

VADEMECUM BASISPAKKET

Mondzorg en WLZ

2023

Colofon

Het Vademecum basispakket Mondzorg en Wlz 2023 is een uitgave van:

- College van Adviserend Tandartsen (CAT),
de Vademecum commissie mv. G.I. Hummel, H.R Vollenbrock en R.A. Westra
met een bijdrage van N. Kerkhof;
- 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	7
1.1	Inleiding	7
1.2	Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	7
1.3	Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	7
1.4	Bijzondere tandheelkunde	7
1.5	Max-max-tarieven	7
2.0	Basispakket jeugd tot 18 jaar	8
2.1	Waarop heeft de jeugdige verzekerde wel recht vanuit de basisverzekering?	8
	- Tandvervangende hulp	8
	- Autotransplantaten bij jeugdigen tot 18 jaar	8
	- Fluoride-applicatie	8
2.2	Waarop heeft de jeugdige verzekerde geen recht vanuit de basisverzekering?	9
	- Kroon- en brugwerk	9
	- Orthodontie	9
	- Gebits- of mondbeschermer (M61)	9
	- Uitwendig bleken (E97*)	9
2.3	Kaakoverzichtsfoto (X21)	10
3.0	MKA-chirurgische hulp	11
3.1	Verzekerde kaakchirurgische hulp	11
3.2	Autotransplantaten bij volwassenen van 18 jaar en ouder	11
3.3	Toestemming	11
3.4	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder	11
3.5	Eigen risico	11
4.0	Bijzondere tandheelkunde	12
4.1	Omschrijving bijzondere tandheelkunde	12
4.2	Bijzondere tandheelkunde voor 'gewone' mensen (art 2.7 lid 1a)	13
	- Eigen bijdragen	13
	- Niet-gecontracteerde zorgaanbieder	13
4.3	Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen (art 2.7 lid 1b)	13
	- Angstscorelijsten	14
	- Eigen bijdragen	14
	- Mondzorg aan huis (C020)	14
4.4	Medisch gecompromitteerde verzekerden (art. 2.7 lid 1c)	15
5.0	Implantologie in tandeloze kaken (art 2.7 Bzv, lid 2)	16
5.1	Duiding Zorginstituut Nederland over aanspraak op implantaten	16
5.2	Voortduren van de aanspraak	16
6.0	Orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde (artikel 2.7 lid 1a en 3)	17
6.1	Eigen risico	17
6.2	Websites	17

7.0	Het uitneembare conventionele volledige kunstgebit	18
7.1	Omschrijving omvang volledig kunstgebit	18
7.2	Eigen bijdrage volledig kunstgebit	18
7.3	Rebasing	18
7.4	Tissue conditioning	18
7.5	Reparatie	18
7.6	Precisieverankeringen	18
7.7	Overgang van een gedeeltelijk kunstgebit naar een volledig kunstgebit	19
7.8	Toestemmingsvereiste	19
7.9	Mondzorg aan huis (C020)	19
8.0	Het volledige klikgebit op implantaten	20
8.1	Toestemmingsvereiste	20
8.2	Rebasing	20
8.3	Reparatie	20
8.4	Mondzorg aan huis (C020)	20
9.0	Kwetsbare ouderen	21
9.1	Procedure	21
9.2	Aanspraken	21
9.3	Toetsing	21
9.4	Aanvraag	22
9.5	Noodzakelijk mondzorg	22
9.6	Vergoeding	22
9.7	Mondzorg aan huis (C020)	22
9.8	Eigen bijdrage	22
10.0	Toeslag mondzorg aan huis (C020)	23
11.0	Toetsingsrichtlijnen College van Adviserend Tandartsen	23
12.0	Overzicht eigen bijdragen	24
12.1	Algemeen	24
12.2	Eigen bijdrage volledig kunstgebit	24
-	Wettelijke eigen bijdrage	24
-	Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)	24
12.3	Eigen bijdrage implantaat gedragen klikgebit	24
-	Wettelijke eigen bijdrage	24
-	Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)	24
12.4	Eigen bijdrage klosprothese	25
12.5	Eigen bijdrage bijzondere tandheelkunde	25
-	Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub a: tandheelkundige aandoening	25
-	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	25
-	Verzekerden die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub c: medisch gecompromitteerden	25
-	Maatmanbeginsel	25
13.0	Eigen risico	26
13.1	Wettelijk eigen risico	26

14.0	Wet langdurige zorg	27
14.1	Aanspraak op Wlz-mondzorg	27
14.2	Inhoud van de Wlz-mondzorg	27
14.3	Toestemmingsvereisten Wlz	27
14.4	Geldigheid aanspraak na beëindiging verblijf	27
14.5	Dagelijkse mondverzorging	28
14.6	Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen	28
14.7	Het zorgkantoor	28
14.8	Het CAK (Centraal Administratiekantoor)	28
14.9	Werken in de Wlz	28
14.10	Honorering in de Wlz	28
14.11	Declareren	29
14.12	Verwijzing naar een Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)	29
14.13	Algehele anesthesie / sedatie	29
14.14	Reiskosten	30
14.15	Websites	30
15.0	Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA)	31
15.1	Vergoeding mondzorg asielzoekers	31
15.2	Machtigingen aanvragen	31
15.3	Omschrijving noodhulp	31
15.4	De RMA hanteert de volgende noodhulplijst	31
15.5	Tolkendienst	33
15.6	Wie vallen er onder de regeling RMA?	33
15.7	Waarom is een RMA-verzekerde herkenbaar?	33
15.8	Kunstgebitten	33
15.9	Eigen bijdrage en eigen risico asielzoekers	33
15.10	Declareren	33
15.11	Bereikbaarheid / Tandartslijn voor het maken van een afspraak	33
15.12	Vragen over de overeenkomst RMA	34
15.13	Vragen over machtigingen en declaraties	34
15.14	Opmerkingen	34
15.15	Overeenkomst	34
16.0	Regeling Medische zorg Oekraïne (RMO)	35
16.1	Vergoeding mondzorg Oekraïners	35
16.2	Machtigingen aanvragen	35
16.3	Omschrijving noodhulp	35
16.4	De RMO hanteert de volgende noodhulplijst	35
16.5	Tolkendienst	37
16.6	Wie vallen er onder de regeling RMO?	37
16.7	Waarom is een RMO-verzekerde herkenbaar?	37
16.8	Kunstgebitten	37
16.9	Eigen bijdrage	37
16.10	Declareren	37
16.11	Bereikbaarheid	37
16.12	Vragen over de RMO	37
16.13	Vragen over machtigingen en declaraties	37
16.14	Opmerkingen	37
16.15	Overeenkomst	38

17.0	Onverzekerbare vreemdelingen	39
17.1	Algemeen	39
17.2	Regeling onverzekerbare vreemdelingen	39
17.3	Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen	39
17.4	Waar declareert u uw kosten?	39
17.5	Contactgegevens CAK	39
17.6	Websites	40
	Bijlage 1 : Besluit zorgverzekering	41
	Bijlage 2 : Regeling zorgverzekering	43
	Bijlage 3 : Zorgverzekeringswet	43
	Bijlage 4 : Wet langdurige zorg	44
	Bijlage 5 : Regeling langdurige zorg	44
	Bijlage 6 : Indicatieve lijst orthodontie 1995	45
	Bijlage 7 : Schema Kwetsbare Ouderen	46

1.0 Vademecum basispakket Mondzorg en Wlz

1.1 Inleiding

Dit Vademecum biedt informatie over de regelingen die voortvloeien uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De Zvw kent twee voor de 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. Zie bijlage 4 en 5.

1.2 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

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

1.3 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

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

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

1.4 Bijzondere tandheelkunde

Bij mondzorg in het kader van de Zorgverzekeringswet is het uitgangspunt dat verzekerden met een aandoening dezelfde 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 Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT). Het kan zijn dat die hulp ook verleend wordt in een algemene praktijk.

1.5 Max-max-tarieven

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

2.0 Basispakket jeugd tot 18 jaar

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

1. In principe heeft de jeugdige verzekerde tot 18 jaar, zoals beschreven in artikel 2.7 lid 4 van het Besluit zorgverzekering, recht op integrale mondzorg (alle tandheeskundige hulp) voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1 lid 3, Besluit zorgverzekering). Er zijn echter uitzonderingen, zie onder 2.2.
2. Daarnaast hebben verzekerden tot 23 jaar recht op tandvervangende hulp, zie onder.
3. In artikel 2.7 lid 4 sub I van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat recht bestaat op chirurgisch tandheeskundige 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, frame kunstgebitten, gedeeltelijke kunstgebitten en implantaten. Tot de tandvervangende hulp kan eveneens orthodontische behandeling worden gerekend, waarbij het diasteem uitsluitend orthodontisch gesloten wordt (volgens de ortho F***A codes; 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 tandheeskundige hulp) kunnen vallen indien de jeugdige is aangewezen op betreffende zorg. De uitvoerder kan een tandarts of kaakchirurg zijn.

Opmerkingen

1. Behalve aanspraak uit artikel 2.7 lid 4 sub I, kan er ook aanspraak zijn op een autotransplantaat op grond van artikel 2.7 lid 1a – de bijzondere tandheeskunde. 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.
3. 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 kunstharskroon 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-onderstrikte-voorwaarden-vergoed-uit-basisverzekering>).
9. Behandeling met myofunctionele apparatuur (G74* en G76*). Het Zorginstituut heeft op 14 juli 2020 bevestigd dat behandelingen met myofunctionele apparatuur buiten de zorgverzekering vallen.
10. Cosmetische mondzorg (K001, K002, K003 en K004) valt niet onder verzekerde zorg.

Kroon- en brugwerk

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

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

Orthodontie

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

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

Gebits- of mondbeschermer (M61)

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

Ook hier kan door 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 hulp

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

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

3.2 Autotransplantaten bij volwassenen van 18 jaar en ouder

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

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

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

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 zorgverzekering.

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

3.3 Toestemming

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

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

3.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieder

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

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 2023). Het eigen risico is niet van toepassing voor de jeugd tot 18 jaar.

4.0 Bijzondere tandheelkunde

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

4.1 Omschrijving bijzondere tandheelkunde

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

kort en bondig: bijzondere tandheelkunde voor gewone mensen

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

kort en bondig: gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen

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

kort en bondig: tandheelkunde bij gewone mensen die nooit nodig zou zijn geweest als een bepaalde medische afwijking zich niet had voorgedaan

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

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

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

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

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

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

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

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder

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

4.3 Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen (artikel 2.7 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:

- **Geestelijke 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 geestelijke 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 is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en integrale zorg inclusief behandeling ontvangt, vallen de kosten voor mondzorg van deze cliënt onder de regeling van de Wlz. Bij andere bekostigingsvormen geldt de normale (aanvullende) verzekering en kan in bepaalde gevallen een beroep worden gedaan op de bijzondere tandheelkunde.

- *Lichamelijke aandoening*

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

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

De lichamelijke of geestelijke aandoening, die ervoor zorgt dat verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. 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 behandelstijd 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 ook onder de bijzondere tandheelkunde vallen, rekening houdende met de Maatman (zie ook hoofdstuk 12.5).

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

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

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

De zorgverlener zal bij zijn aanvraag een schriftelijke motivering, beschikbare röntgenfoto's, lichtfoto's van de edentate 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.

5.1 Duiding Zorginstituut Nederland over aanspraak op implantaten

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

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

5.2 Voortduren van de aanspraak

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

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

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 (art. 2.7 lid 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 6). Deze lijst komt pas in beeld wanneer aan de grondslag van de aanspraak is voldaan. Het betreft een indicatieve lijst van aandoeningen waaraan in dit verband kan worden gedacht. Het 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, objectieveerbare 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 doorgaans inhoudt dat er sprake moet zijn van een osteotomie bij de kaakchirurg.

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

6.1 Eigen risico

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

6.2 Websites

http://wetten.overheid.nl/Besluit_zorgverzekering

https://wetten.overheid.nl/Regeling_zorgverzekering

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

7.0 Het uitneembare conventionele volledige kunstgebit

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

7.1 Omschrijving omvang volledig kunstgebit

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

Wanneer een P020* en een P021* op één behandeldatum wordt geplaatst dient P022* te worden gedeclareerd.

7.2 Eigen bijdrage volledig kunstgebit

Het volledige kunstgebit kent een vergoeding vanuit de basisverzekering van 75%. Het restant van 25% betreft de eigen bijdrage. Van het deel dat door de basisverzekering wordt vergoed, is het wettelijk eigen risico van toepassing tot € 385 (2023). In de aanvullende verzekeringen kunnen vergoedingen van de eigen bijdrage zijn opgenomen.

7.3 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 nieuw kunstgebit, dan behoren de kosten van de rebasing tot de garantie en zijn deze niet in rekening te brengen, noch in het kader van de basisverzekering, noch direct bij de verzekerde. Deze bepaling is niet van toepassing wanneer het de rebasing betreft van een immmediaat kunstgebit.

7.4 Tissue conditioning

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

7.5 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 nieuw kunstgebit. Reparaties kunnen alleen binnen vier maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de verzekerde.

7.6 Precisieverankeringen

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

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

7.7 Overgang van een gedeeltelijk kunstgebit naar een volledig kunstgebit

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

7.8 Toestemmingsvereiste

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

7.9 Mondzorg aan huis (C020)

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

8.0 Het volledige klikgebit op implantaten

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

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

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

8.1 Toestemmingsvereiste

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

8.2 Rebasing

De kosten van een rebasing (codes J100* t/m J103*, 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 nieuw klikgebit op implantaten, dan behoren de kosten van de rebasing tot de garantie en zijn deze niet in rekening te brengen, noch in het kader van de basisverzekering, noch direct bij de verzekerde.

8.3 Reparatie

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

8.4 Mondzorg aan huis (C020)

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

9.0 Kwetsbare ouderen (zie ook schema bijlage 7)

Het College van Adviserend Tandartsen (CAT) heeft naar aanleiding van vragen uit het veld en mogelijke onduidelijkheden die er bestaan rondom de tandheelkundige zorg bij kwetsbare ouderen een stroomschema (zie bijlage 7) en toetsingsrichtlijn opgesteld. Dit schema dient ter ondersteuning van aanvragen voor gedeeltelijke of volledige vergoeding van de tandheelkundige zorg vanuit de basisverzekering voor kwetsbare ouderen met een CIZ-indicatie voor het zorgprofiel VV.

De tandheelkundige behandeling van kwetsbare ouderen die in een erkende Wlz-instelling verblijven met de leveringsvorm verblijf **inclusief** behandeling worden vergoed vanuit de Wlz. Zij worden in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten, maar staan voor de volledigheid wel in het stroomschema. Voor informatie over de 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 kwetsbare oudere die verblijft in een erkende Wlz-instelling met de leveringsvorm verblijf inclusief behandeling (kolom 1);
- een kwetsbare oudere die een CIZ-indicatie heeft voor een zorgprofiel (ZZP) VV 5, 6, 7 of 8 en niet verblijft in een erkende Wlz-instelling met de leveringsvorm verblijf inclusief behandeling (kolom 2);
- een kwetsbare oudere die een CIZ-indicatie heeft voor een zorgprofiel (ZZP) VV lager dan 5 en niet verblijft in een erkende Wlz-instelling met de leveringsvorm verblijf inclusief behandeling (kolom 3).

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 inclusief behandeling is er aanspraak op volledige mondzorg. In de bijzondere tandheelkunde is er alleen aanspraak op de extra zorg bovenop de reguliere mondzorg die nodig is om een niet-tandheelkundige aandoening te compenseren.

Deze extra zorg kan bestaan uit extra tijd vanwege moeilijke behandelbaarheid van verzekerde of extra preventieve zorg bovenop reguliere mondzorg. Reguliere mondzorg is die zorg die verzekerden zonder deze niet-tandheelkundige aandoening ook zouden hebben. Daaronder vallen onder andere 2 periodieke controles en 4 preventieve behandelingen per jaar voor dentate ouderen, 2 periodieke controles en 2x gebitsreiniging voor edentate ouderen, en prothetische voorzieningen. Reguliere mondzorg is voor eigen rekening van een verzekerde of komt ten laste van een aanvullende (tand)verzekering.

9.3 Toetsing

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

Om te bepalen of er aanspraak is op vergoeding van de zorg in het kader van de bijzondere tandheelkunde dienen de volgende vragen beantwoord te worden:

- Is het aannemelijk dat de niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening tot een tandheelkundig functieprobleem leidt of heeft geleid?
- Past de aangevraagde zorg bij het behouden of het verwerven van een tandheelkundige functie? In de praktijk zal het bij de tandheelkundige zorg niet gaan om het verwerven van een tandheelkundige functie gelijkwaardig aan die de verzekerde gehad zou hebben zonder de niet-tandheelkundige aandoening. Het zal veelal gaan om het behoud van de nog aanwezige beperkte functie, maar in ieder geval om het pijnvrij houden van de verzekerde met basale tandheelkunde.

Het is aan de adviserend tandarts aan de hand van de zorginhoudelijke motivatie 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 CIZ-indicatie met het zorgprofiel en ZZP;
- De naam van de instelling waar verzekerde verblijft (indien van toepassing);
- Een beschrijving van de medische aandoening van de verzekerde en de relatie daarvan met de tandheelkundige problematiek;
- De status praesens;
- Het **volledige** behandelplan inclusief het aantal zittingen en de uit te voeren prestatiecodes met elementnummers;
- Beschikbare relevante röntgenfoto's;
- De eigen bijdrage die 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 preventie kan een goed onderbouwde machtigingsaanvraag ingediend worden. Hierbij moet er wel een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen reguliere mondzorging zoals o.a. tandenpoetsen en het reinigen van een kunstgebit (niet ten laste van de basisverzekering) en tandheelkundige zorg (eventueel ten laste van de basisverzekering).

- *Kunstgebitten en klikgebitten*

Bij de prothetische behandeling worden de prothetische prestatiecodes (P- of J-codes) 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.

9.8 Eigen bijdrage

Er geldt een eigen bijdrage voor alle tandheelkundige zorg die geen relatie heeft met de niet-tandheelkundige aandoening, voor reguliere mondzorg en niet-gemachtigde zorg. Voor volledige prothetiek (P- en J-codes) zijn de wettelijke eigen bijdragen van toepassing.

Zie ook bijlage 7 : Stroomschema behandeling kwetsbare ouderen.

[Zie ook de CAT-toetsingsrichtlijn kwetsbare ouderen op de website van het CAT.](#)

Zie ook [de informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie op de website van de NZa.](#)

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 Toetsingsrichtlijnen College van Adviserend Tandartsen

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

De volgende toetsingsrichtlijnen zijn inmiddels beschikbaar:

- Algemeen deel Toetsingsrichtlijnen (2022)
- Algehele anesthesie (2022)
- Artikel 2.7 lid 1-b (2021)
- Artikel 2.7 lid 1-c (2022)
- Bijzondere orthodontische hulp (2021)
- CBCT (2021)
- Fissuurlakken (2022)
- Fronttandvervanging (2020)
- Hyposialie (2022)
- Implantologie edentate bovenkaak – art 2.7 lid 2 Bzv (2022)
- Implantologie edentate onderkaak – art 2.7 lid 2 Bzv (2022)
- Kortdurende lichte sedatie (2022)
- Kwetsbare ouderen (2022)
- Parodontologie (2022)
- Meso- en suprastructuur op implantaten in de edentate bovenkaak (2021)
- Meso- en suprastructuur op implantaten in de edentate onderkaak (2021)
- Pijn- en bewegingsstoornissen (OPD) (2022)
- Slijtage/erosie (2018)
- Verwijderen implantaat (2020)
- Volledige prothese (2022)
- X21 jeugd (2022)

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

12.1 Algemeen

In het Besluit zorgverzekering is de verzekerde hulp voor zowel de volwassen als de jeugdige verzekerde tot 18 jaar vastgelegd. In het kader van de bijzondere tandheelkunde en voor - al dan niet implantaat gedragen - uitneembare volledige prothetische voorzieningen heeft de minister bepaald 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).

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 volledig kunstgebit

Wettelijk eigen bijdrage (EB)

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

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

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)

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

12.3 Eigen bijdrage implantaat gedragen klikgebit

Wettelijke eigen bijdrage (EB)

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)

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

12.4 Eigen bijdrage klosprothese

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

12.5 Eigen bijdrage bijzondere tandheelkunde

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

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

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

De lichamelijke of geestelijke beperking of psychische aandoening, die ervoor zorgt dat een verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. 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.

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

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

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

Maatmanbeginsel

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

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

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

13.0 Eigen risico

13.1 Wettelijk eigen risico (ER)

De Zorgverzekeringswet kent een verplichte eigen risico-regeling. Iedereen boven de 18 jaar die verzekerd is volgens de Zorgverzekeringswet is verplicht de eerste 385 euro (2023) die in een jaar aan medische kosten uit de basisverzekering worden gemaakt, zelf te betalen, met uitzondering van huisartsenhulp en kosten in het kader van zwangerschap, bevalling en kraambed. Zie bijlage 3.

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

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 die in een erkende Wlz-instelling verblijven met een Wlz-indicatie voor verblijf inclusief behandeling, recht hebben op tandheelkundige zorg. Door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet deze indicatie worden vastgesteld.

De Wlz-instelling draagt er zorg voor dat de 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.

Let op: sinds 1 januari vallen alle GGZ-wonen cliënten die een integraal zorgpakket inclusief behandelingen ontvangen van een Wlz-woonzorgaanbieder, voor vergoeding van mondzorg onder de Wlz.

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 volledig kunstgebit, gedeeltelijk kunstgebit, frame kunstgebit, mesostructuur of klikgebit als het om vervanging gaat van een bestaande prothetische voorziening in dezelfde kaak/kaken die nog geen 5 jaar oud is/zijn en/of hogere techniek- en materiaalkosten heeft dan de door de zorgkantoren 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 nieuw of overgezet kunstgebit, zijnde een plaat-, overkappings-, opbouw- of frame kunstgebit, alsmede van kronen of bruggen, indien deze tandheelkundige hulp voor het beëindigen van het verblijf was aangevraagd. De Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) kan na overleg met de adviserend tandarts een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.

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 preventie-assistent of mondhygiënist het gebit of de prothetische voorziening van een cliënt poetst valt dit onder dagelijkse mondverzorging en valt niet onder de aanspraken op mondzorg uit de Wlz of Zvw.

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

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: [Zorgkantoren - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](#).

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

Informatiekaart regels mondzorg aan patiënten met een Wlz-indicatie

In 2020 heeft de NZa een stroomschema ontwikkeld samen met ZN en de KNMT waarmee de mondzorgverlener kan bepalen welke prestatiecode hoort bij de mondzorg die geleverd is aan cliënten met een Wlz-indicatie: [informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie](#).

Het Wlz-tijdstarief bij behandeling in de instelling

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

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

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

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

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

Het tijdstarief bij behandeling in de eigen praktijk

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

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

14.11 Declareren

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

14.12 Verwijzing naar een Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)

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

14.13 Algehele anesthesie / sedatie

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

Voert een tandarts in de instelling behandelingen onder algehele anesthesie uit 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.

14.14 Reiskosten

De huidige beleidsregels en tariefbeschikking van de NZa schrijven niets voor met betrekking tot 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 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

14.15 Websites

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

Algemene informatie

<https://www.zorginstituutnederland.nl>

Honoreringsregeling Wlz

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

Informatiekaart NZa regels mondzorg aan patiënten met een Wlz-indicatie

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

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

Adressen van zorgkantoren

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

Informatie over het CAK

<https://www.hetcak.nl>

15.0 Regeling Medische zorg Asielzoekers

Vanaf 1 januari 2009 werden via de RZA (Regeling Zorg Asielzoekers) de ziektekosten vergoed voor asielzoekers waar de COA (Centrale Opvang Asielzoekers) de opvang voor regelt. Sinds 1 januari 2018 is 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 toegeleiding naar de tandarts. Alleen tandartsen die een overeenkomst hebben met DSW Zorgverzekeraar kunnen de zorg declareren. De Praktijklijn is een landelijk georganiseerd medisch call center waar gediplomeerde praktijkassistenten en een huisarts werken. Zij zijn bereikbaar via telefoonnummer 088 112 2 112.

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;
- een volledig kunstgebit in boven en/of onderkaak;
- 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 gebitssanering en 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 tolkdiensten van Acolad. De contactgegevens staan hieronder.

Ad hoc telefonische tolkdienst

Dit betreft een telefonische tolkdienst die direct bij aanvraag wordt verwezenlijkt. De tolkdienst wordt gemacht en de verbinding wordt binnen 3 minuten tot stand gebracht. U dient het zorgnummer van de asielzoeker te vermelden in het gesprek met de tolkdienst, alleen dan gaan de kosten van de tolk rechtstreeks naar COA

Contactgegevens

Acolad telefoon 020 380 81 82.

15.6 Wie vallen er onder de regeling RMA?

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

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

15.7 Waaraan is een RMA-verzekerde herkenbaar?

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

15.8 Kunstgebiten

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 en eigen risico asielzoekers

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

15.10 Declareren

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

15.11 Bereikbaarheid / Tandartslijn voor het maken van een afspraak

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

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

15.12 Vragen over de overeenkomst RMA

T. 010 - 2422620

overeenkomsten@administratierma.nl

15.13 Vragen over machtigingen en declaraties

declaraties@administratierma.nl
machtigingen@adminstratierma.nl

Administratie RMA

Postbus 84
3100 AB Schiedam
info@administratierma.nl
T. klantcontact 010 - 2466621

15.14 Opmerkingen

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

15.15 Overeenkomst

Zowel voor de behandeling van jeugdigen onder de 18 jaar als van volwassenen van 18 jaar en ouder is een overeenkomst noodzakelijk. Uitzondering hierop is een éénmalige spoedeisende behandeling waarvan de kosten onder € 250 blijven.

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

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

16.0 Regeling Medische zorg Oekraïne (RMO)

Sinds 1 juli 2022 worden via de RMO (Regeling Medische zorg Oekraïne) de ziektekosten vergoed voor Oekraïners **met** een Burgerservicenummer. De regeling is bedoeld voor ontheemden uit Oekraïne die vallen onder de Europese Richtlijn tijdelijke bescherming. Zij worden in het BRP geregistreerd met verblijfstitel 46. De Basisregistratie Personen (BRP) bevat persoonsgegevens van inwoners van Nederland (ingezetenen) en van personen die Nederland hebben verlaten (niet-ingezetenen). Personen die korter dan 4 maanden in Nederland wonen kunnen ook als niet-ingezetenen in de BRP staan. Bijvoorbeeld omdat ze tijdelijk werken of studeren in Nederland. De zorgverlener vindt het BSN van de ontheemde in de verzekeringsgegevens (COV). De zorginkoop en financiële afhandeling wordt uitgevoerd door DSW Zorgverzekeraar in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

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

16.1 Vergoeding mondzorg Oekraïners

Ontheemden maken op basis van de RMO aanspraak op tandheelkundige zorg.

- Kinderen tot 18 jaar: alle hulp conform basisverzekering, behalve kroon- en brugwerk en orthodontie.
- Volwassen Oekraïners van 18 jaar en ouder: hulp die is opgenomen in de lijst 'Noodhulplijst'.

16.2 Machtigingen aanvragen

In een aantal gevallen is het noodzakelijk om voorafgaand aan de behandeling een machtiging aan te vragen. Dat geldt bijvoorbeeld in de volgende situaties:

- als de hulp aan een volwassene boven € 250 per jaar aan mondzorgkosten uitkomt;
- een volledig kunstgebit in boven- en/of onderkaak;
- bijzondere tandheelkunde;
- behandeling onder algehele anesthesie;

Voor een machtiging is een overeenkomst noodzakelijk. Zie ook 16.15.

16.3 Omschrijving noodhulp

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

16.4 De RMO 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

16.5 Tolkendienst

Voor mondzorgverleners is de tolkdienstverlening van Acolad beschikbaar. Dit kan als volgt:

- Ad hoc via het klantportaal of via de app van Acolad (te vinden op de appstore) zonder tussenkomst van het callcenter, rechtstreeks en binnen 3 minuten. Of telefonisch op nummer 020-380 81 84.
- Gereserveerde telefonische tolkdienst, kan worden aangevraagd via het klantportaal of de app.

16.6 Wie vallen er onder de regeling RMO?

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

16.7 Waaraan is een RMO-verzekerde herkenbaar?

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

16.8 Kunstgebitten

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

16.9 Eigen bijdrage

De kosten worden volledig vergoed door het Ministerie van Justitie en veiligheid zonder dat er sprake is van een eigen bijdrage of eigen risico.

16.10 Declareren

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

16.11 Bereikbaarheid

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

16.12 Vragen over de RMO

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

16.13 Vragen over machtigingen en declaraties

declaraties@rmoekraïne.nl
machtigingen@rmoekraïne.nl

Administratie RMO

Postbus 84
3100 AB Schiedam
info@rmoekraïne.nl

16.14 Opmerkingen

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

16.15 Overeenkomst

Zowel voor de behandeling van jeugdigen onder de 18 jaar als van volwassenen van 18 jaar en ouder is een overeenkomst noodzakelijk. Uitzondering hierop is een éénmalige spoedeisende behandeling waarvan de kosten onder € 250 blijven.

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

17.0 Onverzekerbare vreemdelingen

17.1 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.

17.2 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).

17.3 Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen

Alle tandartsen kunnen een beroep doen op de Regeling. Het CAK geeft alleen een bijdrage voor zorg die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet of onder de aanspraken van de Wet langdurige zorg valt.

Tandartsen kunnen daardoor alleen een bijdrage krijgen voor:

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

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

17.4 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)

17.5 Contactgegevens CAK

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

17.6 Websites

https://www.hetcak.nl/Regeling_onverzekerbare_vreemdelingen
www.lampion.info

Bijlage 1 : Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7 Mondzorg

Lid 1

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

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

Lid 2

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

Lid 3

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

Lid 4

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

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

Lid 5

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

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

Lid 6

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

Artikel 2.16a

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

Artikel 2.1

Lid 2

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

Lid 3

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

Bijlage 2 : Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31 Eigen bijdragen mondzorg

Lid 1

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

Lid 2

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

Lid 3

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

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

Lid 4

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

Bijlage 3 : Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4 Het eigen risico. Artikel 19

Lid 1

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

Bijlage 4 : Besluit langdurige zorg

Hoofdstuk 3. Paragraaf 1. Artikel 3.1.1.

Lid 1d 5°

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

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

5°. tandheelkundige zorg;

Bijlage 5 : Regeling langdurige zorg

Artikel 2.4

Lid 1

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

Lid 2

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

Lid 3

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

Bijlage 6 : Indicatieve lijst orthodontie 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 objectieerbare functiestoornissen. Veelal zal van een interdisciplinaire behandeling sprake zijn. Te denken valt aan de volgende afwijkingen:

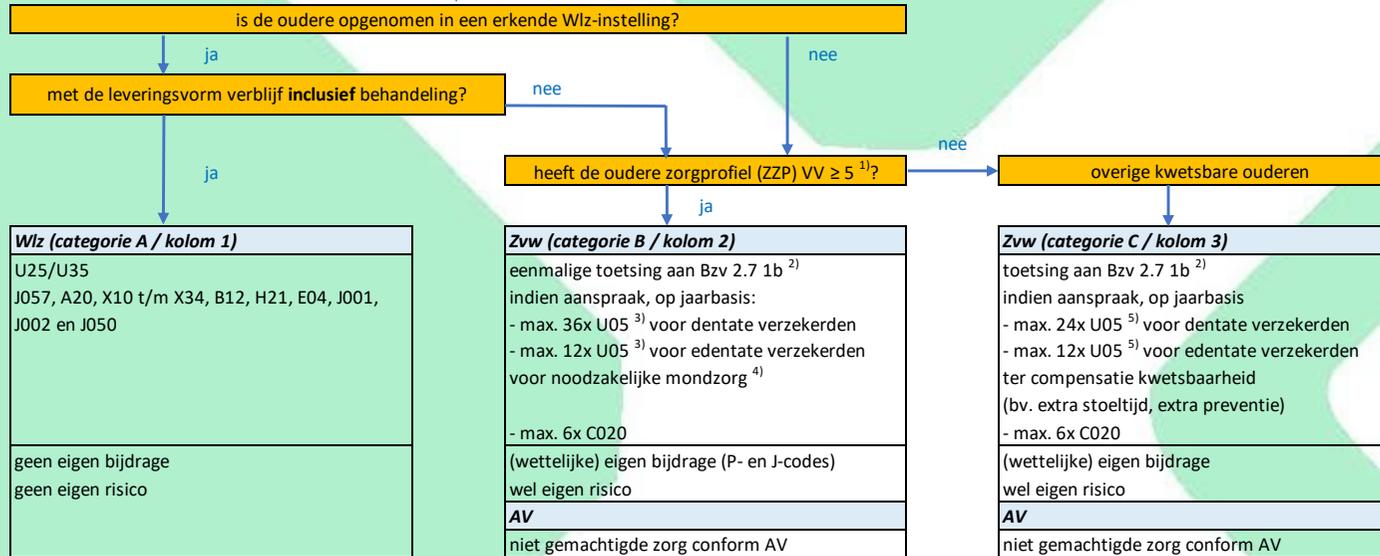
- Oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren;
- Mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm;
- Distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm waarbij geen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

NB. Dit betreft een indicatieve en geen limitatieve lijst.

Bijlage 7 : stroomschema kwetsbare ouderen

Versie 25 november 2022

kwetsbare oudere met een CIZ-indicatie voor een zorgprofiel V&V



Wlz (categorie A / kolom 1)
U25/U35 J057, A20, X10 t/m X34, B12, H21, E04, J001, J002 en J050
geen eigen bijdrage geen eigen risico

Zvw (categorie B / kolom 2)
eenmalige toetsing aan Bzv 2.7 1b ²⁾ indien aanspraak, op jaarbasis: - max. 36x U05 ³⁾ voor dentate verzekerden - max. 12x U05 ³⁾ voor edentate verzekerden voor noodzakelijke mondzorg ⁴⁾ - max. 6x C020
(wettelijke) eigen bijdrage (P- en J-codes) wel eigen risico
AV niet gemachtigde zorg conform AV

Zvw (categorie C / kolom 3)
toetsing aan Bzv 2.7 1b ²⁾ indien aanspraak, op jaarbasis - max. 24x U05 ⁵⁾ voor dentate verzekerden - max. 12x U05 ⁵⁾ voor edentate verzekerden ter compensatie kwetsbaarheid (bv. extra stoeltijd, extra preventie) - max. 6x C020
(wettelijke) eigen bijdrage wel eigen risico
AV niet gemachtigde zorg conform AV

¹⁾ Dit betreft de zorgprofielen VV5, VV6, VV7 en VV8 met de leveringsvorm verblijf (exclusief behandeling), VPT, MPT of PGB.

²⁾ Voor aanspraak op bijzondere tandheelkunde volgens art 2.7 1b is een machtiging noodzakelijk. Hierbij kunnen de CIZ indicatie voor zorgprofiel en ZZP 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 verzekerde 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).

³⁾ U05 betreft stoeltijd. De behandelingen die onder noodzakelijke mondzorg vallen worden uitsluitend met U05 gedeclareerd. Voor partiële en volledige protheses en voor implantaat gedragen protheses gelden de reguliere P- en J-codes. Zo nodig kan daarbij extra tijd aangevraagd worden als de verzekerde moeilijk behandelbaar is.

⁴⁾ Noodzakelijke mondzorg kan bestaan uit controles, preventie, vullingen en extractie. Het gaat om mondzorg met eenvoudige middelen.

⁵⁾ Als het om extra tijd gaat vanwege moeilijke behandelbaarheid wordt U05 gecombineerd met de prestatiecodes voor de uitgevoerde behandelingen. Als het om extra preventie bovenop de reguliere preventie gaat, wordt dit uitsluitend met U05 gedeclareerd.