



Beleidsregel orthodontische zorg

BR/REG-25113

Vastgesteld op 25 juni 2024

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 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.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

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/of 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 en/of technieken 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/of 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 bepalingen in de Beleidsregel tandtechniek in eigen beheer.

Voor nadere transparantievoorschriften 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. (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.)

Inkoop situaties

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 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 vertegenwoordigen. (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.

Artikel 2 Doel van de beleidsregel

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

Artikel 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 handelingen¹ of werkzaamheden² 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.

Deze beleidsregel is tevens van toepassing op orthodontische zorg als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz), die wordt geleverd door zorgaanbieders die orthodontische zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz leveren aan patiënten die verblijven en behandeld worden in een Wlz-instelling.

Artikel 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

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

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



(IV)	Diversen
(V)	Informatieverstrekking en onderlinge dienstverlening

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 functionele problemen veroorzaakt door een in ernst met schisis vergelijkbare afwijking(en)

(C) patiënten met functionele problemen veroorzaakt door een cheilo-/gnatho-/palatoschisis

Artikel 5 Onderdelen ter vaststelling van de tariefopbouw

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.
2. De arbeidskostencomponent orthodontische zorg bedraagt € 229.949 (definitief niveau 2024).
3. Het inkomensbestanddeel in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt € 228.971 (definitief niveau 2024).
4. Het praktijkkostenbestanddeel in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt € 948.593 (definitief niveau 2024). Het praktijk-kostenbestanddeel is opgebouwd uit de elementen 'personeelskosten' en 'overige kosten':
 - personeelskosten € 398.655
 - overige kosten € 549.937
5. De rekennorm in de puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt 2.327.991.
6. Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het inkomens- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.
7. De structurele puntwaarde van de prestaties in de A-categorie bedraagt:
 - € 0,505828074 (definitief niveau 2024);
 - € 0,521396698 (voorcalculatorisch niveau 2025).
8. De puntwaarde van de prestaties in de B- en C-categorie bedraagt € 0,775644607 (voorcalculatorisch niveau 2025). Deze puntwaarde muteert jaarlijks met het hierna in artikel 6.2 genoemde mutatiepercentage.

Artikel 6 Totstandkoming maximumtarieven

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

1. Het maximumtarief voor de prestaties voor behandeling van A-categorie patiënten 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.
2. Het maximumtarief voor de prestaties voor behandeling van B/C-categorie patiënten is een bedrag per prestatie: het product van de voor het jaar t-1 geldende maximumtarief maal het mutatiepercentage van het tarief voor behandeling van A-categorie patiënten, zijnde het procentuele verschil tussen de puntwaarde op voorcalculatorisch niveau jaar t en de puntwaarde op voorcalculatorisch niveau jaar t-1 voor de behandeling van A-categorie patiënten.
3. Uitzonderingen op artikelen 6.1 en 6.2 zijn:
 - de tarieven van de prestaties F121, F122, F124, F130, F151, F152, F161, F162, F716, F721, F722, F724, F815 en F900. Deze zijn gelijk aan het tariefniveau van de soortgelijke prestaties in de algemene tandheelkunde zoals die voortvloeien uit de Beleidsregel tandheelkundige zorg. In onderstaande tabel is weergegeven op welke prestaties uit de Beleidsregel tandheelkundige zorg de tarieven voor bovenstaande prestaties orthodontische zorg zijn gebaseerd.

Tarief orthodontische zorg	Tarief tandheelkundige zorg
F121	C002
F122	C002
F124	C012
F130	C012
F151	X10
F152	X10

Tarief orthodontische zorg	Tarief tandheelkundige zorg
F161	X25 – X26
F162	X26
F716	M61
F721	H11
F722	H16
F724	M01
F815	E44
F900	Y01

- De prestatie onderlinge dienstverlening (F901). Deze prestatie kan met inachtneming van de geldende maximumtarieven voor de prestaties in rekening worden gebracht.
- 4. De maximumtarieven berekend op basis van artikel 6.1, 6.2 en 6.3 kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.
- 5. Een tarief dat niet hoger is dan berekend op basis van artikel 6.1, 6.2 en 6.3 kan aan eenieder in rekening worden gebracht. Een tarief dat tot stand komt met toepassing van 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 6.4 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.

Artikel 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 van de Prestatie- en tariefbeschikking orthodontische zorg.

CODE	OMSCHRIJVING	Punten
I	Consultatie en diagnostiek	
F121 A/B/C	Eerste consult	A: € 28,83 B: € 28,83 C: € 28,83
F122 A/B/C	Herhaalconsult	A: € 28,83 B: € 28,83 C: € 28,83
F123 A/B/C	Controlebezoek	A: 33,5 B: 33,5 C: 33,5
F124 A/B/C	Second opinion	A: € 136,56 B: € 136,56 C: € 136,56
F125 A/B/C *	Maken gebitsmodellen	A: 41,0 B: 50,9 C: 50,9
F126 A/B/C	Beoordelen gebitsmodellen inclusief bespreken behandelplan	A: 148 B: 148 C: 148
F127 A/B/C	Multidisciplinair consult, per 5 minuten	A: Tarief F127B/C B: 18,6 C: 18,6
F128 C	Prenataal consult, per 5 minuten	C: 18,6
F129 C	Orthodontie in de eerste twee levensjaren	C: 2279
F130 A/B/C	Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen van complex behandelplan door orthodontische zorgaanbieder	A: € 136,56 B: € 136,56 C: € 136,56
F131 A/B/C *	Vervaardigen van een diagnostische set-up	A: 115 B: 115 C: 115



CODE	OMSCHRIJVING	Punten
F132 A/B/C *	Maken van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	A: 41 B: 50,9 C: 50,9
F133 A/B/C	Beoordelen van extra gebitsmodellen t.b.v. behandelingsevaluatie	A: 148 B: 148 C: 148
II	Röntgenonderzoek	
F151 A/B/C	Intra-orale röntgenfoto (3x4 cm)	A: € 21,24 B: € 21,24 C: € 21,24
F152 A/B/C	Occlusale opbeet röntgenfoto	A: € 21,24 B: € 21,24 C: € 21,24
F153 B/C	Extra-orale röntgenfoto (13x18 cm)	B: 36,8 C: 36,8
F154 B/C	Röntgenonderzoek d.m.v. hand/polsfoto's	B: 45,1 C: 45,1
F155 A/B/C	Vervaardiging orthopantomogram	A: 72 B: 72 C: 72
F156 A/B/C	Beoordeling orthopantomogram	A: 42,2 B: 42,2 C: 42,2
F157 A/B/C	Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	A: 45,1 B: 45,1 C: 45,1
F158 A/B/C	Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	A: 125,9 B: 125,9 C: 125,9
F159 A/B/C	Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	A: 45,1 B: 45,1 C: 45,1
F160 A/B/C	Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	A: 125,9 B: 125,9 C: 125,9
F161 A/B/C	Meerdimensionale kaakfoto	A: € 182,07 B: € 182,07 C: € 182,07
F162 A/B/C	Beoordeling meerdimensionale kaakfoto	A: € 75,86 B: € 75,86 C: € 75,86
III	Behandeling	
F411 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 1	A: 276,5 B: 323,5 C: 607,1
F421 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 2	A: 289,2 B: 337,4 C: 638,5
F431 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 3	A: 333,5 B: 385,3 C: 747,3
F441 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 4	A: 355,3 B: 408,9 C: 800,7
F451 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 5	A: 840,6 B: 921,1 C: 1358,1
F461 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 6	A: 1367,4 B: 1500,8 C: 2220,7
F471 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 7	A: 1327 B: 1391,2 C: 2142,3
F481 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 8	A: 1035,7 B: 1115,9 C: 1833,2



CODE	OMSCHRIJVING	Punten
F491 A/B/C *	Plaatsen beugel categorie 9	A: 1361,3 B: 1537,3 C: 2572,7
F492 A/B/C	Verwijderen beugel categorie 5 t/m 9 per kaak	A: 230,3 B: 193,6 C: 193,6
F493 A/B/C*	Verwijderen en opnieuw plaatsen van attachments gedurende de beugelbehandeling per kaak	A: 115,2 B: 96,8 C: 96,8
F511 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 1	A: 70 B: 100 C: 100
F512 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 2	A: 70 B: 100 C: 100
F513 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 3	A: 70 B: 100 C: 100
F514 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 4	A: 70 B: 100 C: 100
F515 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 5	A: 80 B: 110 C: 110
F516 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 6	A: 100 B: 130 C: 130
F517 A/B/C *	Beugelconsult per kalendermaand categorie 7	A: 100 B: 100 C: 130
F518 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 8	A: 120 B: 120 C: 165
F519 A/B/C	Beugelconsult per kalendermaand categorie 9	A: 150 B: 150 C: 195
F520 A	Beugelconsult op afstand	A: 33,5
F521 A	Beugelconsult vanaf 25e behandelmaand (beugelcategorie 1 t/m 9)	A: 70
F531 A/B/C	Nacontrole beugel categorie 1 t/m 4	A: 70 B: 100 C: 100
F532 A/B/C	Nacontrole beugel categorie 5,7,8	A: 80 B: 100 C: 110
F533 A/B/C	Nacontrole beugel categorie 6,9	A: 100 B: 130 C: 130
IV	Diversen	
F611 A/B/C *	Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur	A: 294 B: 212,9 C: 212,9
F612 A/B/C *	Plaatsen intermaxillaire correctieveren	A: 289,2 B: 337,4 C: 638,5
F716 A/B/C *	Mondbeschermer tijdens behandeling met apparatuur	A: € 34,14 B: € 34,14 C: € 34,14
F721 A/B/C	Trekken tand of kies	A: € 56,90 B: € 56,90 C: € 56,90
F722 A/B/C	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	A: € 42,48 B: € 42,48 C: € 42,48
F723 A/B/C *	Plaatsen micro-implantaat (voor beugel)	A: 198,1 B: 166,5 C: 166,5



CODE	OMSCHRIJVING	Punten
F724 A/B/C	Preventieve voorlichting en/of instructie	A: € 17,01 B: € 17,01 C: € 17,01
F810 A/B/C	Reparatie of vervanging beugel categorie 1 tot en met 4 vanwege slijtage	A: Kostprijs B: Kostprijs C: Kostprijs
F811 A/B/C *	Reparatie of vervanging van beugel na verlies of onzorgvuldig gebruik	A: 69,5 B: 69,5 C: 69,5
F812 A/B/C *	Herstel en/of opnieuw plaatsen van retentie-apparaat, per kaak	A: 91,6 B: 121,6 C: 121,6
F813 A/B/C *	Plaatsen (extra) retentie-apparaat	A: 91,6 B: 121,6 C: 121,6
F814 A/B/C *	Plaatsen retentie-apparaat bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt, per kaak	A: 91,6 B: 121,6 C: 121,6
F815 A/B/C	Verwijderen spalk, per element	A: € 7,59 B: € 7,59 C: € 7,59
F911 A	Inkopen op uitkomst orthodontie	A: 5687,9
F900 A/B/C	Informatieverstrekking, per vijf minuten	A: € 17,28 B: € 17,28 C: € 17,28
F901 A/B/C	Onderlinge dienstverlening	A: Maximum B: Maximum C: Maximum

Artikel 8 Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel orthodontische zorg met kenmerk BR/REG-24113 ingetrokken.

Artikel 9 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel orthodontische zorg, met kenmerk BR/REG-24113, 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 2025.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel orthodontische zorg.