# Vragenlijst ten behoeve van de toetsing op de erkenningscriteria voor Bijzondere tandheelkunde instellingen (CBT’s)

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam CBT** |  |
| **Agb-code** |  |
| **Adres**  **Postcode en plaats** |  |
| **Naam en e-mailadres van contactpersoon** |  |

## Begripsbepalingen

* Differentiatie betekent zorg die geleverd wordt door een in die betreffende differentiatie gedifferentieerde tandarts of een tandarts die valt onder de hieronder genoemde uitzonderingsregels.
* Interdisciplinair betekent dat er meerdere differentiaties zijn en dat die onderling samenwerken.
* Multidisciplinair betekent dat er – waar relevant - ondersteuning is van bijvoorbeeld een medisch specialist, psycholoog, fysiotherapeut en logopedist.

## Wijzigingen t.o.v. versie juni 2024 (2)

* Onderdeel 6 - Termijn implementatie value based healthcare is verlengd.

| 1. ***Interdisciplinaire zorg*** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| *1.1 De instelling biedt tenminste 2 differentiaties aan (uitzondering: dit vereiste geldt niet voor maxillo-faciale prothetiek (MFP) in een instelling voor medisch specialistische zorg waarin de MFP-tandarts aantoonbaar samenwerkt met een kaakchirurg)* | | | |
| **Welke differentiaties biedt u aan?** | | *Graag aangeven wat van toepassing is* | |
| Angstbegeleiding | | Ja/nee | |
| Gehandicaptenzorg | | Ja/nee | |
| Gerodontologie | | Ja/nee | |
| Gnathologie | | Ja/nee | |
| Kindertandheelkunde | | Ja/nee | |
| Maxillo-faciale prothetiek | | Ja/nee | |
| *1.2 De instelling heeft voor de differentiaties die niet in de instelling beschikbaar zijn een aantoonbare samenwerking met (een) andere CBT(’s) voor het adequaat verwijzen, indien mogelijk binnen een reisafstand van 45 minuten (uitzondering: indien een verwijsrelatie met een CBT leidt tot een reistijd van meer dan 60 minuten, kan ook worden gekozen voor een verwijsrelatie met een gedifferentieerd tandarts)* | | | |
| **Differentiatie** | **Naam en plaats CBT of gedifferentieerd tandarts waarmee afspraken gemaakt zijn** | | **Reisafstand (in minuten)** |
| Angstbegeleiding |  | |  |
| Gehandicaptenzorg |  | |  |
| Gerodontologie |  | |  |
| Gnathologie |  | |  |
| Kindertandheelkunde |  | |  |
| Maxillo-faciale prothetiek |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ***Gedifferentieerde tandartsen (of vallend onder uitzonderingsregel)*** | |
| *2.1 In de instelling zijn tenminste 2 gedifferentieerde tandartsen werkzaam (in de uitzonderingsituatie zoals hierboven beschreven onder 1.1 moeten er tenminste 2 tandartsen werkzaam zijn waarvan minimaal één gedifferentieerd is als MFP-tandarts)* | |
| **Wilt u onderstaande vragen invullen voor alle gedifferentieerde tandartsen die werkzaam zijn in uw CBT?** | |
| **Tandarts 1**  Naam:  Differentiatie:  Wetenschappelijke vereniging waarbij de tandarts geregistreerd is: | |
| **Tandarts 2**  Naam:  Differentiatie:  Wetenschappelijke vereniging waarbij de tandarts geregistreerd is: | |
| **Tandarts 3**  Naam:  Differentiatie:  Wetenschappelijke vereniging waarbij de tandarts geregistreerd is: | |
| *Zo nodig kunt u hieronder rijen toevoegen* | |
| *2.2 Eén differentiatie mag maximaal 4 jaar een in-opleidingsplaats betreffen* | |
| **Wilt u onderstaande vragen invullen voor de tandartsen die in uw CBT in opleiding zijn?** | |
| **Tandarts 1**  Naam:  Differentiatie waarin deze tandarts opgeleid wordt: | |
| **Tandarts 2**  Naam:  Differentiatie waarin deze tandarts opgeleid wordt: | |
| *Zo nodig kunt u hieronder rijen toevoegen* | |
| *2.3 Voor instellingen die op 1 januari 2023 onvoldoende eigen differentiaties boden, bestond de mogelijkheid voor tandartsen die geen differentiatieopleiding hebben gevolgd, om gebruik te maken van een overgangsregeling. Betreffende tandartsen waren gedurende tenminste 5 jaar tenminste 3 dagdelen per week op CBT-niveau werkzaam in het werkveld van de betreffende differentiatie (deze gelijkstelling geldt per tandarts voor maximaal 1 differentiatie, alleen voor het CBT waar deze tandarts op 1 januari 2023 werkzaam was en zolang deze tandarts voor het betreffende CBT werkzaam is)* | |
| **Maakt u gebruik van de overgangsregeling?** | Ja/nee |
| **Zo ja,**  Naam tandarts:  Differentiatie waarin deze tandarts werkzaam is:  Aantal jaren dat deze tandarts voor 1 januari 2023 op CBT-niveau werkzaam was in deze differentiatie:  Aantal dagdelen per week dat deze tandarts in de periode 2018-2022 op CBT-niveau werkzaam was in deze differentiatie:  CBT(‘s)/praktijk(en) waarin deze tandarts in de periode 2018-2022 werkzaam was in deze differentiatie: | |
| *Zo nodig kunt u hieronder rijen toevoegen* | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***3. Continuïteit*** | | | | | | | | | | | |
| *3.1 Voor elke aanwezige differentiatie wordt iedere werkweek tenminste 3 dagdelen zorg geleverd, verdeeld over tenminste twee dagen, door een - in die differentiatie - opgeleide of onder een uitzonderingsregel vallende tandarts (dit betreft de tandartsen die benoemd zijn bij vraag 2.1, 2.2 en 2.3)* | | | | | | | | | | | |
|  | **Naam/namen gedifferentieerde of onder een uitzonderingsregel vallende tandarts/tandartsen** | **Dagdelen waarop deze tandarts/tandartsen werkzaam is/zijn**  (dagdelen graag aankruisen) | | | | | | | | | |
|  | (zo nodig kunt u rijen toevoegen) | ma | | di | | wo | | do | | vr | |
|  |  | Och | Mid | Och | Mid | Och | Mid | Och | Mid | Och | Mid |
| Angstbegeleiding | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gehandicaptenzorg | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gerodontologie | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gnathologie | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kindertandheelkunde | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Maxillo-faciale prothetiek | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.2 Het CBT is 4 dagen per week open voor patiëntenzorg* | | | | | | | | | | | |
| **Het CBT is open voor patiëntenzorg op** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ***Spoedgevallen*** | |
| * 1. *Er is een regeling waarmee spoedgevallen op elk moment opgevangen kunnen worden overeenkomstig de eisen van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw* | |
| **Hoe is de spoedopvang geregeld?** |  |
| **Voldoet deze aan de eisen van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw?** | Ja/nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ***Multidisciplinaire zorg*** | | |
| *5.1 Er is – waar relevant – ondersteuning beschikbaar ten behoeve van multidisciplinaire zorg* | | |
| **Is er in uw CBT ondersteuning van andere professies?** | *Graag aangeven wat van toepassing is* | *Zo ja* |
| Medisch specialist | Ja/nee | Welk specialisme:  T.b.v. welke differentiatie(s): |
| Psycholoog | Ja/nee | Waar: intern CBT/intern ziekenhuis/ intern Wlz-instelling/extern  T.b.v. welke differentiatie(s): |
| Fysiotherapeut | Ja/nee | Waar: intern CBT/intern ziekenhuis/ intern Wlz-instelling/extern  T.b.v. welke differentiatie(s): |
| Logopedist | Ja/nee | Waar: intern CBT/intern ziekenhuis/ intern Wlz-instelling/extern  T.b.v. welke differentiatie(s): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Overig | Ja/nee | Welke professie:  Waar: intern CBT/intern ziekenhuis/ intern Wlz-instelling/extern  T.b.v. welke differentiatie(s): |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ***Value based healthcare*** | |
| *6.1 Het CBT verleent zijn zorg via toetsbare output. Het CBT heeft daartoe value based healthcare geïmplementeerd of heeft een concreet stappenplan om dit uiterlijk 31 december 2027 ingevoerd te hebben* | |
| **Hebt u value based healthcare geïmplementeerd?** | Ja/nee |
| **Zo ja, omschrijving wat dit inhoudt** |  |
| **Zo nee, hebt u een stappenplan om uiterlijk 31 december 2027 value based healthcare ingevoerd te hebben?** | Ja/nee |
| **Zo ja, omschrijving stappenplan** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ondertekening (handtekening)***  **Tekenbevoegde/rechtsgeldig vertegenwoordiger CBT**  **Naam en functie**  **Datum en plaats**  **Naam en functie van persoon die dit formulier ingevuld heeft** |  |