



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te
Amersfoort

Zaak : Mondzorg, behandelingen paradontitis, syndroom van Sjögren, overname machtiging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artikel 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901434
Zittingsdatum : 4 maart 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 20 november 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 30 december 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019065017) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 7 februari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 maart 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 9 maart 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 18 maart 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is vanaf 1 januari 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV B 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2012 te horen gekregen dat zij lijdt aan het syndroom van Sjögren. Sindsdien is zij voor deze auto-immuun aandoening onder behandeling bij specialisten van de afdeling klinische immunologie en reumatologie van het AMC in B. In september 2018 heeft een van deze specialisten verzoekster verwezen naar het Academisch Centrum Tandheelkunde B (ACTA) aangezien de tandheelkundige klachten toenamen. Omdat daar een wachtlijst bestond van meer dan een jaar heeft het ACTA verzoekster geadviseerd een afspraak te maken bij een reguliere tandarts. Hierop heeft de behandelend tandarts bij de zorgverzekeraar waar verzoekster in 2018 was verzekerd tegen ziektekosten een aanvraag ingediend voor verschillende paradontale behandelingen.
- 3.3. Eind 2018 heeft verzoekster besloten van verzekeraar te veranderen en zich aan te melden bij de ziektekostenverzekeraar. Omdat de zorgverzekeraar waar verzoekster in 2018 was verzekerd

tegen ziektekosten nog geen beslissing had genomen op de ingediende aanvraag, heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster zich laten informeren over het overnemen van afgegeven machtigingen. Op basis van de verkregen informatie heeft verzoekster besloten de verzekering bij de zorgverzekeraar waar zij in 2018 was verzekerd op te zeggen en zich met ingang van 1 januari 2019 te verzekeren bij de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Op 3 februari 2019 heeft de behandelend tandarts namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verschillende paradontale behandelingen.

3.5. De behandelend tandarts heeft bij brief van 3 februari 2019 het volgende over verzoekster verklaard:

"Bovenstaande patiënte is in 2012 gediagnostiseerd met het Sjögren syndroom. Zoals u in de bijlage kunt lezen is ze sindsdien onder behandeling bij reumatoloog dr. C.J. Aalbers in het B UMC A, afd. AMC. Dr. Aalbers omschrijft een morbus Sjögren met sicca klachten van de ogen en de mond. Een droge mond geeft naast problemen met het doorslikken van voedsel ook een verhoogd risico op verschillende gebitsproblemen. Mevrouw is daardoor naar ons verwezen om een gerichte gebitscontrole te doen.

Wij namen tijdens deze controle een ernstige parodontitis waar. Parodontitis is een ontsteking van het tandvlees, gepaard gaand met lokale afbraak van het kaakbot. Deze aandoening moet serieus genomen worden, aangezien deze het verlies van het totale gebit kan veroorzaken. Bovendien vormt parodontitis een belangrijke risicofactor voor andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten. [Naam verzoekster] is vervolgens intern verwezen naar onze parodontoloog, een tandarts gespecialiseerd in parodontitis, dr. D. Sokos. Hij heeft een passend behandelplan opgesteld voor [naam verzoekster] en wil graag z.s.m. beginnen met deze behandeling.

Het Sjögren syndroom is een bekende veroorzaker van parodontitis. Volgens de voorwaarden van het Besluit Zorgverzekeringen kan er bij het bestaan van ernstige tandheelkundige problemen, welke het gevolg zijn van het syndroom van Sjögren, aanspraak verstaan op (bijzondere) tandheelkunde vanuit de basisverzekering. Wij doen een beroep op grond van artikel 2.7 lid 1 a en b van het besluit Zorgverzekeringen, aangezien er sprake is van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel waarbij zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie behouden kan worden."

3.6. Op 20 februari 2019 heeft de zorgverzekeraar waar verzoekster tot en met 31 december 2018 was verzekerd tegen ziektekosten een brief gestuurd. Hierin wordt gemeld dat verzoekster in de periode van 11 december 2018 tot en met 10 december 2019 aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van:

- Grondig reinigen van 16 wortels T22 (tandvleesbehandeling)
- Grondig reinigen van 4 wortels T21 (tandvleesbehandeling)
- Herbeoordeling van het parodontiumstatus
- Bespreken vervolgtraject
- Onderzoek van het tandvlees met parodontiumstatus

De kosten voor het maken van een röntgenfoto en voor het plaatsen van vier verdovingen komen niet volledig voor vergoeding in aanmerking.

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde paradontale behandelingen niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

3.8. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.9. Bij brief van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarnaast heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:

"Uit de in het dossier opgenomen wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat geen verband kan worden aangetoond tussen het syndroom van Sjögren en parodontaal verval. Dit betekent dat het aannemelijk is dat de tandheelkundige functie van verzoekster ten aanzien van de parodontale conditie van de mond momenteel gelijkwaardig is aan die wanneer de ziekte van Sjögren zich niet had voorgedaan.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde parodontale behandelingen moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 18 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg 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 zorgverzekering biedt, op grond van artikel 13, aanspraak op mondzorg indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is in drie gevallen:
- a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
 - b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad;
 - c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.
- In de situatie van verzoeker spelen de onder a en c vermelde indicaties niet.
- 6.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder b, Bzv, gaat het om het herstel van schade in de mond die een verzekerde heeft opgelopen als gevolg van (de behandeling van) een ziekte. Schade aan het gebit die is ontstaan door de aandoening of behandeling kan in het kader van de bijzondere tandheelkunde worden hersteld. Anders is dit voor schade die al vóór de aandoening of behandeling aanwezig was. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat de toestand van haar

gebit ernstig is verslechterd door het syndroom van Sjögren. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 21 januari 2020 evenwel geconcludeerd dat uit de in het dossier opgenomen wetenschappelijke literatuur naar voren komt dat geen verband kan worden aangetoond tussen deze aandoening en parodontaal verval. Dit betekent dat het aannemelijk is dat de tandheelkundige functie van verzoekster ten aanzien van de parodontale conditie van de mond momenteel gelijkwaardig is aan die wanneer het syndroom van Sjögren zich niet had voorgedaan. Omdat verzoekster haar stelling niet aannemelijk heeft gemaakt, neemt de commissie het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat in de situatie van verzoekster een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp ontbreekt.

Overname machtiging

- 6.4. Verzoekster voert aan dat zij in 2018 bij een andere zorgverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten. Deze zorgverzekeraar heeft voor de onderhavige behandelingen alsnog een machtiging afgegeven op basis waarvan de betreffende kosten grotendeels zouden worden vergoed. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar de door de andere zorgverzekeraar afgegeven machtiging moet overnemen. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe niet is gehouden. Dit omdat uit de door de andere zorgverzekeraar afgegeven machtiging blijkt dat de kosten worden vergoed ten laste van een aanvullende verzekering en niet ten laste van de zorgverzekering. Alleen machtigingen die zijn afgegeven op grond van de zorgverzekering dienen, onder bepaalde voorwaarden, te worden overgenomen door de opvolgende zorgverzekeraar. Ten overvloede merkt de commissie op dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster ter zake van tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder een dekking kent van € 250,- per kalenderjaar. Over deze vergoeding zijn partijen het eens.

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 maart 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

- 6 U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese 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.

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).

11 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. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 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.
- 3 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 13 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

12 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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

13 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 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. Voor deze behandelingen moeten wij u altijd vooraf toestemming hebben gegeven. Wij toetsen per aanvraag of er recht is op vergoeding van de behandeling.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 11 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



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.

14 Audiologisch centrum

14.1 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-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum dat 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

14.2 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 www.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 of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum dat 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

15 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

U heeft recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- a een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
- b een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
- c niet ouder bent dan 22 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis.



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;
- (...)

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.

(...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

(...)

Besluit zorgverzekering

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, vijftwintig 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.