

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501650

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 12 oktober 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 15 januari 2026 telefonisch aan verzoeker meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling, hetgeen hem bij brief van dezelfde datum is bevestigd. Verzoeker heeft tijdens het telefoongesprek meegedeeld dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Bij brief van 20 januari 2026 is het telefonisch (intake)gesprek met verzoeker, waarin hij zijn verzoek aan de commissie nader heeft toegelicht, bevestigd. Op 18 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 april 2026 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 18 april 2026 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 april 2026 respectievelijk 1 juni 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Financieel*** en Aanvullend Tand** (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft het syndroom van Sjögren en kampt met ernstige xerostomie. Ter plaatse van de elementen 16, 15, 12, 22, 25 en 26 zijn in het verleden reeds implantaten aangebracht. Halverwege 2025 bleek dat de in de bovenkaak nog aanwezige natuurlijke elementen 13 en 23 als verloren

moesten worden beschouwd. In vervolg hierop heeft de behandelend CBT-tandarts van het UMC Groningen op 2 juli 2025 bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van twee implantaten, met hierop kronen, ter plaatse van de elementen 13 en 23. Op 22 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de ingediende aanvraag beslist.

- 2.3. De behandelend CBT-tandarts heeft bij brief van 18 augustus 2025 het volgende over verzoeker verklaard:

“Ik ben het met u eens dat bruggen ook een optie is voor vervanging van de 13, 14, 23, 24, echter maak ik me wat zorgen om de grote overspanning met de 2 dummies, met name voor de implantaten in de regio 12 en 22.

Een op een vervanging is ook niet wat we voorstellen, maar herstel met 2 implantaten in de regio 13 en 23, met een kroon van de 13 en een kroon van de 23-24d. Qua kosten maakt dit niet veel verschil vergeleken met 2 5-delige bruggen op implantaten.”

- 2.4. Hierop is verzoeker uitgenodigd voor het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar op 1 oktober 2025. In vervolg op het spreekuurbezoek heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 7 oktober 2025 meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van twee implantaten met hierop een kroon ter plaatse van de 13 en 23, te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij, als gevolg van het syndroom van Sjögren, kampt met xerostomie. De gevolgen hiervan zijn onder andere een slechte retentie van protheses, verhoogd risico op ontstekingen en een verminderende duurzaamheid van restauratieve oplossingen zoals bruggen. Dit laatste betekent concreet dat de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde oplossing voor hem niet geschikt is. Een – partiële – gebitsprothese kan hij niet verdragen. Bruggen en prothesen zijn vele malen kwetsbaarder dan implantaten met hierop kronen. Bij het spreekuurbezoek op 1 oktober 2025 is hem door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar ook bevestigd dat de aangevraagde behandeling de kwalitatief beste oplossing voor het probleem is.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten afgewezen omdat het aanbrengen van implantaten niet doelmatig zou zijn. Hierbij wordt echter een te beperkte en onjuiste interpretatie van het criterium doelmatige oplossing gehanteerd. Volgens de uitleg van de Zorgverzekeringswet betekent doelmatigheid niet de goedkoopste oplossing, maar de meest passende en effectieve behandeling in een concrete situatie. De ziektekostenverzekeraar stelt voor om bruggen te plaatsen, maar het plaatsen van bruggen is onder andere minder duurzaam door het verhoogde cariërisico. Ook geeft de ruimte onder de brug meer botresorptie wat een groter risico op vuilophoping en ontstekingen met zich brengt. Al met al zullen de kosten op de langere termijn hoger zijn dan als wordt gekozen voor het aanbrengen van implantaten. Alle hiervoor genoemde argumenten lijken door de ziektekostenverzekeraar niet te zijn meegewogen, wat maakt dat hij heeft nagelaten een individuele beoordeling uit te voeren. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar eerdere implantaatbehandelingen wél vergoed en is aan verzoeker nimmer deugdelijk onderbouwd waarom de aanvraag nu wordt afgewezen. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar is derhalve in strijd met het gelijkheids- en vertrouwensbeginsel.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat eerdere implantaatbehandelingen zijn vergoed. De nu voorliggende aanvraag is afgewezen omdat de voorgestelde oplossing door hem als niet doelmatig wordt gezien. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar de artikelen A.2 en B11 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Volgens de adviserend tandarts kan worden volstaan met bruggen en een partiële prothese. De aanwezige implantaten kunnen dienen als steun voor een vaste constructie, en een brug met één of twee dummies is zeer gebruikelijk. Uit de brief van de behandelend CBT-tandarts van 18 augustus 2025 maakt de ziektekostenverzekeraar op dat ook hij het plaatsen van bruggen als een reële optie ziet. Wel maakt de behandelend CBT-tandarts zich zorgen over de overspanning van de implantaten in regio's 12 en 22. Om die reden is verzoeker uitgenodigd voor het spreekuur van de adviserend tandarts op 1 oktober 2025. Dit spreekuurbezoek heeft het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, dat het aanbrengen van twee extra implantaten bij verzoeker geen meerwaarde heeft en geen doelmatige oplossing is, niet gewijzigd.
- 4.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Op grond van artikel G.1 van de voorwaarden van deze verzekering kan verzoeker aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van tandheelkundige zorg tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. In 2025 heeft verzoeker in totaal € 230,06 vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed gekregen. Dit betekent dat hij in dat jaar nog aanspraak kon maken op een bedrag van € 269,94.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg, het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en doelmatigheid, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. De commissie stelt vast dat tussen partijen niet in geschil is dat het aanbrengen van implantaten een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, en wel in het kader van de aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen is geregeld in de artikelen B.10, B.11 en B.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hierin is opgenomen is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in de afwijzing van de aanvraag van 22 juli 2025 nog vermeldt dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op het gevraagde, heeft hij in latere correspondentie verklaard dat de afwijzgrond is dat de aangevraagde behandeling niet doelmatig is. De commissie merkt in dit verband op dat in artikel 2.1, derde lid, Bzv is opgenomen dat, onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit overgenomen in artikel A.2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.3. In genoemde bepaling is voorts vermeld dat gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg kan worden gecontroleerd op rechtmatigheid en doelmatigheid. Ook in het in dit verband toepasselijke artikel B.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt onder punt 5 verwezen naar de doelmatigheid als onderdeel van de beoordeling van een aanvraag.

Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Het is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om afspraken te maken over een eventueel doelmatigheidsvereiste in de zorgverzekering en die vervolgens op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden (Nota van toelichting bij het Bzv, Stb. 2005, 389, p. 37). De commissie stelt vast dat het laatste in dit geval ook is gebeurd.

Het ligt vervolgens op de weg van de verzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden heeft besloten de aanvraag voor het aanbrengen van implantaten ter plaatse van de elementen 13 en 23 af te wijzen.

- 6.4. De commissie overweegt dat de behandelend CBT-tandarts in de brief van 18 augustus 2025 bevestigt dat het plaatsen van bruggen ook een optie is voor vervanging van de 13, 14, 23, 24. Wel maakt de tandarts zich zorgen om de grote overspanning met de twee dummies, met name voor de implantaten in de regio 12 en 22. Verder wordt opgemerkt dat er geen groot verschil in kosten is tussen de aangevraagde behandeling en het plaatsen van twee 5-delige bruggen.

Door de ziektekostenverzekeraar is onweersproken gesteld dat de aanwezige implantaten kunnen dienen als steun voor een vaste constructie en dat een brug met één of twee dummies zeer gebruikelijk is. Waarom dit in de specifieke situatie van verzoeker geen oplossing is, is door de behandelend CBT-tandarts verder niet onderbouwd. Ook ontbreekt een onderbouwing ten aanzien van het gestelde geringe verschil in kosten. Onder deze omstandigheden moet het ervoor worden gehouden dat het plaatsen van twee bruggen een doelmatige oplossing van het probleem vormt. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd maakt dit niet anders. Het aanbrengen van twee implantaten met hierop kronen kan een kwalitatief betere oplossing zijn, maar dat maakt niet dat het alternatief niet geschikt en doeltreffend zou zijn. Ook de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar eerdere implantaatbehandelingen wel heeft vergoed kan niet leiden tot een ander oordeel. Elke aanvraag dient immers apart te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juni 2026,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- parodontale chirurgie;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- een ongecompliceerde extractie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken, plaatsen, aanpassen en herstellen van de volgende kunstgebitten en klikgebitten:

- een uitneembaar volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een tijdelijk uitneembaar volledig kunstgebit (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een uitneembaar volledig overkappingskunstgebit op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een volledig klikgebit op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een klikgebit op implantaten in de ene kaak en een niet implantaat-gedragen kunstgebit op de andere kaak (code J080) is 17%.

Laat u een volledig kunstgebit of klikgebit (a t/m d) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.

Wij hanteren maximumbedragen voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten

- Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of kaakchirurg u hebben doorverwezen.
- Bij een tandtechnicus heeft u alleen recht op reparaties (dus niet rebasen) aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. U heeft hier alleen recht op als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.
- Als de kunstgebitten genoemd onder a en c binnen 5 jaar of een tijdelijk kunstgebit (P023) genoemd onder (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Laat u een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak maken, plaatsen, aanpassen of herstellen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Laat u een nieuw volledig klikgebit op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor de boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembaar volledig klikgebit op implantaten dat ouder is dan 5 jaar of voor een eenvoudige reparatie van een klikgebit zonder staafdemonstratie en zonder afdruk (code J104) als die na 4 maanden na plaatsing van het klikgebit uitgevoerd wordt.
- Voor de "toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (P044) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Hier heeft u alleen recht op als u aanspraak heeft op implantaten (zie artikel [B.10](#)) maar deze niet geplaatst worden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.10 Implantaten ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts.
- Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.

4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.12](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
6. Een narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen. Wij hanteren een maximum vergoeding voor de kosten van algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose) (A.20). Deze maximum vergoeding kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Zijn de kosten hoger? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij verzekerden tot 18 jaar die toestemming hebben gekregen voor behandeling onder algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose), vergoeden wij de tandheelkundige behandeling uitsluitend wanneer deze op tijd (via het tijdtarief U05/X831/X731) is gedeclareerd en niet wanneer deze op/via reguliere prestatiecodes is gedeclareerd.
7. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT) erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen. Wij hanteren een maximum vergoeding voor de kosten van algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose) (A.20). Deze maximum vergoeding kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Zijn de kosten hoger? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij verzekerden tot 18 jaar die toestemming hebben gekregen voor behandeling onder algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose), vergoeden wij de tandheelkundige behandeling uitsluitend wanneer deze op tijd (via het tijdtarief U05/X831/X731) is gedeclareerd en niet wanneer deze op/via reguliere prestatiecodes is gedeclareerd.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT) erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
7. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de De Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.10](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Start? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.13 Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- a. onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- b. u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- d. psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts, klinisch fysicus audioloog of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts, klinisch fysicus audioloog of triage-audicien.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.7

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;
 - 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; of
 - 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.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare 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.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;

- d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.