

VADEMECUM BASISPAKKET

Mondzorg en WLZ

2022

Colofon

Het Vademecum basispakket Mondzorg en Wlz 2022 is een uitgave van:

- College van Adviserend Tandartsen (CAT),
de Vademecum commissie mv. G.I. Hummel, N. Kerkhof, H.R Vollenbrock en R.A. Westra
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Deze uitgave is tot stand gekomen in opdracht van het College van Adviserend Tandartsen en bevat informatie over de mondzorg in de basisverzekering en Wlz samengevat in een transparante vormgeving. Uiteindelijk zijn de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraars leidend.

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 jeugdigen tot 18 jaar	7
	- Fluorideapplicatie	8
2.2	Waarop heeft de jeugdige verzekerde geen recht vanuit de basisverzekering?	8
	- Kroon- en brugwerk	8
	- Orthodontie	8
	- Gebits- of mondbeschermer (M61)	8
	- Uitwendig bleken (E97)	9
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 bijdragen	12
	- Niet-gecontracteerde zorgaanbieder	12
4.3	Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen (art 2.7 lid 1b)	12
	- Angstscorelijsten	13
	- Eigen bijdragen	13
	- Mondzorg aan huis (C80)	13
4.4	Medisch gecompromitteerde verzekerden (art. 2.7 lid 1c)	14
5.0	Implantologie in tandeloze kaken (art 2.7 Bzv, lid 2)	15
5.1	Voortduren van de aanspraak	15
6.0	Orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde (artikel 2.7 lid 1a en 3)	16
6.1	Eigen risico	16
6.2	Websites	16

7.0 De uitneembare conventionele volledige gebitsprothese	17
7.1 Uitgebreid onderzoek naar functioneren van het bestaand kunstgebit	17
7.2 Omschrijving omvang volledige prothese	17
7.3 Eigen bijdrage volledige gebitsprothese	17
7.4 Rebasings	17
7.5 Tissue conditioning	17
7.6 Reparatie	17
7.7 Precisieverankeringen	17
7.8 Overgang van partiële prothese naar volledige prothese	18
7.9 Toestemmingsvereiste	18
7.10 Mondzorg aan huis (C020)	18
8.0 De volledige gebitsprothese op implantaten	19
8.1 Toestemmingsvereiste	19
8.2 Rebasings	19
8.3 Reparatie	19
8.4 Mondzorg aan huis (C020)	19
9.0 Kwetsbare ouderen	20
9.1 Procedure	20
9.2 Aanspraken	20
9.3 Toetsing	20
9.4 Aanvraag	21
9.5 Noodzakelijk mondzorg	21
9.6 Vergoeding	21
10.0 Mondzorg aan huis (C020)	22
11.0 Toetsingsrichtlijnen College van Adviserend Tandartsen	22
12.0 Overzicht eigen bijdragen	23
12.1 Algemeen	23
12.2 Eigen bijdrage volledige gebitsprothese	23
- Wettelijke eigen bijdrage	23
- Centrum Bijzondere tandheelkunde	23
12.3 Eigen bijdrage implantaat gedragen overkappingsprothese	23
- Wettelijke eigen bijdrage	23
- De klosprothese	24
- Centrum Bijzondere Tandheelkunde	24
12.4 Eigen bijdrage bijzondere tandheelkunde	24
- Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub a: tandheelkundige aandoening	24
- 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	24
- Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub c: medisch gecompromitteerden	24
- Maatmanbeginsel	25
13.0 Eigen risico	25
13.1 Wettelijk eigen risico	25
14.0 Wet langdurige zorg	26
14.1 aanspraak op Wlz-mondzorg	26
14.2 Inhoud van de Wlz-mondzorg	26
14.3 Toestemmingsvereiste Wlz	26
14.4 Geldigheid aanspraak na beëindiging verblijf	26

14.5	Dagelijkse mondverzorging	26
14.6	Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingstehuizen	27
14.7	Het zorgkantoor	27
14.8	Het CAK	27
14.9	Werken in de Wlz	27
14.10	Honorering in de Wlz	27
14.11	Het uurtarief	28
14.12	Handreiking uitvoering mondzorg	28
14.13	Declareren	28
14.14	Verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde	28
14.15	Algehele anesthesie / sedatie	28
14.16	Reiskosten	28
14.17	Websites	29
15.0	Asielzoekers	30
15.1	Vergoeding mondzorg asielzoekers	30
15.2	Machtigingen aanvragen	30
15.3	Omschrijving noodhulp	30
15.4	De RMA hanteert de volgende noodhulprijst	30
15.5	Tolkendienst	32
15.6	Wie vallen er onder de regeling RZA?	32
15.7	Waarom is een RZA-verzekerde herkenbaar?	32
15.8	Protheses	32
15.9	Eigen bijdrage asielzoekers	32
15.10	Declareren	33
15.11	Bereikbaarheid	33
15.12	Vragen	33
16.0	Onverzekerbare vreemdelingen	34
16.1	Algemeen	34
16.2	Regeling onverzekerbare vreemdelingen	34
16.3	Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen	34
16.4	Waar declareert u uw kosten?	34
16.5	Contactgegevens CAK	34
16.6	Websites	34
17.0	Trefwoordenregister	35
Bijlage 1	 : Besluit zorgverzekering 2021	38
Bijlage 2	 : Regeling zorgverzekering 2021	40
Bijlage 3	 : Indicatieve lijst 1995	41
Bijlage 4	 : Schema Kwetsbare Ouderen	42

1.0 Vademecum basispakket Mondzorg en Wlz

1.1 Inleiding

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 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.

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 op pagina 7 en 8.

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 meer of minder een onderdeel zijn van aanvullende verzekeringen (met gevarieerde verzekeringsvoorwaarden).

1.4 Bijzondere tandheelkunde (zie hoofdstuk 4)

Bij mondzorg in het kader van de Zorgverzekeringswet is het uitgangspunt dat verzekerden met een aandoening dezelfde zorg ontvangen als verzekerden zonder die 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 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. 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 in zijn geheel of gedeeltelijk (met achterblijven van de wortel) verloren is gegaan als gevolg van een ongeval.

In het geval van tandvervangende hulp kan aanspraak bestaan op (ets)bruggen, frames, gedeeltelijke protheses en implantaten. Tot de tandvervangende hulp kan eveneens orthodontische behandeling worden gerekend, waarbij het defect / diasteem uitsluitend middels orthodontische weg volgens de ortho F***A codes wordt gesloten (bron: Zorginstituut september 2017).

In geval van tandvervangende hulp dient in het behandeldossier te zijn opgenomen dat het frontelement verloren is of gaat voor het 18de levensjaar. 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 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.

Een autotransplantaat is wezenlijk anders dan een lichaamsvreemd implantaat (kunstmatig vervaardigd). Gezien bovenstaande notitie wordt het plaatsen van een autotransplantaat door het Zorginstituut gezien als chirurgisch tandheelkundige hulp. Dit houdt in dat er voor jeugdigen tot 18 jaar aanspraak bestaat op een autotransplantaat. 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. Voor aanspraak volgens artikel 2.7 lid 4 sub I en voor 2.7 lid 1 sub a geldt dat de verzekeraar voorwaarden kan stellen aan de keuze van het behandelteam.
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.
4. 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 vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen maximaal twee keer per jaar vanuit de basisverzekering vergoed, tenzij meer keren per jaar noodzakelijk is. In dat geval dient 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?

1. Kroon- en brugwerk, tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of tandvervangende hulp in het geval van vervanging 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. Tevens geldt deze uitzondering voor R29* (Hall-kroon, confectiekroon of kunsttharskroon voor langere tijd).
2. Implantaten: tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of tandvervangende hulp in het geval van vervanging van één of meerdere ontbrekende, blijvende snij- en/of hoektanden, die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval.
3. Orthodontische hulp, inclusief de bijbehorende röntgenfoto's, tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft (F***B- of C-codes) of fronttandvervangende (F***A-codes).
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. 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), tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft (<https://www.knmt.nl/nieuws/uitgebreid-onderzoek-c28-bij-jeugd-alleen-onder-strikte-voorwaarden-vergoed-uit-basisverzekering>).

Kroon- en brugwerk

In artikel 2.7 lid 4 is geen kroon- en brugwerk opgenomen. Dit betekent dat vanuit de basisverzekering in principe 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 (pag. 15): 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 geestelijke aandoening bijzondere omstandigheden een 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 zorg

- 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 (tenzij het tandvervangende hulp betreft, zie pagina 7).
 - 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.

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 ouder dan 18 jaar

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.

Opmerkingen

1. 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).
2. Uitzondering hierop is wanneer de behandeling wordt uitgevoerd in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Indien wordt voldaan aan de voorwaarden kan dat eveneens gelden voor de orthodontie conform artikel 2.7 lid 3 van het Besluit.

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 limitatieve lijst opgesteld van kaakchirurgische prestaties waarvoor toestemming aangevraagd moet worden voorafgaand aan de behandeling. Deze 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.

3.5 Eigen risico

Kosten voor de MKA-chirurg, die worden vergoed vanuit de basisverzekering, vallen onder het wettelijk eigen risico van de verzekerde (€ 385,- in 2022). Het eigen risico is niet van toepassing voor de jeugd tot 18 jaar.

4.0 Bijzondere tandheeskunde

Uitgangspunt en omvang van de bijzondere tandheeskunde 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 tandheeskunde

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskunde voor gewone mensen

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

kort en bondig: gewone tandheeskunde voor bijzondere mensen

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

kort en bondig: tandheeskunde bij gewone 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 tandheeskundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen 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 tandheeskundige noodzakelijk is.

kort en bondig: orthodontie voor iedereen die een zeer ernstige orthodontische afwijking 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.

Toelichting

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

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 strategisch 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, een 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 partiële prothese of een frameprothese. 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 een caviteit in een gebitselement bij een verzekerde met een schisis, die niet in relatie staat tot de schisis, moet de verzekerde voor het vullen daarvan een eigen bijdrage betalen ter hoogte van het bedrag dat iemand zonder schisis ook zou moeten betalen. Daarentegen is voor een frameprothese 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 Bzv lid 1b)

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 voor de extra benodigde tijd.

Te denken valt aan mensen met een:

- *Verstandelijke aandoening*
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 aandoening gekenmerkt worden met specifieke tandheelkundige problematiek.
- *Psychische of psychiatrische aandoening*
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. 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 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 cliënt worden behandeld onder de regeling van de Wlz. Kortere geldt de normale (aanvullende) verzekering en kan in bepaalde gevallen een beroep worden gedaan op de bijzondere tandheelkunde.

- *Lichamelijke aandoening*

Een 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 hierbij bijvoorbeeld ook gaan om mensen met slecht instelbare diabetes, of gebruik van bepaalde medicaties 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. Het uitgangspunt ten aanzien van verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke 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.

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 bijdrage is ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige prestaties als er geen sprake is van toepassing van deze zorg in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Dus als een extreem angstige verzekerde zich in de algemene praktijk meldt, dan dient de declaratie naar de zorgverzekeraar te geschieden voor de gemachtigde extra tijd of de gemachtigde behandeltijd onder aftrek van de bij de verzekerde in rekening te brengen prestatiecodes.

Mondzorg aan huis (C020)

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, is vooraf toestemming nodig. Reiskosten en reistijd kunnen niet bij een verzekeraar gedeclareerd worden. Dit betreft geen zorg.

4.4 Medisch gecompromitteerde verzekerden (artikel 2.7 lid 1c)

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 gaan om verzekerden die bestraald gaan worden in het hoofd-hals gebied en verzekerden die wachten op een transplantatie of een hartkleprothese. 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 dan ook onder de bijzondere tandheelkunde vallen, rekening houdende met de Maatman (zie ook hoofdstuk 12.4 op pagina 25).

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

Als bij een verzekerde sprake is van een zeer ernstig geresorbeerde processus alveolaris in de onder- of bovenkaak, kan deze verzekerde aanspraak maken op implantologie, 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 zeer ernstig geresorbeerde, tandeloze kaak. Daarnaast moet er sprake zijn van een functiestoornis, verzekerde moet langdurig tandeloos zijn en prothetisch uitbehandeld.

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

De zorgaanbieder zal bij zijn aanvraag een schriftelijke motivering, beschikbare röntgenfoto's, lichtfoto's van de edentate bovenkaak, een behandelplan en een kostenbegroting moeten voegen. Soms wordt ook gevraagd om het zorgplan, lichtfoto's van de edentate onderkaak en een gipsmodel van de edentate bovenkaak. 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 (bron: Duiding maart 2016 van het Zorginstituut).

5.1 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 (J26/J36) 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)

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. Uit jurisprudentie blijkt dat hiermee de osteotomie bij de kaakchirurg wordt bedoeld. Dit is tevens vermeld op de website van het Zorginstituut.

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, in combinatie met een geobjectiveerd vastgesteld blijvend functieprobleem van ernstige aard.
- Vervolgens wordt er getoetst aan artikel 2.7 lid 3 van het Besluit zorgverzekering om vast te stellen dat er meerdere disciplines bij de behandeling betrokken zijn. Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde, wanneer er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel (2.7 1a), waarbij de medediagnostiek en daadwerkelijke medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Hiermee wordt doorgaans bedoeld dat er een osteotomie door de kaakchirurg moet plaatsvinden. Lid 3 geeft tevens aan 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 3). 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 voorkomen van een aandoening op de 'Indicatieve lijst' op zich, geeft niet automatisch aanspraak 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 andere disciplines dan tandheelkundige, wat 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 De uitneembare conventionele 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, alsmede het klikgebit met de bijbehorende mesostructuur 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 (tijdelijk volledig kunstgebit P023*) voor langere periode valt onder deze regeling.

7.2 Omschrijving omvang volledige prothese

De codes voor volledige gebitsprothesen 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 P020* en een P021* op één behandeldatum wordt geplaatst dient P022* te worden gedeclareerd.

7.3 Eigen bijdrage volledige prothese

De volledige gebitsprothese 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 tot € 385 (2022). In de aanvullende verzekeringen kunnen vergoedingen van de eigen bijdrage zijn opgenomen.

7.4 Rebasings

De kosten van een rebasing (codes P062*, P063* en P066* alsmede de met de rebasing verband houdende techniekkosten) 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 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.

7.5 Tissue conditioning

Het aanbrengen van een tissue conditioner (P060) in een bestaande volledige onder- of bovengebtsprothese 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 de nieuw te vervaardigen gebitsprothese, behoort eveneens tot de aanspraak. Wanneer de tissue conditioning wordt gebruikt als alternatief voor een rebasing van een recent afgeleverde gebitsprothese, dan is deze tissue conditioning de eerste vier maanden na afleveringsdatum van de gebitsprothese niet in rekening te brengen, noch bij de basisverzekering, noch bij de verzekerde, tenzij het een immediaatprothese betreft.

7.6 Reparatie

De kosten van een reparatie (codes P068*, P069* 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 om een nazorggarantie te verlenen tot minimaal 4 maanden na aflevering van een nieuwe gebitsprothese. Reparaties kunnen alleen binnen vier maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de verzekerde.

7.7 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 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 de overkappingsprothese uit te splitsen.

7.8 Overgang van partiële prothese naar volledige gebitsprothese

Het uitbreiden van een bestaande partiële prothese tot een volledige prothese - al of niet immediaat - valt onder de aanspraak. De basisverzekering vergoedt 75% van de betreffende codes P072*, techniekkosten en indien van toepassing een of meerdere malen P045.

7.9 Toestemmingsvereiste

Of voor een nieuw te vervaardigen gebitsprothese en eventuele andere verrichtingen aan volledige gebitsprothesen een akkoordverklaring vooraf moet worden aangevraagd hangt af van de bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraar. Verzekeraars hanteren een termijn van vijf jaar; binnen deze termijn dient een akkoordverklaring te worden aangevraagd.

7.10 Mondzorg aan huis (C020)

Indien de verzekerde om gedocumenteerde 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 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, kan worden aangevraagd conform de bekende procedures. Reiskosten en reistijd kunnen niet bij een verzekeraar gedeclareerd worden. Dit betreft geen zorg.

8.0 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 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 de implantaat gedragen volledige prothese 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 en niet onnodig kostbare zorg.

Voor een uitneembare volledige gebitsprothese op tandheelkundige implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% in 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). Voor de mesostructuur (de vaste verbinding tussen het implantaat en de prothese, 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 bij een omvorming met de benodigde toeslagen.

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 kosten van een rebasing (codes J70 t/m 73 alsmede de met de rebasing verband houdende techniekkosten) 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 nieuwe gebitsprothese 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 kosten van een reparatie (codes J74 t/m J77 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 nieuwe gebitsprothese. Reparaties kunnen alleen binnen vier maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de verzekerde.

8.4 Mondzorg aan huis (C020)

Indien de verzekerde om gedocumenteerde medische redenen niet in staat is om voor het vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese op implantaten, dan wel rebasing of reparatie van een bestaande volledige gebitsprothese 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 Kwetsbare ouderen (zie ook schema bijlage 4)

Het bestuur en de leden van het College van Adviserend Tandartsen (CAT) hebben naar aanleiding van vragen uit het veld en mogelijke onduidelijkheden die er bestaan rondom de tandheelkundige zorg bij kwetsbare ouderen een stroomschema opgesteld (zie bijlage 4 stroomschema). Dit schema dient ter ondersteuning van de aanvragen machtiging voor gedeeltelijke of volledige vergoeding van de tandheelkundige zorg vanuit de basisverzekering.

Let wel: Deze notitie geeft het standpunt weer van het College van Adviserend Tandartsen maar het maatschappijbeleid van de verschillende zorgverzekeraars kan afwijken van dit standpunt.

De vragen betreffen met name de tandheelkundige behandeling van kwetsbare ouderen, al dan niet verblijvend in een erkende WLz instelling of een particuliere instelling, die vallen onder de Zorgverzekeringswet (zie kolom 2 en 3 in het stroomschema – bijlage 4).

De tandheelkundige behandeling van kwetsbare ouderen die in een erkende WLz instelling verblijven met de indicatie verblijf en behandeling worden in dit schrijven buiten beschouwing gelaten, maar staan voor de volledigheid wel in het stroomschema.

Voor Wlz, zie hoofdstuk 14.

9.1 Procedure

In eerste instantie bepaalt de behandelaar middels bijgevoegd schema in welke categorie de verzekerde valt. Dat kan zijn:

- een erkende Wlz instelling met indicatie verblijf en behandeling (kolom 1);
- een erkende Wlz instelling met indicatie verblijf zonder behandeling (kolom 2);
- thuiswonend of in een particuliere instelling of verzorgingstehuis (kolom 3).

Deze vaststelling is noodzakelijk om te bepalen of er recht is op vergoeding uit de Wlz, de zorgverzekeringswet (al dan niet gedeeltelijk) of dat de behandeling voor eigen rekening komt.

9.2 Aanspraken

De aanspraken in de Wlz zijn niet hetzelfde als in de bijzondere tandheelkunde. Bij opname in een erkende Wlz instelling met de indicatie verblijf en behandeling is er aanspraak op volledige mondzorg. In de bijzondere tandheelkunde is er alleen aanspraak op de extra zorg die nodig is om de niet-tandheelkundige aandoening te compenseren.

De extra zorg kan bestaan uit extra tijd vanwege moeilijke behandelbaarheid van verzekerde of extra preventieve zorg bovenop reguliere mondzorg. Het CAT beschouwt periodieke mondonderzoeken en preventieve behandelingen (M-codes) tot 4x per jaar als reguliere mondzorg.

9.3 Toetsing

Aanvragen machtiging voor verzekerden die vallen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) moeten worden getoetst aan artikel 2.7 lid 1 a, b of c van de Zvw. Over het algemeen wordt getoetst bij de kwetsbare ouderen aan 2.7 lid 1 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.

Dus: is er extra mondzorg nodig ten opzichte van de mondzorg die mensen zonder de medische aandoening nodig zouden hebben met een vergelijkbare mondsituatie?

Het is aan de adviserend tandarts aan de hand van de zorginhoudelijke motivatie (vaak met een brief van de behandelend specialist of huisarts) om te toetsen of de verzekerde voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komt.

9.4 Aanvraag

De zorginhoudelijke motivatie bevat de volgende onderdelen:

- Een kopie van de Zzp-indicatie;
- Een beschrijving van de medische aandoening(en) van de verzekerde en de relatie met de tandheelkundige problematiek;
- Een korte status praesens (bijv. aantal gebitselementen per kaak aanwezig, implantaten);
- Het behandelplan inclusief het aantal zittingen en de uit te voeren prestatiecodes met elementnummers (de prestatiecodes worden aangeleverd als bijlage bij de VECOZO aanvraag);
- Beschikbare röntgenfoto's;
- Met redenen omklede verklaring (van de huisarts of specialist ouderenzorg) waarom de verzekerde niet naar een mondzorgpraktijk kan;
- Welke eigen bijdrage bij de verzekerde in rekening wordt gebracht.

9.5 Noodzakelijke mondzorg

Het met eenvoudige middelen voor de korte tot middellange termijn voorkomen van pijnklachten en het bestendigen van de huidige tandheelkundige situatie.

9.6 Vergoeding

- Extra tijd

Bij geconstateerde aanspraak kan de verzekerde in aanmerking komen voor **extra tijd** middels de prestatiecode U05 (tijdtarief begeleiding moeilijk behandelbare patiënten in eenheden van vijf minuten). Dit betekent dat de extra tijd ten laste kan vallen van de basisverzekering maar dat de prestatiecodes van de tandheelkundige behandeling (zoals bijvoorbeeld de M-codes etc.) ten laste vallen van de verzekerde (eventueel uit een afgesloten aanvullende verzekering).

Dit tijdtarief betreft een tarief per 1/12 deel stoeluur. Bij stoeluren gaat het om **direct patiëntgebonden tijd**. Hieronder wordt dus **niet** verstaan opstellen zorgplan, overleg met derden, reistijd en/of het op- en afbreken van de behandelunit.

- Extra preventie

Voor extra preventieve behandelingen (M-codes) kan een goed onderbouwde machtigingsaanvraag ingediend worden. Hierbij moet er wel een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen reguliere mondverzorging zoals o.a. tandenpoetsen en prothese reinigen (niet ten laste van de basisverzekering) en tandheelkundige zorg (eventueel ten laste van de basisverzekering). Meer dan 6x per jaar preventieve zorg is niet naar stand van wetenschap en praktijk. Extra preventie wordt dus maximaal 2x per jaar gemachtigd.

- Prothetiek

Bij de prothetische behandeling worden de prothetische prestatiecodes in rekening gebracht eventueel aangevuld met gemachtigde extra tijd.

9.7 Mondzorg aan huis (C020)

De toeslag mondzorg aan huis C020 kan uit de basisverzekering vergoed worden als verzekerde aantoonbaar vanwege medische redenen niet naar een mondzorgpraktijk kan. Zie ook hoofdstuk 10.

Zie ook bijlage 4 : Stroomschema behandeling kwetsbare ouderen.

10.0 Toeslag Mondzorg aan huis (C020)

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, is vooraf toestemming nodig en wordt dan gedeclareerd ten laste van de bijzondere tandheelkunde. Reiskosten en reistijd kunnen niet bij een verzekeraar gedeclareerd worden. Dit betreft geen zorg.

11.0 CAT Toetsingsrichtlijnen

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.

De volgende toetsingsrichtlijnen zijn inmiddels beschikbaar:

Algehele anesthesie (2021)
Bijzondere orthodontische hulp (2021)
Pijn- en bewegingsstoornissen (OPD) (2021)
Standpunt Autotransplantaat (2021)
meso- en suprastructuur op implantaten in de edentate bovenkaak (2021)
meso- en suprastructuur op implantaten in de edentate onderkaak (2021)
CBCT (2021)
Artikel 2.7 lid 1-b (2021)
Notitie kwetsbare Ouderen (2021)
Standpunt gebruik botulinezuur (2021)
Verwijderen implantaat (2020)
Fronttandvervanging (2020)
Xerostomie (2019)
Artikel 2.7 lid 1-c (2019)
Fissuurlakken (2018)
Parodontologie (2018)
Slijtage/erosie (2018)
X21 jeugd (2018)
Volledige prothese (2017)

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

12.1 Algemeen

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.

12.2 Eigen bijdrage volledige gebitsprothese

Wettelijk eigen bijdrage (EB)

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 verzekerde te worden betaald.

Voor zowel de normale uitneembare volledige prothese als de implantaat gedragen overkappingsprothese geldt bij reparatie of rebasing een eigen bijdrage van 10%.

Centrum bijzondere tandheelkunde (CBT)

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 bijdrage geldt dat deze net zo hoog is als in het geval dat de (overkappings)prothese in een reguliere mondzorgpraktijk gemaakt zou zijn.

12.3 Eigen bijdrage implantaat gedragen overkappingsprothese

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 implantaat gedragen - uitneembare volledige (overkappings)prothesen 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 (zie bijlage 2).

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 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 een mesostructuur in de onderkaak geldt een eigen bijdrage van 10% en voor een mesostructuur in de bovenkaak 8%. Voor de implantaatgedragen overkappingsprothese geldt bij reparatie of rebasing een eigen bijdrage van 10%.

Voor een uitneembare volledige gebitsprothese op tandheelkundige implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% in 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). Voor de mesostructuur (de vaste verbinding tussen het implantaat en de prothese, 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 bij een omvorming met de benodigde toeslagen. Daarnaast geldt een verplichte eigen bijdrage van 10% voor reparaties en rebasingen van gebitsprothesen.

De 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.

Centrum bijzondere tandheelkunde (CBT)

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 bijdrage geldt dat deze net zo hoog is als in het geval dat de (overkappings)prothese in een reguliere tandartspraktijk gemaakt zou zijn.

12.4 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 hoogste van het bedrag dat iemand zonder schisis zou moeten betalen. Daarentegen is voor een frameprothese 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 verstandelijk 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 aandoening of 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.

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 wanneer er een rechtstreeks oorzakelijk verband is tussen de tandheelkundige aandoening en de medische situatie. Schade aan het gebit die is ontstaan door de aandoening of behandeling kan in het kader van de bijzondere tandheelkunde worden hersteld. Zo heeft de

verzekerde na een totaalextractie in het kader van een focusonderzoek recht op een prothetische voorziening. 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.

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.

Het maatmanbeginsel brengt 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.

13.0 Eigen risico

13.1 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 385 euro (2022) die in een jaar aan medische kosten uit 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 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.

14.0 Wet langdurige zorg

14.1 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 en behandeling en die in een erkende Wlz-instelling verblijven, recht hebben op de tandheelkundige zorg. Door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet daarvoor een indicatie worden vastgesteld.

De Wlz-instelling draagt er zorg voor dat de zorgverlener 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.

14.2 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.

14.3 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 volledige gebitsprothese, partiële gebitsprothese, frameprothese, mesostructuur of klikgebit die binnen 5 jaar vervangen wordt en/of hogere techniek- en materiaalkosten heeft dan de door de zorgverzekeraars vastgestelde maximale machtigingsvrije bedragen.

Het zorgkantoor is de uitvoerder van de Wlz.

14.4 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 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 aangevangen. De Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) kan na overleg met de adviserend tandarts een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.

14.5 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 preventieassistent of mondhygiënist het gebit of de prothese

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.

14.6 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 erkende 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.

14.7 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: www.zn.nl (zorgverzekeraars -> zorgkantoren).

14.8 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/

14.9 Werken in de Wlz

Het sluiten van een overeenkomst

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

14.10 Honorering Wlz

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 het Vecozo-portaal) bij het zorgkantoor ingediend te worden. Tegen een tijdtarief op basis van werkbare uren. Ook de indirecte tijd (indien patiëntgebonden), die u ten behoeve van een individuele cliënt 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 cliënt zijn declarabel bij het zorgkantoor. De werkbare uren - uitgedrukt in eenheden van 5 minuten - kunnen met code U25* worden gedeclareerd.

Naast het honorarium kunnen techniek- en materiaalkosten in rekening worden gebracht. U25* is van toepassing bij zorg geleverd binnen de muren van de Wlz-instelling en kan gedeclareerd worden voor de totale patiëntgebonden tijd. Tevens mogen de volgende codes naast U25* in rekening worden gebracht: A20, B12, E04, X10 tot en met X34, H21, J07, J33 en J97/J98.

Reistijd is geen zorg en daarom niet declarabel bij het Zorgkantoor. Voor reiskosten, zie 14.16.

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 behandeld worden, kan per stoeluur (dus niet per werkbaar uur) code U35* in rekening worden gebracht. U35* is een tijdstarief uitgedrukt in eenheden van 5 minuten. Bijkomende kosten (zoals rente- en afschrijvingskosten, kosten verbruiksmateriaal, salarissen assistenten) zijn verdisconteerd in code U35* en kunnen dus niet met de prestatie Tijdstarief mondzorg Wlz in rekening worden gebracht. De declaraties dienen digitaal (via 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, J07, J33 en J97/J98.

14.11 Handreiking uitvoering mondzorg in de Wet langdurige zorg

<https://www.knmt.nl/nieuws/digitalisering-wet-langdurige-zorg-zo-gaat-dat>

14.12 Declareren

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

14.13 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 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) rechtstreeks bij het zorgkantoor met het vigerende tijdstarief X731 of X831.

14.14 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 dan brengt de instelling via het Zorgkantoor een toeslag in rekening bij het CAK. In het laatste geval gaat het 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 tijdhonorarium dat van toepassing is bij het Zorgkantoor. Als de NZa geen sluittarief heeft afgegeven kan de tandarts de werkelijke kosten via code A20 declareren bij het Zorgkantoor.

14.15 Reiskosten

De huidige beleidsregels en tariefbeschikking van de NZa schrijven niets voor m.b.t. het declareren en vergoeden van reiskosten. Dat betekent dat zorgkantoren niet verplicht zijn reiskosten te vergoeden. De vergoeding van reiskosten is een bewuste keuze om de beschikbaarheid van Mondzorg in de Wlz voor de cliënt te bewerkstelligen door de mondzorgprofessional optimaal te faciliteren.

Reiskosten is een vergoeding voor het aantal kilometers en/of voor de kosten van gebruik van een pont en/of tolwegen. Het gaat om de kosten die door de mondzorgprofessional gemaakt worden om vanaf de praktijk of

een instelling naar en van een instelling te reizen ten behoeve van het behandelen van een of meer cliënten die daar verblijven. Het aantal gemaakte kilometers wordt bepaald door middel van de snelste route in Google Maps.

De reiskosten mogen eenmaal per behandeldag, per zorgstelling (ongeacht het aantal locaties), bij maar één cliënt worden gedeclareerd.

Indien er bij één zorginstelling (ongeacht het aantal locaties) meerdere cliënten op één dag zijn behandeld, dan worden de reiskosten op de eerste cliënt in de digitale declaratie in rekening gebracht met een prestatiecode voor reiskosten:

- WRK001 reiskosten per kilometer
- WRK010 reiskosten pont/tol

Bron : Handreiking Uitvoering Mondzorg Wlz, 1 juli 2017

14.16 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

[https://www.zorginstituutnederland.nl/aanvullende zorg bij verblijf met behandeling \(Wlz\)](https://www.zorginstituutnederland.nl/aanvullende_zorg_bij_verblijf_met_behandeling_(Wlz))

Adressen van zorgkantoren

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

Informatie over het CAK

<https://www.hetcak.nl>

15.0 Asielzoekers

Sinds 1 januari 2009 worden via de RZA (Regeling Zorg Asielzoekers) de ziektekosten vergoed voor asielzoekers waar de COA (Centrale 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 in handen gegeven van RMA Healthcare. De zorginkoop wordt uitgevoerd door DSW Zorgverzekeraar.

15.1 Vergoeding mondzorg asielzoekers

Asielzoekers maken op basis van de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA) 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 begeleiding naar de tandarts. Alleen tandartsen die een betaalovereenkomst hebben met DSW Zorgverzekeraar kunnen de zorg declareren. De Praktijklijn is een landelijk georganiseerd medisch call center waar gediplomeerde praktijkassistenten en een huisarts werken. Bereikbaar via telefoonnummer 088 112 2 112.

15.2 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 algehele anesthesie

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

15.3 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 (orthodontie) verstaan. De behandeling dient veelal in één zitting te zijn afgerond.

15.4 De RMA hanteert de volgende noodhulplijst:

Consultatie en diagnostiek

- C001 Intakeconsult
- C003 Probleemgericht consult
- C021 Toeslag avond, nacht en weekend

Maken en/of beoordelen foto's

- X10 Kleine röntgenfoto

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

- M03 Gebitsreiniging, per 5 minuten

Verdoving

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

Vullingen

- V50 Droogleggen van elementen door middel van een rubberen lapje
- V71 éénvlaksvulling amalgaam
- V72 tweevlaksvulling amalgaam
- V73 drievlaksvulling amalgaam
- V74 meervlaksvulling amalgaam
- V81 éénvlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- V82 tweevlaksvulling Glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- V83 drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- V84 meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- V91 éénvlaksvulling 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

- P001* Gedeeltelijk kunstgebit van kunsthars 1-4 elementen per kaak
- P002* Gedeeltelijk kunstgebit van kunsthars 5-13 elementen per kaak
- P042 Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur
- P045 Toeslag immediaat kunstgebit, max. 8 element per kaak
- P023* Tijdelijk volledig kunstgebit, per kaak
- P020* Volledig kunstgebit bovenkaak
- P021* Volledig kunstgebit onderkaak
- P022* Volledig kunstgebit boven- en onderkaak
- P040 Toeslag voor individuele afdruk bij volledig kunstgebit
- P043 Toeslag voor frontopstelling of beetbepaling in aparte zitting
- 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

Overig

- C90 Niet nagekomen afspraak
- R74* Opnieuw vastzetten niet-plastische restauraties

15.5 Tolkendienst

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

- *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.

- *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 videoconferentie 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.

- *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, telefoon 020 – 820 28 92
helpdesk@livewords.com

15.6 Wie vallen er onder de regeling RZA?

- 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-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.

15.7 Waaraan is een RZA-verzekerde herkenbaar?

Iedere RZA-verzekerde is in het bezit van een eigen zorgpas. Op basis van het COA zorgpasnummer kunt u de gegevens controleren in Vecozo.

15.8 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.

15.9 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.

15.10 Declareren

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

RMA declaraties

E. declaraties@adminstratierma.nl

15.11 Bereikbaarheid

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

15.12 Vragen over de overeenkomst RMA

T. 010 - 2422620

overeenkomsten@adminstratierma.nl

Vragen over machtigingen en declaraties

declaraties@adminstratierma.nl

Machtigingen@adminstratierma.nl)

Administratie RMA

Postbus 84

3100 AB Schiedam

info@adminstratierma.nl

T. klantcontact 010 - 2466621

16.0 Onverzekerbare vreemdelingen

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 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 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 Tandheekunde 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 tandheekunde.

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

16.4 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/Regeling onverzekerbare vreemdelingen](https://www.hetcak.nl/Regeling_onverzekerbare_vreemdelingen)

16.5 Contactgegevens CAK

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

16.6 Websites

[https://www.hetcak.nl/Regeling onverzekerbare vreemdelingen](https://www.hetcak.nl/Regeling_onverzekerbare_vreemdelingen)
www.lampion.info

17.0 Trefwoordenregister

Agenesie	7
amelogenesis imperfecta	12
angstscorelijsten	13
asielzoekers	30 e.v
autotransplantaat	7, 10, 22
Beslijpen en/of behandelen melkelement M05	8
bijzondere tandheeskunde	6, 7, 10 e.v, 15, 16, 23
Centra bijzondere tandheeskunde	23, 24, 28
Centraal Administratie Kantoor (CAK)	27, 34
cheilo-, gnatho-, of palatoschisis	12, 16, 40
chirurgisch tandheeskundige hulp	10
CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)	26
confectiekroon R29*	8
cranio-mandibulaire dysfunctie (OPD-B)	12, 22
C012 opstellen en bespreken behandelplan	8
Dagelijkse mondverzorging	26
dento-alveolair defect	12
Eigen bijdrage	12, 13, 17, 19, 21, 23, 24
eigen risico	7, 10, 16, 17, 25
extreme angst	12, 13
Fluorideapplicatie	8
fronttandvervanging	8, 22
Gebits- of mondbeschermer M61	8
geestelijke aandoening	10 e.v, 20, 24
gezinsvervangend tehuis	27
Huisbezoek (C020)	13, 18, 19, 22
Illegalen	34
Implantaat gedragen prothese	19
implantaat verwijderen	14
Implantaten	6 e.v, 10, 11, 15, 19, 22, 24
indicatieve lijst	8, 16, 40
Kaakchirurgische zorg	10
Klosprothese	24
Kokhalsneiging	12, 13
kroon bij jeugdigen	6, 8, 26
kwetsbare ouderen	20, 22
Lichamelijke aandoening	13

Maatman	14, 23, 25
machtigingen	8, 9, 10, 20, 21, 24, 26, 30
max-max tarieven	6
medisch gecompromitteerde verzekerden	13,24
mondzorg aan huis	12, 18, 19, 21, 22
M05, M80, M81	8
Narcose / sedatie	26, 28
nazorg	17, 19
noodhulp asielzoekers	30 e.v.
noodkroon R29*	8
Oligodontie	12, 16, 40
Ontwikkelingsstoornis	8, 11, 16
oro-faciale pijn en disfunctie (OPD-B)	12, 22
oro-maxillo-faciaal defect	12
orthodontische hulp	6 e.v, 16, 22, 25, 26, 30
orthopantomogram bij jeugdigen	9
osteotomie	16
overkappingsprothese	17, 18, 19
Peri-implantitis	15
precisieverankeringen	17, 18, 23
psychische/psychiatrische aandoening	24
Rebasing	17, 18, 19, 23, 24, 25
reiskosten Wlz	28
reistijd Wlz	28
reparatie	17, 18, 19, 23,24, 25, 31
RZA (Regeling Zorg Asielzoekers)	30 e.v.
Schisis	8, 11, 12, 16, 24
spoedhulp asielzoekers	30, 31
Tandvervangende hulp	7, 8, 10
telescoopkroon	23
tijdtarief	12, 21, 27, 28
tissue conditioner	17, 31
toestemmingsvereiste	8. 9, 10, 20, 21, 24 26, 30
toetsingsrichtlijnen CAT	22
Tolkendienst	31
Uitneembare volledige prothese	6, 11, 15, 17, 19, 23, 24, 34
uitwendig bleken	8, 9
Verstandelijke aandoening	11, 13, 20, 24
Verzorgingshuis	27
volledige gebitsprothese	17, 18, 19, 23, 24, 26
Voortduren van de aanspraak	17
Wlz mondzorg	20, 26 e.v.
Wlz-tijdtarief	28
Zorgkantoor	27

Bijlage 1 : Besluit zorgverzekering 2021

Geldend vanaf 1 januari 2021

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 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 .

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 2021

Geldend vanaf 1 januari 2021

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 tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 : Indicatieve lijst,

Indicatieve lijst 1995

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!)

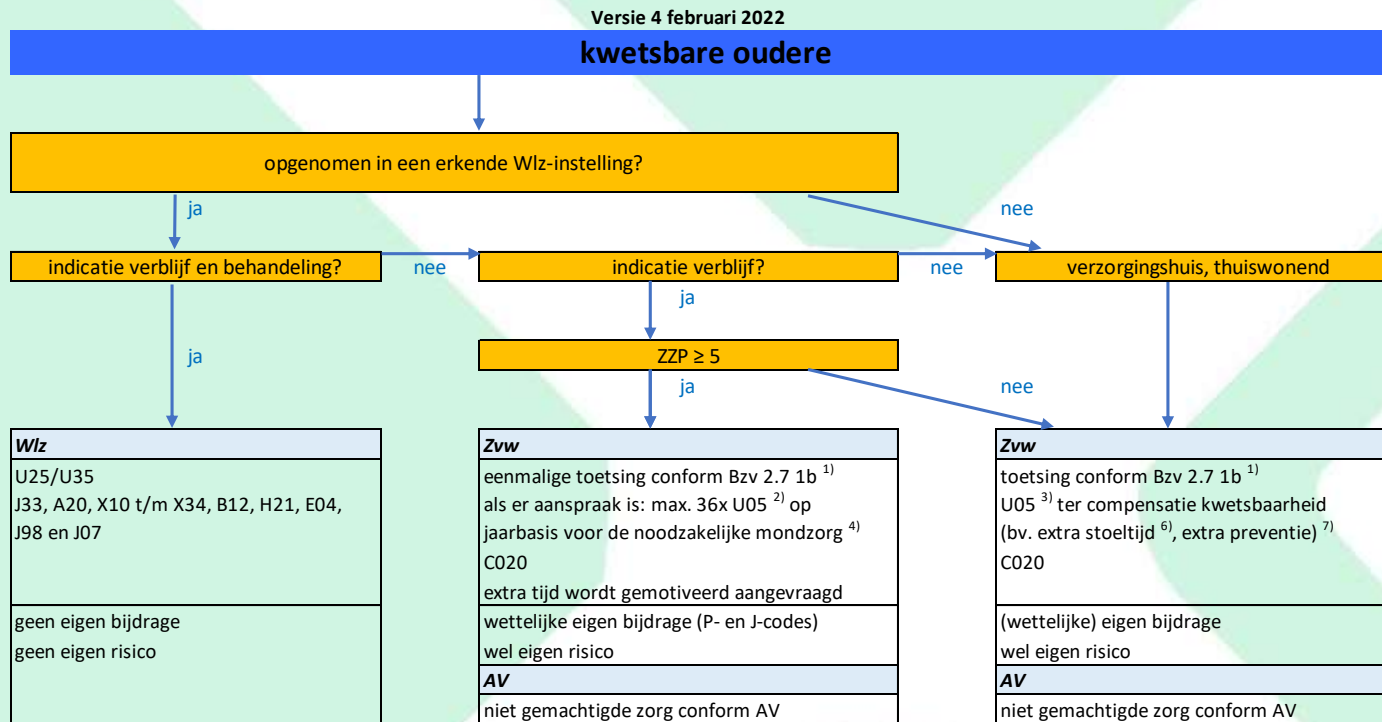
Seriously handicapping malocclusions

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 4 : stroomschema kwetsbare ouderen



¹⁾ Voor aanspraak op bijzondere tandheelkunde volgens art 2.7 1b is een machtiging noodzakelijk. Hierbij kunnen de CIZ indicatie en ZZP-categorie meegenomen worden om de ernst van de lichamelijke of geestelijke aandoening te beoordelen. Vervolgens vindt individuele toetsing plaats bestaande uit twee elementen, namelijk of het tandheelkundige probleem aannemelijk een relatie heeft met de lichamelijke of geestelijke aandoening en of de aangevraagde zorg past bij het behoud van een tandheelkundige functie (Maatman). In de praktijk zal het bij de tandheelkundige zorg niet gaan om het verwerven van de tandheelkundige functie gelijkwaardig aan die de patiënt gehad zou hebben zonder de aandoening. Het zal gaan om het behoud van de nog aanwezige beperkte functie en het pijnvrij houden van de verzekerde met basale tandheelkunde (levensloop bestendige dentitie/prothetiek).

²⁾ U05 betreft stoeltijd. De aangevraagde behandeling kan uitsluitend met U05 gedeclareerd worden. Niet-gemachtigde behandelingen worden met prestatiecodes gedeclareerd

³⁾ U05 wordt bij extra tijd gecombineerd met de prestatiecodes voor de uitgevoerde behandelingen. Voor extra preventie wordt uitsluitend U05 gedeclareerd.

⁴⁾ Noodzakelijke mondzorg kan bestaan uit controles, preventie, vullingen, gebitsreiniging, een extractie, etc. Als er meer tijd nodig is, bv omdat er ook een partiële prothese gemaakt moet worden, wordt dat aanvullend aangevraagd. Het gaat om mondzorg met eenvoudige middelen.