



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie  
Zaaknummer : 201602706  
Zittingsdatum : 19 april 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

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

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Zorgpolis Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Beter Pakket is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een neuscorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 6 mei 2016, 25 juli 2016 en 28 oktober 2016 en bij e-mailbericht van 12 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 29 november 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 februari 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 20 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 13 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017008528) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat er ten tijde van de aanvraag geen aanwijzingen waren voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Omdat de operatie al is uitgevoerd, is dit achteraf niet meer te controleren. Op basis van het dossier zijn er ook geen aanwijzingen dat sprake is van een verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 19 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 april 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend KNO-arts heeft over verzoekster het volgende verklaard: "*Anamnese: dd. 19-02-15: sinds lange tijd hoofdpijnklachten. (...) Geen neusobstructie of rhinorroe. Niest regelmatig maar bekend met allergie. Momenteel verkouden. Dit is niet normaal. De overige KNO anamnese vermeldt geen bijzonderheden. (...) Lichamelijk onderzoek: dd. 19-02-15: Nasendoscopie: Enige purulentie (momenteel verkouden). Geen poliepen, nasopharynx: klein rest adenoid. Aanvullend onderzoek: dd. 06-05-2016: CT sinus: op de bodem van de sinus maxillaris rechts iets slijmvliesverbreding, verder prachtige luchthoudende bijholten. Conclusie en beleid: dd. 06-05-15: geen verklaring van de hoofdpijn op KNO gebied*".
- 4.2. Een door verzoekster geconsulteerde plastisch chirurg heeft over haar het volgende verklaard: "*Bovengenoemde patiënte zag ik op 3 juli 2015 op de polikliniek Plastische Chirurgie te Apeldoorn. Verwezen via de huisarts in verband met vragen over een neuscorrectie. Stoort zich eigenlijk al sinds haar 14de aan haar neus. Deviatie naar links. Lichte spanningsneus met prominent septum. Geen passageklachten. Nasolabiale hoek 110gr. (...)*".
- 4.3. De behandelend plastisch chirurg heeft over verzoekster het volgende verklaard: "*Op 21-09-2015 werd bij ons geopereerd [verzoekster] wegens een neusdeformiteit. In eerste instantie leek het voornamelijk om een cosmetische correctie te gaan. Bij de operatie bleek echter behalve het cosmetisch aspect, ook de passage flink verbeterd te kunnen worden d.m.v. een correctie van het septum. Op verzoek van patiënt vraag ik hierbij, of achteraf alsnog een machtiging kan worden verleend i.v.m. de passageproblematiek. Ook speelt een rol, dat in het verleden een neusfractuur is opgetreden, zodat er een relatie hiermee mogelijk is*".
- 4.4. Verzoekster had een scheve neus, vermoedelijk ontstaan door de val van een schommel in haar jeugd. Zij had chronisch last van neusverkoudheid, snurken, hoofdpijn en sliep met open mond. Medicatie hielp niet tegen de klachten. Na onderzoek door de KNO-arts en een consult

bij de plastisch chirurg, is verzoekster verwezen naar de Velthuis Kliniek in Eindhoven. Op 21 september 2015 is aldaar een neuscorrectie (rhinoplastiek) uitgevoerd. De kosten, zijnde een bedrag van € 5.800,--, heeft verzoekster zelf betaald. Hiervoor heeft zij een lening moeten afsluiten. Nadat verzoekster had vernomen dat haar buurmeisje de kosten van een neuscorrectie vanuit de basisverzekering vergoed zou krijgen, heeft zij - na telefonisch advies te hebben ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar - alsnog om vergoeding verzocht. Ten behoeve van verzoekster zijn twee aanvragen bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Op diens verzoek heeft verzoekster bij de door haar bezochte artsen aanvullende informatie opgevraagd. Verzoekster meent dat zij geen machtiging nodig had voor de ingreep. Bovendien is vergoeding niet slechts mogelijk indien sprake is van verminking of misvorming, maar tevens na verwijzing door de huisarts. Dit blijkt ook uit de informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar. Overigens bleek de voormalig huisarts van verzoekster niet bereid achteraf een nieuwe verwijzing af te geven.

De oorspronkelijk ingediende nota bevatte geen DBC-zorgproductcode, omdat pas achteraf een verzoek tot vergoeding bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat haar klachten, die niet enkel psychisch van aard waren, met de operatie zijn verholpen. Uit de toepasselijke polisvoorwaarden volgt dat aanspraak op een neuscorrectie bestaat bij een verwijzing van de huisarts. Deze heeft echter, om onbekende redenen, geen verwijzing afgegeven. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat zij de ziektekostenverzekeraar diverse keren heeft gebeld. De door hem verstrekte informatie is tegenstrijdig. In reactie op het advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat zij voorafgaand aan de operatie geen kennis heeft genomen van de toepasselijke voorwaarden. Had zij dit wel gedaan, dan was zij eerst naar de KNO-arts gegaan. Zij merkt nog op dat tijdens de ingreep is gebleken dat sprake was van een passagestoornis en dat zij van de ziektekostenverzekeraar heeft begrepen dat het op basis van die constatering mogelijk is alsnog een vergoeding van de kosten van de operatie te krijgen.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt op grond van artikel 20 recht op vergoeding van plastische en reconstructieve chirurgie. Genoemd artikel bepaalt dat voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard altijd vooraf toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist. Een uitwendige neuscorrectie is een behandeling van plastisch chirurgische aard. In paragraaf 12 van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard 2012' van de VAGZ zijn de indicaties voor een uitwendige neuscorrectie nader uitgewerkt.

Een uitwendige neuscorrectie komt voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van een verminking. Meer specifiek van een chronische obstructie van de neus waarbij sprake dient te zijn van:

- Klinisch relevante symptomen, passende bij een chronische obstructie van de neus als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar is en die alleen gecorrigeerd kan worden met een uitwendige neuscorrectie.
- Een verminking die het gevolg is van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting. Het moet gaan om een forse deformiteit.
- Een aangeboren misvorming van het benig aangezicht of van lip-, kaak- en/of gehemeltspelen. Ook hiervoor geldt dat de deformiteit van de neus bij deze aangeboren afwijkingen opvallend moet zijn.

Een uitwendige neuscorrectie komt niet voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van cosmetische redenen voor de ingreep. Daarnaast zijn psychische problemen nooit reden voor vergoeding.

5.2. Verzoekster heeft de ingreep ondergaan zonder voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Nadien heeft zij om vergoeding van de kosten gevraagd. De medisch adviseur heeft de ten behoeve van verzoekster ingediende aanvragen, de verwijzing van de huisarts en de verklaringen van de behandelend medisch specialisten bestudeerd. De Velthuis kliniek

heeft ten behoeve van verzoekster een uitwendige neuscorrectie aangevraagd in verband met cosmetische klachten. Verder heeft de behandelend KNO-arts eerder verklaard bij verzoekster geen obstructieklachten te hebben geconstateerd. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar stelt op basis van de medische informatie vast dat in de situatie van verzoekster geen sprake is van een vermindering dan wel aangeboren misvorming. Ook is geen functionele stoornis aangetoond. De neuspassage stoornis dient te zijn geobjectiveerd door een KNO-arts. Bij verzoekster is dit niet het geval. De behandelend KNO-arts heeft verzoekster immers terugverwezen naar de huisarts. De operatie is reeds uitgevoerd, zodat thans niet meer is na te gaan of een afwijking van de neus de oorzaak is geweest van de klachten van verzoekster en of deze afwijking alleen gecorrigeerd kon worden met een uitwendige neuscorrectie. Dat de passage van de neus wellicht door de ingreep is verbeterd, betekent niet dat voorafgaand een chronische obstructie van de neuspassage bestond. Er is sprake van een aanvraag om cosmetische redenen. De kosten van de ingreep komen daarom niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandelend medisch specialist weet of voor de ingreep voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar moet worden gevraagd. Zonder toestemming kan de ziektekostenverzekeraar de kosten niet vergoeden. Ook niet nu tijdens de behandeling is gebleken dat verzoekster niet goed door de neus kon ademen. Dit had de behandelend medisch specialist voorafgaand aan de ingreep moeten constateren.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar stelt verder de door verzoekster overgelegde informatie op de website niet te kunnen herleiden. Wel kan worden gezegd dat uit de betreffende informatie valt op te maken dat een uitwendige neuscorrectie onder plastische chirurgie valt en dat de kosten hiervan voor eigen rekening komen. Bovendien zijn de polisvoorwaarden leidend. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de situatie van het buurmeisje van verzoekster niet door hem kan worden beoordeeld. Onduidelijk is welke overwegingen in dat geval tot een goedkeuring hebben geleid. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt slechts de situatie van verzoekster.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster, in strijd met de toepasselijke polisvoorwaarden, niet vooraf om toestemming heeft gevraagd. De medisch adviseur heeft de aanvraag beoordeeld en geconstateerd dat bij verzoekster geen sprake was van een passagestoornis. Ook de behandelend arts heeft dit verklaard. Het Zorginstituut heeft geadviseerd dat het verzoek dient te worden afgewezen. Het bestaan van psychische klachten geeft, hoe vervelend ook, geen aanspraak op ingrepen van plastisch-chirurgische aard. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat hij niet bekend is met de situatie van het buurmeisje van verzoekster. Bovendien is hij niet gebonden aan een door een andere zorgverzekeraar verleende goedkeuring.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Omschrijving**

*Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:*

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting; (...);
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen; (...).

**Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard**

*In de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ vindt u meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.  
(...)*

**Verwijsbrief nodig van**

*Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.*

**Toestemming**

*U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden”.*

- 8.4. Artikel 1.9 van de zorgverzekering regelt de toestemmingsprocedure en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*“Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.  
(...)*

**Toestemming**

*U hebt in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.*

*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.*


*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen".*


- 8.5. De artikelen 1.9 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.


## 9. Beoordeling van het geschil


### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een uitwendige neuscorrectie is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Aanspraak op een neuscorrectie bestaat bij een (verzekerings)indicatie in de vorm van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, dan wel een aangeboren misvorming als bedoeld in artikel 20 van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid met klinisch relevante symptomen als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking, die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar is en die alleen gecorrigeerd kan worden met een uitwendige neuscorrectie. Dit is bij verzoekster niet aan de orde. Dat de passage van de neus mogelijk door de ingreep is verbeterd, kan niet leiden tot een ander oordeel, aangezien eerder door de behandelend KNO-arts geen afwijkingen werden gevonden. Ook anderszins is bij verzoekster niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Indien dit al aan de orde zou zijn geweest, valt dit thans niet meer te constateren, aangezien verzoekster er voor heeft gekozen de operatie te laten uitvoeren, de gevolgen waarvan geheel in haar risicosfeer liggen.
- 9.3. Van verminking is slechts sprake 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. Van verminking in deze zin kan in het onderhavige geval niet worden gesproken.


 9.4. Van een misvorming van het benig aangezicht is slechts sprake als de misvorming aangeboren is en de afwijking opvallend. Het aangezicht van de neus, zoals zich dit voordoet op de overgelegde foto's, kan niet worden aangemerkt als een (aangeboren) misvorming van het benig aangezicht, dan wel één van de andere aangeboren misvormingen zoals limitatief opgesomd. Het niet-aangeboren karakter van de afwijking wordt ondersteund door de verklaring van verzoekster, inhoudende dat de scheefstand van de neus vermoedelijk het gevolg is van een val van de schommel tijdens haar jeugd.

 De stelling van verzoekster dat naast voornoemde (verzekerings)indicaties de enkele verwijzing door de huisarts aanspraak geeft op een behandeling van plastisch-chirurgische aard vindt geen steun in voornoemd artikel 20.


 9.5. De commissie is van oordeel dat bij verzoekster geen (verzekerings)indicatie bestaat op grond waarvan aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een neuscorrectie. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 13 maart 2017. Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige ingreep ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.


 9.7. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name ten aanzien van het wel vergoeden van de behandeling in een ander geval, maakt het voorgaande niet anders.


#### **Conclusie**

 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 10 mei 2017,

 J.A.M. Strens-Meulemeester