

➤ *Vademecum basispakket*
Tandheelkunde en Wlz

Colofon

> **Uitgave**

Vademecum basispakket Tandheelkunde en Wlz is een uitgave van:

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

> **Expertgroep Vademecum**

- > W.A. van Geest, KNMT
- > N.F.J. Thielen, ZN
- > N. Kerkhof, CAT
- > H. Dellelijn, ANT
- > R. Neumann, KNMT
- > Commissie Bijzondere Zorggroepen, KNMT

> **Vormgeving**

JCP Groep, IJsselstein (www.jcpgroep.nl)

> **Eindredactie**

KNMT

> **Disclaimer**

De inhoud van het vademecum is tot stand gekomen in samenwerking tussen KNMT, CAT, ZN en ANT.

Het is een initiatief van deze partijen om de informatie over het onderdeel mondzorg in de basisverzekering en Wlz te bundelen en toegankelijk weer te geven. Uiteindelijk zijn de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars leidend.

© Expertgroep Vademecum, Nieuwegein 2017

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| > Vademecum basispakket Tandheelkunde en Wlz | 7 |
| > Geschiedenis | 7 |
| > Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar | 7 |
| > Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder | 7 |
| > Bijzondere tandheelkunde | 7 |
| > Max-max-tarieven | 8 |
| > Basispakket jeugd tot 18 jaar | 9 |
| > Waarop heeft de jeugdige verzekerde wel recht vanuit de basisverzekering? | 9 |
| > Waarop heeft de jeugdige verzekerde geen recht vanuit de basisverzekering? | 9 |
| <i>Kroon- en brugwerk</i> | 9 |
| <i>Implantaten</i> | 10 |
| <i>Orthodontie</i> | 10 |
| <i>Gebits- of mondbeschermer</i> | 10 |
| <i>Uitwendig bleken</i> | 10 |
| > Websites | 10 |
| > MKA-chirurgische hulp | 11 |
| > Verzekerde kaakchirurgische hulp | 11 |
| > Toestemming | 11 |
| > Eigen risico | 11 |
| > Bijzondere tandheelkunde | 12 |
| > Omschrijving bijzondere tandheelkunde | 12 |
| > Bijzondere tandheelkunde voor gewone mensen | 13 |
| <i>Eigen bijdrage</i> | 13 |
| > Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen | 14 |
| > Angstscorelijsten | 14 |
| > Medisch gecompromitteerde patiënten | 15 |
| > Implantologie | 16 |
| > Orthodontie | 16 |
| > Indicatieve lijst | 16 |
| <i>Congenitale afwijkingen</i> | 17 |
| <i>Ziekten en andere verworven afwijkingen</i> | 17 |
| <i>Malocclusies, gepaard gaande met of leidend tot ernstige objectiveerbare functiestoornissen.</i> | 17 |
| > Websites | 17 |

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

| | |
|---|-----------|
| > Asielzoekers | 27 |
| > Regeling Zorg Asielzoekers (RZA) | 27 |
| > Omschrijving noodhulp | 27 |
| > De RZA hanteert de volgende noodhulplijst | 27 |
| > Wie vallen er onder de regeling RZA? | 27 |
| > Waaraan is een RZA-verzekerde herkenbaar? | 28 |
| > Protheses | 28 |
| > Eigen bijdrage asielzoekers | 28 |
| > Gebruik Tolken dienst | 28 |
| > Declareren | 28 |
| > Bereikbaarheid | 28 |
| | |
| > Onverzekerbare vreemdelingen | 32 |
| > Algemeen | 32 |
| > Regeling illegalen | 32 |
| > Tandheelkunde en de Regeling illegalen | 32 |
| > Waar declareert u uw kosten? | 33 |
| > Contactgegevens Zorginstituut Nederland | 33 |
| > Websites | 33 |
| | |
| > Trefwoordenregister | 34 |



> **Vademecum basispakket Tandheelkunde en Wlz**

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

> **Geschiedenis**

Tot 2001 werd door de NMT en de voormalige ziekenfondsen, later ondersteund door het College voor zorgverzekeringen (CVZ), gezamenlijk het Vademecum Tandheelkunde uitgegeven in boekvorm. Met de komst van de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) is een geheel nieuwe situatie ontstaan.

Vanouds stond in het Vademecum Tandheelkunde alle relevante informatie betreffende de aanspraak volgens de Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering. Deze informatie werd aangevuld met uitvoeringsbepalingen en beschrijvingen van allerlei procedures rondom verstrekkingen, machtigingen en formularia om een en ander gestructureerd te laten verlopen. Zowel Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties (toen alleen de NMT) hechtten grote waarde aan zorgvuldige beschrijvingen.

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

> **Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar in principe integrale zorg met een aantal uitzonderingen zoals kroon- en brugwerk, implantologie en orthodontie. Een aantal bijzonderheden staan beschreven op pagina 9 en 10.

> **Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties door de kaakchirurg. Daarnaast betreft het ook uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak. Overige mondzorg kan meer of minder een onderdeel zijn van aanvullende verzekeringen (met gevarieerde polisvoorwaarden).

> **Bijzondere tandheelkunde**

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

> **Max-max-tarieven**

Max-max tarieven bieden de mogelijkheid om innovaties, extra kwaliteit en/of service te belonen door een hoger tarief. Voorwaarde voor het in rekening brengen van het max-max-tarief is in alle gevallen een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar. De maximumtarieven kunnen met ten hoogste 10% worden verhoogd. Het max-max-tarief kan niet in rekening worden gebracht bij niet-verzekerden. Dus de extra 10% wordt door de zorgverzekeraar betaald, mensen zonder tandartsverzekering hoeven niet extra te betalen. Voor de ene patiënt is het tarief dus hoger dan voor de andere.

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

> Basispakket jeugd tot 18 jaar

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

In principe heeft de jeugdige verzekerde tot 18 jaar, zoals beschreven in artikel 2.7 lid 4 van het Besluit zorgverzekering, recht op integrale mondzorg (alle tandheelkundige hulp). Voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1 lid 3, Besluit zorgverzekering). Er zijn echter uitzonderingen.

Verzekerden tot 23 jaar (dit was tot 1 januari 2017 tot 18 jaar) hebben recht op fronttandvervangings met implantaten, indien een snij- of hoektand niet is aangelegd of voor het 18e levensjaar in zijn geheel verloren is gegaan als gevolg van een ongeval.

> Waarop heeft de jeugdige verzekerde **GEEN** recht vanuit de basisverzekering?

1. **Kroon- en brugwerk:** tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of fronttandvervangings in het geval van vervangings 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, roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening.
2. **Implantaten:** tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of fronttandvervangings in het geval van vervangings 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.
3. **Orthodontische hulp, inclusief de bijbehorende röntgenfoto's:** tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft.
4. **Gebitsbeschermer/mondbeschermer:** tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft.
5. **Uitwendig bleken.**
6. **Beslijpen en/of behandelen melkelement (Mo5).** Het Zorginstituut heeft in haar brief van 31-01-2013 met kenmerk ZA2013021999 geoordeeld dat Mo5 naar aard en omvang geen aanspraak betreft voor de jeugd.

> Kroon- en brugwerk

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

1. De opbouw met plastisch materiaal; omdat jeugd aanspraak heeft op "restauratie van gebitselementen met plastische materialen" (artikel 2.4, vierde lid, sub i van het Besluit zorgverzekering)
2. Eventueel kroon- en brugwerk in het kader van de fronttandvervangings (tot 23 jaar). In artikel 2.7 lid 4 sub l van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat wel aanspraak bestaat op vervangings van fronttanden wanneer deze niet zijn aangelegd of als gevolg van een ongeval verloren zijn gegaan. In dat artikel is niet geregeld hoe de fronttandvervangings tot stand komt. Dat houdt in dat meerdere wijzen van vervangings onder de aanspraak kunnen vallen. Veelal hebben zorgverzekeraars in hun polis bepaald dat voor deze hulp vooraf toestemming (machtiging) moet worden aangevraagd. De afwijking moet voor het 18de levensjaar zijn gemeld bij de verzekeraar. De verzekerde ontvangt een bevestiging van deze melding. Hiermee kan de verzekerde te zijner tijd zijn aanspraak te gelde maken, echter maximaal tot en met het 22ste levensjaar.
3. Roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening als verstrekking voor de jeugd, bedoeld als semipermanente voorziening.

> Implantaten

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

Let op!

In het geval van fronttandvervanging (artikel 2.7 lid 4 sub l van het Besluit zorgverzekering) kan wel aanspraak bestaan op implantaten. Hiervoor is veelal eerst toestemming van de zorgverzekeraars vereist.

In het kader van de tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen kan zeker aanspraak op implantaten bestaan. Het is verstandig te overwegen of de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen en daarover eventueel te overleggen met de adviserend tandarts.

> Orthodontie

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

Let op!

In het geval van een zeer ernstige tandheelkundige handicap kan aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaan. Om de aanspraken hierop te toetsen gebruiken adviserend tandartsen de zogenoemde '*indicatieve lijst*'. Deze lijst is opgenomen op pagina 16 van dit document.

> Gebits- of mondbeschermer

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

Let op!

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

> Fluoride applicatie

Fluoride-applicaties worden vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen maximaal twee keer per jaar vanuit de basisverzekering vergoed, tenzij meer keren per jaar nodig is.

> Uitwendig bleken

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

> Websites

Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl (pakket -> zvw-zorgkompas -> mondzorg)

NZa: <http://www.nza.nl/regelgeving/tarieven/>

> MKA-chirurgische hulp

> Verzekerde kaakchirurgische zorg

- > Jeugdige verzekerden tot 18 jaar hebben krachtens artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten (zie ook pagina 9).
- > Volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder hebben krachtens artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering aanspraak op chirurgische hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek. Uitzondering hierop zijn ongecompliceerde extracties, parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. Als bij een patiënt sprake is van een ernstig geresorbeerde processus alveolaris in de onder- of bovenkaak, kan deze patiënt aanspraak maken op implantologie, mits de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare volledige prothetische voorziening. Zie ook het hoofdstuk Bijzondere Tandheelkunde.

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

> Toestemming

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

> Eigen risico

De kosten voor de MKA-chirurg, die worden vergoed vanuit de basisverzekering, vallen onder het wettelijk eigen risico van de patiënt (minimaal € 385,- in 2017).

> Bijzondere tandheelkunde

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

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

> Omschrijving bijzondere tandheelkunde

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

kort en bondig: bijzondere tandheelkunde voor 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 uitneembare volledige prothese;

kort en bondig: implantaten in een tandeloze onder- of bovenkaak waarbij sprake is van ernstige resorptie en waarbij de implantaten dienen voor de bevestiging van een uitneembare volledige prothese

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

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

› **Bijzondere tandheelkunde voor gewone mensen**

Dit betreft tandheelkunde die vaak heel eenvoudig in de algemene praktijk kan worden uitgevoerd. Bijzondere tandheelkunde wil niet zeggen dat het moeilijke tandheelkunde is; het gaat niet om de moeilijkheidsgraad van de te verrichten handelingen, doch om de aanspraak die de verzekerde/patiënt maakt op bijzondere tandheelkunde.

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

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

Eigen bijdrage

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

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

Voor een 'normale' mucosaal gedragen gebitsprothese geldt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten.

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

Daarnaast geldt een verplichte eigen bijdrage van 10% voor reparaties en rebasing van gebitsprothesen. Vanuit sommige aanvullende verzekeringen wordt deze eigen bijdrage (deels) vergoed. Zorgverzekeraars kunnen hebben bepaald dat niet het volledige bedrag wordt vergoed wanneer men naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Er kan dan sprake van een restitutiekorting.

> Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen

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

Te denken valt aan mensen met een:

1. Verstandelijke beperking

De grondgedachte hierbij is dat mensen met een verstandelijke beperking anders functioneren waardoor behandeling meestal onevenredig veel tijd kost.

2. Psychische of psychiatrische aandoening

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

> Angstscorelijsten

Voor volwassenen geldt dat de angst kwalitatief en kwantitatief – vooraf – is vast te stellen door middel van gevalideerde angstscorelijsten en voorts ook tijdens het eerste consult waarin de tandarts een angstanamnese afneemt.

De in dit verband relevante lijsten zijn:

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

Voor mensen met een extreme kokhalsneiging is heel vaak psychologische begeleiding geïndiceerd, zodat verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde veelal noodzakelijk is. Mensen met een ernstige psychiatrische afwijking zijn niet zelden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Als iemand langer dan 3 jaar is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis zal deze patiënt(e) worden behandeld onder de regeling van de Wlz. Korter geldt de normale (aanvullende) verzekering en kan in voorkomende gevallen een beroep worden gedaan op de bijzondere tandheelkunde.

3. Lichamelijke beperking

Dit is veruit de meest lastige groep mensen om goed te beoordelen of er wel of geen aanspraak is op bijzondere tandheelkunde. Een lichamelijke handicap moet in ieder geval leiden tot een veel langere behandelingstijd dan normaal. Hierbij valt te denken aan iemand die blind of doof is, of bijvoorbeeld mensen met een ernstige vorm van spasticiteit, of mensen met een vergevorderde vorm van Parkinson. Bij deze voorbeelden gaat alles naadloos over in:

4. Medische aandoening

Dit betreft mensen met een medische aandoening waardoor de tandheelkundige behandeling bemoeilijkt wordt of waarbij een tandheelkundige behandeling noodzakelijk is die zonder die medische aandoening niet nodig zou zijn geweest.

Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen die zijn bestraald in het hoofd-halsgebied, mensen met hiv/aids of slecht instelbare diabetes, of gebruik van bepaalde medicaties waarvan de gevolgen voor gebit en parodontale weefsels evident zijn zonder dat de patiënt daar verantwoordelijkheid voor kan dragen.

Eigen bijdrage

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 handicap is dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kan worden en dat het daarom ook niet redelijk is deze verzekerden een bijdrage te laten betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheelkundige zorg.

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

De bijdrage is 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 patiënt zich in de algemene praktijk meldt, dan dient de declaratie naar de zorgverzekeraar te geschieden met het uurtarief onder aftrek van de patiënt in rekening gebrachte codes.

Simpel voorbeeld:

Er is door de zorgverzekeraar een machtiging afgegeven voor 72 x U05.

Factelijk heeft de behandeling vijf uur en een kwartier geduurd, waarbij drie drievlaksvullingen, twee éénvlaksvullingen en vier extracties zijn verricht.

Declareren aan patiënt:

3 x V93

2 x V92

2 x H11, 2 x H16

Declareren aan zorgverzekeraar:

63 x U05 met aftrek van bovenstaande codes

> Medisch gecompromitteerde patiënten

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

Voorbeelden: patiënten wachtend op een transplantatie of een hartklepprothese. De mond dient dan ontstekingsvrij te worden gemaakt, vaak door totaalextractie. De extracties vallen dan onder de bijzondere tandheelkunde, zonder eigen bijdrage. Voor de uitneembare volledige gebitsprothese geldt de wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van 25% van de kosten.

> Implantologie

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

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

Het plaatsen van implantaten is veelal aan een toestemmingsvereiste onderhevig waarover zorgverzekeraars en tandartsen nadere afspraken kunnen maken. Voor een uitneembare volledige gebitsprothese op tandheelkundige implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% in de bovenkaak. Voor de combinatieprothese J50 betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 17% over de J50 (de prothese, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten) en 8% respectievelijk 10% over de mesostructuur (de vaste verbinding tussen het implantaat en de prothese, inclusief honorarium en techniek- en materiaalkosten). Dezelfde percentages zijn van toepassing bij een omvorming met de benodigde toeslagen.

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

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

> Orthodontie

Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde wanneer er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Bij de aanspraak op orthodontie gaat het met name om ingrijpende orthodontische behandelingen bij patiënten met een schisisafwijking en bij patiënten met vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen. Indien bij prenatale diagnostiek is vastgesteld dat er sprake is van een cheilo-, gnatho-, of palatoschisis heeft de moeder recht op een prenataal consult orthodontie onder de regeling van de bijzondere tandheelkunde. Ook valt te denken aan gecombineerde orthodontische en chirurgische tandheelkundige behandeling van specialistische aard (osteotomie). Voorwaarde is dat het de behandeling van een zeer ernstige afwijking betreft die vergelijkbaar is met een schisisafwijking waarvoor de chirurgische tandheelkundige behandeling van specialistische aard is geïndiceerd en daadwerkelijk plaatsvindt.

> Indicatieve lijst

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

In de indicatieve lijst zijn opgenomen:

Congenitale afwijkingen

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

Ziekten en andere verworven afwijkingen

- > juveniele rheumatoïde artritis;
- > hormonale stoornissen voor zover deze invloed hebben op de groei van het craniofaciale complex, bijv. groeihormoon deficiënties, pubertas praecox;
- > verstoorde groei van het craniofaciale complex ten gevolge van radiotherapie of chirurgische therapie op jonge leeftijd in verband met een oncologische afwijking;
- > progressief groeiende lymphangiomen en haemangiomen;
- > ankylosis van het kaakgewricht;
- > hyperplastische groei van één of beide condyli;
- > trauma van het kaakstelsel waarvoor orthodontische begeleiding nodig is (niet zijnde trauma van gebitselementen!).

Malocclusies, gepaard gaande met of leidend tot ernstige objectiveerbare functiestoornissen

Veelal is sprake van een interdisciplinaire behandeling zoals:

- > agenesie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren;
- > mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm;
- > distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm;
- > laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat;
- > transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen;
- > zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium.

> **Eigen risico**

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

> **Websites**

<http://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/mondzorg>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2010/1003-tandheelkundige-zorg-voor-medisch-gecompromitteerden/1003-tandheelkundige-zorg-voor-medisch-gecompromitteerden/Tandheelkundige+zorg+voor+medisch+gecompromitteerden.pdf>

Standpunt CvZ (ZiN) m.b.t. tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden.

> **Uitneembare volledige gebitsprothese**

In artikel 2.7 lid 5b van het Besluit zorgverzekering staat dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder ook de levering van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak onder de aanspraak valt. Dit betreft nieuwe uitneembare volledige gebitsprothesen in de boven- en/of onderkaak, het rebasen van en/of reparaties aan bestaande volledige gebitsprothesen, alsmede het uitbreiden van bestaande partiële gebitsprothesen tot volledige gebitsprothesen. Ook de tijdelijke voorziening (prothese) voor langere periode valt onder deze regeling.

> **Aanvullend onderzoek prothetische en restauratieve zorg**

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

> **Omschrijving omvang volledige prothese**

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

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

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

> **Eigen bijdrage volledige prothese**

De kosten komen voor 75% ten laste van de basisverzekering en vallen dus onder het wettelijke eigen risico van de patiënt. De resterende 25% is voor rekening van de verzekerde. In aanvullende verzekeringen kunnen vergoedingen van de eigen bijdrage zijn opgenomen.

> **De rebasing**

De kosten van een rebasing (codes Po1, Po2, Po3 en Po4 alsmede de met de rebasing verband houdende techniekkosten) komen voor 100% ten laste van de basisverzekering, echter met een verplichte eigen bijdrage van 10% voor de verzekerde. Wanneer een rebasing wordt uitgevoerd binnen twee maanden na plaatsing van een nieuwe gebitsprothese, dan behoren de kosten van de rebasing tot de garantie en zijn deze niet in rekening te brengen, noch in het kader van de basisverzekering, noch direct bij de verzekerde.

> **Tissue conditioning**

Het aanbrengen van een tissue conditioner in een bestaande volledige onder- of bovengebtsprothese valt onder de aanspraak van verzekerden en wordt 90% uit de basisverzekering vergoed. De tissue conditioning om het mondslijmvlies in betere conditie te brengen alvorens de definitieve afdruk wordt genomen voor de nieuw te vervaardigen gebitsprothese, behoort eveneens tot de aanspraak en wordt voor 90% uit de basisverzekering vergoed. Wanneer de tissue conditioning wordt gebruikt als alternatief voor een rebasing van een recent afgeleverde gebitsprothese, dan is deze tissue conditioning de eerste twee maanden na afleveringsdatum van de gebitsprothese niet in rekening te brengen, noch bij de basisverzekering, noch bij de verzekerde.

› Precisieverankeringen

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

- › de overkappingsprothese zelf valt onder de vergoeding van de basisverzekering (75%);
- › de kosten van de precisieverankeringen, zowel het gedeelte op de overkapte wortels als de verankering in de gebitsprothese (zowel matrix- als matrixdeel), alsmede alle met de precisieverankeringen verband houdende techniek- en materiaalkosten, zijn voor rekening van de verzekerde.

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

› De volledige gebitsprothese op implantaten

Krachtens artikel 2.7 lid 2 van het Besluit zorgverzekeringswet heeft een verzekerde aanspraak op een implantaatgedragen uitneembare overkappingsprothese indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Er bestaat in die gevallen tevens aanspraak op het aanbrengen van implantaten en de vervaardiging van het vaste gedeelte van de mesostructuur. De vergoeding vanuit de basisverzekering is dan 100% (met eigen bijdrage).

Patiënten waarbij er geen indicatie is voor een klikgebit en dit desondanks willen hebben, dienen de benodigde implantaten volledig zelf te bekostigen. De daarop te plaatsen meso- en suprastructuur valen onder de basisverzekering (met eigen bijdrage). Voor de overkappingsprothese op implantaten (meso- en suprastructuur) in de onderkaak of bovenkaak geldt een wettelijke eigen bijdrage van respectievelijk 10% of 8%. Daarnaast geldt een verplichte eigen bijdrage van 10% voor reparaties en rebasing van gebitsprothesen.

› Overgang van partiële prothese naar volledige gebitsprothese

Het uitbreiden van een bestaande partiële prothese tot een volledige prothese – al of niet immmediaat – valt onder de aanspraak. De basisverzekering vergoedt 75% van de betreffende codes (P78, techniekkosten en indien van toepassing een of meerdere malen P40). P40 kan maximaal 8x per kaak worden berekend.

› Toestemmingsvereiste

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

› Bezoek ten huize van verzekerde

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

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

› De reparatie

De kosten van een reparatie (codes P07, P08 alsmede de met de reparatie verband houdende techniekkosten) komen voor 100% ten laste van de basisverzekering. Uiteraard dient rekening te worden gehouden met de verplichting, een nazorggarantie te verlenen tot minimaal 2 maanden na aflevering van een nieuwe gebitsprothese. Reparaties (P07, P08, P57 en P58) kunnen alleen binnen twee maanden na plaatsing worden gedeclareerd indien sprake is van onzorgvuldig gebruik door de patiënt.

> Indicatiestelling implantaten voor protheses

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

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

Volgens de polisvoorwaarden van bijna alle zorgverzekeraars is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar nodig. De tandarts zal bij zijn aanvraag een schriftelijke motivering, een behandelingsplan en een kostenbegroting moeten voegen. Uit de motivering moet blijken dat de prothetische mogelijkheden om het retentieprobleem op te lossen zijn uitgeput en dat er dus sprake is van een onbetwiste indicatie voor implantologie. Aanspraak op een implantaatgedragen prothese bestaat alleen als redelijkerwijs plaatsing van een adequaat functionerende normale gebitsprothese niet meer mogelijk is.

> Eigen bijdrage

> Wettelijk eigen bijdrage (EB)

In het Besluit zorgverzekering is de verzekerde hulp voor zowel de volwassen als de jeugdige verzekerde tot 18 jaar vastgelegd. In het kader van de bijzondere tandheelkunde en voor – al dan niet implantaatgedragen – uitneembare volledige (overkappings)protheses heeft de minister bepaald dat in een aantal gevallen sprake is van een wettelijke eigen bijdrage. Deze wettelijke eigen bijdrage is vastgelegd in paragraaf 1.5 artikel 2.31 van de Regeling zorgverzekering.

> Patiënten die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub a: tandheelkundig gehandicapten

Vanaf 1 januari 2012 moeten deze patiënten een eigen bijdrage betalen voor prestaties die niet in relatie staan tot hun tandheelkundige handicap. Wanneer bijvoorbeeld een gaatje in de onderkaak bij een patiënt met een schisis niet het gevolg is van de schisis, dan moet de patiënt voor het vullen daarvan een eigen bijdrage betalen ten hoogte van het bedrag dat iemand zou moeten betalen zonder die tandheelkundige handicap. Bijvoorbeeld voor een frameprothese ter overbrugging van de schisis is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Uitgangspunt hierbij is dat verzekerden met een 'tandheelkundige handicap' financieel niet bevoordeeld mogen worden ten opzichte van patiënten zonder die aandoening. Het is daarnaast een formele bevestiging van wat momenteel in de praktijk al gebeurt (bijvoorbeeld het vullen van dat gaatje bij een patiënt met een schisis gebeurt lang niet altijd binnen de setting van bijzondere tandheelkunde).

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

De lichamenlijke of geestelijke 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 lichamenlijke of geestelijke handicap is dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kan worden en dat het daarom ook niet redelijk is deze verzekerden een bijdrage te laten betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheelkundige zorg.

Angstpatiënten betalen al een eigen bijdrage en blijven dit ook doen. Per 1 januari 2012 zijn zij voor alle prestaties een eigen bijdrage verschuldigd. Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage blijft het uitgangspunt wat de patiënt had moeten betalen wanneer hij/zij niet extreem angstig was geweest.

Dit betreft een bevestiging van hoe hier in de praktijk al wel mee wordt omgegaan en het formeel rechte trekken van de onwenselijke situatie dat angstpatiënten geen eigen bijdrage verschuldigd zouden zijn voor bijvoorbeeld kroon- en brugwerk.

Voorbeeld:

Er is door de zorgverzekeraar een machtiging afgegeven voor 6 x U10.

Factueel heeft de behandeling vijf uur en een kwartier geduurd, waarbij drie drievlaksvullingen composiet, twee éénvlaksvullingen composiet en vier extracties zijn verricht.

Bij de patiënt wordt gedeclareerd:

3 x V93, 2 x V92, 2 x H11 en 2 x H16.

Bij de verzekeraar wordt gedeclareerd:

5 x U10 en 3 x U05, onder aftrek van bovengenoemde verrichtingencodes.

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

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

> Uitneembare volledige protheses in het kader van de bijzondere tandheelkunde

Voor uitneembare volledige protheses die geleverd worden in het kader van de bijzondere tandheelkunde is de volwassen verzekerde een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25%. Ook de implantaatgedragen volledige prothese valt onder de bijzondere tandheelkunde en kent voor de volwassen verzekerde een wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en 10% voor de onderkaak..

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

> Normale uitneembare volledige protheses

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

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

> Eigen risico

Wettelijk eigen risico (ER)

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

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

> Wet langdurige zorg (voorheen AWBZ-mondzorg)

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

> Aanspraak op Wlz-mondzorg

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

De Wlz-instelling draagt er zorg voor dat de behandelend zorgaanbieder geïnformeerd wordt over het recht van de patiënt op tandheelkundige zorg in het kader van de Wlz (verder te noemen Wlz-mondzorg). Het verdient aanbeveling hierover duidelijke afspraken te maken, zodat u niet achteraf wordt geconfronteerd met een afgewezen declaratie. De instelling is wettelijk verplicht een zorgplan op te stellen voor iedere Wlz-gerechtigde patiënt. De mondzorg behoort integraal onderdeel uit te maken van dit zorgplan, zowel voor wat betreft de verzorging als voor de eventueel benodigde overige mondzorg.

> Inhoud van de Wlz-mondzorg

De aanspraak op mondzorg omvat volledige zorg. De aanspraak kan tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Voor deze zorg is geen aparte eigen bijdrage naast de Wlz -eigen bijdrage verschuldigd.

Let op!

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

> Toestemmingsvereiste Wlz

Voor het verkrijgen van tandheelkundige zorg, die vergelijkbaar is met bijzondere tandheelkunde is vooraf toestemming van het zorgkantoor nodig. Het zorgkantoor is de uitvoerder van de Wlz

> Geldigheid aanspraak na beëindiging verblijf

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

> Aanspraak op mondverzorging

De functie persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (lichaamsgebonden zorg). Kenmerk is het stimuleren, aanleren en opheffen of compenseren van tekorten in de zelfredzaamheid op het gebied van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Ook de mondverzorging valt hieronder. Gezien de koppeling van de aanspraak op tandheelkundige zorg aan de functie behandeling met verblijf in één en dezelfde instelling zal de instelling aan de meeste bewoners ook de functie persoonlijke verzorging leveren, die vastgelegd dient te zijn in het zorgplan. Dit geldt zowel voor de persoonlijke mondverzorging, als voor de professionele tandheelkundige ondersteuning.

> Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen

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

> Het zorgkantoor

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

> Het CAK (Centraal Administratie Kantoor)

Het CAK is verantwoordelijk voor de centrale financiering van alle Wlz-zorgaanbieders. De betaalopdrachten hiervoor ontvangt het CAK van de zorgkantoren, nadat ze zijn gefiatteerd door zowel de instelling als het zorgkantoor. Informatie over het CAK: www.hetcak.nl/

> Werken in de Wlz

Het sluiten van een overeenkomst

Wanneer u gaat werken in een Wlz-instelling is het zinvol de met de instelling gemaakte afspraken schriftelijk vast te leggen in een overeenkomst. De KNMT heeft hiervoor een modelcontract ontwikkeld. Het model is voor leden van de KNMT opvraagbaar bij het bureau van de KNMT.

› Honorering Wlz

Het Wlz-uurtarief bij behandeling in de instelling

U kunt uw werkzaamheden als zorgaanbieder ten behoeve van patiënten met aanspraak op Wlz-mondzorg bij behandeling in de instelling declareren bij het Centraal Administratiekantoor, nadat deze zijn gefatteerd door de instelling en het Zorgkantoor, tegen een uurtarief op basis van werkbaar uren. Ook de indirecte tijd, die u ten behoeve van een individuele patiënt besteedt aan overleg met bijvoorbeeld een arts, een specialist of een centrum bijzondere tandheelkunde, alsmede de tijd die u besteedt aan het opstellen van een mondzorgplan of behandelplan van een patiënt zijn declarabel bij het zorgkantoor.

De werkbaar uren - uitgedrukt in eenheden van 5 minuten - kunnen met code U25 worden gedeclareerd. De NZa stelt geen prestatie vast voor de reiskosten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn vrij om hier onderling afspraken over te maken.

Het uurtarief bij behandeling in de eigen praktijk

Wanneer patiënten met aanspraak op Wlz-mondzorg in de eigen praktijk behandeld worden, kan per stoeluur (dus niet per werkbaar uur) code U35 in rekening worden gebracht. U35 is een tijdtarief uitgedrukt in eenheden van 5 minuten.

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

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

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

› Declaratiewijzer

Omdat er na de overgang van de AWBZ naar de Wlz in de declaratieprocedure niets is gewijzigd, blijft de 'Declaratiewijzer AWBZ' vooralsnog in gebruik. De Declaratiewijzer AWBZ-mondzorg geeft meer informatie over het declaratieproces:

www.knmt.nl/wlz

NB. Partijen streven naar digitalisering en uniformering van de aanvraag-, declaratie- en betaalprocessen voor Wlz-mondzorg. Er wordt naar gestreefd om de digitale en uniforme werkwijze per 1 juli 2017 te implementeren.

> Verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT)

Wanneer een tandheelkundige behandeling van een verzekerde met aanspraak op Wlz-mondzorg gezien de aard van de behandeling en/of de noodzaak van specifieke kennis en vaardigheden niet kan plaatsvinden in de instelling, kan verwezen worden naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een CBT wordt gekenmerkt door een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheid en vaardigheden, alsmede specifieke faciliteiten en ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met een bijzondere (tandheelkundige) problematiek, zo nodig in multidisciplinair verband.

Hebt u vastgesteld dat de betrokken patiënt voor centrumbehandeling in aanmerking komt, dan dient toestemming te worden gevraagd aan het zorgkantoor. Vindt behandeling in het centrum plaats, dan moet het centrum de declaratie indienen bij de Wlz-instelling op basis van het voor het centrum vigerende uurtarief. De instelling kan deze declaratie vervolgens via het zorgkantoor indienen bij het CAK.

> Uitvoeringsrichtlijnen centra bijzondere tandheelkunde

Door de vereniging Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) en het College van Adviserend Tandartsen (CAT) zijn in samenwerking met de KNMT Uitvoeringsrichtlijnen voor centra bijzondere tandheelkunde opgesteld. Hierin zijn onder meer criteria voor de beoordeling van een centrumindicatie nader uitgewerkt. Met name is vastgelegd in welke gevallen onbetwist sprake is van een centrumindicatie en derhalve zonder meer toestemming voor centrumbehandeling wordt gegeven. In de niet genoemde gevallen vindt beoordeling van de centrumindicatie per patiënt plaats aan de hand van de geconstateerde problematiek.

> Verdoving door middel van sedatie en door middel van anesthesie.

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

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

> Websites

| | |
|---------------------------|--|
| Besluit zorganspraken Wlz | www.wetten.overheid.nl |
| Algemene informatie | www.zorginstituutnederland.nl/pakket |
| Honoreringsregeling Wlz | www.nza.nl/regelgeving/tarieven |
| Adressen van zorgkantoren | www.zn.nl (zorgverzekeraars -> zorgkantoren) |
| Informatie over het CAK | www.hetcak.nl |

> Asielzoekers

Sinds 1 januari 2009 worden via de RZA (Regeling Zorg Asielzoekers) de ziektekosten vergoed voor asielzoekers waar de COA (Centrale Opvang Asielzoekers) de opvang voor regelt. Deze regeling wordt uitgevoerd door zorgverzekeraar Menzis.

> 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 betaalovereenkomst hebben met Menzis COA Administratie kunnen de zorg declareren.

De Praktijklijn is een landelijk georganiseerd medisch call center waar gediplomeerde praktijkassistenten en een huisarts werken. Bereikbaar via telefoonnummer 088 112 2 112.

> 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. De praktijklijn geeft bij het maken van de afspraak door hoeveel er voor deze patiënt al is gedeclareerd.

* Bijzondere tandheelkunde

* Behandeling onder narcose

Zie www.rzasielzoekers.nl/zorgsoorten/mondzorg.html

> Omschrijving noodhulp

Onder noodhulp wordt in dit verband verstaan: het verhelpen van acute ernstige pijnklachten en/of aanzienlijk verlies van de kauwfunctie, waarbij uitgangspunt voor de hulp is het met zo eenvoudig mogelijke middelen zoveel mogelijk behouden van de actuele functie van het gebit, inclusief het behoud van de aanwezige functionele elementen. Nadrukkelijk wordt hieronder niet gebitsregulering verstaan.

> De RZA hanteert de volgende noodhulplijst:

Consultatie en diagnostiek

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

Maken en/of beoordelen foto's

- > X10 Kleine röntgenfoto

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

- > M03 Gebitsreiniging, per 5 minuten

Verdoving

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

Vullingen V50 Droogleggen van elementen door middel van een rubberen lapje

- › V50 Droogleggen van elementen door middel van een rubberen lapje
- › V71 éévlaksvulling amalgaam
- › V72 Tweevlaksvulling amalgaam
- › V73 Drievlaksvulling amalgaam
- › V74 Meervlaksvulling amalgaam
- › V81 éévlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- › V82 Tweevlaksvulling Glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- › V83 Drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- › V84 Meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer
- › V91 Eévlaksvulling composiet
- › V92 Tweevlaksvulling composiet
- › V93 Drievlaksvulling composiet
- › V94 Meervlaksvulling composiet

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

- › E01 Wortelkanaalbehandeling consult
- › E04 Toeslag voor kosten bij gebruik van roterende nikkeltitanium instrumenten
- › E13 Wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal
- › E14 Wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen
- › E85 Elektronische lengtebepaling
- › E19 Insluiten calciumhydroxide of daarmee vergelijkbare desinfectans per element, per zitting
- › E77 Initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal
- › E78 Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal
- › E45 Aanbrengen rubberdam

Chirurgische ingrepen (inclusief anesthesie)

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

Kunstgebitten

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

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

Overig

- › C90 Niet nagekomen afspraak

› **Tolkendienst**

In het kader van de Regeling Zorg Asielzoekers is het mogelijk gebruik te maken van de diensten van een tolk. De tolkdienst kunt u aanvragen bij het Concorde Tolken. Concorde Tolken zal de gemaakte kosten rechtstreeks declareren bij het COA.

U kunt op drie manieren de hulp van een tolk inschakelen.

Voor alle gevallen is Concorde bereikbaar op 020 - 820 28 92.

U kunt uw aanvraag voor een gereserveerde telefonische tolkdienst of een tolkdienst op locatie ook sturen naar tolk@concorde.nl

1. Ad hoc telefonische tolkdienst

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

2. Gereserveerde telefonische tolkdienst, videoconferencing, conference call

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

3. Gereserveerde persoonlijke tolkdienst

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

Contactgegevens

Concorde Tolken

Burgemeester Haspelslaan 15

1181 NB Amstelveen

T 020 - 820 28 92

E tolk@concorde.nl

> **Wie vallen er onder de regeling RZA?**

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

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

> **Waarom is een RZA-verzekerde herkenbaar?**

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

> **Protheses**

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

> **Eigen bijdrage asielzoekers**

Voor de asielzoekers die in de centrale opvang, zoals een asielzoekerscentrum (AZC), zijn ondergebracht zijn eigen bijdragen niet van toepassing. Dit betekent dat de totale kosten bij de RZA-uitvoeringsinstantie in rekening kunnen worden gebracht.

> **Declareren**

Declaraties kunt u via Vecozo indienen via het Uzovi nummer 2650.

Het zorgpasnummer van de asielzoeker is hierbij leidend, een BSN is niet noodzakelijk.

Het declaratieteam is bereikbaar op telefoonnummer 088 112 2 122.

Postadres:

RZA declaraties

Postbus 50650

2505 LR 's-Gravenhage

F 088 112 2 132

E declaraties@rzasielzoekers.nl

> **Bereikbaarheid**

De ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland is onderdeel van MCA (Menzis COA Administratie).

Binnen deze organisatie zijn de volgende twee afdelingen opgericht.

Zorginkoop/vragen over de polisvoorwaarden

Postbus 405

6700 AK Wageningen

T 088 112 2 120

F 088 112 2 130

E zorginkoop@rzasielzoekers.nl

I www.rzasielzoekers.nl

Machtigingen

Postbus 405

6700 AK Wageningen

T 088 112 2 121

F 088 112 2 131

E machtigingen@rzasielzoekers.nl

I www.rzasielzoekers.nl

> Onverzekerbare vreemdelingen

> Algemeen

Sinds 1 juli 1998 is in de Koppelingswet bepaald dat vreemdelingen zonder verblijfsvergunning geen toegang hebben tot sociale verzekeringen. Hiermee hebben zij ook geen recht op een basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet. Randvoorwaarde bij de invoering van de Koppelingswet was dat medisch noodzakelijke zorg gewaarborgd zou blijven en dat de kosten hiervan niet onevenredig ten laste van de zorgaanbieders zouden komen. Tot 1 januari 2009 bestond hiervoor de Regeling Stichting Koppeling. Daarna is de regeling overgenomen door het Zorginstituut Nederland en per 1 januari 2017 door het CAK. Via deze regeling is geregeld dat zorgverleners een financiële bijdrage kunnen krijgen voor activiteiten ten behoeve van personen die geen toegang hebben tot de Zorgverzekeringswet.

> Regeling onverzekerbare vreemdelingen

De Regeling illegalen 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 illegalen aan de orde?

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

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

> Tandheelkunde en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen

Alle tandartsen kunnen een beroep doen op de Regeling.

Het CAK geeft alleen een bijdrage voor zorg die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet of onder de aanspraken van de Wet langdurige zorg valt. Tandartsen kunnen daardoor alleen een bijdrage krijgen voor:

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

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

> **Waar declareert u uw kosten?**

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

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

Zie <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen/vragen/bent-u-tandarts>

> **Contactgegevens CAK**

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

> **Websites**

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

www.lampion.info

Trefwoordenregister

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

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

knmt

Zorgverzekeraars Nederland



college adviserend tandartsen

ANT
ASSOCIATIE
NEDERLANDSE
TANDARTSEN