

Niet-bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202303514

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is in onderhandeling te gaan en overeenkomsten te sluiten met aanbieders van mondzorg. Hij verwijst hierbij naar de zorgplicht en stelt dat hij als patiënt zal profiteren van de lagere, door de ziektekostenverzekeraar uitonderhandelde tarieven. Als overeenkomsten tot stand komen, zal dit ook gevolgen hebben voor de premie van de zorgverzekering en bepaalde aanvullende ziektekostenverzekeringen. Hij heeft dus wel degelijk een belang en vraagt de commissie een niet-bindend advies hierover uit te brengen.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker geen belang heeft en dat het verzoek daarom niet-ontvankelijk moet worden verklaard. Mocht de commissie echter anders beslissen, dan geldt dat hij weliswaar overeenkomsten met aanbieders van mondzorg wenst aan te gaan, maar dat deze niet tot stand komen, onder andere omdat een tekort aan tandartsen bestaat. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar de bestaande contractsvrijheid en merkt op dat de rechtsrelatie met verzoeker een andere is dan die met de zorgaanbieders.

- 1.2. De commissie overweegt ten aanzien van de ontvankelijkheid dat haar bevoegdheid om op een verzoek te beslissen wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het toepasselijke reglement. Het staat vast dat verzoeker op dit moment geen aanspraak maakt op mondzorg die is verzekerd op grond van de zorgverzekering. Zou dit in de toekomst anders zijn, dan zijn partijen het erover eens dat de verzekerde mondzorg waarop verzoeker redelijkerwijs in aangewezen wordt vergoed tot het bedrag van de toepasselijke (maximum)tarieven. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker zich in dat geval tot de - gekwalificeerde - zorgaanbieder van zijn keuze kan wenden. Verzoeker heeft overigens op geen enkele wijze aannemelijk gemaakt dat hij thans een persoonlijk en direct belang heeft bij het verzoek. Verzoeker heeft geen aanvullende ziektekostenverzekering met dekking voor de kosten van mondzorg afgesloten zodat hij ook uit dien hoofde geen belang heeft. Nu geen sprake is van een geschil dat betrekking heeft op de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, is niet voldaan aan de definitie van een 'klacht' die door de commissie kan worden behandeld als verwoord in artikel 1.1 van het reglement van de commissie. De commissie concludeert op basis van het voorgaande dat het verzoek niet ontvankelijk is.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 27 november 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 december 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 25 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 januari 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 april 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op een nagekomen stuk van verzoeker van 12 februari 2024, dat eerder per abuis niet in kopie aan hem was gestuurd. Verzoeker heeft op 12 april 2024 wederom een stuk nagezonden, dat dezelfde dag in kopie aan de ziektekostenverzekeraar is gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 april 2024 op beide stukken gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 23 april 2024 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Financieel 1 ster (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar overeenkomsten dient te sluiten met aanbieders van mondzorg. Omdat de ziektekostenverzekeraar in het jaar 2023 geen overeenkomsten met aanbieders van mondzorg heeft gesloten, heeft hij hem hierop aangesproken.
- 3.3. Bij brieven van 30 augustus 2023 en 20 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker toegelicht waarom door hem voor 2023 geen overeenkomsten zijn gesloten met aanbieders van mondzorg.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is in onderhandeling te gaan met aanbieders van mondzorg en met hen overeenkomsten te sluiten.
- 4.2. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 27 november 2023 aangevoerd dat uit de 'Informatiekaart tarieven' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt dat de NZa de bovengrenzen van de tarieven vaststelt. De tarieven die zorgverzekeraars afspreken mogen niet hoger zijn. In zijn brief van 14 september 2023, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker toegelicht dat het een wettelijke plicht is van de zorgverzekeraars zich in te zetten voor de belangen van hun verzekerden, en voor de kwaliteit en betaalbaarheid zorg te dragen. Het ligt voor de hand dat het voor tandartsen niet aantrekkelijk is overeenkomsten aan te gaan voor lagere tarieven dan door de NZa zijn vastgesteld. Dit ontslaat de ziektekostenverzekeraar evenwel niet van zijn wettelijke verantwoordelijkheid. Met ziekenhuizen, medisch specialisten,

huisartsen, apotheken en fysiotherapeuten worden immers wél overeenkomsten gesloten, en ook voor hen zal het gunstiger zijn om hogere tarieven te mogen berekenen. Het niet sluiten van overeenkomsten heeft schrijnende medische en sociale gevolgen voor verzekerden. De kosten van mondzorg lopen door het niet sluiten van overeenkomsten erg hoog op. Daardoor is mondzorg voor velen niet meer te betalen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat op mondzorg een half tot één miljard euro kan worden bezuinigd, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Belangrijk daarvoor is dat de betrokken organisaties, waaronder de ziektekostenverzekeraar, hun taken naar behoren uitvoeren. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar hierin nalatig is en geen uitvoering geeft aan zijn eigenstandige verantwoordelijkheid en zorgplicht. Die houdt namelijk in dat met zorgaanbieders wordt onderhandeld over de kwaliteit en de kosten van de te leveren zorg. De bestaande contracteervrijheid staat hierbij niet ter discussie. Volgens verzoeker is zijn klacht ontvankelijk, en mocht dit onverhoopt niet zo zijn, dan wenst hij toch een (niet-bindende) uitspraak over de inhoud van het geschil. Als hij naar de tandarts gaat, wil hij niet teveel betalen. Dat is nu wel het geval, en dit is het gevolg van het feit dat er door de ziektekostenverzekeraar niet wordt onderhandeld. Het gaat verzoeker om de kosten van tandheelkundige behandelingen die niet ten laste van de zorgverzekering komen. Die laatste worden aan hem vergoed. Overigens is een financieel belang niet per se nodig als wordt gekeken naar het reglement van de commissie.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 12 april 2024 heeft verzoeker toegelicht wel degelijk een financieel belang te hebben. Als de ziektekostenverzekeraar zou onderhandelen met aanbieders van mondzorg zou dit namelijk ook voor hem leiden tot lagere tandartstarieven. Dit betekent tevens dat de premie voor de zorgverzekering kan worden verlaagd, alsmede de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen, die zo voor hem aantrekkelijker worden.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij geen tandartsen contracteert voor reguliere tandheelkunde. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan verzoeker van 30 augustus 2023 toegelicht dat is gebleken dat het voor tandartsen om financiële redenen niet meer aantrekkelijk is om overeenkomsten met zorgverzekeraars aan te gaan. Zij kunnen dan immers niet meer de maximale NZa-tarieven doorberekenen, maar moeten zich houden aan de (lagere) contractuele tarieven. Daarnaast zorgt het toenemende tekort aan tandartsen ervoor dat overeenkomsten met (lagere) contractuele tarieven onder druk zijn komen te staan. Voor het tot stand komen van een contractuele relatie tussen een zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar is het van belang dat bij beide partijen de bereidheid bestaat een overeenkomst aan te gaan en die bleek niet meer aanwezig. De ziektekostenverzekeraar controleert de gedeclareerde zorg wel inhoudelijk en legt over de uitkomst hiervan verantwoording af aan de NZa.
- 5.2. In het nader commentaar van 25 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat sprake is van kennelijke niet-ontvankelijkheid, zodat het verzoek door de commissie moet worden afgewezen. Op grond van artikel 11 Zorgverzekeringswet heeft een zorgverzekeraar tegenover zijn verzekerden een zorgplicht, die inhoudt dat hij gehouden is het in artikel 10 van de wet neergelegde te verzekeren risico (de zorg) te leveren dan wel te vergoeden. De bestaande zorgplicht beperkt zich daarom tot de zorgverzekering en gaat niet over de aanvullend verzekerde zorg. De rechtsrelatie tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar betreft de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen ten aanzien van de zorgverzekering, althans voor zover verzoeker daarop aanspraak maakt. Hij heeft, naast de zorgverzekering, geen aanvullende tandartsverzekering afgesloten. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van mondzorg waarop hij aanspraak kan maken ten laste van de zorgverzekering. Het verzoek heeft geen betrekking op een niet door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding overeenkomstig de polisvoorwaarden. Daarnaast is, volgens de beleidsregel van de NZa met nummer TH/BR-025, de NZa de instantie

die formeel handhavend kan optreden of anderszins kan ingrijpen als blijkt dat de zorgplicht wordt geschonden. Voorgaande bevoegdheid is expliciet aan de NZa toebedeeld. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Dit toezicht wordt uitgeoefend met behulp van de bepalingen genoemd in de desbetreffende beleidsregel. Binnen het stelsel van de Zorgverzekeringswet is contracteervrijheid het uitgangspunt. Zorgaanbieders hebben geen recht op een contract in de door hen gewenste vorm en verzekerden hebben er geen recht op dat hun zorgverzekeraar een overeenkomst sluit met de door hen gewenste zorgaanbieder(s). De commissie kan in de optiek van de ziektekostenverzekeraar niet ingrijpen in die contracteervrijheid. Verzoeker kan met zijn verzoek niet bereiken wat hij ermee lijkt na te streven. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat verzoeker geen belang heeft bij het voeren van deze procedure en dat zijn verzoek (kennelijk) niet ontvankelijk is.

- 5.3. Mocht de commissie van oordeel zijn dat het verzoek toch ontvankelijk is, dan merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Ten opzichte van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht. De voorwaarden met betrekking tot de vergoeding van mondzorg zijn volgens de ziektekostenverzekeraar duidelijk. Ook heeft hij voldaan aan de eisen van beleidsregel TH/NR 027. Op grond hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar voldoende informatie verstrekt aan zijn verzekerden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contracten gesloten met tandartsen voor reguliere tandheelkundige zorg. De Zorgzoeker van de ziektekostenverzekeraar geeft daarom aan dat een verzekerde naar iedere tandarts in Nederland kan gaan. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de nota's van de verzekerden tot aan het maximumtarief zoals dat door de NZa is vastgesteld, althans voor zover sprake is van een aanspraak op deze zorg. Op grond van de Zorgverzekeringswet staat het de ziektekostenverzekeraar vrij over te gaan tot het wel of niet aangaan van contracten met zorgaanbieders en te bepalen wat in dat kader wordt overeengekomen. Net zoals het de zorgaanbieders vrij staat om een contract aan te gaan met de ziektekostenverzekeraar. Contracteervrijheid tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vormt een belangrijke pijler van het bestaande zorgstelsel (Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw-TH/NR 021). Binnen dit geschil is geen ruimte het contracteerbeleid van de ziektekostenverzekeraar ter discussie te stellen, aangezien dit betrekking heeft op de rechtsrelatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieders.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat geen sprake is van een geschil waarbij verzoeker een te lage vergoeding heeft gekregen. Voor zover bekend is er geen mondzorg aan hem geleverd, maar zelfs als basisverzekerde mondzorg zou zijn ontvangen, dan krijgt hij hiervoor een vergoeding. De NZa stelt een tarief vast en de ziektekostenverzekeraar vergoedt tot dit tarief. Er kan nooit een situatie ontstaan waarin verzoeker geen vergoeding tot het maximumtarief krijgt. De zorgplicht ziet niet op aanspraken vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, maar beperkt zich tot de aanspraken vanuit de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft een zorgplicht, maar dit betekent dat hij zorg in natura ter beschikking moet stellen of zorg op restitutiebasis dient te vergoeden. Verzoeker kan gewoon naar de tandarts gaan en krijgt dan, voor zover gedekt, een volledige vergoeding. De ziektekostenverzekeraar ziet geen noodzaak te contracteren en de tandartsen willen dit ook niet. Er zijn twee partijen nodig om tot een contract te komen.
- 5.5. In zijn brief van 16 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoeker zijn verzoek baseert op een beweerde schending door de ziektekostenverzekeraar van zijn zorgplicht als bedoeld in artikel 11 Zorgverzekeringswet. Die norm is evenwel, zoals reeds toegelicht, uitsluitend van toepassing op de zorgverzekering, en bovendien pas wanneer een verzekerde risico zich voor een verzekerde voordoet. Het onderhavige verzoek heeft geen betrekking op de uitvoering van de zorgverzekering en (een concrete behoefte aan) basisverzekerde mondzorg. Het belang dat verzoeker stelt te hebben, heeft betrekking op de aanvullende ziektekostenverzekering, en deze heeft hij niet afgesloten. Verzoeker heeft daarmee geen procesbelang. Bovendien zal verzoeker, zoals reeds ter zitting naar voren is gebracht, nooit van vergoeding van mondzorg vanuit de zorgverzekering verstoken blijven. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat de brief van 12 april 2024 als tardief moet worden aangemerkt, aangezien aan verzoeker geen

aanvullende reactiemogelijkheid was geboden. Overigens kunnen ook de hierin genoemde argumenten niet leiden tot een ander oordeel. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de commissie het verzoek niet-ontvankelijk dient te verklaren.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een (niet)-bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit volgt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een niet-bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de zorgplicht en mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit niet-bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het niet-bindend advies.
- 7.2. De ziektekostenverzekeraar heeft als meest vérgaande stelling aangevoerd dat het verzoek niet-ontvankelijk moet worden verklaard. De commissie overweegt hiertoe dat haar bevoegdheid om op een verzoek te beslissen wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het toepasselijke reglement. Het staat vast dat verzoeker op dit moment geen aanspraak maakt op mondzorg die is verzekerd op grond van de zorgverzekering. Zou dit in de toekomst anders zijn, dan zijn partijen het erover eens dat de verzekerde mondzorg waarop verzoeker redelijkerwijs in aangewezen wordt vergoed tot het bedrag van de toepasselijke (maximum)tarieven. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker zich in dat geval tot de - gekwalificeerde - zorgaanbieder van zijn keuze kan wenden. In het kader van de zorgplicht die op grond van artikel 11 Zvw op een zorgverzekeraar rust, kan het daarnaast van belang zijn dat een verzekerde de zorg waarop hij redelijkerwijs is aangewezen in natura kan afnemen bij een daartoe gecontracteerde zorgaanbieder, met name omdat hij dan geen bemoeienis heeft met de administratieve afwikkeling en hij de kosten niet hoeft voor te schieten. Dát aspect is door verzoeker echter niet naar voren gebracht. Ook overigens heeft hij op geen enkele wijze aannemelijk gemaakt dat hij thans een persoonlijk en direct belang heeft bij het verzoek. Verzoeker heeft voorts geen aanvullende verzekering met dekking voor de kosten van mondzorg afgesloten zodat hij ook uit dien hoofde geen belang heeft. Nu geen sprake is van een geschil dat betrekking heeft op de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, is niet voldaan aan de definitie van een 'klacht' die door de commissie kan worden behandeld als verwoord in artikel 1.1 van het reglement van de commissie. Of verzoeker mogelijk zou profiteren van door de ziektekostenverzekeraar uitonderhandelde lagere tarieven voor niet-verzekerde mondzorg, speelt zich af buiten de tussen partijen bestaande verzekeringsovereenkomst, en hierover kan de commissie om die reden niet oordelen.
- 7.3. De stelling van verzoeker dat hij wel degelijk een te respecteren belang heeft, in de vorm van een lagere premie voor de zorgverzekering, wordt gepasseerd. De aanneme van verzoeker dat onderhandelingen zullen leiden tot lagere tarieven en de totstandkoming van overeenkomsten met aanbieders van mondzorg vormt, gelet op de bestaande contractsvrijheid, immers geenszins een gegeven. De commissie concludeert op basis van het voorgaande dat het verzoek niet-ontvankelijk is.
- 7.4. Aangezien het verzoek niet-ontvankelijk is, zal de commissie zich niet uitspreken over de inhoud van het voorgelegde geschil. Hoewel verzoeker mogelijk anders veronderstelt, maakt zijn keuze voor een niet-bindend advies dit niet anders.

Slotsom

7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Niet-bindend advies**

8.1. De commissie verklaart het verzoek niet-ontvankelijk.

Zeist, 30 mei 2024,

L. Ritzema

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 sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3.c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Mond en tanden (mondzorg)

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

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van B.5 tot en met B.12) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- b. vacuümgevormde beugels, aligners.

B.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e. sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f. parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g. anesthesie (plaatselijke verdoving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l. chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
3. U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel [B.5](#)). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
4. Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel [B.5](#), [B.7](#), [B.10](#), [B.11](#) of [B.12](#)? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven:
 - voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21);
 - voor autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
 - voor sealen in het melkgebit;
 - voor het sealen van meer dan 8 tanden en/of kiezen per jaar in het blijvende gebit (V30/V35);
 - als er meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting/evaluatie van preventie nodig is (meer dan 12x (M01 en/of M02));
 - als er meer dan 30 minuten gebitsreiniging (meer dan 6x M03) per dag nodig is;
 - als er meer dan 1,5 uur gebitsreiniging (meer dan 18x M03) per jaar nodig is;
 - als er meer dan 6 vullingen (V71 t/m 74, V81 t/m 84, V91 t/m 94) per dag of 10 vullingen (V71 t/m 74, V81 t/m 84, V91 t/m 94) per jaar geplaatst moeten worden.

Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

6. Een autotransplantaat moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- b. orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel [B.5](#), niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- c. implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel [B.7](#), [B.10](#), [B.12](#) of [D.14 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten](#) of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
- d. een therapeutische injectie met botox (G44);
- e. uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012).

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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.7 Fronttandvervangning voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een mondhygiënist mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie van de slijmvliezen in de mond. Dit mag niet veroorzaakt worden door problemen aan gebitselementen of tandvlees. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. parodontale chirurgie;
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. 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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

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

U heeft recht op het laten maken en plaatsen van de volgende prothesen:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een tijdelijke uitneembare volledige prothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een volledige prothese (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 prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaat-gedragen prothese op de andere kaak (code J080) is 17%.

Laat u een volledige prothese (a t/m d) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%. 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 uitneembare volledige prothesen

- 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, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- Als de prothesen genoemd onder a en c binnen 5 jaar of een tijdelijke prothese (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 volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor 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 uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
- U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.
- 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 de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.10 Implantaten

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 uitneembare volledige prothese (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

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
- 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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

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? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
4. 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.
5. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog 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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

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, groei- 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 angststandarts? 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? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
3. 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.
4. 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.
5. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
6. Een autotransplantaat moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door 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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering 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 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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner 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 of triage-audicien.