

Thema: Vergoeding osteotomie

Vraag

In welke situaties wordt een osteotomie vergoed vanuit de basisverzekering?
Oftewel: in welke situatie is er een verzekerde aanspraak voor een osteotomie op basis van de Zvw?

Antwoord

De osteotomie betreft een MKA-chirurgische behandeling die valt onder de 'chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard'. Deze zorg is alleen via een verwijzing toegankelijk en valt onder de basisverzekering als de patiënt hier redelijkerwijs op is aangewezen. Ten principale bestaat er aanspraak op de MKA-chirurgische behandeling (osteotomie) ter correctie van een dento-maxillo-faciale aandoening, die niet alleen met een orthodontische behandeling afdoende te corrigeren is.

In onderstaande tabel is concreet gemaakt in welke situaties een osteotomie in ieder geval wel (categorie A) en niet (categorie C) wordt vergoed vanuit de basisverzekering en wanneer er sprake is van een verzekerde aanspraak als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan (categorie B).

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

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 $AHI \geq 15$ 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 B3

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 MKA-chirurgie?

Antwoord

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

Subvraag

Welke procedurele afspraken zijn er met de zorgverzekeraar gemaakt 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 er 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 medische 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 kan opvragen om vast te stellen of inderdaad aan de voorwaarden is voldaan. De KNMT zal de achterban instrueren in een juiste toepassing van deze kaders 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.