

CAT-TOETSINGSRICHTLIJN KWETSBARE OUDEREN

in het kader van artikel 2.7 lid 1b van het Besluit zorgverzekering ¹
met bijlage Stroomschema kwetsbare ouderen en bijlage Zorgprofielen

ten behoeve van de adviserend tandarts

goedgekeurd: 25-11-2022

aangepast: 07-06-2024

aangepast: 07-11-2024 (en per 01-01-2025 van toepassing)

ALGEMENE DEEL: ZIE WEBSITE CAT www.college-at.nl

SPECIFIEK DEEL

Grondslag van de aanspraak

Zorg voor kwetsbare ouderen kan aanspraak zijn in het kader van bijzondere tandheelkunde conform het Besluit Zorgverzekering art 2.7 lid 1b. Dit betreft slechts de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is indien

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

Onder kwetsbare oudere wordt in deze toetsingsrichtlijn een oudere bedoeld die een CIZ-indicatie heeft voor het zorgprofiel Verpleging en Verzorging (V&V).

NB. Kwetsbare ouderen die opgenomen zijn in een erkende Wlz-instelling ² met de leveringsvorm verblijf **inclusief** behandeling waarbij dezelfde instelling het verblijf en de behandeling levert, hebben aanspraak op vergoeding van de mondzorg uit de Wlz en vallen buiten het bestek van deze toetsingsrichtlijn. Voor hun aanspraak, zie categorie A / kolom 1 in bijlage 1.

Definities in het kader van deze toetsingsrichtlijn

Basale mondzorg: het pijnvrij houden van een verzekerde met controles, preventie, vullingen en extracties. Dit voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Reguliere mondzorg: mondzorg die verzekerden met een vergelijkbare mondsituatie (bijvoorbeeld dentaat of edentaat), die de niet-tandheelkundige aandoening niet hebben, ook nodig zouden hebben.

Extra zorg: zorg die extra ten opzichte van de reguliere mondzorg nodig is ten gevolge van een niet-tandheelkundige aandoening. Vaak in extra tijd uit te drukken.

Behandeltraject: een samenhangende reeks behandelingen. Bij kwetsbare ouderen wordt hieronder een zodanige samenhangende reeks behandelingen verstaan waardoor verzekerde daarna pijnvrij is en de aanwezige (beperkte) functie behouden wordt.

Indicatie en toetsing

Er worden 2 categorieën kwetsbare ouderen onderscheiden die mogelijk aanspraak kunnen maken op vergoeding van mondzorg uit de basisverzekering in het kader van de bijzondere tandheelkunde conform artikel 2.7 lid 1b van het Besluit Zorgverzekering (Zvw, zie bijlage 1):

Categorie B (kolom 2 bijlage 1) – kwetsbare ouderen met een ZZP van VV 5 t/m VV 8

Kwetsbare ouderen met een zorgprofiel Verpleging en Verzorging met een ZZP van VV 5 t/m VV 8 die niet opgenomen zijn in een erkende Wlz-instelling of wel opgenomen zijn in een erkende Wlz-instelling, maar niet met de leveringsvorm verblijf **inclusief** behandeling.

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

- Is het aannemelijk dat de niet-tandheekundige lichamelijke of geestelijke aandoening tot een tandheekkundig functieprobleem leidt of heeft geleid?
- Past de aangevraagde zorg bij het behouden of het verwerven van een tandheekkundige functie? In de praktijk zal bij de tandheekkundige zorg voor deze categorie niet gaan om het verwerven van een tandheekkundige functie gelijkwaardig aan die de verzekerde gehad zou hebben zonder de niet-tandheekkundige aandoening. Echter, het zal vooral gaan om het behoud van de nog aanwezige beperkte functie, maar in ieder geval om het pijnvrij houden van de verzekerde door middel van basale mondzorg.

Categorie C (kolom 3 bijlage 1) – overige kwetsbare ouderen

Voor verzekerden in deze categorie kan er alleen aanspraak zijn op tandheekkundige zorg die het verlies of dreigende verlies van tandheekkundige functie als gevolg van een niet-tandheekkundige lichamelijke of geestelijke aandoening compenseert. Het gaat dan om extra zorg boven op de reguliere mondzorg ^{*)}.

Deze extra zorg kan bestaan uit:

- Extra tijd als aannemelijk is gemaakt dat er extra tijd nodig is omdat de verzekerde moeilijk behandelbaar is (te declareren met U06); en/of
- Extra periodieke controles en/of preventieve zorg bovenop reguliere mondzorg, omdat aannemelijk is gemaakt dat de niet-tandheekkundige aandoening zorgt voor een verhoogd risico op mondziekten (te declareren met reguliere prestatiecodes); en/of
- Toeslag (specifieke) mondzorg aan huis als er een aantoonbare medische reden is dat de verzekerde geen mondzorgpraktijk kan bezoeken (C020 of C023).

^{*)} Onder extra zorg wordt verstaan (zie ook definitie hierboven) zorg die extra ten opzichte van reguliere mondzorg nodig is ten gevolge van een niet-tandheekkundige aandoening. Niet-kwetsbare ouderen kunnen die extra zorg ook nodig hebben als gevolg van een niet-tandheekkundige aandoening. Daaronder vallen onder andere 2 periodieke controles en 4 preventieve behandelingen per jaar voor dentate ouderen, 2 periodieke controles en 2x gebitsreiniging voor edentate ouderen, en prothetische voorzieningen.

Reguliere mondzorg is voor eigen rekening van een verzekerde of komt ten laste van een aanvullende (tand)verzekering. Volledige protheses en volledige klikgebitten komen deels ten laste van de basisverzekering (Besluit zorgverzekering art. 2.7 lid 5b), want daarbij zijn ook wettelijke eigen bijdragen van toepassing.

Omvang van de aanspraak ³

Categorie B (kolom 2 bijlage 1) – kwetsbare ouderen met een ZZP van VV 5 t/m VV 8

Na eenmalige toetsing aan artikel 2.7 lid 1b wordt er in eerste instantie per jaar maximaal gemachtigd:

- 36x U05 aan dentate verzekerden voor basale mondzorg (periodieke controles, preventie, vullingen en extracties), of
- 12x U05 aan edentate verzekerden voor basale mondzorg (periodieke controles en preventie), en
- 6x C020, en
- 2x C023 aan dentate verzekerden (onder voorwaarden, zie toeslag specifieke mondzorg aan huis (C023)), of
- 1x C023 aan edentate verzekerden.

De aangevraagde tijd en het aantal huisbezoeken moeten in relatie staan met de tandheelkundige problematiek. Vervolgens kunnen alleen de werkelijk gebruikte tijd en huisbezoeken in rekening worden gebracht tot de gemachtigde aantallen.

In bijzondere gevallen kan uitgebreidere zorg ten behoeve van een levensloopbestendig mond ⁴ gemotiveerd aangevraagd worden.

Prothetiek (P-codes en J-codes) valt buiten de aanspraak op bijzondere tandheelkunde. Volledige protheses kunnen aanspraak zijn vanuit de basisverzekering. Bij moeilijke behandelbaarheid kan er extra tijd aangevraagd worden met prestatiecode U06.

Toelichting

- U05 betreft stoeltijd. Dat betekent dat U05 alleen in rekening kan worden gebracht voor direct patiëntgebonden tijd. Hieronder wordt **niet** verstaan het opstellen van een zorgplan, overleg met derden, reistijd en/of het opbouwen en afbreken van de behandelunit.
- Naast U05 kunnen op dezelfde dag geen andere prestatiecodes in rekening worden gebracht, met uitzondering van enkele toeslagen, röntgenfoto's en kostentarieven. U06 is alleen voor extra tijd en dient altijd met andere prestatiecodes in rekening te worden gebracht.
- Er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen dagelijkse mondverzorging zoals o.a. tandenpoetsen en prothese reinigen (niet ten laste van de basisverzekering) en professionele preventieve behandelingen (soms ten laste van de basisverzekering).

Toeslag mondzorg aan huis (C020)

- In principe bij maximaal 6 periodieke controles en/of preventieve behandelingen per jaar bij dentate verzekerden.
- In principe bij maximaal 2 periodieke controles per jaar bij edentate verzekerden.
- Bij behandeling in een Wlz-instelling kan prestatie C020 alleen in rekening worden gebracht als de zorg buiten de praktijkruimte geleverd wordt.
- Niet in rekening te brengen wanneer de zorg wordt geleverd vanuit een mobiele tandartspraktijk (bijvoorbeeld een bus).

Categorie C (kolom 3 bijlage 1) – overige kwetsbare ouderen

Er kan alleen aanspraak zijn op extra zorg bovenop reguliere mondzorg

Reguliere mondzorg valt buiten de aanspraak op bijzondere tandheelkunde. De extra zorg valt alleen onder de aanspraak als het past bij het streven naar een levensloopbestendige mond.

Na eenmalige toetsing aan artikel 2.7 lid 1b wordt er in eerste instantie per jaar maximaal gemachtigd:

- 12 x U06 gemachtigd voor extra tijd, en/of
- 2x C002 en/of 12x M01/M02/M03 aan dentate verzekerden voor **extra** periodieke controles en/of preventie, en
- 6x C020, en
- 1x C023 (onder voorwaarden, zie toeslag specifieke mondzorg aan huis (C023)).

De aangevraagde extra mondzorg en het aantal huisbezoeken moeten in relatie staan met het tandheelkundige behandelplan. Vervolgens kunnen alleen de werkelijk gebruikte (extra) tijd en huisbezoeken in rekening worden gebracht tot de gemachtigde aantallen.

In bijzondere gevallen kan uitgebreidere zorg gemotiveerd aangevraagd worden.

Toeslag specifieke mondzorg aan huis (C023)

- Per verzekerde maximaal eenmaal per huisbezoek in rekening te brengen.
- Per verzekerde maximaal eenmaal per behandeltraject in rekening te brengen.
- Niet in rekening te brengen voor zorg aan patiënten die verblijven in een Wlz-instelling.
- Niet in rekening te brengen bij meer dan twee bewoners op hetzelfde adres op dezelfde dag.
- Niet in rekening te brengen wanneer de zorg wordt geleverd vanuit een mobiele tandartspraktijk (bijvoorbeeld een bus).
- De toeslag kan op dezelfde dag niet worden gecombineerd met C020.
- Voor de prestatiecodes waarbij C023 in rekening mag worden gebracht en overige bepalingen, zie de regelgeving van de NZa.

Toelichting toeslag (specifieke) mondzorg aan huis

- De toeslag mondzorg aan huis (C020) valt alleen onder de aanspraak bij zittingen ten behoeve van basale mondzorg en/of het streven naar een levensloopbestendige mond.
- De toeslag specifieke mondzorg aan huis (C023) valt alleen onder de aanspraak bij behandeltrajecten ten behoeve van basale mondzorg en/of het streven naar een levensloopbestendige mond.
- Mondzorg aan huis dient uitgevoerd te worden conform de aanbevelingen in de Klinische praktijkrichtlijn *Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen* (KIMO, 2021). Daarbij is het streven om verzekerden zoveel mogelijk in een professionele setting te behandelen.
- Reiskosten en reistijd kunnen niet bij de zorgverzekeraar gedeclareerd worden. Dit betreft geen zorg.

Eigen Bijdrage

Er geldt een eigen bijdrage voor alle tandheelkundige zorg die geen relatie heeft met de niet-tandheelkundige aandoening (kwetsbaarheid).

Verzekerden in categorie B hebben in het kader van deze toetsingsrichtlijn een eigen bijdrage voor zorg die niet onder basale mondzorg (periodieke controles, preventie, vullingen en extracties) valt.

Voor verzekerden in categorie C in deze toetsingsrichtlijn, is voor de reguliere mondzorg een eigen bijdrage van toepassing. Alleen de gemachtigde extra zorg valt onder de aanspraak.

Voor volledige protheses (P- en J-codes) zijn de wettelijke eigen bijdragen van toepassing, zowel voor verzekerden uit categorie B als categorie C.

Met de aanvraag te verstrekken informatie

1. Een kopie van de CIZ-indicatie met het zorgprofiel en ZZP (zie bijlage 2 voor een overzicht van de zorgprofielen en ZZP's);
 2. De naam van de instelling waar verzekerde verblijft (indien van toepassing);
 3. Een beschrijving van de medische aandoening van de verzekerde en de relatie daarvan met de tandheelkundige problematiek;
 4. De status praesens;
 5. Het **volledige** behandelplan inclusief het aantal zittingen en de uit te voeren prestatiecodes met elementnummers;
 6. Beschikbare relevante röntgenfoto's;
 7. De eigen bijdrage die bij de verzekerde in rekening wordt gebracht.
- Extra voor C020 en C023
8. Onderbouwing waarom de verzekerde geen mondzorgpraktijk kan bezoeken.
 9. Bij een aanvraag voor C023 de beschrijving van het behandeltraject.

Vervolgaanvragen voor categorie B

1. Na een éénmalige toetsing door de zorgverzekeraar kan er jaarlijks een beknopte aanvraag met het behandelplan ingediend worden voor maximaal 36x U05 en 2x C023 voor dentate verzekerden, dan wel 12x U05 en 1x C023 voor edentate verzekerden, en 6x C020, vergezeld van de eerste of vorige aanvraag/akkoordverklaring;
2. Als er meer zorg nodig is, moet dit gemotiveerd aangevraagd worden.

Bronnen:

- Artikel 2.7 lid 1b Besluit zorgverzekering
- Artikel 2.1 lid 3 Besluit zorgverzekering
- Artikel 2.31 lid 1 Regeling zorgverzekering
- KIMO-richtlijn. KPR Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen. 2021

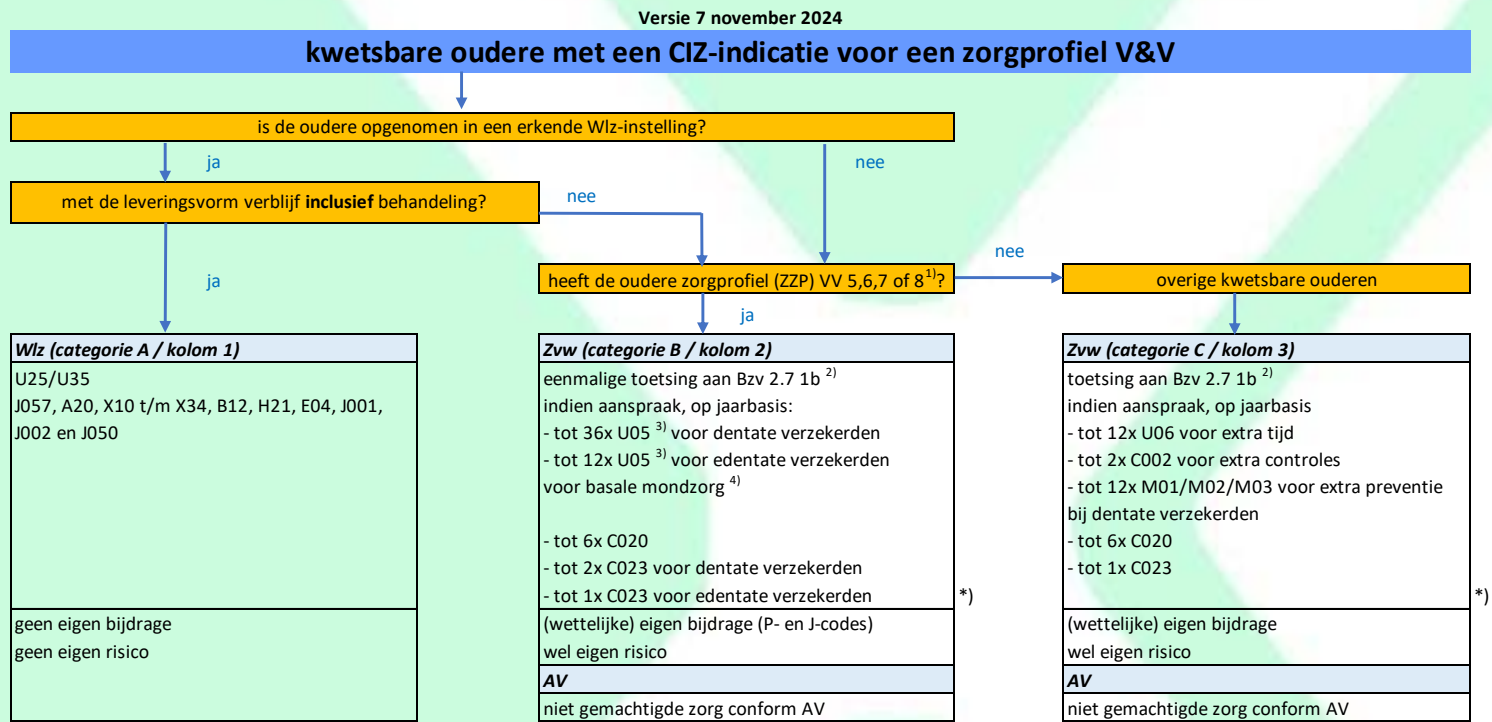
¹ Deze toetsingsrichtlijn beschrijft de aanspraak in verband met kwetsbaarheid gerelateerd aan artikel 2.7 lid 1b. Voor aanspraak op andere, niet leeftijdsgebonden, problematiek gelden andere toetsingsrichtlijnen. Zie <https://college-at.nl/wetten-en-regels/141/toetsingsrichtlijnen/>.

² Een erkende Wlz-instelling is in dit kader een Wlz-instelling die een Wtza-vergunning heeft en door het Zorgkantoor gecontracteerd is voor de 'leveringsvorm Zorg in Natura met verblijf en behandeling'. Een bron voor het gecontracteerde aanbod is de [zorgatlas Wlz](#). Hierin staan alleen de zorgaanbieders die zorg in natura leveren. Er kan gezocht worden op de naam van de instelling. Als er op de naam van de instelling geklikt wordt, volgt er een lijst met zorgvormen waarvoor de instelling gecontracteerd is.

³ De in deze paragraaf benoemde aantallen zijn gebaseerd op landelijke cijfers voor gedeclareerde zorg in de Wlz. Het is aan de individuele zorgverzekeraar om op grond van de machtigingsaanvraag te beslissen of en hoeveel tijd / (extra) behandelingen worden vergoed.

⁴ Nivel. September 2021. Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Probleemanalyse, knelpunten en oplossingsrichtingen. ISBN 978-94-6122-703-4.

Bijlage 1. Stroomschema kwetsbare ouderen



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

²⁾ Voor aanspraak op bijzondere tandheelkunde volgens art 2.7 1b is een machtiging noodzakelijk. Hierbij kunnen de CIZ indicatie voor zorgprofiel en ZZP meegenomen worden om de ernst van de lichamelijke of geestelijke aandoening te beoordelen. Vervolgens vindt individuele toetsing plaats bestaande uit twee elementen, namelijk of het tandheelkundige probleem aanneemelijk een relatie heeft met de lichamelijke of geestelijke aandoening en of de aangevraagde zorg past bij het behoud van een tandheelkundige functie (Maatman). In de praktijk zal het bij de tandheelkundige zorg niet gaan om het verwerven van de tandheelkundige functie gelijkwaardig aan die de verzekerde gehad zou hebben zonder de aandoening. Het zal gaan om het behoud van de nog aanwezige beperkte functie en het pijnvrij houden van de verzekerde met basale mondzorg.

³⁾ U05 betreft stoeltijd. De behandelingen die onder basale mondzorg vallen worden uitsluitend met U05 gedeclareerd. Voor partiële en volledige protheses en voor implantaat gedragen protheses gelden de reguliere P- en J-codes. Zo nodig kan daarbij extra tijd (U06) aangevraagd worden als de verzekerde moeilijk behandelbaar is.

⁴⁾ Basale mondzorg bestaat uit controles, preventie, vullingen en extracties.

*) Als er meer (extra) zorg nodig is om de niet-tandheelkundige aandoening te compenseren, wordt dit gemotiveerd aangevraagd en daarna individueel beoordeeld door de betreffende zorgverzekeraar.

Bijlage 2. Zorgprofielen, ZZP's en leveringsvormen

Naam zorgprofiel	ZZP ^{*)}
Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	ZZP VV 4
Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	ZZP VV 5
Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	ZZP VV 6
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	ZZP VV 7
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	ZZP VV 8
<i>^{*)} Het cijfer van het zorgzwaartepakket (ZZP) komt overeen met het cijfer van het zorgprofiel, een ZZP4 is bijvoorbeeld hetzelfde als een zorgprofiel VV4.</i>	
Leveringsvormen • Verblijf inclusief behandeling (mondzorg valt onder Wlz) • Verblijf exclusief behandeling • Volledig pakket thuis (VPT) • Modulair pakket thuis (MPT) • Persoonsgebonden budget (PGB) <i>Ouderen kunnen, onder voorwaarden, zelf kiezen via welke leveringsvorm ze hun zorg ontvangen.</i>	