

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101887
Zittingsdatum : 17 augustus 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 11 april 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 1 mei 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 27 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 mei 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 mei 2022 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) afschriften van de in het dossier aanwezige stukken gestuurd met het verzoek een advies als bedoeld in artikel 114 Zvw uit te brengen. Hierop heeft het Zorginstituut de commissie op 16 juni 2022 telefonisch gevraagd bij verzoekster beeldmateriaal op te vragen, aangezien dit in het dossier ontbreekt en noodzakelijk is om een juist advies uit te brengen. Bij e-mailbericht van 16 juni 2022 heeft de commissie verzoekster verzocht de gevraagde informatie toe te sturen. Bij e-mailbericht van 18 juni 2022 heeft verzoekster hieraan gevolg gegeven. Een kopie hiervan is aan zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 30 juni 2022 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2022022076) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 juli 2022 aan partijen gestuurd. Eveneens op 4 juli 2022 heeft verzoekster de commissie meer foto's doen toekomen. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld de situatie van verzoekster nogmaals te bespreken met zijn medisch adviseur. Dit tegen de achtergrond dat mogelijk een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestond nu de buikwandcorrectie is uitgevoerd en de voordien aanwezige klachten zijn verholpen. Het staat de ziektekostenverzekeraar in dat kader vrij contact op te nemen met de plastisch chirurg van verzoekster.

Bij brief van 20 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 21 september 2022 aan verzoekster gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft zij geen gebruik gemaakt.

- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting, de nagekomen foto's van 4 juli 2022 alsmede de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 20 september 2022 zijn op 3 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 oktober 2022 aan partijen gestuurd die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 11 oktober 2022 op het definitief advies gereageerd. Afschriften hiervan zijn naar de respectieve wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Goede Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgBeter, TandGoed, Pearl & Eye Wish bril en lenzen module, en Pechvogelhulp (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft in 2017 een gastric bypass ondergaan. In september 2020 is zij geopereerd vanwege een darmhernia.
- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 9 augustus 2021 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een 'abdominoplastiek inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis' (hierna: buikwandcorrectie). Bij brief van 18 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op deze aanvraag beslist.
- 3.4. De behandelend plastisch chirurg heeft op 24 december 2021 het volgende over verzoekster verklaard:

"- Waaruit bestaat de lichamelijke functiestoornis?

Deze bestaat uit irritatie en pijn bij het huidoverschot (door mij beoordeeld als een Pittsburgh's Ratingscale 2) waarbij met name bij het bewegen dit schuurt en pijn geeft rond de liezen en de panniculus plooit onder aan het abdomen. Door dit huidoverschot is tevens de bewegingsvrijheid van de pte beperkt.

- Geeft de correctie ook een reductie van de pijn?

Deze vraag is voor mij lastig te beantwoorden aangezien er ook pijnklachten na een hernia diafragmatica ingreep doorheen speelt. Maar ik heb wel de verwachting dat wanneer het huidsurplus verwijderd zal worden er een grote kans bestaat dat er een pijnreductie te realiseren is.

- Waarom is de pijn pas ontstaan na de herniaoperatie / consultatie/

De precieze ontstaanswijze kan ik niet duiden. Wel zien we vaker dat een huidsurplus in combinatie met een hernia door de zwaartekracht extra rekt aan de buikwand door prikkeling van zowel de zenuwen van de buikwand als peritoneaal prikkeling ontstaan. Maar de tijdlijn in het ontstaan hiervan zal niet te achterhalen zijn."

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 8 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Verzoekster heeft de aangevraagde buikwandcorrectie laten uitvoeren.

- 3.7. Bij brief van 30 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Verminking

Verzoekster heeft foto's aangeleverd. Op deze foto's is te zien dat het buikvet over de broekrand valt. Echter niet zover dat sprake is van PRS-graad 3. Dit wordt bevestigd door de plastisch chirurg. Er is derhalve geen sprake van verminking in de zin van de regelgeving.

Lichamelijke functiestoornis

Volgens de plastisch chirurg is geen sprake van smetten. Het abdominale huidoverschot beperkt volgens de plastisch chirurg de bewegingsvrijheid van patiënte. Volgens de VAV Werkwijzer is er sprake van een ernstige bewegingsbeperking wanneer een overhangend buikschort tot minimaal 1/4 van het bovenbeen reikt. Dit is bij verzoekster niet het geval. Daarnaast valt een rectusdiastase niet onder een ernstige bewegingsbeperking. De plastisch chirurg geeft aan dat er pijnklachten zijn maar de ontstaanswijze daarvan kan hij niet verklaren. Gelet op het voorgaande is geen sprake van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de regelgeving.

Voor wat betreft het ACNES-buikwandpijnsyndroom merkt het Zorginstituut op dat de buikwandcorrectie niet is aangevraagd voor deze indicatie en dat de diagnose ook niet gesteld is. Daarom wordt dit verder buiten beschouwing gelaten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van verminking of een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster heeft derhalve geen (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie en kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een buikwandcorrectie ten laste van de basisverzekering, er is geen sprake van verminking of een lichamelijke functiestoornis."

- 3.8. Bij brief van 10 oktober 2022 heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De operatie is inmiddels uitgevoerd bij verzoekster en verzoekster geeft aan dat zij geen pijnklachten meer heeft. Tijdens de hoorzitting wordt opgemerkt dat dit mogelijk een indicatie is dat ten tijde van de aanvraag sprake is geweest van een lichamelijke functiestoornis. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Een verzekerde dient voorafgaand aan de behandeling redelijkerwijs aangewezen dient te zijn op een behandeling om aanspraak te kunnen maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Het is misschien wel mogelijk om achteraf vast te stellen dat verzoekster een indicatie had, maar dat betekent niet dat verzoekster ook aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Aangezien de indicatie dan niet voorafgaand aan de behandeling is vastgesteld. Wanneer de vergoeding van zorg afhangt van het resultaat van een behandeling dan zou dit leiden tot een heel ander zorgverzekeringsstelsel, welke ook niet voorspelbaar is voor de patiënt en de maatschappij."

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de inmiddels uitgevoerde buikwandcorrectie moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster had na een bariatrische ingreep en een daaropvolgende operatie vanwege een darmhernia veel (pijn)klachten. De klachten waren dusdanig ernstig dat zij zich genoodzaakt zag om te stoppen met werken. Ondanks bezoeken aan de pijnpoli en andere afdelingen zijn de klachten niet verdwenen. Uit de verschillende onderzoeken is wel gebleken dat er geen fysieke afwijkingen waren. Uiteindelijk is verzoekster doorverwezen naar een plastisch chirurg om de overtollige buikhuid te verwijderen. Omdat verzoekster met ingang van 4 september 2022 in de WIA zou terechtkomen heeft zij besloten de aangevraagde ingreep voor eigen rekening te laten uitvoeren. Nadat de buikwandcorrectie was uitgevoerd waren de (pijn)klachten verdwenen en kon zij weer aan het werk.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat een verzekeringsindicatie ontbreekt. Er is geen sprake van een functionele beperking of verminking zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat verzoekster niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, blijkt ook uit de verklaringen van de plastisch chirurg, waarin deze verklaart dat bij verzoekster geen sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3, onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Verzoekster stelt dat haar (pijn)klachten na de ingreep zijn verdwenen en dat daarmee het bestaan van een aantoonbare functiestoornis aannemelijk is. Met betrekking hiertoe geldt dat voorafgaand aan de ingreep moet worden getoetst of wordt voldaan aan de voorwaarden. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar overleg gehad met de behandelend plastisch chirurg van verzoekster en ook hij deelt dit standpunt.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor plastisch chirurgische behandelingen, waaronder een buikwandcorrectie. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 18.8 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemde bepaling is gebaseerd op de artikel 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.

- 6.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig als de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte af van het bovenbeen bedekt. Uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 30 juli 2021 blijkt dat een ernstige bewegingsbeperking bij verzoekster niet aan de orde is. Verzoekster stelt dat zij vanwege de overhangende huid verschillende fysieke ongemakken en veel pijn had. De commissie merkt hierover op dat de wetgever in dit verband een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip ernstige bewegingsbeperking. De door verzoekster genoemde fysieke ongemakken en pijnklachten, hoe vervelend ook, vallen hier niet onder en kunnen daarom geen (verzekerings)indicatie vormen voor de aangevraagde behandeling. Dat de klachten na de uitgevoerde ingreep zijn verdwenen maakt het voorgaande, gelet op het definitief advies van het Zorginstituut van 10 oktober 2022, niet anders. Hiermee is geenszins gezegd dat de commissie de door verzoekster gestelde fysieke ongemakken niet serieus neemt of bagatelliseert.
- 6.6. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van chronisch onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die daar altijd aanwezig zijn waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster smetklachten bestaan en dat zij hiervoor zonder succes is of wordt behandeld door een dermatoloog. Om die reden kan niet worden gesproken van onbehandelbaar smetten.
- 6.7. Verminking is aan de orde in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Verminking in deze zin speelt bij verzoekster niet. Van verminking kan voorts worden gesproken bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 24 december 2021 verklaard dat verzoekster hier niet aan voldoet. Het tegendeel is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt zodat de commissie tot het oordeel komt dat bij verzoekster geen sprake van verminking als bedoeld in van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.8. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 18.8 van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 30 juni 2022. Daarom heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de inmiddels uitgevoerde buikwandcorrectie ten laste van deze verzekering.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 oktober 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

.

teruggeplaatst ;

- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Je hebt geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Je hebt recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelen;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Je hebt vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Je hebt geen recht op:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Je hebt recht op een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op www.wetten.overheid.nl.

Artikel 18.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind vanaf 2 jaar is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;