



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

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 indien 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	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
<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. Juvenile 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)	C. Geen vergoeding vanuit de basisverzekering C1. Indicatie op basis van een puur esthetische wens van de patient. 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 MR) 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.

Vraag:

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 interdigittatie, en stabiele occlusie.

Vraag:

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 patient 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.