

VADEMECUM MONDZORG

Basispakket en WLZ

2025

Colofon

Het Vademecum is initieel tot stand gekomen in samenwerking tussen KNMT, ANT, CAT en ZN en wordt thans jaarlijks geüpdatet door het CAT en gepubliceerd op de website van het CAT.

Onder voorbehoud van wijzigingen in wet- en regelgeving.

Inhoudsopgave

1.0	Vademecum basispakket Mondzorg en Wlz	6
1.1	Inleiding	6
1.2	Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	6
1.3	Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	6
1.4	Bijzondere tandheelkunde	6
1.5	Max-max-tarieven	6
2.0	Basispakket jeugd tot 18 jaar	7
2.1	Waarop heeft de jeugdige verzekerde wel recht vanuit de basisverzekering?	7
-	Tandvervangende hulp	7
-	Autotransplantaten bij jeugdigen tot 18 jaar	7
-	Fluoride-applicatie	7
2.2	Waarop heeft de jeugdige verzekerde geen recht vanuit de basisverzekering (art. 2.7 lid 4 Bzv)?	8
-	Kroon- en brugwerk	8
-	Orthodontie	8
-	Gebits- of mondbeschermer (M61)	8
-	Uitwendig bleken (E97*)	8
2.3	Kaakoverzichtsfoto (X21)	9
3.0	MKA-chirurgische hulp	10
3.1	Verzekerde kaakchirurgische hulp	10
3.2	Autotransplantaten bij volwassenen van 18 jaar en ouder	10
3.3	Toestemming	10
3.4	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder	10
3.5	Eigen risico	10
4.0	Bijzondere tandheelkunde	11
4.1	Omschrijving bijzondere tandheelkunde	11
4.2	Bijzondere tandheelkunde voor 'gewone' mensen (art 2.7 lid 1a)	12
-	Eigen bijdrage	12
-	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder	12
4.3	Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen (art 2.7 lid 1b)	12
-	Angstscorelijsten	13
-	Eigen bijdrage	13
-	Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)	13
4.4	Medisch gecompromitteerde verzekerden (art. 2.7 lid 1c)	13
5.0	Implantologie in tandeloze kaken (art 2.7 lid 2 Bzv)	14
5.1	Duiding Zorginstituut Nederland over aanspraak op implantaten	14
5.2	Voortduren van de aanspraak	14
6.0	Orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde (artikel 2.7 lid 1a en 3 Bzv)	15
6.1	Eigen risico	15
6.2	Websites	15
7.0	Het uitneembare conventionele volledige kunstgebit	16
7.1	Omschrijving omvang volledig kunstgebit	16
7.2	Eigen bijdrage volledig kunstgebit	16
7.3	Rebasing	16
7.4	Tissue conditioning	16
7.5	Reparatie	16
7.6	Precisieverankeringen	16

7.7	Overgang van een gedeeltelijk kunstgebit naar een volledig kunstgebit	17
7.8	Toestemmingsvereiste	17
7.9	Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)	17
8.0	Het volledige klikgebit op implantaten	18
8.1	Toestemmingsvereiste	18
8.2	Rebasing	18
8.3	Reparatie	18
8.4	Overgang van een gedeeltelijk klikgebit naar een volledig klikgebit	18
8.5	Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)	18
9.0	Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)	19
10.0	Toetsingsrichtlijnen College van Adviserend Tandartsen	20
11.0	Overzicht eigen bijdragen	21
11.1	Algemeen	21
11.2	Eigen bijdrage volledig kunstgebit	21
-	Wettelijke eigen bijdrage	21
-	Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)	21
11.3	Eigen bijdrage implantaat gedragen klikgebit	21
-	Wettelijke eigen bijdrage	21
-	Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)	21
11.4	Eigen bijdrage klosprothese	22
11.5	Eigen bijdrage bijzondere tandheelkunde	22
-	Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub a: tandheelkundige aandoening	22
-	Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub b: verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening als ook extreem angstige volwassenen	22
-	Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub c: medisch gecompromitteerden	22
-	Maatmanbeginsel	22
12.0	Eigen risico	23
12.1	Wettelijk eigen risico	23
13.0	Wet langdurige zorg	24
13.1	Aanspraak op Wlz-mondzorg	24
13.2	Inhoud van de Wlz-mondzorg	24
13.3	Toestemmingsvereisten Wlz	24
13.4	Geldigheid aanspraak na beëindiging verblijf	24
13.5	Dagelijkse mondverzorging	25
13.6	Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen	25
13.7	Het zorgkantoor	25
13.8	Het CAK (Centraal Administratiekantoor)	25
13.9	Werken in de Wlz	25
13.10	Honorering in de Wlz	25
13.11	Declareren	26
13.12	Verwijzing naar een Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)	26
13.13	Algehele anesthesie / sedatie	26
13.14	Reiskosten	27
13.15	Websites	27
14.0	Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA)	28
14.1	Vergoeding mondzorg asielzoekers	28
14.2	Omschrijving noodhulp	30

14.3	Tolkendienst	30
14.4	Wie vallen er onder de regeling RMA?	30
14.5	Waaraan is een RMA-verzekerde herkenbaar?	30
14.6	Kunstgebitten	30
14.7	Eigen bijdrage en eigen risico asielzoekers	30
14.8	Declareren	31
14.9	Bereikbaarheid / Tandartslijn voor het maken van een afspraak	31
14.10	Vragen over de overeenkomst RMA	31
14.11	Vragen over machtigingen en declaraties	31
14.12	Opmerkingen	31
14.13	Overeenkomst	31
15.0	Regeling Medische zorg Oekraïne (RMO)	32
15.1	Vergoeding mondzorg Oekraïners	32
15.2	Omschrijving noodhulp	34
15.3	Tolkendienst	34
15.4	Wie vallen er onder de regeling RMO?	34
15.5	Waaraan is een RMO-verzekerde herkenbaar?	34
15.6	Kunstgebitten	34
15.7	Eigen bijdrage	34
15.8	Declareren	35
15.9	Bereikbaarheid	35
15.10	Vragen over de RMO	35
15.11	Vragen over machtigingen en declaraties	35
15.12	Opmerkingen	35
15.13	Overeenkomst	35
16.0	Onverzekerbare vreemdelingen	36
16.1	Algemeen	36
16.2	Regeling onverzekerbare vreemdelingen	36
16.3	Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen	36
16.4	Contactgegevens CAK	36
16.5	Websites	36
17.0	Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden	37
17.1	Algemeen	37
17.2	Regeling onverzekerbare vreemdelingen	37
17.3	Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen	37
17.4	Waar declareert u uw kosten?	37
17.5	Contactgegevens CAK	37
	Bijlage 1: Besluit zorgverzekering	38
	Bijlage 2: Regeling zorgverzekering	40
	Bijlage 3: Zorgverzekeringswet	40
	Bijlage 4: Wet langdurige zorg	41
	Bijlage 5: Regeling langdurige zorg	41
	Bijlage 6: Indicatieve lijst orthodontie 1995	42
	Bijlage 7: Schema onverzekerde zorg CAK	43

1.0 Vademecum basispakket Mondzorg en Wlz

1.1 Inleiding

Dit Vademecum biedt informatie over de regelingen die voortvloeien uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De Zvw kent twee voor de mondzorg belangrijke onderdelen: het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Voor de mondzorg zijn van belang artikel 2.7 en artikel 2.16a uit het Besluit zorgverzekering en artikel 2.31 uit de Regeling zorgverzekering. Voorts geldt dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg of een dienst genoemd in het Besluit voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1 lid 3 van het Besluit zorgverzekering). Zie bijlage 1 en 2. Voor de Wlz zijn van belang artikel 3.1.1. lid 1d van de Wet langdurige zorg en artikel 2.4 van de Regeling langdurige zorg. Zie bijlage 4 en 5.

1.2 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar in principe integrale zorg met een aantal uitzonderingen zoals kroon- en brugwerk, implantologie en orthodontie. Een aantal bijzonderheden staan beschreven in hoofdstuk 2.

1.3 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties door de kaakchirurg;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

Overige mondzorg kan een onderdeel zijn van aanvullende verzekeringen met elk hun eigen verzekeringsvoorwaarden.

1.4 Bijzondere tandheelkunde

Er is pas sprake van bijzondere tandheelkunde als er als gevolg van een aandoening extra zorg nodig is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijkwaardig is aan de functie die betrokkene zou hebben gehad zonder deze aandoening. Niet alle bijzondere tandheelkunde vindt plaats in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT). Het kan zijn dat die hulp ook verleend wordt in een algemene praktijk.

1.5 Max-max-tarieven

Max-max tarieven bieden de mogelijkheid om innovaties, extra kwaliteit en/of service te belonen met een hoger tarief. Voorwaarde voor het in rekening brengen van het max-max-tarief is in alle gevallen een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar.

2.0 Basispakket jeugd tot 18 jaar

2.1 Waarop heeft de jeugdige verzekerde **WEL** recht vanuit de basisverzekering?

1. In principe heeft de jeugdige verzekerde tot 18 jaar, zoals beschreven in artikel 2.7 lid 4 van het Besluit zorgverzekering, recht op integrale mondzorg (alle tandheelkundige hulp) voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1 lid 3, Besluit zorgverzekering). Er zijn echter uitzonderingen, zie onder 2.2.
2. Daarnaast hebben verzekerden tot 23 jaar recht op tandvervangende hulp, zie onder.
3. In artikel 2.7 lid 4 sub I van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat recht bestaat op chirurgisch tandheelkundige hulp met uitzondering van implantaten.

Voor de jeugd tot 18 jaar geldt geen verplicht eigen risico.

Tandvervangende hulp (artikel 2.7 lid 6 van het Besluit zorgverzekering)

Er is aanspraak op tandvervangende hulp indien een snij- en/of hoektand niet is aangelegd of voor het 18e levensjaar verloren is gegaan als direct gevolg van een ongeval.

In het geval van tandvervangende hulp kan aanspraak bestaan op (ets)bruggen, gedeeltelijke (frame-) kunstgebitten of implantaten met kronen.

De noodzaak voor de tandvervangende hulp dient (aantoonbaar) te zijn vastgelegd voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt heeft. Om zorginhoudelijke redenen kan ervoor gekozen worden om de radix tijdelijk in situ te houden tot na het 18^{de} levensjaar om botresorptie te voorkomen.

Voor tandvervangende hulp is eerst toestemming van de zorgverzekeraars vereist. De totale behandeling moet afgerond zijn voor het bereiken van het 23^e jaar.

Autotransplantaat bij jeugdigen tot 18 jaar

Zorginstituut Nederland heeft medio 2021 aan Zorgverzekeraars Nederland bevestigd dat autotransplantaten voor jeugdigen tot 18 jaar onder artikel 2.7 lid 4, sub I van het Besluit zorgverzekering (chirurgische tandheelkundige hulp) kunnen vallen indien de jeugdige is aangewezen op betreffende zorg. De uitvoerder kan een tandarts of kaakchirurg zijn.

Opmerkingen

1. Behalve aanspraak uit artikel 2.7 lid 4 sub I, kan er ook aanspraak zijn op een autotransplantaat op grond van artikel 2.7 lid 1a – de bijzondere tandheelkunde. In dat laatste geval geldt het leeftijdscriterium niet.
2. De benodigde orthodontie betreft geen aanspraak en zal volgens de F*** A-codes worden vergoed uit de aanvullende verzekering (indien van toepassing), tenzij er sprake is van orthodontie vallend onder artikel 2.7 lid 3 Bzv.
3. Voor jeugdigen tot 18 jaar geldt dat de bijkomende behandelingen, zoals endodontie en het aanpassen van het element met behulp van composiet vergoed worden onder artikel 2.7 lid 4.

Zie ook het CAT-standpunt Autotransplantaat (www.college-at.nl/uitspraken/).

Fluoride-applicatie

Fluoride-applicaties worden maximaal twee keer per jaar vanuit de basisverzekering vergoed, tenzij meer keren per jaar noodzakelijk is. In dat geval dient bij de meeste zorgverzekeraars voorafgaand aan het uitvoeren van de behandeling een machtiging aangevraagd te worden via het machtigingenportaal van Vecozo.

2.2 Waarop heeft de jeugdige verzekerde **GEEN** recht vanuit de basisverzekering (art. 2.7 lid 4 Bzv)?

1. Kroon- en brugwerk. Een Hall-kroon, confectiekroon of kunstharskroon voor langere tijd (R29) komt wél voor vergoeding in aanmerking.
2. Implantaten.
3. Orthodontische hulp, inclusief de bijbehorende röntgenfoto's en bijbehorende behandelingen zoals botankers en extracties t.b.v. de orthodontische behandeling.
4. Gebitsbeschermer/mondbeschermer.
5. Uitwendig bleken.
6. Beslijpen en/of behandelen melkelement (M05). Het Zorginstituut heeft in haar brief van 31-01-2013 met kenmerk ZA2013021999 geoordeeld dat M05 naar aard en omvang geen aanspraak betreft voor de jeugd. Desgevraagd heeft het Zorginstituut in februari 2021 opnieuw bevestigd dat M05 geen verzekerde zorg betreft.
7. Behandeling van witte vlekken (M80 en M81). Ook hiervan heeft het Zorginstituut geoordeeld dat deze prestaties geen aanspraak betreffen voor de jeugd.
8. Opstellen en bespreken behandelplan (C012) (<https://www.knmt.nl/nieuws/uitgebreid-onderzoek-c28-bij-jeugd-alleen-onder-strikte-voorwaarden-vergoed-uit-basisverzekering>).
9. Behandeling met myofunctionele apparatuur (G74* en G76*). Het Zorginstituut heeft op 14 juli 2020 bevestigd dat behandelingen met myofunctionele apparatuur buiten de zorgverzekering vallen.
10. Cosmetische mondzorg (K001, K002, K003 en K004) valt niet onder verzekerde zorg.

Kroon- en brugwerk

In artikel 2.7 lid 4 is geen kroon- en brugwerk opgenomen. Dit betekent dat vanuit de basisverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van R-codes. Hierop zijn twee uitzonderingen.

- a. Kroon- en brugwerk in het kader van de tandvervangende hulp (tot 23 jaar). In artikel 2.7 lid 6 van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat wel aanspraak bestaat op vervanging van fronttanden wanneer deze niet zijn aangelegd of als direct gevolg van een ongeval verloren zijn gegaan.
- b. Confectiekroon (R29*) als verstrekking voor jeugdigen tot 18 jaar en bedoeld als semipermanente voorziening (bijvoorbeeld Hall-kroon).

Orthodontie

De jeugd heeft geen recht op orthodontische hulp uit de basisverzekering, behalve bij bijzondere omstandigheden. Zorgverzekeraars hebben een toestemmingsvereiste in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen.

In het geval van een zeer ernstige groei- en/of ontwikkelingsstoornis van het mond-tand-kaakstelsel (vergelijkbaar in ernst met schisis, artikel 2.7 lid 1a van het Besluit zorgverzekering) kan aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaan. In eerste instantie wordt hierbij getoetst of de aanvraag voldoet aan artikel 2.7 lid 1a en vervolgens aan lid 3 van het Besluit. In tweede instantie kan de indicatieve lijst als leidraad dienen. De indicatieve lijst is geen hard toetsingscriterium zoals lid 1a en 3 dat wel zijn. Zie ook hoofdstuk 6: orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde.

Gebits- of mondbeschermer (M61)

Een gebits- of mondbeschermer is niet verzekerd in de basisverzekering. Dergelijke preventieve maatregelen, bijvoorbeeld bij een aantal sporten, komen daarom niet voor vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet in aanmerking.

Ook hier kan door een geestelijke en/of lichamelijke aandoening aanspraak op tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen bestaan. Zo kan bijvoorbeeld voor een verzekerde met epilepsie, die frequente gebitsbedreigende aanvallen krijgt waardoor een aanmerkelijke schade kan ontstaan, een mondbeschermer als preventieve maatregel wel tot de aanspraak behoren.

Uitwendig bleken (E97*)

Het uitwendig bleken van gebitselementen is niet aan te merken als een endodontische behandeling en valt buiten de basisverzekering.

2.3 Kaakoverzichtsfoto (X21)

De zorgverzekeraars hebben bepaald dat hiervoor een machtiging aangevraagd dient te worden via het machtigingenportaal van Vecozo. Beoordeling vindt plaats conform de Toetsingsrichtlijnen van het College van Adviserend Tandartsen. Een orthopantomogram ten behoeve van orthodontie dient te worden gedeclareerd met orthodontiecodes (F155* en F156*) en valt niet onder de wettelijke aanspraken.

3.0 MKA-chirurgische hulp

3.1 Verzekerde kaakchirurgische hulp

- Jeugdige verzekerden tot 18 jaar hebben krachtens artikel 2.7 lid 4 sub I van het Besluit zorgverzekering aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- Volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder hebben krachtens artikel 2.7 lid 5 sub a van het Besluit zorgverzekering aanspraak op chirurgische hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek.
Uitzondering hierop zijn ongecompliceerde extracties, parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. De hiervoor noodzakelijke consultatie, röntgen- en/of andere diagnostiek en eventueel noodzakelijke pre-implantologische chirurgie zijn evenmin aanspraak.

Toelichting: onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een geregistreerde tandarts-specialist Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie.

3.2 Autotransplantaten bij volwassenen van 18 jaar en ouder

Zorginstituut Nederland heeft medio 2021 aan Zorgverzekeraars Nederland bevestigd dat autotransplantaten voor volwassenen van 18 jaar en ouder kunnen vallen onder chirurgische hulp van specialistische aard conform artikel 2.7 lid 5 sub a.

Dit houdt in dat voor volwassenen van 18 jaar en ouder er aanspraak op het plaatsen van een autotransplantaat kan zijn, mits de behandeling uitgevoerd wordt door een kaakchirurg.

In aanvulling op bovenstaande kan er ook aanspraak zijn op een autotransplantaat volgens artikel 2.7 lid 1 sub a - bijzondere tandheelkunde. In dat geval kan de uitvoerder zowel een tandarts als een kaakchirurg zijn.

Opmerking: Voor volwassenen van 18 jaar en ouder geldt dat er geen aanspraak is op de bijkomende behandelingen, zoals orthodontie, endodontie en het aanpassen van het element. Deze behandelingen worden vergoed uit de aanvullende (tand)verzekering (indien van toepassing).

Zie ook het CAT-standpunt Autotransplantaten (www.college-at.nl/uitspraken/).

3.3 Toestemming

In de verzekeringsvoorwaarden van zorgverzekeraars zijn bepalingen opgenomen inzake toestemmingsprocedures voor bepaalde onderdelen van de MKA-chirurgische hulp.

Zorgverzekeraars Nederland heeft hiertoe een uniforme limitatieve lijst opgesteld van kaakchirurgische prestaties waarvoor toestemming aangevraagd moet worden voorafgaand aan de behandeling. Deze uniforme limitatieve lijst is te raadplegen in het Vecozo machtigingenportaal.

3.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Zorgverzekeraars kunnen bepalen dat niet het volledige bedrag wordt vergoed wanneer een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Zie hiervoor de verzekeringsvoorwaarden van de betrokken zorgverzekeraar.

3.5 Eigen risico

Kosten voor de MKA-chirurg, die worden vergoed vanuit de basisverzekering, vallen onder het wettelijk eigen risico van de verzekerde (maximaal € 385,- in 2025). Het eigen risico is niet van toepassing voor de jeugd tot 18 jaar.

4.0 Bijzondere tandheelkunde

Uitgangspunt en omvang van de bijzondere tandheelkunde is omschreven in artikel 2.7 lid 1 van het Besluit zorgverzekering. Een korte en bondige samenvatting van de ingewikkelde omschrijvingen in wet- en regelgeving maakt duidelijk waar het om gaat.

4.1 Omschrijving bijzondere tandheelkunde

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

kort en bondig: bijzondere tandheelkunde voor gewone mensen

- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;

kort en bondig: gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen

- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

kort en bondig: tandheelkunde bij gewone mensen die noodzakelijk is om het risico van mislukken van een medische behandeling te minimaliseren.

2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembaar volledig kunstgebit;

kort en bondig: implantaten in een tandeloze onder- of bovenkaak waarbij sprake is van ernstige resorptie en waarbij de implantaten dienen voor de bevestiging van een uitneembaar volledig kunstgebit

3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

kort en bondig: orthodontie voor iedereen die een zeer ernstige orthodontische ontwikkelings- of groeistoornis heeft, in ernst vergelijkbaar met schisis, en op voorwaarde van een ernstig functieprobleem.

Het betreft hier een blijvend, ernstig, geobjectiveerd functieprobleem ten gevolge van een groei- en /of ontwikkelingsstoornis. Uitgesloten zijn verzekerden waarbij op grond van leeftijd, stadium van gebitsontwikkeling (wisselfase) en nog aanwezige groeicomponent er (nog) niet gesproken kan worden van een blijvende aandoening/functieprobleem zoals hierboven omschreven. Er bestaat geen aanspraak op orthodontische hulp ter behandeling van een verworven afwijking.

Toelichting

4.2 Bijzondere tandheelkunde voor gewone mensen (artikel 2.7 lid 1a Bzv)

Dit betreft tandheelkundige hulp aan verzekerden met een bijzondere tandheelkundige aandoening.

Bij welke afwijkingen kunnen we denken aan aanspraak op bijzondere tandheelkunde?

- oligodontie, waarbij het aantal niet-aangelegde strategische blijvende elementen zo groot is dat er sprake is van een ernstige functiestoornis. Uit jurisprudentie blijkt dat het om 6 of meer blijvende gebitselementen moet gaan, waarbij de derde molaren niet worden meegerekend;
- amelogenesis imperfecta van ernstige aard, dan wel een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard, één en ander tenzij de tandboog ernstig is gemutileerd;
- ernstige orofaciale pijn en dysfunctie (OPD-B);
- een blijvend dento-alveolair defect door een ongeval, tenzij ten tijde van het ongeval naar tandheelkundige opvattingen onvoldoende tandheelkundige functie aanwezig was of al was aangevuld met een gedeeltelijk kunstgebit of een frame kunstgebit. Er is sprake van een dento-alveolair defect als het gebitselement met een aanzienlijk deel van het omringende kaakbot bij het ongeval verloren is gegaan;
- een gnatho- of palatoschisis;
- een oro-maxillo-faciaal defect.

Eigen bijdrage in relatie met art. 2.7 lid 1a (zie ook Regeling zorgverzekering artikel 2.31)

Deze verzekerden betalen een eigen bijdrage voor prestaties die niet in relatie staan tot hun tandheelkundige aandoening. Bijvoorbeeld als een caviteit in een gebitselement bij een verzekerde met een schisis gevuld moet worden, waarbij die caviteit niet in relatie staat tot de schisis, moet de verzekerde een eigen bijdrage betalen ter hoogte van het bedrag dat iemand zonder schisis ook zou moeten betalen. Daarentegen is voor een frame kunstgebit ter overbrugging van de schisis geen eigen bijdrage verschuldigd.

Uitgangspunt hierbij is dat verzekerden met een 'tandheelkundige handicap' financieel niet benadeeld, maar ook niet bevoordeeld mogen worden ten opzichte van verzekerden zonder die aandoening.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Zorgverzekeraars kunnen hebben bepaald dat niet het volledige bedrag wordt vergoed wanneer men naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Zie hiervoor de verzekeringsvoorwaarden.

4.3 Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen (artikel 2.7 lid 1b Bzv)

De niet-tandheelkundige aandoening staat hier op de voorgrond en het betreft veelal de uitoefening van normale tandheelkunde onder bijzondere omstandigheden die in sommige gevallen heel goed in de algemene praktijk kan worden uitgevoerd. Omdat het hier vaak gaat om tandheelkundige verrichtingen die langer duren dan normaal wordt veelal een tijdtarief gehanteerd voor de compensatie van de extra benodigde tijd.

Te denken valt aan mensen met een:

- **Geestelijke aandoening**
De grondgedachte hierbij is dat mensen met een geestelijke aandoening anders functioneren waardoor behandeling meestal onevenredig veel tijd kost. Ook kunnen mensen met een geestelijke aandoening gekenmerkt worden door specifieke tandheelkundige problematiek.

Onder deze categorie vallen ook mensen met een extreme angst voor de tandarts en tandheelkundige behandelingen, mensen met een extreme kokhalsneiging of mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Er zijn verzekerden die dusdanig angstig zijn voor een tandheelkundige behandeling, dat zij het bezoek aan een tandarts voortdurend trachten te vermijden. Meestal heeft dit tot gevolg dat de angst verder toeneemt en dat er een steeds grotere behandelachterstand ontstaat. Hierdoor treden regelmatig pijnklachten en ontstekingen op in het orale gebied. De angst kan pathologische vormen aannemen. De tandheelkundige gevolgen ervan kunnen psychosociaal gezien invaliderende, maar ook medische gevolgen hebben voor deze verzekerden. Intensieve angstbegeleiding en een tandheelkundige behandeling zijn in deze gevallen dan ook meestal geïndiceerd.

Angstscorelijsten

Voor volwassenen geldt dat de angst kwalitatief en kwantitatief - vooraf - is vast te stellen door middel van gevalideerde angstscorelijsten en voorts ook tijdens het eerste consult waarin de tandarts een angstanamnese afneemt. De in dit verband relevante lijsten zijn:

- de Anxiety Scale (AS): scoreverloop van 1-10;
- de Dental Anxiety Scale (DAS): scoreverloop van 4-20;
- de Korte vragenlijst over Angst voor de Tandheelkundige Behandeling (K-ATB): scoreverloop van 9-45;
- de lijst voor de Duur van de Psycho-Fysiologische Reacties (DPFR): scoreverloop van 1-7.

Voor mensen met een extreme kokhalsneiging is heel vaak psychologische begeleiding geïndiceerd, zodat verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde noodzakelijk is.

Mensen met een ernstige psychiatrische afwijking zijn niet zelden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Als iemand is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en integrale zorg inclusief behandeling ontvangt, vallen de kosten voor mondzorg van deze cliënt onder de regeling van de Wlz. Bij andere bekostigingsvormen geldt de normale (aanvullende) verzekering en kan in bepaalde gevallen een beroep worden gedaan op de bijzondere tandheelkunde.

- **Lichamelijke aandoening**

Een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening kan leiden tot een veel langere behandelingstijd dan normaal. Hierbij valt te denken aan iemand die blind of doof is, of bijvoorbeeld mensen met een ernstige vorm van spasticiteit, of mensen met een vergevorderde vorm van Parkinson. Het kan in deze categorie ook gaan om mensen met bepaalde medicatie waarvan de gevolgen voor het gebit en parodontale weefsels evident zijn zonder dat de verzekerde daar verantwoordelijkheid voor kan dragen.

Eigen bijdrage bij artikel 2.7 lid 1b (zie ook Regeling zorgverzekering artikel 2.31, bijlage 2)

De lichamelijke of geestelijke aandoening, die ervoor zorgt dat verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Er geldt een eigen bijdrage voor volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder met uitzondering van die tandheelkundige zorg die samenhangt met deze aandoening.

Verzekerden met extreme angst zijn voor alle prestaties een eigen bijdrage verschuldigd. Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage is het uitgangspunt wat de verzekerde had moeten betalen wanneer hij niet extreem angstig was geweest.

De eigen bijdrage bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is en wordt met prestatiecodes in rekening gebracht.

Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)

Indien de verzekerde om gedocumenteerde medische redenen niet in staat is om de praktijk van een mondzorgverlener te bezoeken, kan de mondzorgverlener deze hulp verlenen ten huize van de verzekerde. Voor vergoeding van de kosten van het huisbezoek, code C020 of C023, is vooraf toestemming nodig. Reiskosten en reistijd kunnen niet bij de zorgverzekeraar gedeclareerd worden. Dit betreft geen zorg.

4.4 Medisch gecompromitteerde verzekerden (artikel 2.7 lid 1c Bzv)

Dit betreft de tandheelkundige zorg als voorwaarde voor een medische behandeling die zonder die tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het betreft tevens tandheelkundige zorg die zonder de medische indicatie niet nodig was geweest.

Het kan bijvoorbeeld gaan om verzekerden die bestraald gaan worden in het hoofd-hals gebied en verzekerden die wachten op een transplantatie of een hartklepprothese. De mond dient dan ontstekingsvrij te worden gemaakt. Het gaat om tandheelkundige spoedhulp zoals extracties, endodontische behandelingen en parodontale zorg bij ernstige ontstekingen. Deze zorg valt dan onder de bijzondere tandheelkunde. Het daaruit voortvloeiende herstel van de tandheelkundige functie kan ook onder de bijzondere tandheelkunde vallen, rekening houdende met de Maatman (zie ook hoofdstuk 12.5). Het focusvrij houden is geen aanspraak.

5.0 Implantologie in tandeloze kaken (artikel 2.7 lid 2 Bzv)

Als bij een verzekerde sprake is van een zeer ernstig geresorbeerde edentate onder- en/of bovenkaak, kan deze verzekerde aanspraak maken op implantologie, mits de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare volledige prothetische voorziening.

Het plaatsen van implantaten is aan een toestemmingsvereiste onderhevig waarover zorgverzekeraars en zorgverleners nadere afspraken kunnen maken.

De zorgverlener zal bij zijn aanvraag een schriftelijke motivering, beschikbare röntgenfoto's, lichtfoto's van de edentate kaak, een behandelplan en een kostenbegroting moeten voegen. Soms wordt ook gevraagd om het zorgplan of een gipsmodel en/of lichtfoto's van de bestaande prothetische voorzieningen. Uit de motivering moet blijken dat de prothetische mogelijkheden om het retentieprobleem op te lossen zijn uitgeput en dat er dus sprake is van een onbetwiste indicatie voor implantologie.

5.1 Duiding Zorginstituut Nederland over aanspraak op implantaten

Er is onderscheid tussen verzekerden die lang tandeloos zijn met functionele klachten ten gevolge van ernstige resorptie en verzekerden die lang tandeloos zijn met functionele klachten ten gevolge van andere complicerende factoren. Voor deze laatste groep behoren implantaten niet tot de te verzekeren prestaties van de basisverzekering.

Voor verzekerden die lang tandeloos zijn, zal sowieso eerst een situatie moeten worden bereikt met een conventioneel kunstgebit op gestabiliseerde kaken, waarvan de occlusie en articulatie op orde zijn. (Duiding Zorginstituut Nederland 1 maart 2016)

5.2 Voortduren van de aanspraak

Wanneer de gehele behandeling is afgerond, komt daarmee de aanspraak op bijzondere tandheelkunde te vervallen. Regulier onderhoud is vanaf het moment van afbehandeling weer voor rekening van verzekerde. Dat geldt niet alleen voor normale controles en tandsteen verwijderen, maar ook wanneer er peri-implantitis wordt geconstateerd. Na het implanteren wordt de verzekerde weer gezien als dentaat. Het verwijderen van een implantaat (J044/J045) valt niet onder de verzekerde prestaties, tenzij er sprake is van technisch falen van het implantaat (bv breuk) (bron Zorginstituut november 2017).

6.0 Orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde (artikel 2.7 lid 1a en lid 3 Bzv)

Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Dit kan ook chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (= bijvoorbeeld osteotomie) door een MKA-chirurg betreffen.

De aanspraak op orthodontie uit de bijzondere tandheelkunde wordt als volgt getoetst:

- Toetsing aan art. 2.7 lid 1a van het Besluit zorgverzekering om vast te stellen of er sprake is van een ernstig functieprobleem. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
In de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Hierbij wordt onder oligodontie verstaan: het niet aangelegd zijn van zes of meer strategische blijvende tanden en/of kiezen (de verstandskiezen niet meegeteld) leidend tot een geobjectiveerd vastgesteld blijvend ernstig functieprobleem.
- Vervolgens wordt er getoetst aan artikel 2.7 lid 3 van het Besluit zorgverzekering. Dan dient dus vastgesteld te worden of er sprake is van een groei- of ontwikkelingsstoornis en of er meerdere disciplines bij de behandeling betrokken zijn. Met dit laatste wordt doorgaans bedoeld dat er een osteotomie door de kaakchirurg moet plaatsvinden. Uit lid 3 volgt tevens dat er geen aanspraak is op orthodontie bij een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel.
- Om houvast te hebben bij de beoordeling van de aanvragen kan gebruik gemaakt worden van de 'Indicatieve lijst' (zie bijlage 6). Deze lijst komt pas in beeld wanneer aan de grondslag van de aanspraak is voldaan. Het betreft een indicatieve lijst van aandoeningen waaraan in dit verband kan worden gedacht. Het feit dat een aandoening op de 'Indicatieve lijst' beschreven is, maakt niet dat er automatisch aanspraak bestaat op bijzondere orthodontische hulp. Dit geldt ook voor de diagnose schisis.

Samengevat

1. Er is sprake van een ernstige, objectiveerbare functiestoornis, én
2. er is sprake van een blijvende groei- en ontwikkelingsstoornis, én
3. er is sprake van medebehandeling of medediagnostiek door een MKA-chirurg of door andere disciplines dan tandheelkundige, wat doorgaans inhoudt dat er sprake moet zijn van een osteotomie bij de kaakchirurg.

Indien bij prenatale diagnostiek is vastgesteld dat er sprake is van een cheilo-, gnatho-, of palatoschisis heeft de moeder recht op een prenataal consult orthodontie onder de regeling van de bijzondere tandheelkunde.

6.1 Eigen risico

De kosten voor bijzondere tandheelkundige zorg die bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht, komen ten laste van het verplichte eigen risico van de verzekerde ouder dan 18 jaar.

6.2 Websites

[http://wetten.overheid.nl/Besluit zorgverzekering](http://wetten.overheid.nl/Besluit%20zorgverzekering)

[https://wetten.overheid.nl/Regeling zorgverzekering](https://wetten.overheid.nl/Regeling%20zorgverzekering)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/>

7.0 Het uitneembare conventionele volledige kunstgebit

In artikel 2.7 lid 5b van het Besluit zorgverzekering staat dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder ook de levering van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, alsmede het klikgebit met de bijbehorende mesostructuur onder de aanspraak valt. Dit betreft nieuwe uitneembare volledige kunstgebitten in de boven- en/of onderkaak, het rebasen van en/of reparaties aan bestaande volledige kunstgebitten, alsmede het uitbreiden van bestaande gedeeltelijke kunstgebitten tot volledige kunstgebitten. Ook de tijdelijke voorziening (tijdelijk volledig kunstgebit P023*) valt onder deze regeling.

7.1 Omschrijving omvang volledig kunstgebit

De codes voor volledige kunstgebitten P020*, P021* en P022* omvatten het volledige traject vanaf de eerste consultatie tot en met plaatsing en de nazorg gedurende vier maanden na plaatsing.

Wanneer een volledig onder- én volledig bovengebitt op één behandeldatum worden geplaatst dient P022* te worden gedeclareerd.

7.2 Eigen bijdrage volledig kunstgebit

Het volledige kunstgebit kent een vergoeding vanuit de basisverzekering van 75%. Het restant van 25% betreft de eigen bijdrage. Van het deel dat door de basisverzekering wordt vergoed, is het wettelijk eigen risico van toepassing (maximaal € 385 in 2025). In de aanvullende verzekeringen kunnen vergoedingen van de eigen bijdrage zijn opgenomen.

7.3 Rebasings

De totale kosten van een rebasing (codes P062*, P063* en P066*) komen ten laste van de basisverzekering, waarbij een wettelijke eigen bijdrage van 10% voor de verzekerde geldt. Wanneer een rebasing wordt uitgevoerd binnen vier maanden na plaatsing van een nieuw kunstgebit, dan behoren de kosten van de rebasing tot de garantie en zijn deze niet in rekening te brengen, noch in het kader van de basisverzekering, noch direct bij de verzekerde. Deze bepaling is niet van toepassing wanneer het de rebasing betreft van een onmiddellijk kunstgebit.

7.4 Tissue conditioning

Het aanbrengen van een tissue conditioner (P060) in een bestaand volledig onder- of boven kunstgebit valt onder de aanspraak van verzekerden. Er geldt een eigen bijdrage van 10%. De tissue conditioning om het mondslijmvlies in betere conditie te brengen alvorens de definitieve afdruk wordt genomen voor het nieuw te vervaardigen kunstgebit, behoort eveneens tot de aanspraak. Wanneer de tissue conditioning wordt gebruikt als alternatief voor een rebasing van een recent afgeleverd kunstgebit, dan is deze tissue conditioning de eerste vier maanden na afleveringsdatum van het kunstgebit niet in rekening te brengen, noch bij de basisverzekering, noch bij de verzekerde, tenzij het een onmiddellijk kunstgebit betreft.

7.5 Reparatie

De totale kosten van een reparatie (codes P068*, P069*) komen ten laste van de basisverzekering. De eigen bijdrage bedraagt 10% van de kosten. Uiteraard dient rekening te worden gehouden met de verplichting om een nazorggarantie te verlenen tot minimaal 4 maanden na aflevering van een nieuw kunstgebit. Reparaties kunnen alleen binnen vier maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de verzekerde.

7.6 Precisieverankeringen

Wanneer het kunstgebit voorzien is van precisieverankeringen, bijvoorbeeld op overkapte hoektandwortels, dan gelden de volgende regels:

- het overkappingskunstgebit zelf valt onder de vergoeding van de basisverzekering (met een eigen bijdrage van 25%);
- de kosten van de precisieverankeringen, zowel het gedeelte op de overkapte wortels als de verankering in het kunstgebit (zowel patric- als matrixdeel), toeslag (P046), alsmede alle met de precisieverankeringen verband houdende techniek- en materiaalkosten, zijn voor rekening van de verzekerde. Bij veel verzekeraars is het verplicht de kosten van de precisieverankering (patrices en matrices) en het overkappingskunstgebit uit te splitsen.

7.7 Overgang van een gedeeltelijk kunstgebit naar een volledig kunstgebit

Het uitbreiden van een bestaand gedeeltelijk kunstgebit tot een volledig kunstgebit - al of niet immmediaat - valt onder de aanspraak. De basisverzekering vergoedt 75% van de betreffende code P072*, techniekkosten en, indien van toepassing, één of meerdere malen P045 met een maximum van 8 elementen per kaak.

7.8 Toestemmingsvereiste

Of voor een nieuw te vervaardigen kunstgebit en eventuele andere verrichtingen aan volledige kunstgebitten een akkoordverklaring vooraf moet worden aangevraagd hangt af van de bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraar. Verzekeraars hanteren doorgaans voor het vervangen van een kunstgebit een termijn van vijf jaar.

7.9 Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)

Indien de verzekerde om gedocumenteerde medische redenen niet in staat is om voor het vervaardigen van een nieuw kunstgebit, dan wel rebasing of reparatie van een bestaand volledig kunstgebit de praktijk van de tandarts of tandprotheticus te bezoeken, kan de tandarts of tandprotheticus deze hulp verlenen ten huize van de verzekerde. De vergoeding van de kosten van het huisbezoek, code C020 of C023, kan worden aangevraagd conform de bekende procedures. Reiskosten en reistijd kunnen niet bij een verzekeraar gedeclareerd worden. Dit betreft geen zorg.

8.0 Het volledige klikgebit op implantaten

Krachtens artikel 2.7 lid 2 van het Besluit zorgverzekering heeft een verzekerde aanspraak op het plaatsen van implantaten in een geheel tandeloze kaak, die sterk is geresorbeerd. Bij aanspraak is er een volledige vergoeding van de implantaten zonder eigen bijdrage. De aanspraak op de mesostructuur en het implantaat gedragen volledige klikgebit is onderdeel van artikel 2.7 lid 5 sub b (met eigen bijdrage).

Verzekerden waarbij er geen verzekeringsindicatie is voor implantaten en deze desondanks toch willen hebben, dienen deze volledig zelf te bekostigen. De daarop te plaatsen meso- en suprastructuur zijn aanspraak vanuit de basisverzekering (met eigen bijdrage) op voorwaarde dat er sprake is van doelmatige zorg.

Voor een uitneembaar volledig klikgebit op tandheelkundige implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% in de bovenkaak. Voor het combinatiegebit J080* betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 17% over de J080* (het kunst- en klikgebit, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten). Voor de mesostructuur (de vaste verbinding tussen het implantaat en het klikgebit, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten) in de onderkaak betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% en in de bovenkaak 8%. Dezelfde percentages zijn van toepassing op een omvorming en de toeslagen bij vervangingsklikgebitten op bestaande staven.

8.1 Toestemmingsvereiste

In alle gevallen dient er een aanvraag te worden ingediend bij de zorgverzekeraar, tenzij de zorgaanbieder met de verzekeraar hierover specifieke afspraken heeft gemaakt.

8.2 Rebasing

De totale kosten van een rebasing (codes J100* t/m J103*) komen ten laste van de basisverzekering, waarbij een verplichte eigen bijdrage van 10% voor de verzekerde geldt. Wanneer een rebasing wordt uitgevoerd binnen vier maanden na plaatsing van een nieuw klikgebit op implantaten, dan behoren de kosten van de rebasing tot de garantie en zijn deze niet in rekening te brengen, noch in het kader van de basisverzekering, noch direct bij de verzekerde.

8.3 Reparatie

De totale kosten van een reparatie (codes J104* t/m J108*, alsmede de met de reparatie verband houdende techniekkosten) komen ten laste van de basisverzekering. De eigen bijdrage bedraagt 10% van de kosten. Uiteraard dient rekening te worden gehouden met de verplichting een nazorggarantie te verlenen tot minimaal vier maanden na aflevering van een nieuw klikgebit. Reparaties kunnen alleen binnen vier maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de verzekerde.

8.4 Overgang van een gedeeltelijk klikgebit naar een volledig klikgebit

Het uitbreiden van een bestaand gedeeltelijk klikgebit tot een volledig klikgebit - al of niet immmediaat - valt onder de aanspraak. De basisverzekering vergoedt de betreffende code J184* en techniekkosten. Voor de onderkaak geldt een eigen bijdrage van 10% en voor de bovenkaak 8%.

8.5 Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)

Indien de verzekerde om gedocumenteerde medische redenen niet in staat is om voor het vervaardigen van een nieuw klikgebit op implantaten, dan wel rebasing of reparatie van een bestaand volledig klikgebit op implantaten de praktijk van de tandarts of tandprotheticus te bezoeken, kan de tandarts of tandprotheticus deze hulp verlenen ten huize van de verzekerde. Reiskosten en reistijd kunnen niet bij een verzekeraar gedeclareerd worden. Dit betreft geen zorg.

9.0 Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis (C020, C023)

Indien de verzekerde om gedocumenteerde medische redenen niet in staat is om de praktijk van een mondzorgverlener te bezoeken, kan de mondzorgverlener deze hulp verlenen ten huize van de verzekerde. Voor vergoeding van de toeslag mondzorg aan huis, code C020, of de toeslag specifieke mondzorg aan huis, code C023, is vooraf toestemming nodig en wordt dan gedeclareerd ten laste van de bijzondere tandheerkunde. De toeslag kan niet in rekening worden gebracht wanneer de zorg wordt geleverd vanuit een mobiele tandartspraktijk. Reiskosten en reistijd kunnen niet bij een verzekeraar gedeclareerd worden, dit betreft geen zorg.

10.0 Toetsingsrichtlijnen College van Adviserend Tandartsen

Teneinde de wet- en regelgeving zo eenduidig en objectief mogelijk uit te voeren, ontwikkelt en onderhoudt het College van Adviserend Tandartsen toetsingsrichtlijnen. Zodra een toetsingsrichtlijn is goedgekeurd, wordt hij op de website van het CAT geplaatst: college-at.nl – WETTEN & REGELS – toetsingsrichtlijnen.

Toetsingsrichtlijnen:

Algemeen deel Toetsingsrichtlijnen (2022)
Sedatie en algehele anesthesie (2025)
Amelogenesis imperfecta (2024)
Artikel 2.7 lid 1-b (2021)
Artikel 2.7 lid 1-c (2022)
Bijzondere orthodontische hulp (2021)
CBCT (2021)
Fissuurlakken (2022)
Fronttandvervanging (2023)
Hyposialie (2022)
Implantologie edentate bovenkaak – art 2.7 lid 2 Bzv (2024)
Implantologie edentate onderkaak – art 2.7 lid 2 Bzv (2024)
Kwetsbare ouderen (2024)
Parodontologie (2022)
Meso- en suprastructuur op implantaten in de edentate bovenkaak (2021)
Meso- en suprastructuur op implantaten in de edentate onderkaak (2021)
Pijn- en bewegingsstoornissen (OPD) (2022)
Slijtage/erosie (2024)
Verstandelijk gehandicapten (2023; niet gepubliceerd)
Verwijderen implantaat (2020)
Volledige prothese (2022)
X21 jeugd (2022)

11.0 Overzicht eigen bijdragen (zie bijlage 2: Regeling zorgverzekering Artikel 2.31)

11.1 Algemeen

In het Besluit zorgverzekering is de verzekerde hulp voor zowel de volwassen als de jeugdige verzekerde tot 18 jaar vastgelegd. In het kader van de bijzondere tandheelkunde en voor - al dan niet implantaat gedragen - uitneembare volledige prothetische voorzieningen heeft de minister bepaald wanneer er sprake is van een wettelijke eigen bijdrage. Deze wettelijke eigen bijdrage is vastgelegd in paragraaf 1.5 artikel 2.31 van de Regeling zorgverzekering (zie bijlage 2).

In de wet- en regelgeving is niet vastgelegd wie de eigen bijdrage int. Er dienen afspraken gemaakt te worden tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar over de inning en verrekening van de eigen bijdrage voor de situaties waarin daarvan sprake is.

11.2 Eigen bijdrage volledig kunstgebit

Wettelijk eigen bijdrage (EB)

Dit betreft het recht op het 'normale' volledige kunstgebit vanuit het Besluit zorgverzekering. Voor deze uitneembare volledige prothetische voorzieningen geldt voor de volwassen verzekerde een wettelijke eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van het kunstgebit.

In het geval van een overkappingskunstgebit op natuurlijke elementen of wanneer gekozen is voor enige vorm van precisieverankering of telescoopkronen, dienen de kosten voor wat betreft de hierop betrekking hebbende codes en de daarbij behorende techniekkosten afzonderlijk te worden gespecificeerd. Deze extra kosten voor overkapping of verankering vallen namelijk niet onder de reguliere aanspraak op de volledige kunstgebitten en dienen daarom volledig door de verzekerde te worden betaald.

Voor een reparatie of rebasing van een volledig kunstgebit geldt een eigen bijdrage van 10%.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)

Wanneer het (overkappings)kunstgebit wordt vervaardigd door een CBT, dan worden de meerkosten van de centrumbehandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Voor de berekening van de eigen bijdrage geldt dat deze net zo hoog is als in het geval dat de behandeling op basis van reguliere prestatiecodes uitgevoerd zou zijn (P-codes en techniekkosten).

11.3 Eigen bijdrage implantaat gedragen klikgebit

Wettelijke eigen bijdrage (EB)

Voor een uitneembaar volledig klikgebit op tandheelkundige implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% in de bovenkaak. Voor het combinatiegebit J080* betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 17% over de J080* (het kunst- en klikgebit, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten). Voor de mesostructuur (de vaste verbinding tussen het implantaat en het klikgebit, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten) in de onderkaak betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% en voor de bovenkaak 8%. Dezelfde percentages zijn van toepassing op een omvorming en de toeslagen voor vervangingsklikgebitten op staven en de uitbreiding van een gedeeltelijk klikgebit tot volledig klikgebit. Daarnaast geldt een verplichte eigen bijdrage van 10% voor reparaties en rebasingen.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)

Wanneer het klikgebit wordt vervaardigd door een CBT, dan worden de meerkosten van de centrumbehandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Voor de berekening van de eigen bijdrage geldt dat deze net zo hoog is als in het geval dat de behandeling op basis van reguliere prestatiecodes uitgevoerd zou zijn (J-codes en techniekkosten).

11.4 Eigen bijdrage klosprothese

Een prothetische voorziening voor de opvulling van een oromaxillofaciaal defect (zoals een klosprothese of een resectieprothese) is weliswaar een uitneembare volledige prothetische voorziening, echter voor deze speciale prothetische voorziening is geen eigen bijdrage verschuldigd in het kader van de Regeling zorgverzekeringswet, artikel 2.31.

11.5 Eigen bijdrage bijzondere tandheelkunde

1a. Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub a: tandheelkundige aandoening

Er geldt een eigen bijdrage voor verrichtingen die niet in relatie staan tot de tandheelkundige aandoening. Wanneer bijvoorbeeld een caviteit in de onderkaak bij een verzekerde met een schisis behandeld moet worden, dan moet de verzekerde voor het vullen een eigen bijdrage betalen ten hoogte van het bedrag dat iemand zonder schisis zou moeten betalen. Daarentegen is voor een frame kunstgebit ter overbrugging van de schisis geen eigen bijdrage verschuldigd. Uitgangspunt hierbij is dat verzekerden met een 'tandheelkundige handicap' financieel niet benadeeld, maar ook niet bevoordeeld mogen worden ten opzichte van verzekerden zonder die aandoening.

1b. Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub b: verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, alsook extreem angstige volwassenen

De lichamelijke of geestelijke beperking of psychische aandoening, die ervoor zorgt dat een verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Er geldt een eigen bijdrage voor volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder met uitzondering van die tandheelkundige zorg die samenhangt met deze aandoening.

Extreem angstige volwassen verzekerden zijn voor alle uitgevoerde tandheelkundig geleverde prestaties een eigen bijdrage verschuldigd. Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage blijft het uitgangspunt wat de verzekerde had moeten betalen wanneer hij/zij niet extreem angstig was geweest. Uitsluitend de meerkosten die de behandelingen met zich meebrengen vanwege de angst, kunnen na machtiging door de verzekeraar worden vergoed.

1c. Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub c: medisch gecompromitteerden

Verzekerden zijn geen eigen bijdrage verschuldigd voor de tandheelkundige zorg als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zou hebben. Schade aan het gebit die is ontstaan door die tandheelkundige zorg kan in het kader van de bijzondere tandheelkunde worden hersteld. Zo heeft de verzekerde na extracties in het kader van een focusonderzoek recht op een prothetische voorziening. Hierbij wordt rekening gehouden met het maatmanbeginsel.

Maatmanbeginsel

Krachtens dit beginsel gaat de aanspraak op bijzondere hulp niet verder dan het compenseren van de onderliggende aandoening tot het niveau van de orale functie die aanwezig zou zijn geweest zonder die aandoening. Bron: Zorginstituut Nederland.

Schade die al vóór de aandoening of de behandeling aanwezig was kan niet in dit kader worden hersteld. Evenmin valt binnen de verzekerde zorg dat het herstel 'luxer' of uitgebreider is dan de oorspronkelijke tandheelkundige situatie.

Het maatmanbeginsel brengt tevens met zich mee dat een verzekerde die eens de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp heeft verworven, niet vanzelfsprekend levenslang deze indicatie houdt. De bijzondere tandheelkundige hulp is bedoeld om een verzekerde te compenseren voor een bepaalde handicap, dus om de verzekerde terug te brengen tot een orale conditie die vergelijkbaar is met iemand zonder de onderliggende aandoening. Is die bereikt, dan heeft de verzekerde in beginsel dezelfde aanspraken op mondzorg als elke andere verzekerde.

12.0 Eigen risico

12.1 Wettelijk eigen risico (ER)

De Zorgverzekeringswet kent een verplichte eigen risico-regeling. Iedereen van 18 jaar en ouder die verzekerd is volgens de Zorgverzekeringswet is verplicht de eerste 385 euro (2025) die in een jaar aan medische kosten uit de basisverzekering worden gemaakt, zelf te betalen. Behalve als het over zorg gaat waarvoor geen eigen risico geldt, zoals bijvoorbeeld huisartsenhulp en kosten in het kader van zwangerschap, bevalling en kraambed. Zie bijlage 3.

Voor de volwassen verzekerde geldt dat alle tandheelkundige zorg die valt onder de basisverzekering daarmee ook valt onder het eigen risico. Voor een reparatie of rebasing van een volledig kunstgebit geldt bijvoorbeeld dat deze onder het eigen risico vallen. Ook de kosten van een prenataal consult orthodontie vallen onder het eigen risico.

13.0 Wet langdurige zorg

13.1 Aanspraak op Wlz-mondzorg

De aanspraak op Wlz-mondzorg is geregeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg en art. 2.4 van de Regeling langdurige zorg. In de Wlz is bepaald dat alleen mensen met een Wlz-indicatie voor verblijf inclusief behandeling die in een Wlz-instelling verblijven die zowel het verblijf als de behandeling levert¹, recht hebben op tandheelkundige zorg. Door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet deze indicatie worden vastgesteld.

De Wlz-instelling draagt er zorg voor dat de mondzorgprofessional geïnformeerd wordt over het recht van de cliënt op professionele mondzorg in het kader van de Wlz (verder te noemen Wlz-mondzorg). Het verdient aanbeveling hierover duidelijke afspraken te maken, zodat de mondzorgprofessional niet achteraf wordt geconfronteerd met een afgewezen declaratie. Sinds 2019 is er ook een Wlz-indicatie raadpleegfunctie in Vecozo.

De instelling is wettelijk verplicht een zorgplan op te stellen voor iedere Wlz-cliënt. De mondzorg behoort integraal onderdeel uit te maken van dit zorgplan zowel voor wat betreft de dagelijkse mondverzorging als de door mondzorgprofessionals te leveren tandheelkundige zorg. De dagelijkse mondverzorging maakt geen deel uit van de aanspraak op Wlz-mondzorg.

13.2 Inhoud van de Wlz-mondzorg

De aanspraak op mondzorg omvat door mondzorgprofessionals te leveren tandheelkundige zorg.

De aanspraak kan tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen.

13.3 Toestemmingsvereisten Wlz

Voor het verkrijgen van tandheelkundige zorg, die vergelijkbaar is met bijzondere tandheelkunde is vooraf toestemming van het zorgkantoor nodig. Een machtigingsverplichting geldt voor de hierna genoemde behandelingen:

- algehele anesthesie als de vorige tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie minder dan 12 maanden geleden was;
- uitgebreid kroon- en brugwerk, dat wil zeggen meer dan 3 eenheden binnen een periode van 12 maanden;
- bijzondere orthodontie;
- implantaten;
- een volledig kunstgebit, gedeeltelijk kunstgebit, frame kunstgebit, mesostructuur, gedeeltelijk klikgebit of volledig klikgebit als het om vervanging gaat van een bestaande prothetische voorziening in dezelfde kaak/kaken die nog geen 5 jaar oud is/zijn of een immediaat geplaatst tijdelijk kunstgebit (P023) dat nog geen 6 maanden oud is;
- een tijdelijk volledig kunstgebit, een volledig kunstgebit, gedeeltelijk kunstgebit, frame kunstgebit, mesostructuur, gedeeltelijk klikgebit of volledig klikgebit als de techniek- en materiaalkosten hoger zijn dan de door de zorgkantoren vastgestelde maximale machtigingsvrije bedragen.

Het zorgkantoor is de uitvoerder van de Wlz.

13.4 Geldigheid aanspraak na beëindiging verblijf

Indien het verblijf van de verzekerde in een instelling wordt beëindigd, bestaat nog gedurende een periode van ten hoogste acht dagen aanspraak op tandheelkundige zorg. Tot negen weken na beëindiging van het verblijf in een instelling bestaat aanspraak op de levering van het aanbrengen van een nieuw of overgezet kunstgebit, zijnde een plaat-, overkappings-, opbouw- of frame kunstgebit, alsmede van kronen of bruggen, indien deze tandheelkundige hulp voor het beëindigen van het verblijf was aangevraagd. De Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) kan na overleg met de adviserend tandarts een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.

¹ Dit is een Wlz-instelling met Wtza-vergunning die door het zorgkantoor gecontracteerd is voor de leveringsvorm 'Zorg in Natura met verblijf en behandeling'.

13.5 Dagelijkse mondverzorging

De functie persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (lichaamsgebonden zorg). Kenmerk is het stimuleren, aanleren en opheffen of compenseren van tekorten in de zelfredzaamheid op het gebied van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Ook de dagelijkse mondverzorging valt hieronder. Bij de indicatie behandeling met verblijf in één en dezelfde instelling moet de instelling aan de cliënten ook de functie persoonlijke verzorging leveren, die vastgelegd dient te zijn in het zorgplan. Als een preventie-assistent of mondhygiënist het gebit of de prothetische voorziening van een cliënt poetst valt dit onder dagelijkse mondverzorging en valt niet onder de aanspraken op mondzorg uit de Wlz of Zvw.

De instelling is eveneens verantwoordelijk voor de scholing van de verplegenden en verzorgenden betreffende de dagelijkse mondverzorging.

13.6 Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen

De aanspraak op mondzorg ten laste van de Wlz is altijd gekoppeld aan de functie verblijf in combinatie met behandeling in één en dezelfde daarvoor gecontracteerde Wlz-instelling. Personen, die wonen in een vorm van beschermd wonen met aanspraak op de functie verblijf (bijvoorbeeld een gezinsvervangend tehuis of een verzorgingshuis) dan wel thuis wonen, hebben geen aanspraak op Wlz-mondzorg. Zij kunnen aanspraak maken op tandheelkundige zorg zoals geregeld in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering voor zover dit onder de dekking valt. Vanzelfsprekend kan het zo zijn dat er sprake is van een zodanig ernstige handicap dat er aanspraak bestaat op tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, zoals geregeld is in artikel 2.7 lid 1b van het Besluit zorgverzekering.

13.7 Het zorgkantoor

Een zorgkantoor is een zorgverzekeraar, die voor een periode van vier jaar in een bepaalde regio is aangewezen als uitvoerder van de Wlz in die regio. Adressen van zorgkantoren: [Zorgkantoren - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](https://www.zorgkantoren.nl/).

13.8 Het CAK (Centraal Administratie Kantoor)

Het CAK is verantwoordelijk voor de centrale financiering van alle Wlz-zorgaanbieders. De betaalopdrachten hiervoor ontvangt het CAK van de zorgkantoren, nadat ze zijn goedgekeurd door het zorgkantoor.

Informatie over het CAK: www.hetcak.nl/

13.9 Werken in de Wlz

Het sluiten van een overeenkomst

De mondzorgverlener en Wlz-instelling maken schriftelijke samenwerkingsafspraken over de uit te voeren werkzaamheden.

13.10 Honorering Wlz

Informatiekaart regels mondzorg aan patiënten met een Wlz-indicatie

In 2022 heeft de NZa een stroomschema ontwikkeld samen met ZN en de KNMT waarmee de mondzorgverlener kan bepalen welke prestatiecode hoort bij de mondzorg die geleverd is aan cliënten met een Wlz-indicatie: [informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie](https://www.nza.nl/informatiekaart-nza-regels-mondzorg-voor-patiënten-met-wlz-indicatie).

Het Wlz-tijdstarief bij behandeling in de instelling

Declaraties ten behoeve van cliënten met aanspraak op Wlz-mondzorg die in de instelling zijn behandeld, dienen digitaal (via MZ301 in het Vecozo-portaal) bij het zorgkantoor ingediend te worden tegen een tijdstarief op basis van werkbare vijf minuten. Ook de indirecte tijd (indien patiëntgebonden), die ten behoeve van een individuele cliënt besteed worden aan overleg met bijvoorbeeld een arts, een specialist of een centrum bijzondere tandheelkunde, alsmede de tijd die besteed wordt aan het opstellen van een mondzorgplan of behandelplan van een cliënt zijn declarabel bij het zorgkantoor. De totale patiëntgebonden tijd - uitgedrukt in eenheden van 5 minuten - kan met code U25* worden gedeclareerd als de zorg geleverd wordt binnen de muren van de Wlz-instelling.

Naast het honorarium kunnen techniek- en materiaalkosten in rekening worden gebracht. Tevens mogen de volgende codes naast U25* in rekening worden gebracht: A20, B12, E04, X10 tot en met X34, H21, J001, J002, J050 en J057.

Reistijd is geen zorg en daarom niet declarabel bij het Zorgkantoor. Voor reiskosten, zie 14.14.

Door middel van de verpleegprijs van een Wlz-instelling worden alle personele en materiële kosten vergoed (zoals rente- en afschrijvingskosten, kosten verbruiksmateriaal, salarissen assistenten). Deze kosten mogen niet met de prestatie Tijdtarief mondzorg Wlz in rekening worden gebracht.

Bij behandeling van cliënten die in een Wlz-instelling verblijven, maar die geen aanspraak hebben op Wlz-mondzorg (alle cliënten met een indicatie verblijf zonder de indicatie behandeling), dient de declaratie rechtstreeks ingediend te worden bij de cliënt, dan wel diens verzekeraar, wanneer daarover declaratieafspraken zijn gemaakt. Het kan zijn dat er sprake is van een zodanig ernstige handicap dat er aanspraak bestaat op tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, zoals geregeld is in artikel 2.7 lid 1b van het Besluit zorgverzekering.

Het tijdstarief bij behandeling in de eigen praktijk

Wanneer cliënten met aanspraak op Wlz-mondzorg in de eigen praktijk van een mondzorgverlener behandeld worden, kan per 1/12 stoeluur (dus niet per werkbare vijf minuten) code U35* in rekening worden gebracht. Bijkomende kosten (zoals rente- en afschrijvingskosten, kosten verbruiksmateriaal, salarissen assistenten) zijn verdisconteerd in code U35* en kunnen dus niet met de prestatie Tijdtarief mondzorg Wlz in rekening worden gebracht. De declaraties dienen digitaal (via MZ301 in het Vecozo-portaal) bij het zorgkantoor ingediend te worden.

Het tijdstarief U35* betreft een tarief per vijf minuten. De materiaal- en/of techniekkosten moeten afzonderlijk in rekening worden gebracht. Tevens mogen de volgende codes naast U35* in rekening worden gebracht: A20, B12, E04, X10 tot en met X34, H21, J001, J002, J050 en J057.

13.11 Declareren

Sinds 1 juli 2017 vindt het aanvragen van machtigingen en het indienen van declaraties digitaal plaats (conform de meest recente Vektis standaard) door de mondzorgverlener.

13.12 Verwijzing naar een Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)

Wanneer een tandheelkundige behandeling van een verzekerde met aanspraak op Wlz-mondzorg gezien de aard van de behandeling en/of de noodzaak van specifieke kennis en vaardigheden niet kan plaatsvinden in de instelling, kan verwezen worden naar een Centrum voor bijzondere tandheelkunde. Een CBT wordt gekenmerkt door een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheden en vaardigheden, alsmede specifieke faciliteiten en ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan cliënten met een bijzondere (tandheelkundige) problematiek, zo nodig in multidisciplinair verband. Het CBT vraagt zo nodig toestemming aan het zorgkantoor (zie 14.3 Toestemmingsvereisten Wlz). Vindt behandeling in het centrum plaats, dan declareert het CBT digitaal via Vektis (conform de mondzorgstandaard MZ301) rechtstreeks bij het zorgkantoor met het vigerende tijdstarief X731 of X831.

13.13 Algehele anesthesie / sedatie

De kosten voor sedatie en algehele anesthesie mogen naast het Wlz-uurtarief in rekening worden gebracht. Hiervoor zijn de prestatiecodes B12 uit hoofdstuk V. Verdoving door middel van een roesje (sedatie) en code A20 Verdoving door middel van algehele anesthesie van toepassing. Met code A20 kan onder andere de inhuur van een anesthesioloog of de huur van een operatieruimte in rekening worden gebracht.

Voert een tandarts in de instelling behandelingen onder algehele anesthesie uit en heeft de instelling een tariefbeschikking van de NZa voor een G201-tarief? Dan brengt de instelling de kosten van intraveneuze sedatie of algehele anesthesie via het G201-tarief in bij het Zorgkantoor. De zorgaanbieder declareert het tijdshonorarium dat van toepassing is bij het Zorgkantoor. Als de instelling geen tariefbeschikking heeft voor G201, declareert de tandarts de werkelijke kosten via code A20 bij het Zorgkantoor.

13.14 Reiskosten

Reiskosten die vanaf 1 januari 2025 gemaakt worden voor de levering van mondzorg ten laste van de Wlz kunnen niet meer apart gedeclareerd worden bij het zorgkantoor. De NZa heeft aangegeven dat de vergoeding van de reiskosten voor zorglevering is meegenomen in het tarief van de prestatie U25. Dat betekent dat het apart declareren en vergoeden van deze reiskosten, via prestatiecodes WRK001 en WRK002, naast de prestatie U25, niet is toegestaan.

13.15 Websites

- <https://wetten.overheid.nl/Wlz>
- [https://wetten.overheid.nl/Regeling langdurige zorg](https://wetten.overheid.nl/Regeling_langdurige_zorg)

Algemene informatie

<https://www.zorginstituutnederland.nl>

Honoreringsregeling Wlz

[Aanvullende zorg bij verblijf met behandeling \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Informatiekaart NZa regels mondzorg aan patiënten met een Wlz-indicatie

[informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie](#)

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/mondzorg>

Adressen van zorgkantoren

<https://www.zn.nl/Zorgkantoren>

Informatie over het CAK

<https://www.hetcak.nl>

14.0 Regeling Medische zorg Asielzoekers

Om na te gaan via welke regeling zorgkosten gedeclareerd kunnen worden voor mensen zonder zorgverzekering heeft het CAK een beslisboom gemaakt. Zie bijlage 7 Schema onverzekerde zorg CAK.

Vanaf 1 januari 2018 worden via de RMA (Regeling Medische zorg Asielzoekers) de ziektekosten vergoed voor asielzoekers waar de COA (Centrale Opvang Asielzoekers) de opvang voor regelt. De RMA is in opdracht van het COA opgesteld door RMA Healthcare. De RMA is een overzicht van de zorg en diensten waar asielzoekers aanspraak op kunnen maken. Het COA heeft de uitvoering in handen gegeven van RMA Healthcare. De zorginkoop en financiële afhandeling wordt uitgevoerd door DSW Zorgverzekeraar.

14.1 Vergoeding mondzorg asielzoekers

Asielzoekers maken op basis van de Regeling Medische Zorg Asielzoekers (RMA) aanspraak op tandheelkundige zorg:

Kinderen tot 18 jaar. Onder de aanspraak valt:

- één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft
- incidenteel tandheelkundig consult
- preventieve voorlichting en/of instructie, maximaal 6x M01 per jaar
- consult voor evaluatie preventie, maximaal 6x M02 per jaar
- het verwijderen van tandsteen
- twee fluorideapplicaties per jaar als de verzekerde 6 jaar of ouder is, tenzij de verzekerde meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen
- sealing;
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees)
- anesthesie (verdoving)
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling)
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen)
- confectiekronen (R29)
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen of knarsen)
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese)
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten, als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Asielzoekers van 18 jaar en ouder: Onder de aanspraak valt:

Consultatie en diagnostiek	
C003	Consult, niet zijnde een periodieke controle
C021	Toeslag avond, nacht en weekend uren (anw-uren)
Maken en/of beoordelen foto's	
X10	Kleine röntgenfoto (max 3 stuks per jaar)
Maximaal 2 Wortelkanaalbehandelingen (Er mogen maximaal 2 wortelkanalen behandeld worden, molaren zijn uitgesloten)	
E04	Toeslag voor kosten bij gebruik van roterende nikkeltitanium instrumenten
E13	Wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal
E14	Wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen
E85	Elektronische lengtebepaling
E19	Insluiten calciumhydroxide per element, per zitting

Vademecum mondzorg 2025

E77	Initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal
E78	Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal (maximaal 1 volgend kanaal)
X10	Kleine röntgenfoto (max 2 stuks per endodontische behandeling)
Kunstgebitten	
P060	Tissue conditioning volledig kunstgebit, per kaak
P062	Opvullen volledig kunstgebit, indirect, per kaak
P063	Opvullen volledig kunstgebit, direct, per kaak
P068	Reparatie volledig kunstgebit, zonder afdruk, per kaak
P069	Reparatie volledig kunstgebit, met afdruk, per kaak
P064	Opvullen partiële prothese indirect
P065	Opvullen partiële prothese direct
P070	Reparatie partiële prothese zonder afdruk
P071	Reparatie partiële prothese met afdruk
Chirurgische ingrepen (inclusief anesthesie)	
H11	Trekken tand of kies
H16	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant

Hiernaast kan er tot € 350,- machtigingsvrij gedeclareerd worden volgens de noodhulprijst voor:

Vullingen	
V71	Eénvlaksvulling amalgaam
V72	Tweevlaksvulling amalgaam
V73	Drievlaksvulling amalgaam
V74	Meervlaksvulling amalgaam
V81	Eénvlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V82	Tweevlaksvulling Glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V83	Drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V84	Meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V91	Eénvlaksvulling composiet
V92	Tweevlaksvulling composiet
V93	Drievlaksvulling composiet
V94	Meervlaksvulling composiet
Verdoving	
A10	Geleidings- en/of infiltratie verdoving (max 1x per element)
Consultatie en diagnostiek	
C022	Het droogleggen van elementen door middel van een rubberen lapje
Preventieve mondzorg	
M03	Gebitsreiniging (max 6 stuks per jaar)
Overig	
R74	Opnieuw vastzetten niet plastische restauratie
C90	Niet nagekomen afspraak (De gereserveerde tijd met een tarief van € 2,50 per geplande minuut met een maximum van € 100 per afspraak)

Buiten deze verrichtingen is geen aanvullende vergoeding boven het bedrag van € 350,- mogelijk.

Er is een machtigingsverplichting voor:

- prothesen
- bijzondere tandheelkunde

Kunstgebitten	
P042	Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur
P045	Toeslag immediaat kunstgebit, kunstgebittarief verhoogd met per immediaat vervangen element (maximaal 8x per kaak)
P023	Noodkunstgebit
P020	Volledig kunstgebit bovenkaak

P021	Volledig kunstgebit onderkaak
P022	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak
P040	Individuele afdruk bij een volledige prothese
P043	Frontopstelling in aparte zitting
P001	Partiële prothese tot max 4 elementen, op voorwaarde dat er een fronslement in de prothese is opgenomen
P002	Partiële prothese met 5- 13 elementen, op voorwaarde dat er een fronslement in de prothese is opgenomen

Voor meer informatie zie [Regeling Medische zorg Asielzoekers](#). De prestatiecodes die voor vergoeding in aanmerking komen staan in Bijlage 5 bij de Regeling Medische zorg Asielzoekers Noodhulprijst Tandheelkunde.

De Praktijklijn van het Gezondheidscentrum voor Asielzoekers regelt de toeleiding naar de tandarts. Alleen tandartsen die een overeenkomst hebben met DSW Zorgverzekeraar kunnen de zorg declareren. De Praktijklijn is een landelijk georganiseerd medisch call center waar gediplomeerde praktijkassistenten en een huisarts werken. Zij zijn bereikbaar via telefoonnummer 088 112 2 112.

14.2 Omschrijving noodhulp

Onder noodhulp wordt in dit verband verstaan: het verhelpen van acute ernstige pijnklachten en/of aanzienlijk verlies van de kauwfunctie, waarbij uitgangspunt voor de hulp is het met zo eenvoudig mogelijke middelen zoveel mogelijk behouden van de actuele functie van het gebit, inclusief het behoud van de aanwezige functionele elementen. Nadrukkelijk wordt hieronder niet gebitssanering en gebitsregulering (orthodontie) verstaan. De behandeling dient veelal in één zitting te zijn afgerond.

14.3 Tolkendienst

Zorgverleners kunnen gebruik maken van de tolkdienst van Global Talk. Informatie m.b.t. de werkwijze van Global Talk staat op globaltalk.nl.

14.4 Wie vallen er onder de regeling RMA?

- Vreemdelingen, die een uitkering ontvangen van het COA op grond van de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (Rva)-2005;
- vreemdelingen, die een uitkering ontvangen van het COA op grond van de Regeling Opvang Asielzoekers, dan wel die worden aangemerkt als 'ex-VVTV'er' (Voorwaardelijke vergunning tot verblijf);
- vreemdelingen, die een uitkering ontvangen van het COA op grond van de Regeling verstrekkingen bepaalde categorieën vreemdelingen (Rvb);
- overige vreemdelingen waarvan de staatssecretaris van Justitie heeft bepaald (of nog zal bepalen) dat die groep vreemdelingen voor vergoeding van medische kosten door het COA in aanmerking komt.

Personen met vergunning tot verblijf (wonend buiten een asielzoekerscentrum) vallen gewoonlijk als 'reguliere' Nederlanders onder de Zorgverzekeringswet.

14.5 Waaraan is een RMA-verzekerde herkenbaar?

Iedere RMA-verzekerde is in het bezit van een eigen zorgpas. Op basis van het COA zorgpasnummer kunt u de gegevens controleren in Vecozo. Bij de COV check staat product 1010 RMA basis.

14.6 Kunstgebitten

Een machtiging voor een nieuw te vervaardigen prothetische voorziening wordt verstrekt indien deze tot doel heeft het minimaal noodzakelijke kauwvermogen te herstellen of te behouden.

14.7 Eigen bijdrage en eigen risico asielzoekers

Voor de asielzoekers die in de centrale opvang, zoals een asielzoekerscentrum (AZC), zijn ondergebracht zijn eigen bijdragen niet van toepassing. Dit betekent dat de kosten m.b.t. mondzorg volgens de regeling bij de RMA-uitvoeringsinstantie in rekening kunnen worden gebracht. Er is dus geen eigen bijdrage en evenmin eigen risico.

14.8 Declareren

Declaraties moet u via Vecozo indienen via het Uzovi nummer 3355 en productcode 1010. Dit veld moet worden ingevuld vanwege het onderscheid RMA-RMO. Het zorgpasnummer van de asielzoeker is hierbij leidend. Een burgerservicenummer is niet noodzakelijk.

14.9 Bereikbaarheid / Tandartslijn voor het maken van een afspraak

De ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland is onderdeel van RMA Healthcare. Zij zijn bereikbaar via het mailadres info@rmasielzoekers.nl of telefoonnummer 088 – 112 2 146.

De praktijklijn waar RMA-verzekerden bij tandheelkundige klachten een afspraak kunnen maken voor een tandartsbezoek is bereikbaar onder telefoonnummer: 088 – 112 2 132.

14.10 Vragen over de overeenkomst RMA

T. 010 - 2422620 of overeenkomsten@administratierma.nl.

14.11 Vragen over machtigingen en declaraties

declaraties@administratierma.nl of machtigingen@adminstratierma.nl.

Administratie RMA

Postbus 84

3100 AB Schiedam

info@administratierma.nl

T. klantcontact 010 - 2466621

14.12 Opmerkingen

Wellicht ten overvloede wordt hier nog gemeld dat gebitssanering bij volwassen asielzoekers nadrukkelijk van vergoeding is uitgesloten. Het dient te gaan om doelmatige tandheelkundige zorg met eenvoudige en rationele middelen. Vergoeding van endodontische behandelingen in 3- of 4-kanalige elementen(molaren) is niet in de regeling opgenomen. Bovendien komen alleen die prestatiecodes voor vergoeding in aanmerking die zijn opgenomen in de noodhulprijst voor volwassenen.

14.13 Overeenkomst

Zowel voor de behandeling van jeugdigen onder de 18 jaar als van volwassenen van 18 jaar en ouder is een overeenkomst noodzakelijk.

In de polisvoorwaarden is bovendien een bepaling opgenomen dat de tandartsafspraak tot stand moet zijn gekomen via de praktijklijn en dat de afstand van de praktijk tot de locatie waar de asielzoeker verblijft niet groter mag zijn dan 50 kilometer.

Indien u een contract heeft voor de RMA is deze automatisch ook geldig voor de RMO. Voor bijzonderheden zie hoofdstuk 16 Regeling Medische Zorg Oekraïne (RMO).

15.0 Regeling Medische zorg Oekraïne (RMO)

Om na te gaan via welke regeling zorgkosten gedeclareerd kunnen worden voor mensen zonder zorgverzekering heeft het CAK een beslisboom gemaakt. Zie bijlage 7 Schema onverzekerde zorg CAK.

Sinds 1 juli 2022 worden via de RMO (Regeling Medische zorg Oekraïne) de ziektekosten vergoed voor Oekraïners **met** een Burgerservicenummer. De regeling is bedoeld voor ontheemden uit Oekraïne die vallen onder de Europese Richtlijn tijdelijke bescherming. Zij worden in het BRP geregistreerd met verblijfstitel 46. De zorgverlener vindt het BSN van de ontheemde in de verzekeringsgegevens (COV).

De zorginkoop en financiële afhandeling wordt uitgevoerd door DSW Zorgverzekeraar in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Tandheelkundige hulp aan Oekraïners **zonder** Burgerservicenummer en die daardoor niet voorkomen in de COV wordt vergoed door het CAK onder de regeling SOV (subsidieregeling onverzekerden). Voorwaarde hierbij is dat het uitsluitend gaat om zorg die normaliter vergoed zou zijn uit de basisverzekering. Zorgverleners hoeven geen melding te doen bij het meldpunt onverzekerden. Zie ook hoofdstuk 17.

15.1 Vergoeding mondzorg Oekraïners

Oekraïners maken op basis van de Regeling Medische zorg Oekraïners (RMO) aanspraak op tandheelkundige zorg:

Kinderen tot 18 jaar. Onder de aanspraak valt:

- één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft
- incidenteel tandheelkundig consult
- preventieve voorlichting en/of instructie, maximaal 6x M01 per jaar
- consult voor evaluatie preventie, maximaal 6x M02 per jaar
- het verwijderen van tandsteen
- twee fluorideapplicaties per jaar als de verzekerde 6 jaar of ouder is, tenzij de verzekerde meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen
- sealing;
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees)
- anesthesie (verdooving)
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling)
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen)
- confectiekronen (R29)
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen of knarsen)
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese)
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten, als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Asielzoekers van 18 jaar en ouder. Onder de aanspraak valt:

Consultatie en diagnostiek	
C003	Consult, niet zijnde een periodieke controle
C021	Toeslag avond, nacht en weekend uren (anw-uren)
Maken en/of beoordelen foto's	
X10	Kleine röntgenfoto (max 3 stuks per jaar)

Vademecum mondzorg 2025

Maximaal 2 Wortelkanaalbehandelingen (Er mogen maximaal 2 wortelkanalen behandeld worden, molaren zijn uitgesloten)	
E04	Toeslag voor kosten bij gebruik van roterende nikkel-titanium instrumenten
E13	Wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal
E14	Wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen
E85	Elektronische lengtebepaling
E19	Insluiten calciumhydroxide per element, per zitting
E77	Initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal
E78	Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal (maximaal 1 volgend kanaal)
X10	Kleine röntgenfoto (max 2 stuks per endodontische behandeling)
Kunstgebitten	
P060	Tissue conditioning volledig kunstgebit, per kaak
P062	Opvullen volledig kunstgebit, indirect, per kaak
P063	Opvullen volledig kunstgebit, direct, per kaak
P068	Reparatie volledig kunstgebit, zonder afdruk, per kaak
P069	Reparatie volledig kunstgebit, met afdruk, per kaak
P064	Opvullen partiële prothese indirect
P065	Opvullen partiële prothese direct
P070	Reparatie partiële prothese zonder afdruk
P071	Reparatie partiële prothese met afdruk
Chirurgische ingrepen (inclusief anesthesie)	
H11	Trekken tand of kies
H16	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant

Hiernaast kan er tot € 350,- machtigingsvrij gedeclareerd worden volgens de noodhulprijst voor:

Vullingen	
V71	Eénvlaksvulling amalgaam
V72	Tweevlaksvulling amalgaam
V73	Drievlaksvulling amalgaam
V74	Meervlaksvulling amalgaam
V81	Eénvlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V82	Tweevlaksvulling Glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V83	Drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V84	Meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
V91	Eénvlaksvulling composiet
V92	Tweevlaksvulling composiet
V93	Drievlaksvulling composiet
V94	Meervlaksvulling composiet
Verdoving	
A10	Geleidings- en/of infiltratie verdoving (max 1x per element)
Consultatie en diagnostiek	
C022	Het droogleggen van elementen door middel van een rubberen lapje
Preventieve mondzorg	
M03	Gebitsreiniging (max 6 stuks per jaar)
Overig	
R74	Opnieuw vastzetten niet plastische restauratie
C90	Niet nagekomen afspraak (De gereserveerde tijd met een tarief van € 2,50 per geplande minuut met een maximum van € 100 per afspraak)

Buiten deze verrichtingen is geen aanvullende vergoeding boven het bedrag van € 350,- mogelijk.

Er is een machtigingsverplichting voor:

- prothesen
- bijzondere tandheelkunde

Kunstgebitten	
P042	Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur
P045	Toeslag immediaat kunstgebit, kunstgebittarief verhoogd met per immediaat vervangen element (maximaal 8x per kaak)
P023	Noodkunstgebit
P020	Volledig kunstgebit bovenkaak
P021	Volledig kunstgebit onderkaak
P022	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak
P040	Individuele afdruk bij een volledige prothese
P043	Frontopstelling in aparte zitting
P001	Partiële prothese tot max 4 elementen, op voorwaarde dat er een fronslement in de prothese is opgenomen
P002	Partiële prothese met 5- 13 elementen, op voorwaarde dat er een fronslement in de prothese is opgenomen

Voor meer informatie zie [Regeling Medische zorg Oekraïners](#)

De prestatiecodes die voor vergoeding in aanmerking komen staan in Bijlage 5 bij de Regeling Medische zorg Oekraïners Noodhulprijst Tandheelkunde.

Alleen tandartsen die een overeenkomst hebben met DSW Zorgverzekeraar voor de RMO/RMA kunnen de zorg declareren.

15.2 Omschrijving noodhulp

Onder hulp wordt in dit verband verstaan: het verhelpen van acute ernstige pijnklachten en/of aanzienlijk verlies van de kauwfunctie, waarbij het uitgangspunt voor de hulp is het met zo eenvoudig mogelijke middelen zoveel mogelijk behouden van de actuele functie van het gebit, inclusief het behoud van de aanwezige functionele elementen. Nadrukkelijk wordt hieronder niet gebitsanering en gebitsregulering (orthodontie) verstaan. De behandeling dient veelal in één zitting te zijn afgerond.

15.3 Tolkendienst

Zorgverleners kunnen gebruik maken van de tolkdienst van Global Talk. Informatie m.b.t. de werkwijze van Global Talk staat op globaltalk.nl.

15.4 Wie vallen er onder de regeling RMO?

Uitsluitend ontheemden uit Oekraïne **met** Burgerservicenummer en ingeschreven in het BRP met verblijfstitel 46 vallen onder de RMO.

15.5 Waaraan is een RMO-verzekerde herkenbaar?

Iedere RMO verzekerde heeft een BSN-nummer. Op basis van de COV check kunt u de gegevens controleren in Vecozo.

15.6 Kunstgebitten

Een machtiging voor een nieuw te vervaardigen prothetische voorziening wordt verstrekt indien deze tot doel heeft het minimaal noodzakelijke kauwvermogen te herstellen of te behouden.

15.7 Eigen bijdrage

De kosten voor de mondzorg conform de regeling worden volledig vergoed door het Ministerie van Justitie en Veiligheid zonder dat er sprake is van een eigen bijdrage of eigen risico.

15.8 Declareren

Declaraties kunt u via Vecozo indienen via het Uzovi nummer 3355. De productcode is 1020 (basis RMO). Dit veld moet worden ingevuld vanwege het onderscheid RMA-RMO

15.9 Bereikbaarheid

De ziektekostenregeling voor ontheemden is onderdeel van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.
www.rijksoverheid.nl>zorg>oeukraine

15.10 Vragen over de RMO

T. 085 050 14 20 (voor verzekerden)
T. 085 – 0501421 (zorgverleners)
overeenkomsten@rmoekraine.nl

15.11 Vragen over machtigingen en declaraties

declaraties@rmoekraine.nl
machtigingen@rmoekraine.nl

Administratie RMO

Postbus 84
3100 AB Schiedam
info@rmoekraine.nl

15.12 Opmerkingen

Wellicht ten overvloede wordt hier nog gemeld dat gebitssanering nadrukkelijk van vergoeding is uitgesloten. Het dient te gaan om doelmatige tandheelkunde met eenvoudige en rationele middelen. Vergoeding van endodontische behandelingen in 3- of 4-kanalige elementen(molaren) is niet in de regeling opgenomen. Bovendien komen alleen die prestatiecodes voor vergoeding in aanmerking die zijn opgenomen in de noodhulprijst voor volwassenen.

15.13 Overeenkomst

Zowel voor de behandeling van jeugdigen onder de 18 jaar als van volwassenen van 18 jaar en ouder is een overeenkomst noodzakelijk.

Indien u een overeenkomst heeft voor de RMO is deze automatisch ook geldig voor de RMA. Voor bijzonderheden over de RMA zie hoofdstuk 15 Regeling Medische Zorg Asielzoekers.

16.0 Onverzekerbare vreemdelingen

Om na te gaan via welke regeling zorgkosten gedeclareerd kunnen worden voor mensen zonder zorgverzekering heeft het CAK een beslisboom gemaakt. Zie bijlage 7 Schema onverzekerde zorg CAK.

16.1 Algemeen

Sinds 1 juli 1998 is in de Koppelingswet bepaald dat vreemdelingen zonder verblijfsvergunning geen toegang hebben tot sociale verzekeringen. Hiermee hebben zij ook geen recht op een basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet. Randvoorwaarde bij de invoering van de Koppelingswet was dat medisch noodzakelijke zorg gewaarborgd zou blijven. Via de regeling onverzekerbare vreemdelingen is geregeld dat zorgverleners een financiële bijdrage kunnen krijgen voor activiteiten ten behoeve van personen die geen toegang hebben tot de Zorgverzekeringswet.

16.2 Regeling onverzekerbare vreemdelingen

De Regeling onverzekerbare vreemdelingen biedt zorgverleners (ook tandartsen) een financieel vangnet. Alleen als een illegaal in Nederland verblijvende patiënt niet kan betalen (ook niet via een betalingsregeling of door derden) is de regeling van toepassing.

De Regeling is geen verzekering en biedt evenmin gratis gezondheidszorg. Tegenover het recht op zorg staat immers voor iedereen, ongeacht nationaliteit of verblijfsstatus, de plicht tot betalen. Wanneer is de Regeling onverzekerbare vreemdelingen aan de orde?

- Er moet sprake zijn van een onbetaalde rekening.
- Het moet gaan om medisch noodzakelijke zorg.
- De patiënt is onverzekerd en onverzekerbaar als gevolg van de Koppelingswet.
- De zorg moet onderdeel zijn van het basiszorgpakket (Basisverzekering Zorgverzekeringswet) of de Wlz.

Bij het vaststellen van genoemde omstandigheden wordt van de zorgverlener niet méér verwacht dan wat binnen de vertrouwensrelatie met de patiënt past (dus bijvoorbeeld geen verificatie bij Vreemdelingendienst of checken banksaldo).

16.3 Tandheerkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen

Alle tandartsen kunnen een beroep doen op de Regeling. Het CAK geeft alleen een bijdrage voor zorg die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet valt. Tandartsen kunnen daardoor alleen een bijdrage krijgen voor:

- patiënten jonger dan 18 jaar;
- volledig uitneembare prothetische voorzieningen;
- bijzondere tandheerkunde.

De bijdrage is 80% van de oninbare vordering. De tandarts vraagt de bijdrage aan met het 'Declaratieformulier zorgverleners'. ([declaratieformulier-regeling-onverzekerbare-vreemdelingen.pdf](#))

16.4 Contactgegevens CAK

Voor vragen kunt u contact opnemen met de Helpdesk Zorg onverzekerbare vreemdelingen van het CAK, telefoon: 0800 - 5028 (gratis).

16.5 Websites

[Regeling onverzekerbare vreemdelingen](#)
www.lampion.info

17.0 Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden

Om na te gaan via welke regeling zorgkosten gedeclareerd kunnen worden voor mensen zonder zorgverzekering heeft het CAK een beslisboom gemaakt. Zie bijlage 7 Schema onverzekerde zorg CAK.

17.1 Algemeen

Het doel van de subsidieregeling is dat de financiële drempels die zorgverleners ervaren bij het verlenen van zorg aan onverzekerden worden weggenomen. De overheid vindt het belangrijk om de problematiek rondom onverzekerden op te lossen. Het gaat om een kwetsbare groep mensen die geen zorgverzekering heeft en meestal ook geen uitkering of huisvesting.

De regeling geldt niet voor:

- Vluchtelingen uit Oekraïne met een burgerservicenummer (BSN). Deze zorgkosten kunt u declareren via de Regeling Medische zorg aan Ontheemden (RMO).
- Asielzoekers, gedetineerden, militairen en gemoedsbezwaarden.
- Mensen met 6 maanden betalingsachterstand van hun zorgpremie. Deze groep is bekend bij overheid en zorgverzekeraars en blijft verzekerd voor de basiszorg.
- Onverzekerbare vreemdelingen. Zij kunnen geen zorgverzekering afsluiten en moeten de kosten voor medische zorg zelf betalen. Als zij dat niet kunnen, kunt u als zorgverlener via de regeling onverzekerbare vreemdelingen een bijdrage vragen aan het CAK.

17.2 Regeling onverzekerbare vreemdelingen

U kunt de kosten declareren via deze regeling als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

- De behandelde persoon is onverzekerd en heeft geen middelen om de rekening (gedeeltelijk) zelf te voldoen.
- Alleen medisch noodzakelijke zorg uit het basispakket komt voor vergoeding in aanmerking.
- U heeft een DAEB-overeenkomst (pdf, 501 kB) (Dienst van Algemeen Economisch Belang) met het CAK.
- U kunt zorgkosten declareren tot uiterlijk 12 maanden ná het kwartaal waarin u de zorg heeft verleend.
- U bent verplicht het Burgerservicenummer (BSN) van de patiënt op het subsidieformulier te vermelden, als het BSN bij u bekend is. U moet ook initialen, nationaliteit, geslacht en geboortejaar vermelden op het formulier en de factuur. U hoeft de patiënt hiervoor geen toestemming te vragen.

17.3 Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen

Alleen zorg die onder de Zvw valt komt voor vergoeding in aanmerking:

- Tandheelkundige zorg aan patiënten onder de 18 jaar.
- Volledig uitneembare prothetische voorzieningen.
- Bijzondere tandheelkunde.

17.4 Waar declareert u uw kosten?

Om te declareren stuurt u de volgende documenten naar ons op:

- DAEB-overeenkomst (pdf, 501 kB) (31-05-2022); alleen als u voor de eerste keer declareert.
- Subsidieformulier (pdf, 499 kB)(17-11-2022).
- Factuur/nota.

17.5 Contactgegevens CAK

Voor meer informatie: [Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden](#). Voor vragen kunt u contact opnemen met de Helpdesk Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden? telefoon 0800 – 5028.

Bijlage 1: Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7 Mondzorg

Lid 1

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Lid 2

Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Lid 3

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Lid 4

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Lid 5

Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
- b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

Lid 6

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Artikel 2.16a

De verzekerde van achttien jaar of ouder betaalt een eigen bijdrage voor mondzorg, bedoeld in artikel 2.7, eerste en vijfde lid, onderdeel b.

Artikel 2.1

Lid 2

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Lid 3

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Bijlage 2: Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31 Eigen bijdragen mondzorg

Lid 1

De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

Lid 2

De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientig procent van de kosten van die voorziening.

Lid 3

In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:

- a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
- b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.

Lid 4

De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

Bijlage 3: Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4 Het eigen risico. Artikel 19

Lid 1

Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 (2025) per kalenderjaar.

Bijlage 4: Wet langdurige zorg

Hoofdstuk 3. Paragraaf 1. Artikel 3.1.1.

Lid 1

1 Het op grond van deze wet verzekerde pakket omvat de volgende vormen van zorg:

- b. persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;
- c. behandeling, die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde, omvattende: ...
- d. door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijf alsmede behandeling als bedoeld in onderdeel c ontvangt te verlenen:
 - 5°. tandheelkundige zorg;

Bijlage 5: Regeling langdurige zorg

Artikel 2.4

Lid 1

De verzekerde heeft slechts aanspraak op tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste tot en met derde lid, van het Besluit zorgverzekering indien de Wlz-uitvoerder vooraf toestemming heeft verleend.

Lid 2

Indien het verblijf van de verzekerde in een instelling wordt beëindigd in verband met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, bestaat nog gedurende een periode van ten hoogste acht dagen aanspraak op tandheelkundige zorg.

Lid 3

Tot negen weken na beëindiging van het verblijf in een instelling bestaat aanspraak op de levering en het aanbrengen van een nieuwe of overgezette tandheelkundige prothese, zijnde een plaat-, overkappings-, opbouw- of frameprothese, alsmede van kronen of bruggen, indien deze tandheelkundige hulp voor het beëindigen van het verblijf was aangevraagd. De Wlz-uitvoerder kan, gehoord de adviserend tandarts, een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.

Bijlage 6: Indicatieve lijst orthodontie (CAT)

Congenitale afwijkingen

- Cheilo, gnatho- en/of palatoschisis
- Cranio-faciale anomalieën, zoals geclassificeerd volgens R.J. Gorlin in 'Syndromes of the Head and Neck', Oxford University Press, okt. 2001

Ziekten en andere verworven afwijkingen

- Juveniele Rheumatoïde artritis.
- Hormonale stoornissen voor zover deze invloed hebben op de groei van het craniofaciale complex bv groeihormoon deficiënties, pubertas praecox;
- Verstoorde groei van het craniofaciale complex t.g.v. radiotherapie en/of chirurgische therapie op jonge leeftijd i.v.m. een oncologische afwijking;
- Progressief groeiende lymphangiomen en haemangiomen;
- Ankylosis van het kaakgewricht;
- Hyperplastische groei van één of beide condyli;
- Trauma van het kaakstelsel waarvoor orthodontische begeleiding nodig is (niet bedoeld wordt trauma van gebitselementen!)

Seriously handicapping malocclusions

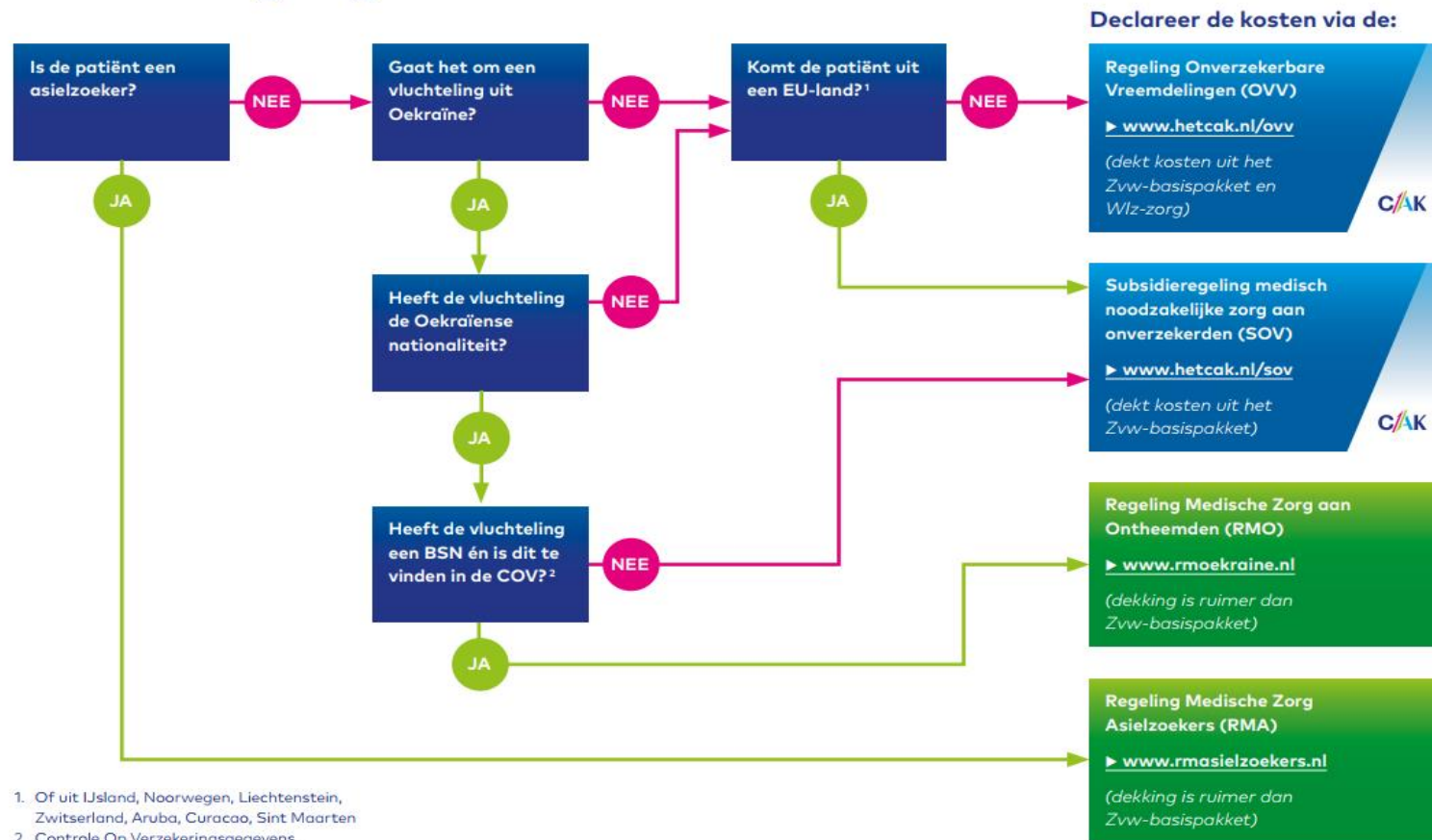
Deze categorie betreft malocclusies gepaard gaande met en/of leidend tot ernstige objectieveerbare functiestoornissen. Veelal zal van een interdisciplinaire behandeling sprake zijn. Te denken valt aan de volgende afwijkingen:

- Oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren;
- Mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm;
- Distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm waarbij geen groeiverwachting meer is;
- Laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat;
- Transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen waarbij het kauwvermogen ernstig is verstoord;
- Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium of palatum.

NB. Dit betreft een indicatieve en geen limitatieve lijst.

Bijlage 7: schema onverzekerde zorg CAK

**Ik heb zorg verleend aan iemand zonder zorgverzekering.
Via welke regeling kan ik declareren?**



Bron: [Via welke regeling kan ik declareren?](#)

