



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Veelgestelde vragen (Q&A's) MKA-chirurgie 2021

- Thema 2: Totstandkoming tarieven MKA-chirurgie**
- Thema 4: Betrokkenheid kaakchirurgen bij aanlevering kostprijzen**
- Thema 5: Techniekkosten (230000)**
- 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**
- Thema 12: Nieuwe consulten MKA-chirurgie per 2021**
- Thema 13: Nieuwe verrichtingen MKA-chirurgie per 2021**
- Thema 14: Tarieven MKA-chirurgie per 2021**

Versie 14 januari 2021

DE NIEUWE Q&A'S (THEMA 12, 13 en 14) SLUITEN VOLLEDIG AAN OP DE REGELGEVING 2021 VAN DE NEDERLANDE ZORGAUTORITEIT (NZa). DEZE Q&A'S ZIJN ZEKERHEIDSHALVE OOK TER BEOORDELING VOORGELEGD AAN DE NZa. DE NZa HEEFT TE KENNEN GEGEVEN HIER GEEN OPMERKINGEN BIJ TE HEBBEN.



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 van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (waaronder de prestaties MKA-chirurgie) bij de NZa aan. 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 MKA-chirurgische 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 meer sessies wordt geleverd. Deze structuurwijziging is macroneutraal doorberekend in de tarieven. Hiervoor zijn dezelfde data gebruikt als voor de berekening van de tarieven 2015:

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

Na 2015 zijn er geen nieuwe algemene herijkingen doorgevoerd in de tarieven. Wel zijn de tarieven jaarlijks geïndexeerd. De indexpercentages in de afgelopen jaren:

2015: 1,15%

2016: 0,26%

2017: 1,92%

2018: 2,87%

2019: 3,75%

2020: 1,74%

2021: 3,56%

Per 2021 zijn wel enkele gerichte tariefherijkingen doorgevoerd. Zie daarvoor thema 12 'Nieuwe consulten MKA-chirurgie per 2021' en thema 14 'Tarieven MKA-chirurgie per 2021'.

De verplichte kostprijsaanlevering voor ziekenhuizen is opgenomen in de nadere regel: 'Registratie en aanlevering kostprijzen' (actuele versie: NR/REG-2032).

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-21106a).



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 MKA-chirurgische prestaties horen ook daadwerkelijk aan de MKA-chirurgische prestaties toegerekend?
- Juistheid toerekening kosten: worden alle kosten die voorafgaan aan de MKA-chirurgische prestatie, of nadien nog volgen, daadwerkelijk aan de MKA-chirurgische prestaties toegerekend?
- Juistheid volume: worden de juiste volumes berekend van de MKA-chirurgische 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 van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (waaronder de prestaties MKA-chirurgie) bij de NZa aan. 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 MKA-chirurgische prestaties horen ook daadwerkelijk aan de MKA-chirurgische 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 MKA-chirurgische verrichtingen een toerekening van OK-kosten.



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

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 MKA-chirurgie 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 MKA-chirurgische 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.

De Soc-K heeft een handvat opgesteld met aandachtspunten bij het berekenen van kostprijzen MKA-chirurgie. Het is belangrijk dat kaakchirurgen kennisnemen van deze notitie en voldoende betrokken raken met de kostprijsaanlevering. Zie de notitie 'Aandachtspunten bij kostprijsonderzoek', 18 juni 2020 ([link](#))

**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, obturator-klos, 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 de prestatie 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 MKA-chirurgische prestaties techniekkosten separaat in rekening kunnen worden gebracht. Slechts bij één MKA-chirurgische 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 prestatie Techniekkosten (230000) van toepassing is en dus ook aanvullend in rekening mag 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 regelgeving 2021 ten aanzien van de Techniekkosten (230000) luidt als volgt (bron: 'Nadere regel NR/REG-2103, artikel 29 lid 3n en 34d lid 4j'):

artikel 29 lid 3n

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.

artikel 29 lid 3n en 34d lid 4j

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



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 MKA-chirurgische zorgvragen kan een deel van de behandeling uitgevoerd worden door een andere beroepsbeoefenaar. Hiervoor kunnen MKA-chirurgische 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 MKA-chirurgische prestaties worden in de regelgeving gedefinieerd als 'mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden'. Dit betekent dat de MKA-chirurgische 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 kaakchirurgen 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 MKA-chirurgische prestaties 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 een 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. Daarnaast 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 MKA-chirurgische 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 uitleg gegeven 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 opbrengststromen worden onderscheiden. Ook wordt beschreven hoe de NZa gegevens verzamelt en hoe deze gegevens worden verwerkt. Dit betreft ook de kostprijzen van de MKA-chirurgische 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 MKA-chirurgische 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 MKA-chirurgische 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 MKA-chirurgische 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' MKA-chirurgische 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 (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 indien 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 indien aan bepaalde 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 prognie gekoppeld aan hypo/oligodontie</p> <p><i>Ziekte en andere verworven afwijkingen</i></p> <p>A4. Verkregen deformiteiten, na bijvoorbeeld radiotherapie,</p> <p>A5. Secundaire correcties na aangezichtstraumatologie</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 verstoorde 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 stabiliteit 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> <hr/> <p>C. Geen vergoeding vanuit de basisverzekering</p> <p>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)</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 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 interdigtitatie en stabiele occlusie.



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

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 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 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 een bijzondere situatie 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 die 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 derden (de tandtechnicus of een tandtechnisch laboratorium), als prestatie Techniekkosten (code: 230000) in rekening worden gebracht bij de patiënt of bij diens zorgverzekeraar door de zorgaanbieder die de operatie uitvoert. In dat geval mogen de werkelijke kosten een-op-een 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 een tandtechnisch laboratorium) kunnen deze kosten niet als prestatie Techniekkosten (230000) of prestatie Onderlinge dienstverlening (190064) in rekening worden gebracht. Wel zou op basis van de 'Prestatie- en tariefbeschikking Tandtechniek in eigen beheer' (versie 2021: TB/REG-21616-01) 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.



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

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 2021: TB/REG-21616-01) 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.

**Thema 12: Nieuwe consulten MKA-chirurgie 2021****Vraag 1**

Welke nieuwe consulten zijn er voor de MKA-chirurgie per 2021?

Antwoord

Er zijn drie nieuwe consulten die het bestaande consult (234003) per 2021 vervangen:

- 234001: Eerste consult MKA-chirurgie;
- 234002: Herhaalconsult MKA-chirurgie;
- 234004: Consult op afstand MKA-chirurgie ter vervanging van een herhaalconsult.

In de definiëring van deze consulten komt de 30-dagenregel niet meer voor. Enerzijds lost dit een groot knelpunt in de kostprijsberekening op, anderzijds komt dit tegemoet aan de tariefproblematiek van complexere patiënten. Ook draagt dit bij aan de transparantie van de geleverde zorg en kunnen in de toekomst deze kosten op een goede manier meegenomen worden in het kostprijsonderzoek.

De NZa heeft aangegeven de nieuwe consultregistratie te gaan monitoren. Wanneer er sprake is van ongewenste effecten kan ook het ingezette beleid door de NZa worden geëvalueerd. De KNMT en NVMKA spannen zich samen in om de nieuwe consultregistratie op een goede manier te laten aansluiten bij de bestaande zorgprocessen. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorgproces leidend te laten zijn voor de consultregistratie (en niet de consultregistratie voor het zorgproces).

Toelichting

Al per 2015 zijn de consulten binnen alle medisch specialismen toegankelijk gemaakt voor de verpleegkundig specialist en physician assistant. Later is daar ook de klinisch technoloog aan toegevoegd.

Medisch specialisten kunnen vanaf 1 januari 2018 herhaalconsulten via e-mail, telefoon of screen-to-screen op een nieuwe manier registreren, zodat ook deze consulten bepalend zijn in de afleiding van een DBC-zorgproduct.

Zowel het toegankelijk maken van consulten voor de verpleegkundig specialist of physician assistant als het invoeren van consulten op afstand (zoals screen-to-screen consult, belconsult of schriftelijke consultatie) zijn nog niet doorgevoerd in de MKA-chirurgie.

Binnen de MKA-chirurgie kennen we op dit moment één consultcode: 234003 (consult), die voor twee doeleinden wordt gebruikt:

- Eerste face-to-face consult met de kaakchirurg of arts-assistent voorafgaand aan een behandeling (inclusief onderzoek);



Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

- Face-to-face herhaalconsult met de kaakchirurg (of arts-assistent) die plaatsvindt 31 dagen of later na een behandeling uit productgroep 3 t/m 8 óf 31 dagen of later na een eerder consult.

Ook in een zorgtraject MKA-chirurgie kan de verpleegkundig specialist of de physician assistant een rol hebben als het gaat om het herhaalconsult. Het is daarom van belang het herhaalconsult ook toegankelijk te maken voor deze twee beroepsgroepen.

Verder kan er ook binnen de MKA-chirurgie sprake zijn van de volgende soorten consulten op afstand:

- Screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaalconsult;
- Belconsult ter vervanging van een herhaalconsult;
- Schriftelijke consultatie (bijvoorbeeld via e-mail of chat) ter vervanging van een herhaalconsult.

Binnen de MKA-chirurgie wordt deze manier van consulteren alleen toegepast ter vervanging van een herhaalconsult waarbij er sprake is van een interactie tussen een kaakchirurg (of AIOS, verpleegkundig specialist en physician assistant) en de patiënt. Dit consult kan bijvoorbeeld niet worden ingezet wanneer de tandarts advies vraagt over een patiënt.

Een eerste consult vindt altijd face-to-face plaats met de kaakchirurg.

Voorbeeld: De verpleegkundig specialist en physician assistant zijn in de hoofd-hals oncologie en de schisis/craniofaciale zorg onmisbaar vanwege het intensieve en langdurige contact waarbij frequent belconsulten, screen-to-screen consulten en schriftelijke consultatie met de patiënt plaatsvinden. Ook de kaakchirurg zelf heeft deze vormen van contact met de patiënt. Omdat deze zorg verregaand is gecentraliseerd in bepaalde ziekenhuizen zijn deze contacten zeer waardevol en praktisch gebleken om o.a. onnodig en belastend bezoek van patiënt aan het ziekenhuis te voorkomen. De nieuwe consulten zijn dan ook een belangrijke verbetering om ook de complexe zorg van declaratietitels te voorzien.

Deze wijziging is ook doorgevoerd om een goede kostprijsberekening mogelijk te maken. Kosten die in de huidige situatie gemaakt worden binnen de eerste 30 dagen na het uitvoeren van een MKA-chirurgische verrichting, blijken in de praktijk vaak niet goed toegerekend te worden aan een MKA-chirurgische verrichting. De tijdsbesteding van de kaakchirurg en het ondersteunende personeel en de materiële kosten kunnen niet aan een consult worden gekoppeld (immers, een consult mag niet binnen 30 dagen worden gedeclareerd), maar de kosten moeten dan wel worden meegerekend bij de gedeclareerde verrichting. Dit gaat vaak niet goed, omdat er op de dag van uitvoering van zo'n consult geen kostendrager voor de MKA-chirurgie beschikbaar is.

Kortgezegd: veel redenen om de consultstructuur aan te passen. De KNMT heeft in juni 2018 bij de NZa een verzoek ingediend om zowel het toegankelijk maken van



herhaalconsulten voor de verpleegkundig specialist of physician assistant als het invoeren van consulten op afstand mogelijk te maken. Ook is gepleit voor afschaffing van de 30-dagenregel. Dit verzoek is na een aantal afstemmingsrondes geaccordeerd en is per 2021 ingevoerd.

Vraag 2

Wie mag deze consulten registreren?

Antwoord

Uit de richtlijnen van de beroepsgroep volgt dat een 'Eerste consult MKA-chirurgie' uitgevoerd moet worden door een kaakchirurg (of AIOS). Het diagnosticeren en indiceren van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard is namelijk voorbehouden aan de kaakchirurg. Deze kaders zijn ook vastgelegd in de 'Gedragscode voor de specialist voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (kaakchirurg)'.

Om aan te sluiten bij de officiële definities in de MSZ heeft de NZa één lijn getrokken met de andere specialismen in de ziekenhuiszorg en is zowel bij het eerste als het herhaalconsult de verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technoloog geïncorporeerd. Echter, dit verandert niet de richtlijn van de beroepsgroep die leidend is in deze.

Deze consulten kunnen niet worden gebruikt door een ANIOS, tandarts of mondhygiënist.

Code MKA	Officiële definitie
234001: Eerste consult mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie.	Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert, inclusief uitgebreid onderzoek. Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling te worden beschouwd. Hiervoor wordt geen apart consult vastgelegd.
234002: Herhaalconsult mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie.	Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert.
234004: Consult op afstand mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie ter vervanging van een herhaalconsult.	Een consult bij mond-, kaak- en aangezichts chirurgie waarbij een patiënt voor een zorgvraag op afstand (screen-to-screen, telefonisch of schriftelijk) een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog



consulteert. Dit consult op afstand dient ter vervanging van een face-to-face herhaalconsult (234002) en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur vergelijkbaar te zijn. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Toelichting

De KNMT heeft van begin af aan bij de NZa aangegeven dat het van cruciaal belang is dat aan het 'Eerste consult MKA-chirurgie' géén andere beroepen worden toegevoegd dan de kaakchirurg (of AIOS).

Patiënten die een (technisch) complexe ingreep nodig hebben, waarvoor de gespecialiseerde kaakchirurg het meest aangewezen is, ontvangen een verwijzing van bijvoorbeeld tandarts of huisarts naar de kaakchirurg. De kaakchirurg (die zelf ook de operateur is) moet altijd zelf vooraf de patiënt beoordelen en onderzoek verrichten. Het zou een verkeerd signaal zijn, en indruisen tegen de kwaliteitsstandaarden van de MKA-chirurgie, als we hier de suggestie wekken dat ook dat eerste consult bij een verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technologoog kan plaatsvinden. Voor een herhaalconsult kan dit bij bepaalde groepen patiënten uiteraard wel, alhoewel de klinisch technologoog daar – wat betreft de KNMT/NVMKA - niet bij hoort.

De NZa heeft dit verzoek helaas niet overgenomen en heeft laten weten dat dergelijke afspraken aan partijen zelf is. Er is volgens de NZa nu één lijn getrokken met de gehele MSZ. De KNMT/NVMKA betreuren dit, omdat dit een onterecht beeld schetst. Immers, binnen de MSZ is er maar één consultcode voor alle specialismen bij elkaar.

Ook bij andere chirurgische specialismen is het aan de chirurg zelf om te bepalen welke operatieve ingreep nodig is. Een dergelijke afweging kan niet worden overgelaten aan bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist of physician assistant.

De NZa heeft aangegeven dat de beroepsgroep er zelf op kan sturen dat alleen kaakchirurgen eerst consulten mogen doen. De KNMT/NVMKA zullen hier gezamenlijk op sturen, maar ook bij de NZa aandacht vragen voor deze onterechte toevoeging in de definitie van het eerste consult.

Vraag 3

Welke voorwaarden worden gesteld aan het declareren van deze consulten?

Antwoord

Hieronder alle voorwaarden op een rij voor het declareren van consulten MKA-chirurgie.

a. Voldoen aan definitie-vereisten

Allereerst moet het consult voldoen aan de gestelde definitie van het consult.



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie

Code & officiële omschrijving	Toelichting in regelgeving
234001: Eerste consult mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie.	Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert, inclusief uitgebreid onderzoek. Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling te worden beschouwd. Hiervoor wordt geen apart consult vastgelegd.
234002: Herhaalconsult mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie.	Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert.
234004: Consult op afstand mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie ter vervanging van een herhaalconsult.	Een consult bij mond-, kaak- en aangezichts chirurgie waarbij een patiënt voor een zorgvraag op afstand (screen-to-screen, telefonisch of schriftelijk) een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert. Dit consult op afstand dient ter vervanging van een face-to-face herhaalconsult (234002) en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur vergelijkbaar te zijn. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Uit bovenstaande definities volgt dat consulten door een ANIOS, tandarts of mondhygiënist niet als consult MKA-chirurgie gedeclareerd mogen worden. Voor consulten op afstand geldt dat er inhoudelijke verslaglegging plaats moet vinden in het medisch dossier van de patiënt.

b. Maximaal één per dag

Een tweede vereiste volgt uit de regelgeving. Daarin is opgenomen dat er maximaal één consult MKA-chirurgie per dag mag worden gedeclareerd. Wanneer de consulten 234001, 234002 of 234004 al dan niet in combinatie meerdere keren per dag worden gedeclareerd, zal dit door de zorgverzekeraar worden afgewezen. De systemen moeten dan ook zo worden ingericht dat het declareren van een tweede consult op één kalenderdag niet mogelijk is.

c. Consult in dezelfde zitting als verrichting niet toegestaan

Voor de consulten MKA-chirurgie (234001, 234002 en 234004) blijft de regel van kracht dat indien een consult in dezelfde zitting wordt gevolgd door een verrichting uit productgroep 3 t/m 8, het consult niet als consult in rekening mag worden gebracht.

d. Integraliteit MKA-chirurgische verrichting



Een vereiste is dat de MKA-chirurgische verrichtingen zowel de voorbehandeling als de verrichting zelf omvatten. De officiële tekst uit de regelgeving luidt:

"De MKA-chirurgische verrichtingen omvatten zowel de voorbehandeling als de verrichting zelf, ongeacht of deze in één of meer zittingen plaatsvinden. Voor het poliklinisch behandelen van complicaties die het gevolg zijn van de uitgevoerde MKA-chirurgische verrichting, mag een aparte verrichting voor de complicatiebehandeling in rekening gebracht worden, mits dit niet dezelfde verrichting is als de oorspronkelijke ingreep. Indien er géén aparte verrichting voor de complicatiebehandeling bestaat of in rekening gebracht kan worden, mag een herhaalconsult in rekening worden gebracht.

Hieruit volgt dat MKA-chirurgische verrichtingen integrale prestaties zijn voor zover de omschrijving van de verrichting reikt. Consulten worden wel los van de MKA-chirurgische verrichting vastgelegd.

Vraag 4

Welke tarieven krijgen de nieuwe consulten per 2021?

Antwoord

De onderstaande tarieven zijn per 2021 van toepassing.

Deze tarieven zijn inclusief de algemene indexering die voor alle tarieven MKA-chirurgie gelden in 2021: 3,56 %.

Code & officiële omschrijving	Tarief per 2021 (inclusief indexatie)
234001: Eerste consult mond-, kaak- en aangezichts chirurgie.	€ 109,91
234002: Herhaalconsult mond-, kaak- en aangezichts chirurgie.	€ 109,91
234004: Consult op afstand mond-, kaak- en aangezichts chirurgie ter vervanging van een herhaalconsult.	€ 54,50

Toelichting

Voor de tariefberekening zijn de door ziekenhuizen aangeleverde kostprijzen (2018) van de oude consultprestatie (234003) gebruikt. Deze zijn beoordeeld aan de hand van een aantal eerder opgestelde criteria, zoals een minimaal aantal bestede minuten specialistentijd (7,5 minuten) en een maximaal aantal minuten specialistentijd (45 minuten) en een uurtarief van ongeveer € 180,-. Ook is afgesproken om het tarief voor het eerste consult en het herhaalconsult voor nu gelijk te houden. Voor het consult op afstand is afgesproken om de verhouding van de gewogen gemiddelde vergoeding van alle reeds bestaande prestaties uit andere specialismen in de tweede lijn voor consulten en consulten op afstand te gebruiken. Die verhouding ligt voor de tweede lijn specialismen op ongeveer 50%. Met indexaties worden de tarieven: € 109,91 en € 54,50.



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Vraag 5

Hoe stimuleert de beroepsgroep een gepast gebruik van deze nieuwe consulten?

Antwoord

Ten eerste door te benadrukken dat te allen tijde voldaan moet worden aan de voorwaarden voor het registreren van consulten (zie antwoord op vraag 3).

Ten tweede door de kaakchirurgen op te roepen het herhaalconsult niet in te zetten voor eenvoudige nazorg na dento-alveolaire chirurgie (bijv. spoelen, hechting verwijderen e.d.) die zich binnen afzienbare termijn na de verrichting voordoet. Voor complicaties (bijv. bloeding, infectie, gebroken kaak), of voor nazorg op de meer lange termijn, wordt wel een herhaalconsult vastgelegd, mits aan de voorwaarden wordt voldaan. Consulten binnen de andere MKA-chirurgische domeinen (niet zijnde dento-alveolaire chirurgie) worden altijd vastgelegd, mits voldaan wordt aan de voorwaarden (zie antwoord op vraag 3).



Thema 13: Nieuwe verrichtingen MKA-chirurgie per 2021

Vraag

Welke andere wijzigingen zijn er doorgevoerd in de productstructuur MKA-chirurgie per 2021?

Antwoord

Op aanvraag van de KNMT/NVMKA zijn acht nieuwe MKA-chirurgische verrichtingen ingevoerd per 2021. Zes nieuwe verrichtingen voor esthetische MKA-chirurgie en twee nieuwe verrichtingen voor behandelingen met botulinetoxine. Hieronder de codering, beschrijving en het tarief per 2021 (inclusief indexaties):

Code & officiële omschrijving	Tarief 2021 (inclusief indexatie)
239064: Botulinetoxine behandeling therapeutisch per spier/klier, inclusief materiaalkosten.	€ 194,23
239065: Botulinetoxine behandeling esthetisch, per gezichtsdeel (voorhoofd, mondhoek, etc.), inclusief materiaalkosten.	€ 141,72
239075: Voorhoofdslift onder algehele anesthesie.	€ 5.205,49
239076: Voorhoofdslift onder lokale anesthesie.	€ 963,73
239053: Lipofilling van hoofd- en/of halsgebied inclusief oogsten en bewerken van het vettransplantaat, onder lokale anesthesie.	€ 1.145,26
239054: Lipofilling van hoofd- en/of halsgebied inclusief oogsten en bewerken van het vettransplantaat, onder algehele anesthesie.	€ 3.693,94
239011: Subnasale liplift of enkelzijdige mondhoeklift of beperkte littekencorrectie, onder lokale anesthesie (zie 239011 voor kleine of weinig gecompliceerde transpositie).	€ 487,80
239014: Subnasale liplift of enkelzijdige mondhoeklift of uitgebreide littekencorrectie, onder algehele anesthesie (zie 239014 voor grote of gecompliceerde transpositie).	€ 1.515,58

Toelichting

Behandelingen met botulinetoxine

Er zijn twee nieuwe prestaties geïntroduceerd. Eén voor therapeutische behandelingen van spieren en klieren en één voor esthetische behandeling van gezichtsdelen. Het tarief is als volgt tot stand gekomen: als basis is de kostprijs gebruikt van de zorgactiviteit 039446 (injectie botulinetoxine) zoals deze binnen de DBC-systematiek van toepassing is. Hierbij worden nog de gemiddelde materiaalkosten van de behandelingen opgeteld. De therapeutische behandeling heeft de aanspraakcode 2604 (valt onder voorwaarden onder de Zorgverzekeringswet) en de esthetische behandeling 1601 (valt niet onder de Zorgverzekeringswet)



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Lipofilling

Er zijn twee nieuwe prestaties geïntroduceerd. Eén voor een behandeling onder algehele anesthesie en één voor behandeling onder lokale anesthesie. Voor de tariefberekening volgt de NZa een kostenonderbouwing aangeleverd door de KNMT/NVMKA. Deze prestaties hebben de aanspraakcode 2604 gekregen (valt onder voorwaarden onder de Zorgverzekeringswet).

Voorhoofdslift

Er zijn twee nieuwe prestaties geïntroduceerd. Eén voor een behandeling onder algehele anesthesie en voor één behandeling onder lokale anesthesie. Voor de tariefberekening volgt de NZa een kostenonderbouwing aangeleverd door de KNMT/NVMKA. Deze prestaties hebben de aanspraakcode 2604 gekregen (valt onder voorwaarden onder de Zorgverzekeringswet).

Subnasale liplift of enkelzijdige mondhoeklift of littekencorrectie

Er zijn twee nieuwe prestaties geïntroduceerd. Eén voor een behandeling onder algehele anesthesie of een uitgebreide littekencorrectie én één voor een behandeling onder lokale anesthesie of een beperkte littekencorrectie. Voor de tariefberekening volgt de NZa een kostenonderbouwing aangeleverd door de KNMT/NVMKA. Deze prestaties hebben de aanspraakcode 2604 gekregen (valt onder voorwaarden onder de Zorgverzekeringswet).

**Thema 14: Tarieven MKA-chirurgie per 2021****Vraag**

Zijn de overige tarieven MKA-chirurgie per 2021 herijkt?

Antwoord

Er is geen sprake van een integrale herijking van de MKA-chirurgische tarieven per 2021. Er zijn te veel en te grote problemen geconstateerd in de aangeleverde kostprijzen door ziekenhuizen en umc's. Zo is er te veel spreiding die niet verklaard kan worden. Wel zijn alle tarieven MKA-chirurgie 2021 voorzien van een indexering van 3,56 %.

De nieuwe consulten (234001, 234002, 234004) zijn voorzien van een nieuw consult-tarief (zie thema 12 'Nieuwe consulten MKA-chirurgie per 2021'. Een achttal nieuwe MKA-chirurgische verrichtingen is uiteraard ook voorzien van een tarief (zie thema 13: 'Nieuwe verrichtingen MKA-chirurgie per 2021').

Per 2021 is daarnaast sprake van een gerichte herijking van de dagverpleging MKA-chirurgie (231901) en het tarief van de verpleegdag MKA-chirurgie (231902). Dit is het resultaat van overleg tussen KNMT en NZa. Voor de tariefberekening zijn door ziekenhuizen kostprijzen aangeleverd (2018). Deze zijn beoordeeld aan de hand van een aantal eerder opgestelde criteria, zoals een minimaal aantal bestede minuten specialistentijd (10 minuten) en een maximaal aantal minuten specialistentijd (40 minuten) en een uurtarief van ongeveer € 180,-. De kostprijzen van deze prestaties zijn hierop getoetst.

Code & officiële omschrijving	Tarief 2021 (inclusief indexatie)
231901: Dagverpleging kaakchirurgie	€ 408,69
231902: Verpleegdag kaakchirurgie	€ 568,45

Verder heeft de KNMT de NZa verzocht voor de volgende acht MKA-chirurgische verrichtingen een herijking door te voeren. Voor deze acht verrichtingen heeft de KNMT in februari 2020 een inhoudelijke kostprijsonderbouwing aangeleverd. De NZa heeft besloten om deze acht MKA-chirurgische verrichtingen ook te herijken per 2021. Dit is door de NZa verwerkt in de B-release (RZ21B) van het najaar 2021.



MKA

knmt

verbindt

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Code & officiële omschrijving	Tarief 2021 (inclusief indexatie)
234050: Apexresectie per kaak, inclusief één behandelde wortel (inclusief eventueel noodzakelijke wortelkanaalbehandeling, kanaalvulling en/of apicale afsluiting).	€ 281,18
234211: Verwijdering speekselsteen, per klier en/of ductus.	€ 798,06
234222: Partiële extirpatie van het oppervlakkige deel van de glandula parotis.	€ 3073,22
234223: Totale extirpatie van het oppervlakkige deel van de glandula parotis.	€ 3042,23
238041: Behandeling van fracturen, per kaak, bijvoorbeeld met behulp van spalken, brackets, IMF-schroeven.	€ 1096,95
238042: Operatieve behandeling van een enkelvoudige mandibula-fractuur.	€ 2469,79
238044: Operatieve behandeling van een meervoudige mandibula-fractuur of van een maxilla- of zygoma-fractuur.	€ 2333,33
234093: Vrij prepareren met aanbrengen van een ligatuur of extensie.	€ 306,54

Verder hebben de KNMT/NVMKA nogmaals gepleit voor een apart kostprijsonderzoek van de oncologische producten. Hiervoor zal binnenkort ook een officieel verzoek worden ingediend.