



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Veelgestelde vragen (Q&A's) MKA-chirurgie

- Thema 1: Consult MKA-chirurgie (234003)**
- Thema 2: Totstandkoming tarieven MKA-chirurgie**
- Thema 3: Tarieven MKA-chirurgie 2019**
- Thema 4: Betrokkenheid kaakchirurgen bij aanlevering kostprijzen**
- Thema 5: Techniekkosten (230000)**
- Thema 6: Behandeling met botulinetoxine**
- Thema 7: Declaratierecht prestaties MKA-chirurgie**
- Thema 8: Wet- en regelgeving MKA-chirurgie**
- Thema 9: Vergoeding osteotomie**
- Thema 10: Onverzekerde consulten en diagnostiek**
- Thema 11: Digitale operatievoorbereiding MKA-chirurgie**

Versie 23 mei 2019



Thema 1: Consult MKA-chirurgie (234003)

Vraag:

Wanneer mag een consult MKA-chirurgie (code 234003) in rekening worden gebracht?

Antwoord:

Een consult (234003) mag in rekening worden gebracht in twee situaties:

1. Een eerste face-to-face consult met de kaakchirurg (of arts-assistent), inclusief een uitgebreid onderzoek.¹
Indien een consult MKA-chirurgie (234003) in dezelfde zitting wordt gevolgd door een verrichting uit Tariefgroep 3 t/m 8, wordt het consult niet in rekening gebracht. Voor het maximumtarief van het consult verleent de kaakchirurg gedurende 30 dagen na de datum van het consult, consultatieve poliklinische hulp betreffende hetzelfde ziektegeval.
Of;
2. Een vervolg face-to-face consult met de kaakchirurg (of arts-assistent) indien meer dan 30 dagen na een eerste consult, vervolgconsult of een prestatie uit Tariefgroep 3 t/m 8 poliklinische kaakchirurgische hulp wordt verleend.

Toelichting:

Tot en met 2008 bestonden er voor de MKA-chirurgie twee consultcodes.

Prestaties t/m 2008	Code MKA	Beschrijving in tariefbeschikking 5400-1900-08-2
Consult	234003	Er is alleen sprake van een consult als er een uitgebreid onderzoek wordt verricht. Indien een consult direct wordt gevolgd door een verrichting uit Tariefgroep 2 van de tarievenlijst, wordt het consult niet in rekening gebracht. Het opnemen van een eenvoudige anamnese betreffende aard en duur van de klachten, benevens informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd. Voor het maximumtarief van het consult verleent de zorgaanbieder gedurende één maand na de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de zorgaanbieder voegt, consultatieve poliklinische hulp betreffende hetzelfde ziektegeval.

¹ NB. Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten, behalve informatie naar de algemene gezondheid, dient als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd. In die situatie wordt geen consult vastgelegd.



Vervolgconsult	234008	Een vervolgconsult kan in rekening worden gebracht voor consultatieve poliklinische hulp betreffende eenzelfde ziektegeval, waarvoor langer dan een maand tevoren reeds een consult of vervolgconsult heeft plaatsgevonden. Voor het maximum tarief van een vervolgconsult verleent de zorgaanbieder gedurende één maand na de datum waarop de patiënt voor voortgezette behandeling terugkomt, consultatieve poliklinische hulp.
-----------------------	--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Per 2009 is in de nieuwe structuur MKA-chirurgie de verrichting 234008 vervallen en is deze samengevoegd met de verrichting 234003. In de brief over deze wijzigingen (zie bijlage) geeft de NZa daar een toelichting op:

In de nieuwe productstructuur is verrichting 234008 'Vervolgconsult' komen te vervallen. Deze verrichting is niet (meer) van toepassing omdat een behandeltraject bij de kaakchirurgie 31 dagen duurt. Vervolg binnen die periode is niet declarabel. Een vervolgtraject buiten die periode is declarabel volgens de reguliere codes die ook declarabel zijn bij het eerste contact.

Destijds is dus vastgesteld dat voor herhaalconsulten na de 30 dagen een 'Consult' (234003) mag worden vastgelegd. Binnen de MKA-chirurgie is deze 30-regel ook altijd de standaard geweest. Alles wat daarbinnen valt, wordt niet separaat in rekening gebracht als consult. Herhaalconsulten die plaatsvinden 31 dagen of langer na een behandeling uit Tariefgroep 3 t/m 8 of een eerder consult wel.

De toelichting bij de reguliere consultcode (234003) in de beleidsregel is destijds niet aangepast op de integratie van het vervolgconsult. Omdat de huidige beschrijving van de consultcode (234003) toch nog regelmatig tot vragen leidt, is dan ook ons voorstel de toelichting bij de reguliere consultcode (234003) te verduidelijken, zodat verwarring wordt voorkomen.

De bovenstaande lijn is ook door de NZa bevestigd.



Thema 2: Totstandkoming tarieven MKA-chirurgie

Vraag:

Hoe komen de tarieven MKA-chirurgie tot stand?

Antwoord:

De tarieven MKA-chirurgie zijn gebaseerd op kostprijzen van ziekenhuizen en ZBC's. Jaarlijks leveren alle ziekenhuizen en ZBC's, waarvan het relatieve aandeel van het gereguleerde segment groter is dan 10% van de totale omzet, verplicht hun kostprijzen bij de NZa aan van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (waaronder de prestaties MKA-chirurgie). De NZa gebruikt deze kostprijzen om de tarieven te berekenen van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment. De huidige tarieven MKA-chirurgie zijn gebaseerd op de kostprijzen die door ziekenhuizen zijn aangeleverd over het jaar 2012.

Toelichting:

In april 2012 besloot de NZa om een nieuw kostprijsmodel voor de MSZ vast te stellen. Ziekenhuizen werden verplicht om elk jaar kostprijzen aan te leveren, ook voor de overige zorgproducten MKA-chirurgie. De kostprijsinformatie over het jaar 2012 vormde de basis voor de herijking van de kostdelen van tarieven MKA-chirurgie per 1 januari 2014.

Aangezien de kwaliteit van de kostprijsberekening niet bij alle partijen in orde was, tekende de KNMT bezwaar aan tegen deze kostentarieven 2014. Daarop bood de NZa de mogelijkheid om de kostprijzen over 2012 opnieuw aan te leveren. Acht ziekenhuizen maakten van die mogelijkheid gebruik. Op basis van die nieuwe ronde stegen de kostprijzen van MKA-chirurgie en voerde de NZa een tariefverhoging toe per 1 januari 2014. Dit had vooral te maken met de verbeterde toerekening van kosten van verpleging aan de prestaties van MKA-chirurgie.

Echter, er waren nog steeds twijfels over de kwaliteit van de kostprijzen. Gezien de aanhoudende bezwaren van de KNMT en het gegeven dat slechts een beperkt aantal ziekenhuizen nieuwe kostprijzen had aangeleverd, besloot de NZa in overleg met de KNMT en andere branchepartijen een aanvullend onderzoek te starten naar de kostprijzen van de MKA-chirurgie. Ook het toepassen van de halveringsregel kreeg aandacht, evenals het toerekenen van kosten aan verrichtingen zoals consulten, verpleegdagen en dagverpleging. Op basis van dit onderzoek kon een tariefverhoging van de kostdelen worden doorgevoerd in de integrale tarieven van 2015.

In 2015 werd voor de gehele MSZ (inclusief de MKA-chirurgie) integrale bekostiging ingevoerd: kostentarieven en honorariumtarieven zijn samengevoegd tot één integraal tarief. Ook voor MKA-chirurgen was er dus per 2015 geen sprake meer van een apart honorariumtarief. In de jaren 2014 en 2015 zijn nog wel herijkingen doorgevoerd in het honorariumdeel in verband met een aanwijzing van de minister om een



structurele korting door te voeren van € 20 miljoen vanaf 2014 en van € 18 miljoen vanaf 2015. Aanleiding was het politieke Lente-akkoord van 2012, met daarin diverse bezuinigingen en hervormingen, waaronder een taakstellende besparing voor de MKA-chirurgie.

Per 2017 heeft de NZa de declaratiebepaling voor gecombineerde kaakchirurgische verrichtingen afgeschaft. Daarmee vervielen de MKA-prestaties met de omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde'. Datzelfde geldt voor de tabel met puntwaarden. Vanaf 2017 kunnen alle MKA-verrichtingen dus als een reguliere prestatie worden gedeclareerd en maakt het voor die declaratie niet meer uit of deze zorg in één of meerdere sessies wordt geleverd. Deze structuurwijziging is macroneutraal doorberekend in de tarieven. Hiervoor is dezelfde data gebruikt als voor de berekening van de tarieven 2015:

- Kostprijsgegevens van instellingen uit het aanvullend kostenonderzoek kaakchirurgie over het boekjaar 2012;
- de productiegegevens uit het gegevensonderzoek kaakchirurgie (SIRA);
- declaratiegegevens van zorgverzekeraars (Vektis) over het jaar 2011.

Na 2015 zijn er geen nieuwe herijkingen doorgevoerd in de tarieven. Wel zijn de tarieven jaarlijks geïndexeerd. Zie ook 'Thema 3: Tarieven MKA-chirurgie 2019'.

De verplichte kostprijstaanlevering voor ziekenhuizen is opgenomen in de nadere regel: 'Registratie en aanlevering kostprijzen' (actuele versie: NR/REG-1740). Hoe de NZa deze kostprijzen vervolgens gebruikt om te komen tot tarieven is opgenomen in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg' (actuele versie: BR/REG-19122a).



Thema 3: Tarieven MKA-chirurgie 2019

Vraag:

Hoe zijn de tarieven MKA-chirurgie 2019 tot stand gekomen?

Antwoord:

De NZa heeft besloten de tarieven voor 2019 niet aan te passen op basis van nieuw kostprijsonderzoek. De tarieven 2018 zullen wel geïndexeerd worden. De prijsindex voor 2019 is vastgesteld op 3,75%.

Toelichting:

De indexering van de tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten voor een bepaald jaar is gebaseerd op de voorcalculatie van datzelfde jaar (t) en de nacalculatie van het jaar ervoor (t-1). Daarbij wegen de materiële kosten voor een derde deel mee, en de loonkosten voor twee derde.

Regels voor deze berekeningen zijn vastgelegd in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg' en de beleidsregel 'Calculatieschema'. Op basis hiervan is het indexpercentage door de NZa voor de tarieven MKA-chirurgie 2019 vastgesteld op 3,75%.

Recente indexcijfers voor de zorgproducten MKA-chirurgie:

2015: 1,15%

2016: 0,26%

2017: 1,92%

2018: 2,87%

2019: 3,75%



Thema 4: Betrokkenheid kaakchirurgen bij aanlevering kostprijzen

Vraag:

Waarom is het belangrijk dat kaakchirurgen betrokken worden bij de aanlevering van kostprijzen aan de NZa?

Antwoord:

Kaakchirurgen weten doorgaans goed welke zorgproducten ze leveren en welke kosten daarvoor worden gemaakt. Wanneer ziekenhuizen hun kostprijzen berekenen, is het belangrijk dat ze daarbij gebruikmaken van de expertopinie van de kaakchirurgen. Belangrijke aandachtspunten bij het invullen van deze expertrol:

- Volledigheid toerekening kosten: worden alle kosten die bij de kaakchirurgische prestaties horen ook daadwerkelijk aan de kaakchirurgische prestaties toegerekend?
- Juistheid toerekening kosten: worden alle kosten die voorafgaan aan de kaakchirurgische prestatie, of nadien nog volgen, daadwerkelijk aan de kaakchirurgische prestaties toegerekend?
- Juistheid volume: worden de juiste volumes berekend van de kaakchirurgische prestaties?

Ook de NZa hecht veel waarde aan de expertrol van de kaakchirurg en benoemt het vergroten van de betrokkenheid van de specialist als oplossing om te komen tot betere kostprijzen.

Toelichting:

Jaarlijks leveren alle ziekenhuizen en ZBC's, waarvan het relatieve aandeel van het gereguleerde segment groter is dan 10% van de totale omzet, verplicht hun kostprijzen bij de NZa aan van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (waaronder de prestaties MKA-chirurgie). De NZa gebruikt deze kostprijzen om de tarieven te berekenen van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment. Het is dan ook van belang dat deze kostprijsberekening op een zo juist mogelijke manier verloopt.

Voor een volledige toerekening van de kosten is het van belang dat alle kosten die bij de kaakchirurgische prestaties horen ook daadwerkelijk aan de kaakchirurgische prestaties worden toegerekend. Denk bijvoorbeeld aan kosten voor opnames, OK en dure geneesmiddelen. Verrichtingen zijn over het algemeen goede kostendragers en indien gebruik wordt gemaakt van andere verdeelsleutels/kostendragers door ziekenhuizen moeten deze wel te relateren zijn aan verrichtingen.

Een voorbeeld: wanneer als kostendrager/verdeelsleutel voor operatiekosten de OK-minuten worden gehanteerd en deze minuten worden direct gerelateerd aan operatieve DBC's (en niet aan operatieve verrichtingen) dan missen de kaakchirurgische verrichtingen een toerekening van OK-kosten.



Bij het uitvoeren van kostprijsberekeningen wijst een instelling directe kosten toe aan kostendragers op basis van causale relaties. Hoe wordt door instellingen die causale relatie bepaald? Het tijdelement speelt hier ook een rol. Zijn er kosten gemaakt voor specialisme X in een bepaald tijdsbestek dan zullen kosten voor dat specialisme ook aan de DBC van specialisme X gekoppeld kunnen worden gedurende die hele periode. Voor de kaakchirurgie is dat anders. Vanwege de dagprestaties zullen kosten op die dag wellicht wel gekoppeld kunnen worden, maar voor kosten in het voor of na-traject hangt dit af van de methodiek van het toerekenen van kosten.

Niet alleen de juistheid en volledigheid van de kostentoe rekening is van belang, maar ook de juistheid van volumes. Immers, de totale kosten en het aantal producten bepalen samen de kosten per product. De NZa constateerde in 2017 al dat volumes binnen Vektis nogal eens afwijken van de aangeleverde volumes door instellingen. Dit kan volgens de NZa wijzen op een foutieve selectie binnen de kostprijsberekening van een aanbieder, maar kan ook duiden op het meenemen van binnen de DBC-zorgproducten geregistreerde zorgactiviteiten, terwijl alleen de los gedeclareerde zorgproducten meegenomen moeten worden. Dit laatste speelt vooral bij de overige zorgproducten aldus de NZa in 2017. Nu zijn de kaakchirurgische prestaties allemaal overige zorgproducten. Verkeerde volumes vormen dus juist voor deze producten een risico op verkeerde kostprijsberekeningen. Wanneer ook zorgactiviteiten meegenomen worden als 'gedeclareerd overig zorgproduct' worden de kosten gedeeld door een te hoog volume. Ook het aanleveren van de juiste volumes verdient daarom de aandacht.

**Thema 5: Techniekkosten (230000)****Vraag:**

Wanneer mogen Techniekkosten (230000) in rekening worden gebracht?

Antwoord:

Techniekkosten (230000) mogen in rekening worden gebracht bij de onderstaande prestaties:

- 234196: Tijdelijke intra-orale voorzieningen, zoals bijvoorbeeld opbeetspalk, beschermplaatje, wafer, Herbst, inclusief het nemen van afdrukken.
- 234195: Resectieprothese, obturatoroklos, bestralingsmoulage, gelaatsprothese en schedelplaat.
- 239961: Nemen van afdrukken van boven- en onderkaak voor studiemodellen of het bruikbaar maken van bestaande gebitsprothesen per kaak.
- 239962: Proefoperatie op model (al dan niet in articulator).
- 234190: Mandibulair Repositie Apparaat (MRA).
- 234192: Reparatie MRA met afdruk.

Onder Techniekkosten (230000) mogen alleen echte techniekkosten in rekening worden gebracht voor op maat gemaakte werkstukken. Standaard materiaalkosten worden niet separaat in rekening gebracht.

Ook 'moderne' techniekkosten (zoals patiënt specifieke implantaten) mogen via de prestatie Techniekkosten (230000) in rekening gebracht worden. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook 3D geplande + vervaardigde operatiemallen en kaakgewrichtsprothesen onder deze code worden geschaard.

Toelichting:

In de regelgeving van de NZa was niet duidelijk bij welke kaakchirurgische prestaties techniekkosten separaat in rekening kunnen worden gebracht. Slechts bij één kaakchirurgische prestatie was in de nadere regel expliciet vermeld dat de prestatie exclusief techniekkosten is (MRA). In de regelgeving van 2019 heeft de NZa daarom expliciet gemaakt op welke zes prestaties de Techniekkosten (230000) van toepassing zijn en dus ook aanvullend in rekening mogen worden gebracht.

Voorheen werden werkstukken als gipsmodellen, resectieprothesen en dergelijke vervaardigd in een tandtechnisch laboratorium (TTL). Echter, steeds vaker wordt met 3D-beeldvorming middels CAD-CAM-technieken een vervangend product geleverd door leveranciers die geen TTL zijn. Dit betreft ook werkstukken op maat voor de betreffende patiënt. De regelgeving was hier nog niet op aangepast en de KNMT heeft de NZa verzocht de techniekkosten ook voor deze werkstukken toegankelijk te maken.

De NZa deelde onze conclusie dat de bepalingen in de nadere regel met betrekking tot de prestatie Techniekkosten zijn verouderd. De NZa heeft de nadere regel



daarom aangepast, zodat duidelijk is dat ook 'moderne' techniekkosten (zoals patiënt specifieke implantaten) via de prestatie Techniekkosten (230000) in rekening gebracht kunnen worden.

De nieuwe regelgeving 2019 ten aanzien van de Techniekkosten (230000) luidt als volgt (bron: 'Nadere regel NR/REG-1907, artikel 34d, lid m en j'):

m. Techniekkosten

Onder techniekkosten wordt verstaan: de kosten voor de werkstukken vervaardigd door een tandtechnicus of in een tandtechnisch laboratorium (TTL) en de kosten voor werkstukken gevormd op basis van digitale technieken, zoals 3D-beeldvorming middels CAD-CAM-technieken.

Indien de tandtechniek door derden wordt geleverd, mogen de werkelijke kosten een-op-een worden doorberekend. De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de patiënt of diens verzekeraar de nota van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium te overleggen.

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 NZa met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer.

j. Techniekkosten (230000)

Techniekkosten mogen additioneel in rekening worden gebracht bij de volgende kaakchirurgische prestaties: 234196, 234195, 239961, 239962, 234190 en 234192.



Thema 6: Behandeling met botulinetoxine

Vraag:

Hoe declareer ik een behandeling met botulinetoxine (bijv. bij indicatie Trismus of Bruxisme)?

Antwoord:

Behandeling met botulinetoxine kan gedeclareerd worden als Kleine verrichting (234084). Voor de botulinetoxine zelf mogen door de kaakchirurg géén add-on geneesmiddelen worden gedeclareerd.

Toelichting:

De kaakchirurg mag geen DBC-zorgproducten declareren, maar registreert en declareert de verleende zorg met behulp van overige zorgproducten (230000 t/m 239962). De kaakchirurgische verrichtingen kennen een maximumtarief. Als algemene regel geldt dat het maximumtarief de volledige behandeling van die aandoening omvat, dat wil zeggen:

- de voorbehandeling;
- de verrichting, ongeacht of die in één of meer zittingen plaatsvindt;
- de nabehandeling totdat de patiënt voor de desbetreffende aandoening, waarvoor de prestatie gedeclareerd wordt, genezen is verklaard, dan wel uit de behandeling ontslagen is.

Voor behandeling met botulinetoxine wordt de Kleine verrichting (234084) gebruikt. De kosten van geneesmiddelen die worden toegepast door de kaakchirurg worden bij een juiste berekening van de kostprijzen door ziekenhuizen verwerkt in de tarieven van de overige zorgproducten voor kaakchirurgie.

Op dit moment is het tarief van de Kleine verrichting niet kostendekkend voor de behandeling met botulinetoxine. Bij het aanleveren van kostprijzen aan de NZa is het daarom van belang dat de gemaakte kosten voor botulinetoxine op een goede manier worden toegewezen aan de Kleine verrichting (234084).

NB: het is nadrukkelijk niet toegestaan om voor de behandeling met botulinetoxine de verrichtingscode 'Operatie van een speekselfistel' (234261) te declareren



Thema 7: Declaratierecht prestaties MKA-chirurgie

Vraag:

Wie mag prestaties MKA-chirurgie declareren?

Antwoord:

De prestaties MKA-chirurgie mogen alleen in rekening worden gebracht indien deze zorg is geleverd door (of onder verantwoordelijkheid van) kaakchirurgen en de declaraties plaatsvinden door:

- instellingen met een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg, of;
- solisten die een individuele tariefbeschikking hebben ontvangen van de NZa.

Bij sommige kaakchirurgische zorgvragen kan een deel van de behandeling uitgevoerd worden door een andere beroepsbeoefenaar. Hiervoor kunnen kaakchirurgische prestaties worden gedeclareerd onder de voorwaarde dat een kaakchirurg hoofdbehandelaar is en slechts een deel van de behandeling wordt uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg.

Toelichting:

De kaakchirurgische prestaties wordt in de regelgeving gedefinieerd als 'mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden'. Dit betekent dat de kaakchirurgische prestaties alleen kunnen worden gedeclareerd als de zorg is geleverd door (of onder verantwoordelijkheid van) kaakchirurgen.

In de Handreiking voor het Zelfonderzoek MSZ hebben de NVZ, ZN en NFU een toelichting opgenomen over taakdelegatie binnen de kaakchirurgie. *Bij sommige kaakchirurgische zorgvragen kan een deel van de behandeling uitgevoerd worden door een andere beroepsbeoefenaar (bijv. mondhygiënist). Hiervoor kunnen kaakchirurgische prestaties worden gedeclareerd onder de voorwaarde dat een kaakchirurg hoofdbehandelaar is en slechts een deel van de behandeling wordt uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg.*

In 2015 werd voor de gehele MSZ (inclusief de MKA-chirurgie) integrale bekostiging ingevoerd: kostentarieven en honorariumtarieven zijn samengevoegd tot één integraal tarief. Het zelfstandig declaratierecht voor vrijgevestigde medisch specialisten en MKA-chirurgen werd opgeheven. Alleen instellingen voor medisch specialistische zorg mogen vanaf 2015 nog DBC's en andere zorgproducten declareren.

Dit betekent ook dat andersoortige instellingen, zoals instellingen voor mondzorg géén prestaties MKA-chirurgie in rekening mogen brengen.

Deze bepalingen zijn vastgelegd in de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg' (versie 2019: TB/REG-19621-2).



De enige uitzondering op de vereiste van een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg betreft de solisten. Ook zorgaanbieders die voldoen aan de definitie van 'solist' zijn gerechtigd kaakchirurgische prestatie te declareren. Daarvoor hebben zij dan wel eerst een rechtsgeldige individuele solistenbeschikking van de NZa nodig.

In nadere regel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' is toegelicht welke criteria horen bij solist:

Een medisch specialist (of kaakchirurg) wordt als solist, respectievelijk solopraktijk, beschouwd, indien en voor zover aan de navolgende voorwaarden is voldaan:

- a. *Men is daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat houdt in dit verband in: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers, niet zijnde beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG.*
- b. *In aanvulling op de vorige voorwaarde geldt dat geen sprake is van 'solistisch werkzaam zijn', indien een medisch specialist (of kaakchirurg) zorg levert met gebruikmaking, respectievelijk ondersteuning, van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG - al dan niet tegen betaling - dat in dienst is van, of dat handelt in opdracht van, dan wel dat op andere wijze handelt namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).*
- c. *De werkzaamheden van de medisch specialist (of kaakchirurg) hebben betrekking op de beroepsmatige levering van zorg.*
- d. *De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde c, worden niet geleverd in dienst van, in opdracht van, of namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).*
- e. *De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde c, mogen niet worden verricht door een organisatievorm die wordt beschouwd als een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5 van de WTZi (immers, in dat geval zou sprake zijn van een instelling en is een WTZi-toelating vereist).*
- f. *De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde c, worden volledig verricht voor eigen rekening en risico van de betreffende medisch specialist (of kaakchirurg).*

In de praktijk zijn er weinig kaakchirurgen die fungeren als solist.



Thema 8: Wet- en regelgeving MKA-chirurgie

Vraag:

Welke NZa-regelgeving heeft betrekking op de MKA-chirurgie?

Antwoord:

De NZa maakt onderscheid tussen 'Beleidsregels' en 'Regelingen'. 'Regelingen' worden ook wel 'Nadere Regels' genoemd. Verder zijn er 'Prestatie- en tariefbeschikkingen'.

Beleidsregels beschrijven op welke wijze de NZa haar wettelijke taken en bevoegdheden vormgeeft. Dit kan dus ook gezien worden als een verplichting die de NZa zichzelf oplegt. In procedures kan ook een rechter toetsen of de NZa zich aan haar eigen beleidsregels houdt.

Regelingen (Nadere Regels) beschrijven de verplichtingen die op zorgaanbieders en zorgverzekeraars rusten. Deze regelingen hebben een verplichtend karakter en de NZa kan handhavend optreden wanneer zorgaanbieders of zorgverzekeraars zich niet aan deze verplichtingen houden.

Prestatie- en tariefbeschikkingen beschrijven wie welke zorgprestaties in rekening mag brengen en onder welke voorwaarden. Zonder een beschikking van de NZa mag er niet gedeclareerd worden.

De belangrijkste beleidsregels die ook gaan over de MKA-chirurgie:

- **Beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg'**. In deze beleidsregel legt de NZa uit welke prestaties er binnen de medisch specialistische zorg (inclusief de MKA-chirurgie) zijn. Ook wordt uitgelegd welke tariefsoorten men onderscheidt (vrij en gereguleerd) en welke prestaties tot welk tariefsoort horen. Zo is hierin beschreven dat de kaakchirurgische prestaties behoren tot het gereguleerde segment. Ook wordt uitgelegd hoe de tarieven tot stand komen. Deze beleidsregel is verder een belangrijk naslagwerk als het gaat om definities en toelichting op het beleid rond prestaties en tarieven. Zo worden begrippen als 'solist' en 'onderlinge dienstverlening' uitgewerkt. Verder wordt uitgelegd hoe verschillende prestatiestructuren zijn ingedeeld. Voor de MKA-chirurgie worden de negen medisch inhoudelijke productgroepen toegelicht.
- **Beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg'**. In deze beleidsregel legt de NZa uit hoe het kostprijsmodel binnen de medisch-specialistische zorg is opgebouwd en welke kostensoorten en opbrengstenstromen worden onderscheiden. Ook wordt beschreven hoe de NZa gegevens verzamelt en hoe deze gegevens worden verwerkt. Dit betreft ook de kostprijzen van de kaakchirurgische prestaties.



De belangrijkste regelingen die ook gaan over de MKA-chirurgie

- **Regeling 'medisch specialistische zorg'**. In deze belangrijke regeling zijn de verplichtingen opgenomen bij het registreren en declareren van medisch specialistische zorg (waaronder de kaakchirurgische prestaties). Dit zijn veel DBC-regels. Maar de regeling schrijft ook voor welke verrichtingen moeten worden geregistreerd. Verder worden aan een heel aantal van deze verrichtingen ook nadere beschrijvingen toegevoegd of registratievoorschriften. In deze regeling zijn ook de kaakchirurgische prestaties gedefinieerd. Verder zijn er diverse declaratievoorschriften opgenomen waaraan elke aanbieder zich moet houden. Tot slot zijn er informatieverplichtingen opgenomen, waarin is beschreven welke informatie er minimaal moet worden opgenomen op de zorgnota richting zorgverzekeraar of patiënt.
- **Regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen'**. Hierin zijn de verplichtingen beschreven voor ziekenhuizen en ZBC's om jaarlijks hun kostprijzen aan te leveren aan de NZa, onder andere van de kaakchirurgische prestaties. Er wordt voorgeschreven aan welke voorwaarden deze kostprijsberekeningen moeten voldoen (bijvoorbeeld aansluiten bij kosten jaarrekening) en op basis van welke indeling in kostensoorten de kostprijzen moeten worden aangeleverd. Ook is beschreven welke instellingen voor ontheffing in aanmerking komen.

De volgende presentatie- en tariefbeschikking is van toepassing op de MKA-chirurgie:

- **'Prestatie- en tariefbeschikking medisch specialistische zorg'**. In deze beschikking wordt beschreven wie DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (waaronder de prestaties MKA-chirurgie) in rekening mag brengen. Ook is daarin een aantal voorwaarden, voorschriften en beperkingen opgenomen. Bijvoorbeeld het voorschrift dat een integraal tarief in rekening moet worden gebracht en dat dit tarief niet hoger mag zijn dan het NZa-maximum. Uit deze beschikking blijkt ook dat alleen 'Instellingen met een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg' kaakchirurgische prestaties mogen declareren (tenzij het een solist betreft met een individuele beschikking).



Thema 9: Vergoeding osteotomie

Vraag:

In welke situaties wordt een osteotomie vergoed vanuit de basisverzekering (ofte-
wel: in welke situatie is er een verzekerde aanspraak voor een osteotomie op basis
van de Zvw)?

Antwoord:

De osteotomie betreft een kaakchirurgische behandeling die valt onder de 'chirur-
gische tandheelkundige hulp van specialistische aard'. Deze zorg is alleen via een
verwijzing toegankelijk en valt onder de basisverzekering indien de patiënt hier re-
delijkerwijs op is aangewezen. Ten principale bestaat er aanspraak op de kaakchi-
rurgische behandeling (osteotomie) ter correctie van een dento-maxillo-faciale
aandoening, die niet met orthodontische behandeling alleen afdoende is te corri-
geren.

In onderstaande tabel is concreet gemaakt in welke situaties een osteotomie in ier-
der geval wel (categorie A) en niet (categorie C) wordt vergoed vanuit de basisver-
zekering en wanneer er sprake is van een verzekerde aanspraak indien aan be-
paalde voorwaarden wordt voldaan (categorie B).

A. Wel vergoed vanuit de basisverzekering	B. Voorwaardelijke vergoeding vanuit de basisverzekering
<p><i>Congenitale afwijkingen</i></p> <p>A1. Cheilo en/of gnatho en/of palatoschisis</p> <p>A2. Craniofaciale afwijkingen</p> <p>A3. Maxillaire hypoplasie en/of progenie gekop- peld aan hypo/oligodontie</p> <p><i>Ziekte en andere verworven afwijkingen</i></p> <p>A4. Verkregen deformiteiten, na bijvoorbeeld ra- diotherapie,</p> <p>A5. Secundaire correcties na aangezichtstraumato- logie</p> <p>A6. Toegangschirurgie voor oncologische ingrepen</p> <p>A7. Ankylose kaakgewricht</p> <p>A8. Juvenile rheumatoïde artritis</p> <p>A9. Hormonale stoornissen leidend tot ver- stoorde groei van het craniofaciale complex</p> <p>A10. Hyperactieve asymmetrische groei van één of beide condyli (bijv condylaire hyperplasie of elongatie)</p>	<p>B1. Het corrigeren van een functiestoornis en het verkrijgen van betere occlusale sta- bilititeit in een harmonieuze gelaatsopbouw. → Zie voorwaarde B1</p> <p>B2 Bimaxillaire osteotomie bij OSA- patiënten → Zie voorwaarde B2</p> <p>B3 Transseksualiteit → Zie voorwaarde B3</p> <p>C. Geen vergoeding vanuit de basisverze- kering</p> <p>C1. Indicatie op basis van een puur estheti- sche wens van de patient. Kenmerkend hierbij is dat er geen aanpassing van de oc- clusale relatie plaatsvindt (bijvoorbeeld: solitaire kinplastiek)</p>

**Voorwaarde B1:**

De functiestoornis vloeit voort uit een dysgnathie van het dento-maxillaire complex, zowel verticaal, transversaal als sagittaal, zich bijvoorbeeld uitend in *instabiliteit van de occlusie, open beet, spraakstoornissen, lipincompetentie, kauwproblemen of traumatische schade aan van de weefsels of een beperkte posterieure luchtweg*. De verticale, sagittale en transversale afwijkingen kunnen afzonderlijk of gecombineerd bestaan. De functiestoornis is niet te relateren aan de molaar- of frontrelatie maar vereist een 3-dimensionele beschouwing.

Voorwaarde B2:

Voor wat betreft de multidisciplinaire behandeling van OSA is de EBRO richtlijn (referentie) leidend. Daarin is opgenomen dat een bimaxillaire osteotomie wordt aanbevolen;

- bij OSA-patiënten met een AHI ≥ 15 bij wie een conservatieve behandeling (zoals CPAP of MRA) onvoldoende effect sorteert (werkzaamheidsfalen) of een therapie-intolerantie geeft, of;
- bij patiënten die een relatief jonge leeftijd hebben, of;
- als primaire behandeling bij OSA-patiënten met een uitgesproken malocclusie, mandibulaire retrognathie of bimaxillaire retrusie.

Voorwaarde 3B:

Deze situatie wordt per casus beoordeeld door de medisch adviseur. Hier wordt het zogenoemde passabiliteitsprincipe toegepast. Passibiliteit is de mate waarin men in het openbaar overkomt als lid van het 'doelgeslacht' zonder vragen op te roepen over het geslacht waartoe men behoort.

Subvraag:

Is er een afhankelijkheid tussen de aanspraak op orthodontie en kaakchirurgie?

Antwoord:

In de vaststelling van een aanspraak dienen de toetsingskaders voor speciale orthodontie en kaakchirurgische tandheelkundige hulp onafhankelijk van elkaar te worden beoordeeld. Orthodontie kan evenwel in veel gevallen bijdragen aan een betere interdigatie, en stabiele occlusie.



Subvraag:

Welke procedurele afspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar ten aanzien van het vaststellen van de verzekerde aanspraak?

Antwoord:

Ingeval van indicaties die per definitie worden vergoed vanuit de basisverzekering (categorie A) is alleen het bevestigen van de vastgestelde indicatie voldoende en kan machtigingsvrij worden behandeld. Ingeval van indicaties die niet worden vergoed vanuit de basisverzekering (categorie C) zal er geen vergoeding plaatsvinden vanuit de basisverzekering. Bij deze indicaties hoeft dan ook geen aanvraag te worden gedaan, om te voorkomen dat er sprake is van onnodige procedures en medisch informatie-uitwisseling. Een patiënt kan ervoor kiezen de behandeling zelf te betalen. Bij indicaties die onder voorwaarden voldoen wordt voorgesteld om ook machtigingsvrij te werken, waarbij de zorgverzekeraar te allen tijde bij specifieke patiënten aanvullende informatie kunnen opvragen om vast te stellen of inderdaad aan de voorwaarden is voldoen. De KNMT en de NVMKA zullen gezamenlijk de achterban instrueren in een juiste toepassing van deze kaders om zo een uniforme toepassing te realiseren. Landelijke uniformiteit tussen de zorgverzekeraars is ook sterk gewenst. Het verdient aanbeveling dat bovenstaande lijn in werkafspraken tussen de behandelteams en de zorgverzekeraar/ adviserend tandartsen wordt vertaald.



Thema 10: Onverzekerde consulten en diagnostiek

Vraag:

Wanneer vallen consult en diagnostiek over (niet-verzekerde) zorg onder de basisverzekering?

Antwoord:

Als bij voorbaat redelijkerwijs duidelijk is dat na een consult en diagnostiek alleen maar onverzekerde zorg kan volgen, dan worden consult en diagnostiek niet vergoed vanuit de basisverzekering. Als na een consult en diagnostiek wél verzekerde zorg kan volgen en het consult en de diagnostiek hier mede bepalend voor zijn, dan kunnen consult en diagnostiek wel ten laste van de basisverzekering worden gebracht. Voorwaarde is dan wel dat voor deze zorg een geldende verwijzing aanwezig is

Toelichting:

Het Zorginstituut Nederland stelt dat als vooraf duidelijk is dat het gaat om niet-verzekerde zorg, dan geldt het niet-verzekerd zijn ook voor consult en diagnostiek met betrekking tot die zorg.

Bijvoorbeeld: wanneer een patiënt wordt verwezen met de vraag of implantaten mogelijk zijn én er geen sprake is van bijzondere situatie is zoals een ernstig geslonken tandeloze kaak of ontbrekende fronttanden, dan mogen consult en diagnostiek niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

Ten algemene geldt dat het voortraject dat nodig is om een patiënt in- of uit te sluiten voor zorg vanuit de basisverzekering wordt vergoed, maar niet als je vooraf weet dat dat niet tot verzekerde zorg kan leiden.

**Thema 11: Digitale operatievoorbereiding MKA-chirurgie****Vraag:**

Hoe kan een digitale operatievoorbereiding MKA-chirurgie in rekening worden gebracht?

Antwoord:

Digitale operatievoorbereiding MKA-chirurgie kan, wanneer dit wordt geleverd door een derde (de tandtechnicus of in een tandtechnisch laboratorium), als techniekkosten (code: 230000) in rekening worden gebracht bij de patiënt of dienst zorgverzekeraar door de zorgaanbieder die de operatie uitvoert. In dat geval mogen de werkelijke kosten één-op-één worden doorberekend. De zorgaanbieder is daarbij wel verplicht om op verzoek van de patiënt of diens zorgverzekeraar de nota van de tandtechnicus of tandtechnisch laboratorium te overleggen.

Indien een zorgaanbieder (bijvoorbeeld de afdeling MKA-chirurgie) de digitale operatievoorbereiding uitvoert voor een andere zorgaanbieder kan dit als onderlinge dienstverlening (code: 190064) bij de andere zorgaanbieder in rekening worden gebracht. Onderlinge dienstverlening kent een vrij tarief. Over de hoogte van het in rekening te brengen tarief voor 'onderlinge dienstverlening' worden tussen beide zorgaanbieders afspraken gemaakt.

Indien een zorgaanbieder (bijvoorbeeld de afdeling MKA-chirurgie) de digitale operatievoorbereiding uitvoert ter voorbereiding op een eigen operatie en er geen sprake is van inzet van derden (de tandtechnicus of in een tandtechnisch laboratorium) kunnen deze kosten niet als techniekkosten (code: 230000) of onderlinge dienstverlening (code: 190064) in rekening worden gebracht. Wel zou op basis van de 'Prestatie- en tariefbeschikking Tandtechniek in eigen beheer' ([versie 2019: TB/REG-19613-01](#)) een rekening kunnen worden opgesteld.

Toelichting:

Techniekkosten (230000) mogen in rekening worden gebracht bij de onderstaande prestaties:

- 234196: Tijdelijke intra-orale voorzieningen, zoals bijvoorbeeld opbeetspalk, beschermplaatje, wafer, Herbst, inclusief het nemen van afdrukken.
- 234195: Resectieprothese, obturatoroklos, bestralingsmoulage, gelaatsprothese en schedelplaat.
- 239961: Nemen van afdrukken van boven- en onderkaak voor studiemodellen of het bruikbaar maken van bestaande gebitsprothesen per kaak.
- 239962: Proefoperatie op model (al dan niet in articulator).
- 234190: Mandibulair Repositie Apparaat (MRA).
- 234192: Reparatie MRA met afdruk.



Onder Techniekkosten (230000) mogen alleen echte techniekkosten in rekening worden gebracht voor op maat gemaakte werkstukken. Standaard materiaalkosten worden niet separaat in rekening gebracht.

Ook 'moderne' techniekkosten (zoals patiënt specifieke implantaten) mogen via de prestatie Techniekkosten (230000) in rekening gebracht worden. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook 3D geplande + vervaardigde operatiemallen en kaakgewrichtsprothesen onder deze code worden geschaard.

Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.

Alle denkbare (delen van) zorgproducten, respectievelijk zorgactiviteiten, die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden, kunnen onderling in rekening worden gebracht met deze prestatie.

In de 'Prestatie- en tariefbeschikking Tandtechniek in eigen beheer' ([versie 2019: TB/REG-19613-01](#)) zijn de regels opgenomen voor het in rekening brengen van Tandtechniek in eigen beheer. In de tarieflijst die bij deze beschikking is gevoegd, zijn de verrichtingen die hiervoor kunnen worden ingezet met maximumprijzen opgenomen.