

## **Vergoedingen vanuit de basisverzekering voor (bijzondere) tandheelkundige behandelingen**

Als u het syndroom van Sjögren heeft, kan het zijn dat uw gebit ondanks goede verzorging en behandeling achteruitgaat. Soms is een chirurgische ingreep, het plaatsen van kronen en/of implantaten nodig om een goede functie van het gebit te behouden. Sjögren patiënten kunnen, dan als zij aan de voorwaarden voldoen, mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding van de noodzakelijke behandelingen te vergoeden vanuit de basisverzekering.

### **Er zijn twee mogelijkheden;**

1. Uw eigen tandarts vraagt een machtiging aan voor de vergoeding van kronen en/of implantaten bij uw ziektekostenverzekering op basis van art. 2.7 lid 1 en rekening houdend met art. 2.1 lid 3 van het Besluit Zorgverzekering. De adviserend tandarts van uw zorgverzekering beoordeelt of u in aanmerking komt voor volledige vergoeding.
2. Ook kunt u zich laten doorverwijzen naar een SBT (Stichting Bijzondere Tandheelkunde) of een CBT (Centrum Bijzondere Tandheelkunde) door uw eigen tandarts, huisarts of specialist. Zij zijn specialisten op het gebied van mondproblemen. Zij stellen een behandelplan op en vragen een machtiging voor deze behandeling aan bij uw ziektekostenverzekering op basis van art. 2.7 lid 1 en rekening houdend met art. 2.1 lid 3 van het Besluit Zorgverzekering. Hiervoor geldt dezelfde procedure; de adviserende tandarts van uw zorgverzekering beoordeelt of u voor volledige vergoeding in aanmerking komt.

Zowel bij mogelijkheid A als ook B dient uw tandarts altijd een goed gemotiveerde aanvraag (machtiging/toestemmingvereiste) in te dienen en erbij te vermelden dat u gediagnosticeerd Sjögrenpatient bent.

U kunt ook gebruik maken van de machtiging of toestemmingvereiste als u in verband met de aandoening en gebitsproblemen meer dan de gebruikelijke mondzorg nodig heeft, b.v. 4 x per jaar naar tandarts of mondhygiëniste.

De zorgverzekeraars stellen steeds meer eisen om eventueel in aanmerking te kunnen komen voor een vergoeding vanuit de basisverzekering. Daarom moeten in de aanvraag van de machtiging ook zoveel als mogelijk zijn bijgevoegd, het behandelplan, een raming van de kosten van de behandeling, één of meerdere gebitsfoto's, een be(om)schrijving van de droge mond (xerostomie) het tandheelkundig dossier en indien aanwezig een recent speekselonderzoek.

Indien een recent speekselonderzoek niet aanwezig is kan uw zorgverzekeraar u vragen eerst een dergelijk onderzoek te laten uitvoeren.

Voor de vergoedingen bij aanspraken op bijzondere tandheelkunde verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar. Ook kunt u daarvoor telefonisch contact opnemen met uw verzekeraar.

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een gespecialiseerde tandheelkundige kliniek voor de behandeling van bijzondere patiëntengroepen. De mondzorg is 'bijzonder' doordat de moeilijkheidsgraad van de behandelingen dan wel de omstandigheden waaronder de zorg verleend moet worden zodanig zijn, dat specifieke deskundigheid, vaardigheden, faciliteiten en/of ondersteuning noodzakelijk zijn en deze hulp niet in een huispraktijk van een tandarts verleend kan worden. Het mag deze zorg alleen verlenen als u doorverwezen bent door uw huistandarts, huisarts, medisch specialist of psycholoog en als uw problematiek binnen de indicaties voor Bijzondere Tandheelkunde vallen.

Meestal moet uw zorgverzekeraar vooraf toestemming geven voor behandeling bij het centrum. Dit bespreekt de huistandarts met u.

### **Speekselonderzoek:**

De zorgverzekeraars vragen steeds vaker, voordat er machtiging wordt afgegeven, dat er eerst een (Nieuw) speeksel of mondonderzoek moet worden uitgevoerd. Bij dit onderzoek wordt er een totaal speekselmonster van u verzameld. Voor het verzamelen van dit speekselmonster wordt enkele minuten, indien aanwezig speeksel afgenomen en daarna, na het kauwen op een soort kauwgom, volgt er wederom afname van mogelijk geproduceerd speeksel. Dit onderzoek kan worden opgedragen omdat naar mening van de zorgverzekeraars niet iedere Sjögrenpatient een droge mond heeft. Afhankelijk van de instituten waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft kunt u daarnaar worden doorverwezen.

Het speekselonderzoek kan noodzakelijk worden geacht door de zorgverzekeraar om een aanspraak op bijzondere tandheelkunde te kunnen bepalen. Het College van adviserend tandartsen, dit zijn tandheelkundige adviseurs van de zorgverzekeraars, heeft voor het bepalen van de droge mond(xerostomie) toetsingsrichtlijnen opgesteld. Hierin zijn de speekselcriteria opgenomen om de mate van de xerostomie te kunnen bepalen.

Wij adviseren om, voordat de machtiging wordt aangevraagd, de tandarts, kennis te laten nemen van deze Toetisngsrichtlijnen.

Veelal is dit de Mondzorgkliniek in Bunschoten-Spakenburg, ook wel het Nederlands Speekselcentrum genoemd. Voor zorg kunt u van maandag tot en met donderdag tussen 8:30 en 10:00 uur contact met het centrum opnemen via telefoonnummer 033 2999533 of via de e-mail: [info@demondzorgkliniek.nl](mailto:info@demondzorgkliniek.nl)

### **Centra voor bijzondere tandheelkunde:**

Op de onderstaande site kunt u contact en adresgegevens vinden van alle 31 Centra voor Bijzondere Tandheelkunde in Nederland.  
<https://www.zorgkaartnederland.nl/centrum-voor-bijzondere-tandheelkunde>.

### **Als uiteindelijk de machtiging is verkregen kan de behandeling van start gaan.**

**Let op:** Laat de behandeling nooit aanvangen alvorens de machtiging is verkregen. U loopt anders het risico zelf alsnog voor de uitgevoerde behandelingen te moeten betalen. Indien u in aanmerking komt voor een vergoeding vanuit de basisverzekering is het jaarlijks eigen risico van €385,- (2021) hierop van toepassing.

De eventuele juridische aanspraken op mondzorg/bijzondere tandheelkunde vloeien voort uit artikel 10 sub b juncto, artikel 11, juncto artikel 14 van de Zorgverzekeringswet, artikel 2. 1 lid 3 en artikel 2.7 lid 1 van het Besluit Zorgverzekeringswet, en de eventuele bijdragen staan genoemd in artikel 2.31 van de Regeling zorgverzekeringswet.

U kunt de wetgeving terugvinden op; <http://wetten.overheid.nl>. of direct naar de zoekvraag: Zorgverzekeringswet, Besluit zorgverzekeringswet of Regeling zorgverzekeringswet, waarna u artikelsgewijs naar de artikelen 10 en volgende van de Wet, artikelen 2.1. 2.7 van het Besluit en artikel; 2.31 van de regeling kunt scrollen. Wij adviseren u en uw tandarts de genoemde artikelen goed te bestuderen alvorens een aanvraag in te dienen.

Mocht het zo zijn dat de aanvraag in eerste instantie afgewezen wordt, dan kunt u gebruik maken van bezwaar- en/of klachtenprocedures. In de afwijzingsbrief moet de verzekeraar u wijzen op de mogelijkheden tot bezwaar. De procedures kunt u ook navragen bij uw eigen zorgverzekeraar. Ook is het mogelijk een klacht in te dienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), dit een onafhankelijke en onpartijdige organisatie voor problemen tussen consumenten en hun ziektekostenverzekeraar.

**LET op:** Alvorens u zich kunt wenden tot de SKGZ is het wel noodzakelijk dat u eerst bezwaar aantekent bij uw zorgverzekeraar tegen de genomen beslissing. Als de beslissing op uw bezwaar wederom negatief uitvalt, kunt u zich wenden tot het SKGZ.

Voor vergoeding van andere behandelingen zoals een vulling vernieuwen of andere tandheelkundige ingrepen, blijft een aanvullende tandartsverzekering noodzakelijk en is er geen aanspraak mogelijk op bijzondere tandheelkunde.

Heeft u nog verdere vragen over deze of andere vergoedingen stuur dan een e-mail aan [zorgverzekeringen@nvsp.nl](mailto:zorgverzekeringen@nvsp.nl). Wij zullen u dan zo spoedig mogelijk antwoorden.

Maarssen, maart 2021