



Nederlandse
Zorgautoriteit

Orthodontische zorg - BR/REG-18114

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_21734_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldend vanaf: 01-01-2018 tot en met [nog niet bekend].

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Orthodontische zorg - BR/REG-18114

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_21734_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Beleidsregel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldend vanaf: 01-01-2018 tot en met [nog niet bekend]

Laatste wijziging: 13-12-2017

Overige referentiedatums in het document: 21-06-2017

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_21734_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 21-06-2017

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Orthodontie

Inhoudsopgave

[geen titel].....	4
1. Begripsbepalingen.....	5
2. Doel van de beleidsregel.....	7
3. Reikwijdte.....	8
4. Hoofdstukken orthodontische zorg.....	9
5. Onderdelen ter vaststelling van de tariefopbouw.....	10
6. Totstandkoming maximumtarieven.....	11
7. Prestaties orthodontische zorg en puntenaantallen.....	12
A) Behandeling van patiënten, niet vallend onder B en/of C.....	13
B) Behandeling van patiënten met (een) in ernst met schisis vergelijkbare afwijking(en).....	17
C) Behandeling van patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis.....	21
8. Intrekking oude beleidsregel.....	26
9. Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding, terugwerkende kracht en citeertitel.....	27
Toelichting.....	28
.....	

[geen titel]

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 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 voordeel¹.

Inkoopsituaties

Bij de hierboven genoemde regel wordt als tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium aangemerkt: de tandtechnicus die/het tandtechnisch laboratorium dat deze 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 diens 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 diens 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 vertegenwoordigen².

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.

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.

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 handelingen³ of werkzaamheden⁴ 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.

3 Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2o, 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.

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

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 (definitief 2017).

5.3

Het *inkomensbestanddeel* in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt € 173.372 (definitief niveau 2017).

5.4

Het *praktijkkostenbestanddeel* in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt € 724.245 (definitief niveau 2017). Het praktijk-kostenbestanddeel is opgebouwd uit de elementen 'personeelskosten' en 'overige kosten':

- personeelskosten € 301.854
- overige kosten € 422.391

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 € 0,385576 (definitief niveau 2017).

5.8

De puntwaarde van de prestaties in de B- en C-categorie bedraagt € 0,58578 (voorcalculatorisch niveau 2018). 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 beleidsregel tandheelkundige zorg zijn dit respectievelijk de prestaties met codes C11, C11, C28, X10, X10, 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	€ 21,00
F122A	Vervolgconsult	€ 21,00
F123A	Controlebezoek	33,5
F124A	Second opinion	€99,46
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

II Röntgenonderzoek

F151A	Intra-orale röntgenfoto (3x4 cm.)	€ 15,47
F152A	Oclusale opbeet röntgenfoto	€ 15,47
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	€ 132,62
F162A	Beoordelen meerdimensionale kaakfoto	€ 55,26

III Behandeling

F401A *	Plaatsen beugel categorie 0	279,1
F411A *	Plaatsen beugel categorie 1	276,5
F421A *	Plaatsen beugel categorie 2	289,2
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	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 25 ^e 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 correctie- veren	91,6
F716A *	Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur	€ 24,87
F721A	Trekken tand of kies	€ 41,44
F722A	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	€ 30,94

F723A *	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	198,1
F724A	Preventieve voorlichting en/of instructie	€ 12,39
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 zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt	91,6
F815A	Verwijderen spalk, per element	€ 5,53
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	€ 21,00
F122B	Vervolgconsult	€ 21,00
F123B	Controlebezoek	33,5
F124B	Second opinion	€ 99,46
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 orthodontisch zorgaanbieder	€ 99,46
F131B *	Vervaardigen van een diagnostische setup	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.)	€ 15,47
F152B	Occlusale opbeet röntgenfoto	€ 15,47
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	€ 132,62
F162B	Beoordelen meerdimensionale kaakfoto	€ 55,26

III Behandeling

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	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 correctieversen	121,6
F716B*	Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur	€ 24,87
F721B	Trekken tand of kies	€ 41,44

F722B	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	€ 30,94
F723B*	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	166,5
F724B	Preventieve voorlichting en/of instructie	€ 12,39
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*	Plaaten retentie-apparatuur bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt	121,6
F815B	Verwijderen spalk, per element	€ 5,53

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

CODE	OMSCHRIJVING	PUNTEN
I Consultatie en diagnostiek		
F121C	Eerste consult	€ 21,00
F122C	Vervolgconsult	€ 21,00
F123C	Controlebezoek	33,5
F124C	Second opinion	€ 99,46
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 orthodontisch zorgaanbieder	€ 99,46
F131C *	Vervaardigen van een diagnostische setup	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.)	€ 15,47
F152C	Occlusale opbeet röntgenfoto	€ 15,47
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	€ 132,62
F162C	Beoordelen meerdimensionale kaakfoto	€ 55,26

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	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	100,0

		categorie 1 t/m 4
F532C		Nacontrole per drie maanden beugel 110,0
		categorie 5, 7, 8
F533C		Nacontrole per drie maanden beugel 130,0
		categorie 6, 9

IV Diversen

F611C *	Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur	212,9
F612C *	Plaatsen intermaxillaire correctie- veren	121,6
F716C *	Mondbeschermer tijdens behan- deling met apparatuur	€ 24,87
F721C	Trekken tand of kies	€ 41,44
F722C	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	€ 30,94
F723C *	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	166,5
F724C	Preventieve voorlichting en/of in- structie	€ 12,39
F811C *	Reparatie of vervanging van beu- gel	69,5
F812C *	Herstel en plaatsen van reten- tie-apparatuur	121,6
F813C *	Plaatsen extra retentiebeugels, per kaak	121,6
F814C *	Plaatsen retentie-apparatuur bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder ortho- dontisch behandelde patiënt	121,6

F815C

Verwijderen spalk, per element

€ 5,53

8. Intrekking oude beleidsregel

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

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

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel orthodontische zorg, met kenmerk BR/REG-17102, 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 2018.

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.