

➤ *Vademecum basispakket*
Tandheelkunde en AWBZ

Colofon

> **Uitgave**

Vademecum basispakket Tandheelkunde en AWBZ is een uitgave van:

- > Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- > Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- > College Adviserend Tandartsen (CAT)
- > Werkgroep Bijzondere Zorggroepen NMT
- > Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

> **Vademecumcommissie Tandheelkunde**

- > W.A. van Geest, voorzitter, NMT
- > J.J.M. Hillemans, ZN
- > G. Koopmans, CAT
- > J. Kruis, NMT
- > M.W.E. Tusschenbroek, ANT
- > W. Ph. L. van Ouwerkerk, Werkgroep Bijzondere Zorggroepen NMT

> **Vormgeving**

JCP Groep, IJsselstein (www.jcpgroep.nl)

> **Eindredactie**

NMT

> **Disclaimer**

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

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

© Vademecum Commissie, Nieuwegein 2012

Inhoudsopgave

> Vademecum basispakket Tandheelkunde en AWBZ	7
> Geschiedenis	7
> Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	7
> Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	7
> Bijzondere tandheelkunde	7
> Basispakket jeugd tot 18 jaar	8
> Waarop heeft de jeugdige verzekerde wel recht vanuit de basisverzekering?	8
> Waarop heeft de jeugdige verzekerde geen recht vanuit de basisverzekering?	8
<i>Kroon- en brugwerk</i>	8
<i>Implantaten</i>	9
<i>Orthodontie</i>	9
<i>Gebits- of mondbeschermer</i>	9
<i>Fluoride-applicaties bij kinderen jonger dan 6 jaar</i>	9
<i>Uitwendig bleken</i>	10
> Voorbereiding praktijkruimte ten behoeve van chirurgische verrichtingen (Hgo)	10
> Websites	10
> Kaakchirurgische hulp	11
> Verzekerde kaakchirurgische zorg	11
> Ongecompliceerde extractie door de kaakchirurg	11
> Voorbereiding praktijkruimte ten behoeve van chirurgische verrichtingen (Hgo)	11
> Toestemming	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
1. <i>Verstandelijke handicap</i>	14
2. <i>Geestelijke handicap</i>	14
> Angstscorelijsten	14
3. <i>Mensen met een lichamelijke handicap</i>	14
4. <i>Mensen met een medische aandoening</i>	14
<i>Eigen bijdrage</i>	14
> Medisch gecompromitteerde patiënten	15
> Implantologie	16
> Orthodontie	16
> Indicatieve lijst	17
<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
> Het uitgebreid consult	18
> Omschrijving omvang volledige prothese	18
> Eigen bijdrage volledige prothese	18
> De rebasing	18
> Tissue conditioning	18
> Basis van weekblijvende kunstthars	19
> Toeslag voor immediaatprothese	19
> Noodprothese	19
> Precisieverankeringen	19
> De volledige gebitsprothese op implantaten	19
> Toestemmingsvereiste	20
> Bezoek ten huize van verzekerde	20
> De reparatie	20
> Indicatiestelling Implantaten voor Protheses	21
> AWBZ- Mondzorg	22
> Aanspraak op AWBZ-mondzorg	22
> Inhoud van de AWBZ-mondzorg	22
> Toestemmingsvereiste AWBZ	22
> Aanspraak op mondverzorging	23
> Gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen	23
> Het zorgkantoor	23
> Het CAK (Centraal Administratie Kantoor)	23
> Werken in de AWBZ	23
<i>Het sluiten van een overeenkomst</i>	23
> Honorering AWBZ	24
<i>Het AWBZ-uurtarief bij behandeling in de instelling</i>	24
<i>Het uurtarief bij behandeling in de eigen praktijk</i>	24
> Declaratiewijzer AWBZ Mondzorg	24
> Verwijzing naar een centrum bijzonder tandheelkunde (CBT)	24
> Uitvoeringsrichtlijnen centra bijzondere tandheelkunde	24
> Behandeling in algehele anesthesie	25
<i>In een AWBZ-instelling</i>	25
<i>In een ziekenhuis</i>	25
> Websites	25
> Asielzoekers	26
> Wat houdt deze regeling voor de tandheelkundige zorg in?	26
> Polisvoorwaarden asielzoekers	26
> Noodhulp	26
> Wie vallen er onder de regeling RZA?	26
> Waaraan is een RZA-verzekerde herkenbaar?	26
> Tweede periodieke consult (C12)	27

> Wortelkanaalbehandelingen	27
> Protheses	27
> Vereiste machtigingen	27
> Eigen bijdrage asielzoekers	27
> Declareren	27
> Bereikbaarheid	27
> Websites	28
> Illegalen	29
> Algemeen	29
> Regeling illegalen	29
> Wanneer is de Regeling illegalen aan de orde?	29
> Tandheelkunde en de Regeling illegalen	29
> Aanvraagprocedure Regeling illegalen	29
> Contactgegevens College voor zorgverzekeringen (CVZ)	30
> Websites	30
> Eigen bijdrage	31
> Wettelijk eigen bijdrage (EB)	31
> Bijzondere tandheelkunde voor gewone mensen	31
> Gewone tandheelkunde voor bijzondere mensen	31
> De medisch gecompromitteerde patiënt	32
> Uitneembare volledige protheses in het kader van de bijzondere tandheelkunde	32
> Normale uitneembare volledige protheses	32
> Eigen risico	33
> Wettelijk eigen risico (ER)	33
> Algemene websites	34
> Trefwoordenregister	35



> **Vademecum basispakket Tandheelkunde en AWBZ**

In de tijd dat de tandheelkundige zorg voor het grootste deel van 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 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 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 beschrijving 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 en AWBZ. 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 uit het Besluit zorgverzekering en artikel 2.4 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 8 en 9.

> **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 ook uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- 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 mag brengen.

> Basispakket jeugd tot 18 jaar

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

In principe heeft de jeugdige verzekerde, 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.

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

1. **Kroon- en brugwerk:** tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of fronttandvervangning in het geval van vervangning 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
2. **Implantaten:** tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft of fronttandvervangning in het geval van vervangning 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. **Fluoride-applicatie bij jeugd jonger dan 6 jaar.**
6. **Uitwendig bleken.**

> Kroon- en brugwerk

In artikel 2.7 lid 4 is geen kroon- en brugwerk opgenomen. Dit betekent dat van het hoofdstuk 1.3 vullingen, kronen en bruggen vanuit de basisverzekering alleen recht bestaat op vergoeding van de prestaties: E111, E112, E113, E114, E131, E151, E331, E411, E421 en E711 (alleen voor zover het een kroon betreft ten behoeve van een endo). Daarnaast ook E211 wanneer de behandeling is aan te merken als restauraties met plastische materialen.

Let op!

Een uitzondering op de aanspraak betreft eventueel kroon en brugwerk in het kader van de fronttandvervangning. In artikel 2.7 lid 4 sub 1 is geregeld dat wel recht bestaat op vervangning van fronttanden wanneer deze niet zijn aangelegd of als gevolg van een ongeval verloren zijn gegaan. In dat artikel is niet geregeld hoe de fronttandvervangning tot stand komt en dat houdt in dat meerdere wijzen van vervangning onder de aanspraak kunnen vallen. Dus ook implantaten, voorzien van kroon- en brugwerk, kunnen daaronder vallen. Veelal hebben zorgverzekeraars in hun polis bepaald dat voor deze hulp vooraf toestemming (machtiging) moet worden aangevraagd.

De meeste zorgverzekeraars hebben ook voor de bijzondere tandheelkunde meestal in hun polis vastgelegd dat er vooraf toestemming (machtiging) moet worden aangevraagd.

> Implantaten

In artikel 2.7 lid 4 sub m 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) kan wel aanspraak bestaan op implantaten. Vaak hebben zorgverzekeraars hiervoor weer een toestemmingsvereiste vooraf.

Let op!

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 17 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 in aanmerking.

Let op!

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

> Fluoride-applicaties bij kinderen jonger dan 6 jaar

In het Besluit zorgverzekering is nadrukkelijk bepaald dat fluoride-applicaties alleen voor de jeugd van 6 jaar en ouder tot de aanspraken behoren.

Let op!

Er bestaat discussie over de leeftijdsgrens. CVZ heeft de minister geadviseerd de leeftijdsgrens los te laten. Het al dan niet aanwezig zijn van blijvende gebitselementen zal dan de voorwaarde voor aanspraak worden. Dit heeft echt nog niet geleid tot een wetwijziging.

Daarnaast bestaat er soms op jongere leeftijd een duidelijke indicatie voor fluoride-applicaties. In dergelijke situaties kan aanspraak op tandheelkunde hulp in bijzondere gevallen bestaan. Er is dan wel toestemming vooraf noodzakelijk. Een declaratie zonder toestemming (machtiging) zal in principe worden afgewezen.

> **Uitwendig bleken**

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

> **Websites**

Cvz: <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/mondzorg/mondzorg.html>

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

> Kaakchirurgische hulp

> Verzekerde kaakchirurgische zorg

- > Jeugdige verzekerden tot 18 jaar hebben krachtens het Besluit zorgverzekering artikel 2.7 aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten (maar zie ook pagina 9).
- > Volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder hebben krachtens het Besluit zorgverzekering artikel 2.7 aanspraak op chirurgische hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek met uitzondering van ongecompliceerde extracties (zie hieronder) en parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

Toelichting: onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een (geregistreerde) kaakchirurg.

> Ongecompliceerde extractie door de kaakchirurg

De Minister van VWS heeft bepaald dat "ongecompliceerde" extracties door de kaakchirurg vanaf 1 januari 2011 niet meer vanuit de basisverzekering vergoed worden. Hiervoor is de code 234032 bedoeld.

Deze nieuwe code moet rechtstreeks aan de patiënt gefactureerd worden. Met "ongecompliceerde extracties" bedoelt VWS de onterechte verwijzingen naar de kaakchirurg. Partijen zijn van mening dat het een taak van de kaakchirurg is om vast te stellen wanneer sprake is van een ongecompliceerde extractie. Indien nodig volgt hierover in een later stadium eventueel nog een nadere verfijning.

> Toestemming

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

> Eigen risico

De kosten voor de kaakchirurg die worden vergoed vanuit de basisverzekering, vallen onder het wettelijk eigen risico van de patiënt (€220 in 2012).

> Bijzondere Tandheelkunde

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

Een kort en bondige samenvatting van de ingewikkelde omschrijvingen in wet- en regelgeving maakt vaak 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 en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare 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 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

› 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.

Zo kan iemand met een agenesie van de 13 en de 23 mogelijkwjs aanspraak maken op bijzondere tandheelkunde. De aanspraak is leidend, niet de uit te voeren behandeling. Wel is er veelal voor een behandeling in het kader van de bijzondere tandheelkunde een machtiging noodzakelijk, waarbij dus eerst moet worden beoordeeld of de afwijking van de patiënt zo ernstig is dat hij/zij aanspraak maakt op bijzondere tandheelkunde. Is het antwoord daarop bevestigend, dan dient vervolgens de uit te voeren behandeling te passen binnen de gedachte dat de patiënt naar aard en omvang op die hulp is aangewezen, niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk. Terug naar het voorbeeld van de agenetische 13 en 23 zou de behandeling met een etsburg vanwege de beet en de krachtenverdeling gecontraïndiceerd kunnen zijn en een conventionele brug zijn aangewezen als de buurelementen al ernstig zijn gerestaureerd of implantologie als de buurelementen allemaal gaaf zijn. Bij jongeren onder de 18 jaar kan in dit specifieke voorbeeld de aanspraak binnen het basispakket vallen.

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

- › oligodontie, waarbij het aantal niet-aangelegde elementen zo groot is dat er sprake is van een ernstige functie-stoornis;
- › amelogenesis imperfecta van ernstige aard, dan wel een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard, een en ander tenzij de tandboog ernstig is gemutilleerd;
- › 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- mond- stelsel 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 met de schisis, moet de patiënt voor het vullen daarvan een eigen bijdrage betalen ten hoogste van het gedrag 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 uitneembare volledige prothese of een uitneembare volledige prothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, toegepast in het kader van de bijzondere tandheelkunde, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter hoogte van € 125 per kaak. Dus voor een volledige prothese waarvan een overkappingsprothese in de ene kaak en een conventionele prothese in de andere kaak tegelijkertijd wordt vervaardigt, betaalt de verzekerde € 250.

> 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 handicap

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

2. Geestelijke handicap

Dit betreft mensen met een extreme angst voor de tandarts en tandheelkundige behandelingen, mensen met een extreme kokhalsneiging of mensen met een ernstige psychiatrische afwijking.

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 die pathologische vormen kan aannemen, en de tandheelkundige gevolgen ervan kunnen psychosociaal gezien invaliderende gevolgen, 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.

Onderzoeksinformatie over gebruik van angstscorelijsten: www.vbtgg.nl

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 365 dagen is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis zal deze patiënt(e) worden behandeld onder de regeling van de AWBZ. Kortere dan 366 dagen geldt de normale (aanvullende) verzekering en kan in voorkomende gevallen een beroep worden gedaan op de bijzondere tandheelkunde.

3. Mensen met een lichamelijke handicap

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, mensen met een vergevorderde vorm van Parkinson. Bij deze voorbeelden gaat alles naadloos over in:

4. Mensen met een medische aandoening

waardoor de tandheelkundige behandeling bemoeilijkt wordt of dat een tandheelkundige behandeling noodzakelijk is die zonder die medische aandoening niet nodig zou zijn geweest.

Bijvoorbeeld mensen die zijn bestraald in het hoofd-halsgebied, mensen met HIV-aids of slecht instelbare diabetes, mensen met bepaalde medicaties waarbij de gevolgen voor gebit en parodontale weefsels evident zijn zonder dat de patiënt daar veel verantwoordelijkheid voor kan dragen.

Eigen bijdrage

Voor verzekerden met een 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/zij niet extreem angstig was geweest.

De bijdrage is ter grootte van het bedrag dan 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 en daarvoor wordt een machtiging met behulp van angstscorelijsten aangevraagd en uiteindelijk verleend, dan dient de declaratie naar de zorgverzekeraar te geschieden met het uurtarief onder aftrek van de patiënt in rekening gebrachte codes.

Simpel voorbeeld:

Machtiging voor 6 uur X731

5 uur en 1 kwartier behandelstijd waarbij 3 drievlaksvullingen, 2 éénlaksvullingen en 4 extracties zijn verricht:

de patiënt moet betalen:

3 x E112

2 x E113

4 x J311

de verzekeraar vergoed:

5 x X731, 0,25 x X731 met aftrek van bovenstaande codes.

Als het gaat om een volledige prothese (al of niet op implantaten) is de eigen bijdrage € 125,- per onder- of bovenkaak.

> Medisch gecompromitteerde patiënten

Als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de patiënt zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven die gelijkwaardig is aan die welke hij zou hebben gehad.

Dit betreft bijzondere tandheelkundige hulp voor patiënten die een medische behandeling ondergaan en bij wie zonder deze hulp de medische behandeling aantoonbaar onvoldoende uitzicht biedt op een goed resultaat. Ook kan de medische behandeling iemand tot tandheelkundig risicopatiënt maken. Het gaat hier om de zogeheten medisch gecompromitteerde patiënten, zoals oncologiepatiënten. Voor deze verzekerden zijn zowel de kosten van het ontstekingsvrij maken van de mond, als de kosten voor herstel van de tandheelkundige functie voor rekening van de Zorgverzekeringswet.

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 € 125,- per kaak.

> 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 omslagplooi, ontbreken van vaste gingiva, knife edge of flabby ridges.

Het plaatsen van implantaten is veelal aan een toestemmingsvereiste onderhevig waarover zorgverzekeraars en tandartsen nadere afspraken kunnen maken. Bij goedkeuring bedraagt de vergoeding 100% voor het vervaardigen van de implantaten, met een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de overkappingsprothese op de implantaten. Indien de implantaten niet worden toegewezen, maar wel worden geplaatst (op kosten van de patiënt), is ook de prothese die er op wordt vervaardigd niet te declareren in het kader van de zorgverzekering. Ook niet een gewone prothese met codes zoals G111 waarbij de patiënt de meerkosten voor zijn eigen rekening zou nemen. Als de implantaten niet zijn goedgekeurd, betaalt de patiënt dus alles zelf!

[Verwijzing naar artikel Indicatiestelling implantologie, W. Ph. L. van Ouwerkerk](#)

> Orthodontie

Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde wanneer er sprake is 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), vooropgesteld dat het de behandeling van een zeer ernstige afwijking betreft die vergelijkbaar is met een schisisafwijking waarvoor dat 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 in samenspraak met hoogleraren orthodontie en is getoetst en geaccordeerd door de toenmalige Ziekenfondsraad (nu College voor Zorgverzekeringen). Ook de Uitvoeringsrichtlijnen voor Centra voor Bijzondere Tandheelkunde verwijst 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 objectiveerbare 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 zal van een interdisciplinaire behandeling sprake zijn zoals:

- > 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;
- > 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.

> **Websites**

www.nmt.nl/richtlijnen/bijzondere-tandheelkunde.html

Ook voor de brochure over indicatie voor centrumbehandeling

www.vbtgg.nl

Onderzoeksinformatie over gebruik van angstlijsten

> **Uitneembare volledige gebitsprothese**

In artikel 2.7 lid 5b van het Besluit zorgverzekering staat dat voor volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder ook de levering van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak omvat. 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 het vervaardigen van een nieuwe prothese, maakt deze geen onderdeel uit van het basispakket. De kosten van dit onderzoek kunnen in rekening worden gebracht bij de verzekerde. Indien het aanvullend onderzoek wel leidt tot vervaardiging van een nieuwe gebitsprothese dan kan code A721 niet apart in rekening worden gebracht bij de verzekerde omdat dit onderzoek inbegrepen is in de codes G111, G112 en G113.

> **Omschrijving omvang volledige prothese**

Voor de codes voor de vervaardiging van de volledige gebitsprothese (G111, G112 en G113) geldt vanaf eerste consultatie tot en met plaatsing het volgende:

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

> **Eigen bijdrage volledige prothese**

De kosten komen voor 75% ten laste van de zorgverzekeraar. 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 G711 alsmede de met de rebasing verband houdende techniekkosten) komen voor 100% ten laste van de basisverzekering.

Wanneer een rebasing wordt uitgevoerd binnen twee maanden na plaatsing van een nieuwe gebitsprothese, dan behorende 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 verzekerde.

Indien de geleverde prothese een immediaatprothese betreft, is voor een rebasing deze twee maanden termijn niet van toepassing.

> **Tissue conditioning**

Het aanbrengen van een tissue conditioner in een bestaande volledige onder- of boven gebitsprothese valt onder de aanspraak van verzekerden en wordt volledig (100%) 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, tot de aanspraak en wordt voor 100% vergoed vanuit de basisverzekering. 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 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 daarop volgende declaratie richting zorgverzekeraar deze kosten van tevoren uit te splitsen.

> **De volledige gebitsprothese op implantaten**

Krachtens artikel 2.7 lid 2 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 100%. Voor de overkappingsprothese op implantaten geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- (2012) per kaak. Voor deze behandeling is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Zorgverzekeraar en tandarts kunnen over deze toestemmingsprocedure nadere afspraken maken.

> **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 (G651 en techniekkosten).

> **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 tandarts of de patiënt uiteraard altijd contact opnemen met (de adviserend tandarts van) 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, dan kan de tandarts deze hulp verlenen ten huize van de verzekerde.

Over de vergoeding van de gemaakte kosten (de kosten van mondzorg aan huis of mondzorg op locatie code X911, X951 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 G811, G815 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.

> Indicatiestelling implantaten voor protheses

Volgens het Besluit zorgverzekering kan er sprake zijn van vergoeding vanuit de basisverzekering voor het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het vervaardigen van het vaste gedeelte van de mesostructuur, 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. Een aanspraak op een implantaatgedragen prothese bestaat alleen als redelijkerwijs plaatsing van een adequaat functionerende normale gebitsprothese niet meer mogelijk is.

> AWBZ- Mondzorg

> Aanspraak op AWBZ-mondzorg

De aanspraak op AWBZ mondzorg is geregeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet daarvoor een indicatie worden vastgesteld. De AWBZ maakt onderscheid in vijf functies. Slechts wanneer de indicatie is gesteld voor zowel de functie verblijf en de functie behandeling in één en dezelfde instelling bestaat recht op AWBZ-mondzorg.

De AWBZ-instelling draagt er zorg voor dat de behandelend zorgaanbieder geïnformeerd wordt over het recht op mondzorg in het kader van de AWBZ (verder te noemen AWBZ-mondzorg) van een patiënt. 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 AWBZ-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 AWBZ-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 AWBZ -eigen bijdrage verschuldigd.

Let op!

Mondhygiënist en tandprotheticus kunnen sinds de stelselwijziging van 2006 ook als zorgaanbieder in het kader van de AWBZ 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 AWBZ

In artikel 9 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ is bepaald dat wettelijk voorafgaande toestemming is vereist in het geval van tandheelkundige zorg die nodig is met het oog op een ernstige aangeboren of verworven aandoening of een lichamelijke of geestelijke aandoening. In overige gevallen geldt geen wettelijk toestemmingsvereiste. Het is echter gebruikelijk om bij onderstaande behandelingen wel van tevoren toestemming aan te vragen:

- > kroon- en brugwerk
- > uitgebreide parodontologische behandeling
- > protheses (partiële plaatprothese, frameprothese, volledige prothese)
- > orthodontische behandeling
- > implantologie
- > gnathologie (uitgezonderd initieel onderzoek en behandeling).

Hierover kunnen nadere afspraken worden gemaakt met het Zorgkantoor. Vaak wordt afgesproken dat voor prothetische behandelingen en kroon- en brugwerk van beperkte omvang toestemming bij voorbaat wordt gegeven. Deze afspraken worden per instelling tussen tandarts en zorgkantoor gemaakt.

De aanspraak op prothetische hulp en kroon- en brugwerk ten laste van de AWBZ blijft bestaan na ontslag uit de instelling, mits de toestemming is verleend ten tijde van de opname in de instelling en de prothese of het kroon- en brugwerk binnen 9 weken na ontslag wordt geleverd en aangebracht. Het zorgkantoor kan, gehoord de adviserend tandarts, een langere termijn stellen die echter nooit langer dan 52 weken kan zijn.

> 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 AWBZ 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 AWBZ-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 AWBZ 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/de_branche/zorgkantoren/adressen/index.asp

> Het CAK (Centraal Administratie Kantoor)

Het CAK is verantwoordelijk voor de centrale financiering van alle AWBZ-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 AWBZ

Het sluiten van een overeenkomst

Wanneer u gaat werken in een AWBZ-instelling is het zinvol de met de instelling gemaakte afspraken schriftelijk vast te leggen in een overeenkomst. De NMT heeft een adviescontract ontwikkeld, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen 'zakelijke' afspraken met de instelling en 'inhoudelijke' afspraken. De bedoeling is dat het 'inhoudelijk' deel door elke tandarts als onderdeel van de te sluiten overeenkomst met de instelling wordt meegenomen, ongeacht de wijze van samenwerking tussen tandarts en instelling. Het model is voor leden van de NMT opvraagbaar bij het bureau van de NMT.

> **Honorering AWBZ**

U kunt uw werkzaamheden als zorgaanbieder ten behoeve van patiënten met aanspraak op AWBZ-mondzorg bij behandeling in de instelling declareren bij het Centraal Administratiekantoor, nadat deze zijn gefiatteerd door de instelling en het Zorgkantoor, tegen een uurtarief op basis van werkbare uren (aanwezigheidsuren). Ook werkbare uren, 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 prestatiecode die u hiervoor gebruikt is code X751 Tijdtarief mondzorg AWBZ.

Het gaat bij deze prestatie om het in rekening brengen van het honorarium voor de aanbieder, de reiskosten en de techniekkosten.

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 code X611) of verdoving door middel van algehele narcose (met code X631).

Delen van het (uur)tarief zijn, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten.

Door middel van de verpleegprijs van een AWBZ-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 AWBZ in rekening worden gebracht.

De materiaal- en/of techniekkosten mogen afzonderlijk in rekening worden gebracht.

Bij behandeling van patiënten die in een AWBZ-instelling verblijven, maar geen aanspraak hebben op AWBZ-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 AWBZ-mondzorg**

De Declaratiewijzer AWBZ-mondzorg geeft meer informatie over het declaratieproces:

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/declaratiewijzer+mondzorg+awbz.pdf

> **Verwijzing naar een centrum bijzonder tandheelkunde (CBT)**

Wanneer een tandheelkundige behandeling van een verzekerde met aanspraak op AWBZ-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 AWBZ-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**

Wanneer een tandheelkundige behandeling van een verzekerde met aanspraak op AWBZ-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 AWBZ-instelling op basis van het voor het centrum vigerende uurtarief. De instelling kan deze declaratie vervolgens via het Zorgkantoor indienen bij het CAK.

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

Sedatie en anesthesie mogen naast het AWBZ uurtarief in rekening worden gebracht. Hiervoor zijn de prestatiescodes X611 Verdoving door middel van een roesje (sedatie) en code X631 Verdoving door middel van algehele narcose (anesthesie) van toepassing. Met code X631 kan onder andere de inhuur van een anesthesioloog of van operatieruimte in rekening worden gebracht.

> **Websites**

Besluit zorgaanspraken AWBZ	www.wetten.overheid.nl
Algemene informatie	www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/mondzorg/mondzorg.html
Honoreringsregeling AWBZ	www.nza.nl/regelgeving/tarieven/
Adressen van zorgkantoren	www.zn.nl/branche/zorgkantoren/
Informatie over het CAK	www.hetcak.nl

Declaratiewijzer AWBZ-mondzorg

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/declaratiewijzer+mondzorg+awbz.pdf

> 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. Dit is een regeling die wordt uitgevoerd door zorgverzekeraar Menzis.

> Polisvoorwaarden asielzoekers

Voor RZA-verzekerden wordt aangesloten bij het Besluit zorgverzekering (jeugdige verzekerden tot 18 jaar). Volwassen verzekerden in de centrale opvang hebben naast de (uitneembare) volledige gebitsprothese en kaakchirurgische hulp (uitgezonderd ongecompliceerde extracties) aanspraak op noodhulp. De praktijkondersteuner huisartsenzorg asielzoekers (POHA) regelt de toegeleiding naar de tandarts.

> 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 eenvoudigmogelijke 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 noodhulprijst:

Consultatie en diagnostiek

- > A111 Periodieke controle
- > A211 Probleemgericht consult
- > A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto
- > C90 Niet nagekomen afspraak

Preventie en mondhygiëne

- > C212 Gebitsreiniging standaard

Vullingen

- > E111 Eénvlaksvulling
- > E112 Tweevlaksvulling
- > E113 Drievlaksvulling
- > E114 Vier- of vijfvlaksvulling

Wortelkanaalbehandelingen (Endodontologie)

- > L111 Start wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal
- > L112 Start wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen
- > L311 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal
- > L312 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen

Chirurgie

- > J311 Trekken tand of kies
- > J315 Moeizaam trekken tand of kies

Kunstgebitten (prothetische voorzieningen)

- > G111 Volledig kunstgebit boven- en onderkaak
- > G112 Volledig kunstgebit onderkaak
- > G113 Volledig kunstgebit bovenkaak
- > G711V Opvullen bestaand kunstgebit per kaak (volledige prothese)
- > G811V Reparatie kunstgebit zonder afdruk per kaak (volledige prothese)
- > G815V Reparatie kunstgebit met afdruk per kaak (volledige prothese)
- > G911V Tijdelijke zachte laag in kunstgebit (volledige prothese)
- > G921V Tijdelijke voorziening (prothese) voor langere periode per kaak (volledige prothese)

Diversen

- > X111 Deelprestatie avond-nacht en weekendbehandeling

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

- > vreemdelingen, die uitkering ontvangen van het COA op grond van 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';
- > vreemdelingen, die een uitkering ontvangen van het COA op grond van de 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. Het zorgpasnummer van een RZA-verzekerde begint met 9010.

> **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 RZA 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 nummer 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 drie 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

Machtigingen

Postbus 405

6700 AK Wageningen

T 088 112 2 121

F 088 112 2 131

E machtigingen@rzasielzoekers.nl

> Illegalen

> 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 wel 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. Sinds 1 januari 2009 voert het College voor zorgverzekeringen

(CVZ) de (nieuwe) Regeling illegalen uit. 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 illegalen

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 illegalen 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 AWBZ.

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 bank-saldo).

> Tandheelkunde en de Regeling illegalen

De Regeling illegalen compenseert alleen wanneer er sprake is van de in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering omschreven hulp. Dit kan dus zijn: zorg binnen het basispakket jeugd en vanaf 18 jaar de (uitneembare) volledige gebitsprothese, kaakchirurgische hulp en bijzondere tandheelkunde.

In tegenstelling tot voor 1 januari 2009 bestaat er geen aanspraak meer op tandheelkundige noodhulp, voor zover dit geen onderdeel is van het basiszorgpakket.

> Aanvraagprocedure Regeling illegalen

Een standaardprocedure voor de declaratie van de kosten is er niet. Omdat de aard en omvang van de problematiek per regio verschilt, is de zorg aan illegalen regionaal verschillend georganiseerd. Er zijn in Nederland regionale platforms. Vaak bestaan deze uit GGD-en, districtshuisartsenverenigingen, apothekers, verenigingen van verloskundigen, tandartsenkringen en zorgverzekeraars. Jaarlijks stelt het regionale platform een onderbouwde begroting op van kosten die de zorgverleners binnen de desbetreffende regio verwachten te zullen gaan maken. Ook voor noodzakelijke uitvoeringskosten kan een tegemoetkoming worden aangevraagd.³⁰

Namens het regionale platform is vaak de lokale GGD verantwoordelijk voor het indienen van de subsidieaanvraag, het beheer van de bijdrage en voor het vergoeden van de kosten. De kosten kunnen in dit geval in rekening worden gebracht bij de coördinator van het regionale samenwerkingsverband. In regio's waar er geen regionaal platform is die afspraken heeft gemaakt met CVZ kunnen de kosten direct bij CVZ gedeclareerd worden. Een declaratieformulier kunt u downloaden via de site van CVZ.

> **Contactgegevens College voor zorgverzekeringen (CVZ)**

Voor algemene vragen over de Regeling illegalen kunt u contact opnemen met het College voor zorgverzekeringen, de uitvoerder van de regeling.

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Postbus 320

1110 AH Diemen

T (020) 797 8555

F (020) 797 8500

> **Websites**

www.cvz.nl

www.lampion.info

> 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)prothesen heeft de minister bepaald dat in een aantal gevallen sprake is van een wettelijke eigen bijdrage. Deze wettelijke eigen bijdrage is vastgelegd in paragraaf 1.2 artikel 2.4 van de Regeling zorgverzekering.

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

Momenteel zijn deze patiënten formeel geen eigen bijdrage verschuldigd. Vanaf 1 januari 2012 moeten deze patiënten wel een eigen bijdrage gaan 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 hoogste van het gedrag dat iemand zou moeten betalen zonder die tandheelkundige handicap. Bijvoorbeeld voor een frameprothese ter overbrugging van de schisis is geen eigen bijdrage verschuldigd. In 2011 hoeft de schisispatiënt dus geen eigen bijdrage te betalen voor het gaatje, vanaf 2012 wel.

Uitgangspunt hierbij is dat verzekerden met een 'tandheelkundige handicap' financieel niet bevoordeeld mochten worden ten opzichte van patiënten zonder die aandoening. Het is daarnaast een formele bevestiging van wat momenteel in de praktijk ook al wel 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, als ook extreem angstigen.

De lichamenlijke 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 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. De minister heeft met de wijziging van artikel 2.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering niet beoogd een eigen bijdrage in te voeren voor verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamenlijke of geestelijke aandoening. Voor deze groep blijft de situatie dus ongewijzigd.

Angstpatiënten betalen al een eigen bijdrage en blijven dit ook doen. Per 1 januari 2012 zijn zij echter niet alleen bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen maar 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 recht trekken van de onwenselijke situatie dat angstpatiënten geen eigen bijdrage verschuldigd zouden zijn voor bijvoorbeeld kroon- en brugwerk.

Simpel voorbeeld:

Machtiging voor 6 uur X731

5 uur en 1 kwartier behandeltime waarbij 3 drievlaksvullingen, 2 éénlaksvullingen en 4 extracties zijn verricht

de patiënt moet betalen:

3 x E112

2 x E113

4 x J311,

de verzekeraar vergoed:

5 x X731, 0,25 x X731 met aftrek van bovenstaande codes.

Als het gaat om een volledige prothese (al of niet op implantaten) is de eigen bijdrage € 125,- per onder- of bovenkaak.

> 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 oncologie (met indicatie voor bijzondere tandheelkunde) patiënten 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 € 125,- (2012) per kaak. Ook de implantaatgedragen volledige prothese valt onder de bijzondere tandheelkunde en kent voor de volwassen verzekerde daarmee eveneens een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per kaak.

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.

> 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)

Met ingang van 1 januari 2008 is in het Besluit zorgverzekering de no-claimregeling vervangen door de verplichte eigen risico-regeling. Deze regeling houdt in dat iedere Nederlander de eerste € 220,00 (2012) aan kosten vanuit de basisverzekering zelf dient te betalen, met uitzondering van huisartsenhulp, zwangerschap, bevalling en kraambed.

Voor de volwassen verzekerde geldt dat alle verstrekkingen die vallen onder de mondzorgdekking van de basisverzekering daarmee ook onder het eigen risico vallen. 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.

Trefwoordenregister

agenesie	13
amelogenesis imperfecta	13
anesthesie	26
angstlijsten	14
asielzoekers	27
AWBZ	23
AWBZ-mondzorg	23
AWBZ-uurtarief	25
basis van weekblijvende kunsthars	20
bijzondere tandheelkunde	12, 13, 32, 33
centra bijzondere tandheelkunde	25, 26
Centraal Administratie Kantoor	24
cheilo-, gnatho-, of palatoschisis	13, 17
chirurgisch tandheelkundige hulp	9
cranio-mandibulaire dysfunctie	13
de medisch gecompromitteerde patiënt	33
dento-alveolair defect	13
eigen bijdrage	13, 15, 19, 23, 28, 32
eigen risico	34
endokroon	8
extreme angst	14, 15, 32
fluoride-applicatie	8, 10
fronttandvervanging	8, 9
gebits- of mondbeschermer	8, 9
gecompliceerde extracties	10, 11
geestelijke handicap	12, 14
gezinsvervangend tehuis	24
handicap	32
huisbezoek	21
illegalen	30
immediaatprothese	20
implantaatgedragen prothese	22
implantaten	8, 16, 20
implantologie	16
indicatieve lijst	17
kaakchirurgische zorg	11
kokhalsneiging	14
lichamelijke handicap	12, 15
machtiging	27, 28
medisch gecompromitteerde patiënten	16
medische aandoening	15
narcose	11
noodhulp	27, 30
noodprothese	20
oligodontie	13

ontwikkelingsstoornis	12
oro-maxillo-faciaal defect	13
orthodontische hulp	8, 9, 12, 17
osteotomie	17
overeenkomst	24
overkappingsprothese	20
persoonlijke verzorging	24
precisieverankeringen	20
psychiatrische afwijking	14, 15
rebasing	19
reparatie	21
tandheelkundig implantaat	12, 22
tissue conditioner	19
toestemming	11
toestemmingsprocedure	21
toestemmingsvereiste	23
uitgebreid consult	19
uitneembare volledige prothese	13, 19, 33
uitwendig bleken	10
verstandelijke handicap	14
verzorgingshuis	24
voorbereiding praktijkruimte	10, 11
zorgkantoor	24

