

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401845

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 10 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 28 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 november 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 8 januari 2025 respectievelijk 1 juli 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 23 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024042833) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 juni 2025 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. Bij brieven van respectievelijk 1 juli 2025 en 15 juli 2025 hebben de ziektekostenverzekeraar en verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartij gezonden.
- 1.5. De reacties van de ziektekostenverzekeraar en verzoeker van respectievelijk 1 en 15 juli 2025 zijn op 16 juli 2025 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 mei 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 17 juli 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand (75% € 250,-) (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Namens verzoeker is door de behandelend KNO-arts op 23 februari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in- en uitwendige neuscorrectie (septorhinoplastiek). Bij brief van 28 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor de rhinoplastiek is afgewezen. De eveneens aangevraagde septumcorrectie is machtigingsvrij en zal ook door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing met betrekking tot de rhinoplastiek gevraagd. Bij dit verzoek heeft verzoeker een verklaring van zijn KNO-arts gevoegd, waarin deze het volgende over verzoeker stelt:

"Bij [naam verzoeker] is er sprake van neuspassage klachten op basis van in en uitwendige afwijkingen van de neus. De neusfractuur maakt de ingang van de neus te weten de apertura piriformis beperkt doorgankelijk dit is ook typisch voor een zogenaamde tension nose, hiernaast is er ook nog sprake van een septum deviatie en een concho hypertrofie. Gelet op bovengenoemde afwijkingen is een ingreep louter aan het septum en neusschelp onvoldoende om de neus doorgankelijkheid te verbeteren. Door het verruimen van apertura piriformis middels inwendige correctie kan de neusklep regio worden verruimd. Er is geen sprake van een cosmetische ingreep aan de neus, de ingreep is geïndiceerd op basis van functionele klachten van de neus doorgankelijkheid waarbij een septum correctie onvoldoende verbetering zal opleveren, met een inwendige neuscorrectie zal een push down procedure worden uitgevoerd voor het verruimen van apertura piriformis en verruimen van de neusklep regio."

- 2.4. Bij brief van 15 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de overlegde verklaring niet leidt tot een ander standpunt en dat hij zijn beslissing om de aangevraagde rhinoplastiek niet te vergoeden handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 23 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 17 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden - naast de septumcorrectie - de eveneens aangevraagde uitwendige neuscorrectie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij in 2019 zijn neus heeft gebroken, die nadien is gerepositioneerd. Sindsdien heeft hij last van een verstopte neus en een benauwd gevoel. Om hiervan af te komen heeft verzoeker enige tijd fluticason neusspray gebruikt. Omdat de klachten bleven, heeft verzoeker een KNO-arts geconsulteerd. Deze arts constateerde dat de klachten worden veroorzaakt door een scheef neustussenschot en een vergrote neusschelp. Daarnaast is er een nauwe interne neusklep, een nauw vestibulum (ingang van de neus) en collaps van het lagere laterale kraakbeen. De KNO-arts adviseerde verzoeker een gecombineerde in- en uitwendige neuscorrectie te laten uitvoeren. Volgens deze gespecialiseerde KNO-arts zijn beide ingrepen noodzakelijk om de bestaande klachten te verhelpen.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de ingediende aanvraag maar ten dele te willen honoreren. Deze beslissing kan verzoeker niet begrijpen, omdat ook een uitwendige neuscorrectie

ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed als wordt voldaan aan strikte voorwaarden. Deze voorwaarden zijn benoemd in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard 2021' van de VAV. Verzoeker voert aan dat hij voldoet aan de voorwaarden van deze werkwijzer, omdat de klachten al langer dan een jaar bestaan en de vragen van de NOSE-scale resulteren in een totale score van 12 op een 20-puntsschaal. Dit komt overeen met 60 op een 100-puntsschaal.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een uitwendige neuscorrectie is te beschouwen als een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Bij de beoordeling of een plastisch-chirurgische behandeling kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, wordt door de ziektekostenverzekeraar gebruik gemaakt van de criteria die zijn vermeld in de VAV-werkwijzer. Hierin staat beschreven dat een verzekerde in aanmerking komt voor een uitwendige neuscorrectie als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.

Het eerste is aan de orde als:

1. er een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat. Dat wil in dit verband zeggen een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan 1 jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad en waarvan de verzekerde dagelijks hinder ondervindt, én
 2. de ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) Scale, én
 3. er een duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking bestaat die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is, én
 4. er bij een nasendoscopie/rhinoscopie een passageprobleem wordt gezien en beschreven, dat de passageklachten verklaart en dat veroorzaakt wordt door de bij uitwendige inspectie geobjectiveerde anatomische afwijking, én
 5. de afwijking alleen kan worden gecorrigeerd met een operatieve neuscorrectie/rhinoplastiek en niet alleen met een septumcorrectie en/of conchareductie, én
 6. de voorgestelde ingreep voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.
- 4.2. Uit de overgelegde stukken, waaronder de ingediende aanvraag met duidelijke foto's, blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van een uitwendig zichtbare structurele en/of anatomische afwijking van de neus die de aanwezige klachten veroorzaakt. De door de behandelend KNO-arts genoemde klachten kunnen worden verholpen door het uitvoeren van een septumcorrectie. Door de KNO-arts is niet onderbouwd waarom deze behandeling daartoe niet voldoende is. Voor zover verzoeker stelt dat bij hem sprake is van een 'tension nose' geldt dat een correctie van een 'tension nose' en nauwe kleppen vanwege functionele klachten niet voldoet aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. In het kader van de ontwikkeling van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard 2021' heeft de werkgroep systematisch literatuuronderzoek gedaan. Door de werkgroep is geconcludeerd dat verschillende technieken zoals correctie van een 'tension nose' en het plaatsen van spreaders (wordt gedaan ter correctie van een nauwe inwendige neusklep) niet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In verschillende adviezen van het Zorginstituut aan de commissie wordt het voorgaande bevestigd.
- 4.3. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 1 juli 2025 stelt de ziektekostenverzekeraar dat het Zorginstituut in het betreffende advies concludeert dat het verstevigen van de neusvleugels met struts om de insufficiëntie van de externe neusklep te verbeteren niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Daarnaast concludeert het Zorginstituut dat in de situatie van verzoeker niet wordt voldaan aan alle voorwaarden van het indicatieprotocol om voor vergoeding van een neuscorrectie bij interne neusklepinsufficiëntie in

aanmerking te komen. De ziektekostenverzekeraar onderschrijft de conclusies in het voorlopige advies en heeft naar aanleiding hiervan geen nadere opmerkingen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 23 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“In geschil is de vraag of het behandelen van insufficiëntie van zowel de interne als externe neusklep voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking komt. Ten aanzien van de septumcorrectie heeft verweerder aangegeven dat hiervoor geen machtiging vereist is. De septumcorrectie is daarom niet in geschil.

De aanvraag voor de neuscorrectie is op 23 februari 2024 ingediend bij verweerder. De operatie van verzoeker heeft nog niet plaatsgevonden.

Op 15 mei 2025 heeft het Zorginstituut een nieuw standpunt uitgebracht over neusklepcorrectie bij een luchtwegblokkade, dat formeel nog niet gold ten tijde van de oorspronkelijke aanvraag. Omdat de ingreep nog niet heeft plaatsgevonden en verzoeker desgewenst een nieuwe aanvraag kan indienen, heeft het Zorginstituut de aanspraak beoordeeld op basis van het op 15 mei 2025 vastgestelde standpunt. Of verweerder de oorspronkelijke aanvraag in 2024 terecht heeft afgewezen, is niet beoordeeld door het Zorginstituut.

Externe neusklepinsufficiëntie

Het verstevigen van de neusvleugels met struts is bedoeld om de insufficiëntie van de externe neusklep te verbeteren.

Zoals hierboven aangegeven heeft het Zorginstituut op 15 mei 2025 een standpunt uitgebracht over neusklepcorrectie bij een luchtwegblokkade. Hiervoor heeft het Zorginstituut uitgebreid systematisch literatuuronderzoek gedaan. Om de effectiviteit van een operatieve correctie van de neuskleppen aan te tonen bij externe neusklepinsufficiëntie, is een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek (RCT) van voldoende grootte noodzakelijk. Een RCT van voldoende kwaliteit, grootte en follow-up is noodzakelijk voor een accurate en betrouwbare analyse van de effectiviteit van een operatieve correctie van de neuskleppen bij externe neusklepinsufficiëntie. Tijdens het literatuuronderzoek heeft het Zorginstituut geen RCT gevonden. Wel vond het Zorginstituut één observationeel onderzoek, waarbij de kwaliteit van het bewijs als zeer laag werd beoordeeld vanwege het ernstig risico op bias.

In het standpunt concludeert het Zorginstituut dat een operatieve correctie van de externe neuskleppen niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat dit niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het verstevigen van de neusvleugels met struts, bedoeld om de insufficiëntie van de externe neusklep van verzoeker te verbeteren, komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Interne neusklepinsufficiëntie

Het verruimen van de neusklep met spreader grafts is bedoeld om de insufficiëntie van de interne neusklep te verbeteren. Zoals aangegeven in het juridisch kader kan een neuscorrectie bij interne neusklepinsufficiëntie voor vergoeding in aanmerking komen als voldaan is aan het indicatieprotocol.

Uit de brief van de KNO-arts van 23 februari 2024 en het aanvraagformulier blijkt dat verzoeker een verstopte neus heeft en een benauwd gevoel. Ook blijkt dat verzoeker dit al langer dan twaalf

maanden heeft. Fluticason neusspray heeft geen effect gehad op zijn klachten. Hieruit blijkt dat voldaan wordt aan de eerste voorwaarde van het indicatieprotocol.

Op het aanvraagformulier worden de vragen van de NOSE-scale beantwoord met een totale score van 12 op een 20-puntsschaal. Dit komt overeen met 60 op een 100-puntsschaal. Hiermee wordt voldaan aan de tweede voorwaarde van het indicatieprotocol.

Op de beschikbare foto's in het dossier zijn geen uitwendige afwijkingen die direct opvallen. Bij neusendoscopie wordt een nauwe interne neusklep beschreven dat wordt veroorzaakt door obstructie van apertura piriformis. De uitslag van de modified cottle test of wattenbolletjestest ontbreekt echter, waardoor niet volledig aan de derde voorwaarde wordt voldaan.

Tot slot beargumenteert de KNO-arts dat de aandoening niet wordt veroorzaakt door het scheve tussenschot, er is namelijk sprake van een vernauwing van het vestibulum nasi door collaps van laterale neuswand en nauwe apertura piriformis. Hiermee wordt aan de vierde voorwaarde van het indicatieprotocol voldaan.

Conclusie

Het verstevigen van de neusvleugels met struts om de insufficiëntie van de externe neusklep te verbeteren voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt daarom niet in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering. Daarnaast concludeert het Zorginstituut dat in het geval van verzoeker niet wordt voldaan aan alle voorwaarden van het indicatieprotocol voor vergoeding van een neuscorrectie bij interne neusklepinsufficiëntie. De uitkomst van de modified cottle test of wattenbolletjestest ontbreekt. Hierdoor kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding uit de basisverzekering voor het verruimen van de neusklep met spreader grafts, bedoeld om de insufficiëntie van de interne neusklep te verbeteren.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Het verstevigen van de neusvleugels met struts om de insufficiëntie van de externe neusklep te verbeteren maakt geen onderdeel uit van het basispakket.
- Verzoeker voldoet niet aan alle voorwaarden van het indicatieprotocol voor vergoeding van een neuscorrectie bij interne neusklepinsufficiëntie ten laste van de basisverzekering. De uitkomst van de modified cottle test of wattenbolletjestest ontbreekt.”

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ 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

- 7.2. Volgens de vaste lijn van de commissie is de ingediende aanvraag leidend en moet in voorkomend geval worden beoordeeld of de afwijzing naar de stand van dat moment terecht heeft plaatsgevonden. De op 23 februari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag betreft een gecombineerde in- en uitwendige neuscorrectie. Naar de commissie begrijpt, wordt de noodzaak van de septumcorrectie door de ziektekostenverzekeraar niet betwist, is deze ingreep machtigingsvrij, en worden de hiermee gemoeide kosten vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent dat uitsluitend het deel van de aanvraag dat ziet op de uitwendige neuscorrectie partijen verdeeld houdt.
- 7.3. Het Zorginstituut heeft op 15 mei 2025 een nieuw standpunt uitgebracht over de neusklepcorrectie. Dit standpunt gold echter nog niet ten tijde van de op 28 februari 2024 gedeeltelijk afgewezen aanvraag. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend beslist omdat (i) ingrepen aan een ‘tension nose’ en nauwe interne kleppen niet voldoen aan het criterium ‘stand van de wetenschap en de praktijk’, (ii) er geen duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking is die als oorzaak van de functionele klachten is aan te merken, (iii) er niet expliciet een passageprobleem wordt beschreven, en (iv) onduidelijk is waarom de klachten niet kunnen worden verholpen met het uitvoeren van alleen een septumcorrectie. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 23 juni 2025 aan de commissie meegedeeld dat hij niet heeft beoordeeld of de hiervoor genoemde argumenten valide zijn. De commissie stelt vast dat de afwijsgonden van de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd door verzoeker zijn weerlegd. Dit leidt tot de conclusie dat de aanvraag met betrekking tot de uitwendige neuscorrectie destijds terecht werd afgewezen.
- 7.4. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 23 juni 2025 erop gewezen dat de aangevraagde behandeling nog niet werd uitgevoerd en dat verzoeker een nieuwe aanvraag zou kunnen indienen. Om die reden heeft het Zorginstituut beoordeeld of verzoeker, met inachtneming van het nieuwe standpunt, uitgaande van de aanvraag, voldoet aan de voorwaarden. De commissie ziet de redelijkheid hiervan in en zal daarom bij wijze van uitzondering tevens beoordelen of verzoeker na publicatie van het nieuwe standpunt, uitgaande van de aanvraag, aanspraak heeft op een rhinoplastiek, bestaande uit het verstevigen van de neusvleugels met struts en het verruimen van de neusklep met spreader grafts. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 7.5. De commissie merkt allereerst op dat uit het voorlopig advies van 23 juni 2025 van het Zorginstituut blijkt dat het verstevigen van de neusvleugels met struts is bedoeld om de insufficiëntie van de *externe* neusklep te verbeteren, terwijl het verruimen van de neusklep met spreader grafts is bedoeld ter verbetering van de insufficiëntie van de *interne* neusklep. Dit betekent dat de eerste vraag die moet worden beantwoord is of het operatief behandelen van insufficiëntie van zowel de interne als externe neusklep voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ en daarmee is te beschouwen als een verzekerde prestatie. Ten aanzien van het operatief behandelen van insufficiëntie van de *externe* neusklep geldt dat het Zorginstituut in eerder bedoeld advies opmerkt dat om goed te kunnen beoordelen of een operatie aan de neuskleppen helpt bij mensen met *externe* neusklepinsufficiëntie er een groot en betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek nodig is. Dit soort onderzoek heet een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Bij een RCT worden patiënten willekeurig in groepen verdeeld, zodat de uitkomst zo eerlijk mogelijk is. Het Zorginstituut heeft tijdens een uitgevoerde literatuursearch gekeken naar de bestaande onderzoeken, maar heeft geen RCT gevonden. Wel werd een observationeel onderzoek aangetroffen, maar dat was van lage kwaliteit. Dit komt doordat het risico op vertekening (bias) groot is, waardoor niet zeker is of de resultaten kloppen. Gelet op het feit dat er geen RCT’s of andere relevante onderzoeken beschikbaar zijn, concludeert

het Zorginstituut dat een operatieve correctie van de *externe* neusklep niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat deze niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De commissie volgt het Zorginstituut hierin en oordeelt dat het verstevigen van de neusvleugels met struts, bedoeld om de insufficiëntie van de *externe* neusklep te verbeteren, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

- 7.6. Met betrekking tot het operatief behandelen van insufficiëntie van de *interne* neusklep geldt dat het Zorginstituut, als gezegd, op 15 mei 2025 een nieuw standpunt heeft uitgebracht over neusklepcorrectie bij een luchtwegblokkade. Uit dit standpunt blijkt dat een neusklepcorrectie kan worden beschouwd als effectieve chirurgische behandeling bij een ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een *interne* neusklepinsufficiëntie. De behandeling voldoet daarmee aan het wettelijk criterium de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en dit betekent dat in het individuele geval moet worden beoordeeld of hiervoor ook een verzekeringsindicatie bestaat. Om dit objectief te beoordelen is door de beroepsgroep een indicatieprotocol ontwikkeld. Dit indicatieprotocol wordt door zowel zorgverzekeraars als het Zorginstituut gebruikt en de commissie sluit zich hierbij aan.

Uit het indicatieprotocol blijkt dat een neuscorrectie bij een *interne* neusklepinsufficiëntie voor vergoeding in aanmerking komt indien sprake is van:

1. een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat wil zeggen een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan 1 jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen zoals met name (nasale) corticosteroïden en eventueel antihistaminica onvoldoende effect hebben gehad, én;
 2. de ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) Scale waarbij er sprake is van ernstige klachten. Hiervoor moet de NOSE scale > 55 scoren, én;
 3. er wordt bij KNO heelkundig onderzoek met inspectie van de uitwendige neus, rhinoscopie anterior en/of neusendoscopie geconstateerd dat de neusobstructie wordt veroorzaakt door collaps van de laterale wand van de interne neusklep of een statisch zeer nauw aangelegde neusklep, die niet of in mindere mate wordt veroorzaakt door een septumdeviatie, dan wel benige deviatie die mede tot klepinsufficiëntie leidt. Tijdens KNO-onderzoek wordt de modified cottle of wattenbolletjestest verricht om te voorspellen of verruiming of versteviging van de interne neusklep leidt tot een relevante functionele verbetering. De modified cottle test of wattenbolletjestest is positief;
 4. de afwijking kan alleen gecorrigeerd worden met een operatieve neuscorrectie/rinoplastiek en niet met alleen een septumcorrectie en/of conchareductie.
- 7.7. Het Zorginstituut stelt in het voorlopig advies vast dat de klachten die verzoeker ondervindt langer dan één jaar bestaan, fluticason neusspray niet heeft geholpen, en de klachten dermate ernstig zijn dat hij een NOSE-score heeft van 60 op een 100-puntenschaal. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker voldoet aan voorwaarde 1, 2 en 4 van het indicatieprotocol.
- Waar het gaat om voorwaarde 3 van het indicatieprotocol geldt dat de oorzaak van de klachten moet worden achterhaald en dat daarnaast door middel van het uitvoeren van een modified cottle test of wattenbolletjestest moet worden bepaald of verruiming of versteviging van de interne neusklep leidt tot een relevante functionele verbetering. Het Zorginstituut merkt hierover in het voorlopig advies van 23 juni 2025 op dat bij verzoeker sprake is van een nauwe interne neusklep die wordt veroorzaakt door obstructie van apertura piriformis. De uitslag van de modified cottle test of wattenbolletjestest ontbreekt echter, waardoor niet volledig aan de derde voorwaarde wordt voldaan. Hierdoor kan verzoeker, aldus het Zorginstituut, geen aanspraak maken op het verruimen van de neusklep met spreader grafts, bedoeld om de insufficiëntie van de *interne* neusklep te verbeteren. Aangezien verzoeker ook na ontvangst van het voorlopig advies van het Zorginstituut de uitslag van de modified cottle test of wattenbolletjestest niet heeft overgelegd,

rest de commissie niets anders dan de te concluderen dat niet is voldaan aan alle voorwaarden van het indicatieprotocol. Dit betekent dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond de aanvraag, ook op basis van het nieuwe standpunt, af te wijzen.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 augustus 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. 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, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

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:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - 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 verslakte 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 gehemeltespelten, 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;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie 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;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b. het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c. de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e. de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- f. 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/msz;
- g. 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&q=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellzorg 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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

1. Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.
2. Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

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. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.23 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen);
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij trans vrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.28](#).

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het multidisciplinaire genderteam. Het multidisciplinaire genderteam is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie en werkt structureel met elkaar samen. Binnen dit team moet een ter zake deskundige de regie voeren gedurende het hele behandeltraject.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Wij vergoeden plastische chirurgie alleen als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

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. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

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

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([24.2](#)).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.