tandheelkundige zorg. 28 maart is tevens ook de deadline voor de aanlevering van wijzigingsverzoeken ten behoeve van de regelgeving 2019.
Indien u zich nog niet heeft aangemeld, verzoek ik u dit alsnog te doen via [redacted] @nza.nl).
Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.
Deze mail is met succes gescand op virussen, malware en spam door MailCleaner van DirectICT.

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.

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 cariësconserverende middelen en/of het aanbrengen van een beschermlaag, 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) behandeltijd voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd. Voor het aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariësactiviteit te remmen zie M30.

Ad M30) aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariësactiviteit 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]: NVM – ik begrijp dat deze indiener de prestatie wil splitsen in tijd voor het toegankelijk maken van de cariësleasie en daarnaast een extra code wil toe laten voegen
Voor de zilverfluoride applicatie.

NVM heeft hier geen bezwaar tegen

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 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~~ 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 behandelduur. Daardoor komen extracties en slechts beperkt traditionele restauraties in aanmerking voor behandeling onder algehele anesthesie. Endodontische behandelingen in melkkiezen zijn zelden geindiceerd, 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.

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?

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 ~~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?

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 occlusaaltjes 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 ANT

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?
- Beperkt 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.

Met opmerkingen [redacted]: NVM – ik begrijp deze reactie van de NZa niet. Uit de standaard medische anamnese die afgenomen wordt en het zien van de patiënt kan de conclusie komen dat het zinvol is om bijv. een angstvragenlijst extra af te nemen. Dit is extra tijd bovenop de medische anamnese. Als dit niet als aanvullende medische anamnese gezien wordt, betekent dit dan dat je dat in eigen tijd moet doen? Dit lijkt me niet de bedoeling. Ik zie een aanvullende anamnese voor bijv. angst of psychosociale problematiek als een aanvullende anamnese die uit de gewone medische anamnese en intake kan blijken. Dus eens met verzoek ANT.

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]: NVM – kan ANT voorbeelden hiervan noemen?

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 stegcontructie 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 verdoving 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 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.

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	*Per element*

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*

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]: NVM - eens

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?

Met opmerkingen [redacted]: NVM – geen probleem mee.

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?

Met opmerkingen [redacted]: Zou logisch zijn dat dit dan ook twee keer per element gedeclareerd kan worden. Je kunt een vulling polijsten en hetzelfde element ook behandelen met een medicament om de gevoeligheid te behandelen. Dat zijn twee verschillende handelingen met verschillende materialen.

Het klopt dat de NZa niet de bevoegdheid heeft het aantal behandelingen in onze regelgeving te maximeren. 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?

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.

Met opmerkingen [redacted]: NVM – eens met KNMT

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.

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.

Met opmerkingen [redacted]: NVM - Als dit nu gebeurt wordt de gehele declaratie afgewezen door de verzekeraar. Eens dus met verzoek KNMT.

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?

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 afdrukken.

Reactie NZa:
Indien deze prestaties niet meer dienen te worden gebruikt door het gebruik van individuele afdrukken, 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 staafdemontage)
Meestal zullen bij een rebasing 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 staafdemontage) 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

Met opmerkingen [redacted]]: NVM – goede oplossing zo

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?

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 protheses 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 protheses. 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?

[redacted]

Van: [redacted]@tand-wiel.nl>
Verzonden: woensdag 25 april 2018 12:31
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: TO Tandheelkundige zorg

Beste allen,

De voorgestelde toevoeging aan X11 is wat betreft de NVIJ geen probleem.

Het voorstel van de anesthesie is om geen aparte code voor elk nieuwe techniek in te voeren. Misschien een leuke uitdaging voor het expertteam als er veel opmerkingen over blijven komen?

Met vriendelijke groet,

[redacted]
NVIJ

Van: [redacted]@ant-tandartsen.nl]
Verzonden: maandag 23 april 2018 13:38
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Re: TO Tandheelkundige zorg

Dank [redacted],

De voorgestelde toevoeging aan X11 is wat ons betreft geen probleem.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Voorzitter Associatie Nederlandse Tandartsen

Op 19 apr. 2018, om 15:32 heeft [redacted]@zn.nl> het volgende geschreven:

Beste allen,

In aansluiting op het gehouden Technisch Overleg van woensdag 18 april bijgaand de reactie op de niet besproken punten en de mail [redacted] van ANT kort voorafgaande aan het overleg.

1. ZN kan instemmen met het voorstel zoals verwoord in het memo Regelgeving 2019 van 11 april 2018 over de J08: toevoegen van de tekst 'Het betreft een zelfstandige verrichting in een aparte zitting die niet in combinatie met J20 kan worden uitgevoerd.'

2. ZN vindt de toevoeging zoals voorgesteld in de mail van [redacted] (ANT) m.b.t. de J30 namelijk per donorplaats een waardevolle. Het clusteren van J30 en J31 tot één prestatie met het tarief van de J30 kan onze instemming vinden als bij de beschrijving wordt toegevoegd 'per donorplaats'.

3. Er ligt een voorstel om het beoordelen van röntgenfoto's separaat te honoreren. De gekozen werkwijze is echter niet in lijn met de splitsing in het F-hoofdstuk (orthodontie). Bij de orthodontie is er een prestatiecode voor het maken en een prestatiecode voor het beoordelen. De nu voorgestelde werkwijze voor het X-hoofdstuk is een prestatiecode voor maken én beoordelen en een prestatiecode voor beoordelen. Omdat er geen voornemen ligt om de F-codes aan te passen en eenzelfde werkwijze wenselijk is, stelt ZN voor om te kiezen voor een prestatiecode voor het maken en een code voor het beoordelen. De toelichting bij bv X11 moet dan zijn: Kan slechts één maal door dezelfde mondzorgaanbieder (praktijk) als de X10 in rekening worden gebracht.

4. Voor de overige punten staat het commentaar van ZN in het gemeenschappelijk document van KNMT, ANT en ZN en zou het een herhaling worden van hetzelfde commentaar.

5. ZN draagt voor [redacted] en ondergetekende voor het expertteam. Zoals besproken wordt door het expertteam helderheid verschaft over bestaande regelgeving, maar is het wenselijk om een link te hebben naar het technisch overleg.

Mede namens [redacted],

Met vriendelijke groet,

[redacted]

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]@nza.nl>
Verzonden: woensdag 11 april 2018 17:40
Aan: [redacted]@tandarts.nl' <[redacted]@tandarts.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' <[redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' <[redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@planet.nl' [redacted]@planet.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' [redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@consumentenbond.nl' <[redacted]@consumentenbond.nl>; [redacted]@knmt.nl' [redacted]@knmt.nl>; [redacted]@gmail.com' <[redacted]@gmail.com>; [redacted]@tand-wiel.nl' <[redacted]@tand-wiel.nl>; [redacted]@[redacted]nl' <[redacted]@[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] <[redacted]@zn.nl>; [redacted]@zn.nl>; [redacted]@zn.nl>; [redacted]@cz.nl' <[redacted]@cz.nl>

CC: [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>; [redacted], [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>
Onderwerp: TO Tandheelkundige zorg

Beste genodigden,

Hierbij ontvangt u de agenda en stukken voor het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg op **woensdag 18 april a.s. van 09.30 tot 11.30 uur** bij de Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht.

In verband met de vele wijzigingsverzoeken is het niet mogelijk om deze allen te agenderen voor het TO. Om deze reden vragen we u om op de grijs gearceerde wijzigingsverzoeken (zie agenda) schriftelijk te reageren. Dit kan per ommegaande tot uiterlijk 25 april.

De conceptregelgeving zal 9 mei ter consultatie aan u worden voorgelegd. Hierop kunt u tot en met 25 mei reageren.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld, verzoek ik u dit alsnog te doen via [redacted]@nza.nl).

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.

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 22 juni 2018 14:45
CC: [redacted]
Onderwerp: Regelgeving tandheelkundige zorg 2019

Beste allen,

Op 19 juni 2018 heeft onze Raad van Bestuur de Beleidsregel tandheelkundige zorg, de Beleidsregel tandtechniek in eigen beheer en de Regeling mondzorg, zoals deze zullen gelden per 1 januari 2019, vastgesteld. De regelgeving is zojuist gepubliceerd op onze website:

- Beleidsregel tandheelkundige zorg (BR/REG-19105);
- Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg (TB/REG-19611-01);
- Beleidsregel tandtechniek in eigen beheer (BR/REG-19107);
- Prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer (TB/REG-19613-01);
- Regeling mondzorg (NR/REG-1912);

De toelichting op de wijzigingen in de regelgeving voor 2019 kunt u lezen in de circulaire:

- Circulaire regelgeving tandheelkundige zorg (CI/18/08c).

In de Regeling mondzorg is nader toegelicht hoe de materiaal- en techniekkosten geregistreerd moeten worden. Uit de gegevens die gebruikt zijn voor de monitor mondzorg bleek dat materiaal- en techniekkosten verschillend geregistreerd worden. Wij agenderen dit onderwerp voor een volgend overleg, zodat we gezamenlijk op zoek kunnen gaan naar een oplossing.

Naar aanleiding van de consultatie zijn een aantal voorgenomen besluiten gewijzigd. Het gaat om de volgende wijzigingsverzoeken:

1. **E61 (Behandelen van open wortelpunt met calciumhydroxide, eerste zitting) , E62 (Behandelen van open wortelpunt met calciumhydroxide, elke volgende zitting) en E64 (Afsluiting van open wortelpunt)**

Naar aanleiding van de reactie van ZN is bij prestatie E61, E62 en E64 geen sterretje toegevoegd om de materiaalkosten van Mineral trioxide aggregate (MTA) of vergelijkbaar biokeramisch materiaal declarabel te maken. In de prestatietitel van E61 en E62 staat namelijk al beschreven met welk materiaal de open wortelpunt behandeld moet worden. Hetzelfde geldt voor prestatie E64; in de prestatieomschrijving van deze prestatie staat dat het gaat om behandeling met gutta-pecha en cement. Als MTA in deze gevallen wordt gebruikt, is E63 aangewezen. Om deze reden is alleen een sterretje bij prestatie E56 toegevoegd.

2. **J07 (Toeslag kosten boren voor eenmalig gebruik of toeslag kosten inzetstukken van een Implant Removal Set voor eenmalig gebruik)**

In de prestatieomschrijving van prestatie J07 was het gebruik van de implant removal set gekoppeld aan de uitvoering van een opklap ten behoeve van botverwijdering. ZN heeft aangegeven dat het uitvoeren van een opklap losstaat van het gebruik van de implant removal set. Hiernaast moet het gebruik van de implant removal set alleen gekoppeld worden aan de prestaties voor het verwijderen van een implantaat (J26 en J36) en dus niet aan het vervangen van een implantaat. Dit hebben wij aangepast ten opzichte van het voorgenomen besluit.

3. **J27 (Vervangen eerste implantaat) en J37 (Vervangen volgend implantaat)**

In de prestatieomschrijving van J27 en J37 was opgenomen dat deze prestaties inclusief het verwijderen van het vorige implantaat (J36) en exclusief het moeizaam verwijderen (J26) zijn. Zowel ZN als de KNMT hebben aangegeven dat de toevoeging dat het verwijderen van een implantaat inclusief is en moeizaam verwijderen exclusief voor onduidelijkheid zorgt. Om deze reden hebben wij besloten om het verwijderen en vervangen van een implantaat gescheiden te houden.

4. **J78 (Verwijderen en vervangen drukknop)**

Naar aanleiding van een opmerking van ZN hebben wij de prestatie J78 gewijzigd in verwijderen en vervangen drukknop. ZN geeft aan dat anders het loshalen van de drukknop en dezelfde drukknop terugzetten om bijvoorbeeld tandsteen te verwijderen ook met prestatie J78 in rekening kan worden gebracht.

5. **J79 (Verwijderen en vervangen steg)**

De KNMT en ZN geven aan dat er geen prestatie is voor het verwijderen en vervangen van de steg. Om deze reden is een prestatie toegevoegd voor het verwijderen en vervangen van een steg (J79).

De overige wijzingen zijn aangepast conform de voorgenomen besluiten, die wij in eerdere notitie met u hebben gedeeld. De uitgestelde wijzigingsverzoeken bespreken we graag nogmaals in een volgend Technisch Overleg. Na de zomerperiode sturen we een aantal datumvoorstellen.

We hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Heeft u nog vragen naar aanleiding van deze e-mail, dan horen we het graag.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 9 mei 2018 13:44
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Schriftelijke consultatieronde regelgeving Orthodontische zorg 2019
Bijlagen: 1. Memo voorgenomen besluiten regelgeving orthodontische zorg 2019.docx; 2. BR-REG-19106 Beleidsregel Orthodontische zorg.docx; 3. BR-REG-19107 Beleidsregel Tandtechniek in eigen beheer.docx; 4. NR-REG-1912 Regeling mondzorg.docx

Beste allen,

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

De volgende documenten leggen we ter consultatie aan u voor:
- Memo voorgenomen besluiten regelgeving orthodontische zorg 2019;
- Beleidsregel orthodontische 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 Orthodontische zorg.

Wat wordt er met uw consultatiereactie gedaan?
Uw reactie nemen wij mee in ons definitieve besluit over het beleid orthodontische zorg per 2019.

Indien u vragen heeft, kunt u contact met ons opnemen via secretariaat Regulering 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

Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan
Leden TO Orthodontische zorg

Onderwerp
Consultatie regelgeving 2019

Datum
9 mei 2018

Inleiding

In dit memo leggen wij de voorgenomen wijzigingen ten behoeve van de regelgeving orthodontische zorg 2019 aan u voor. Hierin zijn zowel de mondelinge reacties die u tijdens het Technisch Overleg (TO) op 9 maart en 20 april 2018 heeft gegeven, als uw schriftelijke reacties verwerkt.

Voor de verslagen van de TO's verwijzen wij u naar de eerder gedeelde notulen. Voor de volledige wijzigingsverzoeken verwijzen we u naar de eerder gedeelde notities ter voorbereiding op de TO's.

Tevens vermelden wij in dit memo welke wijzigingsverzoeken wij niet voornemens zijn om door te voeren voor de regelgeving 2019.

Deel I. Voorgenomen wijzigingen regelgeving 2019

Puntenaantal F401 aanpassen

In de beleidsregel staat het verkeerde puntenaantal bij prestatie F401. Het tarief in de tariefbeschikking is wel juist.

Voorgenomen besluit NZa
In de beleidsregel staat bij prestatie F401 een puntenaantal van 279,1, dit moet 297,1 zijn.

F492 per kaak is weggevallen op p. 6, 8 en 10

Op pagina 6, 9 en 10 is *per kaak* weggevallen bij prestatie F492.

Voorgenomen besluit NZa
Per kaak wordt toegevoegd bij prestatie F492 op pagina 6, 8 en 10.

Tarief F131B en F131C verschilt 1 cent

Het tarief van F131B en F131C verschilt 1 cent. Het tarief van F131C is juist.

Voorgenomen besluit NZa
Het tarief van F131B wordt aangepast.

F612 Plaatsen intermaxillaire correctieveren (KNMT)

Verzoek
De KNMT verzoekt om het plaatsen van de intermaxillaire correctieveren (€ 36,07) in rekening te brengen met het tarief van prestatie F421 'Plaatsen beugelcategorie 2' (€ 113,88).

Reactie partijen
Partijen geven in het TO van 9 maart 2018 aan dat de correctieveren een substituut zijn voor beugelcategorie 3. De combinatie van beugelcategorie 2 en de intermaxillaire correctieveren kan wel voorkomen. Het voorstel is dan ook om het tarief van de F612 gelijk te laten zijn aan het tarief voor categorie 2; dit kost ongeveer evenveel tijd.

F612 mag niet gecombineerd worden met categorie 3 (niet vooraf of achteraf).

De KNMT komt in het TO van 20 april 2018 terug op hetgeen tijdens het vorige TO is afgesproken. De combinatie met code F431 moet bij nader inzien niet uitgesloten worden. Deze combinatie kan namelijk wel voorkomen. Alle partijen kunnen zich hierin vinden.

Voorgenomen besluit NZa
Het tarief van prestatie F612 Plaatsen intermaxillaire correctieveren zal worden gelijkgetrokken met het tarief van het F421 Plaatsen beugel categorie 2.

Hiernaast zal in 2020 door zowel de NZa als ZN worden gemonitord of prestatie F612 daadwerkelijk een daling van beugelcategorie 3 teweeg brengt. Indien de verlaging niet plaatsvindt, zal dit verzoek opnieuw geagendeerd worden voor een TO.

F401 Beugelcategorie 0

Verzoek
Verzekeraars hebben aangegeven dat F401 strikt genomen geen orthodontische behandeling met individueel vervaardigde apparatuur betreft, maar dat dit een behandeling is met een hulpmiddel.

Reactie partijen
De KNMT geeft aan dat de werking van beugelcategorie 0 niet wetenschappelijk is bewezen. Beugelcategorie 0 omvat een standaard bitje, wat dus niet individueel wordt aangemeten. Volgens de KNMT is dit geen orthodontische zorg. De KNMT geeft aan dat de NVvO literatuuronderzoek heeft gedaan, waaruit de conclusie volgde dat beugelcategorie 0 geen orthodontische, maar een logopedische werking heeft. De KNMT, de ANT en ZN vinden dat de prestatie uit de regelgeving orthodontie moet worden verwijderd.

ZN krijgt steeds meer signalen van misbruik van deze prestatie. De prestatie mag blijven bestaan maar niet in de orthodontische zorg, dit hoort thuis in de logopedie. ZN stelt voor om bij beugelcategorie 1 t/m 4 op te nemen dat deze niet bedoeld zijn voor het plaatsen van myofunctionele apparatuur. De NZa geeft aan dat dit ook volgt uit het feit dat prestatie F401 bestaat.

De VTvO is het hier niet mee eens. De VTvO meldt dat zij op de hoogte zijn van de literatuur en stelt dat deze trainers een myofunctionele werking hebben. De KNMT stelt dat ook dit niet is bewezen. De VTvO geeft aan dat de prestatie bedoeld is voor patiënten met mondafwijkingen en daarom wel thuishoort in de mondzorg, dit kan ook in de regelgeving tandheelkundige zorg zijn.

Reactie NZa
De NZa heeft de vraag of categorie 0 thuishoort in de mondzorg of in de logopedie is aan het Zorginstituut voorgelegd. Het Zorginstituut heeft niet kunnen concluderen bij welke zorgsector deze beugelcategorie hoort.

De NZa geeft aan dat er veel signalen binnenkomen over beugelcategorie 0 en de codes die daarnaast gedeclareerd worden. Beugelcategorie 0 is een all-in tarief en omvat naast het plaatsen ook de uitleg over het afwijkende mond- en tonggedrag, instructie over het dragen van de myofunctionele apparatuur en controle van het dragen van de apparatuur. Als de prestatie in de mondzorg blijft bestaan, moet daarom verduidelijkt worden in de regelgeving dat het niet de bedoeling is om naast beugelcategorie 0 nog verschillende aanvullende codes, zoals bijvoorbeeld F724 (Preventieve voorlichting en/of instructie) in

rekening te brengen.

Voorgenomen besluit NZa
De NZa gaat verder met het Zorginstituut in gesprek over dit wijzigingsverzoek.

Ten aanzien van de signalen wil de NZa in de regelgeving opnemen dat na F401 Plaatsen van beugel categorie 0 geen andere prestaties ten behoeve van beugelcategorie 0 in rekening gebracht mogen worden.

Bij de prestaties F411 tot en met F441 Plaatsen beugel categorie 1 tot en met 4 zal in de omschrijving worden opgenomen dat deze beugelcategorieën niet in rekening kunnen worden gebracht ten behoeve van het plaatsen van myofunctionele apparatuur.

F81x Reparatie of vervanging van beugel vanwege slijtage (KNMT)

Verzoek
De KNMT stelt voor om een nieuwe code toe te voegen voor het repareren of vervangen van een beugel door slijtage. Momenteel is het vervangen of repareren van een beugel alleen in rekening te brengen bij verlies of duidelijk onzorgvuldig gebruik van de beugel door de patiënt.

Reactie partijen
In het TO van 9 maart 2018 wordt duidelijk dat het verzoek alleen voor beugel categorie 1 tot en met 4 geldt. Na een tijdje één van deze categorieën gedragen te hebben, verliest deze zijn werking. Het is niet nodig dat voor het vervangen van de beugel opnieuw honorarium wordt gerekend, maar wel de materiaal- en techniekkosten. De 'slijtage' komt in deze situaties niet door onzorgvuldig gebruik. De KNMT stelt voor om de volgende prestatie tegen kostprijs toe te voegen:

<u>Fxxx* Vervanging apparatuur vanwege slijtage</u>
Vervanging of herstel van (delen van) orthodontische apparatuur die door gebruik zijn werkzaamheid heeft verloren. Te denken valt aan het opnieuw in relatie zetten van functionele apparatuur. Deze code is alleen van toepassing voor de apparatuur vallend onder de beugelcategorieën 1 t/m 4.

In het TO van 20 april komen partijen overeen dat een sterretje bij de voorgestelde prestatie niet nodig is, omdat het een prestatie tegen kostprijs is.

Voorgenomen besluit NZa
De volgende prestatie wordt tegen kostprijs van materiaal- en techniek onder *Diversen* toegevoegd in de regelgeving.

<u>F810 Reparatie of vervanging beugel categorie 1 tot en met 4 vanwege slijtage</u>
Het repareren of vervangen van (onderdelen van) orthodontische apparatuur die door gebruik zijn werkzaamheid heeft verloren. Deze prestatie is alleen van toepassing voor de materiaal- en techniekkosten van de apparatuur vallend onder beugelcategorie 1 t/m 4.

Deze prestatie kan niet in rekening worden gebracht bij reparatie of vervanging na verlies of door onzorgvuldig gebruik.

F492A Toevoegen sterretje (wijziging n.a.v. TO 9 maart 2018)

Verzoek
Tijdens het TO geven partijen aan dat het lijkt alsof het sterretje bij de prestatie F492A vergeten is. De KNMT geeft aan dat het raar is dat je de

kosten voor de spalk nu nergens kwijt kan. Het verzoek is daarom om het sterretje bij de F492A toe te voegen.

Reactie NZa
Deze discussie is eerder gevoerd. Er is nu een vergoeding voor het spalkje verdisconteerd in het tarief van prestatie F492. Dit betekent dat het tarief van prestatie F492 verlaagd dient te worden als het materiaal van het spalkje apart declarabel wordt gemaakt.

Reactie partijen
Alle partijen geven aan dat het de voorkeur heeft om de materiaalkosten uit het tarief van F492 te halen. Er wordt aangegeven dat de marktleider €20,70 hanteert voor de materiaalkosten van een spalkje. De KNMT geeft aan dat in de Tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer een maximumtarief van €27 voor een spalk geldt. ZN geeft aan dat dit wel een prijsopdrijvend effect zal hebben, als de marktleider weet dat de materiaal- en techniekkosten apart in rekening gebracht mogen worden.

Voorgenomen besluit NZa
De NZa is voornemens om een sterretje toe te voegen bij prestatie F492, zodat de materiaal- en techniekkosten appart in rekening gebracht kunen worden. In de Tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer geldt per 2019 een tarief van €26,- voor de spalk. Dit betekent dat het tarief/puntenaantal van F492 met dit tarief verlaagd zal worden.

De puntwaarde van categorie-A is 0,40754, dit betekent dat de waarde van de spalk in categorie-A 63,797 punten omvat.
De puntwaarde van categorie-B/C is 0,60627, dit betekent dat de waarde van de spalk in de categorie-B/C 42,885 omvat.

Dit betekent dat de puntwaarde van prestatie F492 als volgt wordt:

F492A*	166,5 punten (oud puntenaantal: 230.3 punten)
F492B/C*	150,7 punten (oud puntenaantal: 193.6 punten)

De NZa zal deze kosten monitoren.

F125 Maken gebitsmodellen ook in relatie tot F132/133 (KNMT)

Verzoek
De KNMT verzoekt om prestaties F130, F131, F132 en F133 aan de A-lijst toe te voegen conform het tarief en omschrijving in de B-lijst. Het volstaat volgens de KNMT niet om slechts één keer modellen te vervaardigen in (de aanloop naar) een behandeling. Voor patiënten die multidisciplinair moeten worden behandeld, maar volgens de zorgverzekeraar geen B of C patiënten zijn, ontbreekt de mogelijkheid om nader onderzoek en de bij dergelijke behandelingen extra informatievertrekking en behandelevaluatie in rekening te brengen, welke voor de complexe, multidisciplinair te behandelen A-patiënt onmisbaar zijn.

Reactie NZa
De NZa staat er voor open om de prestaties F130 t/m F133 ook voor een specifiek deel van de categorie-A patiënten mogelijk te maken, mits deze groep goed wordt afgebakend. Het is niet de bedoeling dat deze prestaties voor alle categorie-A patiënten gaan gelden.

Reactie partijen
Partijen komen overeen om in de omschrijving van de prestaties F130A tot en met F133A toe te voegen dat deze prestaties alleen gelden voor gemachtigde osteotomie in het kader van een gecombineerde ortho/chirurgische behandeling. Hiermee is de doelgroep voldoende afgebakend. Het tarief zal berekend worden met behulp van het puntenaantal van deze prestaties uit de B/C-categorie en de puntwaarde van de A-categorie.

Voorgenomen besluit NZa
De prestaties F130, F131, F132 en F133 worden toegevoegd aan categorie A.

F130A Uitgebreid onderzoek t.b.v opstellen en vastleggen van complex behandelplan door orthodontisch zorgaanbieder
Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht voor een door de verzekeraar gemachtigde osteotomie in het kader van een gecombineerde ortho/chirurgische behandeling.

Met hetzelfde tarief als F124A en F130B en C (€103,16).

F131A Vervaardigen van een diagnostische set-up
Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht voor een door de verzekeraar gemachtigde osteotomie in het kader van een gecombineerde ortho/chirurgische behandeling.

Met hetzelfde puntenaantal als F131B (115 punten).

F132A Maken van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie
Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht voor een door de verzekeraar gemachtigde osteotomie in het kader van een gecombineerde ortho/chirurgische behandeling.

Met hetzelfde puntenaantal als F125A (41 punten).

F133A Beoordelen van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie
Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht voor een door de verzekeraar gemachtigde osteotomie in het kader van een gecombineerde ortho/chirurgische behandeling.

Met hetzelfde puntenaantal als F126A (148 punten).

Deel II. Voorgenomen afgewezen/uitgestelde wijzigingsverzoeken

Tarief X21 en X22 gelijk trekken met de F155 en F156 (VTvO)
Tarief X24 gelijk trekken met de F157 en F158 (VTvO)

Verzoek
Al geruime tijd zijn we met partijen in gesprek om de tarieven van X21/X22 en F155 en F156 én van X24 en F157 en F158 gelijk te trekken. De VTvO heeft een voorstel gedaan om dit te bewerkstelligen.
Het OPG in de orthodontische zorg wordt daardoor €21,34 duurder en de RSP in de orthodontische zorg wordt €20,88 goedkoper voor de patiënt/zorgverzekeraar.

Reactie NZa
De NZa benadrukt dat het gelijktrekken van het tarief budget neutraal dient te zijn. Daar lijkt in dit voorstel geen sprake van te zijn, aangezien een RSP niet bij elke beugelbehandeling wordt toegepast en het OPG wel. De beugelbehandeling wordt door dit voorstel €64,02 duurder voor de patiënt.
Het is de bedoeling dat een prestatie, die vrijwel altijd onderdeel uitmaakt van het beugeltraject, lager wordt gehonoreerd zodat het tarief van F155A en F156A hoger gesteld kan worden en daarmee gelijkgetrokken wordt met X21. Op deze manier wordt de patiënt niet benadeeld door deze wijziging en blijft het beugeltraject even duur.

Reactie partijen
In het TO wordt geconcludeerd dat we ruim een jaar de opties hebben verkend om de tarieven gelijk te trekken. Bij de doorontwikkeling moet dit meegenomen worden. Voor nu parkeren we dit punt, omdat een oplossing niet voor handen lijkt te zijn.

De VTvO vindt dat het gelijktrekken van de tarieven voor orthodontie en reguliere tandheelkunde de transparantie ten goede komt voor patiënten, verzekeraars en behandelaars.

ZN geeft nogmaals aan voorstander te zijn van een integrale prestatie voor röntgendiagnostiek.

Voorgenomen besluit NZa
De NZa vindt het met het oog op functionele bekostiging van belang dat er geen verschillen in tarieven voor dezelfde zorg zijn. Een oplossing blijkt echter niet voor handen. We parkeren dit punt voor nu en nemen dit mee in de doorontwikkeling.

Categorie 7 (VTvO)

Verzoek
De VTvO vindt dat de prestaties voor beugelcategorie 7 (F471 voor het plaatsen en F517 voor het consult) uitgesplitst dienen te worden in de volgende aparte prestaties: uitgebreid opstellen van het plan; het aanbrengen/verwijderen van de attachments; het aantal benodigde hoesjes; de eventueel noodzakelijke refinements; slicen.

Reactie partijen
Partijen zijn het met elkaar eens dat er juist voor is gekozen om de behandeling per beugelcategorie te bundelen en vinden het daarom niet wenselijk om hier voor beugelcategorie 7 een uitzondering voor te maken.

Voorgenomen besluit NZa
De NZa ziet geen aanleiding voor het aanpassen van deze prestatie ten behoeve van de regelgeving 2019.

F812 Herstel en plaatsen van retentieapparatuur (KNMT)

Verzoek
De KNMT stelt voor om de zin: “Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd” te schrappen.

Reactie Nza
In het eerste jaar na het verwijderen van de beugel mag prestatie F812 niet in rekening worden gebracht. In dit eerste jaar vinden tevens de meeste nacontroles plaats. Als een patiënt na 7 jaar terugkomt, omdat het spalkje los zit, heeft het geen zin om nog een nacontrole te doen.

Reactie partijen
Partijen zijn het erover eens dat dit wijzigingsverzoek niet gehonoreerd hoeft te worden.

Voorgenomen besluit NZa
De NZa ziet geen aanleiding voor het aanpassen van deze prestatie ten behoeve van de regelgeving 2019.

F481/F491 Plaatsen beugel categorie 8/9 (KNMT)

Verzoek
De KNMT stelt voor om voor de linguale apparatuur het wederom mogelijk te maken om ook de plaatsingskapjes bij de materiaal- en techniekkosten in rekening te brengen.

Voorgenomen besluit NZa
De NZa heeft vorig jaar reeds aangegeven dat bij de aanpassing van de tarieven alle materiaal- en techniekkosten, op de brackets en bogen na, verdisconteerd zijn in het tarief van de beugelcategorieën. Om deze reden zijn alleen de brackets en bogen apart in rekening te brengen.

De NZa ziet geen aanleiding voor het aanpassen van deze prestatie ten behoeve van de regelgeving 2019.

Aanpassing van het tarief naar aanleiding van de extra benodigde tijd door wijzigingen en richtlijnen en wetgeving (KNMT)
Toeslag voor toepassing straling beperkende maatregelen (VTvO)

Verzoek
De KNMT vindt dat duidelijk is dat met o.a. de invoering van de richtlijn radiologie, de WIP-richtlijn en de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) er meer tijd moet worden besteed ten opzichte van het moment dat de tarieven zijn vastgesteld. De KNMT vraagt aandacht voor deze ontwikkelingen en wil bekijken hoe deze verdisconteerd kunnen worden in het huidige tarief.

De VTvO verzoekt om een tijdelijke extra prestatiecode met een tarief van €2,50 voor het gebruik van innovatieve stralingsbeschermende maatregelen bij het maken van een laterale schedelröntgenfoto.

Reactie partijen
ZN geeft tijdens het TO van 9 maart 2018 aan dat er altijd ontwikkelingen zijn, deze moeten in een kostenonderzoek worden meegenomen. Nu speelt deze situatie en dan moeten we hier geen uitzondering voor gaan maken.

De KNMT is geen voorstander van een tijdelijke toeslag zoals de VTvO deze voorstelt en vindt het beter om dit op te nemen in de praktijkkosten en dus in een volgend kostenonderzoek.

De VTvO benadrukt in haar schriftelijke reactie nogmaals het belang van een tijdelijke toeslag om de straling beperkende maatregelen bij het maken van een RSP zo snel mogelijk in te voeren. Het gaat hier om de risico’s voor de algemene gezondheid van de patiënten waar een behoorlijke extra investering voor wordt verlangt van de behandelaars die hiervoor misschien pas over een paar jaar voor worden gecompenseerd als dit uit het kostenonderzoek blijkt nodig te zijn geweest.

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

De NZa ziet geen aanleiding voor het aanpassen van deze prestatie ten behoeve van de regelgeving 2019.

F126 Bespreken behandelplan en beoordeling gebitsmodellen (VTvO)

Verzoek
De VTvO is van mening dat het transparanter en duidelijker is voor de patiënt en de behandelaar om het bespreken van het behandelplan los te koppelen van de prestatie "beoordelen van gebitsmodellen". Door de verbeterde digitale technieken en mondfotografie zijn gebitsmodellen niet altijd nodig voor het maken en bespreken van een plan. Vaak worden de afdrukken pas gemaakt en beoordeeld vlak voor de aanvang van de daadwerkelijke uitvoering van een plan dat al in een veel eerder stadium is besproken met de patiënt en/of zijn ouders. Nu worden de gebitsmodellen vaak alleen maar gemaakt omdat dan ook het bespreken van het plan tot een declaratie leidt.

Reactie partijen
Partijen hebben afwijkende meningen over dit verzoek. De VTvO geeft aan dat het mogelijk moet zijn om het plan te bespreken, zonder een gebitsmodel te maken. De KNMT geeft juist aan dat het niet mogelijk is om een behandelplan op te stellen en te bespreken als je geen gebitsmodel hebt. ZN zet vraagtekens bij dit wijzigingsverzoek. Voor de transparantie en toenemende vraag naar meer uitleg is het volgens VTvO beter om het maken en beoordelen van gebitsmodellen los te koppelen en een tijdsafhankelijk tarief voor het bespreken van het behandelplan in te voeren.

De KNMT heeft dit voor het TO van 20 april 2018 bij haar achterban nagevraagd. Hieruit bleek dat het bespreken van het behandelplan en de beoordeling van gebitsmodellen één-op-één met elkaar gepaard gaan. Dit pleit niet voor het loskoppelen van het bespreken van het behandelplan. De VTvO geeft aan dat dit niet het punt is. We weten allemaal dat dit bij elkaar hoort. Het gaat om de transparantie richting de patiënt. De ANT en KNMT zijn tegen het voorstel van de VTvO.

Voorgenomen besluit NZa
De NZa blijft bij haar eerder gegeven reactie. Per 2018 is in de omschrijving van F126 juist expliciet gemaakt dat deze prestatie inclusief het bespreken van het behandelplan is. Dit is transparanter voor de patiënt; het behandelplan moet besproken zijn, voordat deze prestatie in rekening gebracht mag worden. Hiernaast is het logisch om deze twee handelingen, gezien ze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, middels één prestatie declarabel te maken.

De NZa ziet geen aanleiding voor het aanpassen van deze prestatie ten behoeve van de regelgeving 2019.

Nacontroles beugelcategorie 1 t/m 9 (VTvO en KNMT)

Verzoek
In het TO van november 2017 is gesproken over hoeveel nacontroles na afloop van de actieve beugelbehandeling nodig zijn. De KNMT heeft aangegeven dat vier nacontroles in de eerste jaren gangbaar zijn. De vertaling door de NZa hiervan dat ongeacht het aantal nacontroles dit maar één keer in de drie maanden in rekening mag worden gebracht is volgens de KNMT en VTvO niet werkbaar. Juist in de eerste maanden na de actieve behandeling zal de nacontrole frequenter nodig zijn en later minder.

Reactie NZa
De nacontroles gelden in de huidige regelgeving per tijdvak (net als een aantal andere prestaties bij de orthodontie), namelijk per 3 maanden. Dat kan op grond van de Wmg. Een andere mogelijkheid is om dit in een richtlijn op te nemen. De NZa geeft aan dat bijvoorbeeld 4 nacontroles per jaar tegen het huidige tarief gedeclareerd kunnen worden en vanaf 5

of meer nacontroles per jaar kan er gedeclareerd worden tegen een lager tarief.

Reactie partijen
Partijen hebben last van de nieuwe regel dat een nacontrole één keer per drie maanden gedeclareerd mag worden. Ook is duidelijk dat wanneer je de regel zou opheffen en weer onbeperkt gedeclareerd mag worden, dat er aanbieders zijn die dit 12 keer per jaar declareren. De KNMT geeft aan dat iedereen het er over eens dat 4 nacontroles per jaar wenselijk zijn, dit is ook opgenomen in een richtlijn.

De KNMT geeft aan dat je ook een gebundeld retentietarief kunt maken voor het hele eerste jaar en een gebundeld tarief voor het tweede jaar, ongeacht het aantal consulten. Het tarief in het tweede jaar kan dan stuk lager zijn dan in het eerste jaar. Een andere mogelijkheid is om voor het tweede jaar te kiezen voor het declareren van losse consulten tegen een lager tarief.

De KNMT stelt twee mogelijkheden voor om de nazorg anders in te richten en geeft voorkeur aan het tweede voorstel. Dit is volgens de KNMT beter uit te leggen aan de patiënt.

Voorstel 1: Nazorg per jaar
Nazorg 1e jaar na verwijderen apparatuur cat 6-9: € 157,52
(gelijk aan 4 x F533 Nacontrole beugel categorie 6,9 € 39,38)
Nazorg 2e jaar na verwijderen apparatuur cat 6-9: € 118,14
(gelijk aan 3 x F533 Nacontrole beugel categorie 6,9 € 39,38)

Totale nazorg is € 157,52 + € 118,14 = € 275,66

Voorstel 2: Nazorg per semester
Nazorg 1e semester na verwijderen apparatuur cat 6-9: € 82,69
(=30% van totale kosten nazorg)
Nazorg 2e semester na verwijderen apparatuur cat 6-9: € 68,91
(=25% van totale kosten nazorg)
Nazorg 3e semester na verwijderen apparatuur cat 6-9: € 68,91
(=25% van totale kosten nazorg)
Nazorg 4e semester na verwijderen apparatuur cat 6-9: € 55,13
(=20% van totale kosten nazorg)

Voorgenomen besluit NZa
In de huidige regelgeving kennen we drie prestaties voor nazorg. Uitgaande van het eerste voorstel van de KNMT worden dit 6 nazorg prestaties. Uitgaande van het tweede voorstel van de KNMT worden dit 12 nazorg prestaties. Het voorstel van de KNMT leidt tot een flinke toename in het aantal nazorgprestaties, waardoor de structuur complexer word.

Hiernaast wordt in de Concept Richtlijn Orthodontie Retentie aanbevolen om in de eerste 2 jaar na verwijdering van de beugel 3 tot 5 nacontroles uit te voeren, terwijl het voorstel van de KNMT uitgaat van 7 nacontroles in 2 jaar. Ook wordt vermeld dat nacontroles veelal plaatsvinden 6 weken na verwijdering van de beugel, vervolgens 3 maanden daarna, dan een halfjaar later en daarna jaarlijks. Hieruit blijkt dat de huidige regelgeving juist niet knelt met de richtlijn.

Wij vinden het van belang dat de prestatiestructuur aansluit bij eventueel beschikbare richtlijnen en zijn daarom niet voornemens om het voorstel van de KNMT over te nemen.

Nederlandse Zorgautoriteit

BELEIDSREGEL BR/REG –19106

Orthodontische zorg

Kenmerk
BR/REG-19106

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

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

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

1. Begripsbepalingen

Inkomensbestanddeel
Het aandeel van de arbeidskostencomponent in het (maximum) tarief, dat aanbieders van tandheelkundige zorg in rekening mogen brengen.

Praktijkkostenbestanddeel
Het aandeel van de praktijkkosten in het (maximum) tarief, dat aanbieders van tandheelkundige zorg in rekening mogen brengen.

Rekenomzet
De som van het inkomensbestanddeel en het praktijkkostenbestanddeel.

Rekennorm
Begripsaanduiding voor het aantal *punten* per jaar.

Puntwaarde
De uitkomst van de rekenomzet gedeeld door de rekennorm.

Materiaal- en/of techniekkosten
De kosten van tandtechniek die noodzakelijk zijn voor de behandeling en extra zijn ingekocht door de zorgaanbieder en de kosten van de materialen die specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Hier worden expliciet niet de verbruiksmaterialen bedoeld. Bij de prestaties waarbij materiaal- en techniekkosten afzonderlijk in rekening kunnen worden gebracht, staat dit in de onderhavige beleidsregel en tariefbeschikking aangegeven met één sterretje (*).

Toelichting:
Met bovengenoemde regel mogen de materialen in rekening worden gebracht die gebruikt worden bij de behandeling van een patiënt in de praktijk én die met of voor de patiënt de praktijk verlaten.

Niet in rekening te brengen (dus ook niet in het geval dat materiaal- en techniekkosten wel apart in rekening gebracht mogen worden – zichtbaar aan het * achter de prestatiecode) zijn verbruiksmaterialen. Hieronder worden verstaan: alle materialen die bij een behandeling van een patiënt in de praktijk worden gebruikt en die niet speciaal voor de patiënt gemaakt zijn en die niet met of voor de patiënt de praktijk verlaten.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen per gedeclareerde prestatie gespecificeerd te worden en mogen niet hoger zijn dan de daarvoor door de zorgaanbieder aan de tandtechnicus/het tandtechnisch laboratorium betaalde en/of verschuldigde netto kosten voor inkoop. Onder netto kosten voor inkoop wordt verstaan: de inkoopprijs na aftrek van kortingen en bonussen die verband houden met de aanschaf van materialen en technieken. De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de patiënt of diens verzekeraar de nota van de tandtechnicus/ het tandtechnisch laboratorium over te leggen.

Indien de zorgaanbieder de tandtechnische werkstukken zelf vervaardigt, is deze verplicht aan de patiënt of diens verzekeraar de techniekkosten te specificeren conform de lijst van de Nederlandse Zorgautoriteit met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer.

Voor nadere transparantie-voorschriften ten aanzien van het specificeren en inzichtelijk maken van materiaal- en/of techniekkosten wordt verwezen naar de Regeling Mondzorg.

Achtergrond en doel van de regel
De prestatielijst voor de mondzorg kent al geruime tijd de regel dat bij verschillende prestaties de van toepassing zijnde materiaal- en techniekkosten separaat tegen (maximaal) de netto kosten voor inkoop in rekening mogen worden gebracht. Deze kosten zijn buiten het (reguliere) tarief van de prestatie gehouden om ervoor te zorgen dat zowel de variatie als de veranderingen in kosten terugkomen in de uiteindelijke prijs voor de consument: de komst van andere, nieuwe materialen wordt niet bemoeilijkt door een maximumtarief en de keuze voor een goedkoper product geeft de consument ook altijd daadwerkelijk een financieel voordeel[1].

Inkoopsituaties
Bij de hierboven genoemde regel wordt als tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium aangemerkt: de tandtechnicus die/het tandtechnisch laboratorium dat deze materialen en/of technieken heeft vervaardigd. De zorgaanbieder dient uit te gaan van de door deze leverancier in rekening gebrachte netto kosten.

De daadwerkelijke levering van materiaal of techniek aan de zorgaanbieder kan echter ook via een derde plaatsvinden. Wanneer levering plaatsvindt via *een aan de zorgaanbieder gelieerde derde* dient de zorgaanbieder uit te gaan van de door die derde aan díens leverancier (en dus de vervaardiger van de techniek of het materiaal) betaalde en/of verschuldigde netto kosten voor inkoop. De door deze derde aan de zorgaanbieder berekende extra kosten (dat wil zeggen: de kosten bovenop díens netto kosten voor inkoop bij zijn leverancier) kunnen door de zorgaanbieder enkel ook in rekening worden gebracht als die extra kosten een reële economische waarde vertegenwoordigen[2].

---

[1] Om aan de genoemde uitgangspunten tegemoet te komen, geldt de regel dat (maximaal) de netto kosten voor inkoop in rekening mogen worden gebracht. Ook indien op indirecte manier inkoopvoordelen worden verkregen - in de vorm van een assortimentskorting, gratis apparatuur of anderszins – dient de zorgaanbieder deze op de in rekening gebrachte kosten in mindering te brengen. De hoofdregel is dat de zorgaanbieder geen winst maakt op de door hem ingekochte en vervolgens bij de patiënt of diens verzekeraar in rekening gebrachte materialen en technieken.

[2] In het geval levering plaatsvindt via bijvoorbeeld een aan de zorgaanbieder gelieerde distributeur, betekent dit dat de zorgaanbieder dient uit te gaan van de netto kosten voor inkoop van deze distributeur. Zijn netto kosten voor inkoop kunnen slechts worden vermeerderd met de door de distributeur gemaakte extra kosten mits deze een reële economische waarde vertegenwoordigen.

De regel brengt met zich mee dat het plaatsen van een op enigerlei wijze aan de zorgaanbieder gelieerde rechtspersoon tussen de 'zorgaanbieder' en de 'oorspronkelijke vervaardiger' of een 'niet-gelieerde leverancier', waarvan het effect is dat de inkoopprijs (voor de zorgaanbieder) wordt verhoogd en daarmee financieel voordeel wordt behaald door deze zorgaanbieder, er niet toe kan leiden dat de door deze gelieerde rechtspersoon in rekening gebrachte kosten mogen worden doorberekend door de zorgaanbieder aan de consument. De extra kosten van die rechtspersoon (bovenop diens kosten voor inkoop) vertegenwoordigen dan immers geen reële economische waarde en dat betekent dat de prijs voor de consument hoger wordt dan redelijkerwijs nodig is.

2. Doel van de beleidsregel

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

3. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op orthodontische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen[3] of werkzaamheden[4] op het terrein van orthodontische zorg, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

4. Hoofdstukken orthodontische zorg

In het kader van deze beleidsregel worden een reeks van prestatiebeschrijvingen onderscheiden die in navolgende hoofdstukken zijn verdeeld.

(I) Consultatie en diagnostiek
(II) Röntgenonderzoek
(III) Behandeling
(IV) Diversen

De lijst van orthodontische prestaties is gesplitst naar de behandeling van het soort patiënt:

(A) patiënten, niet vallend onder B en/of C
(B) patiënten met een in ernst met schisis vergelijkbare afwijking(en)
(C) patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis

---

[3] Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg.
[4] Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

5. Onderdelen ter vaststelling van de tariefopbouw

5.1 Bij de tariefvaststelling wordt gebruik gemaakt van twee puntwaarden: een puntwaarde voor de tarieven in de A-categorie en een puntwaarde voor de tarieven in de B- en C-categorie.

5.2 De *arbeidskostencomponent* orthodontische zorg bedraagt € ~~174.113~~179.267 (definitief 2018~~7~~).
5.3 Het *inkomensbestanddeel* in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt € ~~173.372~~178.504 (definitief niveau 2018~~7~~).

5.4 Het *praktijkkostenbestanddeel* in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt € ~~724.245~~739.727 (definitief niveau 2018~~7~~). Het praktijk-kostenbestanddeel is opgebouwd uit de elementen 'personeelskosten' en 'overige kosten':
- personeelskosten € ~~301.854~~310.789
- overige kosten € ~~422.391~~428.938

5.5 De *rekennorm* in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt 2.327.991.

5.6 Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het inkomens- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'indexeren'.

5.7 De structurele puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt € 0,394431~~0,385576~~ (definitief niveau 2018~~7~~).

5.8 De puntwaarde van de prestaties in de B- en C-categorie bedraagt € ~~0,58578~~0,60627 (voorcalculatorisch niveau ~~2018~~2019). Deze puntwaarde muteert jaarlijks met het hierna in artikel 6.2 genoemde mutatiepercentage.

6. Totstandkoming maximumtarieven

De totstandkoming van de tarieven voor de in artikel 7 beschreven prestaties wordt hieronder toegelicht.

6.1 Het maximumtarief is een bedrag per prestatie: het product van de voor het jaar t geldende puntwaarde maal het aantal punten in de lijst van orthodontische prestaties.

6.2 Het mutatiepercentage van het tarief is het procentuele verschil tussen de puntwaarde op voorcalculatorisch niveau jaar t en de puntwaarde op voorcalculatorisch niveau jaar t-1.

6.3 Uitzonderingen op 6.1 en 6.2 zijn de tarieven van de prestaties F121, F122, F124, F151, F152, F161, F162, F716, F721, F722, F724 en F815. Deze zijn gelijk aan het tariefniveau van de soortgelijke prestaties in de algemene tandheelkunde zoals die voortvloeien uit de beleidsregel tandheelkundige zorg. In de B~~b~~eleidsregel tandheelkundige zorg zijn dit respectievelijk de prestaties met codes ~~C11,~~ C11, C28, X10, X11~~0~~, X25, X26, M61, H11, H16, M01 en E44. Dit geldt voor de A-, B- en C-lijst.

6.4 De maximumtarieven berekend op basis van artikel 6.1 en 6.3 kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.

6.5 Een tarief dat niet hoger is dan berekend op basis van artikel 6.1 kan aan eenieder in rekening worden gebracht. Een tarief dat tot stand komt met toepassing van artikel 6.1 en 6.4 kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot orthodontische zorg is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.
Een tarief dat tot stand komt met toepassing van artikel 6.1 en 6.4 kan uitsluitend in rekening worden gebracht voor zover een ziektekostenverzekering met betrekking tot orthodontische zorg tussen de ziektekostenverzekeraar en verzekerde is overeengekomen die de betreffende prestatie omvat.

7. Prestaties orthodontische zorg en puntenaantallen

Onder de in artikel 4 genoemde hoofdstukken zijn de in dit artikel genoemde prestaties te onderscheiden. Bij de prestaties is – indien van toepassing – het geldende puntenaantal weergegeven. Op de prestaties zijn ‘algemene bepalingen’ van toepassing. Deze zijn weergegeven in bijlage 1.

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

CODE	OMSCHRIJVING	PUNTEN
I Consultatie en diagnostiek		
F121A	Eerste consult	€ 21,78
F122A	Vervolgconsult	€ 21,78
F123A	Controlebezoek	33,5
F124A	Second opinion	€103,16
F125A *	Maken gebitsmodellen	41,0
F126A	Beoordelen gebitsmodellen inclusief bespreken behandelplan	148,0
F127A	Multidisciplinair consult, per uur (multidisciplinair consult bij een patiënt met een vermoedelijke afwijking in de zin van schisis of (een) in ernst met schisis vergelijkbare aangeboren afwijking (per uur, deelbaar in eenheden van vijf minuten)~~.~~	Tarief F127B/C
F130A	Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen van complex behandelplan door orthodontisch zorgaanbieder	€103,16
F131A	Vervaardigen van diagnostische set-up	115,0
F132A	Maken van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	41,0
F133A	Beoordelen van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	148,0
II Röntgenonderzoek		
F151A	Intra-orale röntgenfoto (3x4 cm~~.~~)	€ 16,05
F152A	Occlusale opbeet röntgenfoto	€ 16,05
F155A	Vervaardiging orthopantomogram	72,0
F156A	Beoordeling orthopantomogram	42,2
F157A	Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	45,1
F158A	Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	125,9
F159A	Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	45,1
F160A	Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	125,9
F161A	Meerdimensionale kaakfoto	€ 137,55
F162A	Beoordelen meerdimensionale kaakfoto	€ 57,31
III Behandeling		
F401A *	Plaatsen beugel categorie 0	2~~7~~97,1
F411A *	Plaatsen beugel categorie 1	276,5
F421A *	Plaatsen beugel categorie 2	289,2

CODE	OMSCHRIJVING	PUNTEN
F431A *	Plaatsen beugel categorie 3	333,5
F441A *	Plaatsen beugel categorie 4	355,3
F451A *	Plaatsen beugel categorie 5	840,6
F461A *	Plaatsen beugel categorie 6	1.367,4
F471A *	Plaatsen beugel categorie 7	1.327,0
F481A *	Plaatsen beugel categorie 8	1.035,7
F491A *	Plaatsen beugel categorie 9	1.361,3
F492A *	Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak	166,5~~230,3~~
F511A	Beugelconsult per maand categorie 1	70,0
F512A	Beugelconsult per maand categorie 2	70,0
F513A	Beugelconsult per maand categorie 3	70,0
F514A	Beugelconsult per maand categorie 4	70,0
F515A	Beugelconsult per maand categorie 5	80,0
F516A	Beugelconsult per maand categorie 6	100,0
F517A	Beugelconsult per maand categorie 7	100,0
F518A	Beugelconsult per maand categorie 8	120,0
F519A	Beugelconsult per maand categorie 9	150,0
F521A	Beugelconsult vanaf 25e behandelingsmaand (beugel categorie 1 t/m 9)	70,0
F531A	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 1 t/m 4	70,0
F532A	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 5, 7, 8	80,0
F533A	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 6, 9	100,0

IV Diversen

F611A *	Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur	294,0
F612A *	Plaatsen intermaxillaire correctieveren	289,2~~291,6~~
F716A *	Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur	€ 25,79
F721A	Trekken tand of kies	€ 42,98
F722A	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	€ 32,09
F723A *	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	198,1
F724A	Preventieve voorlichting en/of instructie	€ 12,85
F810A	Reparatie of vervanging beugel categorie 1 tot en met 4 vanwege slijtage	kostprijs
F811A *	Reparatie of vervanging van beugel	69,5
F812A *	Herstel en plaatsen van retentie-apparatuur	91,6
F813A *	Plaatsen extra retentiebeugel, per kaak	91,6
F814A *	Plaatsen retentie-apparatuur bij orthodontisch niet behandelde of door andere	91,6

	zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt	
F815A	Verwijderen spalk, per element	€ 5,73
F911A	Inkopen op uitkomst orthodontie	5.687,9

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

CODE	OMSCHRIJVING	PUNTEN
I Consultatie en diagnostiek		
F121B	Eerste consult	€ 21,78
F122B	Vervolgconsult	€ 21,78
F123B	Controlebezoek	33,5
F124B	Second opinion	€ 103,16
F125B *	Maken gebitsmodellen	50,9
F126B	Beoordelen gebitsmodellen inclusief bespreken behandelplan	148,0
F127B	Multidisciplinair consult, per uur (deelbaar in eenheden van vijf minuten)	223,0
F130B	Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen van complex behandelplan door orthodontische zorgaanbieder	€ 103,16
F131B *	Vervaardigen van een diagnostische set-up	115,0
F132B *	Maken van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	50,9
F133B	Beoordelen van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	148,0
II Röntgenonderzoek		
F151B	Intra-orale röntgenfoto (3x4 cm-)	€ 16,05
F152B	Occlusale opbeet röntgenfoto	€ 16,05
F153B	Extra-orale röntgenfoto (13x18 cm-)	36,8
F154B	Röntgenonderzoek d.m.v. hand/pols-foto's	45,1
F155B	Vervaardiging orthopantomogram	72,0
F156B	Beoordeling orthopantomogram	42,2
F157B	Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	45,1
F158B	Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	125,9
F159B	Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	45,1
F160B	Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	125,9
F161B	Meerdimensionale kaakfoto	€ 137,55
F162B	Beoordelen meerdimensionale kaakfoto	€ 57,31

III Behandeling

CODE	OMSCHRIJVING	PUNTEN
F401B *	Plaatsen beugel categorie 0	202,5
F411B *	Plaatsen beugel categorie 1	323,5
F421B *	Plaatsen beugel categorie 2	337,4
F431B *	Plaatsen beugel categorie 3	385,3
F441B *	Plaatsen beugel categorie 4	408,9
F451B *	Plaatsen beugel categorie 5	921,1
F461B *	Plaatsen beugel categorie 6	1.500,8
F471B *	Plaatsen beugel categorie 7	1.391,2
F481B *	Plaatsen beugel categorie 8	1.115,9
F491B *	Plaatsen beugel categorie 9	1.537,3
F492B *	Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak	150,7~~193,6~~
F511B	Beugelconsult per maand categorie 1	100,0
F512B	Beugelconsult per maand categorie 2	100,0
F513B	Beugelconsult per maand categorie 3	100,0
F514B	Beugelconsult per maand categorie 4	100,0
F515B	Beugelconsult per maand categorie 5	110,0
F516B	Beugelconsult per maand categorie 6	130,0
F517B	Beugelconsult per maand categorie 7	100,0
F518B	Beugelconsult per maand categorie 8	120,0
F519B	Beugelconsult per maand categorie 9	150,0
F531B	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 1 t/m 4	100,0
F532B	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 5, 7, 8	100,0
F533B	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 6, 9	130,0

IV Diversen

F611B *	Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur	212,9
F612B *	Plaatsen intermaxillaire correctieveren	121,6
F716B *	Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur	€ 25,79
721B	Trekken tand of kies	€ 42,98
F722B	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	€ 32,09
F723B *	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	166,5
F724B	Preventieve voorlichting en/of instructie	€ 12,85
F810B	Reparatie of vervanging beugel categorie 1 tot en met 4 vanwege slijtage	kostprijs
F811B *	Reparatie of vervanging van beugel	69,5
F812B *	Herstel en plaatsen van retentie-apparatuur	121,6

F813B *	Plaatsen extra retentiebeugel, per kaak	121,6
F814B *	Plaatsen retentie-apparatuur bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt	121,6
F815B	Verwijderen spalk, per element	€ 5,73

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

CODE	OMSCHRIJVING	PUNTEN
I Consultatie en diagnostiek		
F121C	Eerste consult	€ 21,78
F122C	Vervolgconsult	€ 21,78
F123C	Controlebezoek	33,5
F124C	Second opinion	€ 103,16
F125C *	Maken gebitsmodellen	50,9
F126C	Beoordelen gebitsmodellen inclusief bespreken behandelplan	148,0
F127C	Multidisciplinair consult, per uur (deelbaar in eenheden van vijf minuten)	223,0
F128C	Prenataal consult (deelbaar in eenheden van vijf minuten)	130,0
F129C	Orthodontie in de eerste twee levensjaren	2.279
F130C	Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen van complex behandelplan door orthodontische zorgaanbieder	€ 103,16
F131C *	Vervaardigen van een diagnostische set-up	115,0
F132C *	Maken van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	50,9
F133C	Beoordelen van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	148,0
II Röntgenonderzoek		
F151C	Intra-orale röntgenfoto (3x4 cm.)	€ 16,05
F152C	Occlusale opbeet röntgenfoto	€ 16,05
F153C	Extra-orale röntgenfoto (13x18 cm.)	36,8
F154C	Röntgenonderzoek d.m.v. hand/pols-foto's	45,1
F155C	Vervaardiging orthopantomogram	72,0
F156C	Beoordeling orthopantomogram	42,2
F157C	Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	45,1
F158C	Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	125,9
F159C	Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	45,1
F160C	Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	125,9

F161C	Meerdimensionale kaakfoto	€ 137,55
F162C	Beoordelen meerdimensionale kaakfoto	€ 57,31

CODE	OMSCHRIJVING	PUNTEN
III Behandeling		
F401C *	Plaatsen beugel categorie 0	202,5
F411C *	Plaatsen beugel categorie 1	607,1
F421C *	Plaatsen beugel categorie 2	638,5
F431C *	Plaatsen beugel categorie 3	747,3
F441C *	Plaatsen beugel categorie 4	800,7
F451C *	Plaatsen beugel categorie 5	1.358,1
F461C *	Plaatsen beugel categorie 6	2.220,7
F471C *	Plaatsen beugel categorie 7	2.142,3
F481C *	Plaatsen beugel categorie 8	1.833,2
F491C *	Plaatsen beugel categorie 9	2.572,7
F492C *	Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak	150,7~~193,6~~
F511C	Beugelconsult per maand categorie 1	100,0
F512C	Beugelconsult per maand categorie 2	100,0
F513C	Beugelconsult per maand categorie 3	100,0
F514C	Beugelconsult per maand categorie 4	100,0
F515C	Beugelconsult per maand categorie 5	110,0
F516C	Beugelconsult per maand categorie 6	130,0
F517C	Beugelconsult per maand categorie 7	130,0
F518C	Beugelconsult per maand categorie 8	165,0
F519C	Beugelconsult per maand categorie 9	195,0
F531C	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 1 t/m 4	100,0
F532C	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 5, 7, 8	110,0
F533C	Nacontrole per drie maanden beugel categorie 6, 9	130,0
IV Diversen		
F611C *	Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur	212,9
F612C *	Plaatsen intermaxillaire correctieveren	121,6
F716C *	Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur	€ 25,79
F721C	Trekken tand of kies	€ 42,98
F722C	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	€ 32,09
F723C *	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	166,5
F724C	Preventieve voorlichting en/of instructie	€ 12,85

F810C	Reparatie of vervanging beugel categorie 1 tot en met 4 vanwege slijtage	kostprijs
F811C *	Reparatie of vervanging van beugel	69,5
F812C *	Herstel en plaatsen van retentie-apparatuur	121,6
F813C *	Plaatsen extra retentiebeugels, per kaak	121,6
F814C *	Plaatsen retentie-apparatuur bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt	121,6
F815C	Verwijderen spalk, per element	€ 5,73

8. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel orthodontische zorg met kenmerk BR/REG-~~17102~~ 18114 ingetrokken.

9. Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding, terugwerkende kracht en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel orthodontische zorg, met kenmerk BR/REG-~~17102~~18114, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2019~~8~~. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel orthodontische zorg.

Toelichting

In deze beleidsregel zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- ~~De omschrijving van prestatie F126 is verduidelijkt. Uit de omschrijving blijkt nu dat het beoordelen van gebitsmodellen gepaard gaat met het bespreken van het behandelplan.~~
- ~~Bij prestatie F815 is aangegeven dat deze per element declarabel is.~~
- ~~Er is een honorarium opgenomen voor prestatie F612. Naast dit honorarium zijn de materiaal- en techniekkosten door middel van het sterretje in rekening te brengen.~~
- ~~Bij prestaties F122, F215 en F126 is toegevoegd dat deze ook na een interceptieve behandeling in het kader van een nieuw te starten beugeltraject declarabel zijn. Er geldt daarbij wel dat er in de afgelopen 12 maanden geen beugelconsult heeft plaatsgevonden. Daarnaast is in de algemene bepalingen uitgelegd wat een interceptieve behandeling is.~~
- ~~Bij prestatie F532 is, net zoals al voor de andere beugelconsulten gold, toegevoegd dat de prestatie alleen declarabel is voor de kalendermaanden waarin de patiënt zich bij de zorgaanbieder vervoegt.~~
- ~~Aan de nacontroles is toegevoegd dat de nacontrole maar eens in de drie maanden gedeclareerd kan worden.~~
- ~~In de algemene bepalingen is de definitie van een behandelmaand toegelicht.~~
- ~~In de algemene bepalingen is ook de definitie van een actieve beugelbehandeling toegelicht.~~
- ~~Alle merknamen zijn uit de beleidsregel verwijderd.~~

BIJLAGE 1 - ALGEMENE BEPALINGEN BIJ ORTHODONTISCHE PRESTATIES, LIJSTEN A, B EN C

Algemeen

Voor behandeling in het kader van orthodontie kunnen uitsluitend prestaties en tarieven uit de ~~tarieflijst~~ regelgeving orthodontische zorg~~e~~ worden gedeclareerd. Overige tandheelkundige prestaties zijn hierop nooit van toepassing, met uitzondering van MRA-behandelingen.

Behandelingen met beugels (orthodontische apparatuur) betreffen het maken, passen en plaatsen van beugels.

Preventieve consulten waarin aan de consument wordt geleerd om het gebit met beugel te onderhouden, mogen niet apart in rekening worden gebracht, maar behoren tot de behandeling en tot de beugelconsulten tenzij dit langer duurt dan 10 minuten.

De kosten van reparatie of vervanging van beugels zijn in de prestaties voor het plaatsen van de beugel inbegrepen, tenzij die kosten zijn veroorzaakt omdat de patiënt de apparatuur is verloren of als de beugel als gevolg van onzorgvuldig gebruik is beschadigd.

Een interceptieve behandeling is een korte orthodontische behandeling, die plaatsvindt bij patiënten op jonge leeftijd, bijvoorbeeld als een van de voortanden achter de onderkaak valt. Door een interceptieve behandeling kan dit worden verholpen en worden toekomstige problemen voorkomen. De interceptieve behandeling duurt doorgaans vier tot zes maanden, waarna een periode volgt waarin de patiënt geen beugelbehandeling ondergaat.

~~Het plaatsen van elke categorie beugel mag in rekening worden gebracht.~~ Myofunctionele apparatuur kan uitsluitend door middel van prestatie F401 gedeclareerd worden.

Bij behandelingen met twee categorieën beugels tegelijk mag alleen het beugelconsult (dan wel nacontrole) in rekening worden gebracht van de duurste categorie beugelconsulten (dan wel nacontrole).

Bij het plaatsen van een nieuwe beugel kan voor die beugel niet tegelijkertijd een beugelconsult~~-~~ in rekening worden gebracht.

Materiaal- en techniekkosten dienen bij alle beugelcategorieën afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Bij beugelcategorieën 5, 6, 8 en 9 betreft het uitsluitend de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

De tarieven zijn inclusief de kosten van gebitsmodellen, uitgezonderd van de kosten van modellen die vervaardigd worden op verzoek van ziektekostenverzekeraars of een orgaan belast met tuchtrechtspraak.

De actieve beugelbehandeling is beëindigd op het moment dat bij vaste apparatuur prestatie F492 is gedeclareerd en als bij uitneembare apparatuur (inclusief aligners zonder attachments) geen sprake meer is van beugelconsulten.

Een behandelingsmaand is een maand waarin de patiënt de zorgaanbieder heeft bezocht in het kader van de orthodontische behandeling.

Hoofdstuk 1 Consultatie en diagnostiek

Ad F121) Eerste consult
Voor het tarief van het eerste consult verricht de zorgaanbieder een eenvoudig diagnostisch onderzoek. Dit onderzoek strekt ertoe om tot een voorlopige diagnose te komen. Het eenvoudig diagnostisch onderzoek is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

~~In het~~Het tarief van het eerste consult is inclusief ~~begrepen~~ de vergoeding van alle ~~die~~ preventieve en curatieve maatregelen die geen orthodontische apparatuur vereisen zoals:
- het inslijpen van één of meerdere elementen;
- het stellen van de indicatie tot extractie;
- het voorschrijven van oefeningen;
- het adviseren van ouders en verzorgers.

Ad F122) Vervolgconsult
Voor het tarief van het vervolgconsult verricht de zorgaanbieder een eenvoudig diagnostisch onderzoek. Dit onderzoek strekt ertoe~~-~~ om tot een voorlopige diagnose te komen. Het eenvoudig diagnostisch onderzoek is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

~~In het~~Het tarief van het vervolgconsult is ~~begrepen~~ inclusief de vergoeding van alle ~~die~~ preventieve en curatieve maatregelen die geen orthodontische apparatuur vereisen zoals:
- het inslijpen van één of meerdere elementen;
- het stellen van de indicatie tot extractie;
- het voorschrijven van oefeningen;
- het adviseren van ouders en verzorgers.

Het tarief voor een vervolgconsult kan niet in rekening worden gebracht voor een vervolgconsult binnen één maand na de datum waarop de patiënt zich voor het eerste consult bij de zorgaanbieder heeft vervoegd dan wel binnen één maand na de datum van een voorafgaand vervolgconsult dat in rekening is gebracht.

Een vervolgconsult kan uitsluitend in rekening worden gebracht als er nog geen beugelcategorie (prestatie F401 tot en met F491) voor de betreffende patiënt is gedeclareerd, tenzij sprake is van een eerdere interceptieve behandeling met uitneembare apparatuur, waarbij de afgelopen ~~12~~ twaalf maanden geen beugelconsult in rekening is gebracht.

Ad F123) Controlebezoek
Indien tijdens een aangevangen behandeling met apparatuur wordt besloten om deze enige tijd te onderbreken en de patiënt tijdens deze onderbreking geen apparatuur draagt, kan voor een controlebezoek deze code in rekening worden gebracht.

Ad F124) Second opinion
Voor dit tarief verricht de zorgaanbieder een eenvoudig onderzoek bij de patiënt, niet leidend tot een behandel~~ings~~plan. Het tarief is exclusief röntgenonderzoek en het maken en beoordelen van gebitsmodellen.

~~Verder is in dit~~Dit tarief is inclusief~~begrepen~~ de mondelinge of (indien gewenst) schriftelijke rapportage aan de patiënt en/of diens tandarts, en/of de behandelend tandarts of tandartsspecialist. Het tarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht, als de second opinion geschiedt op verzoek van de patiënt, en deze niet in behandeling is of komt bij de desbetreffende zorgaanbieder. Het tarief is niet van toepassing voor intercollegiale consultatie.

Ad F125) Maken gebitsmodellen
~~Uitgebreid onderzoek verricht de~~De zorgaanbieder verricht uitgebreid onderzoek aan de hand van de beoordeling van gebitsmodellen in die gevallen waarin een eenvoudig diagnostisch onderzoek niet tot een verantwoorde diagnose leidt.

Bij reeds aangevangen behandelingen met apparatuur kan deze verrichting niet worden gedeclareerd (de vergoeding is inbegrepen ~~in~~ het beugelconsult), tenzij sprake is van een eerdere interceptieve behandeling met uitneembare apparatuur, waarbij de afgelopen twaalf~~12~~ maanden geen beugelconsult in rekening is gebracht.

Het vervaardigen van gebitsmodellen, zonder dat tevens beoordeling daarvan (onder prestatie F126) gedeclareerd wordt, is alleen in rekening te brengen indien dit geschiedt op verzoek van de adviserend tandarts of adviserend geneeskundige van ziektekostenverzekeraars dan wel een orgaan belast met (tucht)rechtspraak.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F126) Beoordelen gebitsmodellen inclusief bespreken behandelplan
~~Onder beoordeling van gebitsmodellen inclusief het bespreken van het behandelplan wordt verstaan: het~~Het bestuderen van studiemodellen, inclusief beoordeling met vastlegging van de bevindingen en inclusief het opstellen van een behandel~~ings~~plan en de bespreking van het plan met de patiënt en/of diens ouders of verzorgers. B~~Met andere woorden: b~~ezoeken van de patiënt aan de zorgaanbieder die betrekking hebben op de beoordeling van gebitsmodellen kunnen niet naast de beoordeling van gebitsmodellen in rekening worden gebracht.

Het tarief voor beoordeling van gebitsmodellen kan in rekening worden gebracht in die gevallen waarin nog geen behandeling met apparatuur heeft plaatsgevonden dan wel geen behandeling zal plaatsvinden, tenzij sprake is van een eerdere interceptieve behandeling met uitneembare apparatuur, waarbij de afgelopen twaalf~~12~~ maanden geen beugelconsult in rekening is gebracht.

~~In het geval dat~~Als een zorgaanbieder een door een collega aangevangen behandeling voortzet (bijvoorbeeld als gevolg van verhuizing van de patiënt) en deze zorgaanbieder een nieuwe beoordeling van gebitsmodellen geïndiceerd acht, kan – in afwijking van het hiervoor gestelde en onder Ad F125 – het tarief voor beoordeling van gebitsmodellen eenmalig worden gedeclareerd naast het beugelconsult.

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

Ad F127) Multidisciplinair consult
Het multidisciplinair consult is het gezamenlijk consult van meerdere behandelende tandheelkundige of medische disciplines waarbij de patiënt, al of niet vergezeld door ouders of derden, voor een belangrijk deel aanwezig is. Het multidisciplinair consult wordt uitgevoerd voorafgaand aan, tijdens of na een behandeling. Doel van de gezamenlijke consultatie, voorafgaand aan de behandeling, is te komen tot een eensluidende diagnose en een op de diverse facetten van de afwijking gefaseerd behandelplan, waarbij de inbreng van de verschillende disciplines op elkaar is afgestemd. Een multidisciplinair consult tijdens of na de behandeling heeft tot doel om de voortgang van het gezamenlijke behandelplan te evalueren, waar nodig bij te stellen en het vervolg van de behandeling vanuit meerdere disciplines af te stemmen. Het tarief is inclusief het mondeling of schriftelijk overleg tussen de behandelaren, dat ontstaat naar aanleiding van de consultatie van de patiënt. Het tarief van het multidisciplinaire consult is een maximum- uurtarief. Delen van het uurtarief zijn, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten. Het multidisciplinair consult is niet bedoeld voor regulier intercollegiaal overleg.

Ad F128) Prenataal consult
Tijdens het prenataal consult bespreekt de zorgaanbieder met de aankomende ouder(s) de bevindingen van eerder uitgevoerd prenataal diagnostisch onderzoek en de mogelijke consequenties van deze bevindingen voor het kind. Tijdens dit consult wordt reeds in algemene zin ingegaan op mogelijke latere behandelstrategieën. Het tarief van het prenataal consult is gebaseerd op de duur van het consult van 35 minuten. Het tarief van het prenataal consult is een maximum -uurtarief. Delen van het uurtarief zijn, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten.

Ad F129C) Orthodontie in de eerste twee levensjaren
Het vroegtijdig orthodontisch behandelen bij een hazenlip, een aangeboren spleet in de bovenkaak en/of een gehemeltespleet (respectievelijk cheilo-, gnatho-, palatoschisis), gedurende de eerste twee levensjaren. Gedurende die 2 jaar eenmalig in rekening te brengen.

Ad F130) Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen van complex behandelplan door orthodontische zorgaanbieder
Alleen te berekenen bij uitgebreide, altijd multidisciplinaire behandelingen, waarbij het onderzoek van patiënt en records, het opstellen van het uitgebreide behandelplan en het bespreken ervan met de patiënt (en ouder/begeleider) in ruime mate meer tijd in beslag neemt dan bij een reguliere orthodontische patiënt. Bij deze behandeling is de orthodontische zorgaanbieder de regisseur van de uitvoering van het uitgebreide behandelplan. Deze code kan eenmaal per behandeling worden gedeclareerd. Terugverwijzing naar de eigen tandarts voor het uitvoeren van normaal en regulier onderhoud aan het gebit van de patiënt, valt nimmer onder de regie waarvoor deze prestatiecode in rekening kan worden gebracht.

Ad F131) Het vervaardigen van een diagnostische set-up
Door het (laten) vervaardigen- van een diagnostische set-up kan de zorgaanbieder onderzoeken welke behandelresultaten mogelijk zijn. Het kan in complexe situaties een inzichtelijke hulpmiddel zijn om de juiste therapiekeuze te maken, zowel voor de patiënt als de zorgaanbieder. Inclusief bespreking van de set-up met patiënt.

De materiaal- en techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening gebracht te worden.

Ad F132) Het maken van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie
Het betreft gebitsmodellen die tijdens een complexe behandeling vervaardigd worden om de progressie van een behandeling te kunnen beoordelen en om een inschatting te kunnen maken voor de volgende fase(n) van een behandeling. Inclusief bespreking van de bevindingen ~~ervan~~ met de patiënt.

De materiaal- en techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening gebracht te worden.

Ad F133) Het beoordelen van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie
Het beoordelen van extra gebitsmodellen die tijdens een behandeling gemaakt worden. Inclusief het vastleggen van de bevindingen in het dossier en- bespreking van de bevindingen met de patiënt.

Hoofdstuk II Röntgenonderzoek

~~Uitgebreid onderzoek verricht de~~De zorgaanbieder verricht uitgebreid onderzoek aan de hand van röntgenonderzoek in die gevallen waarin een eenvoudig diagnostisch onderzoek niet tot een verantwoorde diagnose leidt.

Ad F151) Intra-orale röntgenfoto (2x4 cm)
Maken en beoordelen. Per foto.

Ad F152) Occlusale opbeet röntgenfoto
Maken en beoordelen. Per foto.

Ad F153) Extra-orale röntgenfoto (13x18 cm)
Maken en beoordelen. Per foto.

Ad F154) Röntgenonderzoek d.m.v. hand/pols-foto’s

Ad F155) Vervaardiging orthopantomogram

Ad F156) Beoordeling orthopantomogram
Dit tarief kan naast F155 in rekening worden gebracht of indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Ad F157) Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto

Ad F158) Beoordeling laterale schedelröntgenfoto
~~röntgenfoto~~ (3x4 cm)
Dit tarief kan naast F157 in rekening worden gebracht of indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Ad F159) Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto

Ad F160) Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto
Dit tarief kan naast F159 in rekening worden gebracht of indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Ad F161) Meerdimensionale kaakfoto
Het maken van een meerdimensionale kaakfoto (bijvoorbeeld met een CT-scanner). Deze foto dient uitsluitend te worden genomen indien het maken van een dergelijke opname een meerwaarde heeft ten opzichte van conventionele röntgendiagnostiek.

Ad F162 Beoordelen meerdimensionale kaakfoto
Het beoordelen van de ~~CT-scan~~meerdimensionale kaakfoto en het bespreken met de patiënt. Dit tarief kan tevens separaat in rekening worden gebracht, indien het de beoordeling betreft van (een) door een derde vervaardigde röntgenfoto('s), bijvoorbeeld bij het overnemen van een behandeling, of bij het op verzoek van een patiënt (mede) beoordelen van een gestelde diagnose en/of van een behandelingsvoorstel.

Hoofdstuk III Behandeling met apparatuur

Bij het opnieuw in behandeling nemen van een patiënt moet in redelijkheid worden beoordeeld of qua declaratie sprake is van een nieuwe behandeling dan wel van een voortgezette behandeling.

Ad F401) Plaatsen beugel categorie 0
Het plaatsen van myofunctionele apparatuur~~-~~ voor het afleren van afwijkende mond- en tonggewoonten. Het plaatsen omvat tevens de uitleg over het afwijkende mond- en tonggedrag, instructie over het dragen van de myofunctionele apparatuur en controle van het dragen van de apparatuur. Deze prestatie is inclusief een verwijzing naar een logopedist.

Deze prestatie is een all-in tarief, dit betekent dat naast deze prestatie geen andere prestaties ten behoeve van beugel categorie 0 in rekening kunnen worden gebracht.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F411) Plaatsen beugel categorie 1
Het plaatsen van een uitneembare beugel. Voorbeelden hiervan zijn een expansieplaat, een plaatje met protrusieveer, dan wel andere individueel gemaakte plaatapparatuur, zoals individueel gemaakte tonghekjes.

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht voor het plaatsen van myofunctionele apparatuur.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F421) Plaatsen beugel categorie 2
Het plaatsen van een eenvoudige beugel ter beïnvloeding van de kaakgroei met bijvoorbeeld een headgear, palatinale bar of linguale boog.

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht voor het plaatsen van myofunctionele apparatuur.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht

Ad F431) Plaatsen beugel categorie 3
Het plaatsen van een uitneembare beugel ter beïnvloeding van de kaakgroei. Een voorbeeld hiervan is een blokbeugel (activator).

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht voor het plaatsen van myofunctionele apparatuur.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F441) Plaatsen beugel categorie 4
Het plaatsen van met banden vastzittende kaakcorrectie--apparatuur zoals bijvoorbeeld Herbst, MRA, RME. Deze beugels zijn bedoeld om de kaakgroei te beïnvloeden.

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht voor het plaatsen van myofunctionele apparatuur.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F451) Plaatsen beugel categorie 5
Het plaatsen van een vaste slotjesbeugel voor één tandboog.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Voor het plaatsen van linguale apparatuur zie de code F481.

Ad F461) Plaatsen beugel categorie 6
Het plaatsen van een vaste slotjesbeugel voor beide tandbogen.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Voor het plaatsen van linguale apparatuur zie de code F491.

Ad F471) Plaatsen beugel categorie 7
Het plaatsen van vacuümgevormde apparatuur verkregen door een digitale set-up. Deze apparatuur bestaat uit tenminste 8 vacuümgevormde correctiehoesjes.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F481) Plaatsen beugel categorie 8
Het plaatsen van brackets aan de linguale en/of palatinale zijde van gebitselementen, voor één tandboog.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Ad F491) Plaatsen beugel categorie 9
Het plaatsen van brackets aan de linguale en/of palatinale zijde van gebitselementen, in beide tandbogen.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van de gebruikte brackets en bogen.

Ad F492) Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak
Deze prestatie betreft het verwijderen van beugels bestaande uit vaste apparatuur (categorie 5 t/m 9).
Onder deze prestatie vallen de werkzaamheden om de beugel uit de mond te verwijderen en het indien nodig plaatsen van retentie-apparatuur (apparatuur waarmee het resultaat van de behandeling wordt vastgehouden, zodat voorkomen wordt dat de tanden/kiezen weer teruggaan naar de oude stand, bijvoorbeeld een spalkje). Ingeval van beugelcategorie 7 mag deze prestatie uitsluitend gedeclareerd worden als er bij het plaatsen attachments zijn aangebracht waarop de beugel aangrijpt.

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd. Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht bij beugels die op of na 1 januari 2012 zijn geplaatst.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F511) Beugelconsult per maand categorie 1
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit categorie 1. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F512) Beugelconsult per maand categorie 2
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 2. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F513) Beugelconsult per maand categorie 3
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 3. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst.
Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F514) Beugelconsult per maand categorie 4
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 4. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F515) Beugelconsult per maand categorie 5
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 5. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F516) Beugelconsult per maand categorie 6
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 6. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F517) Beugelconsult per maand categorie 7
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 7. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F518) Beugelconsult per maand categorie 8
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 8. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F519) Beugelconsult per maand categorie 9
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit de categorie 9. Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is geplaatst.
Ongeacht het aantal bezoeken per maand. De kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F521) Beugelconsult vanaf 25^{e} behandelingsmaand
(beugel categorie 1 t/m 9)
Het maandelijks behandelen van patiënten met beugels uit alle beugel categorieën. Deze prestatie dient in rekening te worden gebracht vanaf de 25^{e} behandelingsmaand. Ongeacht het aantal bezoeken per maand.

Ad F531) Nacontrole per drie maanden beugel categorieën 1 t/m 4
Deze prestatie betreft het uitvoeren van controles na afloop van de actieve beugelbehandeling.
Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugelbehandeling is gestopt. Ongeacht het aantal bezoeken per drie kalendermaanden. De drie kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F532) Nacontrole per drie maanden beugel categorieën 5, 7, 8
Deze prestatie betreft het uitvoeren van controles na afloop van de actieve beugelbehandeling.
Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is verwijderd en de retentieapparatuur is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per drie kalendermaanden. De drie kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Ad F533) Nacontrole per drie maanden beugel categorieën 6, 9
Deze prestatie betreft het uitvoeren van controles na afloop van de actieve beugelbehandeling.
Deze prestatie mag voor het eerst in rekening worden gebracht in de maand volgend op de maand waarin de beugel is verwijderd en de retentieapparatuur is geplaatst. Ongeacht het aantal bezoeken per drie kalendermaanden. De drie kalendermaanden waarin de patiënt zich niet bij de zorgaanbieder vervoegt, mogen niet worden gedeclareerd.

Hoofdstuk IV Diversen

Ad F611) Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur
Deze prestatie is van toepassing bij het door middel van elektronische apparatuur meten, monitoren en vastleggen van de therapietrouw bij de patiënt bij het dragen van uitneembare apparatuur en retentieapparatuur (inclusief uitlezen chip) en het op gezette tijden bespreken van de resultaten daarvan met patiënt en/of ouders. De prestatie ‘elektronische chip’ is eenmalig gedurende de gehele actieve behandelduur in rekening te brengen. Het tarief is niet van toepassing op vacuümgevormde apparatuur. De patiënt dient, voorafgaand aan de behandeling met een apparaat voorzien van elektronische chip, door de zorgaanbieder op de hoogte te zijn gesteld van de extra kosten die verbonden zijn aan deze behandelingen. De patiënt moet hier voorafgaand aan de behandeling mee ingestemd hebben.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F612) Plaatsen intermaxillaire correctieveren
Deze prestatie mag in rekening worden gebracht bij het plaatsen van intermaxillaire correctieveren. Deze prestatie kan niet gedeclareerd worden bij reparatie of vervanging van de intermaxillaire correctieveren. De kosten hiervoor zijn in het plaatsen inbegrepen, tenzij de kosten zijn veroorzaakt omdat de patiënt de apparatuur is verloren of als de beugel als gevolg van onzorgvuldig gebruik is beschadigd.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F716) Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur
Het vervaardigen en plaatsen van een mondbeschermer, alsmede het geven van instructie omtrent het gebruik, tijdens behandeling met orthodontische apparatuur.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F721) Trekken tand of kies
Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet.

Ad F722) Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant
Inclusief (eventueel) hechten, kosten hechtmateriaal en wondtoilet.

Ad F723) Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)
Het plaatsen van een micro-implantaat, bedoeld als verankering bij een orthodontische behandeling, en het weer verwijderen van het micro-implantaat. Deze prestatie mag per micro-implantaat in rekening worden gebracht.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F724) Preventieve voorlichting en/of instructie
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;~~,~~
- het geven van voorlichting over het afleren van (een) negatieve gewoonte(s);~~, alsmede~~
- het maken, vastleggen en analyseren van QLF-opnamen in combinatie met het bespreken hiervan met de patiënt of diens ouder(s)/ verzorger(s).

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht na het plaatsen van beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur).

De prestatie wordt uitsluitend naar evenredigheid van de werkelijke (directe) behandeltijd voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd.

Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht indien het consult waarin aan de consument wordt geleerd om het gebit met beugel te onderhouden langer duurt dan tien minuten. Als het ~~P~~preventieve consult korter dan tien minuten duurt ~~en waarin aan de consument wordt geleerd om het gebit met beugel te onderhouden,~~ , dan mag het consult~~mogen~~ niet apart in rekening worden gebracht~~, indien deze korter duren dan tien minuten~~; dergelijke situaties behoren tot de behandeling en tot de beugelconsulten.

Ad F810) Reparatie of vervanging van apparatuur vanwege slijtage
Het repareren of vervangen van (onderdelen van) orthodontische apparatuur die door gebruik zijn werkzaamheid heeft verloren. Deze prestatie is alleen van toepassing voor de materiaal- en techniekkosten van de apparatuur vallend onder beugel categorie 1 tot en met 4. Deze prestatie kan niet in rekening worden gebracht bij reparatie of vervanging na verlies of door onzorgvuldig gebruik.

Ad F811) Reparatie of vervanging van beugel
Het repareren of vervangen van (onderdelen van) een beugel (zoals een zelfligerende bracket) na verlies of duidelijk onzorgvuldig gebruik van de beugel door de patiënt. Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht indien het reguliere reparaties of vervangingen betreft.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F812) Herstel en plaatsen van retentie-apparatuur
Het repareren en plaatsen van een retentiebeugel. Uitsluitend in rekening te brengen tenminste één jaar nadat de actieve beugelbehandeling afgelopen is en eerder ook al sprake is geweest van retentie-apparatuur. Deze prestatie mag tevens in rekening worden gebracht indien een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die de actieve behandeling heeft gedaan, de retentie-apparatuur herstelt en plaatst (ook als dat in het eerste jaar nadat de actieve beugelbehandeling afgelopen is, plaatsvindt en als eerder nog geen sprake is geweest van retentie-apparatuur).

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F813) Plaatsen extra retentiebeugel, per kaak
Het plaatsen van een extra retentiebeugel voor extra houvast. Met retentie-apparatuur wordt het resultaat van de behandeling vastgehouden, zodat voorkomen wordt dat de tanden/kiezen weer teruggaan naar de oude stand. Deze prestatie mag alleen in rekening worden gebracht als de extra retentiebeugel in dezelfde kaak wordt geplaatst waarin ook de eerste retentievoorziening is geplaatst.
Deze prestatie mag uitsluitend in rekening worden gebracht bij het vervaardigen van extra retentie-apparatuur in dezelfde kaak en die gelijktijdig gebruikt wordt met de eerste retentie-apparatuur.

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F814) Plaatsen retentie-apparatuur bij orthodontisch niet-behandelde patiënt of door een andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt
Het plaatsen van een retentiebeugel. Uitsluitend in rekening te brengen bij patiënten die door een andere orthodontische zorgaanbieder of in het geheel niet orthodontisch behandeld zijn.

Deze prestatie mag niet in rekening worden gebracht bij het plaatsen van een retentiebeugel indien de betreffende patiënt reeds eerder orthodontisch behandeld is door deze zorgaanbieder (dezelfde praktijk). In dat geval geldt dat het plaatsen van een retentie-beugel in de F492 is inbegrepen. In het geval van vervanging van retentie-apparatuur dient prestatie F812 gebruikt te worden.

Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd.

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad F815) Verwijderen spalk, per element
Hieronder wordt verstaan het verwijderen van de spalk, wegslijpen van composiet en het polijsten van de elementen.

Deze prestatie kan alleen gedeclareerd worden indien deze gevolgd wordt door het plaatsen van nieuwe retentieapparatuur (F812).

Ad F911A) Inkopen op uitkomst orthodontie
Deze prestatie omvat de gehele orthodontische behandeling voor een patiënt tot 18 jaar met garantie op uitkomst voor een periode van 5 jaar. De prestatie kan uitsluitend gedeclareerd worden indien er een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt. Deze overeenkomst dient afspraken te bevatten over de (gewenste) 'uitkomsten' van de behandeling(en) en de wijze waarop de gegevens (zoals foto's van de begin- en eindsituatie) en de eindstatus (bijvoorbeeld door een Par-score) worden vastgelegd.

Tenzij expliciet anders overeengekomen met de ziektekostenverzekeraar, kunnen gedurende de looptijd van deze overeenkomst de volgende prestaties niet in rekening worden gebracht bij de patiënt of diens ziektekostenverzekeraar:
F121A, F122A, F123A, F125A, F126A, F151A, F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A, F162A, F411A, F421A, F431A, F441A, F451A, F461A, F481A, F491A, F492A, F511A, F512A, F513A, F514A, F515A, F516A, F518A, F519A, F521A, F531A, F532A, F533A, F611A, F612A, F716A, F721A, F722A, F723A, F724A, F811A, F812A, F813A, F814A, F815A.

Nederlandse Zorgautoriteit

BELEIDSREGEL BR/REG-19107

Tandtechniek in eigen beheer

Kenmerk
BR/REG-19107

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

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

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

1. Begripsbepalingen

Tandtechniek in eigen beheer
De tandtechnische stukken die door de zorgaanbieder zelf worden vervaardigd.

Toelichting
Zelfvervaardiging betekent vervaardiging door de zorgverlener zelf, maar kan ook betekenen dat de technieken worden vervaardigd door een tandtechnieker binnen de praktijk of binnen een bedrijf waarvan de zorgaanbieder (of zorgverlener) de eigenaar is. Als het gaat om meerdere (rechts)personen, dan is bepalend of de zorgaanbieder invloed heeft op de prijs(vorming). Dit zal doorgaans het geval zijn als deze zorgaanbieder zeggenschap heeft. Wanneer er sprake is van invloed op de prijs(vorming) door deze zeggenschap, dan gelden de maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer. Zeggenschap houdt in: de mogelijkheid om op grond van feitelijke of juridische omstandigheden strategische invloed uit te oefenen op de activiteiten van een onderneming en daarmee ook op de prijsvorming. Zeggenschap kan bijvoorbeeld worden verkregen door de verwerving van participaties in het kapitaal, verwerving van vermogensbestanddelen, uit hoofde van een overeenkomst, of op enige andere wijze.

Zorgaanbieder
Zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder c, van de Wmg, die mondzorg leveren zoals tandartsen, tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgen en tandartsspecialisten in de dentomaxillaire orthopaedie die bieden.

Kostprijs
De netto kosten (na aftrek van eventuele kortingen) voor inkoop van materialen en/of technieken.

2. Doel van de beleidsregel

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

3. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op tandtechniek in eigen zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen[1] of werkzaamheden[2] op het terrein van op tandtechniek in eigen beheer, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Deze beleidsregel is van toepassing op de zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz) die wordt geleverd door zorgaanbieders die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zijn toegelaten voor behandeling en verblijf of mondzorg, als bedoeld in de Wlz.

Deze beleidsregel is tevens van toepassing op tandtechniek in eigen beheer, als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de Wlz, indien en voor zover een natuurlijk persoon deze zorg levert.

4. Prestaties tandtechniek in eigen beheer

4.1 Totstandkoming prestatielijst

De prestaties in deze beleidsregel zijn gebaseerd op de gangbare technieken van tandtechnische laboratoria op de vrije (ongereguleerde) markt. De prestaties tandtechniek zijn onderverdeeld in 10 hoofdgroepen.

Deze hoofdgroepen zijn te onderscheiden in de in dit artikel genoemde prestaties.

---

[1] Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg.

[2] Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Hoofdgroep 0

Groep 0.0 Offerte en ontwerp

Q0001 Offerte. Tarief per eenheid van 5 minuten

Q0011 Ontwerp. Tarief per eenheid van 5 minuten

Q0021 Technisch advies/ondersteuning. Tarief per eenheid van 5 minuten

In gecompliceerde gevallen kan technisch advies/ondersteuning worden gegeven. Tandarts en tandtechnicus stellen in overleg een maximum bedrag vast. Indien dit niet gebeurd is, dan valt deze verrichting onder service van het tandtechnisch laboratorium.

Groep 0.1 Speciale Toeslagen

Q0101 Kleurbepaling op laboratorium

Q0103 Desinfectie in opdracht van tandarts

Q0105 Verzendkosten/expeditiekosten

Q0106 Arbo- en milieutoeslag

Q0107 Aan huis bezorgen van patiënt, basisbedrag

Naast het basisbedrag mag per gereden kilometer maximaal € 0,27 in rekening worden gebracht

Q0120 Bruikleen dentatus/gnathomat en vergelijkbaar

Q0121 Bruikleen etskit per element

Groep 0.2 Foto

Q0201 Foto in verband met kleur-/vormbepaling

Q0202 Foto/dia van studiemodellen

Q0203 Digitale behandelplanning

Hoofdgroep 1 Prothesewerkzaamheden

Groep 1.0 Vervaardigen van modellen voor prothese werkzaamheden

Q1001 Gipsmodel

Gipsmodel, zijnde geen werkmodel (behalve voor individuele lepel). Zoals tegenbeet, voorlopig model, voorbeeld model etc. Gipssoort: klasse 1 of 2

Q1002 Stonemodel

Stonemodel, werkmodel geschikt om werkstuk op te persen. Gipssoort: klasse 2 of 3

Q1003 Superhard gipsmodel

Superhard gipsmodel. Model waarvan tenminste de tandboog is uitgegoten in stompenmateriaal. Gipssoort: klasse 4

Q1004 Digitaal model geprint

Q1005 Digitaal model gefreesd

Q1006 Scannen afdruk

Q1007 Meegeleverd model trimmen

Q1008 Meegeleverd model van voet voorzien

Q1022 Duplicaat model (uit alginaat of gel)

Q1023 Precisie duplicaat model (uit siliconen) In articulator plaatsen

Q1052 Model monteren in eenvoudige articulator

Q1053 Model monteren in meervoudige articulator

Q1054 Model monteren in volledig instelbare articulator

Q1061 Model monteren volgens intra orale registratie

Q1062 Model monteren met behulp van face-bow (meerwerk)

Q1063 Digitale articulatie

Groep 1.1 Individuele lepels/beetplaten/modellen uit lepel

Q1103 Individuele lepel microform

Microform lepel, thermoplastische dieptreklepel voorzien van handvat of waswal

Q1104 Individuele lepel kunststof

Kunststof lepel, poeder/vloeistoflepel of lichtuithardende lepel voorzien van handvat of waswal

Q1105 Individuele ruime, geperforeerde kunststof lepel

Q1106 Schreinmaker lepel

Q1107 Rimlock lepel

Q1108 Digitaal vervaardigde individuele lepel

Q1116 Fluorapplicatie lepel

Q1118 Bleeklepel

Q1152 Model uit individuele lepel; onbetand

Q1154 Model uit individuele lepel; betand

Groep 1.2 Beetplaten/registreren

Q1202 Aanbrengen registratie apparatuur op beetplaat

Het aanbrengen van registratie apparatuur op bestaande beetplaten of gerelinede lepels inclusief nieuwe waswal

Q1225 Relinen met was van kunststof lepel inclusief waswal

Q1251 Basisplaat voor opstelling

Q1252 Beetplaat digitaal vervaardigd

Q1253 Beetplaat + waswal

Q1256 Waswal aanbrengen op metaal- of kunststofbasis

Groep 1.3 Opstellen

Bij de onderstaande verrichtingen betreft het opstellen volgens Gysi. Codes Q1340 en Q1390 inclusief de verkorte tandboog. Onder een vol cq. verkorte tandboog wordt verstaan: de edentate kaak, ongeacht het aantal opgestelde elementen.

Q1320 Opstellen partiële prothese 1 - 4 element(en)

Q1330 Opstellen partiële prothese 5 - 13 elementen

Q1340 Opstellen volledige prothese

Q1351 Digitaal opstellen partiële prothese 1 - 4 element(en)

Q1352 Digitaal opstellen partiële prothese 5 - 13 elementen

Q1353 Digitaal opstellen volledige prothese

Q1370 Opstellen partiële prothese 1 - 4 element(en) op metaalbasis

Q1380 Opstellen partiële prothese 5 - 13 elementen op metaalbasis

Q1390 Opstellen volledige prothese op metaalbasis

Groep 1.4 Extra handelingen bij opstellen

Q1401 Opstellen naar model

Q1402 Opstellen naar foto

Q1405 Kleur/Model var. frontelementen (per onder of boven)

Q1410 Meerprijs opstellen volgens bijzondere methode

Extra voor opstellen volgens Flögel, Gerber, lingualised occlusion. Eenmaal in rekening te brengen.

Q1420 Immediaat per element (tot maximaal 6 elementen per kaak)

Q1455 Individuele modellatie (per boven of onder)

Volledige individueel gemodelleerde prothese volgens specifieke wensen patiënt

Q1462 Beslijpen kunststof basis

Q1465 Verwerken meegeleverde tanden per stel

Q1466 Verwerken meegeleverde kiezen per stel
Q1475 Opnieuw opstellen

Groep 1.5 Persen/gieten/injecteren en afwerken

Codes Q1540 en Q1590 inclusief de verkorte tandboog. Onder een vol cq. verkorte tandboog wordt verstaan: de edentate kaak, ongeacht het aantal opgestelde elementen.

Q1520 Afmaken partiële prothese 1 - 4 element(en)
Q1530 Afmaken partiële prothese 5 - 13 elementen
Q1540 Afmaken volledige prothese
Q1551 Digitaal afmaken partiële prothese 1 - 4 element(en)
Q1552 Digitaal afmaken partiële prothese 5 - 13 elementen
Q1553 Digitaal afmaken volledige prothese
Q1570 Afmaken partiële prothese 1 - 4 element(en) op metaalbasis
Q1580 Afmaken partiële prothese 5 - 13 elementen op metaalbasis
Q1590 Afmaken volledige prothese op metaalbasis

Groep 1.7 Extra handelingen bij persen/afwerken

Q1701 Gevlochten draadversterking
Q1702 Draadversterking
Q1703 Knopanker
Q1704 Draad-/steekanker
Q1705 Kruisanker
Q1706 Roach anker
Q1707 Roach anker goud (inclusief Edelmetaal)
Q1708 Occlusale steun
Q1711 Gebogen baar (vrijliggend of ingesloten)
Q1715 Gaas-/draadversterking (kleiner dan 1/3 palatum)
Q1716 Gaasversterking
Q1720 Meerkleurig persen
Q1721 Trasparant palatum
Q1724 Toeslag monomeervrije kunststof (bijv. Luxene)
Q1751 Naam inpersen
Q1765 Persen/gieten/injecteren niet afwerken
Q1766 Afwerken na persen/gieten/injecteren
Q1768 Overkappingsruimte in kunststof per element
Q1771 Meerprijs weekblijvende basis
Q1774 Reoccluderen + inslijpen per boven of onder, modellen na persen terugplaatsen
Q1775 Reoccluderen + inslijpen partieel, modellen na persen terugplaatsen
Q1776 Digitaal reoccluderen

Groep 1.8 Reparaties kunststof

Q1810 Basistarief is minimum starttarief ter dekking van basishandelingen per prothese zoals: voorbereiding, kunststof aanmaken, polymeriseren, afwerken en polijsten. Dit maximumtarief wordt per boven- of onderprothese in rekening gebracht. Vervolgens kunnen de codes Q1811 tot en met Q1841 in rekening worden gebracht.
Q1811 Herstellen scheur
Q1812 Herstellen breuk
Q1813 Vastzetten element/anker

Q1814 Vernieuwen element/anker
Q1815 Uitbreiden element/anker
Q1816 Immediaat per element
Q1817 Uitbreiding palatum
Q1818 Herstellen zadel per sectie
Q1834 Prothese reinigen
Q1840 A-lijn aanpersen
Q1841 Rand aan prothese persen
Overzetting en rebasing, naast de codes Q1850 t/m Q1871 kan niet de code Q1810 worden gedeclareerd.
Q1850 Overzetting 1 - 4 element(en)
Q1855 Overzetting 5 - 13 elementen
Q1860 Overzetting vol
Q1870 Rebasing
Q1871 Rebasing met randcorrectie
Rebasen van prothese welke voorheen opgeslepen front had; tevens van labiele rand voorzien

Groep 1.9 Diversen, montage
Q1901 Miniplastschiene
Q1902 Drumschiene
Q1907 Gebitsbeschermer
Q1908 Gebitsbeschermer uit verschillende lagen kunststof; hard en zacht
Q1909 Ingebeten onderfront
Q1911 Repositie/stabilisatie/relaxatie splint
Splinten (exclusief klammers): in articulator gemodelleerde, warm gepolymeriseerde transparante splint welke na het persen teruggeplaatst wordt in de articulator, ingeslepen wordt en (eventueel op duplicaatmodel) afgewerkt en op hoogglans gepolijst wordt
Q1917 Holle klos. Tarief per eenheid van 5 minuten

Q1920 Speekselkamer in prothese verwerken
Q1951 Montage slot in kunststof
Q1952 Montage stegdeel in kunststof

Hoofdgroep 2 Orthodontie

Groep 2.0 Vervaardigen van modellen voor regulatie werkzaamheden
Q2001 Werkmodel
Q2002 Werkmodel in occlusie
Q2003 Stonemodel
Q2004 Stonemodellen in occlusie
Q2005 Meegeleverd model trimmen
Q2006 Meegeleverd model van voet voorzien
Q2007 Studiemodel, eenvoudig per stuk (ongemodelleerd)
Q2008 Studiemodel, eenvoudig per stel (ongemodelleerd)
Q2009 Studiemodel, ongezeept per stuk
Q2010 Studiemodel, ongezeept per stuk in occlusie
Q2011 Studiemodel, gezeept per stuk
Q2012 Studiemodel, gezeept per stuk in occlusie
Q2013 Kastmodellen (super toonmodel)
Q2014 Digitaal model maken

Q2015	Dupliceren per model
Q2016	Digitaal model geprint
Q2017	Digitaal model gefreesd
Q2020	Inzagen band

Groep 2.1 Set-up en positioners

Q2101	Set-up
Q2102	Set-up per element
Q2103	Set-up osteotomie patiënt
Q2104	Aanpassen reeds bestaande set-up
Q2105	Tooth-positioner
Q2106	Seating spring
Q2107	Socket liners
Q2108	Varsity guard
Q2109	Digitale set-up
Q2110	Digitale set-up per element

Groep 2.2 Plaatapparatuur

Q2201	Basisplaat
	Meerprijzen voor:
Q2202	Enkelarmig draaddeel
Q2203	Dubbelarmig draaddeel
Q2204	Gecompliceerde labiaalboog
Q2205	Labiaalboog met transparante kunsthars
Q2206	Headgear tubes gemonteerd
Q2207	Opbeet
Q2208	Beetverhoging zijdelingse delen
Q2209	Voorbeet schuinvlak in relatie tot onderfront
Q2214	Oral screen

Groep 2.3 Functionele apparaten

Q2301	Activator standaard (monoblok)
Q2302	Activator standaard met luchtgaten
Q2303	Standaard activator open met overkapt onderfront
Q2304	Teuscher activator
Q2305	Bionator
Q2306	Headgear activator volgens Van Beek
Q2309	Combi activator V.A. EVVA
Q2310	Fränkel activator nr 1 t/m 4
Q2313	Lehmann activator basis
Q2314	Lehmann activatorwerking
Q2317	Activator overig

Groep 2.5 Retainers

Q2501	C-C retainer
Q2502	Siliconen fixatiemal (meerprijs)
Q2503	Dieptrek fixatiemal (meerprijs)
Q2504	Space retainer inclusief Molaarband
Q2505	Space maintainer inclusief Molaarband
Q2506	Invisible retainer / clear overlay

Groep 2.6 Schroeven

Q2601 Standaard exp. Schroef
Q2602 Waaierschroef twee-delig
Q2603 Microschroef
Q2604 Open schroef
Q2605 Sectorenschroef bk. "Bertoni"
Q2606 Hellerschroef
Q2607 Reciprokeschroef
Q2608 Boogschroef volgens Muller
Q2609 Ritter/picoloschroef
Q2612 Sutuur exp.app. Inclusief Hyraxschroef, exclusief banden
Q2613 Sutuur exp.app. met kunstharsdelen, exclusief banden

Groep 2.7 Diversen

Q2701 Reparatie basistarief
Q2710 Herbst appliance
Q2711 Schisisplaat, passief
Q2712 Schisisplaat, actief
Q2713 Spring retainer standaard
Q2714 Spring retainer inclusief set-up
Q2715 Relaxatie splint

Groep 2.8 Vaste apparatuur

Q2801 Indirect bonding per element
Q2802 Standaard band (exclusief attachment)
Q2803 Standaard premolaarband
Q2811 Quad-helix, exclusief banden
Q2812 Palatinale bar gesoldeerd
Q2813 Goshqarian bar exclusief banden
Q2814 Linguale boog exclusief banden
Q2815 Lipbumper exclusief banden
Q2816 Lipbumper met individuele kunstharsschild (exclusief banden)
Q2817 Headgear/face bow

Groep 2.9 Crozat apparatuur

Q2901 Basisapparaat voor boven- of onderkaak
Q2902 Extra draaddeel per stuk
Q2903 Reparatie draaddeel Crozat

Hoofdgroep 3 Framewerkzaamheden

Groep 3.0 Vervaardigen voor framewerkzaamheden (individuele lepels/beetplaten 1.1)

Q3001 Gipsmodel

Gipsmodel, zijnde geen werkmodel (behalve voor individuele lepel) Zoals tegenbeet, voorlopig model, voorbeeld model, etc. Gipssoort klasse: 1 of 2

Q3002 Stonemodel

Stonemodel, werkmodel geschikt om werkstuk op te persen. Gipssoort klasse: 2 of 3

Q3003 Superhard gipsmodel

Superhard gipsmodel. Model waarin tenminste de tandboog is uitgegoten in stompenmateriaal. Gipssoort: klasse 4

Q3004 Meegeleverd model trimmen
Q3005 Meegeleverd model van voet voorzien
Q3022 Duplicaatmodel (uit alginaat of gel)
Q3023 Precisie duplicaatmodel (uit siliconen)
Q3052 Model monteren in eenvoudige articulator
Q3053 Model monteren in meervoudige articulator
Q3054 Model monteren in volledig instelbare articulator
Q3061 Model monteren volgens intra orale registratie
Q3062 Model monteren met behulp van face-bow (meerwerk)

Groep 3.2 Framewerkzaamheden (alleen metaal)

Q3201 Bovenframe
Q3203 Onderframe
Q3207 Volle plaat
Extra handelingen:
Q3221 Backing frontelement
Q3222 Kauwvlak
Q3223 Dummy, massief of met venster voor kunststof
Q3241 Meerprijs ieder anker in combinatie met kronen

Groep 3.3 Kunststofwerkzaamheden aan frame

Q3301 Kunststof venster
Q3302 Kunststof kroon op metaalskelet
Q3303 Kunststof brugdeel op metaalskelet

Groep 3.4 Diversen

Q3401 Metalen tuber versterking
Een gegoten metalen tuberversterking welke in de kunststof geperst wordt teneinde ter plaatse breuk te voorkomen
Q3402 Gegoten 3/4 anker

Groep 3.7 Vergulden

Q3701 Badvergulden frame
Q3702 Zadels vergulden (per zadel)
Q3703 Badvergulden 1 anker
Q3704 Badvergulden volgend anker
Q3711 Vergulden per anker, opgesoldeerd inclusief edelmetaal
Q3712 Ticoniseren/anodiseren

Groep 3.8 Reparaties aan frame

Q3810 Reparatie basistarief
Q3820 Soldeerplaats (eerste) exclusief soldeer
Q3821 Soldeerplaats (ieder volgende) exclusief soldeer
Q3822 Extensie aan bestaand frame (eerste)
Q3823 Extensie aan bestaand frame (ieder volgende)
Q3826 Laserlassen

Groep 3.9 Monteren aan frame

Q3951 Montage slot aan frame
Q3952 Montage stegdeel aan frame

Q3951/Q3952 Het solderen/inlijmen van een attachment (matrix of patrix) of een stegdeel

Q3953 Montage kroon aan frame

Hoofdgroep 4 Kroon en/of brugwerkzaamheden

Groep 4.0 Vervaardigen van modellen

Q4001 Gipsmodel

Gipsmodel, zijnde geen werkmodel (behalve voor individuele lepel) Zoals tegenbeet, voorlopig model, voorbeeld model, etc. Gipssoort klasse: 1 of 2

Q4002 Stonemodel, tegenmodel voor kroon- en brugwerk

Q4003 Superhard gipsmodel

Superhard gipsmodel. Model waarin tenminste de tandboog is uitgegoten in stompenmeteriaal. Gipssoort: klasse 4

Q4004 Meegeleverd model trimmen

Q4005 Meegeleverd model van voet voorzien

Q4022 Duplicaatmodel (uit alginaat of gel)

Q4023 Precisie duplicaatmodel (uit siliconen)

Q4052 Model monteren in eenvoudige articulator

Q4053 Model monteren in meervoudige articulator

Q4054 Model monteren in volledig instelbare articulator

Q4061 Model monteren volgens intra orale registratie

Q4062 Model monteren met behulp van face-bow (meerwerk)

Groep 4.1 Stompen en speciaal model

Q4101 Zaagmodel

Q4102 Stomp

Q4103 Vuurvaste stomp

Q4115 Stompen inkerven

Q4154 Model uit individuele lepel betand

Q4162 Stomp terugplaatsen in afdruk

Q4166 Soft-tissue model (inclusief materiaal)

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

Q4302* Kroon/brugdeel monolitisch (CAD/CAM)

Q4311* Inlay/onlay/facing - keramisch, opgebakken

Q4312* Inlay/onlay/facing - monolitisch (CAD/CAM)

Q4321* Etsbrugdeel - keramisch, opgebakken

Q4322* Etsbrugdeel - monolitisch

Q4323* Etsbrugvleugel - Keramisch

Q4331* Tijdelijke, kunsthars kroon/brugdeel

Q4332* Paskroon/brug in transparante kunststof (CAD/CAM)

Q4341* Kunststof kroon

Q4342* Kunststof inlay

Q4343* Teleskoopkroon /conuskroon

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

Q4402* Etsbrugdeel metaal met porselein

Q4403* Stiftkroon porselein metaal

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
Q4502* Inlay/onlay geheel metaal
Q4503* Teleskoopkroon /conuskroon
Q4504* Stiftkroon geheel metaal
Q4505* Etsbrugvleugel metaal

Groep 4.6 Stiftopbouw/wortelkap/opbouw *

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

Q4601* Stiftopbouw direct
Q4602* Stiftopbouw metaal
Q4603* Stiftopbouw composiet met glasvezel stift
Q4605* Wortelkap
Q4606* Telescoopkap/ conuskap

Groep 4.7 Deelproduct kroon- en brugwerk

Q4701 Opbakken porselein op metalen onderstructuur / kap
Q4702 Opbakken porselein op keramische onderstructuur / kap
Q4703 Opbouwen composiet op metalen onderstructuur / kap
Q4704 Opbouwen composiet op keramische onderstructuur / kap

Q4705 Opbouwen kunsthars (kunststof venster)
Q4711 Afglanzen/inkleuren monolithisch keramiek
Q4712 Afglanzen/inkleuren kroon/brugdeel in bisquit
Q4721* Onderstructuur metaal
Q4722* Onderstructuur metaalvrij

Groep 4.8 Meerwerk bij kroon- en brugwerk (toeslag)

Q4801 Mal t.b.v. noodkroon/brug (dieptrek)
Q4811 Afdruk/fixatiekap/slijpkap (metaal)
Q4812 Afdruk/fixatiekap/slijpkap (kunststof)
Q4821 Schouderporselein
Q4822 Tandvlees porselein
Q4831 Vergulden K/B-deel, per element
Q4832 Glasvezelversterking per element
Q4833 Plastic Post
Q4834 Nasteekbare stift
Q4841 Voorbereiding kroon t.b.v. frame/occl.steun (p.kaak)
Q4842 Kroon passend maken aan frame
Q4843 Precisieverankering montage
Q4844 Montage slot aan kroon/brugdeel/wortelkap
Q4851 Werkzaamheden aan wortelkap/magneet
Q4852 Frezen per deel
Q4853 Freezen van attachment matrix of patrix
Q4854 Inlay in prothese-element

Groep 4.9 Reparatie en aanpassingen kroon- en brugwerk

Q4901	Schoonmaken kroon/brug
Q4902	Kleurcorrectie
Q4903	Etsen/silaniseren
Q4904	Basistarief ten behoeve van reparatie en aanpassingen

Hoofdgroep 6 Implantaten

Groep 6.0 Vervaardigen van modellen

Q6002	Stonemodel
Q6003	Superhard gipsmodel
Q6005	Geprint model
Q6052	Proefopstelling per element
Q6053	Proefwasmodellatie per element (digitaal)
Q6061	Soft-tissue model (inclusief materiaal)

Groep 6.1

Q6113	Kunstharslepel ten behoeve van implantaat (schoorsteenlepel)
Q6115	Richtstift ten behoeve kunststofplaat per stuk
Q6116	Verschroefbare kunststof lepel met beetwal Kunststof lepel met beetwal (met daarin gemonteerde implantaat onderdelen) die vastgeschroefd kan worden op implantaten
Q6118	Hulpdelen plaatsen in afdruk, per stuk
Q6133	Precisie duplicaatmodel
Q6144	Stonemodel uit kunststof implantaat lepel
Q6153	Model monteren in middelwaarde articulator
Q6154	Model monteren in meervoudig instelbare articulator
Q6161	Opst./persen/gieten/inject./afwerken op suprastructuur

Groep 6.2 Voorbereidende werkzaamheden ten behoeve van implantaten

Q6200	Surgical guide/boorplaat
Q6201	Röntgendiagnoseplaat (inclusief kogeltjes)
Q6202	Röntgendiagnoseplaat ten behoeve van CT scan Als Q6201 echter dan voorzien van 8 tot 12 metaalloze lasdraden

Groep 6.4 Opbouwen, suprastructuren, kronen/bruggen voor implantaten

Q6401	Confectie implantaat opbouw
Q6402	Confectie opbouw bewerken
Q6411*	Individueel CAD/CAM abutment metaal
Q6412*	Individueel CAD/CAM abutment metaalvrij
Q6413*	Individueel CAD/CAM abutment hybride
Q6414	Beslijpen CAD/CAM opbouw
Q6421*	Implantaatkroon metaal
Q6422*	Implantaatkroon metaalvrij
Q6423*	Implantaatkroon hybride
Q6424*	Implantaatbrugdeel metaal
Q6425*	Implantaatbrugdeel metaalvrij
Q6426*	Implantaatbrugdeel hybride / interface
Q6431	Individueel kleuren in klinische omgeving
Q6432	Porselein aanbrengen in esthetische zone
Q6441	Implantaat-toeslag (per implantaat)

Q6451	Ontwerpen van 3D CAD/CAM opbouw
Q6452	Modelleren van 3D CAD/CAM opbouw
Q6453	Scannen van 3D CAD/CAM opbouw
Q6461*	Steg zelf vervaardigen per implantaat, analoog
Q6462*	Steg zelf vervaardigen voor elk volgend implantaat, analoog
Q6467	Steg zelf vervaardigen per implantaat, CAM
Q6468	Steg zelf vervaardigen voor elk volgend implantaat, CAM

Meerwerk tbv. implantaatwerkstuk:

Q6471	Opaquen
Q6472	Slot ten behoeve van plaatsen implantaatkroon
Q6473	Sterilisatie
Q6474	Stralen van implantaatopbouw

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

Groep 6.9 Solderen en montage

Q6901	Soldeerplaats (eerste) exclusief soldeer
Q6902	Soldeerplaats (volgende) exclusief soldeer
Q6903	Laserlassen
Q6951	Stellen slot met behulp van parallellometer
Q6952	Monteren sloten aan impl. systeem

Hoofdgroep 8 Diverse werkzaamheden CAD

Deze prestaties zijn slechts als deelprestatie te declareren bij digitale vervaardiging, niet in combinatie met het eindproduct

Q8001	Scannen ten behoeve van CAD
Q8010	Ontwerp CAD kroon
Q8011	Ontwerp CAD brugdeel
Q8012	Ontwerp CAD frame
Q8013	Ontwerp CAD splint
Q8014	Ontwerp CAD opstellen per element
Q8015	Ontwerp CAD abutment
Q8016	Ontwerp CAD onderstructuur
Q8017	Ontwerp CAD steg

Hoofdgroep 9 Materialen deze kunnen tegen kostprijs gedeclareerd worden

Groep 9.0 Porselein frontelementen set (zes stuks)

Q9006	Frontelementen	Kostprijs

Porseleinen kiezen set (acht stuks)

Q9058	Kiezen	Kostprijs

Groep 9.1 Porselein frontelement per stuk

Q9101	Tanden	Kostprijs

Porseleinen kiezen per stuk

Q9010	Kiezen	Kostprijs

Groep 9.3	**Kunststof front elementen sets (zes stuks)**	
Q9306	Tanden	Kostprijs
	Kunststof kiezen sets (acht stuks)	
Q9358	Kiezen	Kostprijs
Groep 9.4	**Kunststof front elementen per stuk**	
Q9401	Tanden	Kostprijs
	Kunststof kiezen per stuk	
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 boven 80%	Kostprijs
Groep 9.8	**CAD/CAM**	
Q9801	Materialen ten behoeve van CAD/CAM	Kostprijs
Groep 9.9	**Diverse materialen**	
Q9901	Diverse materialen	Kostprijs

5. Tarieven

5.1 Tariefsoort

Voor alle prestaties zoals beschreven in de hoofdgroepen 0 tot en met 8 in deze beleidsregel geldt dat de NZa maximumtarieven vaststelt.

5.2 Totstandkoming tarieven

De tarieven in de hoofdgroepen 0 tot en met 8 vormen een representatieve afspiegeling van de gehanteerde prijzen door tandtechnisch laboratoria op de vrije markt.

5.3 Indexatie tarieven

De tarieven muteren jaarlijks met het mutatiepercentage. Het mutatiepercentage van het tarief is het procentuele verschil tussen de puntwaarde tandheelkundige zorg op voorcalculatorisch niveau jaar t en de puntwaarde tandheelkundige zorg op voorcalculatorisch niveau jaar t-1.

6. Bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

6.1 Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2019.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

6.2 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel tandtechniek in eigen beheer.

REGELING NR/REG-~~1807~~1912

Regeling mondzorg

Nederlandse Zorgautoriteit

Kenmerk
NR/REG-~~1807~~1912

Gelet op artikel 36, derde lid, artikel 37 eerste lid, aanhef en onder a, artikel 38, derde en zevende lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van mondzorg.

1. Begripsbepalingen

Behandeling
Het uitvoeren van één of meer prestaties, volgend uit en in het kader van een diagnose, ten behoeve van preventieve en/of curatieve mondverzorging van de consument uitgevoerd binnen een bepaalde tijdsperiode.

Consument
Een zorgvrager, patiënt, een potentiële patiënt of degene die namens een patiënt informeert.

Declaratie
Het tarief of de tarieven die in rekening zijn gebracht voor een geleverde (deel)prestatie of (deel)prestaties aan de consument dan wel aan de ziektekostenverzekeraar van de betreffende consument.

Laboratoriumkosten
De laboratoriumkosten van het externe bacteriologisch laboratoriumonderzoek die specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Bij de prestaties waarbij dit van toepassing kan zijn staat dit in de betreffende beleidsregel en tariefbeschikking aangegeven met een tweetal sterretjes (**).

Materiaal- en/of techniekkosten
De kosten van techniek die noodzakelijk zijn voor de behandeling en extra zijn ingekocht dan wel in eigen beheer zijn uitgevoerd en de kosten van de materialen die specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Hier worden expliciet niet de verbruiksmaterialen bedoeld. Bij de prestaties waarbij dit van toepassing kan zijn staat dit in de betreffende beleidsregel en tariefbeschikking aangegeven met een * (sterretje).

Mondzorg
Zorg zoals omschreven in de beleidsregels 'tandheelkundige zorg', 'jeugdtandverzorging instellingen', 'orthodontische zorg' en 'bijzondere tandheelkunde instellingen'.

Prestatie
Een prestatie, dan wel deelprestatie als bedoeld in de beleidsregels 'tandheelkundige zorg', 'jeugdtandverzorging instellingen', 'orthodontische zorg' en 'bijzondere tandheelkunde instellingen'. Een prestatie omvat het leveren van mondzorg aan een consument.

Prijsopgave
Een, voor de consument vrijblijvend, gespecificeerd overzicht van de prestaties en tarieven die de zorgaanbieder in rekening verwacht te brengen voor een behandeling.

Tarief
De prijs voor een (deel van een) prestatie van een zorgaanbieder.

Ziektekostenverzekeraar
1. een zorgverzekeraar;
2. een Wlz-uitvoerder;
3. een particuliere ziektekostenverzekeraar, zijnde een financiële onderneming die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar mag uitoefenen.

Zitting
Een onafgebroken tijdspanne waarin de zorgaanbieder ten behoeve van een consument één of meer prestaties uitvoert, ongeacht inhoud en tijdsduur van de zitting.

Zorgaanbieder
De natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

2. Doel van de regeling

Deze regeling beoogt de navolgende voorschriften met betrekking tot de verlening van mondzorg te stellen:
A) Administratievoorschriften zoals genoemd in artikel 4 van deze regeling teneinde de ontwikkelingen in de mondzorg en de daaruit volgende resultaten in de zorgverlening in relatie tot de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit te kunnen volgen, toetsen en evalueren;
B) Declaratievoorschriften, zoals genoemd in artikel 5 van deze regeling, teneinde inzichtelijke, rechtmatige declaraties mogelijk te maken;
C) Transparantievoorschriften, zoals genoemd in artikel 6 van deze regeling, teneinde te bewerkstelligen dat zorgaanbieders, zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling, de consumenten tijdig en zorgvuldig informeren over de tarieven die zij voor prestaties en deelprestaties in rekening brengen.

3. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die mondzorg leveren dan wel mondzorgprestaties in rekening brengen[1].

Deze regeling is niet van toepassing op zorgaanbieders die chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard leveren (kaakchirurgen).

4. Administratievoorschriften

Zorgaanbieders voeren een administratie van uitgevoerde prestaties, zodanig dat telling mogelijk is van gerealiseerde prestaties en de daarvoor gehanteerde tarieven in enige periode. Zorgaanbieders registreren in ieder geval per prestatie:
1. de geleverde prestatie met code;
2. het gedeclareerde tarief;

[1] Zie de prestatiebeschrijvingen mondzorg in de beleidsregels ‘tandheelkundige zorg’, ‘jeugdtandverzorging instellingen’, ‘orthodontische zorg’ en ‘bijzondere tandheelkunde instellingen’

3. de datum waarop de prestatie is uitgevoerd;
4. de naam- adres- en woonplaatsgegevens van de patiënt;
5. de geboortedatum van de patiënt;
6. welke zorgverlener de prestatie heeft geleverd;
7. de AGB-code van de declarerende zorgaanbieder;
8. de postcode van de praktijk van de zorgaanbieder.

5. Declaratievoorschriften

A) De zorgaanbieder maakt in zijn declaratie aan een consument en/of ziektekostenverzekeraar zichtbaar welk tarief voor een prestatie in rekening is gebracht.

B) De declaratie dient te worden gespecificeerd conform de prestatiebeschrijvingen en coderingen in de beleidsregels 'tandheelkundige zorg', 'jeugdtandverzorging instellingen', 'orthodontische zorg' en 'bijzondere tandheelkunde instellingen'.

C) De declaratie van de geleverde prestatie(s) moet zodanig gespecificeerd zijn dat in ieder geval duidelijk is:

1. Welke zorgaanbieder de prestatie declareert, waarbij ook de AGB-code wordt vermeld.
2. Welke patiënt het betreft, op basis van naam- adres- en woonplaatsgegevens en de geboortedatum van de patiënt.
3. Op welke prestatie(s) (inclusief prestatiecode) de declaratie betrekking heeft.
4. Welk tarief de zorgaanbieder voor de gedeclareerde prestatie(s) hanteert.
5. Welk bedrag de zorgaanbieder voor materiaal- en/of techniekkosten en laboratoriumkosten hanteert per gedeclareerde prestatie.
6. Op welk(e) elementnummer(s) (tand of kies) de prestatie betrekking heeft, indien specificeerbaar.
7. Op welke datum de prestatie(s) is (zijn) uitgevoerd.

D) Declaraties dienen voorzien te zijn van de adresgegevens van de declarerende praktijk.

E) De prestatie wordt door de zorgaanbieder, of via een factoringmaatschappij, of via een ziektekostenverzekeraar éénmaal in rekening gebracht aan de consument.

F) Voor prestatiespecifieke declaratiebepalingen wordt verwezen naar de relevante tariefbeschikkingen.

6. Transparantievoorschriften

Zorgaanbieders dienen de consument tijdig en zorgvuldig te informeren over de tarieven die zij voor prestaties in rekening brengen. Daarnaast gelden de volgende transparantievoorschriften.

6.1) *Het verstrekken van een prijsopgave per behandeling, voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van 250 euro*

Een zorgaanbieder verstrekt standaard, voorafgaand aan de behandeling, voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van 250 (tweehonderdvijftig) euro een voor de consument vrijblijvende prijsopgave. Op verzoek van de patiënt verstrekt de zorgaanbieder ook een offerte indien het bedrag lager is dan 250 euro.

De prijsopgave en de wijze waarop de zorgaanbieder hierover communiceert voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. De prijsopgave maakt aan de consument inzichtelijk welke prestaties de zorgaanbieder gaat uitvoeren voor de betreffende behandeling.
2. De prijsopgave toont per uit te voeren prestatie het tarief dat de zorgaanbieder in rekening brengt.
3. De prijsopgave maakt de materiaal- en/of techniekkosten en laboratoriumkosten per prestatie afzonderlijk inzichtelijk.
4. Tenzij anders is overeengekomen met de consument, doet de zorgaanbieder de consument de prijsopgave voor de start van de behandeling schriftelijk, dan wel digitaal toekomen.
5. De zorgaanbieder legt de prijsopgave vast in de administratie.

Uitgezonderd van deze bepaling (6.1) zijn jeugdtandverzorgingsinstellingen zoals bedoeld in de Beleidsregel jeugdtandverzorging instellingen.

6.2) Het verstrekken van de factuur voor ingekochte materiaal- en/of techniekkosten

Indien de zorgaanbieder de tandtechniekstukken niet zelf vervaardigt is deze, op verzoek van de consument dan wel diens verzekeraar, verplicht de factuur van de tandtechnicus, het tandtechnisch laboratorium of de tandtechnische onderneming te overleggen. Voorwaarde voor deze factuur is dat deze per prestatie inzichtelijk maakt welke materiaal- en/of techniekkosten de zorgaanbieder voor de betreffende consument heeft ingekocht. Hiermee maakt de zorgaanbieder duidelijk welke kosten van techniek noodzakelijk zijn voor de behandeling en extra zijn ingekocht en/of welke kosten van materialen specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Hier worden expliciet niet de verbruiksmaterialen bedoeld.

Indien de zorgaanbieder de materiaal- en/of techniekkosten niet voor een individuele consument heeft ingekocht bij een tandtechnicus, tandtechnisch laboratorium of tandtechnische onderneming, maar voor meerdere consumenten tegelijk materiaal en/of techniekstukken heeft ingekocht, is de zorgaanbieder op verzoek van de consument dan wel diens verzekeraar, verplicht om de verzamelfactuur of de factuur voor de totale kosten van de tandtechnicus, het tandtechnisch laboratorium of de tandtechnische onderneming te overleggen waaruit de voor de patiënt gemaakte kosten blijken.

6.3) Het verstrekken van de factuur voor laboratoriumkosten

De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de consument of diens verzekeraar de factuur van het bacteriologisch laboratorium te overleggen. Voorwaarde voor deze factuur is dat deze per prestatie inzichtelijk maakt welke laboratoriumkosten de zorgaanbieder voor de betreffende consument heeft ingekocht.

6.4) Het verstrekken van de prijslijst materiaal en techniek

Het bekend maken van een prijslijst materiaal en techniek
Een zorgaanbieder maakt een prijslijst met materialen en technieken bekend die inzicht geeft in de verschillende materialen en technieken mét bijbehorende prijzen, die binnen de betreffende praktijk gelden. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juistheid van de inhoud van de prijslijst voor materiaal en techniek en het tijdig en juist informeren van de consument.

De prijslijst materiaal en techniek vermeldt de door de zorgaanbieder doorgaans gebruikte materialen en technieken met de bijbehorende prijzen. Deze dienen per prestatie te worden gespecificeerd zodat per prestatie de actuele opties en bijbehorende kosten voor materiaal en techniek inzichtelijk zijn.

Informeren van de consument over de prijslijst materiaal- en techniek

De zorgaanbieder dient de consument in ieder geval op de volgende wijzen te informeren:

1. De prijslijst materiaal en techniek is te vinden op een voor de consument duidelijk zichtbare plaats in de praktijk van de zorgaanbieder, zodat de consument hiervan op eenvoudige wijze kennis kan nemen. Onder zichtbare plaats wordt bijvoorbeeld verstaan: de wachtkamer, de balie of de deur van de praktijk.
2. Indien de zorgaanbieder een website voor de praktijk heeft, plaatst de zorgaanbieder de prijslijst materiaal en techniek ook op de website van de betreffende praktijk.
3. Als een consument vraagt naar de prijslijst, stuurt de zorgaanbieder deze schriftelijk of per e-mail binnen een redelijke termijn.

De consument op de hoogte stellen indien wordt afgeweken van de prijslijst materiaal en techniek

De zorgaanbieder motiveert, voor de start van de behandeling, schriftelijk dan wel mondeling, als hij (in zijn prijsopgave) tot afwijkende materiaal- en techniekkosten voor de betreffende consument komt.

7. Verantwoordelijkheid

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de goede opvolging van de in deze regeling genoemde bepalingen.
2. Indien een zorgaanbieder in loondienst is, draagt de werkgever zorg voor uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen.
3. Indien een zorgaanbieder in een personenvennootschap werkzaam is en niet zelf de tarieven in rekening brengt, draagt de personenvennootschap zorg voor de uitvoering van de in deze regeling genoemde bepalingen.

8. Intrekken oude regelingen

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling mondzorg, met kenmerk NR/~~CU-715~~REG-1807, ingetrokken.

9. Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling mondzorg, met kenmerk NR/~~CU-715~~REG-1807, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen - en al dan niet beëindigd - in de periode dat die regeling gold.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2019~~8~~. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg.

Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling mondzorg.

Toelichting

Nadere toelichting per onderwerp

Declaratievoorschriften materiaal- en techniekkosten
In de declaratievoorschriften (artikel 5) staat vermeld dat uit de declaratie van de geleverde prestatie(s) moet blijken welk bedrag de zorgaanbieder voor materiaal- en/of techniekkosten en laboratorium kosten hanteert per gedeclareerde prestatie.
Bij prestaties met een sterretje (*) mogen materiaal- en techniekkosten in rekening worden gebracht aan de patiënt. Deze registreert de mondzorgaanbieder door middel van de betreffende prestatie met sterretje. Bijvoorbeeld: voor het plaatsen van de kroon declareert de mondzorgaanbieder de prestatie zelf, namelijk de R24. De eventuele materiaal- en techniekkosten die zijn ingekocht ten behoeve van de kroon, declareert de mondzorgaanbieder door middel van de prestatie met het sterretje, in dit geval R24*. Vervaardigt de mondzorgaabieder de kroon zelf, dan dient hij de materiaal- en techniekkosten te specificeren op de factuur conform de prestaties tandtechniek in eigen beheer.

Het verstrekken van de factuur voor ingekochte materiaal- en/of techniekkosten
De informatie over de ingekochte materiaal- en/of techniekkosten valt uiteen in twee categorieën. Ten eerste de individueel op maat gemaakte oplossing voor een gebitsprobleem, zoals bijvoorbeeld een kunstgebit. Ten tweede het materiaal dat in grotere hoeveelheden wordt ingekocht voor meerdere patiënten, hierbij valt te denken aan slotjes en draadjes voor vaste beugels. Voor beide categorieën geldt dat de inkoopfactuur desgevraagd overlegd dient te worden. Voor de tweede categorie geldt dat deze voorzien dient te zijn van een omrekening van de inkoopkosten naar de kosten voor de individuele patiënt.

Verstrekken van een prijsopgave
In artikel 6.1 wordt de mondzorgaanbieder de verplichting opgelegd om bij alle behandelingen vanaf een bedrag van 250 euro, voorafgaand aan de behandeling een voor de consument vrijblijvende prijsopgave te verstrekken. Voor deze prijsopgave, in het algemeen handelsverkeer ook wel ‘offerte’ genoemd, gelden de bepalingen die ook in het algemeen handelsverkeer gelden. Zo is het mogelijk een geldigheidstermijn en algemene bepalingen op te nemen, zolang dit niet in strijd is met de wet.

Afspraken met de cliënt over prijsopgave
In het hoofdstuk transparantievoorschriften (artikel 6.1) is opgenomen dat de mondzorgaanbieder, bij een bedrag boven de 250 euro, voorafgaand aan de behandeling aan de consument een prijsopgave moet overleggen. Partijen hebben aangegeven dat dit in een aantal gevallen niet werkbaar is. Belangrijkste argument hierbij is dat de mondzorgaanbieder soms tijdens de uitvoering van een behandeling beoordeelt of het wenselijk is dat de behandeling op dat moment met één of meerdere prestaties wordt uitgebreid, waarmee het bedrag van de behandeling boven de 250 euro uitkomt.

Gezien de bovenstaande argumentatie van partijen is met artikel 6.1 lid 4 de ruimte gelaten om nadere afspraken te maken over het tijdstip en de wijze waarop de prijsopgave wordt overlegd, onder voorwaarde dat dit voor de start van de uitvoering van de behandeling is overeengekomen.

Prijslijst materiaal en techniek

In het hoofdstuk transparantievoorschriften is onder artikel 6.4 opgenomen dat de zorgaanbieder de prijs van de gebruikte materialen en technieken per prestatie moet specificeren op een prijslijst.
Deze prijslijst dient ter oriëntatie voor de patiënt. Op deze manier is het voor de patiënt (ook) mogelijk om de prijzen van materialen en technieken van verschillende zorgaanbieders te vergelijken. Als de patiënt hierna een offerte bij een zorgaanbieder aanvraagt is hij in staat om hier vragen over te stellen aangezien hij nu over de benodigde achtergrondinformatie beschikt; hij kan immers nagaan welke materialen en technieken andere zorgaanbieders aanbieden en welke prijzen daarbij horen.

Voorbeeld: Kroon (R24)

Code	**Prestatie**	**Tarief**	**Materiaal of techniekkosten**	
R24*	Kroon	€243,13	Porselein	€
			Metaal-porselein	€
			Metaal	€

Nederlandse Zorgautoriteit,

[redacted]
voorzitter Raad van Bestuur

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 22 juni 2018 14:32
CC: [redacted]
Onderwerp: Regelgeving orthodontische zorg 2019

Beste allen,

Op 19 juni 2018 heeft onze Raad van Bestuur de Beleidsregel orthodontische zorg, de Beleidsregel tandtechniek in eigen beheer en de Regeling mondzorg, zoals deze zullen gelden per 1 januari 2019, vastgesteld. De regelgeving is zojuist gepubliceerd op onze website:

- Beleidsregel orthodontische zorg (BR/REG-19106);
- Prestatie- en tariefbeschikking orthodontische zorg (TB/REG-19612-01);
- Beleidsregel tandtechniek in eigen beheer (BR/REG-19107);
- Prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer (TB/REG-19613-01);
- Regeling mondzorg (NR/REG-1912);

De toelichting op de wijzigingen in de regelgeving voor 2019 kunt u lezen in de circulaire:

- Circulaire regelgeving orthodontische zorg (CI/18/09c).

Naar aanleiding van de consultatie hebben wij één voorgenomen besluit niet doorgevoerd in de regelgeving. Het gaat om het wijzigingsverzoek omtrent het toevoegen van een sterretje bij prestatie F492 (Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak). In het Technisch Overleg orthodontische zorg (TO) was besproken om een sterretje aan prestatie F492 toe te voegen. Dit betekent dat de materiaal- en techniekkosten die nu in het tarief zijn verdisconteerd op het tarief in mindering worden gebracht. Op basis van de Tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer betekent dit dat het tarief met € 27,00 dient te worden verlaagd. De KNMT verzoekt na consultatie van de regelgeving om deze wijziging nog niet door te voeren en eerst te onderzoeken hoe het tarief van F492 tot stand is gekomen. Dit bespreken we graag in een volgend TO met u. Na de zomerperiode sturen we u een aantal datumvoorstellen.

We hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Heeft u nog vragen naar aanleiding van deze e-mail, dan horen we het graag.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 3 mei 2018 18:49
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: TO notities tandheelkunde en ortho

Hoi [redacted]

De TO notities tandheelkunde en ortho staan op kenza.

Tandheelkunde:
http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/Notitie%20consultatie%20wijzigingen%20tandheelkundige%20zorg%202019.docx

Ortho:
http://kennisnet.nza.nl/TeamSites/Projecten/Mondzorg/Alle%20documenten/Notitie%20TO%20Orthodontische%20zorg%2020-04-2018.docx

Moet nog even naar de volgorde kijken zodat die iets logischer wordt, maar dan kunnen jullie er in ieder geval voor maandag alvast naar kijken.
We bespreken ze maandag, zodat de notities woensdag naar partijen verzonden kunnen worden.

Groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 15 maart 2018 08:10
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: Voor de feedbackloop: mondzorg

Hoi allen,

Ik heb de e-mails opgeslagen onder Wijzigingsverzoeken, branchepartij NZa. (Intern, kan ook?)
Is dat duidelijk? Of hebben jullie een andere suggestie?

Groet,
[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 14 maart 2018 17:50
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Voor de feedbackloop: mondzorg

[redacted]

m.b.t. J08:
Er staat in de algemene bepalingen bij pre-implantologische chirurgie:
Wanneer de geplande locatie van het implantaat niet geschikt is voor rechtstreekse implantatie kan het aangewezen zijn voorafgaand aan het implanteren de locatie daartoe voor te bereiden.

[redacted] Goed om dit met partijen te bespreken.
Misschien op het lijstje voor [redacted]?

[redacted]

Verder goed om aan te geven dat P21+P25 = P30. Dus de combi P21 en P25 kunnen inderdaad niet samen.
En dat J51+J52 niet gelijk is aan J50! Maar dat P21+J51= J50 en P25+J52=J50.
(niet qua tarief/punten, maar wel qua zorginhoud).
(overigens zit er in de J50 nog wel iets meer: frontopstelling e.d.
eigenlijk is J50 opgebouwd uit de P30 + 2x P14 + P37 + P17).

Groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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 14 maart 2018 17:00
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: FW: Voor de feedbackloop: mondzorg

Zie hieronder de punten van het ICC voor regelgeving 2019. In overleg met [redacted] heb ik onderstaand antwoord geformuleerd (hoop dat het zo klopt? Zo niet, dan hoor ik het graag). Ik heb [redacted] gevraagd de mail van [redacted] op te slaan op KeNZa, zodat we dit makkelijk terug kunnen vinden.

Groeten [redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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 14 maart 2018 16:57
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: Voor de feedbackloop: mondzorg

Hee [redacted]

Bedankt voor het doorsturen en goed dat jullie dit aankaarten! Hieronder een reactie:

1. [redacted] we gaan dit wel aan partijen voorleggen in volgende TO. Wordt dus vervolgd.

2. We snappen de verwarring rond de combinatie J51 (onder-klikgebit) en J52 (Boven-klikgebit). In het laatste TO is dit ter sprake gekomen en we gaan dit in de regelgeving voor 2019 verbeteren in de titel en in de omschrijving.
   Ter info: Het is niet zo dat de J50 een combinatie is van de J51 of J52. Nu lijkt dit wel het geval als je naar de titels van de prestaties kijkt. Echter, bij de J51 en J52 wordt in één kaak een klikgebit geplaatst (onder J51 of boven J52). Bij de J50 in één kaak een klikgebit en in de andere kaak een conventioneel kunstgebit (dus niet op implantaten).

Groeten [redacted]

[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 14 maart 2018 16:33
Aan: [redacted]
Onderwerp: Voor de feedbackloop: mondzorg

Ha [redacted]

Een tweetal zaken die opvallen:

[redacted]
Aanvullende opmerking: bij J07 (ook uit de rubriek pre-implantologie) staat bij dat deze alleen kan met bijvoorbeeld een J20. Dus daarbij kan de een prestatie uit de rubriek 'pre-implantologie' wel weer gecombineerd worden met J20.

P-codes
De volgende vragen / antwoorden zijn gegeven:
Vraag: Mag J51 (Onder- klikgebit) in combinatie met J52 (Boven- klikgebit) in dezelfde zitting? Advies antwoord: Ja. Deze combinatie is wel toegestaan. J51 en J52 zijn beiden klikgebit op implantaten. J50 omvat een klikgebit op implantaten en een conventioneel kunstgebit.
Vraag: Mag prestatie P21 'Volledig kunstgebit bovenkaak' naast prestatie P25 'Volledig kunstgebit onderkaak' in rekening gebracht mag worden. Advies antwoord: De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) merkt op dat declaratie van prestatiecode P30 voorzien is bij het plaatsen van een volledig kunstgebit in de boven- en onderkaak bij een patiënt in één en dezelfde zitting. De prestatiecodes P21 en P25 kunnen alleen in rekening worden gebracht als de mondzorgverlener een boven- of een onderkaak plaatst.

Maar in onze beleidsregel staat dat de P-codes zijn gebaseerd op de J-codes. Alleen bij de J-codes wordt nu aangegeven dat de combinatie wel is toegestaan. Maar bij de P-codes dan weer niet (hoewel het antwoord ook weer niet heel expliciet is).

Hoop dat jullie dit mee kunnen nemen ☺

Groet,
[redacted]

[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]@nza.nl | **W:** www.nza.nl

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 5 februari 2018 10:18
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: vraag tandheelkundige zorg

Hoi [redacted]

Ik heb het document totaaloverzicht wijzigingsverzoeken bijgewerkt. Die bedoelde je toch?
Mailwisseling en link naar CRM zaak archiveer ik ook op Kenza.

Groet,
[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 5 februari 2018 10:14
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: FW: vraag tandheelkundige zorg

Ha [redacted]

Wil jij dit op het lijstje voor het TO tandheelkunde zetten?

Dank!

Groet,

Nederlandse Zorgautoriteit

[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 29 januari 2018 9:56
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: FW: vraag tandheelkundige zorg

Hoi [redacted]

In jullie afwezigheid is onder meer onderstaande vraag binnen gekomen.
Het gaat over de declaratie van prestatie G64 in combinatie met prestatie G69.

Dit lijkt niet te kunnen omdat als voorwaarde voor G64 er uitgebreid functieonderzoek benodigd is (G01). Prestatie G69 is zonder uitgebreid functieonderzoek.
Echter, in de toelichting staat vermeld dat controlebezoeken na prestatie G69 gedeclareerd kunnen worden met prestatiecode G64.

[redacted]

[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: maandag 29 januari 2018 9:46
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: vraag tandheelkundige zorg

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 29 januari 2018 9:43
Aan: [redacted]
Onderwerp: FW: vraag tandheelkundige zorg

[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: Tandartspraktijk [redacted]@tandarts.org]
Verzonden: maandag 29 januari 2018 9:24
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: vraag tandheelkundige zorg

Geachte heer,

Het lijkt mij dat de toelichting helder is over het gebruik van G64 na plaatsen van G69, ik zie verder ook geen alternatieve code 's die wel gedeclareerd zouden mogen worden (er staat ook bij G69 niet dat het inclusief nazorg of controle is.
Ik zou dan ook zeggen dat het mogelijk is vanwege de (zeer) uitgebreide toelichting onder punt 3 bij de occlusale opbeetplaat .
Als het niet zou mogen had punt 3 niet opgenomen moeten worden en had er achter moeten staan controle bezoeken declareren als …. Bijvoorbeeld C13 of had er moeten staan inclusief nazorg of controles.

Hopende u hiermee voldoende ingelicht te hebben,

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Van: [redacted] [redacted]@nza.nl]
Verzonden: maandag 29 januari 2018 07:53
Aan: [redacted]@tandarts.org' [redacted]@tandarts.org>
CC: [redacted] [redacted]@nza.nl>
Onderwerp: vraag tandheelkundige zorg

Geachte [redacted]

Bij afwezigheid van [redacted] [redacted] stel ik u nu een keer een vraag per mail. Uw mailadres heb ik van de [redacted] [redacted].

De NZa heeft de volgende casus voorgelegd gekregen vanuit [redacted].

Een tandarts wil prestatiecode G64 (controlebezoek spalk) declareren bij een G69 (opbeetplaat zonder G01).

- *Prestatiecode G64 staat in de beschikking onder het kopje therapie kaakgewrichtsklachten, na uitgebreid functieonderzoek. Dit is niet uitgevoerd, dus Menzis wijst declaratie van G64 af. ☐⦿ lijkt de NZa terecht*
- *Echter verderop in de beschikking op blz. 68/69 staat, nog steeds onder Therapie na uitgebreid functieonderzoek dat:*
- *Eventuele controlebezoeken – al dan niet met kleine correcties, uit te voeren aan de opbeetplaat – kunnen worden gedeclareerd als G64.*

Vraag: Blijft voor de declaratie van prestatiecode G64 bij een G69 dan de eis bestaan dat G64 alleen gedeclareerd mag worden na uitvoeren van een G01? Of mag G64 ook zonder uitgebreid functieonderzoek gedeclareerd worden na het uitvoeren van prestatie G69 ?
Onderstaand in het rood de van toepassing zijnde regels

Alvast bedankt voor het meedenken.

Met vriendelijke groeten
[redacted]

Ter toelichting de betreffende stukken uit TB:

Blz 10/11 vd beschikking:

IX Kaakgewrichtsbehandelingen (G)

a. Kaakgewrichtsklachten
(craniomandibulaire dysfunctie)
Onderzoek/diagnostiek
G01 Uitgebreid functie-onderzoek (UFO) € 138,14
G02 Spieractiviteitsmeting en registratie € 88,41
G03 Gedocumenteerde verwijzing kaakgewrichtsbehandeling € 60,78
Therapie voor kaakgewrichtsklachten (na uitgebreid functieonderzoek)
G61 Instructie spieroefeningen € 55,26
G62 * Occlusale spalk € 149,19
G63 * Repositiespalk € 221,03
G64 Controlebezoek spalk inclusief kleine correcties € 27,63
G65 * Indirect planmatig inslijpen € 303,92
G66 Biofeedbacktherapie € 49,73
G67 Behandeling triggerpoint € 60,78
G68 * Reparatie occlusale- of repositiespalk, met afdruk € 44,21
G33 * Aanbrengen front/hoektandgeleiding € 55,26
Therapie bij kaakgewrichtsklachten (zonder uitgebreid functieonderzoek)
G69 * Opbeetplaat € 60,78

blz 68/69 vd beschikking:

Eenvoudig onderzoek
Het eenvoudig diagnostisch onderzoek kan worden gedeclareerd als code verrichting C11 of C13.

Uitgebreid onderzoek
Uitgebreid onderzoek verricht de zorgaanbieder aan de hand van functieonderzoek in die gevallen waarin een eenvoudig diagnostisch onderzoek niet tot een verantwoorde diagnose leidt. Indien nodig wordt het functieonderzoek aangevuld met röntgenonderzoek.
1. Uitgebreid functieonderzoek (UFO)
1.1 Onder uitgebreid functieonderzoek wordt verstaan:
- het registreren van de klacht;
- het afnemen van een uitgebreide medische, dentale en psychosociale anamnese;
- het doen van bewegingsonderzoek;
- het schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
- het formuleren van een werkdiagnose.
1.2 Onder bewegingsonderzoek wordt verstaan het meten van de maximale bewegingsuitslagen, het rapporteren van pijn (van gewricht of spier), het rapporteren van gewrichtsgeluiden (knappen en/of crepitatie), orthopedische testen, palpatie kauwmusculatuur en kaakgewricht en onderzoek van occlusie en articulatie.
1.3 In het maximumtarief voor het uitgebreid functieonderzoek is tevens begrepen het geven van uitleg over de mogelijke afwijking aan de patiënt, het geven van adviezen aangaande parafuncties en gewoonten, alsmede (indien van toepassing) initiële instructie spieroefeningen en/of initieel
correctief inslijpen.
2. Röntgenonderzoek
Het röntgenonderzoek kan in alle gevallen, indien van toepassing, als afzonderlijke verrichting worden gedeclareerd volgens de tarieven uit hoofdstuk II. In de tarieven van röntgenonderzoek zijn alle kosten begrepen.

Gedocumenteerde verwijzing gnathologie
(kaakgewrichtsbehandeling)
1. Hieronder wordt verstaan het schriftelijk verwijzen van de patiënt, indien er sprake is van problemen die een multidisciplinaire en/of gedifferentieerde aanpak noodzakelijk maken, met verstrekking van uitvoerige informatie/documentatie over de aard van de klacht, het uitgevoerd onderzoek en de bevindingen.
2. Het maximumtarief kan uitsluitend gedeclareerd worden, indien daaraan voorafgaand het uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden.

Therapie na uitgebreid functieonderzoek
Instructie spieroefeningen
1. Onder instructie spieroefeningen wordt verstaan:
– het demonstreren en oefenen van de juiste openings- en sluitingsbeweging;
– het aangeven van methoden om de juiste beweging aan te leren;
– het afgeven van een op schrift gestelde instructie aan de patiënt;
– het controleren van het resultaat.
2. Het maximumtarief voor instructie spieroefeningen kan uitsluitend gedeclareerd worden indien voorafgaand het uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden én indien het een zelfstandige verrichting betreft die in een aparte zitting plaatsvindt.

3. Het maximumtarief geldt per zitting. In een periode van vier aaneengesloten maanden kunnen maximaal drie zittingen in rekening worden gebracht.

Occlusale spalk, repositiespalk
1. In het maximumtarief van de occlusale spalk, respectievelijk repositiespalk is begrepen: het maken van afdrukken, de registratie, ongeacht de methode, en het plaatsen van de spalk, inclusief kleine correcties en het geven van bijbehorende instructie omtrent het gebruik.
2. Het maximumtarief kan uitsluitend gedeclareerd worden indien uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden. (Indien een occlusale opbeetplaat wordt vervaardigd zonder voorafgaand uitgebreid functieonderzoek, is het maximumtarief voor occlusale opbeetplaat (G69) van toepassing.)
3. In het maximumtarief voor controlebezoek spalk (G64) is de eenvoudige aanpassing van de spalk begrepen, alsmede het geven van bijbehorende instructie omtrent het gebruik. In een periode van zes aaneengesloten weken kunnen maximaal vier controlebezoeken in rekening worden gebracht.

Indirect planmatig inslijpen
1. In het maximumtarief voor indirect planmatig inslijpen is begrepen:
het maken van afdrukken, de registratie van de gewenste occlusale verhoudingen – ongeacht de methode –, het plaatsen van de modellen in een articulator, het maken van een op schrift gesteld inslijpplan alsmede het uitvoeren van de inslijpprocedure, ongeacht het aantal zittingen waarin
een en ander plaatsvindt.
2. Het maximumtarief voor indirect planmatig inslijpen kan uitsluitend gedeclareerd worden indien voorafgaand het uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden.
3. Direct correctief inslijpen in dezelfde zitting waarin het uitgebreid functieonderzoek plaatsvindt, kan niet afzonderlijk in rekening worden gebracht, maar is begrepen in het maximumtarief voor het uitgebreid onderzoek.
4. Voor correctief inslijpen, zonder voorafgaande modelanalyse en zonder op schrift gesteld inslijpplan, is het maximumtarief voor code G64 van toepassing.

Biofeedbacktherapie en behandeling triggerpoint
1. Het maximumtarief voor biofeedbacktherapie en/of behandeling triggerpoint kan uitsluitend gedeclareerd worden indien voorafgaand uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden.

Occlusale opbeetplaat
1. Hieronder wordt verstaan: de vervaardiging en plaatsing van een occlusale plaat van kunsthars – zonder dat voorafgaand uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden – met als doel: het voorkómen van schadelijke effecten die kunnen optreden als gevolg van parafunctionele activiteit en/of bepaalde gewoonten (bijvoorbeeld: bruxeren, knarsen, klemmen).
2. In het maximumtarief voor de occlusale opbeetplaat is begrepen:
het maken van afdrukken, de registratie – ongeacht de methode – en het plaatsen van de opbeetplaat, inclusief kleine correcties en het geven van bijbehorende instructie omtrent het gebruik.
3. Eventuele controlebezoeken – al dan niet met kleine correcties, uit te voeren aan de opbeetplaat – kunnen worden gedeclareerd als G64.

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

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: maandag 8 januari 2018 13:09
Aan: [redacted]@[redacted]nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@[redacted].nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@yahoo.com'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@[redacted].nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Reminder planning + indienen wijzigingsverzoeken tm 12 januari

Geachte leden van het technisch overleg Orthodontische 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:
Vrijdag 9 maart 2018 van 14.00-16.00 uur; en
Vrijdag 20 april 2018 van 14.00-16.00 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]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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: maandag 11 december 2017 9:18
Aan: [redacted]@[redacted].nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@[redacted]nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@yahoo.com'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@[redacted].nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Orthodontische zorg 20 1[redacted]-2017 + planning komende periode

Geachte leden van het technisch overleg Orthodontische zorg,

In de bijlage treft u het concept-verslag aan.

We verzoeken u vriendelijk om uw reactie uiterlijk woensdag 20 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)
9 maart TO
28 maart deadline indienen nieuwe/aanvullende wijzigingsverzoeken
20 april TO
9 mei consultatie concept regelgeving
25 mei deadline reacties consultatie concept regelgeving

TO's

De volgende TO's zijn gepland op:

- **Vrijdag 9 maart 2018 van 14.00-16.00 uur; en**
- **Vrijdag 20 april 2018 van 14.00-16.00 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.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

Overleg B/C prestaties Orthodontische zorg
Datum: 27 november 2017
Tijd: 16.00-17.00 uur
Locatie: NZa te Utrecht

Aanwezig
[redacted] (ANT), [redacted] (KNMT), [redacted] (OVAP), [redacted] (ZiNL), [redacted] (ZN), [redacted] (NZa)

Duidelijk werd dat artikel 2.7.3 uit Besluit Zorgverzekering knelt met de huidige indicatieve lijst uit 1995. Dit artikel stelt namelijk dat orthodontische zorg alleen onder de aanspraak valt als medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Partijen stellen dat dit bij veel orthodontische behandelingen van de aandoeningen op de indicatieve lijst niet het geval is, waardoor deze dus eigenlijk niet onder de aanspraak Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen.

Daarnaast is men het eens dat de toetsingscriteria voor patiënten onder de Zvw niet multiple interpretabel zouden moeten zijn. De aangepaste indicatieve lijst, moet duidelijkheid bieden omtrent welke aandoeningen onder de aanspraak vallen.

Afgesproken is dat:
- De NVvO bezig is met de herziening van de lijst, dit wachten we af. De KNMT stuurt deze lijst naar de NZa zodra deze bekend is. De NZa zal deze lijst ter voorbereiding op de tweede bijeenkomst delen met de andere partijen. Er volgt een tweede bijeenkomst in februari 2018, gefaciliteerd door de NZa. De NVvO wordt ook uitgenodigd om de lijst toe te lichten. ZINL zal hierbij niet aansluiten, maar haakt aan als partijen het eens zijn over de lijst.
- De herziening van de lijst door de NVvO zal uiteindelijk leiden tot twee lijsten:
  1. Een (limitatieve) lijst in lijn met de huidige aanspraak;
  2. Een (limitatieve) lijst die knelt met de huidige aanspraak (de lijst zoals gewenst).
- Deze eerste lijst kan daarna gehanteerd worden in het veld. De NZa kan een koppeling met deze lijst maken in de regelgeving orthodontische zorg.
- Met de tweede lijst kunnen partijen richting VWS en Zorginstituut Nederland aangeven dat de aanspraak knelt, met het verzoek om de aanspraak te herzien. Om dit proces in gang te zetten, is concrete informatie nodig.
- Tot slot, als duidelijk is in wat voor concrete situaties sprake is van verschillende 'zorgzwaarte' wordt ook een koppeling gemaakt met prestaties en tarieven. Mogelijk leidt dit ook tot aanpassing van de prestaties(structuur). Partijen geven aan dat orthodontische zorg die onder de aanspraak valt niet altijd ook een hoge zorgzwaarte en dus een hoger tarief hoeft te betekenen. Omgekeerd kan het ook het geval zijn dat zorg niet onder de aanspraak valt, maar er wel sprake is van een hogere zorgzwaarte en dus een hoger tarief nodig is. ZN wijst op de mogelijkheid van een code zoals u05 in de tandheelkundige zorg voor de begeleiding van moeilijk behandelbare patiënten.

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				
2				
3				
4				

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 is 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

college adviserend tandartsen

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 geclassificeerd volgens Gorlin & Cohen in: "Syndromes of the head and neck (Oxford University Press, 1990).

ZIEKTEN EN ANDERE VERWORVEN AFWIJKINGEN

- Juveniele rheumatoïde arthritis;
- 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;
- 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 anomaliën, zoals geclassificeerd volgens R.J. Gorlin in 'Syndromes of the Head and Neck', Oxford University Press, okt. 2001

Ziekten en andere verworven afwijkingen

- Juveniele Rheumatoide arthritis.
- 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;
- Mesiorelatie (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: donderdag 8 februari 2018 12:59
Aan: [redacted]@verhulstlaan.nl'; [redacted]@ant-tardartsen.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@yahoo.com'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@cz.nl'; [redacted]@dsw.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Stukken overleg B/C-prestaties 19 februari a.s.
Bijlagen: Afspraken overleg BC prestaties 27-11-2017.pdf; voorstel herziening Indicatieve lijst_versie 06022018.pdf; Aanpassing Indicatieve lijst - 06022018.pdf

Geachte heer, mevrouw,

Maandag 19 februari van 16.00-17.00 uur is een vervolgoverleg B/C prestaties Orthodontische zorg gepland.
Op de agenda staat het voorstel van de KNMT en de NVvO ten behoeve van de herziening van de indicatieve lijst.

In de bijlage vindt u de terugkoppeling van het vorige overleg (d.d. 27-11-2017) en het voornoemde voorstel van de KNMT en de NVvO aan.
De KNMT/NVvO geeft tijdens het overleg een toelichting.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

Overleg B/C prestaties Orthodontische zorg
Datum: 19 februari 2018
Tijd: 16.00-17.00 uur
Locatie: NZa, zaal 005 te Utrecht

Aanwezig
[redacted] (ANT), [redacted] (KNMT), [redacted] (VTvO), [redacted] (ZN) [redacted] (NZa).

De NVvO is onverwacht niet aanwezig om de stand van zaken met betrekking tot de herziening van de indicatieve lijst toe te lichten.

De KNMT geeft aan dat de NVvO eerst haar eigen leden consulteert en vervolgens ook andere partijen zal informeren. Dit gehele traject zal nog ongeveer 1,5 jaar duren (1 jaar voor herziening van de lijst en vervolgens een half jaar voor consultatie).

Verzekeraars geven aan dat zij in het CAT hebben besproken hoe omgegaan kan worden met de belemmering van artikel 2.7.3 van het besluit zorgverzekering. Uit dit overleg is gekomen dat het CAT niet toe kan staan dat artikel 2.7.3 van het besluit zorgverzekering wordt omzeild.

De NZa benadrukt dat als partijen het besluit zorgverzekering willen wijzigen ze de volgende punten in acht moeten nemen:
- Om dit proces in gang te zetten richting VWS en ZINL zal er een concreet én een onderbouwd verzoek moeten liggen.
- Een door het veld breed gedragen verzoek, zal dit proces versnellen. De NZa moedigt partijen dan ook aan om dit verzoek *gezamenlijk* in te dienen.

Partijen staan nog steeds achter de eerder gemaakte afspraak om twee lijsten op te stellen:
1. Een tussenoplossing; een lijst in lijn met de huidige aanspraak;
2. Een lijst zoals gewenst; die knelt met de huidige aanspraak.

Afspraken:
- Partijen gaan in maart 2018 met elkaar in gesprek over de lijst, die een tussenoplossing gaat bieden. De KNMT heeft al een voorstel gedeeld. De andere partijen kunnen hierop reageren en hun input en suggesties geven.
- In het Techisch Overleg Orthodontische zorg op vrijdag 20 april 2018 geven partijen een terugkoppeling over de stand van zaken. Deze terugkoppeling ziet zowel op de tussenoplossing als op de herziening door de NVvO.
- Tot slot, als duidelijk is in wat voor concrete situaties sprake is van verschillende 'zorgzwaarte' wordt ook een koppeling gemaakt met prestaties en tarieven. Mogelijk leidt dit ook tot aanpassing van de prestaties(structuur). Dit traject wordt pas in gang gezet, als de lijst definitief is.

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 26 februari 2018 14:42
Aan: [redacted]@verhulstlaan.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@yahoo.com'; [redacted]@zn.nl' [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@cz.nl'; [redacted]@dsw.nl' [redacted]
CC:
Onderwerp: Terugkoppeling overleg B/C-prestaties - 19-02-2018
Bijlagen: Afspraken overleg BC prestaties 19-02-2018.pdf

Geachte heer, mevrouw,
In de bijlage treft u de terugkoppeling van het overleg BC prestaties van vorige week maandag aan. In de terugkoppeling staat een opsomming van de gemaakte afspraken.
Met vriendelijke groet,

[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

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.

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 cariësconserverende middelen en/of het aanbrengen van een beschermlaag, 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) behandeltijd voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd. Voor het aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariësactiviteit te remmen zie M30.

Ad M30) aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariësactiviteit 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?

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 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~~ 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 behandelduur. Daardoor komen extracties en slechts beperkt traditionele restauraties in aanmerking voor behandeling onder algehele anesthesie. Endodontische behandelingen in melkkiezen zijn zelden geindiceerd, ongeveer 5% van de diepe cariëslaesies (richtlijn mondzorg jeugd).

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

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.

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

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 ~~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?

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 occlusaaltjes 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 ANT

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?
- Beperkt 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?

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 stegcontructie 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 verdoving 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 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.

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	*Per element*

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*

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?

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?

Het klopt dat de NZa niet de bevoegdheid heeft het aantal behandelingen in onze regelgeving te maximeren. 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?

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.

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?

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 afdrukken.

Reactie NZa:
Indien deze prestaties niet meer dienen te worden gebruikt door het gebruik van individuele afdrukken, 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 staafdemontage)
Meestal zullen bij een rebasing 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 staafdemontage) 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?

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 protheses 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 protheses. 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?

Technisch overleg Tandheelkundige zorg
Datum: 7 maart 2018
Tijd: 09.30-11.30 uur
Locatie: NZa, zaal 006

Aanwezig
[redacted] (ANT), [redacted] (ONT), [redacted] (beiden ZN), [redacted] (voorzitter), [redacted], [redacted] (aller NZa).

1. Opening en mededelingen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heet alle deelnemers welkom bij het Technisch Overleg (TO) Tandheelkundige zorg.

De NZa licht het proces voor de komende periode toe.
Partijen worden verzocht om de aanvullingen op wijzigingsverzoeken en nieuwe wijzigingsverzoeken uiterlijk 28 maart a.s. schriftelijk aan te leveren. Het volgende TO is gepland op woensdag 18 april 2018 om 09.30 uur, locatie NZa. Vervolgens vindt begin mei een consultatieronde over de regelgeving plaats. De regelgeving tandtechniek in eigen beheer wordt meegenomen in deze consultatie.
Dit proces is helder voor partijen.

De NZa heeft veel wijzigingsverzoeken ontvangen. Een aantal wijzigingsverzoeken is onvoldoende onderbouwd. De NZa vraagt partijen om een onderbouwing. De NZa merkt op dat gezamenlijke verzoeken ontbreken. Graag ontvangt de NZa ook visies van andere partijen op de wijzigingsverzoeken die onbesproken blijven. **Actie partijen.**

2. Vaststelling verslag TO d.d. 22 november 2017

ZN wijst op: "*De NVM heeft één toevoeging op de agenda: 1. AGB-code van de uitvoerder (behandelaar) op de nota*", op pagina 1 van het verslag.
ZN is het hiermee eens en vraagt of dit hier aan de orde komt.
Volgens partijen past de bespreking hiervan beter bij het Correct declareren overleg. De NZa schuift ook aan bij dit overleg.

De ANT wijst op: "*De ANT meent dat een combinatie van J27 en J16 ook mogelijk zou moeten zijn. NZa komt hier op terug en neemt indien nodig contact op met de ANT.*", pagina 5 van het verslag.
Dit punt staat in de notitie met totaaloverzicht van ingediende wijzigingsverzoeken.

Het verslag wordt ongewijzigd vastgesteld.

3. Voorstel expertteam (actie partijen)

De NZa vraagt naar de stand van zaken.

Volgens de ONT is het expertteam ook besproken tijdens het directeurenoverleg correct declareren.
De ANT bespeurt onvoldoende draagvlak bij de achterban voor een expertteam als apart, zelfstandig orgaan. De ANT ziet een verband met dit (technisch) overleg, maar heeft dit niet uitgewerkt.

De KNMT vraagt naar de positie van een dergelijk expertteam. Als dit vanuit de koepels wordt georganiseerd, dan is het meer van hetzelfde als wat er bij een technisch overleg gebeurt. Maar als het buiten de koepels wordt georganiseerd dan hebben partijen hier geen rol in.
Als het een apart, zelfstandig orgaan is, dan verhoudt dit zich slecht met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en moet de NZa alsnog de gegeven adviezen formeel bekrachtigen.

De NZa wijst erop dat het, zoals eerder ook al aangegeven, juridisch niet mogelijk is om een expertteam als zelfstandig orgaan, los van de NZa op te richten.

CONCEPT

De ANT ziet een duidelijk onderscheid in de onderwerpen die bij een expertteam aan de orde zouden moeten komen: concrete gevallen over bestaande tarieven en correcte uitleg van bestaande tarieven.

ZN benadrukt behoefte te hebben aan een expertteam. Het moet niet te hoog worden ingestoken, maar dienen als een bespreekplatform.
ZN stelt een expertteam voor van bijvoorbeeld drie leden (één veldpartij, één verzekeraar en één NZa) of vijf leden (twee veldpartijen, twee verzekeraars en één NZa-er).

De NZa geeft aan verbaasd te zijn dat dit onderdeel niet opgepakt is, terwijl partijen het belang hiervan allen de vorige keer onderstreepten. De NZa stelt een pilot voor, een overleg bijvoorbeeld eens per vier weken. De NZa is geen eigenaar van dit overleg, maar het is een gemeenschappelijk product. Alle partijen moeten hier input voor leveren. De ANT vult aan, dat concrete casussen ook per e-mail voorgelegd kunnen worden. De NZa merkt op, dat er dan dus geen vragen meer vanuit partijen via de Informatielijn komen, maar dat deze in het pilotoverleg worden besproken. De vragen van individuele zorgaanbieders en patiënten kunnen ingebracht worden door de NZa.
Hiermee stimuleer je gezamenlijke verzoeken, aldus ZN.
Partijen zijn het eens met het voorstel van de NZa en laten hun planning en afvaardiging weten. **Actie partijen.**

Nieuwe wijzigingsverzoeken

De KNMT verzoekt de NZa om de wijzigingsverzoeken, die de NZa ontvangt te delen op de gestelde deadline. De NZa zal in het vervolg hier rekening mee houden.

4. E63 Toeslag voor afsluiting met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

Een tandarts heeft bij de NZa 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 (Toeslag voor afsluiting met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal) in andere situaties (dan apicaal) declarabel is.

De NZa vraagt hoe andere partijen tegenover dit voorstel staan.
De KNMT is voor een bredere toepassing, maar vraagt zich af of dit de juiste weg is. In prestatie E63 is namelijk ook een honorarium opgenomen voor het *apicaal* toepassen van MTA. Dit is ingewikkelder dan toepassing van MTA in andere situaties. Partijen wijzen ook op de wijziging die vorig jaar is doorgevoerd rondom prestatie E60 en het in rekening brengen van MTA. De NZa vraagt om een schriftelijke toelichting voor 28 maart 2018.
Actie partijen.

5. G64 Controlebezoek spalk inclusief kleine correcties (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

Er is onduidelijkheid over het in rekening brengen van prestatie G64 (Controlebezoek spalk inclusief kleine correcties). 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.

CONCEPT

De NZa is van mening, dat het mogelijk moet zijn om prestatie G64 in combinatie met G69 (Opbeetplaat) in rekening te brengen zonder dat een uitgebreid functie-onderzoek heeft plaatsgevonden. De NZa wil dit verduidelijken in de regelgeving.
Partijen zijn het eens met deze verduidelijking. De NZa neemt haar standpunt over in haar voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

6. J50 Boven- en onder klikgebit (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

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

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?

Volgens de ONT is verduidelijking goed; er komen wel eens vragen over.
De KNMT merkt op, dat uit de toelichting wel blijkt dat het gaat om een klikgebit en een conventionele prothese. Een klikgebit in beide kaken in dezelfde zitting is niet mogelijk.
De NZa neemt haar standpunt over in haar voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

ZN doet een voorstel om J50 te schrappen in verband met de 17% eigen bijdrage die niet wettelijk bepaald is en niet wordt genoemd in regelgeving.
Dit traject is al doorlopen, volgens de NZa. De ONT vult aan, dat dit veel problemen geeft in de uitwerking en splitsing van de tandtechniek. Ook de verschillen in honoraria in het P- en J-hoofdstuk geven problemen

7. 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.

CONCEPT

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.**

8. R73 Aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in schildje (ZN)

De zorgverzekeraars menen, dat deze verrichting is gekoppeld aan een schildje. Toevoegen: *"Deze toeslag kan uitsluitend in rekening worden gebracht in combinatie met R78 (Schildje van keramiek of kunststof, zonder preparatie) of R79 (Schildje van keramiek of kunststof, met preparatie)."*

De NZa ontvangt regelmatig signalen dat deze prestatie onduidelijk is.
De NZa is van mening dat de toevoeging van ZN de prestatie verduidelijkt.
De ANT en de KNMT wijzen op de combinatie van R73 met R71 (Vernieuwen porseleinen schildje, reparatie metalen/porseleinen kroon in de mond). ZN is het hiermee eens.

ZN vraagt naar de combinatie van R73 met R72 (Vernieuwen schildje van plastisch materiaal). Partijen komen tot de conclusie dat R72 niet in combinatie met R73 in rekening kan worden gebracht.
De NZa is voornemens om naast de combinatie met R78 en R79 ook de combinatie R71 op te nemen in een voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

9. P17 Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur (ZN)

ZN stelt voor om een * toe te voegen aan prestatie P17 (Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur).

Volgens de ONT is het geen probleem om de splitsing te maken. De ONT merkt op dat bij prestatie P14 (Individuele afdruk met randopbouw) eigenlijk ook een * hoort.
De ONT ziet wel een administratief probleem. Laboratoria leveren vaak één clustertarief op de nota aan bij de tandarts. Het is een lastige exercitie voor de tandarts om die code hier uit te filteren.
De ANT sluit zich hierbij aan. Dit levert een administratieve last op.

De KNMT vraagt waarom ZN dit nodig heeft.
ZN wil meer inzicht in materiaalkosten, maar is ook van mening dat verzwaring van de administratieve lasten voorkomen moet worden.
Partijen zijn het met elkaar eens dat er geen * wordt toegevoegd bij prestatie P17.
De NZa is voornemens om deze prestatiestructuur niet te wijzigen.

10. Vullingen (ZN)

ZN stelt voor om de vullingen prestaties te herzien en per vlak in te richten in plaats van per vulling. In een vlak kunnen meerdere vullingen plaatsvinden. Dit maakt het oncontroleerbaar voor de patiënt en verzekeraars. De NZa krijgt ook veel vragen over vullingen.
ZN heeft eerder aan partijen voorbeelden aangeleverd, waarbij één-, twee-, drie- en viervlaks vullingen werden aangelegd op dezelfde dag. Dit zijn tien vlakken.
Volgens de KNMT is dit een extreem geval. De ANT vult aan, dat er ook zes en zeven vlakken kunnen worden gevuld in één element. Het gaat om de daadwerkelijk gemaakte vulling. Het gaat ver om te denken dat er anders wordt gedeclareerd dan dat er daadwerkelijk vervaardigd wordt. Als er twee of drie vullingen in één element vervaardigd worden dan is het prima om de vlakken te benoemen, maar de ANT pleit niet voor een maximum. ZN pleit hier juist wel voor. De huidige systematiek komt uit een andere tijd en past niet meer bij deze tijd en moderne restauraties.

CONCEPT

ANT wijst op een voorbeeld uit de praktijk, waarbij de hoeken van twee voortanden worden gevuld. Dan is er sprake van twee drievlaksvullingen en zijn zes vlakken gevuld. Het is uitlegbaar aan de patiënt. Advies aan de patiënt is dan ook om de tandarts te vragen om duidelijkheid te geven. Volgens de KNMT lost dit het probleem niet op. Dan laat je de patiënt nog een keer terugkomen.
ZN wijst erop, dat het geen bezuiniging hoeft te zijn. Over het algemeen is het heel onduidelijk voor de patiënt wat er gebeurd is. Het is niet uitlegbaar, behoudens het genoemde voorbeeld van de ANT.
ZN ziet graag dat de vlakvermelding ook genoteerd wordt.
De ANT wil voorkomen, dat er wordt gezegd dat het vlak al een keer is gevuld dus dat daar geen nieuwe vulling in geplaatst kan worden. De NZa geeft aan dat dit ook niet de bedoeling is; het gaat op het aantal gevulde vlakken *per zitting*.

Vooruitlopend op de monitor wijst de NZa op een zichtbare verschuiving. Er zijn steeds meer complexere vullingen. De NZa vindt het wenselijk om met elkaar na te denken of de huidige manier van declareren nog goed is.

NZa vraagt ZN om voor het volgende TO casussen voor te leggen die in de praktijk voorkomen en hier een alternatief voorstel voor te maken. **Actie ZN.**

11. J26 Moeizaam verwijderen implantaat (ZN)

Voorstel ZN:
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.

De ANT vraagt wat 'als zelfstandige verrichting' toevoegt. Wat wordt er precies bedoeld met zelfstandig? De ANT verwacht ruis en vragen over dit begrip. Dit begrip kan komen te vervallen. Volgens de ANT komt het in de praktijk vaak voor, dat de tandarts een implantaat verwijdert en direct een nieuwe plaatst. Dit kan onduidelijk zijn. De tandarts moet niet de indruk krijgen dat dit niet zou kunnen.

Volgens de NZa staat dit begrip nu ook in de beleidsbepaling. De NZa probeert de herkomst van dit begrip in de huidige prestatiebeschrijving te achterhalen. **Actie NZa.**

Er volgt discussie over het begrip moeizaam. Wanneer is het moeizaam en wanneer eenvoudig? Zijn er criteria?
Volgens ZN is dit moeilijk te definiëren en ziet dit ook terug in de aanvragen. Het is moeizaam als er bot weggehaald moet worden.
ANT wijst ook op de setjes die gebruikt moeten worden.

Het moet niet gekoppeld worden aan de zorgverlener, aldus ZN. Andere partijen sluiten zich hierbij aan.

De ANT en ZN komen samen met een voorstel over de omschrijving van J26. **Actie ANT en ZN.**

<u>J07 Toeslag kosten boren voor eenmalig gebruik of toeslag kosten inzetstukken van een "Implant Removal Set" voor eenmalig gebruik</u>
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.

Tijdens het vorige TO is gesproken over het in rekening brengen van kosten die gepaard gaan met het gebruik van een implant removal kit.

CONCEPT

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.

De NZa ziet 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.

Volgens de ANT is dit gekoppeld aan het type systeem dat de tandarts gebruikt. ZN vult aan, dat sommige inzetstukken universeel zijn.

Een maximumtarief heeft het nadeel dat het nooit de kosten dekt, aldus KNMT. Je betaalt of te veel of te weinig. De ANT is ook geen voorstander van een maximumtarief. Partijen zijn het erover eens dat een * bij J07 wenselijk is. De tandarts heeft er immers geen belang bij om een duurdere of goedkopere implant removal set te gebruiken.
De NZa zal deze input meenemen en komt met een voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

12. Verwijderen H42 (Wortelpuntoperatie, per tandwortel, zonder afsluiting) en H43 (Wortelpuntoperatie, per tandwortel, met ante of Retrogradeafsluiting) (ANT)

De ANT stelt dat de prestaties H42 en H43 kunnen vervallen aangezien dit al declarabel gemaakt is d.m.v. E31 t/m E34 (E31 (Snij-/ hoektand) E32 (Premolaar), E33 (Molaar), E34 (Aanbrengen retrograde vulling)).

De ANT licht toe, dat H42 en H43 verouderde methodes beschrijven. Deze methodes zijn verbeterd en vinden hun honorering in het E-hoofdstuk. Bij de introductie van het E-hoofdstuk (2004) is deze dubbeling ontstaan.

Worden deze codes nog gedeclareerd en zo ja, in welke mate?
De verwachting is dat dit heel weinig voorkomt. De NZa vraagt hoe we dit aantal dan gaan duiden. ZN zoekt op in de Vektisdata hoe vaak deze prestaties in rekening worden gebracht.
Is een onderscheid tussen wel of geen microchirurgie mogelijk?
Microchirurgie wordt niet gedefinieerd. Daar kunnen ook weer vragen over ontstaan.

Volgens ZN is er wel een verschil tussen de genoemde E en H prestaties, namelijk de microchirurgie. Als de codes worden verwijderd, moet duidelijk zijn dat E31 tot en met E34 hiervoor aangewezen zijn. Dit betekent wel dat de verrichting altijd door middel van microchirurgie uitgevoerd dient te worden. Partijen geven aan dat dit wel volgens de 'state of the art' is. Bovendien vinden de nieuwe technieken hun honorereing in het E-hoofdstuk De NZa kan dit toelichten in een circulaire bij het eventueel schrappen van de genoemde H-codes.
ZN heeft in de Vektisdata de volgende aantallen gevonden:

	H42	**H43**	**E31**	**E32**	**E33**
Basisverzekering	8	11	32	4	461
Aanvullende verzekering	516	477	424	334	10

Uit de Vektisdata blijkt dat de prestaties H42 en H43 dus niet zo geschrapt kunnen worden. Partijen gaan bij hun achterban na of prestatie E31 tot en met E34 *volledig* ter vervanging kunnen dienen van H42 en H43. **Actie partijen.**

CONCEPT

13. T91 (Pocketregistratie) en T92 (Parodontiumregistratie) (ANT)

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.

Het bezwaar van de ANT zit vooral op het woord 'chirurgie'. Dit kan ook de keuze zijn van een patiënt.
De KNMT vraagt naar het vervolg. Volgens de ANT staat het ook al onder B. De extra aanscherping dat 'het alleen bij chirurgische paradontale behandelingen is', moet verdwijnen.
ZN vindt dit logisch.

Partijen zijn het met elkaar eens dat T91 en T92 niet alleen ingezet dienen te worden bij parodontale chirurgie.

De NZa neemt de input mee en komt met een voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

14. P45 (Noodkunstgebit) naar 'volledige kunstgebit' (ANT)

De ANT stelt voor om de prestatie voor het noodkunstgebit te verplaatsen naar onderdeel A 'Volledig kunstgebit'. De NZa vraagt om een toelichting.

Volgens de ANT staat P45 optisch verkeerd; het betreft een volledig kunstgebit en hoort daarom in onderdeel A. Een ander probleem is dat het onderscheid tussen een noodprothese en een immediaat niet duidelijk is bij het veld. Er komen vragen over.

Volgens de ONT zou een noodprothese beter omschreven kunnen worden als een immediaat prothese met meer dan acht immediaat vervangen elementen. Bij minder dan acht immediaat vervangen elementen breng je P21 – P25 in rekening met toeslag P40. Wellicht kan ook enkel het begrip 'noodkunstgebit' aangepast worden.
Een noodkunstgebit kan nooit een partiële prothese zijn. De codes die aanvullend bij volledige protheses in rekening kunnen worden gebracht zijn echter niet allemaal van toepassing bij P45. Partijen geven aan dat allen P40 een mogelijke combinatie is met P45.
Partijen reageren met een schriftelijk voorstel over plaatsing en aanpassing van P45 en de gevolgen hiervan **Actie partijen.**

15. Clustering (ANT)

De NZa vindt het goed om te zien dat de ANT nadenkt over het clusteren van prestaties en staat hier open voor.
De NZa is benieuwd hoe andere partijen hier tegenover staan en vraagt om schriftelijke reacties. **Actie partijen.**

De ANT licht de verschillen in tarief toe. In de gevallen waar de tweede handeling vergelijkbaar is met de eerste handeling, waarbij de patiënt al in de stoel ligt en je al aan het werk bent, dan is het relatief minder werk om de tweede verrichting te doen. Dan past een gewogen gemiddelde. Maar in het geval er twee keer zoveel werk wordt verricht dan is het hoogste tarief passend.

De NZa vraagt of het vervolgtarief dan te laag is voor sommige prestaties. Volgens de ANT is dit het geval en wijst op R80 (Temporaire, eerste voorziening) en R85 (Temporaire, volgende voorziening). Een tweede noodkroon maken is net zoveel werk als een eerste noodkroon.
Dit tarief is ontzettend laag.

NZa vraagt de ANT om meer duiding en verneemt graag de schriftelijke reacties van andere partijen. **Actie partijen.**

Verder stelt de ANT voor om onderstaande prestaties te clusteren.

CONCEPT

J55 en J56	Omvorming klikgebit bij staven tussen twee en drie of vier implantaten
J58 en J59	Toeslag vervangings- klikgebit op bestaande stegcontructie 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

ZN begrijpt dit verzoek van de tandartsen, maar is geen voorstander van deze clustering in verband met de grote verschillen in de kosten van de tandtechniek.

16. V40/M30/M10 (KNMT)

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

Tijdens het vorige TO hebben we echter ook gesproken over het samenvoegen van prestatie M10 (Fluoridebehandeling, methode I) en M20 (Fluoridebehandeling, methode II). 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 tarief is daarom de helft van het tarief van prestatie M10.

Vanaf 1 juli 2018 mogen tandartsen in de EU geen amalgaamvullingen meer gebruiken bij kinderen tot 15 jaar, zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven. Het onderhoud aan deze vullingen moet echter wel declarabel blijven, dus de prestaties moeten blijven bestaan.

De ANT merkt op dat, de zinsnede *'inclusief voorafgaande mondreiniging'* in M40 tot veel discussie kan leiden.
Er is discussie over de combinatie met M03. De KNMT krijgt vragen over declaraties van combinaties M10 en M03 die worden afgewezen.

Er ontstaat discussie over mond- en gebitsreiniging. Volstaat in plaats van 'inclusief voorafgaande mondreiniging' de woorden 'inclusief polijsten'? Partijen geven hier hun akkoord op.

M30 kan gemaximeerd worden, maar dan moet er wel een alternatief zijn. De NZa vraagt partijen hoe dit ingevuld kan worden?
Volgens de ANT kan M30 dan dienen voor behandeling van maximaal 5 elementen en M40 voor behandeling vanaf 5 elementen (twee keer M40 voor het gehele gebit).

De NZa vraagt of de omschrijving van de prestaties nog aangepast moeten worden om te verduidelijken dat M30 voor maximaal 5 elementen is en M10 en M20 zijn alleen bedoeld voor fluoride of chloorhexidine. M30 is ook aangewezen voor toespassing van andere medicamenten. KNMT stelt voor om de behandelingen van fluoride en chloorhexidine te maximaliseren tot vijf elementen. M40 is dan aangewezen voor behandeling van meer dan 5 elementen. Bij behandeling van zilverfluoride moet geen maximum gelden.

Partijen komen met een schriftelijke reactie en voorstel. **Actie partijen.**

17. H-codes (KNMT)

Bij de wijzigingen per 2013 in het H-hoofdstuk is opgenomen dat code H21 (Kosten hechtmateriaal), extra in rekening kan worden gebracht bij de H-codes, met uitzondering van de toen nieuw ingevoerde codes H11 (Trekken tand of kies) en H16 (Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant). Bij die andere H-codes is in de omschrijving opgenomen inclusief hechtingen.

CONCEPT

Dit kan leiden tot verwarring in combinatie met de code H21. De KNMT stelt voor om 'inclusief hechtingen' te vervangen door' inclusief hechten'.

De NZa snapt dat hier verwarring over kan bestaan en staat open voor deze verduidelijking. Partijen zijn het eens met het wijzigingsverzoek.

De NZa zal dit opnemen in haar voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

18. P38, P39, P41, P42, P43 (ONT)

De ONT vraagt zich af of 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) nog wel bestaansrecht hebben. Deze codes hebben hun historie uit de tijd dat er nog protheses gemaakt werden zonder individuele afdrukken en worden niet meer gebruikt.

De ANT is van mening dat sommige van deze verrichtingen wel kunnen voorkomen bij het vervaardigen van een prothese. Als dit wordt uitgevoerd, moet het wel mogelijk blijven om dit in rekening te brengen. P41 en P42 kunnen verwijderd worden, volgens ANT. Toeslag voor P43 moet mogelijk blijven. De ANT komt hier schriftelijk op terug. **Actie ANT**.

P27 (Reoccluderen) en P28 (Naregistratie en remounten) worden ook besproken. Deze verrichtingen worden nog door enkele tandartsen uitgevoerd, maar deze tandartsen hebben wel veel patiënten. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die geen kunstgebit op implantaten willen. Door het schrappen van deze prestaties dwing je men tot een implantaat. Is dat wenselijk, vraagt de KNMT. Deze tandartsen gebruiken deze codes om toch uit te komen met het tarief.
ZN ziet dit liever als een aanvraag van bijzondere tandheelkunde.
De ANT vindt het belangrijk dat er aan zulke protheses aandacht besteed kan worden. Er zijn patiënten die geen implantaten willen.

R28 en R29 zijn onderdeel van de schriftelijke reacties. **Actie partijen.**

19. Onduidelijkheid bij de code J70 (Opvullen zonder staafdemontage) (ONT)

De ONT merkt op, dat sommige verzekeraars willen dat als de matrix in de prothese vervangen wordt dat er dan naast de J70 (Opvullen zonder staafdemontage) ook de code J74 (Reparatie zonder staafdemontage) berekend mag worden. Ook de NZa ontvangt regelmatig vragen over de toepassing van prestatie J70 tot en met J74.

Partijen lichten toe hoe J70 tot en met J74 gebruikt dienen te worden. Voor rebasing en het vervangen van de matrices is prestatatie J70 aangewezen. Worden de drukknoppen/locators/abutments vervangen dan is prestatie J74 aangewezen. Bij drukknoppen geldt echter wel dat als de drukknoppen in de prothese worden vervangen J70 van toepassing is en als de drukknoppen in de mond worden vervangen is J74 aangewezen. Als er sprake is van staafdemontage worden er geen drukknopen of magneten vervangen.

De onduidelijkheid is opgehelderd.

20. Rondvraag

De NZa bedankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit het overleg.

CONCEPT

Nederlandse Zorgautoriteit

Memo

Onderwerp
Totaaloverzicht nieuwe wijzigingsverzoeken Tandheelkundige zorg

Datum
Februari 2018

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 immediaat 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)

KNMT

Tandheelkundig instrumentarium
Zoals reeds eerder is aangegeven, geeft de nieuwe richtlijn infectiepreventie in mondzorg-praktijken en de daaruit voortvloeiende verplichting om instrumentarium persoonsgebon-den te gebruiken aanleiding om nog eens kritisch te kijken naar de effecten hiervan op de tariefstelling. In reactie op eerdere voorstellen van de KNMT voor det gebruik van endo-dontische instrumenten heeft de NZa aangegeven niet overtuigd te zijn van het dwingen-de karakter van de richtlijn. Inmiddels is er vanuit Brussel een richtlijn uitgevaardigd over het gebruik van medische hulpmiddelen, de Medical Device Regulation. Ook daarin wordt aangegeven dat leveranciers van o.a. tandheelkundige instrumentarium moeten aangeven hoe deze gebruikt moeten worden. Voor instrumenten die in het kader van de patiënt veiligheid éénmalig moeten worden gebruikt, zullen dan ook een dergelijke instructie meekrijgen. De tandarts kan dan niet anders dan volgens deze instructie dergelijk instrumentarium te gebruiken. De wet is inmiddels vastgesteld en zal per mei 2020 in werking treden.

Invoering van de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)
De invoering van de AVG gaat niet voorbij aan de tandartspraktijken. De maatregelen die moeten worden genomen om te voldoen aan deze wet gaan gepaard met de nodige kos-ten en tijd. De KNMT vraagt aandacht hiervoor en ook op grond hiervan kritisch te kijken naar de effecten hiervan op de tariefstelling.

Plaatsen en verwijderen (draad)spalk
In de huidige verrichtingenlijst staan op meer plaatsten codes voor zowel het (opnieuw) aanbrengen als het verwijderen van een (draad)spalk. Het gaat in alle gevallen inderdaad om een spalk, maar toch kunnen de omstandigheden dusdanig verschillen dat het deze codes niet zonder meer onder één (nieuwe) code zijn te vangen. Wel pleit de KNMT voor eenduidigheid in de omschrijving, waarbij de toepassing per element de voorkeur heeft.

Samenvoegen prothetische codes uit het J-hoofdstuk met het P-hoofdstuk
Al eerder is gesproken over het samenvoegen van de prothetische codes uit het J-hoofdstuk (onderdelen F en H) met die uit het P-hoofdstuk en het verschuiven van J44 naar het R-hoofdstuk. Tevens zal dan moeten worden nagegaan in hoeverre verrichting uit die verschillende hoofdstukken kunnen worden samengevoegd, indien mogelijk.

V40/M30/M10
Per 1 januari 2018 is de omschrijving van V40 aangepast. Omdat nu V40 een verzamelcode is geworden en ook gebruikt kan worden voor het appliceren van fluoride, naast de codes M10 en M20, kan er voor de patiënt onduidelijkheid bestaan waarvoor V40 is gedeclareerd. Voorstel is nu om V40 zodanig aan te passen dat het toegepast kan worden voor het polijs-ten, beslijpen en bijwerken van bestaande vullingen, per element te berekenen.
Voor het behandelen van gevoelige tandhalzen, toedienen van een medicament en het aanbrengen van bijvoorbeeld fluoridegel, -lak of –vloeistof komt dan een nieuwe M-code. Deze code krijgt dan de omschrijving:
Behandeling van gevoelige tandhalzen en (preventief) toedienen medicament. De toelichting is dan:
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 toe-staat om via de beleidsregels of tariefbeschikkingen maximeringen in te voeren. De NZa heeft in 2010 besloten alle maximeringen uit de tariefbeschikking te verwijderen. 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.
Dit verzoek is mede namens de ANT, NVM en NVIJ.

J01/J02
Het verlengd onderzoek implantologie, de code J02 volgt op een initieel onderzoek im-plantologie, code J01. 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. Dus het mag niet het probleem van de zorgverle-ner worden om code J02 in rekening te kunnen brengen. Daarom stelt de KNMT voor om nogmaals te benadrukken dat code J02 kan worden gedeclareerd door de zorgverlener die ook de implantologische behandeling uitvoert maar niet zelf ook code J01 hoeft te hebben uitgevoerd.

E98
In de omschrijving bij code E98, materialen voor thuisbleken, is opgenomen dat dit in combinatie moet met code E97, uitwendig bleken per kaak. Echter, het is voor het leveren van materialen niet altijd nodig om ook de behandeling zoals opgenomen bij E97 uit te voeren. De KNMT stelt daarom voor om de tekst "in combinatie met E97" te schrappen.

C84
Bij de code C84, voorbereiding behandeling onder algehele narcose, is in de omschrijving opgenomen dat deze verrichting bedoeld is voor de behandeling in een erkend ziekenhuis. Regelmatig worden ook behandelingen onder algehele narcose 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.

C11 en nazorg parodontologie
Bij het hoofdstuk Parodontologie. Onderdeel A, is opgenomen dat C11 in combinatie mag 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 daarom 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. Dit is overi-gens in lijn met hetgeen hierover is opgenomen in de Regeling Mondzorg.

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 omschrij-ving 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.

P-codes
In het hoofdstuk P 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.

NVOI

De NVOI wil graag, in samenspraak met KNMT, ANT, NVvPen Ac Bin, de onderstaande voorstellen voor wijziging van de Tarievenlijst Tandheelkundige zorg bij de NZa indienen:
1. Verschuiven van de prothetische J-codes uit Hoofdstuk XIII naarP-codes in Hoofdstuk XI, zijnde Kunstgebitten.
Bijvoorbeeld: P80 Boven- en onder klikgebit en P71 0 vullen klikgebit zonder staafdemontage etc.
2. Verschuiven van restauratieve code J44 naar bruggen.
3. Het terugbrengen van het sterretje bij de verr" hting J33 waarmee de kosten voor een implantaat weer op een eerlijke wijze één-op-één door erekend worden aan de patiënt.
Argumenten
hiervoor:
a. Keuzevrijheid voor de patiënt
b. Innovaties (keramische implantaten; individueel vervaardigde implantaten)
Verrichting J33 zonder sterretje voor de edentate onder- en bovenkaak in het kader van de bijzondere
tandheelkunde kan wat ons betreft blijven bestaan.
Uiteraard zijn we bereid bovenstaande voorsti llen toe te lichten waar nodig. Tevens zouden we graag
betrokken worden bij de besluitvorming in dèze.

ONT

P60 uitgebreid onderzoek naar functioneren van het bestaande kunstgebit
Een vraag hierbij kan zijn of deze prestatie ook berekend mag worden als er bv binnen twee maanden besloten wordt tot het maken van een nieuwe prothese?

P65 Planmatig inslijpen van het bestaande kunstgebit
Kan dit alleen berekend worden bij een prothese die niet is geplaatst door dezelfde behandelaar?

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.

P28 Naregistratie en remounten
Kan voorkomen, maar zou niet berekend mogen worden als herstel van een fout bepaalde beetrelatie.

Van de codes P38, P39, P41, P42, P43, 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 afdrukken.

Er is onduidelijkheid bij de code J70
Meestal zullen bij een rebasing 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

berekend wordt. Naar onze mening geen juiste toepassing van deze code.

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

ZN

J27 Vervangen implantaat
Steeds frequenter zien we dat verloren gegane implantaten moeten worden vervangen. Soms gaat het om één implantaat maar niet zelden om 2 of meer. 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.

R73 Aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in schildje
Bij de R73 is de beschrijving "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.

P17 Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur
P17 toevoegen van een *. De "Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur" 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 dat het wenselijk 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.

U25 en U35 Tijdtarieven
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. Het opsparen van de uren en declareren van de uren bij afronding van de prestatie leidt tot veel administratieve lasten en problemen bij de gebruikte software. Daarnaast kan het zeker in de Wlz voorkomen dat verzekerden voortijdig overlijden waardoor prestaties niet kunnen worden afgemaakt. De wens van de brede werkgroep Wlz was om te komen tot dummycode voor onafgemaakt werk b.v. C99, V99, etc. voor alle prestatiehoofdstukken m.u.v. U en Z-hoofdstuk. Heeft de NZa bezwaar tegen het creëren van dummycodes voor onafgemaakt werk in de Wlz binnen de Vektis Prestatiecodelijst Mondzorg (COD981-VEKT)?

Vullingen
Bij controle blijken tandartsen niet zelden restauraties te combineren op dezelfde dag in hetzelfde element. Dit kan zeker legitiem zijn maar door de oncontroleerbaarheid is het zeer fraudegevoelig. Bekend zijn tandartsen die een V91, V92, V93 én V94 in één en hetzelfde elementen leggen op dezelfde dag of andere restauratiecodes structureel combineren. Volgens de aanwijzing van de NZa kunnen meerdere restauraties op dezelfde dag in hetzelfde element worden gedeclareerd als alle handelingen van de prestatie zijn uitgevoerd. Dat betekent prepareren, excaveren, restaureren en afwerken om vervolgens in de net

gelegde restauratie weer te gaan prepareren, etc. Als het meerdere minimale preparaties zijn in het kader van minimaal invasieve tandheelkunde bijvoorbeeld twee kleine occlusaaltjes 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 drievlaks vulling gaat het dan om 3 gevulde vlakken. Maximaal 5 te vullen vlakken aanwezig. Nu is het aantal te vullen vlakken ongelimiteerd.

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

J26
Voorstel ZN:
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.

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.

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.

<u>Wijzigingsverzoeken ingediend via NZa</u>

G64
Een tandarts wil prestatiecode G64 (controlebezoek spalk) declareren bij een G69 (opbeetplaat zonder G01).

Prestatiecode G64 staat in de beschikking onder het kopje therapie kaakgewrichtsklachten, na uitgebreid functieonderzoek. Dit is niet uitgevoerd, dus wordt declaratie afgewezen van G64 af.

Echter verderop in de beschikking op blz. 68/69 staat, nog steeds onder Therapie na uitgebreid functieonderzoek dat:
Eventuele controlebezoeken – al dan niet met kleine correcties, uit te voeren aan de opbeetplaat – kunnen worden gedeclareerd als G64.

Vraag: Blijft voor de declaratie van prestatiecode G64 bij een G69 dan de eis bestaan dat G64 alleen gedeclareerd mag worden na uitvoeren van een G01? Of mag G64 ook zonder uitgebreid functieonderzoek gedeclareerd worden na het uitvoeren van prestatie G69 ?

J50
In de tarievenlijst staat onder code J50: Boven- en onder klikgebit als omschrijving.
Dit suggereert dat het een boven klikgebit en onder klikgebit betreft.

(functie streepje: als weglatingsteken in samentrekkingen: scheikundedocent en -leerling, zomer- en winterschoenen. Onze taal streepje: kort of lang)

Gaarne zou ik U vragen of deze tekst aangepast kan worden zodat er in de toekomst geen verwarring meer op treed bij onze patiënten.

M05/A20/R29
Op grote schaal behandelen pedodontologen op traditionele wijze (maximaal reparatief) kinderen die beter af zouden zijn met behandeling door een mondhygiënist of een algemeen practicus op basis van de huidige inzichten.
Al meer dan 10 jaar zijn bepleiters van een andere aanpak actief om een omslag in de mondzorg voor kinderen te bewerkstelligen.
Helaas heeft dit tot op heden, met name onder pedodontologen, niet of nauwelijks geleid tot een ander beleid in de praktijk.

Als dat wel het geval was geweest zou het niet nodig zijn om iets aan de prestatiecodes te veranderen. Behandeling van kinderen onder algehele anesthesie vindt veel te vaak ***niet*** plaats omdat het nodig is, maar omdat de overheid dit vergoedt. Diverse publicaties die onderbouwd hebben aangetoond dat de traditionele benadering achterhaald is, hebben geen enkele invloed op de stringente reparatiecultuur in de mondzorg voor kinderen.

Ad M05) Niet-restauratieve behandeling melkgebit ~~Beslijpen en/of behandelen melkelement~~
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 cariësconserverende middelen en/of het aanbrengen van een beschermlaag, 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) behandeltijd voor deze prestatie in tijdseenheden van vijf minuten gedeclareerd. Voor het aanbrengen van zilverfluorideverbindingen om de cariësactiviteit te remmen zie M30.

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

Met opmerkingen [redacted]: Essentieel voor feedback!

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

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 cariësactiviteit te remmen per zitting (maximaal 4x per jaar).

Met opmerkingen [redacted]: Het idee 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 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 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~~ 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.

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

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).

Met opmerkingen [redacted]: 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.

Ad R29) Confectiekroon
Bedoeld als definitief geplaatste confectiekroon.
Voor melkelementen zijn de materiaalkosten inclusief. Voor blijvende elementen dienen de ~~De~~ materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Met opmerkingen [redacted]: Dit om het maken van confectiekronen in het melkfront te ontmoedigen.

Aanvulling op A20
aan de code A20 nog een extra eis te verbinden.

In de Europian guidlines for Dental Radiology (Sedentex CT 2011) wordt zorgvuldig omgegaan met toestemming voor het gebruik van röntgenstralen, vooral bij kinderen. Er is zelfs een tabel 2.2 die aangeeft dat de risico's bij kinderen <10 jr 3X groter en bij kinderen 10-20jr 2X groter zijn in vergelijk met volwassenen. Daarom vinden ze ook dat toestemming voor het maken van bijv CBCT moet komen van beide ouders én het kind (vanaf 12 jaar). Bovendien moet degene die voorstelt de röntgenfoto te maken kunnen aangeven wat het alternatief is als de ouders en het kind de foto weigeren op basis van de risico's die zojuist met hen zijn besproken.
Voor de toestemming om narcose toe te passen zouden dezelfde regels in acht moeten worden genomen. Hier geldt ook dezelfde tabel. Kinderen zijn niet alleen gevoeliger voor ioniserende stralen dan volwassenen,

maar ook hun zich ontwikkelende brein is gevoeliger voor narcotica dan een volwassen brein. Beide ouders? Ja, in west Nederland komt 1 op de 4 kinderen uit een gezin met gescheiden ouders. Beiden moeten dan (schriftelijk) toestemming geven (informed consent).

E63

De omschrijving van prestatie E63 luidt als volgt:
"Het aanbrengen van een apicale barrière met behulp van MTA of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal, inclusief extraradiculaire matrijs van bijv. calciumsulfaat. De kosten voor MTA of vergelijkbaar biokeramisch materiaal dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht."

Tegenwoordig is bewezen dat MTA ook zeer succesvol kan zijn op andere plaatsen dan enkel apicaal:

1. In het geval van perforaties van de wortel. Deze perforaties hoeven natuurlijk niet apicaal te liggen, zeker bij molaren kunnen ze in de furcatie liggen en dan blijft MTA het meest aangewezen middel voor de sluiting van de perforatie.
2. In het geval van de vitale pulpatherapie, oftewel de minimaal invasieve endodontische benadenng. Hierbij wordt alleen een gedeelte van de pulpa d.m.v. pulpectomie verwijderd en met MTA opgevuld.

Het probleem is dat met de huidige NZa definitie, die onnodig focust op de apicale toepassing van MTA, de overige toepassingen van MTA bij wortelperforaties elders dan in het apicale gebied, dan wel voor de vitale pulpa therapie de code in feite niet gebruikt mag worden. Dit is onnodig restrictief en sluit zeer veel nieuwe ontwikkelingen maar ook bewezen behandelingen ten onrechte uit.

Om deze reden zie ik graag de omschrijving aangepast naar:
"Het aanbrengen van een barrière met behulp van MTA of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal, inclusief extraradiculaire matrijs van bijv. calciumsulfaat. De kosten voor MTA of vergelijkbaar biokeramisch materiaal dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht."

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 13 maart 2018 17:08
Aan: [redacted]@tandarts.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@consumentenbond.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [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]@cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 7 maart 2018 - aanvullende bijlage
Bijlagen: Notitie TO tandheelkundige zorg 07-03-2018.docx

Geachte leden van het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg,

Vanochtend heeft u onderstaande e-mail ontvangen. Per abuis heeft u de notitie niet ontvangen. De notitie is toegevoegd in de bijlage van dit e-mailbericht.
Graag ontvangen we uw op- en of opmerkingen en aanvullingen op de wijzigingsverzoeken in dit Word-bestand (en niet in het Word-bestand Totaaloverzicht wijzigingsverzoeken, zoals meegezonden in de vorige e-mail).
Excuses voor de eventuele verwarring.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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: dinsdag 13 maart 2018 9:15
Aan: [redacted]@tandarts.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@consumentenbond.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [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]@cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 7 maart 2018

Geachte leden van het Technisch Overleg (TO) Tandheelkundige zorg,

In de bijlage treft u het concept verslag van het TO Tandheelkundige zorg van woensdag 7 maart j.l. aan.
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 TO is besloten om een pilot van de expertgroep te starten. De NZa neemt de organisatie van de eerste bijeenkomst op zich.
Graag vernemen we z.s.m. wie we kunnen uitnodigen voor de pilot.

Het volgende TO Tandheelkundige zorg is gepland op woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.30 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.

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 13 maart 2018 09:15
Aan: [redacted]@tandarts.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@consumentenbond.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [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]@cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 7 maart 2018
Bijlagen: Concept verslag TO Tandheelkundige zorg 07-03-2018.pdf; Totaaloverzicht wijzigingsverzoeken TO Tandheelkundige zorg 07-03-2018.docx

Geachte leden van het Technisch Overleg (TO) Tandheelkundige zorg,

In de bijlage treft u het concept verslag van het TO Tandheelkundige zorg van woensdag 7 maart j.l. aan.
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 TO is besloten om een pilot van de expertgroep te starten. De NZa neemt de organisatie van de eerste bijeenkomst op zich.
Graag vernemen we z.s.m. wie we kunnen uitnodigen voor de pilot.

Het volgende TO Tandheelkundige zorg is gepland op woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.30 uur.
Indien u nog niet bent aangemeld, ontvangen we uw aan- (of afmelding) graag per e-mail [redacted]@nza.nl.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan
Leden TO Orthodontische zorg

Onderwerp
Regelgeving 2019

Datum
27 februari 2018

Inleiding
In dit memo zetten wij de openstaande verzoeken die in het vorige Technisch Overleg zijn besproken, nieuwe wijzigingsverzoeken en eerder ingediende wijzigingsverzoeken uiteen. De volledige wijzigingsverzoeken vindt u in het andere bijgevoegde document. Deze wijzigingsverzoeken bespreken wij graag met u tijdens het TO Orthodontische zorg van 9 maart 2018.

Tevens vermelden wij in dit memo welke wijzigingen wij voornemens zijn om door te voeren voor de regelgeving 2019, zoals besproken in het vorige TO op 20 oktober 2017.

Openstaande wijzigingsverzoeken

Tarief X21 en X22 gelijk trekken met de F155 en F156 (VTvO)
Tarief X24 gelijk trekken met de F157 en F158 (VtvO)

Huidige tarieven:
Kaakoverzichtsfoto (OPG) tandheelkundige zorg (X21)
X21 = **€66,31**

Kaakoverzichtsfoto (OPG) orthodontische zorg (F155 + F156)

F155A	= €28,35	F155B/C	= €42,18
F156A	= €16,62	F156B/C	= €24,72
Totaal	= **€44,97**	**Totaal**	= **€66,90**

Het tarief van het OPG in de orthodontische zorg (F155 + F156) is dus voor categorie A €21,34 lager en voor categorie B en C €0,59 hoger dan het OPG in de tandheelkundige zorg (X21).

Laterale schedelfoto (RSP) tandheelkundige zorg (X24)
X24 = **€29,84**

Laterale schedelfoto (RSP) orthodontische zorg (F157 + F158)

F157A	= €17,76	F157B&C	= €26,42
F158A	= €49,58	F158B&C	= €73,75
Totaal	**= €67,34**	**Totaal**	**= €100,17**

Het tarief van het RSP in de orthodontische zorg (F157 + F158) is dus voor categorie A €37,5 hoger en voor categorie B en C €70,33 hoger dan het OPG in de tandheelkundige zorg (X21).

Voorstel:
De VTvO geeft aan dat er geen grondslag in moeilijkheidsgraad en/of zorgzwaarte is om de tarieven voor foto's in de B en C categorie hoger te vast te stellen dan in de A categorie.

De VTvO stelt voor om het maken van de foto en de beoordeling los te koppelen. Hierdoor is het transparanter voor de patiënt wie de foto maakt en wie hem beoordeelt of bespreekt met de patiënt. Dit helpt in de situatie dat de tandarts al een OPG heeft gemaakt, maar de

orthodontist deze gaat beoordelen. Het moet hierbij wel duidelijk zijn dat de foto's maar 1x per behandelaar mogen worden beoordeeld.

F155/X21	Vervaardigen kaakoverzichtsfoto	€49,69
F156/X23	Beoordelen kaakoverzichtsfoto	€16,62
		Totaal €66,31

F157/X24	Vervaardigen laterale schedelfoto	€29,84
F158/X27	Beoordelen laterale schedelfoto	€16,62
		Totaal €46,46

Het OPG in de orthodontische zorg wordt daardoor €21,34 duurder en de RSP in de orthodontische zorg wordt €20,88 goedkoper voor de patiënt/zorgverzekeraar en de verschillen tussen A, B en C tarief verdwijnen.

Reactie NZa:
Het verzoek van de VTvO heeft ook gevolgen voor de tarieven tandheelkundige zorg. Zo wordt het tarief van de RSP (X24) €16,62 hoger en blijft het tarief van het OPG (X21) gelijk. Hier is dus geen sprake van een tarief neutrale wijziging. Het is dan ook niet onderbouwd waarom het tarief van X24 verhoogd dient te worden.

Zoals in het vorige TO is besproken wordt er bij elk beugeltraject een OPG in rekening gebracht. ZN gaf aan dat er 3 OPG's per patiënt worden gemaakt. Dit betekent dat de kosten van het behandeltraject door een stijging van het tarief met €21,34 dus €64,02 hoger zijn. Wij hebben benadrukt dat het gelijktrekken van het tarief budget neutraal dient te zijn. Daar lijkt in dit voorstel geen sprake van te zijn, aangezien een RSP niet bij elke beugelbehandeling wordt toegepast en het OPG wel. De beugelbehandeling wordt door dit voorstel dus €64,02 duurder voor de patiënt.

Het is de bedoeling dat een prestatie, die vrijwel altijd onderdeel uitmaakt van het beugeltraject, lager wordt gehonoreerd zodat het tarief van F155A en F156A hoger gesteld kan worden en daarmee gelijkgetrokken wordt met X21. Op deze manier wordt de patiënt niet benadeeld door deze wijziging en blijft het beugeltraject even duur.

Over het gelijktrekken van X24 met F157 en F158 hebben wij niet eerder gesproken. Wel bleek uit het vorige TO dat er lucht zat in het tarief van de laterale schedelröntgenfoto.

ZN heeft in het vorige TO voorgesteld om te kijken naar één integrale prestatie voor röntgendiagnostiek aan het begin van het behandeltraject. De NZa wil deze mogelijkheid graag verder met partijen verkennen.

- Kunnen partijen, met het bovenstaande in acht nemend, komen tot een nieuw voorstel om het tarief van X21 en F155/F156 gelijk te trekken? En X24 en F157/F158?
- Hoe staan andere partijen tegenover de mogelijkheid een integrale prestatie voor röntgendiagnostiek (ongeacht het aantal röntgenfoto's) te verkennen?

Categorie 7 (VTvO)
De VTvO vindt dat de prestaties voor beugelcategorie 7 (F471 voor het plaatsen en F517 voor het consult) uitgesplitst dienen te worden in de volgende aparte prestaties:
- uitgebreid opstellen van het plan (kost aanzienlijk meer tijd dan bij de andere categorieën);
- het aanbrengen (en verwijderen) van de attachments;

- het aantal benodigde hoesjes;
- de eventueel noodzakelijke refinements;
- slicen.

Reactie NZa:
De NZa staat open voor eventuele aanpassingen met betrekking tot het in rekening brengen van beugelcategorie 7 en ontvangt graag een concreet voorstel voor het aanpassen van deze prestaties.

In de huidige regelgeving kennen we de codes F471 voor het plaatsen van beugelcategorie 7 (tenminste 8 hoesjes) en F517 voor het beugelconsult per maand.
Uit eerder overleg blijkt dat het plaatsen van beugelcategorie 7 veel werk vergt en dat dit tarief gelijk moet blijven. Na het plaatsen heeft de behandelaar in vergelijking tot de andere beugelcategorieën minder werk; hij geeft dan nieuwe hoesjes mee en af en toe moeten nieuwe attachments geplakt worden, wat wel tijd kost. De VTvO geeft aan dat men tijdens het consult soms ook moet slicen, wat veel tijd kost. Ook zijn er niet iedere maand consulten zoals bij de andere beugelcategorieën.

De KNMT heeft destijds aangegeven dat een knellend tarief van een andere prestatie verhoogd kan worden, door het tarief van het consult van beugelcategorie 7 te verlagen. Het beugelconsult voor categorie 7 kan volgens de KNMT opgesplitst worden in een prestatie voor het verstrekken van de hoesjes en een prestatie voor bevestigen van de attachments.

De NZa vraagt aan partijen om dit voorstel concreet te maken.

Eerder ingediende wijzigingsverzoeken

F612 Plaatsen intermaxillaire correctieveren (KNMT)
De KNMT verzoekt om het plaatsen van de intermaxillaire correctieveren (€ 36,07) in rekening te brengen met het tarief van prestatie F421 'Plaatsen beugelcategorie 2' (€ 113,88).
In 2013 werd prestatie F612 ingevoerd tegen kostprijs. De veren waren destijds in opkomst en werden nog niet veel gebruikt (er stond geen honorarium tegenover). Prestatie F612 maakt een behandeling niet duurder, veelal wordt namelijk een categorie 2 (buitenbeugel) of categorie 3 beugel hiervoor uitgespaard.

Reactie NZa:
- Kunnen zorgverzekeraars beamen dat de gemoeide tijd voor het plaatsen van intermaxillaire correctieveren en het plaatsen van beugelcategorie 2 vergelijkbaar is?
- Is ook te toetsen (op den duur) of de kosten van beugelcategorie 2 en 3 uitgespaard worden als men meer de intermaxillaire correctieveren toepast?

F125 Maken gebitsmodellen ook in relatie tot F132/133 (KNMT)
De KNMT verzoekt om prestaties F130, F131, F132 en F133 aan de A-lijst toe te voegen conform het tarief en omschrijving in de B-lijst. Het volstaat volgens de KNMT niet om slechts één keer modellen te vervaardigen in (de aanloop naar) een behandeling.
De KNMT geeft aan dat ongeveer de helft van de gecombineerde ortho-chirurgie behandelingen (voor de orthodontie categorie B) door de zorgverzekeraar voor het orthodontische deel wordt afgewezen maar voor het chirurgische deel niet. Voor die behandelingen is in de aanloop naar de operatie het maken van meerdere modellen onontbeerlijk. Voor patiënten die multidisciplinair moeten worden behandeld, maar volgens de zorgverzekeraar geen B of C patiënten zijn, ontbreekt dus de mogelijkheid om nader onderzoek en de bij dergelijke behandelingen extra informatievertrekking en behandelevaluatie in rekening te brengen,

welke voor de complexe, multidisciplinair te behandelen A-patiënt onmisbaar zijn.

Reactie NZa:
De KNMT geeft aan dat ongeveer de helft van de gecombineerde ortho-chirurgie behandelingen (voor de orthodontie categorie B) door de zorgverzekeraar voor het orthodontische deel wordt afgewezen maar voor het chirurgische deel niet.

- Kan de KNMT dit toelichten? Wie doet dan het chirurgische deel? (als het geen B/C-patiënten zijn), is dat dan de kaakchirurg?

Vorig jaar hebben we geconcludeerd dat het probleem ligt in de toepassing van de indicatieve lijst. Wij zijn reeds met elkaar in gesprek over de indicatieve lijst. In de huidige regelgeving zijn de categorie B en C prestaties bedoeld voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Mogelijk leidt de herziening van de lijst ook tot een oplossing voor het verzoek van de KNMT.

Mocht dit niet het geval zijn, dan vinden wij het van belang dat duidelijk is in welke situaties de prestaties F130, F131, F132 en F133 ook voor categorie A patiënten van toepassing kunnen zijn.

De NZa is voornemens de herziening van de indicatieve/limitatieve lijst af te wachten, voordat gesproken gaat worden over 'zorgzwaarte' en 'tarieven'. Dit is ook zo afgestemd met partijen in de B/C-overleggen.

F812 Herstel en plaatsen van retentieapparatuur (KNMT)
De KNMT stelt voor om de zin: "Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd" te schrappen.
De KNMT vindt het niet langer verdedigbaar dat herstel en plaatsen van retentieapparatuur niet gelijktijdig in rekening gebracht mag worden met een retentie controle of beugelconsult. Twee voorbeelden om dat te illustreren:

- volwassen patiënt vraagt om (korte) behandeling van een scheef boven-front en gelijktijdig vervanging van een inmiddels slecht passend spalkje achter het onder-front.
- bij nacontrole 2 jaar na beëindigen van de actieve behandeling blijkt dat 1 van de spalkjes gedeeltelijk los zit. Repareer je dat nu of laat je de patiënt de volgende dag terugkomen voor de reparatie?

Reactie NZa
Dat herstel en plaatsen van retentieapparatuur plaats kan vinden tijdens een beugelconsult en nacontrole, maar dat dit niet declarabel is, is niet nieuw. Deze beperking geldt al lange tijd. Dit betekent dat de vergoeding hiervoor al is verdisconteerd over de andere prestaties. De NZa is van mening dat het vastzetten van het spalkje niet los gezien kan worden van een nacontrole.

F481/F491 Plaatsen beugel categorie 8/9 (KNMT)
De KNMT stelt voor om de laatste zin bij F481 en F491 als volgt aan te passen: "Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van gebruikte bogen, brackets en plaatsingskapjes". Voor de linguale apparatuur moet het wederom mogelijk worden gemaakt om ook de plaatsingskapjes bij de materiaal- en techniekkosten in rekening te brengen. Die apparatuur kan zonder die plaatsingskapjes niet worden toegepast.

Reactie NZa
De NZa heeft vorig jaar reeds aangegeven dat bij de aanpassing van de tarieven alle materiaal- en techniekkosten, op de brackets en bogen na,

verdisconteerd zijn in het tarief van de beugelcategorieën. Om deze reden zijn alleen de brackets en bogen apart in rekening te brengen.

Bij de herziening van de tarieven is besloten om alle brackets en bogen op eenzelfde manier te behandelen en hier geen onderscheid meer in te maken. Alle overige kosten, buiten de brackets en bogen, zijn dus verdisconteerd in de tarieven. De berekening is destijds ook voorgelegd aan partijen en zij hebben hiermee ingestemd. De NZa ziet dan ook geen nieuwe feiten waardoor het besluit herzien dient te worden.

Nieuwe wijzigingsverzoeken

Aanpassing van het tarief naar aanleiding van de extra benodigde tijd door wijzigingen en richtlijnen en wetgeving (KNMT)
De KNMT vindt dat duidelijk is dat met o.a.de invoering van de richtlijn radiologie, de WIP-richtlijn en de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) er meer tijd moet worden besteed ten opzichte van het moment dat de tarieven zijn vastgesteld. De KNMT vraagt aandacht voor deze ontwikkelingen en wil bekijken hoe deze verdisconteerd kunnen worden in het huidige tarief.

Reactie NZa
De NZa ontvangt doorgaans meer signalen omtrent 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.

F81x Reparatie of vervanging van beugel vanwege slijtage (KNMT)
De KNMT stelt voor om een nieuwe code toe te voegen voor het repareren of vervangen van een beugel door slijtage. Momenteel is het vervangen of repareren van een beugel alleen in rekening te brengen bij verlies of duidelijk onzorgvuldig gebruik van de beugel door de patiënt. Voor vervanging/reparatie vanwege slijtage is nu geen aparte prestatie vastgesteld, behalve door hierop te anticiperen bij of opnieuw declareren van de plaatsingscodes. Zeker dat laatste lijkt ons niet gewenst en de eerste optie is vooraf lastig in te schatten. De KNMT stelt daarom voor de volgende code met tarief en * conform F811 toe te voegen:

F81X* Reparatie of vervanging van een beugel vanwege slijtage €27,37
Het als gevolg van reguliere slijtage repareren of vervangen van (onderdelen van) een beugel (zoals een zelfligerende bracket).

Een alternatief is om code F811 zo aan te passen dat ook reparatie zoals hierboven is bedoeld mogelijk te maken, maar een onderscheid in codes kan vanwege verzekeringstechnische redenen gewenst zijn.

Reactie NZa:
In de prestatieomschrijving van prestatie F811 Reparatie of vervanging van beugel is expliciet opgenomen dat deze prestatie niet in rekening mag worden gebracht indien het reguliere reparaties of vervangingen betreft. Dit is opgenomen, omdat een vergoeding voor de eventuele

vervanging of reparatie van de beugel is verdisconteerd over alle tarieven.

- Hoe vaak komt het voor dat een beugel door slijtage vervangen moet worden?

Toeslag voor toepassing straling beperkende maatregelen (VTvO)
De VTvO verzoekt om een tijdelijke extra prestatiecode met een tarief van €2,50 voor het gebruik van innovatieve stralingsbeschermende maatregelen bij het maken van een laterale schedelröntgenfoto. Dit betreft dus een code die kan worden gebruikt in combinatie met code F157A, B of C Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto.
In de nieuwe richtlijn voor röntgen bij orthodontie worden deze stralingsbeschermende maatregelen aanbevolen. Het implementeren van deze maatregelen brengt echter investeringen met zich mee. Deze investeringen betreffen twee nieuw ontwikkelde hulpmiddelen: een schildklierprotector en een schild dat het röntgenveld verkleint.
De VTvO is van mening dat de NZa deze innovatie die een directe verbetering van de zorg (minder kans op nadelige effecten van straling) positief moet stimuleren zodat deze innovatie zo snel mogelijk in de dagelijkse praktijk zal worden geïmplementeerd.

De kosten van de apparatuur zijn ongeveer 1950 euro (incl. BTW).
(1 x ACC 2 x CTP (1 groot en 1 klein model) , installatie en instructie)
Uitgaande van 400 RSP's die in een gemiddelde orthodontische praktijk per jaar worden gemaakt is een tijdelijke toeslag van 2,50 euro per gemaakte RSP een goede manier om in 2 jaar de investering te kunnen compenseren.

Het gaat misschien om een klein bedrag qua investering maar het effect op de risico's bij straling is enorm. De dosis en daarmee het risico voor de patiënt daalt door deze beschermende maatregelen met circa 60%. De investeringen zouden volgens de VTvO dan ook door de NZa gefaciliteerd moeten worden door een tijdelijke toeslag. Op deze manier kunnen deze stralingsbeschermende maatregelen zo snel mogelijk worden geïmplementeerd in het veld. De toeslag is slechts tijdelijk van toepassing. Hiermee wordt de zorgverlener gemotiveerd om de investering op korte termijn te doen. De kwaliteit van de zorg is direct gebaat bij invoering van deze maatregelen en per patiënt zijn de kosten verwaarloosbaar t.o.v. de totale orthodontische behandeling.

Voorstel:
<u>F163 (A, B en C) en X28 Tijdelijke toeslag bij F157 i.v.m. gebruik straling beperkende maatregelen €2,50</u>
Tijdelijke toeslag uitsluitend te declareren in combinatie met laterale röntgenschedelprofielopnamen (F157) die worden gemaakt in 2019 en 2020. Deze code kan worden gedeclareerd wanneer bij het maken van de opname schildklierprotectie wordt toegepast én wanneer tevens het stralingsveld maximaal is gecollimeerd zoals geadviseerd in de (concept) richtlijn voor röntgengebruik in de orthodontie.

<u>Reactie NZa:</u>
Dergelijke investeringen vallen onder de praktijkkosten. Indien deze kosten stijgen zal dit bij een volgend kostenonderzoek aan het licht komen en zullen de tarieven naar aanleiding hiervan worden aangepast.

Nacontroles beugelcategorie 1 t/m 9 (VTvO en KNMT)
In het vorige technische overleg is besloten het aantal nacontroles per jaar te beperken tot maximaal 4 per kalenderjaar. De vertaling door de NZa hiervan dat ongeacht het aantal nacontroles dit maar één keer in de

drie maanden in rekening mag worden gebracht is volgens de KNMT en VTvO niet werkbaar. Juist in de eerste maanden na de actieve behandeling zal de nacontrole frequenter nodig zijn en later minder. Voor zover de Wmg dat toestaat zou een maximering van maximaal vier keer per jaar een nacontrole wel werkbaar zijn.

Reactie NZa:
Juist door de beperkingen van de Wmg hebben wij uiteindelijk er niet voor gekozen om de formulering aan te passen. De NZa is bevoegd om prestaties en bijbehorende tarieven vast te stellen, maar is in de basis niet bevoegd om maximeringen op te leggen aan het aantal behandelingen of 'zorgleveringen'. Prestaties kunnen een bedrag per verrichting zijn maar ook per tijdvak.

Op deze manier beperken wij het aantal nacontroles namelijk niet. Aangepast is dat het bedrag voor een tijdvak (van 3 maanden) geldt. De prestaties gelden per 3 maanden *ongeacht* het aantal nacontroles.

- Stel de beugel wordt op 1 januari verwijderd. Wanneer komt de patiënt dan doorgaans voor een nacontrole in dat jaar?

F126 Bespreken behandelplan en beoordeling gebitsmodellen (VTvO)
De VTvO is van mening dat het transparanter en duidelijker is voor de patiënt en de behandelaar om het bespreken van het behandelplan los te koppelen van de prestatie "beoordelen van gebitsmodellen".
Door de verbeterde digitale technieken en mondfotografie zijn gebitsmodellen niet altijd nodig voor het maken en bespreken van een plan. Vaak worden de afdrukken pas gemaakt en beoordeeld vlak voor de aanvang van de daadwerkelijke uitvoering van een plan dat al in een veel eerder stadium is besproken met de patiënt en/of zijn ouders.
Nu worden de gebitsmodellen vaak alleen maar gemaakt omdat dan ook het bespreken van het plan tot een declaratie leidt.

Reactie NZa
Vorig jaar heeft de NZa toegelicht dat het bespreken van het behandelplan onderdeel is van prestatie F126. Vorig jaar is dit daarom in de regelgeving verduidelijkt. Het expliciet noemen van het bespreken van het behandelplan in de prestatie omschrijving lijkt ons dan ook transparanter en beter controleerbaar voor de patiënt.

- Begrijpt de NZa het goed dat de VTvO stelt dat niet altijd gebitsmodellen nodig zijn voorafgaand aan een behandelplan? Hoe staan andere partijen hierin?

Voorgenomen wijzigingen regelgeving 2019

Puntenaantal F401 aanpassen
In de beleidsregel staat bij prestatie F401 een puntenaantal van 279,1, dit moet 297,1 zijn.

F492 per kaak is weggevallen op p. 6, 8 en 10
Per kaak wordt toegevoegd bij prestatie F492 op pagina 6, 8 en 10.

Tarief F131B en F131C verschillen 1 cent
Het tarief van F131B en F131C verschilt 1 cent, dit komt door de afronding. Het tarief van F131B wordt aangepast.

Technisch overleg Orthodontische zorg
Datum: 9 maart 2018
Tijd: 14.00 – 16.00 uur
Locatie: NZa te Utrecht

Aanwezig
[redacted] (ANT), [redacted] (KNMT), [redacted] (KNMT), [redacted] (VTvO), [redacted] (allen ZN), [redacted] [redacted] (allen NZa)

1. Opening en mededelingen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heet iedereen welkom bij het technisch overleg (TO) Orthodontische zorg.

2. Vaststelling verslag TO d.d. 20 oktober 2017

ANT wijst op *"De ANT vraagt of het klopt dat er geen categorie B-prestatie in rekening mag worden gebracht als er sprake is van een ernstige afwijking, maar er geen aanspraak is vanuit de Zvw. De NZa beaamt dit, dit is niet mogelijk"*, op pagina 5 van het verslag. De ANT geeft aan dat dit geen vraag was maar een constatering. Juist als er sprake is van een ernstige afwijking en er sprake is van een categorie B behandeling, dan moet de zorgverlener dit in rekening kunnen brengen ongeacht de wijze van verzekering.

De NZa geeft aan dat de B/C categorie is bedoeld voor zorg die vergoed wordt middels de Zvw. Dit is ook aangegeven in de circulaire bij vaststelling van de beleidsregel 2018. We zijn met partijen in gesprek over de B/C lijst. De NZa begrijpt niet goed waarom de ANT hierop blijft terugkomen, terwijl het standpunt van de NZa duidelijk is.

De ANT geeft aan dat in de tariefbepaling staat dat wanneer de behandeling vergelijkbaar is met schisis, de zorgverlener dit moet declareren met de B-codes. Hier staat niks over de verzekeringsvorm. De zorgaanbieder moet op basis van de criteria die gelden voor de B/C-categorie beoordelen of de patiënt binnen een van deze categorieën valt. Of de verzekeraar de zorg vervolgens vergoedt, staat hier los van. ZN geeft aan dat we dan in de discussie verzeild raken wie moet beoordelen of er sprake is van B/C categorie.

De KNMT stelt dat de Wmg niet toelaat dat je tarieven vaststelt voor een bepaalde verzekeringsvorm. In principe geldt dat als de patiënt een aandoening heeft die vergelijkbaar is met schisis, de B-categorie van toepassing is en de zorg middels de Zvw wordt vergoed. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn het hier echter niet altijd over eens. Het is onduidelijkheid wie bepaalt wat de ernst van een afwijking is: de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder.

De NZa vindt dat deze discussie thuishoort in het B/C overleg. Het raakt aan de herziening van de indicatieve lijst en het eenduidig gebruik hiervan door partijen. In volgende TO orthodontie koppelen partijen terug wat de vorderingen zijn met betrekking tot de herziening van de indicatieve lijst.

De NZa verwerkt de opmerking van de ANT in het verslag.

Actie NZA: reactie ANT op p. 5 aanpassen.

CONCEPT

Openstaande wijzigingsverzoeken

3. Tarief X21 en X22 gelijk trekken met de F155 en F156 (VTvO)

Het voorstel van de VTvO is om de tarieven van de X21 en X22 gelijk te trekken met de F155 en F156 en daarnaast het tarief van de X24 gelijk te trekken met de F157 en F158. De VTvO geeft aan dat er geen grondslag in moeilijkheidsgraad en/of zorgzwaarte is om de tarieven voor foto's in de B en C categorie hoger te vast te stellen dan in de A categorie. De VTvO stelt voor om het maken van de foto en de beoordeling los te koppelen. Hierdoor is het transparanter voor de patiënt wie de foto maakt en wie hem beoordeelt of bespreekt met de patiënt. Dit helpt in de situatie dat de tandarts al een OPG heeft gemaakt, maar de orthodontist deze gaat beoordelen. Het moet hierbij wel duidelijk zijn dat de foto's maar 1x per behandelaar mogen worden beoordeeld.

De NZa vraagt hoe partijen tegenover dit voorstel staan en wat ze vinden van het verkennen van een integrale prestatie voor röntgendiagnostiek (ongeacht het aantal röntgenfoto's).

De VTvO geeft aan dat hun gedachte is geweest om binnen de orthodontiecodes te kijken naar de tarieven en codes t.o.v. de tandheelkundige codes. De VTvO heeft bekeken of er een mogelijkheid is om één tarief voor röntgenfoto's te krijgen voor zowel de tandheelkunde als de orthodontie én hierbij in tarief geen onderscheid meer te maken in A-, B- of C-categorie. De VTvO vindt het te ver gaan om één integrale prestatie te maken.

ZN geeft aan wel een voorstander te zijn van een integraal tarief. Als je kijkt vanuit de patiënt dan is het logischer, de patiënt ziet dan 'röntgendiagnostiek' op de rekening staan.

De NZa stelt dat je zou kunnen denken aan een pakketje foto's per patiënt, wat in rekening mag worden gebracht ongeacht het aantal foto's dat gemaakt wordt.

De KNMT vindt dat dit tegen het beleid van de NZa zelf ingaat. In het verleden vond de toezichthouder dat de patiënt moet betalen voor wat er aan hem/haar wordt geleverd. Als je verrichtingen samenvoegt en een gemiddelde prijs berekent, dan betaalt een patiënt bij wie minder foto's nodig zijn mee voor iemand bij wie veel foto's gemaakt worden. Vanuit het tariefhuis is het zo ingericht dat de patiënt betaalt voor de zorg die hij krijgt. De discussie moet gaan over het tarief en of dit tarief hoort bij de prestatie die geleverd wordt. Nu gaat de discussie over het samenvoegen van de prestaties. Het is goed zoals het er nu staat.

ZN vindt dat een aparte code voor elke foto stimuleert om extra foto's te maken. Fee-for-service leidt tot extra zorg en extra declaraties, dit is meerdere malen onderzocht. De KNMT stelt echter dat de nieuwe radiologie richtlijn dit beperkt. ZN vindt de richtlijn voor orthodontie nog zeer open.

De KNMT vraagt zich af hoe groot het probleem is als de tarieven van de tandheelkunde en de orthodontie van elkaar afwijken. Als je de foto's gelijk trekt, creëer je andere, grotere problemen dan het probleem dat we nu aan het oplossen zijn.

De NZa concludeert dat het niet eenvoudig is om de tarieven gelijk te trekken voor de tandheelkunde en de orthodontie. We hebben ruim een jaar de verschillende opties met elkaar verkend. Bij de doorontwikkeling moet dit meegenomen worden. Voor nu parkeren we dit punt, omdat een oplossing niet voor handen lijkt te zijn.

CONCEPT

4. Categorie 7 (VTvO)

De VTvO vindt dat de prestaties voor beugelcategorie 7 (F471 voor het plaatsen en F517 voor het consult) uitgesplitst dienen te worden in de volgende aparte prestaties:

- uitgebreid opstellen van het plan (kost aanzienlijk meer tijd dan bij de andere categorieën);
- het aanbrengen (en verwijderen) van de attachments;
- het aantal benodigde hoesjes;
- de eventueel noodzakelijke refinements;
- slicen.

De NZa vraagt hoe partijen tegenover dit voorstel staan.

De VTvO legt uit dat ze eigenlijk een tarief willen voor het opstellen en het bespreken van het behandelplan en dat dit niet direct gekoppeld hoeft te zijn aan analyse van de gebitsmodellen.

De KNMT vindt als je dit gaat differentiëren dat je dit dan ook dan bij bijvoorbeeld categorie 5 of 6 moet doen. De vraag is of dat wenselijk is. Er is juist gekozen om de behandelingen op deze manier te bundelen.

De NZa concludeert dat het een gemiddeld tarief is, de ene keer moet je meer doen dan de andere keer. Als je dit nu openbreekt, dan krijg je volgend jaar discussie over de andere categoriën. Dit is niet wenselijk.

Partijen zijn het hiermee eens.

<u>Eerder ingediende wijzigingsverzoeken</u>

5. F612 Plaatsen intermaxillaire correctieveren (KNMT)

De KNMT verzoekt om het plaatsen van de intermaxillaire correctieveren (€ 36,07) in rekening te brengen met het tarief van prestatie F421 'Plaatsen beugelcategorie 2' (€ 113,88). In 2013 werd prestatie F612 ingevoerd tegen kostprijs. De veren waren destijds in opkomst en werden nog niet veel gebruikt. Prestatie F612 maakt een behandeling niet duurder, veelal wordt namelijk een categorie 2 (buitenbeugel) of categorie 3 beugel uitgespaard.

De NZa vraagt hoe partijen tegenover dit voorstel staan.

Partijen geven aan dat de correctieveren eigenlijk alleen een substituut zijn voor beugelcategorie 3. De combinatie van beugelcategorie 2 en de intermaxillaire correctieveren kan immers wel voorkomen. Het voorstel is dan ook om het tarief van de F612 gelijk te laten zijn aan het tarief voor categorie 2, en dat deze code niet gecombineerd mag worden met categorie 3 (niet vooraf of achteraf).

De NZa vraagt aan ZN of te toetsen is of de kosten van beugelcategorie 3 uitgespaard worden als men de intermaxillaire correctieveren toepast.

Met partijen samen wordt geconcludeerd dat het mogelijk zou moeten zijn om dit halverwege 2020 te monitoren. Voor die tijd zal je het effect van deze wijziging nog niet in de data terugzien.

De NZa neemt dit verzoek over in haar voorgenomen besluit.

6. F125 Maken gebitsmodellen ook in relatie tot F132/133 (KNMT)

De KNMT verzoekt om prestaties F130, F131, F132 en F133 aan de A-lijst toe te voegen conform het tarief en omschrijving in de B-lijst. Het volstaat volgens de KNMT niet om slechts één keer modellen te vervaardigen in (de aanloop naar) een behandeling.
De KNMT geeft aan dat ongeveer de helft van de gecombineerde ortho-chirurgie behandelingen (voor de orthodontie categorie B) door de

CONCEPT

zorgverzekeraar voor het orthodontische deel wordt afgewezen maar voor het chirurgische deel niet. Voor die behandelingen is in de aanloop naar de operatie het maken van meerdere modellen onontbeerlijk. Voor patiënten die multidisciplinair moeten worden behandeld, maar volgens de zorgverzekeraar geen B of C patiënten zijn, ontbreekt dus de mogelijkheid om nader onderzoek en de bij dergelijke behandelingen extra informatievertrekking en behandelevaluatie in rekening te brengen, welke voor de complexe, multidisciplinair te behandelen A-patiënt onmisbaar zijn.

Vorig jaar hebben we geconcludeerd dat het probleem ligt in de toepassing van de indicatieve lijst. Wij zijn reeds met elkaar in gesprek over de indicatieve lijst. Zoals de NZa hiervoor ook al aangaf: in de huidige regelgeving zijn de categorie B en C prestaties bedoeld voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Mogelijk leidt de herziening van de lijst ook tot een oplossing voor het verzoek van de KNMT.

De KNMT geeft aan dat het gaat om grote aantallen.

De VTvO vult aan dat dit wel de reden zou zijn om nu wel de discussie te voeren.

ZN geeft aan dat hierin het een en ander gaat veranderen, er is namelijk ook voor kaakchirurgie een limitatieve lijst. Deze lijst opgesteld door de NVMKA, wordt door ZN gehanteerd.

De ANT vindt het doorschuiven van deze verzoeken totdat er resultaat is vanuit het B/C overleg, niet wenselijk gezien het feit dat de herziening van de indicatieve lijst nog een hele tijd gaat duren.

De VTvO vraagt aan ZN waar de NVMKA lijst staat. ZN antwoordt dat deze lijst op de website van NVMKA staat.

De NZa is voornemens de herziening van de indicatieve/limitatieve lijst af te wachten, voordat gesproken gaat worden over 'zorgzwaarte' en 'tarieven'. Dit is ook zo afgestemd met partijen in de B/C-overleggen.

7. F812 Herstel en plaatsen van retentieapparatuur (KNMT)

De KNMT stelt voor om de zin: "Deze prestatie mag niet in combinatie met een beugelconsult dan wel nacontrole worden gedeclareerd" te schrappen. De KNMT vindt het niet langer verdedigbaar dat herstel en plaatsen van retentieapparatuur niet gelijktijdig in rekening gebracht mag worden met een retentie controle of beugelconsult.

De NZa snapt het probleem niet goed. F812 mag in het eerste jaar na het verwijderen van de beugel niet in rekening worden gebracht, dus moeten eventuele reparaties van de spalk gedurende de nacontrole worden uitgevoerd. Vervolgens zal het aantal nacontroles sterk afnemen zoals eerder ook gesteld is door partijen en komt de patiënt terug als reparatie van de spalk nodig is.

De KNMT geeft aan dat het plaatsen van de retentieapparatuur in het tarief voor het verwijderen van de beugel zit. Probleem is dat er wellicht een keer een reparatie moet plaatsvinden waarvoor de patiënt na de nacontrole extra terug moet komen voor de reparatie als je het niet mag combineren met de nacontrole.

De NZa vraagt of er als we deze combinatie toestaan niet voortaan altijd bij het herstellen van een spalkje een nacontrole in rekening wordt gebracht.

ZN en de ANT geven aan dat het geen zin heeft om nog een nacontrole te doen na 7 jaar. Het is daarom niet logisch om bij het plaatsen van een spalkje ook een nacontrole te doen na lange tijd.

CONCEPT

Andere partijen geven dan ook aan dat het niet nodig is om het wijzigingsverzoek te honoreren. De NZa deelt deze mening.

Aanvullend geven partijen geven aan dat het lijkt alsof het sterretje bij de prestatie F492A vergeten is. De KNMT geeft aan dat het raar is dat je de kosten voor de spalk nu nergens kwijt kan. Het verzoek is daarom om het sterretje bij de F492a toe te voegen. De NZa neemt dit mee in haar voorgenomen besluit.

Actie NZa: 'sterretje toevoegen bij de F492a' toevoegen in het voorgenomen besluit.

8. F481/F491 Plaatsen beugel categorie 8/9 (KNMT)

De KNMT stelt voor om de laatste zin bij F481 en F491 als volgt aan te passen: "Het gaat hierbij uitsluitend om de kosten van gebruikte bogen, brackets en plaatsingskapjes". Voor de linguale apparatuur moet het wederom mogelijk worden gemaakt om ook de plaatsingskapjes bij de materiaal- en techniekkosten in rekening te brengen. Die apparatuur kan zonder die plaatsingskapjes niet worden toegepast.

De NZa heeft vorig jaar reeds aangegeven dat bij de aanpassing van de tarieven alle materiaal- en techniekkosten, op de brackets en bogen na, verdisconteerd zijn in het tarief van de beugelcategorieën. Om deze reden zijn alleen de brackets en bogen apart in rekening te brengen.

Bij de herziening van de tarieven is besloten om alle brackets en bogen op eenzelfde manier te behandelen en hier geen onderscheid meer in te maken. Alle overige kosten, buiten de brackets en bogen, zijn dus verdisconteerd in de tarieven. De berekening is destijds ook voorgelegd aan partijen en zij hebben hiermee ingestemd. De NZa ziet dan ook geen nieuwe feiten waardoor het besluit herzien dient te worden.

De NZa benadrukt dat het zonde is van ieders tijd om ieder keer dezelfde wijzigingsverzoeken te bespreken zonder dat er nieuwe feiten of informatie wordt aangeleverd. Bij dit wijzigingsverzoek is geen nieuwe motivatie ingediend. De NZa besluit om dit punt dan ook niet te bespreken.

Nieuwe wijzigingsverzoeken

9. Aanpassing van het tarief naar aanleiding van de extra benodigde tijd door wijzigingen (VTvO) en richtlijnen en wetgeving (KNMT)

De KNMT vindt dat duidelijk is dat met o.a. de invoering van de richtlijn radiologie, de WIP-richtlijn en de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) er meer tijd moet worden besteed ten opzichte van het moment dat de tarieven zijn vastgesteld. De KNMT vraagt aandacht voor deze ontwikkelingen en wil kijken hoe deze verdisconteerd kunnen worden in het huidige tarief.

De VTvO verzoekt om een tijdelijke extra prestatiecode toe te voegen met een tarief van €2,50 voor het gebruik van innovatieve stralingsbeschermende maatregelen bij het maken van een laterale schedelröntgenfoto.

De VTvO geeft aan dat het hier gaat over de veiligheid van de patiënt en dat zij het belangrijk vindt om met elkaar hierover afspraken te maken. De VTvO geeft aan dat het wenselijk is om bijvoorbeeld een tijdelijke toeslag van één of twee jaar voor dit soort situaties in te voeren. Het staat in de richtlijn, maar door de tarieven tijdelijk op te hogen geef je een boost aan dit soort dingen.

De NZa ontvangt doorgaans meer signalen omtrent te lage tarieven en geen of weinig signalen omtrent de te hoge tarieven. Een

kostenonderzoek brengt dergelijke ontwikkelingen echter in totaliteit in kaart.

ZN geeft aan het eens te zijn met de NZa. De laatste jaren zijn er allerlei ontwikkelingen geweest die in de praktijkkosten zitten. Nu speelt deze situatie en dan moeten we hier geen uitzondering voor gaan maken.

KNMT geeft aan geen voorstander te zijn van een tijdelijke toeslag. Je beloont de huidige aanbieders en houdt geen rekening met aanbieders die over 2,5 jaar afgestudeerd zijn en dan een praktijk beginnen. Het is daarom beter om dit op te nemen in de praktijkkosten en dus in een volgend kostenonderzoek.

De NZa concludeert dat het hier gaat om een richtlijn, waarmee extra tijd of investering in nieuwe apparatuur gepaard gaat, dit moet worden opgenomen in de praktijkkosten. Als er een kostenonderzoek zal plaatsvinden, worden dit soort kosten in kaart gebracht.

10. F81x Reparatie of vervanging van beugel vanwege slijtage (KNMT)

De KNMT stelt voor om een nieuwe code toe te voegen voor het repareren of vervangen van een beugel door slijtage. Momenteel is het vervangen of repareren van een beugel alleen in rekening te brengen bij verlies of duidelijk onzorgvuldig gebruik van de beugel door de patiënt. Voor vervanging/reparatie vanwege slijtage is nu geen aparte prestatie vastgesteld. Het alternatief is nu het opnieuw declareren van de plaatsingscodes. De KNMT stelt daarom voor de volgende code met tarief en * conform F811 toe te voegen:

<u>F81X* Reparatie of vervanging van een beugel vanwege slijtage €27,37</u>
Het als gevolg van reguliere slijtage repareren of vervangen van (onderdelen van) een beugel (zoals een zelfligerende bracket).

De NZa geeft aan dat in de prestatieomschrijving van prestatie F811 Reparatie of vervanging van beugel expliciet is opgenomen dat deze prestatie niet in rekening mag worden gebracht indien het reguliere reparaties of vervangingen betreft. Dit is opgenomen, omdat een vergoeding voor de eventuele vervanging of reparatie van de beugel is verdisconteerd over alle tarieven. De NZa vraagt partijen hoe vaak het voor komt dat een beugel door slijtage vervangen moet worden.

De KNMT geeft aan dat dit 2 of 3 keer per jaar voorkomt in uitzonderlijke situaties. Het huidige probleem is dat je ouders nu moet uitleggen wat valt onder 'onzorgvuldig gebruik', je kunt immers de prestatie zonder onzorgvuldig gebruik niet in rekening brengen. Je mist de mogelijkheid daarbij om techniekkosten in rekening te brengen. Door een nieuwe code toe te voegen voorkom je dat de plaatsingscodes opnieuw in rekening gebracht worden.

Duidelijk wordt dat het verzoek alleen voor beugelcategorie 1 tot en met 4 geldt. Na een tijdje één van deze categorieën gedragen te hebben, verliest deze zijn werking. De beugel zou je dan willen vervangen. Het is niet nodig dat hier opnieuw honorarium voor gerekend wordt, maar het is wel nodig om de kostprijs van het materiaal en techniek in rekening te kunnen brengen. De 'slijtage' komt in deze situaties niet door onzorgvuldig gebruik.

ZN geeft aan niet gelukkig te zijn met de terminologie 'slijtage'. Je kunt F811 verlengen, toevoegen wat met nieuwe prestatie bedoeld zou worden.

Voorgesteld wordt om de prestatie 'Vervangen beugelcategorie 1 tot en met 4' tegen kostprijs op te nemen. Waarbij geldt dat deze alleen in rekening gebracht kan worden als er geen sprake is van onzorgvuldig gebruik. Dan is immers prestatie F811 aangewezen. Het gaat tevens om een vervolg van dezelfde beugelcategorie.

CONCEPT

Actie KNMT: KNMT komt met tekstvoorstel.

De NZa brengt een casus in met de volgende vraag: 'Mag een orthodontist alvast extra kosten in rekening brengen voor de brackets en bogen die de aanbieder verwacht nodig te hebben in de toekomst voor de beugelbehandeling?'

Partijen geven aan een sterretje te missen om de materiaal- en techniekkosten van de retentieapparatuur bij prestatie F492 in rekening te brengen.

De NZa vraagt hoe partijen dit zien en hoe dit in de praktijk gedeclareerd wordt.

De KNMT geeft aan dat je in principe pas aan het eind van de behandeling weet welke kosten je hebt gemaakt voor de techniek. Nu wordt dit veelal in het begin in rekening gebracht door te schatten wat je nodig gaat hebben. Aan het eind van het jaar kijk je dan wat het totaal is en of je uitkomt. Dit zijn dus de totale kosten voor brackets en bogen van de praktijk gedeeld door het aantal patiënten. Voorstel van de KNMT zou zijn om bij het verwijderen van de beugel een sterretje toe te voegen, zodat je aan het einde van de behandeling aanvullend geplaatste brackets en bogen in rekening kunt brengen. Bij het plaatsen van de beugel breng je dan alleen de daadwerkelijk gemaakte kosten aan brackets en een boog in rekening en bij het verwijderen van de beugel breng je de daarna geplaatste brackets en bogen in rekening.
De NZa vraagt aan partijen of het wenselijk is om halverwege de behandeling de materiaal- en techniekkosten in rekening te kunnen brengen. De NZa vraagt wat er zou gebeuren als je een sterretje toevoegt bij de beugelcontrole. Partijen geven aan dat je dan uitlokt dat er meer gedeclareerd wordt en dat dit niet wenselijk is.

ZN geeft aan dat het belangrijk is dat er geen sterretje is bij de andere prestaties en dat een aanbieder deze kosten alleen achteraf in rekening mag brengen. ZN geeft aan voorkeur te hebben voor een aparte prestatie, zodat inzichtelijk is welke kosten gedeclareerd worden voor brackets en bogen en welke ten behoeve is van het spalkje. Deze prestatie mag dan enkel in rekening gebracht worden bij het verwijderen van de beugel.

Het voorstel vanuit dit overleg is als volgt:
Bij plaatsing van de beugel kunnen alleen de dan geplaatste brackets en de boog (per kaak) in rekening gebracht worden. Bij het verwijderen van de beugel wordt het mogelijk om tegen kostprijs ook de materiaal- en techniekkosten van de spalk/retentie apparatuur in rekening te brengen. Daarnaast wordt een nieuwe prestatiecode tegen kostprijs toegevoegd voor de brackets en bogen die gedurende de beugelbehandeling nodig zijn geweest (niet zijnde onzorgvuldig gebruik), vergelijkbaar zoals de correctieveren die tot vorig jaar nog in de regelgeving stonden tegen kostprijs. Deze nieuwe prestatie is alleen bij het verwijderen van de beugel in rekening te brengen.

Partijen vragen zich af wat we hiermee oplossen en geven de voorkeur aan het vooraf inschatten van de kosten en dan ook in rekening brengen bij het plaatsen. Het voorstel zou een administratieve last zijn. De VTvO en de KNMT geven aan dat deze discussie eerder is gevoerd bij de beperking van de materiaal- en techniekkosten tot de brackets en bogen en dat juist bedacht is om vooraf een inschatting te mogen maken van de kosten.

Partijen concluderen dat de huidige werkwijze passend is en dat de regels niet aangepast hoeven te worden.

Actie NZa. De NZa neemt dit mee in haar overweging.

11. Toeslag voor toepassing straling beperkende maatregelen (VTvO)

De NZa geeft aan dat we dit bij punt 9 al besproken hebben. Dergelijke investeringen vallen onder de praktijkkosten. Indien deze kosten stijgen zal dit bij een volgend kostenonderzoek aan het licht komen en zullen de tarieven naar aanleiding hiervan worden aangepast. Dit punt wordt daarom verder niet besproken.

12. Nacontroles beugelcategorie 1 t/m 9 (VTvO en KNMT)

In het vorige technische overleg is besloten het aantal nacontroles per jaar te beperken tot maximaal 4 per kalenderjaar. De vertaling door de NZa hiervan dat ongeacht het aantal nacontroles dit maar één keer in de drie maanden in rekening mag worden gebracht is volgens de KNMT en VTvO niet werkbaar. Juist in de eerste maanden na de actieve behandeling zal de nacontrole frequenter nodig zijn en later minder. Voor zover de Wmg dat toestaat zou een maximering van vier keer per jaar een nacontrole wel werkbaar zijn.

Partijen geven allen aan dat het klopt dat de nacontrole vier keer per jaar plaatsvindt. Ze geven aan last te hebben van de nieuwe regel dat een nacontrole één keer per drie maanden gedeclareerd mag worden. De VTvO en de KNMT geven beide aan dat over het algemeen na 6 weken, na 3 maanden, na een half jaar en na een jaar plaatsvindt. Ook is duidelijk dat wanneer je de regel zou opheffen en weer onbeperkt gedeclareerd mag worden, dat er aanbieders zijn die dit 12 keer per jaar declareren. Er worden dan te veel nacontroles gedeclareerd.

De NZa geeft aan geen maximum op te kunnen leggen aan het aantal behandelingen. Juist door de beperkingen van de Wmg heeft de NZa er uiteindelijk voor gekozen om de formulering aan te passen. De NZa is bevoegd om prestaties en bijbehorende tarieven vast te stellen, maar is in de basis niet bevoegd om maximeringen op te leggen aan het aantal behandelingen of 'zorgleveringen'. Prestaties kunnen een bedrag per verrichting zijn maar ook per tijdvak, ongeacht het aantal bezoeken. Net zoals bij het beugelconsult geldt.

De NZa neemt de input mee terug en zal kijken of een nieuwe formulering mogelijk is.

Actie NZa: uitzoeken of andere bewoording mogelijk is vanuit de Wmg.

13. F126 Bespreken behandelplan en beoordeling gebitsmodellen (VTvO)

De VTvO is van mening dat het transparanter en duidelijker is voor de patiënt en de behandelaar om het bespreken van het behandelplan los te koppelen van de prestatie "beoordelen van gebitsmodellen".
Door de verbeterde digitale technieken en mondfotografie zijn gebitsmodellen niet altijd nodig voor het maken en bespreken van een plan. Vaak worden de afdrukken pas gemaakt en beoordeeld vlak voor de aanvang van de daadwerkelijke uitvoering van een plan dat al in een veel eerder stadium is besproken met de patiënt en/of zijn ouders.
Nu worden de gebitsmodellen vaak alleen maar gemaakt omdat dan ook het bespreken van het plan tot een declaratie leidt.

Vorig jaar heeft de NZa toegelicht dat het bespreken van het behandelplan onderdeel is van prestatie F126. Vorig jaar is dit daarom in de regelgeving verduidelijkt. Het expliciet noemen van het bespreken van het behandelplan in de prestatie omschrijving lijkt ons dan ook transparanter en beter controleerbaar voor de patiënt.

De NZa vraagt aan partijen of het klopt dat niet altijd gebitsmodellen gemaakt hoeven te worden voorafgaand aan een behandelplan.

CONCEPT

De VTvO geeft aan dat het mogelijk moet zijn om het plan te bespreken, zonder een gebitsmodel te maken.

De KNMT geeft aan dat het niet mogelijk is om een behandelplan op te stellen en te bespreken als je geen gebitsmodel hebt. De F126 mag je alleen rekenen als je niet gaat behandelen en moet voorafgaan aan de behandeling. Als je de behandeling gaat uitvoeren zit dit in het tarief.

De NZa geeft aan dat het niet de bedoeling is om gebitsmodellen te maken enkel en alleen om het behandelplan te kunnen declareren.

De VTvO vraagt waarom je niet het behandelplan kan bespreken zonder een gebitsmodel. De VTvO geeft een voorbeeld van een kind van 6 of 7 jaar bij wie het maken van een gebitsmodel niet noodzakelijk is, maar waarvoor je wel een behandelplan maakt en bespreekt. De VTvO is van mening dat je dit in rekening moet kunnen brengen.

Actie KNMT en ANT: in de achterban navragen of het vaak voorkomt dat je geen gebitsmodel maakt en wel het behandelplan bespreekt. Actie KNMT en ANT.

14. Proces komende periode

De NZa licht het proces voor de komende periode toe.
Partijen worden verzocht om de aanvullingen op wijzigingsverzoeken en nieuwe wijzigingsverzoeken uiterlijk 28 maart a.s. schriftelijk aan te leveren. Het volgende TO is gepland op vrijdag 20 april 2018 om 14.00 uur, locatie NZa. Vervolgens vindt begin mei een consultatieronde over de regelgeving plaats. De regelgeving tandtechniek in eigen beheer wordt meegenomen in deze consultatie.

Dit proces is helder voor partijen.

15. Rondvraag

- De KNMT vraagt waar het wijzigingsverzoek is gebleven met tarief 0. De NZa geeft aan dat er nog geen voorgenomen besluit is vanuit de NZa en dat het daarom niet besproken is. In het technisch overleg in april wordt dit besproken.

- De VTvO vraagt of het klopt dat de wijziging voor F492 wordt meegenomen en dus niet meer apart ingediend hoeft te worden voor april.
  De NZa geeft aan de wijziging voor prestatie F492 mee te nemen en dat het niet nodig is om een nieuw wijzigingsverzoek hiervoor in te dienen.

- De KNMT vraagt welke tandheelkundige codes in rekening gebracht mogen worden door een orthodontist. De KNMT verwijst naar de factsheet 'De rekening van de orthodontist' waarin het volgende geschreven staat: 'Als er naast de orthodontische behandeling ook tandheelkundige verrichtingen worden uitgevoerd dan mogen ook tandheelkundige prestaties in rekening worden gebracht. Dit geldt bijvoorbeeld bij het vullen van een gaatje.'

  De KNMT geeft aan dat er veel discussie is tussen aanbieders en zorgverzekeraars over het in rekening brengen van tandheelkundige codes door een orthodontist. Declaraties met tandheelkundige codes worden door zorgverzekeraars afgewezen.

  ZN geeft aan dat zorgverzekeraars met name onderzoek doen naar excessen. Als een aanbieder veel tandheelkundige codes in rekening brengt, kan een zorgverzekeraar hier vragen over stellen.

CONCEPT

De KNMT brengt een casus in waarbij op de offerte al 45 keer de M03 staat.

De NZa geeft aan dat dit duidelijk niet de bedoeling is. Op de begroting van een beugeltraject mogen geen tandheelkundige codes taan.

Partijen concluderen dat zorgverzekeraars terecht vragen kunnen stellen aan aanbieders die veel tandheelkundige codes in rekening brengen.

16. Afsluiting

De NZa bedankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit het overleg.

CONCEPT

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 22 maart 2018 07:27
Aan: [redacted]@verhulstlaan.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@yahoo.com'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@cz.nl' [redacted]@dsw.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Orthodontische zorg - 9 maart 2018
Bijlagen: Notitie TO Orthodontische zorg 09-03-2018.docx; Concept verslag TO Orthodontische zorg 09-03-2018.pdf

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]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan
Leden Technisch Overleg Tandheelkundige zorg

Onderwerp
Regelgeving 2019 – nieuwe wijzigingsverzoeken NZa

Datum
26 maart 2018

Doorberekenen materiaalkosten Botox bij G67 Behandeling triggerpoint (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

Verzoek
Mogelijk maken om de materiaalkosten van Botox te berekenen bij de code G67 (Behandeling triggerpoint).

Ingediend verzoek
Tegenwoordig is het niet ongebruikelijk en zelfs aan te bevelen om bij kaakgewrichtsklachten van veelal myogene aard, maar ook vanwege pathologisch/psychologisch overspannen van de mondspieren de volgende prestatie toe te passen:

G67 Behandeling triggerpoint € 60,78
Bijvoorbeeld injectietechniek, inclusief onderzoek.

In de praktijk wordt daarvoor steeds meer gekozen voor de toepassing van Botox. De indiener van het verzoek geeft aan dat het in zijn praktijk steeds vaker succesvol wordt toegepast. Patiënten melden spontaan verbeteringen en daarmee een verbetering van hun kwaliteit van leven. Veel patiënten komen na verloop van tijd ook spontaan terug voor een hernieuwde inspuiting.

Onduidelijkheid over combinatie J08 en J20 (wijzigingsverzoek NZa)

Verzoek
Bij prestatie J08 (Aanbrengen botvervangers in extractie wond) toevoegen dat deze prestatie niet gecombineerd kan worden met de J20 (Plaatsen eerste implantaat per kaak).

Ad J08) Aanbrengen botvervangers in extractie wond
Granulaat of ander allogeen materiaal, te plaatsen in extractie-alveole om resorptie tegen te gaan. *Het betreft een zelfstandige verrichting in een aparte zitting die niet in combinatie met J20 kan worden uitgevoerd.*

De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Onderbouwing
Bij de J-codes wordt per code aangegeven met welke prestaties de code wel of niet gedeclareerd kan worden. Bij de J08 staat dit niet geschreven. De NZa heeft meerdere vragen ontvangen over de combinatie van de codes J08 met de J20 en wil door de toevoeging de onduidelijkheid wegnemen. Onze lijn in de beantwoording van deze vragen is dat de codes die onder het tussenkopje pre-implantologische chirurgie vallen niet in rekening gebracht kunnen worden met codes onder die onder implantologische chirurgie vallen, tenzij in de regelgeving anders wordt vermeld (bijvoorbeeld bij prestatie J07).

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 27 maart 2018 07:36
Aan: [redacted]@tandarts.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@planet.nl'; [redacted]@ant-tandartsen.nl'; [redacted]@consumentenbond.nl'; [redacted]@knmt.nl'; [redacted]@gmail.com'; [redacted]@tand-wiel.nl'; [redacted]@[redacted].nl'; [redacted]@mondhygienisten.nl'; [redacted]@patientenfederatie.nl'; [redacted]@casema.nl'; [redacted]@ont.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@zn.nl'; [redacted]@cz.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: Tandheelkundige zorg - nieuwe wijzigingsverzoeken NZa
Bijlagen: Memo Nieuwe wijzigingsverzoeken NZa.pdf

Geachte leden van het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg,
In de bijlage treffen jullie een memo met nieuwe wijzigingsverzoeken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan.
Deze wijzigingsverzoeken bespreken we graag in het Technisch Overleg (TO) op woensdag 18 april 2018 van 09.30 tot 11.30 uur, locatie NZa.
Graag vernemen we uw op- en of aanmerkingen op zowel de notitie als het verslag van het vorige TO d.d. 7 maart uiterlijk morgen, woensdag 28 maart.
Dit is tevens de uiterste reactietermijn voor het indienen van nieuwe wijzigingsverzoeken.
In het vorige TO is besloten om een pilot van de expertgroep te starten. De NZa neemt de organisatie van de eerste bijeenkomst op zich.
Graag vernemen we z.s.m. wie we kunnen uitnodigen voor de pilot.
Met vriendelijke groet,

[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

Technisch overleg Tandheelkundige zorg
Datum: 18 april 2018
Tijd: 09.30-11.00 uur
Locatie: NZa, zaal 006

Aanwezig
[redacted] (ANT) (tot agendapunt 31), [redacted] (KNMT), [redacted] (ONT), [redacted] (beiden NVIJ), [redacted] (allen ZN), [redacted] (voorzitter), [redacted] (allen NZa).

1. Opening en mededelingen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heet alle deelnemers welkom bij het Technisch Overleg (TO) Tandheelkundige zorg.

[redacted] (ANT) geeft aan het overleg eerder te moeten verlaten.

Sinds 13 april 2018 is [redacted] voorzitter van de ONT. [redacted] blijft werkzaam als adviseur en blijft voorlopig deelnemer van de TO's tandheelkundige zorg.

[redacted] (NZa) is sinds kort eerste aanspreekpunt van de NZa met betrekking tot mondzorg.

De prijsindexaties voor volgend jaar zijn bekend. De definitieve indexatie van 2018 is 2,96% en voorcalculatorisch voor 2019 is 4,08% (beiden OVA). Dit betekent, dat de tarieven tandheelkunde stijgen met 3,72%.

De NZa licht het proces van de komende periode toe:
25 april uiterste reactietermijn schriftelijke reacties
9-25 mei schriftelijke consultatieronde
juni vaststelling regelgeving door RvB

2. Vaststelling verslag TO Tandheelkundige zorg 7 maart 2018

De KNMT heeft een opmerking over de formulering in het verslag bij agendapunt 4 E63 Toeslag voor afsluiting met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa), pagina 2. De KNMT heeft bedoeld dat E63 is toegevoegd voor een specifieke situatie, namelijk het apciaal afsluiten met MTA. MTA kan als afsluitmiddel ook in andere situaties gebruikt worden, dan kan dit via het sterretje (*) in rekening worden gebracht. De KNMT pleit er niet voor om het tarief van E63 te verlagen.

De NZa kijkt nog naar de formulering.

Met inachtneming van bovenstaande opmerking wordt het verslag TO Tandheelkundige zorg van 7 maart 2018 vastgesteld.

3. Expertteam

De NZa heeft een beperkt aantal reacties ontvangen voor het pilotoverleg van het expertteam. De NZa had meer reacties verwacht en had aanmeldingen verwacht van deelnemers die niet deelnemen aan de technische overleggen.

CONCEPT

De beroepspartijen vinden het efficiënter om deelnemers met beleidsmatige kennis aan te laten schuiven.

ZN stelt echter voor om het expertteam in te richten met twee deelnemers uit het veld, twee deelnemers vanuit verzekeraars en één deelnemer vanuit de NZa. Meerdere branchepartijen maken kenbaar aanwezig te willen zijn bij de pilot.

Er wordt afgesproken, dat de NZa een pilot faciliteert met de volgende deelnemers:
ANT – [redacted]
KNMT – [redacted]
ONT – [redacted]
ZN – twee deelnemers (nader te bepalen).
NVIJ is agenda lid.
Deelname door NVM wordt nagevraagd door de NZa. **Actie NZa.**

Na het pilotoverleg zal worden geëvalueerd of deze samenstelling van het expertteam het gewenste resultaat heeft.

Partijen dienen casuïstiek te verzamelen voor het expertteam. Zij kunnen deze casuïstiek voorafgaand aan het overleg sturen naar [redacted] [redacted]@nza.nl). De NZa zal dit bundelen en een agenda rondsturen.

ZN vraagt hoe er wordt omgegaan met vragen die de NZa via het Informatie en Contact Centrum ontvangt. Eenvoudige vragen of vragen waar eerder advies over is gevraagd, beantwoordt het Informatie en Contact Centrum zelf. Complexe vragen worden doorgezet naar de beleidsdirectie. Deze vragen zullen, indien blijkt dat deze inderdaad complex zijn, door de NZa worden voorgelegd aan het expertteam. Na de eerste bijeenkomst zal de NZa bezien wat voor status deze antwoorden kunnen krijgen.
De KNMT geeft aan dat zij af en toe antwoorden van de NZa voorbij zien komen, die niet kloppen. De NZa roept partijen op om deze antwoorden in te dienen voor het pilotoverleg.

4. Mondzorg voor ouderen

De NZa heeft recent overleg gehad met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Mondzorg voor ouderen staat hoog op de agenda. Vorig jaar is gesproken over een prestatie voor kwetsbare ouderen. Uiteindelijk is deze prestatie niet toegevoegd omdat er nog discussie was over de afbakening van de doelgroep door middel van een vragenlijst. Mondzorg voor ouderen komt niet terug in de wijzigingsverzoeken voor 2019. De NZa vraagt naar de stand van zaken.

ZN geeft aan, dat verzekeraars nog in gesprek zijn met de ANT en de KNMT. De KNMT en Cobijt hebben een voorstel geschreven wat een goed uitgangspunt is om hier mee verder te gaan. De gesprekken zijn vastgelopen op de bekostiging.

De KNMT wijst op het project 'De mond niet vergeten', gesubsidieerd door VWS, met als doel adequate mondzorg voor thuiswonende kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen. Er wordt gewerkt aan een meetinstrument voor de mondstatus.

De NZa vraagt naar het proces. De KNMT streeft ernaar dat in de regelgeving voor 2020 een prestatie voor deze specifieke doelgroep kan worden toegevoegd .

CONCEPT

Op dit moment ziet de KNMT geen rol voor de NZa, maar wel voor Zorginstituut Nederland (ZiNL) en VWS. Afgesproken is dat partijen de NZa aanhaken wanneer zij dit nodig achten.

Nieuwe wijzigingsverzoeken

5. Doorberekenen materiaalkosten Botox bij G67 Behandeling triggerpoint (ingediend bij NZa)

De NZa heeft het verzoek ontvangen om het berekenen van materiaalkosten van Botox bij de code G67 (Behandeling triggerpoint) mogelijk te maken.

ZN heeft schriftelijk gereageerd met vragen: Voldoet deze techniek aan de stand van wetenschap en praktijk? Is er genoeg evidence?
Zijn er nog meer situaties denkbaar waarbij met botox kan worden behandeld?

Volgens de ANT wordt dit veelvuldig toegepast, onder andere bij TMD behandeling en chronische pijnpatiënten. De botox werkt gedurende een bepaalde periode en moet herhaald worden. De KNMT vult aan, dat veel patiënten met kaakproblemen hier baat bij hebben. De kosten die gemaakt worden, moeten ook gedekt worden.
ZN ziet echter weinig aanvragen.
Volgens de ANT zou het opgelost zijn met de toevoeging van een * aan prestatie G67.

De NZa vraagt hoe de materiaalkosten van botox nu in rekening worden gebracht. De KNMT geeft aan dat de tandarts dit nu zelf betaalt. De patiënt kan ook zelf de botox kopen, waarmee de tandarts vervolgens de behandeling uitvoert. De KNMT wil juist problemen met declareren voorkomen.

ZN ziet dit de behandeling van botox (los van triggerpoint behandeling) als laatste redmiddel voor bepaalde klachten. Botox moet volgens ZN niet standaard toegepast worden. De KNMT geeft aan dat er altijd een indicatie moet zijn om een bepaalde behandeling uit te voeren.
De ANT ziet dit als één van de behandelingsmethodes.
Partijen zijn het eens dat dit toepasbaar moet zijn bij triggerpoint behandeling, maar ZN kan zich niet vinden in een standaardtoepassing van botox bij deze behandeling. Hiernaast geeft ZN aan dat de gnathologen bezig zijn met de herziening van het G-hoofdstuk, wat naar verwachting volgend jaar als wijzigingsverzoek zal worden ingediend. Als botox een veel gebruikt materiaal is, zal dit waarschijnlijk meegenomen worden in de herziening.

De ANT wijst erop, dat je niet wilt dat de keuze voor een behandeling wordt gestuurd door de tarieven. Het is nu niet mogelijk om de materiaalkosten van botox te berekenen bij prestatiecode G67.
Dit is een knelpunt. Met de toevoeging van een * is dit opgelost.
De tarievenlijst blokkeert nu de mogelijkheid om deze materiaalkosten in rekening te brengen. Uiteraard moet er een indicatie zijn voor toepassing en blijft de behandelaar verantwoordelijk voor een juiste indicatie.

De NZa vraagt de ANT en KNMT om te polsen bij hun achterban hoe de materiaalkosten van botox nu in rekening worden gebracht. Is er oneigenlijk gebruik gemaakt van andere prestaties? Staan de kosten op de tandartsrekening voor de patiënt? **Actie ANT en KNMT.**

De NZa neemt het wijzigingsverzoek in heroverweging. **Actie NZa.**

CONCEPT

6. Onduidelijkheid over combinatie J08 en J20 (wijzigingsverzoek NZa)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

Openstaande wijzigingsverzoeken

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

Een tandarts heeft bij de NZa voorgesteld om het woord *apicale* uit de omschrijving van de prestatie te verwijderen, zodat de toepassing van E63 in andere situaties (dan apicaal) declarabel is.
De KNMT stelt dat we moeten nadenken over hoe we de toepassing van MTA een plek willen geven in de regelgeving. E63 kan in principe blijven bestaan. Bij andere prestaties waar MTA van toepassing kan zijn, kan dit via een sterretje (net zoals bij E60) in rekening worden gebracht.

Volgens de ANT is een oplossing om op te nemen, dat E63 niet mag in combinatie met pulpotomie.
Gezamenlijk komen we tot de conclusie dat prestatie E63 kan blijven bestaan met dezelfde omschrijving. Bij prestatie E61, E62, E64 en E56 wordt een sterretje toegevoegd. Aan de omschrijving van deze prestaties wordt de volgende tekst toegevoegd: *De materiaalkosten van Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal kunnen afzonderlijk in rekening worden gebracht.*

De NZa verwerkt de reacties van partijen in haar voorgenomen besluit.
Actie NZa.

8. M05 Beslijpen en/of behandelen melkelement /A20 Behandeling onder algehele narcose of sedatie / R29 Confectiekroon (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

De indiener verzoekt om prestatie M05 (Beslijpen en/of behandelen melkelement) voor de zorg aan kinderen aan te passen. 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.
De NZa vraagt partijen om toe te lichten waarom zij geen voorstander zijn van het invoeren van een 5-minutentarief voor de M05?
Volgens de ANT sluit een tijdshonorering niet aan bij andere codes. Dit zie je eerder bij preventieve behandeling dan bij curatieve behandeling. Een 5-minutentarief voor curatieve zorg past niet binnen de huidige systematiek en zou een rare uitbijter zijn. M05 wordt nu per element in rekening gebracht, hierdoor kun je het element volgen. Dit kan ook een voordeel zijn voor verzekeraars. ZN vult aan dat een tijdtarief voor verzekeraars slecht controleerbaar is.

De NZa vraagt partijen om toe te lichten waarom zij zilverfluoride niet als cariës conserverend middel zien?
De NZa heeft uit de schriftelijke reacties begrepen dat partijen het niet met elkaar eens zijn over de vraag of toepassing van zilverfluoride middels het tarief van M05 wordt vergoed. Partijen kunnen zich deze uitspraak niet dusdanig herinneren. Volgens partijen is dit opgelost door de nieuwe code M30.
Volgens ZN is zilverfluriode een vrij kostbaar middel. ZN heeft gezocht naar een manier om dit declarabel te maken.

Volgens NVIJ wordt zilverfluoride te weinig gebruikt. De werking is effectief en het heeft ook een preventieve werking om behandelingen op termijn te voorkomen. Het tarief maakt het nu onmogelijk om dit te gebruiken.

Toepassing van fluoride is verdisconteerd in het tarief van M05. Gebruik van zilverfluoride kan via de M30 in rekening worden gebracht.
De NZa verwerkt de reacties van partijen in haar voorgenomen besluit.
Actie NZa.

9. A20 Behandeling onder algehele narcose of sedatie (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

De indiener heeft verzocht om prestatie A20 voor de zorg aan kinderen aan te passen. Het verzoek is tweeledig:
1. Algehele narcose is een contaminatie, want partiële narcose bestaat niet. Er is daarom sprake van 'algehele anesthesie' of 'narcose'.
2. Restauratieve behandeling van frontmelkelementen is zelden nodig en kan plaatsvinden met adhesieve materialen (géén kronen) zonder dat hier enige vorm van anesthesie voor nodig is. De indiener heeft een suggestie voor wijziging van de toelichting.
Volgens partijen past dit beter in een richtlijn. De NZa stimuleert partijen om dit op te nemen in de richtlijn.
Volgens de NVIJ wordt de richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen uit 2012 herzien, maar de richtlijn is waarschijnlijk pas in 2021 gereed. De richtlijn wordt gesplitst in drie modules: diagnostiek, preventie en behandeling. Op basis van deze onderverdeling komt dit punt pas in de derde module aan bod.

De NZa vraagt of we in de regelgeving wel al kunnen verwijzen naar de huidige richtlijn? De NVIJ denkt, dat er dan een voorschot wordt genomen op een discussie die nog beslecht moet worden.
Algehele anesthesie is een middel in het palet van behandelopties in het tandheelkundig zorgveld waarbij je aan bepaalde voorwaarden moet voldoen. Dit kan buiten het ziekenhuis. De NVIJ is geen voorstander om punten die nog ter discussie staan te vermelden in de omschrijving van de prestatie.
De ANT sluit zich hierbij aan. De ANT begrijpt wel, dat de NZa de koppeling wil maken met richtlijnen en dat zorgverleners conform deze richtlijnen moeten werken.
Deze koppeling met de richtlijn zou eventueel op een later moment als de richtlijn compleet is wel aan de orde kunnen zijn.

ZN pleit er voor om de richtlijn PSA te behouden.
De NZa geeft aan dat deze nu ook niet ter discussie staat.

De NZa verwerkt de reacties van partijen in haar voorgenomen besluit.
Actie NZa.

10. Vullingen (Wijzigingsverzoek ZN)

In de schriftelijke reactie hebben partijen aangegeven hierover in gesprek te zijn.
De NZa vraagt naar de stand van zaken.

Op korte termijn was het niet haalbaar om een voorstel te doen dat door iedereen wordt gedragen, aldus ZN. Partijen zijn het wel met elkaar eens dat de prestaties voor de vullingen anders ingericht moeten worden. ZN vraagt of de NZa bereid is om een berekening te maken van de impact van een concept voorstel. Dit is essentieel in het overleg met elkaar. Partijen kunnen de input van de NZa vervolgens gebruiken in hun vervolgoverleg.

CONCEPT

De KNMT stelt voor om gezamenlijk te kijken naar de beschikbare gegevens en data. Een essentiële aanpak vraagt een impactanalyse. De NZa is bereid om mee te denken in de genoemde conceptfase en wordt graag op de hoogte gehouden door partijen. **Actie partijen.**

11. J26 Moeizaam verwijderen implantaat (Wijzigingsverzoek ZN)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

12. Axx (Wijzigingsverzoek ANT)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

13. P45 (Noodkunstgebit) naar 'volledige kunstgebit' (Wijzigingsverzoek ANT)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

14. Clustering: J21 (Plaatsen elk volgend implantaat in dezelfde kaak, door dezelfde wond) en J22 (Plaatsen elk volgend implantaat in dezelfde kaak, andere wond) (Wijzigingsverzoek ANT)

De ANT heeft een gewogen tarief voorgesteld bij clustering van J21 (€ 77,29) en J22 (€ 108,40). De NZa heeft de verhoudingen opgevraagd bij Famed.

Jaar 2016	Famed	NZa
J21	0,60	0,68
J22	0,40	0,32
Jaar 2015	**Famed**	**NZa**
J21	0,69	
J22	0,31	

De Vektisdata bevat veel meer aantallen J21 en J22 dan de data van Famed. In de Famed data is het aantal prestaties J21 en J22 in 2016 gehalveerd ten opzichte van 2015.
NZa heeft nog een vraag uitstaan bij Famed over het jaar 2016 en de verhouding tussen 2015 en 2016.

De ANT waardeert het als inzichtelijk wordt gemaakt wat daar de precieze verhouding is.
De NZa geeft aan dat Famed alleen toestemming heeft gegeven voor het delen van de verhouding en niet de aantallen.

Kunnen we concluderen dat de Vektis data representatiever is?
De NZa houdt de Vektis data aan voor het gewogen gemiddelde. J21 en J22 worden geclusterd met een gewogen gemiddelde van 18,5 punt.
De NZa doet een voorstel in de concept regelgeving. **Actie NZa.**

15. Clustering: R80 (Temporaire, eerste voorziening) en R85 (Temporaire, volgende voorziening) (Wijzigingsverzoek ANT)

De ANT heeft voorgesteld om deze clustering ook voor te leggen aan Famed.

De NZa vraagt waarom Famed een andere verhouding zou hebben dan Vektis.

CONCEPT

De KNMT merkt op, dat bij clusteren er vanuit wordt gegaan dat er in veel gevallen twee of meer voorzieningen worden gedaan. Dit geldt bij de R80 in veel beperktere mate dan bij J21/J22. Bij J21/J22 gaat het namelijk bij beide prestaties om het plaatsen van het volgende implantaat en dus niet om het plaatsen van het eerste en de volgende voorziening zoals bij R80 en R85 het geval is. De NZa begrijpt dat deze clustering anders beoordeeld moet worden. De tweede voorziening is lager getarifieerd, omdat er bepaalde voordelen zouden zijn. Volgens de ANT is dit voordeel uiterst beperkt, want elke noodvoorziening moet aan dezelfde eisen voldoen.

De voorkeur van de deelnemers uit het overleg gaat uit naar het niet wijzigen van deze prestaties, ofwel om deze prestaties niet te clusteren.

De NZa verwerkt de reacties van partijen in haar voorgenomen besluit.
Actie NZa.

16. Clustering: J30 (Bindweefseltransplantaat, eerste) en J31 (Volgende bindweefseltransplantaat) (Wijzigingsverzoek ANT)

De ANT heeft verzocht om J30 (€ 98,97) en J31 (€ 47,13) te clusteren met behoud van prijs J30.
Wij begrijpen uit de reactie van partijen dat het tarief van J30 alleen moet gelden in die situaties dat er bij J31 ook apart weefsel wordt geoogst.
ZN geeft hierbij aan, dat dit meestal niet het geval is. De ANT vult aan dat het geoogde bindweefsel intact moet worden gelaten. Dat kan je niet knippen of in meerdere delen snijden, want anders is de kans dat dit weefsel necrotisch wordt (afsterft) veel te groot.

De NZa vraagt of de toevoeging 'per donorplaats' een oplossing biedt. Volgens ZN is dit niet het geval.

De NZa verzoekt partijen om uiterlijk 25 april a.s. schriftelijk te reageren.
Actie partijen.

17. Clustering: J24 (Plaatsen volgende Healing Abutment (wondheler), dezelfde wond) en J25 (Plaatsen volgende Healing Abutment (wondheler), andere wond) (Wijzigingsverzoek ANT)

De ANT heeft clustering van J24 (€ 23,56) en J25 (€ 42,42) voorgesteld. Het nieuwe tarief zou een gewogen tarief moeten zijn op basis van de data. De NZa heeft op basis van Vektis-data een nieuwe puntwaarde van 7,24 berekend als gewogen gemiddelde van J24 en J25.

De NZa verzoekt partijen uiterlijk 25 april a.s. schriftelijk te reageren.
Actie partijen.

18. Toevoegen prestatie 'Bepaling stabiliteit implantaat middels ISQ-meting. (Wijzigingsverzoek ANT)

De ANT stelt voor om een prestatie op te nemen voor 'Bepaling stabiliteit implantaat middels ISQ-meting met puntwaarde 1 en met een *.
De NZa vraagt welke materiaal- en techniekkosten van toepassing zijn.
De ANT wijst op de kosten van € 5,- a € 6,- voor de meting. De meting heeft een meerwaarde, maar wordt niet bij alle behandelingen toegepast. Het vindt plaats op indicatie, daarom is een aparte code passender.

ZN geeft aan dat de ISQ-meting als aparte prestatie alleen in combinatie met J20 (Plaatsen eerste implantaat per kaak), J21/J22 en J27 (Vervangen implantaat) in rekening kan worden gebracht. Moet dit niet ook gelden voor de J80?

CONCEPT

Partijen geven aan dat dit bij de J80 niet van toepassing is. In de omschrijving kan worden toegevoegd dat de ISQ meting één keer per implantaatbehandeling in rekening mag worden gebracht.

De NZa vraagt of een prestatie met puntwaarde 2 zonder sterretje niet logischer is. Partijen gaan hiermee akkoord.

De NZa doet een voorstel in de concept regelgeving. **Actie NZa.**

19. Plaatsen en verwijderen (draad)spalk (Wijzigingsverzoek KNMT)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

20. V40/M30/M10 (Wijzigingsverzoek KNMT)

De NZa heeft een voorstel gedaan op basis van reacties in het vorige TO en de schriftelijke reacties. De NZa brengt het puntenaantal aan de orde: V40 heeft 1 punt, M30 zou 1 punt moeten krijgen en M40 telt 2,5 punt. Dit zou betekenen, dat uitvoering van vijf keer M30 meer oplevert dan één keer M40. Is dit wenselijk?

De ANT vraagt of M40 niet voor het hele gebit kan gelden in plaats van per kaak.
De NZa vraagt wat er in rekening wordt gebracht als je één kaak behandelt.
Volgens de ANT wordt dan de M40 in rekening gebracht.
Als M40 wordt opgenomen voor het gehele gebit dan kan er niet meer per kaak behandeld worden. De ANT ziet graag onderscheid tussen M30 voor behandeling tot vijf elementen en M40 voor behandeling voor meer dan vijf elementen.

ZN geeft aan dat bij M30 wordt behandeld met fluoridelak of –nis en dat bij M40 met fluoridegel wordt behandeld. De werking van deze verschillende soorten fluoride is anders. De NZa vraagt of de toepassing van lak/vernis meer tijd kost?
De effectiviteit is groter bij lokale toepassing, aldus de NVIJ. Het behandelen van elementen met M30 kost meer tijd dan met M40. M30 betekent namelijk een behandeling per element en middels M40 wordt in een keer de gehele kaak behandeld.

M30 en M40 hoeven niet te worden uitgesloten van elkaar.
De NVIJ wijst erop, dat het om vijf per zitting gaat. De tandarts kan de patiënt laten terugkomen op een andere dag.

De NZa stelt voor om geen verdere beperkingen op te leggen aanvullend op het voorstel, maar om wel te monitoren in welke mate V40, M30 en M40 bij patiënten in rekening gebracht worden.
De NZa doet een voorstel in de concept regelgeving. **Actie NZa.**

21. E98 Materialen voor thuisbleken (Wijzigingsverzoek KNMT)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

22. C84 Voorbereiding behandeling onder algehele narcose (Wijzigingsverzoek KNMT)

De KNMT stelt voor om in de omschrijving van C84 de tekst "in een erkend ziekenhuis" te schrappen. Waar vindt de behandeling plaats als deze niet in de tandartspraktijk en niet in een erkend ziekenhuis plaatsvindt?

De NVIJ wijst op de terminologie; algehele verdoving en algehele anesthesie is verschillend. Vorig jaar is besloten om de term verdoving te gebruiken.

CONCEPT

De term Algehele anesthesie is de term die in het veld gebruikt wordt, aldus ZN.
De NZa past de terminologie aan in prestatie C84 en A20. **Actie NZa.**

De KNMT wijst op instellingen en medisch specialistisch centra waar voorzieningen zijn om deze behandeling uit te voeren. Het gaat om de behandeling buiten de eigen praktijk.
De NZa vraagt of dit niet valt onder A20.
Volgens de KNMT kun je deze toepassing niet declareren. De tijd die het kost om een behandeling onder narcose te organiseren buiten de eigen praktijk kan in rekening worden gebracht middels prestatie C84 en niet middels A20.
ZN vraagt of dit zich in de praktijk vaak voor doet.
Partijen komen tot de conclusie dat deze situaties uitzonderingen zijn. Als een tandarts een patiënt niet in zijn eigen praktijk onder narcose kan behandelen, dan wordt de patiënt meestal verwezen naar een praktijk waar dit wel mogelijk is. De behandeling wordt dan ook door deze praktijk uitgevoerd en niet door de eigen tandarts.

Er wordt besloten om dit wijzigingsverzoek te laten vervallen, aangezien er eigenlijk geen probleem is.

23. P27 Reoccluderen (Wijzigingsverzoek ONT)

P27 kan alleen berekend worden als de behandelaar deze handeling ook uitvoert. Reoccluderen wordt eigenlijk altijd al in de techniekfase gedaan en daar ook berekend door het tandtechnisch laboratorium.
Prestatie P27 komt in 2016 ruim 52 duizend keer voor in de declaratiedata van Vektis.

De NZa vraagt de KNMT om toe te lichten waarom zij geen reden tot schrappen ziet.
Volgens de KNMT is het aantal substantieel en is dit genoeg reden om deze prestatie niet zomaar te schrappen.

De ONT is verbaasd over het hoge aantal.
De NZa vraagt of de code dubbel wordt gerekend?
Volgens ONT is dit mogelijk.

De NZa vraagt of ZN de cijfers herkent.
ZN herkent de declaraties en sluit zich aan bij de verklaring van de ONT.

De NZa stelt voor om de prestatie te schrappen. De ANT en de KNMT worden uitgenodigd om schriftelijk te reageren. **Actie ANT en KNMT.**

24. P28 Naregistratie en remounten (Wijzigingsverzoek ONT)

P28 wordt meegenomen in de bespreken van agendapunt 25.

25. P38, P39, P41, P42, P43 (Wijzigingsverzoek ONT)

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 afdrukken.
De NZa is voornemens om deze prestaties te verwijderen indien ze niet meer gebruikt dienen te worden.

De ANT voorziet een probleem als voor het vervaardigen van kwalitatief

CONCEPT

goede protheses als deze prestatiecodes worden geschrapt. Deze codes zijn nodig als een patiënt bijvoorbeeld geen prothese op implantaten wil. De KNMT is geen voorstander van het schrappen van deze codes.

De NZa vraagt of het mogelijk is om deze prestaties beter af te bakenen voor de specifieke doelgroep waarvoor ze van toepassing zijn.
Volgens de ONT kunnen ook complexe protheses gemaakt worden met de reguliere codes. De ONT vindt de aantallen opvallend hoog.

Partijen hebben hierover met elkaar gesproken, maar zijn niet tot overeenstemming gekomen.

De NZa vraagt of partijen hun achterban kunnen attenderen op het in rekening brengen van deze P-codes en in het bijzonder prestatiecode P43. Als voorbeeld noemt de NZa een factsheet. Partijen denken na over de communicatie van dit signaal en komen hier op terug. **Actie partijen.**

26. Onduidelijkheid bij de code J70 (Opvullen zonder staafdemontage) (Wijzigingsverzoek ONT)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

27. Vervangen van een abutment (Wijzigingsverzoek ONT)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

28. Maken en beoordelen foto's in losse prestaties (Actiepunten NZa uit TO 22 november 2017)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

29. P37 Frontopstelling in aparte zitting (Actiepunten NZa uit TO 22 november 2017)

Partijen zijn verzocht om schriftelijk te reageren vóór 25 april 2018.

30. P65 Planmatig inslijpen van het bestaande kunstgebit (Wijzigingsverzoek ONT)

Kan de prestatie P65 alleen berekend worden bij een prothese die niet is geplaatst door dezelfde behandelaar? Deze bepaling is niet in de regelgeving opgenomen, aldus de NZa.
ZN stelt voor om in de prestatieomschrijving van P65 op te nemen dat deze prestatie niet in rekening gebracht mag worden door dezelfde behandelaar die het kunstgebit heeft geplaatst. De NZa heeft uit de reactie van de ONT opgemaakt dat de prestatie ook verricht kan worden door de zorgverlener die het kunstgebit heeft geplaatst. De NZa vraagt of ZN nog iets wil wijzigen?

De ANT stelt voor om toe te voegen dat dit pas twee maanden na plaatsing kan. De andere partijen stemmen hiermee in. De NZa neemt dit op in haar voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

Tot slot

[redacted] (ANT) verlaat het overleg.

31. Rondvraag

De NZa nodigt partijen nogmaals uit om uiterlijk 25 april a.s. schriftelijk te reageren.

De ANT nodigt de NZa uit om een dag mee te lopen in de praktijk van een bestuurslid. De NZa bedankt voor de uitnodiging en gaat hier graag op in.

CONCEPT

De KNMT vraagt naar de stukken voor het overleg over de monitor mondzorg. De NZa verzoekt de KNMT om direct te schakelen met [redacted] (NZa).

De ONT vraagt naar de regelgeving tandtechniek in eigen beheer.
De NZa legt deze regelgeving voor tijdens de consultatieronde in mei.

ZN merkt op, dat in de Vektisdata niet bij iedere prestaties is opgenomen welke kaak dit betreft. Er zou ook aangegeven moeten worden of dit de onder- of bovenkaak betreft. Ook betreffende de elementlijst zijn er verschillen tussen Vektis en de NZa-lijst. Dit wordt aangepast door Vektis en opgepakt door ZN.

32. Afsluiting

De NZa bedankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit het overleg.

CONCEPT

Nederlandse Zorgautoriteit

Technisch overleg Tandheelkundige zorg
Datum: 7 maart 2018
Tijd: 09.30-11.30 uur
Locatie: NZa, zaal 006

Aanwezig
[redacted] (ANT), [redacted] (KNMT); [redacted] (ONT), [redacted] (beiden ZN), [redacted] (voorzitter) [redacted] (allen NZa).

1. Opening en mededelingen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heet alle deelnemers welkom bij het Technisch Overleg (TO) Tandheelkundige zorg.

De NZa licht het proces voor de komende periode toe.
Partijen worden verzocht om de aanvullingen op wijzigingsverzoeken en nieuwe wijzigingsverzoeken uiterlijk 28 maart a.s. schriftelijk aan te leveren. Het volgende TO is gepland op woensdag 18 april 2018 om 09.30 uur, locatie NZa. Vervolgens vindt begin mei een consultatieronde over de regelgeving plaats. De regelgeving tandtechniek in eigen beheer wordt meegenomen in deze consultatie.
Dit proces is helder voor partijen.

De NZa heeft veel wijzigingsverzoeken ontvangen. Een aantal wijzigingsverzoeken is onvoldoende onderbouwd. De NZa vraagt partijen om een onderbouwing. De NZa merkt op dat gezamenlijke verzoeken ontbreken. Graag ontvangt de NZa ook visies van andere partijen op de wijzigingsverzoeken die onbesproken blijven. **Actie partijen.**

2. Vaststelling verslag TO d.d. 22 november 2017

ZN wijst op: "*De NVM heeft één toevoeging op de agenda: 1. AGB-code van de uitvoerder (behandelaar) op de nota*", op pagina 1 van het verslag.
ZN is het hiermee eens en vraagt of dit hier aan de orde komt.
Volgens partijen past de bespreking hiervan beter bij het Correct declareren overleg. De NZa schuift ook aan bij dit overleg.

De ANT wijst op: "*De ANT meent dat een combinatie van J27 en J16 ook mogelijk zou moeten zijn. NZa komt hier op terug en neemt indien nodig contact op met de ANT.*", pagina 5 van het verslag.
Dit punt staat in de notitie met totaaloverzicht van ingediende wijzigingsverzoeken.

Het verslag wordt ongewijzigd vastgesteld.

3. Voorstel expertteam (actie partijen)

De NZa vraagt naar de stand van zaken.

Volgens de ONT is het expertteam ook besproken tijdens het directeurenoverleg correct declareren.
De ANT bespeurt onvoldoende draagvlak bij de achterban voor een expertteam als apart, zelfstandig orgaan. De ANT ziet een verband met dit (technisch) overleg, maar heeft dit niet uitgewerkt.

De KNMT vraagt naar de positie van een dergelijk expertteam. Als dit vanuit de koepels wordt georganiseerd, dan is het meer van hetzelfde als wat er bij een technisch overleg gebeurt. Maar als het buiten de koepels wordt georganiseerd dan hebben partijen hier geen rol in.
Als het een apart, zelfstandig orgaan is, dan verhoudt dit zich slecht met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en moet de NZa alsnog de gegeven adviezen formeel bekrachtigen.

De NZa wijst erop dat het, zoals eerder ook al aangegeven, juridisch niet mogelijk is om een expertteam als zelfstandig orgaan, los van de NZa op te richten.

De ANT ziet een duidelijk onderscheid in de onderwerpen die bij een expertteam aan de orde zouden moeten komen: concrete gevallen over bestaande tarieven en correcte uitleg van bestaande tarieven.

ZN benadrukt behoefte te hebben aan een expertteam. Het moet niet te hoog worden ingestoken, maar dienen als een bespreekplatform.
ZN stelt een expertteam voor van bijvoorbeeld drie leden (één veldpartij, één verzekeraar en één NZa) of vijf leden (twee veldpartijen, twee verzekeraars en één NZa-er).

De NZa geeft aan verbaasd te zijn dat dit onderdeel niet opgepakt is, terwijl partijen het belang hiervan allen de vorige keer onderstreepten. De NZa stelt een pilot voor, een overleg bijvoorbeeld eens per vier weken. De NZa is geen eigenaar van dit overleg, maar het is een gemeenschappelijk product. Alle partijen moeten hier input voor leveren. De ANT vult aan, dat concrete casussen ook per e-mail voorgelegd kunnen worden. De NZa merkt op, dat er dan dus geen vragen meer vanuit partijen via de Informatielijn komen, maar dat deze in het pilotoverleg worden besproken. De vragen van individuele zorgaanbieders en patiënten kunnen ingebracht worden door de NZa.
Hiermee stimuleer je gezamenlijke verzoeken, aldus ZN.
Partijen zijn het eens met het voorstel van de NZa en laten hun planning en afvaardiging weten. **Actie partijen.**

<u>Nieuwe wijzigingsverzoeken</u>

De KNMT verzoekt de NZa om de wijzigingsverzoeken, die de NZa ontvangt te delen op de gestelde deadline. De NZa zal in het vervolg hier rekening mee houden.

4. E63 Toeslag voor afsluiting met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

Een tandarts heeft bij de NZa 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 (Toeslag voor afsluiting met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of een vergelijkbaar biokeramisch materiaal) in andere situaties (dan apicaal) declarabel is.

De NZa vraagt hoe andere partijen tegenover dit voorstel staan.
E63 is toegevoegd voor een specifieke situatie,namelijk het apciaal afsluiten met MTA, aldus de KNMT. MTA kan als afsluitmiddel ook in andere situaties gebruikt worden, dan kan dit via het sterretje (*) in rekening worden gebracht. Dit is vorig jaar bij prestatie E60 mogelijk gemaakt. De NZa vraagt om een schriftelijke toelichting voor 28 maart 2018. **Actie partijen.**

5. G64 Controlebezoek spalk inclusief kleine correcties (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

Er is onduidelijkheid over het in rekening brengen van prestatie G64 (Controlebezoek spalk inclusief kleine correcties). 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.

De NZa is van mening, dat het mogelijk moet zijn om prestatie G64 in combinatie met G69 (Opbeetplaat) in rekening te brengen zonder dat een uitgebreid functie-onderzoek heeft plaatsgevonden. De NZa wil dit verduidelijken in de regelgeving.
Partijen zijn het eens met deze verduidelijking. De NZa neemt haar standpunt over in haar voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

6. J50 Boven- en onder klikgebit (wijzigingsverzoek ingediend bij NZa)

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

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?

Volgens de ONT is verduidelijking goed; er komen wel eens vragen over.
De KNMT merkt op, dat uit de toelichting wel blijkt dat het gaat om een klikgebit en een conventionele prothese. Een klikgebit in beide kaken in dezelfde zitting is niet mogelijk.
De NZa neemt haar standpunt over in haar voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

ZN doet een voorstel om J50 te schrappen in verband met de 17% eigen bijdrage die niet wettelijk bepaald is en niet wordt genoemd in regelgeving.
Dit traject is al doorlopen, volgens de NZa. De ONT vult aan, dat dit veel problemen geeft in de uitwerking en splitsing van de tandtechniek. Ook de verschillen in honoraria in het P- en J-hoofdstuk geven problemen

7. 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.**

8. R73 Aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in schildje (ZN)

De zorgverzekeraars menen, dat deze verrichting is gekoppeld aan een schildje. Toevoegen: "*Deze toeslag kan uitsluitend in rekening worden gebracht in combinatie met R78 (Schildje van keramiek of kunststof, zonder preparatie) of R79 (Schildje van keramiek of kunststof, met preparatie).*"

De NZa ontvangt regelmatig signalen dat deze prestatie onduidelijk is. De NZa is van mening dat de toevoeging van ZN de prestatie verduidelijkt.
De ANT en de KNMT wijzen op de combinatie van R73 met R71 (Vernieuwen porseleinen schildje, reparatie metalen/porseleinen kroon in de mond). ZN is het hiermee eens.

ZN vraagt naar de combinatie van R73 met R72 (Vernieuwen schildje van plastisch materiaal). Partijen komen tot de conclusie dat R72 niet in combinatie met R73 in rekening kan worden gebracht.
De NZa is voornemens om naast de combinatie met R78 en R79 ook de combinatie R71 op te nemen in een voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

9. P17 Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur (ZN)

ZN stelt voor om een * toe te voegen aan prestatie P17 (Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur).

Volgens de ONT is het geen probleem om de splitsing te maken. De ONT merkt op dat bij prestatie P14 (Individuele afdruk met randopbouw) eigenlijk ook een * hoort.
De ONT ziet wel een administratief probleem. Laboratoria leveren vaak één clustertarief op de nota aan bij de tandarts. Het is een lastige exercitie voor de tandarts om die code hier uit te filteren.
De ANT sluit zich hierbij aan. Dit levert een administratieve last op.

De KNMT vraagt waarom ZN dit nodig heeft.
ZN wil meer inzicht in materiaalkosten, maar is ook van mening dat verzwaring van de administratieve lasten voorkomen moet worden.
Partijen zijn het met elkaar eens dat er geen * wordt toegevoegd bij prestatie P17.
De NZa is voornemens om deze prestatiestructuur niet te wijzigen.

10. Vullingen (ZN)

ZN stelt voor om de vullingen prestaties te herzien en per vlak in te richten in plaats van per vulling. In een vlak kunnen meerdere vullingen plaatsvinden. Dit maakt het oncontroleerbaar voor de patiënt en verzekeraars. De NZa krijgt ook veel vragen over vullingen.
ZN heeft eerder aan partijen voorbeelden aangeleverd, waarbij één-, twee-, drie- en viervlaks vullingen werden aangelegd op dezelfde dag. Dit zijn tien vlakken.
Volgens de KNMT is dit een extreem geval. De ANT vult aan, dat er ook zes en zeven vlakken kunnen worden gevuld in één element. Het gaat om de daadwerkelijk gemaakte vulling. Het gaat ver om te denken dat er anders wordt gedeclareerd dan dat er daadwerkelijk vervaardigd wordt. Als er twee of drie vullingen in één element vervaardigd worden dan is het prima om de vlakken te benoemen, maar de ANT pleit niet voor een maximum. ZN pleit hier juist wel voor. De huidige systematiek komt uit een andere tijd en past niet meer bij deze tijd en moderne restauraties.

ANT wijst op een voorbeeld uit de praktijk, waarbij de hoeken van twee voortanden worden gevuld. Dan is er sprake van twee drievlaksvullingen en zijn zes vlakken gevuld. Het is uitlegbaar aan de patiënt. Advies aan de patiënt is dan ook om de tandarts te vragen om duidelijkheid te geven. Volgens de KNMT lost dit het probleem niet op. Dan laat je de patiënt nog een keer terugkomen.
ZN wijst erop, dat het geen bezuiniging hoeft te zijn. Over het algemeen is het heel onduidelijk voor de patiënt wat er gebeurd is. Het is niet uitlegbaar, behoudens het genoemde voorbeeld van de ANT.
ZN ziet graag dat de vlakvermelding ook genoteerd wordt.
De ANT wil voorkomen, dat er wordt gezegd dat het vlak al een keer is gevuld dus dat daar geen nieuwe vulling in geplaatst kan worden. De NZa geeft aan dat dit ook niet de bedoeling is; het gaat op het aantal gevulde vlakken *per zitting*.

Vooruitlopend op de monitor wijst de NZa op een zichtbare verschuiving. Er zijn steeds meer complexere vullingen. De NZa vindt het wenselijk om met elkaar na te denken of de huidige manier van declareren nog goed is.

NZa vraagt ZN om voor het volgende TO casussen voor te leggen die in de praktijk voorkomen en hier een alternatief voorstel voor te maken. **Actie ZN.**

11. J26 Moeizaam verwijderen implantaat (ZN)

Voorstel ZN:
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.

De ANT vraagt wat 'als zelfstandige verrichting' toevoegt. Wat wordt er precies bedoeld met zelfstandig? De ANT verwacht ruis en vragen over dit begrip. Dit begrip kan komen te vervallen. Volgens de ANT komt het in de praktijk vaak voor, dat de tandarts een implantaat verwijdert en direct een nieuwe plaatst. Dit kan onduidelijk zijn. De tandarts moet niet de indruk krijgen dat dit niet zou kunnen.

Volgens de NZa staat dit begrip nu ook in de beleidsbepaling. De NZa probeert de herkomst van dit begrip in de huidige prestatiebeschrijving te achterhalen. **Actie NZa.**

Er volgt discussie over het begrip moeizaam. Wanneer is het moeizaam en wanneer eenvoudig? Zijn er criteria?
Volgens ZN is dit moeilijk te definiëren en ziet dit ook terug in de aanvragen. Het is moeizaam als er bot weggehaald moet worden.
ANT wijst ook op de setjes die gebruikt moeten worden.

Het moet niet gekoppeld worden aan de zorgverlener, aldus ZN. Andere partijen sluiten zich hierbij aan.

De ANT en ZN komen samen met een voorstel over de omschrijving van J26. **Actie ANT en ZN.**

<u>J07 Toeslag kosten boren voor eenmalig gebruik of toeslag kosten inzetstukken van een "Implant Removal Set" voor eenmalig gebruik</u>
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.

Tijdens het vorige TO is 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.

De NZa ziet 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.

Volgens de ANT is dit gekoppeld aan het type systeem dat de tandarts gebruikt. ZN vult aan, dat sommige inzetstukken universeel zijn.

Een maximumtarief heeft het nadeel dat het nooit de kosten dekt, aldus KNMT. Je betaalt of te veel of te weinig. De ANT is ook geen voorstander van een maximumtarief. Partijen zijn het erover eens dat een * bij J07 wenselijk is. De tandarts heeft er immers geen belang bij om een duurdere of goedkopere implant removal set te gebruiken.
De NZa zal deze input meenemen en komt met een voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

12. Verwijderen H42 (Wortelpuntoperatie, per tandwortel, zonder afsluiting) en H43 (Wortelpuntoperatie, per tandwortel, met ante of Retrogradeafsluiting) (ANT)

De ANT stelt dat de prestaties H42 en H43 kunnen vervallen aangezien dit al declarabel gemaakt is d.m.v. E31 t/m E34 (E31 (Snij-/ hoektand) E32 (Premolaar), E33 (Molaar), E34 (Aanbrengen retrograde vulling)).

De ANT licht toe, dat H42 en H43 verouderde methodes beschrijven. Deze methodes zijn verbeterd en vinden hun honorering in het E-hoofdstuk. Bij de introductie van het E-hoofdstuk (2004) is deze dubbeling ontstaan.

Worden deze codes nog gedeclareerd en zo ja, in welke mate?
De verwachting is dat dit heel weinig voorkomt. De NZa vraagt hoe we dit aantal dan gaan duiden. ZN zoekt op in de Vektisdata hoe vaak deze prestaties in rekening worden gebracht.
Is een onderscheid tussen wel of geen microchirurgie mogelijk?
Microchirurgie wordt niet gedefinieerd. Daar kunnen ook weer vragen over ontstaan.

Volgens ZN is er wel een verschil tussen de genoemde E en H prestaties, namelijk de microchirurgie. Als de codes worden verwijderd, moet duidelijk zijn dat E31 tot en met E34 hiervoor aangewezen zijn. Dit betekent wel dat de verrichting altijd door middel van microchirurgie uitgevoerd dient te worden. Partijen geven aan dat dit wel volgens de 'state of the art' is. Bovendien vinden de nieuwe technieken hun honorereing in het E-hoofdstuk De NZa kan dit toelichten in een circulaire bij het eventueel schrappen van de genoemde H-codes.
ZN heeft in de Vektisdata de volgende aantallen gevonden:

	H42	**H43**	**E31**	**E32**	**E33**
Basisverzekering	8	11	32	4	461
Aanvullende verzekering	516	477	424	334	10

Uit de Vektisdata blijkt dat de prestaties H42 en H43 dus niet zo geschrapt kunnen worden. Partijen gaan bij hun achterban na of prestatie E31 tot en met E34 *volledig* ter vervanging kunnen dienen van H42 en H43. **Actie partijen.**

13. T91 (Pocketregistratie) en T92 (Parodontiumregistratie) (ANT)

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.

Het bezwaar van de ANT zit vooral op het woord 'chirurgie'. Dit kan ook de keuze zijn van een patiënt.
De KNMT vraagt naar het vervolg. Volgens de ANT staat het ook al onder B. De extra aanscherping dat 'het alleen bij chirurgische paradontale behandelingen is', moet verdwijnen.
ZN vindt dit logisch.

Partijen zijn het met elkaar eens dat T91 en T92 niet alleen ingezet dienen te worden bij parodontale chirurgie.

De NZa neemt de input mee en komt met een voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

14. P45 (Noodkunstgebit) naar 'volledige kunstgebit' (ANT)

De ANT stelt voor om de prestatie voor het noodkunstgebit te verplaatsen naar onderdeel A 'Volledig kunstgebit'. De NZa vraagt om een toelichting.

Volgens de ANT staat P45 optisch verkeerd; het betreft een volledig kunstgebit en hoort daarom in onderdeel A. Een ander probleem is dat het onderscheid tussen een noodprothese en een immediaat niet duidelijk is bij het veld. Er komen vragen over.

Volgens de ONT zou een noodprothese beter omschreven kunnen worden als een immediaat prothese met meer dan acht immediaat vervangen elementen. Bij minder dan acht immediaat vervangen elementen breng je P21 – P25 in rekening met toeslag P40. Wellicht kan ook enkel het begrip 'noodkunstgebit' aangepast worden.
Een noodkunstgebit kan nooit een partiële prothese zijn. De codes die aanvullend bij volledige protheses in rekening kunnen worden gebracht zijn echter niet allemaal van toepassing bij P45. Partijen geven aan dat allen P40 een mogelijke combinatie is met P45.
Partijen reageren met een schriftelijk voorstel over plaatsing en aanpassing van P45 en de gevolgen hiervan **Actie partijen.**

15. Clustering (ANT)

De NZa vindt het goed om te zien dat de ANT nadenkt over het clusteren van prestaties en staat hier open voor.
De NZa is benieuwd hoe andere partijen hier tegenover staan en vraagt om schriftelijke reacties. **Actie partijen.**

De ANT licht de verschillen in tarief toe. In de gevallen waar de tweede handeling vergelijkbaar is met de eerste handeling, waarbij de patiënt al in de stoel ligt en je al aan het werk bent, dan is het relatief minder werk om de tweede verrichting te doen. Dan past een gewogen gemiddelde. Maar in het geval er twee keer zoveel werk wordt verricht dan is het hoogste tarief passend.

De NZa vraagt of het vervolgtarief dan te laag is voor sommige prestaties. Volgens de ANT is dit het geval en wijst op R80 (Temporaire, eerste voorziening) en R85 (Temporaire, volgende voorziening). Een tweede noodkroon maken is net zoveel werk als een eerste noodkroon.
Dit tarief is ontzettend laag.

NZa vraagt de ANT om meer duiding en verneemt graag de schriftelijke reacties van andere partijen. **Actie partijen.**

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 stegcontructie 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

ZN begrijpt dit verzoek van de tandartsen, maar is geen voorstander van deze clustering in verband met de grote verschillen in de kosten van de tandtechniek.

16. V40/M30/M10 (KNMT)

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

Tijdens het vorige TO hebben we echter ook gesproken over het samenvoegen van prestatie M10 (Fluoridebehandeling, methode I) en M20 (Fluoridebehandeling, methode II). 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 tarief is daarom de helft van het tarief van prestatie M10.

Vanaf 1 juli 2018 mogen tandartsen in de EU geen amalgaamvullingen meer gebruiken bij kinderen tot 15 jaar, zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven. Het onderhoud aan deze vullingen moet echter wel declarabel blijven, dus de prestaties moeten blijven bestaan.

De ANT merkt op dat, de zinsnede '*inclusief voorafgaande mondreiniging'* in M40 tot veel discussie kan leiden.
Er is discussie over de combinatie met M03. De KNMT krijgt vragen over declaraties van combinaties M10 en M03 die worden afgewezen.

Er ontstaat discussie over mond- en gebitsreiniging. Volstaat in plaats van 'inclusief voorafgaande mondreiniging' de woorden 'inclusief polijsten'? Partijen geven hier hun akkoord op.

M30 kan gemaximeerd worden, maar dan moet er wel een alternatief zijn. De NZa vraagt partijen hoe dit ingevuld kan worden?
Volgens de ANT kan M30 dan dienen voor behandeling van maximaal 5 elementen en M40 voor behandeling vanaf 5 elementen (twee keer M40 voor het gehele gebit).

De NZa vraagt of de omschrijving van de prestaties nog aangepast moeten worden om te verduidelijken dat M30 voor maximaal 5 elementen is en M10 en M20 zijn alleen bedoeld voor fluoride of chloorhexidine. M30 is ook aangewezen voor toespassing van andere medicamenten. KNMT stelt voor om de behandelingen van fluoride en chloorhexidine te maximaliseren tot vijf elementen. M40 is dan aangewezen voor behandeling van meer dan 5 elementen. Bij behandeling van zilverfluoride moet geen maximum gelden.

Partijen komen met een schriftelijke reactie en voorstel. **Actie partijen.**

17. H-codes (KNMT)

Bij de wijzigingen per 2013 in het H-hoofdstuk is opgenomen dat code H21 (Kosten hechtmateriaal), extra in rekening kan worden gebracht bij de H-codes, met uitzondering van de toen nieuw ingevoerde codes H11 (Trekken tand of kies) en H16 (Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant). Bij die andere H-codes is in de omschrijving opgenomen inclusief hechtingen.

Dit kan leiden tot verwarring in combinatie met de code H21. De KNMT stelt voor om 'inclusief hechtingen' te vervangen door' inclusief hechten'.

De NZa snapt dat hier verwarring over kan bestaan en staat open voor deze verduidelijking. Partijen zijn het eens met het wijzigingsverzoek.

De NZa zal dit opnemen in haar voorgenomen besluit. **Actie NZa.**

18. P38, P39, P41, P42, P43 (ONT)

De ONT vraagt zich af of 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) nog wel bestaansrecht hebben. Deze codes hebben hun historie uit de tijd dat er nog protheses gemaakt werden zonder individuele afdrukken en worden niet meer gebruikt.

De ANT is van mening dat sommige van deze verrichtingen wel kunnen voorkomen bij het vervaardigen van een prothese. Als dit wordt uitgevoerd, moet het wel mogelijk blijven om dit in rekening te brengen. P41 en P42 kunnen verwijderd worden, volgens ANT. Toeslag voor P43 moet mogelijk blijven. De ANT komt hier schriftelijk op terug. **Actie ANT**.

P27 (Reoccluderen) en P28 (Naregistratie en remounten) worden ook besproken. Deze verrichtingen worden nog door enkele tandartsen uitgevoerd, maar deze tandartsen hebben wel veel patiënten. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die geen kunstgebit op implantaten willen. Door het schrappen van deze prestaties dwing je men tot een implantaat. Is dat wenselijk, vraagt de KNMT. Deze tandartsen gebruiken deze codes om toch uit te komen met het tarief.
ZN ziet dit liever als een aanvraag van bijzondere tandheelkunde.
De ANT vindt het belangrijk dat er aan zulke protheses aandacht besteed kan worden. Er zijn patiënten die geen implantaten willen.

R28 en R29 zijn onderdeel van de schriftelijke reacties. **Actie partijen.**

19. Onduidelijkheid bij de code J70 (Opvullen zonder staafdemontage) (ONT)

De ONT merkt op, dat sommige verzekeraars willen dat als de matrix in de prothese vervangen wordt dat er dan naast de J70 (Opvullen zonder staafdemontage) ook de code J74 (Reparatie zonder staafdemontage) berekend mag worden. Ook de NZa ontvangt regelmatig vragen over de toepassing van prestatie J70 tot en met J74.

Partijen lichten toe hoe J70 tot en met J74 gebruikt dienen te worden. Voor rebasing en het vervangen van de matrices is prestatatie J70 aangewezen. Worden de drukknoppen/locators/abutments vervangen dan is prestatie J74 aangewezen. Bij drukknoppen geldt echter wel dat als de drukknoppen in de prothese worden vervangen J70 van toepassing is en als de drukknoppen in de mond worden vervangen is J74 aangewezen. Als er sprake is van staafdemontage worden er geen drukknopen of magneten vervangen.

De onduidelijkheid is opgehelderd.

20. Rondvraag

De NZa bedankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit het overleg.

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 23 april 2018 13:26
Aan: [redacted]
Onderwerp: Terugkoppeling TO Tandheelkundige zorg 18 april 2018
Bijlagen: CONCEPT verslag TO Tandheelkundige zorg 18-04-2018.pdf; Verslag TO Tandheelkundige zorg 07-03-2018.pdf

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]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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.

Van: [redacted] @ant-tandartsen.nl>
Verzonden: maandag 23 april 2018 13:38
Aan: [redacted]
CC: [redacted] @consumentenbond.nl; [redacted] @knmt.nl; [redacted] @gmail.com; [redacted] @tand-wiel.nl; [redacted] @mondhygienisten.nl; [redacted] @patientenfederatie.nl; [redacted] @casema.nl; [redacted] @ont.nl [redacted] ZN; [redacted] @cz.nl; [redacted]
Onderwerp: Re: TO Tandheelkundige zorg

Dank [redacted],

De voorgestelde toevoeging aan X11 is wat ons betreft geen probleem.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Voorzitter Associatie Nederlandse Tandartsen

Op 19 apr. 2018, om 15:32 heeft [redacted] @zn.nl> het volgende geschreven:

Beste allen,
In aansluiting op het gehouden Technisch Overleg van woensdag 18 april bijgaand de reactie op de niet besproken punten en de mail [redacted] van ANT kort voorafgaande aan het overleg.

1. ZN kan instemmen met het voorstel zoals verwoord in het memo Regelgeving 2019 van 11 april 2018 over de J08: toevoegen van de tekst 'Het betreft een zelfstandige verrichting in een aparte zitting die niet in combinatie met J20 kan worden uitgevoerd.'
2. ZN vindt de toevoeging zoals voorgesteld in de mail van [redacted] (ANT) m.b.t. de J30 namelijk per donorplaats een waardevolle. Het clusteren van J30 en J31 tot één prestatie met het tarief van de J30 kan onze instemming vinden als bij de beschrijving wordt toegevoegd 'per donorplaats'.
3. Er ligt een voorstel om het beoordelen van röntgenfoto's separaat te honoreren. De gekozen werkwijze is echter niet in lijn met de splitsing in het F-hoofdstuk (orthodontie). Bij de orthodontie is er een prestatiecode voor het maken en een prestatiecode voor het beoordelen. De nu voorgestelde werkwijze voor het X-hoofdstuk is een prestatiecode voor maken én beoordelen en een prestatiecode voor beoordelen. Omdat er geen voornemen ligt om de F-codes aan te passen en eenzelfde werkwijze wenselijk is, stelt ZN voor om te kiezen voor een prestatiecode voor het maken en een code voor het beoordelen. De toelichting bij bv X11 moet dan zijn: Kan slechts één maal door dezelfde mondzorgaanbieder (praktijk) als de X10 in rekening worden gebracht.
4. Voor de overige punten staat het commentaar van ZN in het gemeenschappelijk document van KNMT, ANT en ZN en zou het een herhaling worden van hetzelfde commentaar.
5. ZN draagt voor [redacted] en ondergetekende voor het expertteam. Zoals besproken wordt door het expertteam helderheid verschaft over bestaande regelgeving, maar is het wenselijk om een link te hebben naar het technisch overleg.

Mede namens [redacted]
Met vriendelijke groet,
[redacted]

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] <[redacted]@nza.nl>
Verzonden: woensdag 11 april 2018 17:40
Aan: [redacted]@tandarts.nl [redacted]@tandarts.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' [redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' [redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@planet.nl' [redacted]@planet.nl>; [redacted]@ant-tandartsen.nl' [redacted]@ant-tandartsen.nl>; [redacted]@consumentenbond.nl' [redacted]@consumentenbond.nl>; [redacted]@knmt.nl' [redacted]@knmt.nl>; [redacted]@gmail.com' [redacted]@gmail.com>; [redacted]@tand-wiel.nl' [redacted]@tand-wiel.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 [redacted]@zn.nl>; [redacted]@zn.nl>; [redacted]@zn.nl>; [redacted]@cz.nl' [redacted]@cz.nl>
CC: [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>; [redacted]@nza.nl>
Onderwerp: TO Tandheelkundige zorg

Beste genodigden,
Hierbij ontvangt u de agenda en stukken voor het Technisch Overleg Tandheelkundige zorg op **woensdag 18 april a.s. van 09.30 tot 11.30 uur** bij de Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht.
In verband met de vele wijzigingsverzoeken is het niet mogelijk om deze allen te agenderen voor het TO. Om deze reden vragen we u om op de grijs gearceerde wijzigingsverzoeken (zie agenda) schriftelijk te reageren. Dit kan per ommegaande tot uiterlijk 25 april.
De conceptregelgeving zal 9 mei ter consultatie aan u worden voorgelegd. Hierop kunt u tot en met 25 mei reageren.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld, verzoek ik u dit alsnog te doen via [redacted]@nza.nl).
Met vriendelijke 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

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.

Van: info@nza.nl
Verzonden: 23-1-2018 14:15
Aan: [redacted]@molenbeecke.nl
CC:
Onderwerp: In antwoord op uw aanvraag voor informatie met zaaknummer 276808

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,

Nederlandse Zorgautoriteit

[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

Van: [redacted]@molenbeecke.nl
Ontvangen: 23-1-2018 12:18
Aan: info@nza.nl
CC: [redacted]@molenbeecke.nl
Onderwerp: omschrijving J50 in KNMT tarievenlijst, vraag Mondzorg Molenbeecke Leudal

---

Beste Dame, Heer,

In de tarievenlijst van het KNMT boekje Tarievenlijst tandheelkundige zorg, staat onder code J50: Boven- en onder klikgebit als omschrijving.
Dit suggereert dat het een boven klikgebit en onder klikgebit betreft.

(functie streepje: als weglatingsteken in samentrekkingen: scheikundedocent en -leerling, zomer- en winterschoenen. Onze taal streepje: kort of lang)

Ik heb bij de KNMT gevraagd of dit aangepast kan worden om misverstanden te voorkomen. Deze geven aan dat zij niks mogen veranderen in de boekjes en dat U hier voor verantwoordelijk bent.

Gaarne zou ik U vragen of deze tekst aangepast kan worden zodat er in de toekomst geen verwarring meer op treed bij onze patiënten.

Met vriendelijke groet , [redacted]

Mondzorg Molenbeecke Leudal
[redacted]

**********DISCLAIMER**********
Aan dit bericht, waaronder ook de eventuele bijlagen worden bedoeld, kunnen geen rechten worden ontleend. Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en bevat persoonlijke en vertrouwelijke informatie. Het bekend maken, kopiëren en verspreiden van een

bericht dat niet voor u bestemd is, is niet toegestaan. Als u dit bericht per ongeluk heeft ontvangen, verzoeken wij u vriendelijk het direct te vernietigen en de afzender te informeren. Twijfelt u over de juistheid of volledigheid van dit bericht? Neem dan contact op met de afzender!
****

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 1 maart 2018 08:57
Aan: [redacted]@knmt.nl'
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Betr: RE: maximeringen

Dag [redacted]

Op basis van de Wmg kan de NZa niet bepalen dat zorglevering maar een x aantal keer kan/mag voorkomen. Wij kunnen wel het aantal declaraties beperken, ongeacht het aantal zorgleveringen. Net zoals dat een verpleegdag maar maximaal 365 keer per jaar in rekening gebracht kan worden. En net zoals de beugelnacontrole maar eens per maand gedeclareerd kan worden, ongeacht het aantal bezoeken (mits de patiënt wel voor controle is langsgeweest). M.b.t. de V40 willen we ook opzoek naar de tegenhanger met de sector. Dus mogelijk een maximering op vijf elementen, maar als tegenhanger een prestatie die gedeclareerd kan worden bij vijf of meer elementen.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

[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]@knmt.nl [mailto:[redacted]@knmt.nl]
Verzonden: woensdag 28 februari 2018 13:57
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Betr: RE: maximeringen

Hoi [redacted],

Dank voor je reactie, maar ik ben het niet helemaal met je eens. Door op te nemen dat nacontroles maar eens in de drie maanden kunnen worden gedeclareerd, maximeer je impliciet toch dat dit maar vier maal per jaar kan, zeker indien je niets aan het tarief wijzigt ten opzichte van de situatie voor de beperking. Overigens geldt die redenering niet voor V40 waarbij is opgenomen dat maximaal vijf elementen kunnen worden berekend. Of vinden jullie hier ook dat zou gelden, je mag wel meer dan vijf elementen fluorideren, maar je mag er niets extra voor rekenen?

Groet,

[redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]

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

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

Volg ons op

Gratis kaarten voor knmt-leden

[redacted] ---27-02-2018 11:31:01---Dag [redacted] Excuus voor de late beantwoording. Ik had vier weken vakantie.

Van: [redacted]nza.nl>
Aan: [redacted]@knmt.nl"" <[redacted]@knmt.nl>
Cc: [redacted]nza.nl>
Datum: [redacted]
Onderwerp: RE: maximeringen

Dag [redacted]
Excuus voor de late beantwoording. Ik had vier weken vakantie.
De tekst die je aanhaalt is nog steeds geldig.
In de regelgeving mondzorg maximeren we dan ook niet het aantal behandelingen of het aantal zorgleveringen. Wel kunnen we maximeren door bijvoorbeeld (zoals vorig jaar is toegevoegd) op te nemen dat de nacontrole maar eens in de drie maanden gedeclareerd kan worden, ongeacht het aantal bezoeken van de patiënt in die periode.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

Nederlandse Zorgautoriteit

—
[redacted]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

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

Van: [redacted]knmt.nl [mailto:[redacted]@knmt.nl]
Verzonden: donderdag 25 januari 2018 10:47
Aan: [redacted]
Onderwerp: maximeringen

Hoi [redacted],

Er staan inmiddels weer maximeringen en bepaalde faseringen in de beschikkingen hoeveel en wanneer je een bepaalde verrichting mag berekenen. Enige jaren geleden heeft de NZa aangegeven dat de WMG niet toestaat om bepalingen in de beleidsregels en beschikkingen op te nemen die van invloed zijn op het toepassen van een prestatie. Dat is aan het veld om dat via veldnormen, protocollen, richtlijnen, etc te regelen.

In hoeverre is het onderstaande nog geldig?

Ik hoor graag en groet,

[redacted]

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 28 juli 2008 besloten dat zij op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg niet (meer) bevoegd is maximeringen op te nemen in beleidsregels , tariefbeschikkingen en nadere regels . De NZa is bevoegd om prestaties en bijbehorende tarieven vast te stellen, maar is in de basis niet bevoegd om maximeringen op te leggen aan het aantal te declareren prestataties. Vanuit het pre-WMG-tijdperk zijn dergelijke maximeringen wel in beleidsregels en tariefbeschikkingen opgenomen, en deze vigeren nog steeds. De Raad van Bestuur heeft het voornemen uitgesproken om per 1 januari 2010 deze maximeringen uit de vigerende beleidsregels en tariefbeschikkingen te verwijderen. Om alle partijen voldoende tijd te geven om zich voor te bereiden op deze wijzigingen, dient halverwege 2009 duidelijk te zijn hoe de beleidsregels en tariefbeschikkingen per 1 januari 2010 aangepast zullen worden.

Naar aanleiding van dit besluit heeft de NZa een scan uitgevoerd, waarbij de maximeringen in de bestaande beleidsregels en tariefbeschikkingen in kaart zijn gebracht. Daarbij is tevens een standpunt ingenomen welke van deze maximeringen wel en welke niet door de NZa kunnen worden opgenomen in beleidsregels en tariefbeschikkingen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

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

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.

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.

Staas & Bergmans
[redacted]
Chopinstraat 20
5216 EW 'S-HERTOGENBOSCH

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 – 296 81 11
F 030 – 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van	Uw kenmerk		
26 juni 2018	–		
Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
[redacted]	030–296 81 55	jur@nza.nl	294960-457716

Onderwerp
Primair besluit: TB/REG-19611-01 van 19 juni 2018
Onderwerp bezwaar: Tandheelkundige zorg 2019

Datum
11 september 2019

Betreft
Concept prestatiebeschrijving

Geachte [redacted],

Tegen voornoemd besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft u op 26 juni 2018, op verzoek van de NZa aangevuld op 11 en 15 juli 2018, bezwaar gemaakt. Op 3 september 2018 heeft in dit kader een hoorzitting plaatsgevonden.

Tijdens de hoorzitting is met u afgesproken dat de NZa, naar aanleiding van uw verzoek voor een prestatie voor een noodkroon op een immediaat geplaatst implantaat, een concept prestatiebeschrijving opstelt. Hierbij treft u dat concept aan:

R87*) Noodkroon op immediaat geplaatst implantaat - 44 punten

Het plaatsen van een tijdelijke noodkroon gedragen door een immediaat geplaatst implantaat in dezelfde zitting volgens IIPP (immediate implant placement procedure).

Deze prestatie omvat het afdrukken en maken van een standaard beetregistratie, het bepalen van de kleur, het passen en plaatsen van de noodkroon, de benodigde tandvleescorrecties en bijbehorende nazorg ten behoeve de noodkroon.

Alleen in rekening te brengen bij behandeling van elementen in de esthetische zone.

Materiaal- en techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht. De materiaal- en techniekkosten betreffen de kosten voor de noodkroon. De kosten voor het implantaat inclusief abutments dienen te worden gedeclareerd vanuit de prestatie J33.

Wij willen u vragen binnen twee weken na verzending van deze brief uw zienswijze op dit concept te geven. Daarnaast willen wij u vragen de volgende vragen te beantwoorden, om zodoende de kaders van de prestatie te kunnen bepalen:

1. U vraagt een prestatie voor een noodkroon aan. De tariefbeschikking kent al een prestatie voor een temporaire voorziening, prestatie R80*. De enige beperking die hierbij staat aangegeven is dat deze minimaal 2 maanden voordat de definitieve kroon geplaatst wordt, geplaatst dient te worden. Kunt u precies aangeven waarom deze prestatie niet zou passen ten behoeve van een temporaire voorziening op een immediaat geplaatst implantaat?
2. U heeft aangegeven dat de werkzaamheden voor het vervaardigen van de noodkroon op een immediaat geplaatst implantaat en de honorariumkosten, die daarmee gepaard gaan onder de R80, niet kostendekkend uitgevoerd kunnen worden. Kunt u aangeven of de nieuwe code met bijbehorend voorgesteld tarief deze honorarium kosten dekken?
3. U heeft aangegeven een (1) abutment te plaatsen op het immediaat geplaatste implantaat zodat de noodkroon daar vervolgens op kan. Daarnaast begrijpen wij dat er nog een (2) abutment wordt geplaatst ten behoeve van de definitieve kroon. Hebben wij dit goed begrepen?
4. Zo ja, u geeft aan dat de tarieven horend bij de huidige implantologieprestaties de kosten van het abutment niet dekken. Kunt u aangeven om welk van de abutments het dan gaat (1) of (2), of misschien zelfs beide?
5. Zo nee, is dan dus alleen sprake van abutment (1)?
6. U heeft tijdens de hoorzitting aangegeven dat voor de patiënt de kosten voor het immediaat implanteren in de esthetische zone minder zijn dan wanneer het 'delayed protocol' gevolgd wordt. Kunt u concreet aangeven waar deze kostenbesparing in fase 2 en 3 zit? Welke prestaties worden dan niet meer in rekening gebracht?
7. Kunt u aangeven of de omschrijving van de nieuwe prestatie R87* op deze wijze voldoende afgebakend is?

Als u naar aanleiding van deze brief vragen heeft kunt u mij telefonisch bereiken op 030–296 8155 of een e-mail richten aan jur@nza.nl.

Ik verzoek u bovengenoemd kenmerk te vermelden in alle correspondentie.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

[redacted],
unit Juridische Zaken

Staas & Bergmans
[redacted]
Chopinstraat 20
5216 EW 'S-HERTOGENBOSCH

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw e-mail van	**Uw kenmerk**
25 september 2018	-

Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
[redacted]	030 2968 155	jur@nza.nl	294960-460275

Onderwerp
Bezwaar: 26 juni 2018
Primair besluit: TB/REG-19611-01 d.d. 19 juni 2018
Onderwerp bezwaar: Noodkroon op immediaat geplaatst implantaat

Datum
11 september 2019

Betreft
Aanvullende vragen

Geachte [redacted],

Hartelijk dank voor uw reactie van 25 september jl. op onze vragen die wij stelden per brief van 17 september jl. In reactie op uw e-mail van 25 september jl. hebben wij nog enkele vragen voordat uw verzoek voorgelegd kan worden aan de leden van het Technisch Overleg. Afhankelijk van de antwoorden op onderstaande vragen, zouden wij mogelijk een aanvulling op het wijzigingsverzoek doen.

U geeft aan dat er twee manieren zijn om abutments te plaatsen. Eén van de manieren is dat het tijdelijk abutment geplaatst wordt bij plaatsing van het immediaat geplaatste implantaat. Dit tijdelijke abutment wordt vervolgens op een later moment, bij het plaatsen van de definitieve kroon vervangen. Er is dan sprake van eerst een tijdelijk abutment en later een definitief abutment. Een andere manier is dat (een deel van) het abutment meteen wordt geplaatst en niet meer wordt verwijderd.

1. Is onze conclusie juist dat de tweede manier (nog) niet wordt toegepast in Nederland en dat uw verzoek ziet op manier één, waarbij zowel een tijdelijk abutment, als uiteindelijk een definitief abutment wordt geplaats op het immediaat geplaatst implantaat?

Op grond van de huidige regelgeving kunnen, bij het plaatsen van het eerste implantaat (J20), de kosten van het implantaat, inclusief abutment (ongeacht of dit een tijdelijk of definitief abutment is, zolang het abutment maar direct met het implantaat geplaatst wordt), middels de J33 gedeclareerd worden. Het honorarium en de materiaal- en

techniekkosten van het plaatsen van de opbouw ten behoeve van de implantaatkroon, kunnen op een later moment middels code J44 gedeclareerd worden. Hierin zit ook het tweede (in uw e-mail: het definitieve) abutment, waarvan de materiaal- en techniekkosten (middels het '*') apart in rekening kunnen worden gebracht.

De huidige regelgeving heeft in hoofdstuk 'R' prestaties opgenomen aangaande kronen en bruggen. De omschrijving van de voorgestelde 'R' betreft het honorarium, dat betrekking heeft op het plaatsen van de tijdelijke noodkroon en de materiaal- en techniekkosten van deze zogenaamde noodkroon. Materiaal- en techniekkosten betreffen uitdrukkelijk niet de kosten van de abutment(s). Die kosten kunnen, zoals opgemerkt, middels de J33 (het tijdelijke abutment) en de J44 (het definitieve abutment) gedeclareerd worden.

U merkt in uw e-mail op dat met de kosten van tijdelijke of 'one-abutment-one-time' abutments in de J33 geen rekening is gehouden. De J33 is volgens u bedoeld voor het implantaat met coverscrew of healing-abutment, en uitdrukkelijk niet voor een tijdelijk abutment of een one-abutment-one-time abutment. Volgens de huidige regelgeving dienen echter, zoals hierboven opgemerkt, de kosten van alle typen abutments middels J33 of J44 gedeclareerd te worden.

Mede naar aanleiding hiervan hebben wij de volgende vragen:

2. Is onze conclusie juist dat u de kosten van het tijdelijk abutment of one-abutment-one-time abutment middels een '*' wenst te declareren middels de nieuw voorgestelde code 'R87"?
3. Zo ja, is onze conclusie juist dat uw verzoek dus eigenlijk tweeledig is?

   a) verzoek om een prestatiecode voor het honorarium voor het plaatsen van de noodkroon op een immediaat geplaatst implantaat en

   b) verzoek om de kosten van een tijdelijk abutment of one-abutment-one-time abutment in een immediaat procedure in rekening te kunnen brengen.
4. Is onze conclusie juist dat, zoals reeds eerder besproken, het eigenlijke probleem van de kosten van de abutments, dus toch het maximumtarief van de J33 is?
5. Doet een nieuw vorm te geven gedifferentieerd tarief voor de J33 in dit geval niet meer recht aan de beschreven problematiek?
6. Is het mogelijk om een splitsing aan de te brengen in de J33 in de kosten van materiaal- en techniek bij de delayed en de immediate procedure?
7. Kunt u een dergelijk verzoek, mede gelet op uw ervaringen met kosten van de tijdelijke en de one-abutment-one-time abutment vormgeven en een onderbouwd voorstel hiervoor doen?

Wij vernemen graag uw reactie op bovenstaande vragen aangezien wij ervan uitgaan dat de branchepartijen bovenstaande conclusies ook zullen trekken en deze vragen eveneens zullen stellen op het volgende Technische Overleg, waar wij uw verzoek willen inbrengen.

[redacted]

Als u naar aanleiding van deze brief vragen heeft kunt contact opnemen met ondergetekende via 030-2968155 of een e-mail richten aan jur@nza.nl.

Ik verzoek u bovengenoemd kenmerk te vermelden in alle correspondentie.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

[redacted],
unit Juridische Zaken

Van:[redacted]gmail.com
Ontvangen: 14-1-2019 09:41
Aan: jur@nza.nl
CC: [redacted]@nza.nl;[redacted]@nza.nl
Onderwerp: Bestuursrecht

Geachte [redacted],

Daar de situatie in het zuiden van Nederland nog slechter is geworden door het niet ingrijpen van de NZa in de VGZ Zorgovereenkomst Implantologie 2019-2021 , waardoor de prijs voor het implantaat en tijdelijk abutment nu 160 Euro is geworden voor niet gecontracteerden (gemiddelde prijs gebaseerd op systemen met een totaalmarktaandeel van < 5%!) en 200 Euro voor gecontracteerden, en resteert ons slechts de weg naar de bestuursrechter om te zorgen de Nederlandse patiënten en VGZ-verzekerde in het bijzonder de zorg kriijgen waar hij/ zij recht op heeft.

Het spijt mij te moeten constateren dat ondanks alle mooie woorden ook de NZa aan de hand van ZN loopt in plaats van toezicht houdt op de kwaliteit van de zorg in Nederland, een zorgelijke ontwikkeling welke mijns inziens publieke en politieke aandacht verdient.

met vriendelijke groet,

[redacted]

tandarts-implantoloog

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

praktijklocatie Schubertsingel en postadres:

Schubertsingel 32

5216 XA 's-Hertogenbosch

praktijklocatie Graafseweg

Graafseweg 90

5213 AM 's-Hertogenbosch

tel 073 6133433

www.zorgvooruwmond.nl

Van: [redacted]@gmail.com
Ontvangen: 23-4-2019 15:31
Aan: jur@nza.nl
CC: [redacted]@nza.nl;[redacted]@nza.nl
Onderwerp: Re: Bezwaar

Beste [redacted],

Dank voor je mail.
Ik probeer je vrijdag te bellen, als het niet lukt probeer ik het maandag.

met vriendelijke groet,

[redacted]

tandarts-implantoloog

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

praktijklocatie Schubertsingel en postadres:

Schubertsingel 32

5216 XA 's-Hertogenbosch

praktijklocatie Graafseweg

Graafseweg 90

5213 AM 's-Hertogenbosch

tel 073 6133433

www.zorgvooruwmond.nl

Op di 23 apr. 2019 om 14:53 schreef Juridische Zaken <jur@nza.nl>:

Beste [redacted],

De behandeling van het bezwaar zal worden herpakt. De NZa zal in de beslissing op bezwaar ingaan op hetgeen jij als bezwaargronden hebt aangedragen tegen de Beleidsregel en Tariefbeschikking, meer specifiek mbt het ontbreken van een prestatie voor 'IIPP'. Parallel hieraan loopt ook nog steeds het traject waarbij wordt bezien of prestaties moeten worden gewijzigd of toegevoegd om een redelijke vergoeding voor de immediaat geplaatste noodkroon mogelijk te maken. Wij zijn met partijen in overleg hoe dit het beste vormgegeven kan worden in lijn met de overige prestaties. Dit traject zal, onafhankelijk van het hervatten van het behandelen van het bezwaar, doorlopen. Van mijn collega's heb ik begrepen dat wij jou rond 3 mei een update kunnen sturen over de stand van zaken rondom dit traject (verslag TO 27 februari en 10 april en het wijzigingsvoorstel zoals het er dan ligt).

Dat betekent dat voor het moment waarop de NZa op jouw bezwaar heeft beslist, er een (voornemen tot) besluit ligt van de NZa voor aanpassing van beleidsregel/ tariefbeschikking ivm het immediaat plaatsen van een noodkroon. Juridisch gezien wordt jouw bezwaar dan automatisch geacht mede gericht te zijn tegen dit nieuwe voorstel. Dat betekent dat wij jou vervolgens in de gelegenheid moeten stellen je bezwaargronden aan te vullen naar aanleiding van dit voorstel. Anders gezegd, je kan dan onderbouwen of het voorstel voldoet aan jouw eisen.

Al met al een heel proces wat wij zo soepel mogelijk (met zo min mogelijk onnodige bureaucratie) willen laten verlopen. Om die reden wil ik met jou afstemmen hoe we dit proces het beste kunnen vormgeven. Graag stem ik dit telefonisch met je af. Is het een voorstel dat jij vrijdag contact met mij opneemt, op een moment dat het jou het beste uitkomt?

Alvast een goede reis naar Barcelona gewenst!

Gr

[redacted]

Van: [redacted]@gmail.com]
Verzonden: vrijdag 19 april 2019 17:13
Aan: [redacted]
CC: [redacted]; Juridische Zaken
Onderwerp: Re: Bezwaar

Beste[redacted],

Volgende week ben ik dinsdag en woensdag vol bezet, donderdag en vrijdag misschien bereikbaar (ik ben dan in Barcelona om te spreken), echter vraag ik me af wat er te bespreken is.

met vriendelijke groet,

[redacted]

tandarts-implantoloog

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

praktijklocatie Schubertsingel en postadres:

Schubertsingel 32

5216 XA 's-Hertogenbosch

praktijklocatie Graafseweg

Graafseweg 90

5213 AM 's-Hertogenbosch

tel 073 6133433

www.zorgvooruwmond.nl

Op vr 19 apr. 2019 om 15:03 schreef [redacted]@nza.nl>:

Beste [redacted],

Ik heb je mail, waarin je aangeeft geen hoop meer te hebben in een gezamenlijke oplossing voor de vergoeding voor IIPP, in goede orde ontvangen.

Uit de overige mails die jij ons hebt doorgestuurd, leid ik af dat dit voornamelijk is ingegeven door de reactie van de NZa op jouw handhavingsverzoek richting VGZ. Voor de volledigheid merk ik op dat het handhavingstraject en het IIPP 'traject' voor de NZa twee zaken zijn die los van elkaar moeten worden gezien. Het handhavingsverzoek is behandeld door de directie Toezicht en Handhaving en niet door de directie Regulering die zich bezig houdt met de vergoeding van IIPP. Toch begrijp ik dat jij de NZa als één geheel ziet en om die reden geen vertrouwen meer hebt in een goede oplossing om te komen tot een vergoeding voor IIPP. Hierbij speelt ook mee dat de NZa de uitkomsten van het TO van februari nog niet aan je heeft teruggekoppeld. Dit spijt mij. Ik ga hier achteraan en kom daar hopelijk medio volgende week bij je op terug.

De NZa zal de bezwaarprocedure die jij bent gestart en die is aangehouden in afwachting van de uitkomsten van het door de directie Regulering ingezette traject om tot een reële vergoeding voor

IIPP te komen, hervatten. Dat betekent dat de NZa in formele zin een oordeel zal geven over de gronden die jij in bezwaar hebt aangevoerd.

Na het Paasweekend zal ik overleggen met de beleidsmedewerkers over de stand van zaken mbt het IIPP. Mijn voorstel is dat ik jou daarna even bel om aan te geven hoe de procedure vanaf hier zal verlopen. Kun jij aangeven of jij dinsdagmiddag beschikbaar bent voor kort telefonisch overleg?

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Van: [redacted]@gmail.com]
Verzonden: vrijdag 19 april 2019 08:48
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Bezwaar

Geachte heer [redacted],

Ik heb zojuist begrepen dat jij nog officieel mij de weg moet wijze welke ik moet bewandelen nu we geen consensus hebben bereikt.

Ik hoor graag spoedig van je, zodat we het in gang kunnen zetten.

met vriendelijke groet,

[redacted]

tandarts-implantoloog

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

praktijklocatie Schubertsingel en postadres:

Schubertsingel 32

5216 XA 's-Hertogenbosch

praktijklocatie Graafseweg

Graafseweg 90

5213 AM 's-Hertogenbosch

tel 073 6133433

www.zorgvooruwmond.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.

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.

Van: [redacted]@gmail.com
Ontvangen: 22-5-2019 10:27
Aan: [redacted]@nza.nl; [redacted]@nza.nl;jur@nza.nl; [redacted]@nza.nl
CC: [redacted]@gmail.com [redacted].nl; [redacted]@tandarts.nl
Onderwerp: Re: te declareren prestatiecodes en materiaalkosten, voorbeeld case IIPP

Geachte [redacted],

Helaas hebben wij geen antwoord mogen ontvangen op de mail van 9 mei, ondanks de toezegging dat dit voor afgelopen vrijdag zou gebeuren
Ik moet constateren dat wederom de NZa zich niet aan de afgesproken termijnen houdt.

Graag ontvang ik per omgaande de bij de omschreven behandeling behorende prestatie-codes en materiaal- en techniekkosten, zonder duidelijkheid hierover is overleg aanstaande maandag niet zinvol.

met vriendelijke groet,

[redacted]

tandarts-implantoloog

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

praktijklocatie Schubertsingel en postadres:

Schubertsingel 32

5216 XA 's-Hertogenbosch

praktijklocatie Graafseweg

Graafseweg 90

5213 AM 's-Hertogenbosch

tel 073 6133433

www.zorgvooruwmond.nl

Op za 11 mei 2019 om 06:15 schreef [redacted]@gmail.com>:

> Beste [redacted],
>
> Ter bevestiging van ons telefonisch onderhoud afgelopen donderdag.: er kan slechts sprake zijn van overleg indien de NZa tevoren aangeeft welke prestatiecodes en techniekkosten van toepassing zijn en 2019 en welke zoals van toepassing zouden zijn als het voorstel wat nu ter tafel ligt geëffectueerd zou worden.
>
> Ik ben van mening dat de NZa, als autoriteit welke verantwoordelijk is voor de tarieven voor de prestaties in de mondzorg snel en adequaat moet kunnen antwoorden.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> [redacted]
> tandarts-implantoloog
>
> praktijklocatie Schubertsingel en postadres:
> Schubertsingel 32
> 5216 XA 's-Hertogenbosch
>
> praktijklocatie Graafseweg
> Graafseweg 90
> 5213 AM 's-Hertogenbosch
>
> tel 073 6133433
>
> Verzonden vanaf mijn telefoon.
>
> Op do 9 mei 2019 18:07 schreef [redacted]@zorgvooruwmond.nl>:
>
> > Geachte [redacted],

Op verzoek van [redacted] stuur ik u het volgende:

Graag ontvang ik van de NZa de te declareren prestatiecodes en materiaalkosten van de volgende behandeling, welke zeer goed gedocumenteerd is vastgelegd en als voorbeeld case zal functioneren.

Graag deze codes van de huidige situatie (prestatiecodes 2019) en het voorstel voor 2020, zoals de jij dat mij namens de NZa mij hebt doen toekomen.

Op deze vraag wilde de NZa in een eerder stadium om bij jou bekende redenen geen antwoord geven, echter daar dit bezwaar over een correcte honorering van IIPP gaat lijkt mij een antwoord op deze vraag het onontkoombaar.

Het gaat om een dertig-jarige patiënte met gummy smile waarbij de 21 door externe wortelresorbtie als verloren is te beschouwen, geconstateerd door de endodontloog op de bij de verwijzing meegestuurde screenshots van de CBCT beelden.

Bij de intake is beoordeeld of deze casus inderdaad geschikt is voor een IIPP en zijn er intra-orale en profiel-foto's gemaakt. Aan patiënte zijn alle behandelopties uitgelegd, met het verschil in kosten, te verwachten resultaat en tijdspad. Er is een begroting gemaakt en daar de patiënte klachten had na bespreken van de begroting een IOscan voor het vervaardigen van een Tempshell noodkroon als immediate tijdelijke voorziening. Na uitleg van het medicatie-protocol is een afspraak gemaakt voor behandeling.

De totale stoeltijd voor deze intake was 75 minuten.

Hierna heb ik voor patiënte de definitieve begroting gemaakt en deze haar gemaild, en een verslag gemaakt voor de verwijzend endodontloog en de huistandarts, en heb de DICOM data van de elders vervaardigde CBCT opgevraagd. Mijn tijdinspanning is ongeveer 15 minuten.

Toen deze beelden binnen waren heb ik deze CBCT-data samen de STL-data in DTX ingeladen (een digitaal platform voor planning en design) en een Tempshell noodrestauratie ontworpen, de file hiervan is naar het tandtechnisch laboratorium

verzonden ter vervaardiging van een geprinte tijdelijke kroon. Deze procedure heeft mijn 30 minuten aan de computer bezig gehouden.

10 dagen later heb ik de geplande behandeling uitgevoerd, dat wil zeggen de 21 geextraheerd (EDS klasse 1), de preparatie gemaakt, de alveole opgevuld met bovine bot (0.5 gram Creos Cenogain S), het implantaat geplaatst (NobelActive 3.5 / 15 mm met TiUltra surface), hierop een On1 Xeal abutment met een Temporary titanium abutment.

Hierna is met behulp van de Tempshell een tijdelijke kroon vervaardigd op het implantaat.

Daar we deze casus hebben vastgelegd op video heeft het wat langer geduurd dan gebruikelijk (ruim 2 uur), normaal plannen wij 90-105 minuten in voor een MeteenDoor procedure.

Na vertrek van patiënte heb ik het operatieverslag ingevuld.

Er is in de middag een verslag gemaakt voor de verwijzend tandarts, en een nazorg-taak voor backoffice om patiënte de volgende dag te bellen. (10 minuten)

10 dagen later heeft er een controle bezoek plaats gevonden er is zijn intra-orale mondfoto's gemaakt, de afspraak was 15 minuten.

Er zal nog 1 afspraak plaatsvinden over 6 weken waarbij occlusie en articulatie worden beoordeeld, (15 min), en een laatste afspraak (30 min) om de noodkroon eruit te halen en het implantaat te testen op osseointegratie, de noodkroon zal aangepast aan het gewenste emergence profile worden teruggeplaatst en het schroefgat met teflon en composiet afgesloten. In dit laatste bezoek bij mij wordt waarschijnlijk een controle solo vervaardigd.

Hierna wordt een eindverslag voor de verwijzend tandarts gemaakt met aanwijzingen welke afdrukstiften noodzakelijk zijn voor een goed vervolg, met referentie nummers daarvan. Dit kost 5-10 minuten tijd.

Materiaal en techniekkosten:

Tempshell: € 75.=

NobelActive 3.5 / 15 mm TiUltra : € 359,70

On1 abutment Xeal : € 49,82

Ti temp. abutment On1: € 76,23

Creos Xenogain S 0.5 gram: € 75,21

Graag ontvang ik zo spoedig antwoord, ik denk dat de procedure om een rechtvaardig tarief te krijgen lang genoeg heeft geduurd.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
tandarts-implantoloog

Indien u nog vragen heeft of een afspraak zou willen inplannen ben ik bereikbaar via e-mail of op onderstaande telefoonnummers.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]@zorgvooruwmond.nl

praktijklocatie Schubertsingel en postadres:
Schubertsingel 32
5216 XA 's-Hertogenbosch

praktijklocatie Graafseweg:
Graafseweg 90
5213 AM 's-Hertogenbosch

tel 073 6133433

Met vriendelijke groet

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

Van: [redacted]@nza.nl
Ontvangen: 22-5-2019 16:12
Aan: [redacted]@nza.nl; [redacted]@nza.n [redacted]@gmail.com; [redacted]@nza.nl
CC: jur@nza.nl
Onderwerp: Overzicht te declareren prestaties bij de IIPP

Geachte [redacted],

In voorbereiding op het overleg van maandag aanstaande ontvang je hierbij een overzicht van de prestaties die naar de voorlopige opvatting van de NZa kunnen worden gedeclareerd bij de IIPP.

Intake + begroting	J01 of J02* (welke van toepassing is blijkt niet uit het verhaal)
Ontwerpen noodkroon + vervaardiging lab	Prestaties tandtechniek in eigen beheer voor het ontwerp + kosten van lab 1-op-1 doorberekenen aan patiënt: beiden in rekening gebracht via het * bij prestatie R80
Behandeling	H11 voor trekken element J20 voor preparatie & plaatsen implantaat J33 voor kosten implantaat J44* voor opbouw tbv implantaatkroon J08* voor opvullen alveole met bovine bot R80* voor plaatsen noodkroon J97 overheadkosten implantaat
Verslag + bellen patiënt	Indirecte tijd, verdisconteerd in tarief
Controle bezoek 1 + intra orale foto's	R87 + X-codes
Controle bezoek 2 (occlusie en articulatie)	R87
Controle bezoek 3 (testen op osseointegratie, emergence profile, afsluiten schroefgat) + foto	R87 + X-codes
Eindverslag	Indirecte tijd, verdisconteerd in tarief

De genoemde prestaties (codes) zijn de codes zoals deze komen te luiden indien het huidige voorstel in de tariefbeschikking wordt overgenomen. Het overzicht is samengesteld op grond van de adviezen die wij van onze adviseurs hieromtrent hebben ontvangen. Zij hebben hun advies mede gebaseerd op de casus zoals jij deze in je mail van 9 mei jl hebt aangedragen. Dit betreft een basislijst. Aan de hand van de door jou aangedragen informatie kon door onze adviseurs niet worden beoordeeld of eventuele andere toeslagen van toepassing zijn.

Wij hebben jouw casus ook voorgelegd aan de TO partijen (ANT, KNMT en ZN). Ik merk op dat zij mogelijk tot een ander overzicht komen dan de NZa. Dit zal maandag moeten blijken. Het overzicht, tezamen met het voorstel zoals dat uit het TO is gekomen, zal het startpunt zijn voor het overleg maandag. Om die reden wil ik je vragen, indien hiervan sprake is, maandag toe te lichten welke 'handeling' uit jouw casus ontbreekt in het onderstaande overzicht van prestaties. Met andere woorden, voor welke handeling in het huidig voorstel geen prestatie bestaat.

Zoals ik eerder met je heb besproken, is het doel van de NZa om er maandag met alle partijen uit te komen. Wat ons betreft worden er maandag spijkers met koppen geslagen en verlaten wij het overleg met een concrete, werkbare en voor alle partijen acceptabele oplossing. Hopelijk kan jouw aanwezigheid bij het overleg maandag hieraan bijdragen.

Ik weet overigens niet in hoeverre dit al met je is gecommuniceerd, maar de KNMT heeft aangeboden voorafgaande aan het overleg (vanaf 18 uur) broodjes en soep te verzorgen. Mocht je hiervan gebruik willen maken, wil ik je vragen dit aan [redacted] van de KNMT te laten weten [redacted]@knmt.nl).

Wat betreft je vraag met betrekking tot het hervatten van de bezwaarprocedure merk ik op dat, zoals ook eerder telefonisch besproken, de NZa deze procedure zal hervatten. Ik merk wel op dat voor de NZa de uitkomsten van het overleg maandag evenwel mede van invloed zijn op de verdere behandeling van het bezwaar.

Voor vragen ben ik vanzelfsprekend beschikbaar.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]
Jurist | Strategie
Aanwezig op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

cid:image003.png@01D4EDF1.9A5AA500

Nederlandse Zorgautoriteit
Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
www.nza.nl | 030 – 296 81 55 | jur@nza.nl
Volg ons op: LinkedIn | Twitter

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Van: [redacted]@gmail.com
Ontvangen: 22-5-2019 18:10
Aan: [redacted]@nza.nl
CC: [redacted]@nza.nl;[redacted]@nza.nl;jur@nza.nl;[redacted]@nza.nl
Onderwerp: Re: Overzicht te declareren prestaties bij de IIPP

Beste [redacted],

Dank voor je antwoord, ik zou het een goed idee vinden als [redacted], voorzitter van de NVOI, ook maandag aanwezig is.
Wat is jullie visie daarover?

met vriendelijke groet,

[redacted]

tandarts-implantoloog

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

praktijklocatie Schubertsingel en postadres:

Schubertsingel 32

5216 XA 's-Hertogenbosch

praktijklocatie Graafseweg

Graafseweg 90

5213 AM 's-Hertogenbosch

tel 073 6133433

www.zorgvooruwmond.nl

Op wo 22 mei 2019 om 16:12 schreef [redacted]@nza.nl>:

> Geachte [redacted],
>
> In voorbereiding op het overleg van maandag aanstaande ontvang je hierbij een overzicht van de prestaties die naar de voorlopige opvatting van de NZa kunnen worden gedeclareerd bij de IIPP.

Intake + begroting	J01 of J02* (welke van toepassing is blijkt niet uit het verhaal)
Ontwerpen noodkroon + vervaardiging lab	Prestaties tandtechniek in eigen beheer voor het ontwerp + kosten van lab 1-op-1 doorberekenen aan patiënt: beiden in rekening gebracht via het * bij prestatie R80
Behandeling	H11 voor trekken element J20 voor preparatie & plaatsen implantaat J33 voor kosten implantaat J44* voor opbouw tbv implantaatkroon J08* voor opvullen alveole met bovine bot R80* voor plaatsen noodkroon J97 overheadkosten implantaat
Verslag + bellen patiënt	Indirecte tijd, verdisconteerd in tarief
Controle bezoek 1 + intra orale foto's	R87 + X-codes
Controle bezoek 2 (occlusie en articulatie)	R87

Controle bezoek 3 (testen op osseointegratie, emergence profile, afsluiten schroefgat) + foto	R87 + X-codes
Eindverslag	Indirecte tijd, verdisconteerd in tarief

De genoemde prestaties (codes) zijn de codes zoals deze komen te luiden indien het huidige voorstel in de tariefbeschikking wordt overgenomen. Het overzicht is samengesteld op grond van de adviezen die wij van onze adviseurs hieromtrent hebben ontvangen. Zij hebben hun advies mede gebaseerd op de casus zoals jij deze in je mail van 9 mei jl hebt aangedragen. Dit betreft een basislijst. Aan de hand van de door jou aangedragen informatie kon door onze adviseurs niet worden beoordeeld of eventuele andere toeslagen van toepassing zijn.

Wij hebben jouw casus ook voorgelegd aan de TO partijen (ANT, KNMT en ZN). Ik merk op dat zij mogelijk tot een ander overzicht komen dan de NZa. Dit zal maandag moeten blijken. Het overzicht, tezamen met het voorstel zoals dat uit het TO is gekomen, zal het startpunt zijn voor het overleg maandag. Om die reden wil ik je vragen, indien hiervan sprake is, maandag toe te lichten welke 'handeling' uit jouw casus ontbreekt in het onderstaande overzicht van prestaties. Met andere woorden, voor welke handeling in het huidig voorstel geen prestatie bestaat.

Zoals ik eerder met je heb besproken, is het doel van de NZa om er maandag met alle partijen uit te komen. Wat ons betreft worden er maandag spijkers met koppen geslagen en verlaten wij het overleg met een concrete, werkbare en voor alle partijen acceptabele oplossing. Hopelijk kan jouw aanwezigheid bij het overleg maandag hieraan bijdragen.

Ik weet overigens niet in hoeverre dit al met je is gecommuniceerd, maar de KNMT heeft aangeboden voorafgaande aan het overleg (vanaf 18 uur) broodjes en soep te verzorgen. Mocht je hiervan gebruik willen maken, wil ik je vragen dit aan [redacted] van de KNMT te laten weten [redacted]@knmt.nl).

Wat betreft je vraag met betrekking tot het hervatten van de bezwaarprocedure merk ik op dat, zoals ook eerder telefonisch besproken, de NZa deze procedure zal hervatten. Ik merk wel op dat voor de NZa de uitkomsten van het overleg maandag evenwel mede van invloed zijn op de verdere behandeling van het bezwaar.

Voor vragen ben ik vanzelfsprekend beschikbaar.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

Jurist | Strategie
Aanwezig op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

Fout! Kan bestand niet lezen of weergeven.

Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
www.nza.nl | 030 – 296 81 55 | jur@nza.nl
Volg ons op: LinkedIn | Twitter

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

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.

Nederlandse Zorgautoriteit

Staas & Bergmans
[redacted]
Chopinstraat 20
5216 EW 'S-HERTOGENBOSCH

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 – 296 81 11
F 030 – 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van	Uw kenmerk		
26 juni 2018	-		
Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
[redacted]	030-296 81 55	jur@nza.nl	294960-514102

Onderwerp
Primair besluit: TB/REG-19611-01 van 19 juni 2018
Onderwerp bezwaar: Tandheelkundige zorg 2019

Datum
4 juni 2019

Betreft
Aanhouden behandeling bezwaar

Geachte [redacted],

Tegen voornoemd besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft u op 24 juni 2018, op verzoek van de NZa aangevuld op 11 en 15 juli 2018, bezwaar gemaakt. Op 3 september 2018 heeft in dit kader een hoorzitting plaatsgevonden. In overleg met u is de behandeling van het bezwaar vervolgens aangehouden, in afwachting van de uitkomsten van het technisch overleg mondzorg.

Op uw verzoek is de behandeling van het bezwaar op 19 april 2019 hervat. Op 27 mei 2019 heeft een overleg plaatsgevonden over uw wijzigingsverzoek waar u bij aanwezig was. Na afloop van dit overleg is met u besproken de behandeling van het bezwaar aan te houden tot de publicatie van de regelgeving mondzorg begin juli 2019 waarin uw wijzigingsverzoek is verwerkt.

Als u naar aanleiding van deze brief vragen heeft kunt u mij telefonisch bereiken op 030 – 296 8155 of een e-mail richten aan jur@nza.nl.
Ik verzoek u bovengenoemd kenmerk te vermelden in alle correspondentie.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,
[redacted],
unit Juridische Zaken