

**De NZa heeft onlangs de nieuwe tariefbeschikking voor 2020 vastgesteld. Onderstaand zijn de wijzigingen per hoofdstuk opgenomen, een korte toelichting vanuit de KNMT alsmede de voorstellen die de KNMT heeft ingebracht maar niet zijn overgenomen.**

### **Hoofdstuk C – Consultatie en diagnostiek**

#### **C28 (Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen behandelplan)**

Door de zorgverzekeraars en de NZa is ingebracht dat de wijze waarop C28 wordt gebruikt vragen oproept. In de hierop volgende discussie over het gebruik van C28 zijn alle partijen het eens dat bij het indiceren van één kroon of vulling C28 niet van toepassing is. De omschrijving die de ANT op haar website mondzorgkosten.nl heeft staan werd naar voren geschoven als voorgestelde aanpassing in de tariefbeschikking. De KNMT vindt dat met deze omschrijving de mogelijkheden om C28 te gebruiken teveel worden ingeperkt maar daarmee was wel de toon gezet. Desondanks is er wel wat voor te zeggen om de omschrijving bij C28 te verduidelijken en is uiteindelijk door de inbreng van de KNMT in deze discussie de nu vastgestelde wijziging in de tariefbeschikking 2020 opgenomen.

#### **C13 (Probleemgericht consult)**

De KNMT heeft bij de NZa het verzoek ingediend om bij code C13, probleemgericht consult de beperking m.b.t. de combinatie met een declarabele verrichting te laten vervallen. Het gaat immers om handelingen die ook op verschillende momenten kunnen plaatsvinden. Dan kunnen er wel twee declaraties plaatsvinden. Het is daarom niet logisch dat dit in één zitting niet zou mogen en er is veel discussie over de combinaties waarvoor een uitzondering geldt. Wat declareer je wel en niet. Daarom is het voorstel om de betreffende zin in de beschikking te schrappen. De NZa heeft besloten dit voorstel aan te houden en voor 2021 alle C-codes die betrekking hebben op consulten in samenhang te herzien. Om die reden hebben we de door de NZa voorgenomen wijziging in C28 beperkt kunnen houden. C13 blijft voor 2020 ongewijzigd.

### **Hoofdstuk M - Preventieve mondzorg**

#### **M80/81 (Behandeling van witte vlekken)**

Over hoe de behandeling van witte vlekken op tanden met behulp van micro-infiltratie (o.a. ICON) in rekening kan worden gebracht, komen zowel bij de NZa als de KNMT regelmatig vragen binnen. Naar aanleiding van een discussie hierover in het overleg met de NZa, is de NZa is van mening dat hiervoor een prestatie moet worden toegevoegd. De KNMT heeft ingebracht dat deze prestaties dan thuishoren in het V-hoofdstuk, maar de NZa heeft besloten deze prestatie op te nemen in het M-hoofdstuk omdat het behandelen van cariogene plekken meer preventief dan curatief zou zijn. Wat betreft de tariefstelling heeft de NZa aangesloten bij de tariefverhouding tussen V30 en V35 waarbij voor het eerste element is uitgegaan van het tarief van V82 (tweevlaks compomeer vulling). De KNMT vindt dat uitgegaan zou moeten worden van de tarieven van respectievelijk V82 en V81. Beide codes zijn voorzien van een \* zodat het gebruikte materiaal apart in rekening kan worden gebracht. Vanuit de zorgverzekeraars is ingebracht dat deze behandeling geen deel uitmaakt van het basispakket voor de jeugd en dus niet zal worden vergoed.

### **Hoofdstuk V - Vullingen**

Al langer is er discussie over de vlakindeling van de vullingen. Dit is ook aangegeven bij de toelichting bij de wijzigingen die dit jaar zijn doorgevoerd. Steeds vaker krijgen partijen vragen over hoe de vullingen kunnen worden gedeclareerd in relatie tot de vlakken. Met name wanneer er sprake is van meerdere vullingen in één element in één zitting is het declareren hiervan punt van discussie. Vanuit zorgverzekeraars is de wens geuit om niet

langer uit te gaan van vullingen maar van behandelde vlakken. Dit zou betekenen dat er per element in één zitting maximaal 5 vlakken kunnen worden gedeclareerd.

De KNMT heeft aangegeven dat dit een majeure aanpassing is van het betreffende hoofdstuk, nog geen drie jaar na een andere majeure aanpassing. Ook is onduidelijk wat de effecten hiervan zullen zijn. Daarom is invoering nu per 2020 ongewenst. De NZa heeft daarom het voorstel aangehouden, hetgeen wel betekent dat de discussie hierover verder zal gaan en wellicht kan leiden tot aanpassingen per 2021.

Om meer zicht te krijgen op de huidige wijze van behandelen heeft de NZa besloten dat voor de digitale declaraties ook de vlakken van de vullingen moeten worden vermeld. Dus naast het elementnummer moeten ook de met de gemaakte vulling samenhangende vlakken worden aangegeven. Hiervoor is de Regeling Mondzorg aangepast. Deze informatie kan worden gebruikt om de effecten van een eventuele aanpassing goed in kaart te kunnen brengen. De KNMT heeft zijn bedenkingen geuit, maar de NZa heeft aangegeven dat er geen sprake is van extra administratieve lasten omdat in de meeste software de vlakken al worden vastgelegd. De NZa heeft met de aanbieders van die pakketten overleg gevoerd waaruit gebleken dat het geen extra handelingen zal vragen. De KNMT hoort graag van u indien dit in de praktijk anders blijkt te zijn.

Voor 2020 blijft dus het volgende gelden:

*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.*

## **Hoofdstuk E – Wortelkanaalbehandelingen**

### **E63 ( Toeslag voor afsluiting met MTA)**

In de titel van deze prestatie leidt het woord “toeslag” tot verwarring. Onduidelijk is waar deze prestatie een toeslag bij is. Daarom wordt aan de prestatie toegevoegd dat E63 als toeslag geldt bij de prestaties E13 t/m E17 en geldt per element.

Dit verzoek is ingebracht door ZN en de KNMT heeft hiermee ingestemd.

### **E86 (Gebruik operatiemicroscoop bij wortelkanaalbehandeling)**

Volgens de NZa is er onduidelijkheid in het veld wanneer E86 in rekening kan worden gebracht. De KNMT heeft bij de NZa aangegeven dat E86 per wortelkanaalbehandeling meerdere malen in rekening moet kunnen worden gebracht indien de behandeling uit meerdere zittingen bestaat en er een indicatie is voor het gebruik van de operatiemicroscoop in die meerdere zittingen. Immers, in de toelichting staat per zitting.

De NZa is echter van mening dat E86 alleen in combinatie met een wortelkanaalbehandeling in rekening kan worden gebracht. De NZa uitleg hierbij is dat E86 dan ook alleen kan worden gedeclareerd indien er ook een betreffende E-behandelcode wordt gedeclareerd. Dus één maal per behandeling. De hoge kosten die gepaard gaan met meerdere malen in rekening kunnen brengen gebruikt de NZa ook als argument. De KNMT vindt dit argument gezocht. De NZa heeft besloten om bij E86 de volgende zin toe te voegen: *Eenmaal per wortelkanaalbehandeling in rekening te brengen.*

De KNMT is hiermee niet gelukkig.

## **Hoofdstuk R – Kronen en bruggen**

### **R31 (Opbouw plastisch materiaal)**

De zorgverzekeraars hebben ingebracht dat de combinatie van vullingen met R-codes voor hetzelfde element onduidelijk is. Om die reden is de omschrijving van R31 aangepast waardoor deze breder is in te zetten. De toevoeging is: *Het aanbrengen van vulmateriaal ten behoeve van een kroon vanaf de zitting van het prepareren tot het plaatsten van de kroon.* Daar staat tegenover dat het combineren van vullingen met R24 voor hetzelfde element niet meer is toegestaan. Wel blijft het mogelijk om de codes V70, V80 en V85 in combinatie met R24 in rekening te brengen.

De KNMT heeft dit voorstel van Zorgverzekeraars Nederland gesteund.

### **R72, R73 en R14**

Op verzoek van de ANT zijn de codes R72 en R73 uit de lijst verwijderd en is de omschrijving bij R14 aangepast. De KNMT is altijd sceptisch over het schrappen van declaratiemogelijkheden. Gezien de zeer geringe frequentie van code R72 en het integreren van R73 in R14 heeft de KNMT met dit voorstel ingestemd. R14 kan nu ook in combinatie met R78 en R79 worden gebruikt. Code R40 is als combinatie met R14 geschrapt omdat het hier een brugdeel betreft.

### **R74 (Opnieuw vastzetten niet-plastische restauratie)**

In de toelichting wordt opgenomen dat deze prestatie per kroon of pijlerelement in rekening kan worden gebracht.

### **R24 en toevoeging R34 (Kroon op implantaat)**

Naar aanleiding van een discussie over het toevoegen van prestatie ten behoeve van een tijdelijke kroon op een immediaat geplaatst implantaat is ook een discussie op tafel gekomen over het verschil tussen een kroon op een natuurlijk element en op een implantaat. Volgens de zorgverzekeraars is de omschrijving bij de code R24 nu zo dat je formeel deze code niet kan gebruiken indien de kroon op een implantaat wordt geplaatst. Om die reden moest er een aparte prestatie hiervoor. De NZa heeft een nieuwe prestatie vastgelegd met als honorering 40 punten (tov de 44 punten voor R24). De KNMT heeft duidelijk aangegeven dat een splitsing van beide prestaties in de rede ligt, maar een afwijkende honorering niet. Immers, nu wordt R24 voor beide behandelingen gebruikt en een verlaging van de honorering van de nieuwe prestatie zou een verhoging van de honorering van de bestaande prestatie inhouden. Immers, het is de NZa die kostenneutraliteit in het vaandel heeft staan. Helaas stond de KNMT alleen in deze discussie en. Uiteindelijk heeft de KNMT het verschil kunnen beperken tot 4 punten, maar is ook hier niet gelukkig mee.

Voor de toevoeging van de tijdelijke kroon op het immediaat geplaatste implantaat zie hoofdstuk J.

### **R45, R49 en R65**

De prestatieomschrijvingen bij deze codes is niet eenduidig. Daarom is de volgende aanpassing doorgevoerd.

R45 Toeslag bij een conventionele brug voor elk volgende brugtussendeel in het zelfde tussendeel. Dit geldt per brugtussendeel en is een toeslag bij R40 indien sprake is van meer dan één brugtussendeel (dummy) in het zelfde tussendeel.

R65 Toeslag bij een plakbrug voor elk volgende brugtussendeel in het zelfde tussendeel. Dit geldt per brugtussendeel en is een toeslag bij R60 of R61 indien sprake is mee dan één brugtussendeel (dummy) in hetzelfde tussendeel.

R66 Toeslag bij een plakbrug voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee. Toeslag bij R60 of R61

#### **R46 (Brugverankering, per anker)**

Op verzoek van de ANT is R46 uit de prestatielijst geschrapt omdat de betreffende systemen niet meer te koop zijn. De KNMT heeft aangegeven dat in 2013 nog een artikel is verschenen waarin is beschreven dat intra-coronaire verankering een goed alternatief is voor adhesiefbruggen maar dat de techniek te omslachtig en tijdrovend is. Omdat het in de praktijk nauwelijks nog wordt toegepast is de KNMT akkoord gegaan met het schrappen.

#### **R28 (Endokroon)**

De ANT heeft ingebracht dat het tarief bij deze prestatie niet kan kloppen. Deze prestatie is echter bedoeld ter ondersteuning van het uitvoeren van een wortelkanaalbehandeling en niet als losstaande prestatie. Omdat deze prestatie niet meer als zodanig wordt herkend en gebruikt, kan er verwarring ontstaan. Besloten is daarom deze prestatie te schrappen.

#### **R80 en R85 (Temporaire voorziening)**

De tekst bij de betreffende prestaties kan duidelijker. Op verzoek van de ANT is als volgt aangepast.

R80 Tijdelijk koon- en brugwerk, eerste tand of kies

R85 Tijdelijk kroon- of brugwerk, volgende tand of kies

#### **Hoofdstuk G – Kaakgewrichtsbehandelingen**

Op verzoek van de wetenschappelijke vereniging (NVGPT) is het hoofdstuk grondig herzien. Een nadere toelichting kunt u vinden op de website van de KNMT.

#### **Hoofdstuk H – Chirurgische ingrepen**

##### **H-codes (Chirurgische ingrepen)**

Vanuit het veld heeft de KNMT signalen ontvangen dat vanwege de formulering het niet duidelijk is wanneer H21 mag worden berekend. Om die reden is bij de prestaties H50, H33, H35, H40, H41, H42, H43, H44, H59, H60, H65, H70, H75, H80 en H85 inclusief hechtingen gewijzigd in inclusief hechten, gezien inclusief hechtingen kan leiden tot verwarring in combinatie met prestatie H21 (Kosten hechtmateriaal).

De KNMT heeft dit verzoek ingediend.

## Hoofdstuk T – Tandvleesbehandelingen

De KNMT heeft verzocht de beperkingen in de combinaties van M- en T-codes te schrappen. Het komt regelmatig voor dat bij een patiënt zowel T<sub>21/22</sub> en Mo<sub>1, Mo2</sub> of Mo<sub>3</sub> geïndiceerd zijn voor afzonderlijke delen van de mond. Op dit moment wordt gewerkt aan het aanpassen van het bestaande paroprotocol. Afsproken is dat indien dit is vastgesteld nogmaals naar dit probleem wordt gekeken. Daarnaast heeft de KNMT aandacht gevraagd da de beperkingen met betrekking tot combinaties van M- en T-codes alleen geldt voor onderdeel A van het T-hoofdstuk en niet voor onderdeel B.

### A<sub>10</sub>/T<sub>21/22</sub>

De omschrijving bij A<sub>10</sub> is niet in lijn met de algemene bepalingen bij hoofdstuk T. Hierin is opgenomen dat bij initiële behandeling maximaal tweemaal per 3 elementen verdoving kan worden berekend. De NZa heeft deze tekst uit de algemene bepalingen verwijderd en aan de betreffende prestatie toegevoegd dat deze exclusief verdoving zijn. Daarmee geldt de omschrijving van A<sub>10</sub>.

### Gebruik T<sub>21/22</sub> bij peri-implantitis

Onduidelijk is of de prestaties voor de initiële behandeling ook mogen worden gebruikt bij de behandeling van peri-implantitis. De NZa is van mening dat de omschrijving hiervan niet past bij het behandelen van peri-implantitis. Daarom wordt een nieuwe code toegevoegd aan het J-hoofdstuk.

### J<sub>35</sub> Grondig submucosaal reinigen implantaat

Per element. Van toepassing voor behandeling van peri-implantitis. Voor de behandeling van peri-implantaire mucositis blijft Mo<sub>3</sub> de aangewezen prestatie. J<sub>35</sub> mag worden gecombineerd met Mo<sub>3</sub>, T<sub>21</sub>, T<sub>22</sub> in dezelfde zitting maar niet voor hetzelfde element.

In het verlengde hiervan wordt ook **code T<sub>84</sub>** aangepast. Hierbij wordt toegevoegd: Kan ook in rekening worden gebracht voor de chirurgische behandeling van peri-implantitis. Ongeacht het aantal implantaten.

## Hoofdstuk J – Implantaten

In het hoofdstuk is een aantal tekstuele aanpassingen doorgevoerd. Het betreft met name een nadere duiding van de term abutment indien mogelijk. Daar waar het gaat om een afdekschroefje is dit ook zo opgenomen in plaats van de term abutment (zie J<sub>20</sub>, J<sub>28</sub>, J<sub>27</sub>, J<sub>37</sub> en J<sub>80</sub>).

### J<sub>32</sub> Verwijderen gefractureerd abutment)

De omschrijving is op verzoek van de zorgverzekeraars aangepast. Toegevoegd is: ...twee maanden na plaatsing *van het abutment*.

De KNMT heeft dit verzoek gesteund.

### J<sub>34</sub> ( Bepaling stabiliteit implantaat middels ISO-meting)

De ANT heeft ingebracht dat deze prestatie ook in combinatie met J<sub>23</sub> in rekening moet kunnen worden gebracht. Daarnaast heeft de KNMT ingebracht dat dit ook in combinatie met J<sub>80</sub> zou moeten kunnen. Helaas werd het voorstel van de KNMT niet gesteund door ANT en zorgverzekeraars. De toevoeging in combinatie met J<sub>23</sub> is wel overgenomen door de NZa.

### **J35 (Grondig submucosaal reinigen implantaat)**

Zie ook de opmerkingen bij hoofdstuk T. Er was geen prestatie voor de behandeling van per-implantitis en de huidige T-codes dekken de lading niet. Om die reden is deze prestatie toegevoegd.

De KNMT heeft dit voorstel gesteund.

### **J39 (Uitvoeren autotransplantaat)**

Op verzoek van de zorgverzekeraars is deze prestatie aan de lijst toegevoegd. De KNMT heeft haar bedenkingen ingebracht over het nut van deze toevoeging. Met name de afbakening wie deze behandeling zal gaan uitvoeren is onduidelijk in relatie tot de bekwaamheid. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat hierover regelmatig vragen over binnenkomen en dat met deze toevoeging in een behoefte wordt voorzien.

### **J27/J36/J37 (Verwijderen/vervangen implantaat)**

Door zorgverzekeraars is verzocht de termijn van twee maanden voor vervanging na plaatsing te verlengen naar zes maanden. De KNMT heeft aangegeven dat zes maanden wellicht wat lang is en voorgesteld dit aan te passen naar vier maanden. Helaas kreeg dit geen steun en heeft de NZa de prestaties J27 en J37 als volgt aangepast.

#### **J27 (Vervangen implantaat).**

Inclusief onderzoek, planning, operatie en nazorg. Niet in rekening te brengen binnen zes maanden na plaatsing implantaat (J20 of J28). Voor het vervangen van het volgende implantaat in dezelfde zitting geldt J37.

#### **J37 (Vervangen volgend implantaat).**

*Vervanging van eerder verloren gegaan implantaat.* Uitsluitend in combinatie met J27 in rekening te brengen. Inclusief onderzoek, planning, operatie en nazorg. Niet in rekening te brengen binnen zes maanden na plaatsing implantaat (J20 of J28).

De KNMT heeft gevraagd deze wijziging te evalueren.

### **J40/J41 (Twee/volgende magneten/drukknoppen)**

Op verzoek van de KNMT is invulling gegeven de mogelijkheid om één eerste drukknop te plaatsten in plaats van twee. J40 wordt vervangen door **J45 Plaatsten eerste drukknop**. Het tarief voor het plaatsten van 2 of meer drukknoppen wijzigt door deze aanpassing niet.

### **J87 (Tijdelijke kroon op immediaat geplaatst implantaat)**

Bij de NZa is een verzoek binnengekomen om een prestatie toe te voegen voor een tijdelijke kroon op een immediaat geplaatst implantaat in de esthetische zone. Deze prestatie is inclusief de bijbehorende nazorg als gevolg van het plaatsen van de noodkroon en de aanpassingen van de tijdelijke restauratie.

De KNMT heeft dit verzoek gesteund. In het verloop van de discussie hierover is door zorgverzekeraars aan de orde gesteld dat de omschrijving van R24 formeel een kroon op een implantaat niet dekt (zie bij hoofdstuk R). De KNMT is ongelukkig met hetgeen nu is vastgesteld door de NZa, maar kreeg onvoldoende steun om de NZa op andere gedachten te brengen. Ook werd tijdens deze discussie het nut van code J19 door zorgverzekeraars aan de orde gesteld. Na in eerste instantie te zijn geschrapt uit de lijst hebben KNMT en ANT de NZa ervan weten te overtuigen dit niet te doen. J19 staat dus nog in de lijst.

### **Schrappen prestatie J79 voor het verwijderen en vervangen van een steg**

Prestatie J79 is na evaluatie weer uit de lijst geschrapt na invoering dit jaar. Indien een steg wordt vervangen is er altijd sprake van een rebasing. Omdat bij code J79 nu is opgenomen verwijderen en vervanging is dit dubbelop. Indien er sprake is van vervanging van de steg en alleen een rebasing van de prothese, kunnen daarvoor de betreffende prestaties worden gebruikt. De kosten van de steg zelf kan apart in rekening worden gebracht. Indien sprake is van een nieuwe prothese gelden de betreffende codes voor de mesostructuur.

### **Yozen Fgo1 (Onderlinge dienstverlening)**

De NZa heeft de prestatie 'onderlinge dienstverlening' is toegevoegd. Een zorgaanbieder kan tarieven en prestaties in rekening brengen die door de NZa zijn vastgesteld. Dit betekent tegelijkertijd dat het niet is toegestaan om als zorgaanbieder een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor geen of een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan door de NZa is vastgesteld. Indien een zorgaanbieder een deel van de prestatie levert, en hiervoor geen aparte prestatie is vastgesteld, kan de zorgaanbieder deze zorg met ingang van 2020 in rekening brengen middels de prestatie 'onderlinge dienstverlening'. De prestatie onderlinge dienstverlening wordt door de uitvoerende zorgverlener in rekening gebracht aan de opdrachtgevende zorgaanbieder die vervolgens de gehele prestatie bij de patiënt in rekening brengt. Voor de prestatie onderlinge dienstverlening kan maximaal het tarief in rekening worden gebracht dat geldt voor de gehele prestatie, die bij de patiënt in rekening wordt gebracht.

### **Yo1 en Fgo0 (Informatieverstrekking)**

De prestatie 'informatieverstrekking' is opgenomen in de regelgeving. De NZa kreeg de afgelopen jaren vragen van zorgaanbieders hoe om te gaan met informatieverzoeken in het kader van de individuele gezondheidszorg door derden (al dan niet via de patiënt) die niet volgen uit zorg- of dienstverlening in het kader van bijvoorbeeld de Zvw, Wlz, Wmo of Jeugdwet. Formeel bestaat hiervoor nog geen declaratietitel. Informatieverstrekking die niet noodzakelijk en onvermijdelijk is voor de levering van de individuele zorgprestatie is namelijk niet verdisconteerd in de tarieven. Dit geldt bijvoorbeeld voor informatieverstrekking die ziet op een individuele patiënt op verzoek van een letselschade advocaat. Aangezien een mondzorgaanbieder BIG-geregistreerd is, mag deze alleen prestaties in rekening brengen voor handelingen of werkzaamheden in het kader van zijn beroepsuitoefening indien hiervoor een prestatie door de NZa is vastgesteld. De introductie van de prestatie informatieverstrekking geeft de zorgaanbieder hiervoor nu een declaratietitel.

De KNMT heeft over beide toevoegingen haar verwondering uitgesproken. In eerste instantie was de strekking van deze prestaties breder, maar de KNMT vraagt zich af in hoeverre de reikwijdte van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in dit kader gaat. Immers, de WMG bepekt zich tot de individuele gezondheidszorg en het is de vraag of deze prestaties daarover gaan. Mede om die reden heeft de NZa de omschrijving aangepast.

### **Wijzigingen Regeling mondzorg**

In de toelichting van de Regeling mondzorg is verduidelijkt hoe materiaal- en techniekkosten geregistreerd moeten worden. Is er sprake van ingekochte materialen- en technieken, dan wordt de betreffende prestatie met sterretje (\*) in rekening gebracht. Worden de materialen- en technieken vervaardigd in eigen beheer, dan worden de kosten hiervoor apart rekening gebracht.

De lijst met prestatiecodes waarbij de vermelding van het elementnummer of de kaak is aangepast. Nieuw is dat bij de vullingen ook de behandelde vlakken, indien specificieer-

baar, moeten worden vermeld. De KNMT is niet gelukkig met deze toevoeging omdat niet altijd duidelijk om welke vlakken het gaat. Indien de registratie in het dossier afwijkt van de vlakindeling die in de prestatielijst is opgenomen leidt dit tot extra administratieve lasten. De KNMT zal dit scherp monitoren.

### **Wijzigingen regelgeving tandtechniek in eigen beheer 2019**

De prestaties en tarieven tandtechniek in eigen beheer zijn in 2019 herijkt. Partijen hebben bij de NZa aangegeven dat het niet uitvoerbaar is om materiaal- en/of techniekkosten in eigen beheer te specificeren op de factuur, deze wordt zo namelijk niet duidelijker voor de patiënt. Hiernaast brengt dit verschillende knelpunten in de uitvoering met zich mee. Om deze reden zijn we op zoek gegaan naar een andere oplossing om meer inzicht te genereren. Uiteindelijk is besloten om een indicatietype toe te voegen in de declaratiestandaard.

Dit ziet er als volgt uit:

Indicatietype 01 = honorarium

Indicatietype 02 = ingekochte materiaal- en/of techniekkosten

Indicatietype 03 = Wlz-mondzorg

Indicatietype 04 = zelfvervaardigde materiaal- en/of techniekkosten

De materiaal- en/of techniekkosten dienen of onder indicatietype 02 of onder indicatietype 04 te worden gedeclareerd. Indien sprake is van zowel ingekochte als zelfvervaardigde materiaal- en/of techniekkosten bij één prestatie, dan dienen deze te worden ingevuld in het veld waarin de meeste kosten zijn gemaakt.

### **Hieronder staan alle wijzigingen voor de regelgeving van orthodontische zorg in 2020:**

#### **F401 (Plaatsen beugel categorie o)**

De titel van prestatie F401 wordt gewijzigd in 'Therapie met behulp van myofunctionele apparatuur'. Partijen hebben namelijk aangegeven dat het niet om een *beugelbehandeling*, maar om *therapie* gaat. Daarom wordt de prestatie verplaatst naar het hoofdstuk 'IV Diversen'.

#### **F531, 532 en 533 (Nacontrole)**

De nacontrole kan in de huidige regelgeving eenmaal per drie maanden gedeclareerd worden, ongeacht het aantal bezoeken van de patiënt. De KNMT heeft ingebracht in de praktijk niet werkbaar is omdat juist in de eerste maanden na de actieve behandeling de nacontrole frequenter nodig zal zijn en later minder. De huidige omschrijving is daarom niet in lijn met de richtlijn en roept om deze reden vragen op. De NZa heeft het voorstel van de KNMT overgenomen en per 2020 kan de nacontrole weer per consult in rekening worden gebracht.

#### **F813 (Plaatsen extra retentiebeugel, per kaak)**

In het tarief van prestatie F492 (Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak) is een vergoeding verdisconteerd voor het plaatsen van retentie-apparatuur. Prestatie F492 kan echter alleen in rekening worden gebracht voor beugel categorie 7 als er attachments zijn geplaatst. De KNMT heeft daarom voorgesteld om de omschrijving van de prestatie plaatsen extra retentiebeugel, F813) aan te passen. De NZa heeft dit voorstel in eerste instantie vertaald in een aanpassing van F492 door de eerste retentiebeugel uit die prestatie te halen. hieruit te halen. De KNMT heeft hier tegen geprotesteerd en ook aangegeven dat ook een prestatie voor het plaatsen van retentieapparatuur na behandeling met beugel categorie 1 tot en met 4 ontbreekt. Uiteindelijk is de NZa overstag gegaan. Om het plaatsen van



de eerste retentie-apparatuur na behandeling met beugel categorie 1 tot en met 4 en 7 zonder attachments mogelijk te maken, is prestatie F813 verbreed.

De KNMT heeft dit verzoek ingediend.