

Vademecum basispakket
Tandheelkunde en Wlz
2018

Colofon

Uitgave

Vademecum basispakket Tandheelkunde en Wlz 2018
is een uitgave van:

- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- College van Adviserend Tandartsen (CAT)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Expertgroep Vademecum

- W.A. van Geest, KNMT
- L. Tinsel, ZN
- J. Weijmar, ZN
- R. Jetten, CAT
- N. Kerkhof, CAT
- H.L. Dellelijn, ANT
- R. Westra, ANT
- J.C.H. Smienk, KNMT
- Commissie Bijzondere Zorggroepen, KNMT

Vormgeving

JCP Communicatie, IJsselstein
(www.jcpcommunicatie.nl)

Eindredactie

KNMT

Disclaimer

De inhoud van het vademecum is tot stand gekomen in samenwerking tussen KNMT, CAT, ZN en ANT. Het is een initiatief van deze partijen om de informatie over het onderdeel mondzorg in de basisverzekering en Wlz te bundelen en toegankelijk weer te geven. Uiteindelijk zijn de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars leidend.

© Expertgroep Vademecum, Utrecht 2018

Inhoudsopgave

Vademecum basispakket Tandheelkunde en Wlz	7
• Geschiedenis	7
• Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	7
• Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	7
• Bijzondere tandheelkunde	7
• Max-max-tarieven	7
Basispakket jeugd tot 18 jaar	9
• Waarop heeft de jeugdige verzekerde wel recht vanuit de basisverzekering?	9
• Waarop heeft de jeugdige verzekerde geen recht vanuit de basisverzekering?	9
Kroon- en brugwerk	9
Implantaten	10
Orthodontie	10
Gebits- of mondbeschermer	10
Uitwendig bleken	10
• Websites	10
MKA-chirurgische hulp	11
• Verzekerde kaakchirurgische hulp	11
• Toestemming	11
• Eigen risico	11
Bijzondere tandheelkunde	12
• Omschrijving bijzondere tandheelkunde	12
• Bijzondere tandheelkunde voor "gewone" mensen	13
Eigen bijdrage	13
• Tandheelkunde voor bijzondere mensen	14
• Angstscorelijsten	14
• Medisch gecompromitteerde patiënten	15
• Implantologie in tandeloze kaken	15
• Orthodontie	16
• Indicatieve lijst	16
Congenitale afwijkingen	17
Ziekten en andere verworven afwijkingen	17
Malocclusies, gepaard gaande met of leidend tot ernstige objectieveerbare functiestoornissen.	17
• Websites	17

Uitneembare volledige gebitsprothese	18
• Aanvullend onderzoek prothetische en restauratieve zorg	18
• Omschrijving omvang volledige prothese	18
• Eigen bijdrage volledige prothese	18
• De rebasing	18
• Tissue conditioning	18
• Precisieverankeringen	19
• De volledige gebitsprothese op implantaten	19
• Overgang van partiële prothese naar volledige gebitsprothese	19
• Toestemmingsvereiste	19
• Bezoek ten huize van verzekerde	19
• De reparatie	19
Indicatiestelling implantaten voor protheses	20
Eigen bijdrage	21
• Wettelijk eigen bijdrage (EB)	21
• Patiënten die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub a: tandheelkundig gehandicapten	21
• Patiënten die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub b: lichamelijk en geestelijk gehandicapten, alsook extreem angstigen	21
• Patiënten die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub c: medisch gecompromitteerden	22
• Uitneembare volledige protheses in het kader van de bijzondere tandheelkunde	22
• Normale uitneembare volledige protheses	22
Eigen risico	23
• Wettelijk eigen risico (ER)	23
Wlz- mondzorg	24
• Aanspraak op Wlz-mondzorg	24
• Inhoud van de Wlz-mondzorg	24
• Toestemmingsvereiste Wlz	24
• Aanspraak op mondverzorging	25
• Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen	25
• Het zorgkantoor	25
• Het CAK (Centraal Administratie Kantoor)	25
• Werken in de Wlz	25
• Het sluiten van een overeenkomst	25
• Honorering Wlz	26
• Declaratiewijzer Wlz Mondzorg	26
• Verwijzing naar een centrum bijzondere tandheelkunde (CBT)	27
• Uitvoeringsrichtlijnen centra bijzondere tandheelkunde	27
• Verdoving door middel van sedatie en door middel van anesthesie	27
• Websites	27

Asielzoekers	27
• Asielzoekers	27
• Omschrijving noodhulp	27
• De RMA hanteert de volgende noodhulplijst	27
• Tolkendienst	29
• Wie vallen er onder de regeling RMA?	30
• Waaraan is een RMA-verzekerde herkenbaar?	30
• Protheses	30
• Eigen bijdrage asielzoekers	30
• Declareren	30
• Bereikbaarheid	30
 Onverzekerbare vreemdelingen	 32
• Algemeen	32
• Regeling onverzekerbare vreemdelingen	32
• Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen	32
• Waar declareert u uw kosten?	33
• Contactgegevens CAK	33
• Websites	33
 Trefwoordenregister	 34



Vademecum basispakket Tandheelkunde en Wlz

In de tijd dat de tandheelkundige zorg voor het grootste deel van de Nederlandse bevolking via ziekenfondswetgeving was geregeld, was het Vademecum een belangrijk hulpmiddel voor tandartsen. Alle wettelijke regelingen, procedures en afspraken waren daarin vastgelegd. Nu is er een digitale versie die voortbouwt op ingrijpende ontwikkelingen binnen het zorgstelsel in Nederland.

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 tandheelkunde 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 zorgverzekering voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aange-wezen (artikel 2.1 lid 3, Besluit zorgverzekering).

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 op pagina 9 en 10.

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 en de uitneembare overkappingsprothese voor de boven- en/of onderkaak op implantaten en de mesostructuur.

Overige mondzorg kan meer of minder een onderdeel zijn van aanvullende verzekeringen (met gevarieerde polisvoorwaarden).

Bijzondere tandheelkunde

Bij mondzorg in het kader van de Zorgverzekeringswet is het uitgangspunt dat verzekerden met een (ernstige) niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening dezelfde zorg ontvangen als verzekerden zonder een dergelijke aandoening. Er is pas sprake van bijzondere tandheelkunde als de gewone hulp voor de verzekerde niet voldoende is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijkwaardig is aan de functie die hij zou hebben gehad zonder deze aandoening. Niet alle bijzondere tandheelkunde vindt plaats in een instelling voor bijzondere tandheelkunde. Het kan zijn dat ook een daartoe bekwame tandarts algemeen practicus die hulp verleent en daarvoor eventueel een uurtarief in rekening brengt.

Max-max tarieven

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

Het max-max tarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve

van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot tandheelkundige zorg is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen. Het max-max tarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht voor zover een ziektekostenverzekering met betrekking tot tandheelkundige zorg tussen de ziektekostenverzekeraar en verzekerde is overeengekomen die de betreffende prestatie omvat.

Voor de ene patiënt is het tarief dus hoger dan voor de andere.

Het max-max-tarief geldt voor de gehele mondzorg. Het gebruik hiervan is niet verplicht.

Basispakket jeugd tot 18 jaar

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.
2. Daarnaast hebben verzekerden tot 23 jaar (dit was tot 1 januari 2017 tot 18 jaar) recht op fronttandvervang (met implantaten), indien een snij- of hoektand niet is aangelegd of voor het 18e levensjaar in zijn geheel of gedeeltelijk (met achterblijven van een gedeelte van de wortel) verloren is gegaan als gevolg van een ongeval. In het behandeldossier moet zijn vastgelegd dat het fronslement verloren is of gaat voor het 23ste levensjaar. Voor de jeugd tot 18 jaar geldt geen verplicht eigen risico.

Waarop heeft de jeugdige verzekerde GEEN recht vanuit de basisverzekering?

1. Kroon- en brugwerk: tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of fronttandvervang in het geval van vervang van één of meerdere ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden, die niet zijn aangelegd, dan wel omdat ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval. Tevens geldt deze uitzondering voor R29, roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening.
2. Implantaten: tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of fronttandvervang in het geval van vervang van één of meerdere ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden, die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval. Het ontbreken van één of meerdere tanden dient vastgesteld (en vastgelegd) te zijn voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Tot het bereiken van de leeftijd van 23 jaar kan een implantaat worden geplaatst.
3. Orthodontische hulp, inclusief de bijbehorende röntgenfoto's: tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft.
4. Gebitsbeschermer/mondbeschermer: tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft.
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.

Kroon- en brugwerk

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

1. De opbouw met plastisch materiaal; omdat jeugd aanspraak heeft op restauratie van gebitselementen met plastische materialen (artikel 2.4, vierde lid, sub i van het Besluit zorgverzekering)
Eventueel kroon- en brugwerk in het kader van de fronttandvervang (tot 23 jaar). In artikel 2.7 lid 6 van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat wel aanspraak bestaat op vervang van fronttanden wanneer deze niet zijn aangelegd of als gevolg van een ongeval (geheel of gedeeltelijk) verloren zijn gegaan. In dat artikel is niet geregeld hoe de fronttandvervang tot stand komt. Dat houdt in dat meerdere wijzen van vervang onder de aanspraak kunnen vallen. Veelal hebben zorgverzekeraars in hun polis bepaald dat voor deze hulp vooraf toestemming (machtiging) moet worden aangevraagd. In het behandeldossier moet zijn vastgelegd dat het fronslement verloren is of gaat voor het 23ste levensjaar.
Hiermee kan de verzekerde te zijner tijd zijn aanspraak te gelde maken, echter maximaal tot en met het 22ste levensjaar. Op dat moment geldt het wettelijk eigen risico.
2. Roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening als verstrekking voor de jeugd (R29), bedoeld als definitief geplaatste confectiekroon.

Implantaten

In artikel 2.7 lid 4 sub l van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat recht bestaat op chirurgisch tandheelkundige hulp met uitzondering van implantaten.

Let op!

In het geval van fronttandvervanging (artikel 2.7 lid 6 van het Besluit zorgverzekering) kan wel aanspraak bestaan op implantaten. Hiervoor is eerst toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

In het kader van de tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen kan zeker aanspraak op implantaten bestaan.

Het is verstandig te overwegen of de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen en daarover eventueel te overleggen met de adviserend tandarts. In het behandeldossier moet zijn vastgelegd dat het frontelement verloren is of gaat voor het 23ste levensjaar.

Orthodontie

De jeugd heeft in principe geen recht op orthodontische hulp uit de basisverzekering. Bij bijzondere omstandigheden hebben zorgverzekeraars meestal een toestemmingsvereiste vooraf in de polissen opgenomen.

Let op!

In het geval van een zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis van het mond-tand-kaakstelsel (vergelijkbaar in ernst aan schisis; art. 2.7 lid 3 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 3 van het besluit. In tweede instantie wordt verwezen naar de zogenoemde indicatieve lijst. Deze lijst is opgenomen op pagina 16 van dit document.

Gebits- of mondbeschermer

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 Zvw in aanmerking.

Let op!

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

Fluoride applicatie

Fluoride-applicaties worden vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen maximaal twee keer per jaar vanuit de basisverzekering vergoed, tenzij meer keren per jaar nodig is. Hiervoor dient voorafgaand aan het uitvoeren van de behandeling een machtiging aangevraagd te worden via het machtigingenportaal.

Uitwendig bleken

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

Kaakoverzichtsfoto X21

De zorgverzekeraars hebben bepaald dat vanaf 1 januari 2018 hiervoor een machtiging aangevraagd dient te worden via het machtigingenportaal.

Websites

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

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/t/tandarts-en-mondzorg-zvw>

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

MKA-chirurgische hulp

Verzekerde kaakchirurgische zorg

- jeugdige verzekerden tot 18 jaar hebben krachtens artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten (zie ook pagina 9).
- volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder hebben krachtens artikel 2.7 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.

Als bij een patiënt sprake is van een ernstig geresorbeerde processus alveolaris in de onder- of bovenkaak, kan deze patiënt aanspraak maken op het plaatsen van implantaten (zie art. 2.7 lid 2), mits de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare volledige prothetische voorziening. Zie ook het hoofdstuk Bijzondere Tandheelkunde.

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. Hieronder valt niet de ongecompliceerde extractie.

Toestemming

In de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars kunnen bepalingen zijn opgenomen inzake toestemmingsprocedures voor bepaalde onderdelen van de MKA-chirurgische hulp: zoals voor een osteotomie, botopbouw, implantaten, parodontologische hulp en extracties onder narcose.

Eigen risico

De kosten voor de MKA-chirurg, die worden vergoed vanuit de basisverzekering, vallen onder het wettelijk eigen risico van de patiënt (minimaal € 385,- in 2018). Dit geldt niet voor de jeugd tot 18 jaar.

Bijzondere tandheelkunde

Uitgangspunt en omvang van de bijzondere tandheelkunde is omschreven in artikel 2.7 lid 1 van het Besluit zorgverzekering.

Een kort en bondige samenvatting van de ingewikkelde omschrijvingen in wet- en regelgeving maakt duidelijk waar het om gaat.

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 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: 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 mensen die nooit nodig zou zijn geweest als een bepaalde medische afwijking zich niet had voorgedaan

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 dient ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese;

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 uitneembare volledige prothese

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 andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

kort en bondig: orthodontie voor iedereen die een zeer ernstige orthodontische afwijking heeft, in ernst vergelijkbaar met schisis of gespleten gehemelte

Bijzondere tandheelkunde voor "gewone" mensen

Dit betreft tandheelkunde die vaak in de algemene praktijk kan worden uitgevoerd. Bijzondere tandheelkunde wil niet zeggen dat het moeilijke tandheelkunde is; het gaat niet om de moeilijkheidsgraad van de te verrichten handelingen, doch om de aanspraak die de verzekerde/patiënt, gebaseerd op een ernstige aangeboren of verworven afwijking van het mond-tand-kaakstelsel, maakt op bijzondere tandheelkunde.

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

- oligodontie, waarbij het aantal niet-aangelegde elementen zo groot is dat er sprake is van een ernstige functie-stoornis;
- amelogenesis imperfecta van ernstige aard, dan wel een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard, een en ander tenzij de tandboog ernstig is gemutileerd;
- een kaakorthopedische afwijking, maar alleen als deze behoudens medische contra-indicatie, door middel van een osteotomie gecorrigeerd behoort te worden en daarbij een prothetische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
- ernstige cranio-mandibulaire dysfunctie;
- een blijvend dento-alveolair defect (het volledig ontbreken van een gebitslement met een deel van het omliggende kaakbot) door een ongeval, tenzij ten tijde van het ongeval naar tandheelkundige opvattingen onvoldoende tandheelkundige functie aanwezig was of al was aangevuld met een partiële prothese of een frameprothese;
- een cheilo- of gnatho- of palatoschisis;
- een oro-maxillo-faciaal defect, maar alleen als de toestand van het tand-kaak-mondstelsel tot stabilisatie is gekomen.

Eigen bijdrage

Deze patiënten betalen een eigen bijdrage voor prestaties die niet in relatie staan tot hun tandheelkundige aandoening, waarop de aanspraak is gebaseerd. Bijvoorbeeld een caviteit in een gebitslement bij een patiënt met een schisis, die niet in relatie staat tot de schisis, moet de patiënt voor het vullen daarvan een eigen bijdrage betalen ten hoogte van het bedrag dat iemand zou moeten betalen zonder die tandheelkundige afwijking. Daarentegen is voor een frameprothese ter overbrugging van de schisis geen eigen bijdrage verschuldigd.

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

Voor een conventionele gebitsprothese geldt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten.

Voor een uitneembare volledige gebitsprothese op tandheelkundige implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. Voor de combinatieprothese J50 (een implantaat-gedragen prothese in de ene kaak en een conventionele prothese in de andere kaak) betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 17% over de J50 (de prothese, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten) en 8% resp. 10% over de mesostructuur (de vaste verbinding tussen het implantaat en de prothese, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten). Dezelfde percentages zijn van toepassing bij een omvorming met de benodigde toeslagen. Bovenop de eigen bijdragen telt hetgeen wordt vergoed vanuit de basisverzekering mee voor het verplichte eigen risico.

Daarnaast geldt een verplichte eigen bijdrage van 10% voor reparaties en rebasing van gebitsprothesen.

Vanuit sommige aanvullende verzekeringen worden de eigen bijdrages voor gebitsprothesen en reparaties en rebasing daarvan (deels) vergoed.

Zorgverzekeraars kunnen hebben bepaald dat niet het volledige bedrag wordt vergoed wanneer men naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Er kan sprake zijn van lagere (dan 100%) vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg.

Tandheelkunde voor bijzondere mensen

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 het tijdtarief gehanteerd.

Te denken valt aan mensen met een:

1. Verstandelijke beperking

De grondgedachte hierbij is dat mensen met een verstandelijke beperking anders functioneren waardoor behandeling meestal onevenredig veel tijd kost. Ook kunnen mensen met een verstandelijke beperking gekenmerkt worden met specifieke tandheelkundige problematiek.

2. Psychische of psychiatrische aandoening

Onder deze categorie vallen 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 patiënten 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 psycho- sociaal gezien invaliderende, maar ook medische gevolgen hebben voor deze patiënten. Intensieve angstbegeleiding en een tandheelkundige behandeling zijn in deze gevallen dan ook meestal geïndiceerd. De mate van behandelbaarheid en een aantal noodzakelijke faciliteiten zijn doorslaggevend voor het vaststellen van de aanspraak op bijzondere tandheelkunde.

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 veelal noodzakelijk is. Mensen met een ernstige psychiatrische afwijking zijn niet zelden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Als iemand langer dan 3 jaar is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis zal deze patiënt(e) worden behandeld onder de regeling van de Wlz. Korter geldt de normale (aanvullende) verzekering en kan in voorkomende gevallen een beroep worden gedaan op de bijzondere tandheelkunde.

3. Lichamelijke beperking

Dit is veruit de meest lastige groep mensen om goed te beoordelen of er wel of geen aanspraak is op bijzondere tandheelkunde. Een lichamelijke beperking moet in ieder geval 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.

Eigen bijdrage

De lichamelijke of verstandelijke beperking of psychische aandoening, die ervoor zorgt dat verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Het uitgangspunt ten aanzien van verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of verstandelijke beperking of psychische aandoening is dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kan worden en dat het daarom ook niet redelijk is deze verzekerden een bijdrage te laten betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheelkundige zorg.

Angstpatiënten zijn voor alle prestaties met uitzondering van het tijdstarief bijzondere tandheelkunde een eigen bijdrage verschuldigd. Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage is het uitgangspunt wat de patiënt had moeten betalen wanneer hij niet extreem angstig was geweest.

De bijdrage is een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien er geen sprake is van toepassing van deze zorg in het kader van de bijzondere tandheelkunde. In wet- of regelgeving is niet vastgelegd wie de eigen bijdrage int. Er dienen afspraken gemaakt te worden tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar over de uitvoering van de eigen bijdrage bij een vergoeding van het tijdstarief mondzorg bijzondere zorggroepen vanuit de basisverzekering.

Medisch gecompromitteerde patiënten

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 gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen die zijn bestraald in het hoofd-halsgebied, mensen met hiv/aids of slecht instelbare diabetes, of gebruik van bepaalde medicaties waarvan de gevolgen voor gebit en parodontale weefsels evident zijn zonder dat de patiënt daar verantwoordelijkheid voor kan dragen. Tevens kan het gaan om patiënten die wachten op een transplantatie of een hartklepprothese. De mond dient dan ontstekingsvrij te worden gemaakt, vaak door totaalextractie. De extracties vallen dan onder de bijzondere tandheelkunde, zonder eigen bijdrage.

Implantologie in tandeloze kaken

Als bij een patiënt sprake is van een ernstig geresorbeerde processus alveolaris in de onder- of bovenkaak, kan deze patiënt aanspraak maken op het plaatsen van implantaten, mits de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare volledige prothetische voorziening.

Dit geldt zowel voor de bovenkaak als de onderkaak, ook als de tegenoverliggende kaak betand is. Het criterium blijft de ernstig geresorbeerde processus, vaak aangevuld met diagnostische gegevens, zoals een verstreken omslagplooi, ontbreken van vaste gingiva, knife edge of flabby ridges.

Het plaatsen van implantaten is veelal aan een toestemmingsvereiste onderhevig waarover zorgverzekeraars en tandartsen nadere afspraken kunnen maken. Voor een uitneembare volledige gebitsprothese op tandheelkundige

implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. Voor de combinatieprothese J50 betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 17% over de J50 (de prothese, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten) en 8% respectievelijk 10% over de mesostructuur (de vaste verbinding tussen het implantaat en de prothese, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten). Dezelfde percentages zijn van toepassing bij een omvorming met de benodigde toeslagen.

Daarnaast geldt een verplichte eigen bijdrage van 10% voor reparaties en rebasing van gebitsprothesen.

Ook al zijn of worden de implantaten geplaatst op kosten van de verzekerde, dan nog blijft de suprastructuur aanspraak uit de Zvw. De percentages van de eigen bijdrage-regeling blijven onverminderd van kracht.

Orthodontie

Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde wanneer 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. Hiermee wordt ook de kaakchirurg bedoeld. Bij de aanspraak op orthodontie gaat het met name om ingrijpende orthodontische behandelingen bij patiënten met een schisisafwijking en bij patiënten met vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen. 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.

Ook valt te denken aan gecombineerde orthodontische en chirurgische tandheelkundige behandeling van specialistische aard (osteotomie). Voorwaarde is dat het de behandeling van een zeer ernstige afwijking betreft die vergelijkbaar is met een schisisafwijking waarvoor de chirurgische tandheelkundige behandeling van specialistische aard is geïndiceerd en daadwerkelijk plaatsvindt.

Indicatieve lijst orthodontie

Bij het bepalen van de ernst van de ontwikkelings- of groeistoornis waaraan gedacht kan worden bij aandoeningen die de indicatie orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde opleveren, is de indicatieve lijst het richtsnoer. 'De indicatieve lijst' is opgesteld door het College van Adviserend Tandartsen (CAT) in samenspraak met hoogleraren orthodontie en is getoetst en geaccordeerd door de toenmalige Ziekenfondsraad (nu Zorginstituut Nederland). Ook de Uitvoeringsrichtlijnen voor Centra voor Bijzondere Tandheelkunde verwijzen naar 'de indicatieve lijst' (centrumindicatie). 'De indicatieve lijst' bevat congenitale afwijkingen, verworven afwijkingen en ernstige malocclusies. Bij de eerste twee gaat het om zeldzame, helder omschreven aandoeningen. Ten aanzien van de malocclusies is enige voorzichtigheid geboden. De grenzen zijn gesteld in millimeters overjet, maar ook in open termen als 'aantoonbare asymmetrie' (laterignathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat) en 'aantoonbare schade' (zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma met aantoonbare schade aan het parodontium). Er moet wel steeds sprake zijn van ernstige objectieveerbare functiestoornissen, waarbij veelal interdisciplinaire behandeling nodig is.

In de indicatieve lijst zijn opgenomen:

Congenitale afwijkingen

- cheilo-, gnatho- of palatoschisis;
- craniofaciale afwijkingen geclassificeerd volgens Gorlin & Cohen in 'Syndromes of the head and neck' (Oxford University Press, 1990).

Ziekten en andere verworven afwijkingen

- juveniele rheumatoïde artritis;
- hormonale stoornissen voor zover deze invloed hebben op de groei van het craniofaciale complex, bijv. groeihormoon deficiënties, pubertas praecox;
- verstoorde groei van het craniofaciale complex ten gevolge van radiotherapie of chirurgische therapie op jonge leeftijd in verband met 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 zijnde trauma van gebitselementen!).

Malocclusies, gepaard gaande met of leidend tot ernstige objectieveerbare functiestoornissen

Veelal is sprake van een interdisciplinaire behandeling zoals:

- agenesie 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;
- laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat;
- transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen;
- zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium.

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.

Websites

http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2017-09-30#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.7

http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2017-09-30#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.5_Artikel2.7

http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2017-12-02#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.5_Artikel2.31

<https://www.zorginstituutnederland.nl/zoeken?trefwoord=verzekerde+zorg+mondzorg>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2010/03/23/tandheelkundige-zorg-voor-medisch-gecompromitteerden>

Standpunt CvZ (ZiN) m.b.t. tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden. Zie de website van het College Adviserend Tandartsen (CAT): www.college-at.nl

Uitneembare volledige gebitsprothese

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 onder de aanspraak valt. Dit betreft nieuwe uitneembare volledige gebitsprothesen in de boven- en/of onderkaak, het rebasen van en/of reparaties aan bestaande volledige gebitsprothesen, alsmede het uitbreiden van bestaande partiële gebitsprothesen tot volledige gebitsprothesen. Ook de tijdelijke voorziening (noodkunstgebit P45) voor langere periode valt onder deze regeling.

Uitgebreid onderzoek naar functioneren van het bestaande kunstgebit (P60)

Indien na het aanvullend onderzoek prothetische en restauratieve zorg niet wordt overgegaan tot de vervaardiging van een nieuwe prothese, maakt deze geen onderdeel uit van de aanspraak. De kosten van dit onderzoek kunnen in rekening worden gebracht bij de verzekerde. Indien het uitgebreid onderzoek wel leidt tot vervaardiging van een nieuwe gebitsprothese dan kan code P60 niet apart in rekening worden gebracht bij de verzekerde omdat dit onderzoek inbegrepen is in de codes P30, P25 of P21.

Omschrijving omvang volledige prothese

Voor de codes voor volledige gebitsprothese P30, P25 en P21 geldt vanaf eerste consultatie tot en met plaatsing het volgende:

- ze zijn inclusief beetbepaling
- ze zijn inclusief nazorg gedurende de eerste twee maanden na plaatsing.

Wanneer een P21 en een P25 op één behandeldatum wordt geplaatst dient P30 te worden gedeclareerd.

Eigen bijdrage volledige prothese

De volledige prothese kent een vergoeding vanuit de basisverzekering met een eigen bijdrage van 25%. Van het deel dat door de basisverzekering wordt vergoed is het wettelijk eigen risico van toepassing tot € 385.

In aanvullende verzekeringen kunnen vergoedingen van de eigen bijdrage zijn opgenomen.

De rebasing

De kosten van een rebasing (codes P01, P02, P03, P04 en P70 alsmede de met de rebasing verbandhoudende techniekkosten) komen ten laste van de basisverzekering, waarbij een verplichte eigen bijdrage van 10% voor de verzekerde geldt. Wanneer een rebasing wordt uitgevoerd binnen twee maanden na plaatsing van een nieuwe gebitsprothese, 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 immediaatprothese. Daarbij geldt een eigen bijdrage van 10% voor de verzekerde.

Tissue conditioning

Het aanbrengen van een tissue conditioner in een bestaande volledige onder- of bovengebitsprothese valt onder de aanspraak van verzekerden. Hiervoor geldt een eigen bijdrage van 10%. De tissue conditioning om het mondslijmvlies in betere conditie te brengen alvorens de definitieve afdruk wordt genomen voor de nieuw te vervaardigen gebitsprothese, behoort eveneens tot de aanspraak. Hiervoor geldt een eigen bijdrage van 10%. Wanneer de tissue conditioning wordt gebruikt als alternatief voor een rebasing van een recent afgeleverde gebitsprothese, dan is deze tissue conditioning de eerste twee maanden na afleveringsdatum van de gebitsprothese niet in rekening te brengen, noch bij de basisverzekering, noch bij de verzekerde, tenzij het een immediaatprothese betreft. Daarbij geldt een eigen bijdrage van 10% voor de verzekerde.

Precisieverankeringen

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

- de overkappingsprothese 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 de gebitsprothese (zowel patrix- als matrixdeel), alsmede alle met de precisieverankeringen verbandhoudende techniek- en materiaalkosten, zijn voor rekening van de verzekerde.

In dat verband kan het handig zijn bij een eventuele aanvraag, dan wel bij een daaropvolgende declaratie richting zorgverzekeraar deze kosten van tevoren uit te splitsen.

De volledige gebitsprothese op implantaten

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

Patiënten waarbij er geen indicatie is voor een klikgebit en dit desondanks toch willen hebben, dienen de benodigde implantaten volledig zelf te bekostigen. De daarop te plaatsen meso- en suprastructuur zijn altijd aanspraak vanuit de basisverzekering (met eigen bijdrage). Voor de overkappingsprothese op implantaten (meso- en suprastructuur) in de onderkaak of bovenkaak geldt een wettelijke eigen bijdrage van respectievelijk 10% of 8%. Voor een conventionele prothese in de ene en een implantaatgedragen prothese in de andere kaak geldt een eigen bijdrage van 17%. Daarnaast geldt een verplichte eigen bijdrage van 10% voor reparaties en rebasing van gebitsprothesen. Het eigen risico wordt berekend over de totale kosten.

Overgang van partiële prothese naar volledige gebitsprothese

Het uitbreiden van een bestaande partiële prothese tot een volledige prothese - al dan niet immmediaat - valt onder de aanspraak en kent een eigen bijdrage van 25% van de betreffende codes (P78, techniekkosten en indien van toepassing een of meerdere malen P40). P40 kan maximaal 8x per kaak worden berekend.

Toestemmingsvereiste

Of voor een nieuw te vervaardigen gebitsprothese en eventuele andere verrichtingen aan volledige gebitsprothesen een aanvraag vooraf moet worden ingediend, hangt af van de bepalingen in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar van de patiënt. Wanneer de poliswaarden niet bekend zijn, kan de patiënt uiteraard altijd contact opnemen met de zorgverzekeraar.

Mondzorg aan huis (C80)

Indien de verzekerde om medische redenen niet in staat is om voor het vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese, dan wel rebasing of reparatie van een bestaande volledige gebitsprothese de praktijk van de tandarts te bezoeken, kan de tandarts deze hulp verlenen ten huize van de verzekerde.

Over de vergoeding van de gemaakte kosten (de kosten van het huisbezoek, code C80, alsmede de bijkomende vervoerskosten van de tandarts) maken de zorgverzekeraar en de tandarts in voorkomende gevallen nadere afspraken.

De reparatie

De kosten van een reparatie (codes Po7, Po8 alsmede de met de reparatie verbandhoudende techniekkosten) komen ten laste van de basisverzekering en kent een eigen bijdrage van 10%. Uiteraard dient rekening te worden gehouden met de verplichting, een nazorggarantie te verlenen tot minimaal 2 maanden na aflevering van een nieuwe gebitsprothese. Reparaties (Po7, Po8, P57 en P58) kunnen alleen binnen twee maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de patiënt.

Indicatiestelling implantaten voor protheses

Volgens het Besluit zorgverzekering kan er sprake zijn van vergoeding vanuit de basisverzekering voor het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien:

- er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en
- de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Volgens de polisvoorwaarden van bijna alle zorgverzekeraars is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar nodig. De tandarts zal bij zijn aanvraag een schriftelijke motivering, een behandelingsplan en een kostenbegroting moeten voegen. Soms wordt ook gevraagd om het zorgplan en een gipsmodel van de edentate kaak. 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. Aanspraak op een implantaatgedragen prothese bestaat alleen als redelijkerwijs plaatsing van een adequaat functionerende normale gebitsprothese niet meer mogelijk is en er sprake is van een ernstig geslonken kaakwal.

Eigen bijdrage

Wettelijk eigen bijdrage (EB)

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 implantaatgedragen - uitneembare volledige (overkappings-)protheses heeft de minister bepaald dat in een aantal gevallen sprake is van een wettelijke eigen bijdrage. Deze wettelijke eigen bijdrage is vastgelegd in paragraaf 1.5 artikel 2.31 van de Regeling zorgverzekering. In wet- of regelgeving is niet vastgelegd wie de eigen bijdrage int. Er dienen afspraken gemaakt te worden tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar over de uitvoering van eigen bijdrage voor de situaties waarin daar sprake van is.

Wanneer de (overkappings)prothese wordt vervaardigd door een CBT, dan worden de meerkosten van de centrumbehandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Voor de berekening van de eigen bijdragen gelden onderstaande regels. Uitgangspunt hierbij is dat verzekerden met een ernstige 'tandheelkundige afwijking' financieel niet bevoordeeld mogen worden ten opzichte van patiënten zonder die aandoening. Het is daarnaast een formele bevestiging van wat momenteel in de praktijk al gebeurt (bijvoorbeeld het vullen van dat gaatje bij een patiënt met een schisis gebeurt niet binnen de setting van bijzondere tandheelkunde).

Patiënten die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub b: lichamelijk en geestelijk gehandicapten, alsook extreem angstigen

De lichamelijke of verstandelijke beperking of psychische aandoening, die ervoor zorgt dat een verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Het uitgangspunt ten aanzien van verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of verstandelijke beperking of psychische aandoening is dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kan worden en dat het daarom ook niet redelijk is deze verzekerden een bijdrage te laten betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheelkundige zorg.

Angstpatiënten zijn voor alle uitgevoerde prestaties een eigen bijdrage verschuldigd. Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage blijft het uitgangspunt wat de patiënt had moeten betalen wanneer hij/zij niet extreem angstig was geweest.

Patiënten die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub c: medisch gecompromitteerden

Deze patiëntencategorie hoeft momenteel geen eigen bijdrage te betalen. Dit blijft zo in de zin dat die patiënten (met indicatie voor bijzondere tandheelkunde) geen bijdrage verschuldigd zijn voor het herstel van de tandheelkundige functie. In theorie is het zo dat wanneer er daarnaast tandheelkundige verrichtingen worden uitgevoerd die hier totaal los van staan, de patiënt hiervoor een eigen bijdrage verschuldigd is. De verwachting is dat hier in de praktijk vrijwel nooit sprake van zal zijn.

Uitneembare volledige protheses in het kader van de bijzondere tandheelkunde

Voor bijzondere tandheelkundige hulp, die dient ter compensatie van de betreffende aandoening of handicap, geldt geen eigen bijdrage. Voor normale gebitsprothetische hulp, al dan niet implantaatgedragen, geldt wel een eigen bijdrage. Toepassing van het maatmanbeginsel bepaalt de grens tussen de normale en de bijzondere tandheelkundige hulp. Het is aan de zorgverzekeraar, daartoe geadviseerd door de adviserend tandarts, om gemotiveerd te bepalen of de aandoening van de verzekerde dermate ernstig is dat de gehele behandeling aan te merken is als bijzondere tandheelkundige hulp, of dat het in rekening brengen van een eigen bijdrage gerechtvaardigd is. Dit betekent ook dat de hoogte van de eigen bijdrage van de prothetische zorg voor verzekerde met een centrumindicatie niet hoger is dan die van mensen zonder die indicatie. Indien sprake is van een eigen bijdrage bedraagt die 25% voor een volledige conventionele prothese, 10% voor een implantaatgedragen prothese in de onderkaak en 8% in de bovenkaak. Indien in de ene kaak een implantaatgedragen prothese wordt geplaatst en in de andere een conventionele geldt een eigen bijdrage van 17% voor de J50. Voor de implantaatgedragen overkappingsprothese geldt bij reparatie of rebasing een eigen bijdrage van 10%.

Een prothetische voorziening voor de opvulling van een oromaxillofaciaal defect (zoals een klosprothese of een resectieprothese) wordt niet aangemerkt als een uitneembare volledige prothetische voorziening en daarom is daarvoor dan ook geen eigen bijdrage verschuldigd voor de bijzondere tandheelkunde in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Normale uitneembare volledige protheses

Dit betreft het recht op de 'normale' volledige prothese 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 de prothese.

In het geval van een overkappingsprothese 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 gebitsprothese en dienen daarom volledig door de patiënt te worden betaald.

Voor de normale uitneembare volledige prothese geldt bij reparatie of rebasing een eigen bijdrage van 10%.

Eigen risico

Wettelijk eigen risico (ER)

Het Besluit zorgverzekering kent een verplichte eigen risico-regeling. Iedereen boven de 18 jaar die verzekerd is volgens de Zorgverzekeringswet is verplicht de eerste minimaal € 385,- die in een jaar aan kosten vanuit de basisverzekering worden gemaakt, zelf te betalen, met uitzondering van huisartsenhulp, zwangerschap, bevalling en kraambed.

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

Wet langdurige zorg

Op 1 januari 2015 is de transitie van de AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) in gang gezet.

Aanspraak op Wlz-mondzorg

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

De Wlz-instelling draagt er zorg voor dat de behandelend zorgverlener geïnformeerd wordt over het recht van de patiënt op tandheelkundige zorg in het kader van de Wlz (verder te noemen Wlz-mondzorg). Het verdient aanbeveling hierover duidelijke afspraken te maken, zodat u niet achteraf wordt geconfronteerd met een afgewezen declaratie. De instelling is wettelijk verplicht een zorgplan op te stellen voor iedere Wlz-gerechtigde patiënt. De mondzorg behoort integraal onderdeel uit te maken van dit zorgplan, zowel voor wat betreft de verzorging als voor de eventueel benodigde overige mondzorg. De werkgroep die zich bezig heeft gehouden met de digitalisering van de mondzorg in de Wlz heeft een overzicht opgesteld van gegevens die uitgewisseld dienen te worden tussen de zorginstelling en de mondzorgverlener (<https://www.knmt.nl/wlz>).

Inhoud van de Wlz-mondzorg

De aanspraak op mondzorg omvat volledige 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. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

Let op!

Mondhygiënist en tandprotheticus kunnen sinds de stelselwijziging van 2006 ook als zorgaanbieder in het kader van de Wlz declareren. Het gaat immers om mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden zonder dat die zorg ook per se door tandartsen verleend moet worden.

Toestemmingsvereiste 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:

- uitgebreid kroon- en brugwerk, meer dan 4 eenheden binnen een periode van 12 maanden;
- bijzondere orthodontie;
- een volgende volledige gebitsprothese binnen 5 jaar;
- implantaten, mesostructuur en implantaatgedragen prothese binnen 5 jaar of met te hoge techniekkosten.

Het zorgkantoor is de uitvoerder van de Wlz.

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 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 (het zorgkantoor) kan na overleg met de adviserend tandarts een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.

Aanspraak op 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 mondverzorging valt hieronder. Gezien de koppeling van de aanspraak op tandheelkundige zorg aan de functie behandeling met verblijf in één en dezelfde instelling zal de instelling aan de meeste bewoners ook de functie persoonlijke verzorging leveren, die vastgelegd dient te zijn in het zorgplan. Dit geldt zowel voor de persoonlijke mondverzorging, als voor de professionele tandheelkundige ondersteuning.

Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen

De aanspraak op mondzorg ten laste van de Wlz is altijd gekoppeld aan de functie behandeling in combinatie met de functie verblijf in één en dezelfde 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 1 van het Besluit zorgverzekering.

Het zorgkantoor

Een zorgkantoor is in de meeste gevallen een regionale zorgverzekeraar, die voor een periode van vier jaar in een bepaalde regio is aangewezen als uitvoerder van de Wlz in die regio. Een adviserend tandarts is meestal niet in dienst van het zorgkantoor maar van de betreffende zorgverzekeraar in die regio. Afspraken met een adviserend tandarts worden meestal, maar niet altijd gevolgd door het zorgkantoor. Het is daarom aan te raden om afspraken met het zorgkantoor schriftelijk vast te leggen, zodat daarover later geen misverstanden kunnen ontstaan. Adressen van zorgkantoren: www.zn.nl (zorgverzekeraars -> zorgkantoren).

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/

Werken in de Wlz

Het sluiten van een overeenkomst

In het kader van de Wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelatie (DBA) is het niet meer mogelijk om een dergelijke overeenkomst af te sluiten.

Honorering Wlz

Het Wlz-uurtarief bij behandeling in de instelling

Declaraties ten behoeve van patiënten met aanspraak op Wlz-mondzorg, die in de instelling zijn behandeld, dienen digitaal (via het Vecozo-portaal) bij het zorgkantoor ingediend te worden. Tegen een uurtarief op basis van werkbare uren. Ook de indirecte tijd (indien patiëntgebonden), die u ten behoeve van een individuele patiënt besteedt aan overleg met bijvoorbeeld een arts, een specialist of een centrum bijzondere tandheelkunde, alsmede de tijd die u besteedt aan het opstellen van een mondzorgplan of behandelplan van een patiënt zijn declarabel bij het zorgkantoor. De werkbare uren - uitgedrukt in eenheden van 5 minuten - kunnen met code U25 worden gedeclareerd. De NZa stelt geen prestatie vast voor de reiskosten. Zorgverzekeraars en zorgverleners zijn vrij om hier onderling afspraken over te maken.

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, wanneer de zorg in de instelling wordt geleverd.

Bij behandeling van patiënten die in een Wlz-instelling verblijven, maar die geen aanspraak hebben op Wlz-mondzorg (alle patiënten met een indicatie verblijf zonder de indicatie behandeling), dient de declaratie rechtstreeks ingediend te worden bij de patiënt, dan wel diens verzekeraar, wanneer daarover declaratieafspraken zijn gemaakt.

Het uurtarief bij behandeling in de eigen praktijk

Wanneer patiënten met aanspraak op Wlz-mondzorg in de eigen praktijk behandeld worden, kan per stoeluur (dus niet per werkbaar uur) code U35 in rekening worden gebracht. U35 is een tijdtarief uitgedrukt in eenheden van 5 minuten. Deze declaraties dienen digitaal (via het Vecozo-portaal) bij het zorgkantoor ingediend te worden.

Het gaat bij deze prestatie om het in rekening brengen van het honorarium voor de aanbieder, de reiskosten en de techniekkosten. Het tijdtarief betreft een tarief per vijf minuten. De materiaal- en/of techniekkosten moeten afzonderlijk in rekening worden gebracht.

Andere prestaties mogen niet in rekening worden gebracht in combinatie met deze prestatie, met uitzondering van de prestaties verdoving door middel van een roesje (met de codes B10, B11 en B12) of verdoving door middel van algehele narcose (met de code A20).

Handreiking uitvoering mondzorg in de Wet langdurige zorg

<https://www.knmt.nl/wlz-digitaal>

Declareren

Sinds 1 juli 2018 vindt het aanvragen van machtigingen en het indienen van declaraties digitaal plaats (conform de meest recente Vektisstandaard) door de mondzorgverlener.

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 deskundigheid en vaardigheden, alsmede specifieke faciliteiten en ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met een bijzondere (tandheelkundige) problematiek, zo nodig in multidisciplinair verband.

Vindt behandeling in het centrum plaats dan kan de instelling de declaratie digitaal via Vektis (conform de mond-zorgstandaard) rechtstreeks bij het zorgkantoor met het vigerende tijdstarief X731 of X831 indienen.

Verdoving door middel van sedatie en door middel van anesthesie.

Sedatie en anesthesie mogen naast het Wlz-uurtarief in rekening worden gebracht. Hiervoor zijn de prestatiecodes B10, B11 en B12 uit hoofdstuk V. Verdoving door middel van een roesje (sedatie) en code A20 Verdoving door middel van algehele narcose (anesthesie) van toepassing. Met code A20 kan onder andere de inhuur van een anesthesioloog of van operatieruimte in rekening worden gebracht.

Voert een tandarts in de instelling behandelingen onder algehele anesthesie uit, dan brengt de instelling via het Zorgkantoor een toeslag in rekening bij het CAK. In alle gevallen gaat het hier om een sluittarief: een tarief dat met het Zorgkantoor is overeengekomen op basis van de werkelijke kosten (exclusief honorarium tandarts) en dat is goedgekeurd door de NZa. De zorgaanbieder declareert het uurhonorarium dat van toepassing is bij het Zorgkantoor.

Websites

Besluit zorgaanspraken Wlz

http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2017-09-30#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.7

http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2017-12-02#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.5_Artikel2.31

Algemene informatie

<https://www.zorginstituutnederland.nl/zoeken?trefwoord=verzekerde+zorg+mondzorg>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2010/03/23/tandheelkundige-zorg-voor-medisch-gecompromitteerden>

Honoreringsregeling Wlz

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/a/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz>

Adressen van zorgkantoren

<https://www.zn.nl/1893990400/Zorgkantoren>

Informatie over het CAK

www.hetcak.nl

Asielzoekers

Sinds 1 januari 2009 worden via de RZA (Regeling Zorg Asielzoekers) de ziektekosten vergoed voor asielzoekers waar de COA (Centrale Orgaan opvang Asielzoekers) de opvang voor regelt. Vanaf 1 januari 2018 wordt deze regeling vervangen door de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA). 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 van deze regeling in handen gegeven van RMA Healthcare. De zorginkoop wordt uitgevoerd door DSW Zorgverzekeraar.

Vergoeding mondzorg asielzoekers

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

- Kinderen tot 18 jaar: alle hulp conform basisverzekering, behalve kroon- en brugwerk en orthodontie.
- Volwassen asielzoekers: hulp die is opgenomen in de lijst 'Noodhulp Asielzoekers'.

De Praktijklijn van het Gezondheidscentrum voor Asielzoekers regelt de toegeleiding naar de tandarts. Alleen tandartsen die een overeenkomst voor asielzoekers hebben met DSW Zorgverzekeraar kunnen de zorg declareren.

De Praktijklijn GCA is een landelijk georganiseerd medisch call center waar gediplomeerde praktijkassistenten en een huisarts werken. Bereikbaar via telefoonnummer 088-112 21 12.

Machtigingen aanvragen

In een aantal gevallen is het noodzakelijk om voorafgaand aan de behandeling een machtiging aan te vragen.

Bijvoorbeeld in de volgende situaties:

- Als een volwassen asielzoeker boven de 250 euro per jaar aan mondzorgkosten uitkomt.
- Bijzondere tandheelkunde
- Behandeling onder narcose

Voor meer informatie zie www.rmasielzoekers.nl.

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 gebitsregulering verstaan. De behandeling dient veelal in één zitting te zijn afgerond.

De RMA hanteert de volgende noodhulplijst:

Consultatie en diagnostiek

- C11 Intakeconsult voor asielzoekers
- C13 Probleemgericht consult
- C85 Weekendbehandeling
- C86 Avondbehandeling
- C87 Nachtbehandeling

Maken en/of beoordelen foto's

- X10 Kleine röntgenfoto

Preventieve mondzorg (om de klacht te verhelpen met een maximum van 6x)

- Mo3 Gebitsreiniging, per 5 minuten

Verdoving

- A10 Geleidings-, infiltratie- en/of intraligamentaire verdoving

Vullingen

- V50 Droogleggen van elementen door middel van een rubberen lapje
- 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

Wortelkanaalbehandelingen (er mogen maximaal 2 wortelkanalen behandeld worden, molaren zijn uitgesloten)

- E01 Wortelkanaalbehandeling consult
- 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 of daarmee vergelijkbare desinfectans per element, per zitting
- E77 Initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal
- E78 Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal
- E45 Aanbrengen rubberdam

Chirurgische ingrepen (inclusief anesthesie)

- H11 Trekken tand of kies
- H16 Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant

Kunstgebitten

- P17 Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur
- P40 Toeslag immediaat kunstgebit, kunstgebittarief verhoogd met per immediaat vervangen element
- P45 Noodkunstgebit
- P21 Volledig kunstgebit bovenkaak
- P25 Volledig kunstgebit onderkaak
- P30 Volledig kunstgebit boven- en onderkaak
- P36 Individuele afdruk zonder randopbouw
- P14 Individuele afdruk met randopbouw
- P37 Frontopstelling in aparte zitting
- P38 Toeslag voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur
- P06 Tissue conditioning volledig kunstgebit

- Po1 Opvullen volledig kunstgebit, indirect zonder randopbouw
- Po2 Opvullen volledig kunstgebit, indirect met randopbouw
- Po3 Opvullen volledig kunstgebit, direct zonder randopbouw
- Po4 Opvullen volledig kunstgebit, direct met randopbouw
- Po7 Reparatie volledig kunstgebit, zonder afdruk
- Po8 Reparatie volledig kunstgebit, met afdruk

Overig

- C90 Niet nagekomen afspraak

Tolkendienst

In het kader van de Regeling Medische zorg Asielzoekers is het mogelijk gebruik te maken van de diensten van een tolk. De tolkdienst kunt u aanvragen bij het Livewords Tolken. De contactgegevens staan hieronder.

1. Ad hoc telefonische tolkdienst

Dit betreft een telefonische tolkdienst die direct bij aanvraag wordt verwezenlijkt. De tolkdienst wordt gematcht en de verbinding wordt binnen 3 minuten tot stand gebracht. Voor deze dienst is Concorde 24 uur per dag, 7 dagen in de week bereikbaar.

2. Gereserveerde telefonische tolkdienst, videoconferencing, conference call

Dit betreft een tolkdienst die niet op het moment van aanvraag, maar op afspraak wordt verwezenlijkt. De Afnemer (COA-medewerker en zorgverlener) heeft de mogelijkheid een videoconference aan te vragen waarbij de tolk en de afnemer/cliënt via een videoverbinding met elkaar in contact worden gebracht waardoor er oogcontact is. Een conference call is een telefoongesprek waaraan minimaal 2 personen en een tolk deelnemen. Reserveren kan op werkdagen tussen 08:00 en 22:00 uur.

3. Gereserveerde persoonlijke tolkdienst

Dit betreft een tolkdienst waarbij de tolk in persoon aanwezig is op de locatie waar het te tolken gesprek plaatsvindt. Reserveren kan op werkdagen tussen 08:00 en 22:00 uur.

Contactgegevens

Concorde Tolken
Burgemeester Haspelslaan 15
1181 NB Amstelveen
T 020 - 820 28 92
E tolk@concorde.nl

Livewords tolken
helpdesk@livewords.com
T 020 - 820 28 92

Wie vallen er onder de regeling RMA?

- vreemdelingen, die 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-VTV'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.

Waarom 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.

Protheses

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.

Eigen bijdrage 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 totale kosten bij de RMA-uitvoeringsinstantie in rekening kunnen worden gebracht.

Declareren

Declaraties kunt u via Vecozo indienen via het Uzovi nummer 3355. Het zorgpasnummer van de asielzoeker is hierbij leidend, een BSN is niet noodzakelijk.

Postadres:

[RMA declaraties](#)

Edeclaraties@administratierma.nl

Bereikbaarheid

De ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland is onderdeel van RMA Healthcare.

Vragen over de overeenkomst RMA

T 010 - 2422620

overeenkomsten@administratierma.nl (Freshdesk Zorg - Overeenkomsten)

Vragen over machtigingen en declaraties

declaraties@administratierma.nl (Freshdesk Declaraties)

Machtigingen@administratierma.nl (Freshdesk Declaraties)

Administratie RMA

Postbus 84

3100 AB Schiedam

info@administratierma.nl (Freshdesk

Klantcontact) **T** klantcontact 010-2466620

Onverzekerbare vreemdelingen

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 en dat de kosten hiervan niet onevenredig ten laste van de zorgaanbieders zouden komen. Tot 1 januari 2009 bestond hiervoor de Regeling Stichting Koppeling. Daarna is de regeling overgenomen door het Zorginstituut Nederland en per 1 januari 2017 door het CAK. Via deze regeling is geregeld dat zorgverleners een financiële bijdrage kunnen krijgen voor activiteiten ten behoeve van personen die geen toegang hebben tot de Zvw.

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 én 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).

Tandheelkunde 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 of onder de aanspraken van de Wet langdurige zorg valt. Tandartsen kunnen daardoor alleen een bijdrage krijgen voor:

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

De bijdrage is 80% van de oninbare vordering. De tandarts vraagt de bijdrage aan met het 'Declaratieformulier zorgverleners'.

Waar declareert u uw kosten?

De zorg aan illegalen is per regio verschillend georganiseerd. In sommige regio's bestaan er regionale platforms en in sommige niet. In de regio's waar er regionale platforms zijn, kunt u de kosten in rekening brengen bij de coördinator van het regionale samenwerkingsverband. Kijk op www.lampion.info voor de adresgegevens.

In regio's waar er geen regionaal platform is die afspraken heeft gemaakt met het CAK, kunnen de kosten direct bij het CAK gedeclareerd worden. Een declaratieformulier kunt u downloaden via de site van het CAK.

Zie <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen/>

<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

Contactgegevens CAK

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

Websites

<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

www.lampion.info

Trefwoordenregister

agenesie	17
amelogenesis imperfecta	13
anesthesie	26, 28
angstlijsten	17
asielzoekers	27, 29, 30
basis van weekblijvende kunstthars	19
bijzondere tandheelkunde	7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 32
centra bijzondere tandheelkunde	26
Centraal Administratie Kantoor	24
cheilo-, gnatho-, of palatoschisis	16
chirurgisch tandheelkundige hulp	10
cranio-mandibulaire dysfunctie	13
dento-alveolair defect	13
eigen bijdrage	13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 30
eigen risico	9, 11, 13, 17, 18, 19, 22
endokroon	8
extreme angst	14
fronttandvervanging	9, 10
gebits- of mondbeschermer	10
geestelijke handicap	20
gezinsvervangend tehuis	24
handicap	20, 21, 24
huisbezoek	19
illegalen	33
immediaatprothese	18
implantaatgedragen prothese	13, 19, 20, 21, 23
implantaten	7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 23
implantologie	7, 15, 20
indicatieve lijst	16, 17
kaakchirurgische zorg	11
kokhalsneiging	14
lichamelijke handicap	14
machtigingen	10, 25, 27, 31
medisch gecompromitteerde patiënten	15, 17, 21
medische aandoening	15
noodhulp	27
oligodontie	13
ongecompliceerde extracties	7, 11
ontwikkelingsstoornis	10, 12
oro-maxillo-faciaal defect	13
orthodontische hulp	9, 10, 12, 16
osteotomie	11, 13, 16

overeenkomst	7, 24, 27, 31
overkappingsprothese	7, 19, 21
persoonlijke verzorging	24
precisieverankeringen	19
psychiatrische afwijking	14
rebasing	13, 16, 18, 19, 21, 22
reparatie	13, 16, 18, 19, 21, 22, 29
tandheelkundig implantaat	7, 12, 20
tissue conditioning	18, 28
toestemming	9, 10, 11, 15, 20
toestemmingsvereiste	19, 23
uitneembare volledige prothese	12, 21
uitwendig bleken	10
verstandelijke handicap	14
verzorgingshuis	24
Wlz	7, 14, 23, 24, 25, 26, 32
Wlz-mondzorg	23, 24, 25, 26
Wlz-uurtarief	25, 26
zorgkantoor	23, 24, 25, 26

