

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501034

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar 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. Verzoekster heeft op 18 juni 2025 telefonisch gevraagd om een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Een bevestiging hiervan is op 19 juni 2025 aan verzoekster gestuurd. Op 20 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 20 juni 2025, gericht aan de commissie, een bevestiging van een afspraak bij Radiologie gestuurd.
- 1.3. Bij e-mailberichten van 21, 22 en 23 juli 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie van het consult bij de KNO-arts, röntgenfoto's naar aanleiding van het bezoek aan de afdeling Radiologie, en een afspraakbevestiging overgelegd. Kopieën hiervan zijn op 23 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij e-mailbericht van 28 juli 2025 heeft verzoekster opnieuw aanvullende informatie overgelegd, waaronder het operatieverslag van 25 juli 2025. Kopieën hiervan zijn op 29 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 5 augustus 2025 correspondentie over de betaling van de factuur van de operatie aangeleverd. Bij e-mailberichten van 15 augustus 2025 heeft verzoekster de afspraakbevestiging met de KNO-arts en de correspondentie tussen haar en een adviseur van de zorgadministratie overgelegd. Deze stukken zijn in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden op 6, respectievelijk 15 augustus 2025.
- 1.6. Bij brief van 8 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.7. Bij brief van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025018193) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Geadviseerd wordt tot nader onderzoek. Een kopie van het voorlopig advies is, eveneens op

10 september 2025, aan partijen gezonden, waarbij verzoekster is gevraagd het daarin bedoelde nader onderzoek uit te voeren.

- 1.8. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 10 september 2025, 29 september 2025 en 30 september 2025 gereageerd. Kopieën hiervan zijn op 1 oktober 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid op deze stukken te reageren.
- 1.9. Verzoekster heeft bij brief van 23 oktober 2025 een kopie van de factuur en van een betaalbewijs overgelegd.
- 1.10. Bij brief van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht. Hierin wordt geadviseerd tot verder onderzoek. Een kopie van het nader voorlopig advies is op 6 november 2025 aan partijen gezonden, waarbij verzoekster is gevraagd het daarin vermelde onderzoek uit te voeren.
- 1.11. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 7 november 2025, naar aanleiding van het nader voorlopig advies, aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 11 november 2025 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden en per gelijke post aan het Zorginstituut.
- 1.12. Bij brief van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut een tweede nader voorlopig advies uitgebracht.
- 1.13. Bij brief van 18 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is bij brief van 6 januari 2026 aan verzoekster gezonden.
- 1.14. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 24 december 2025 meegedeeld een second opinion te vragen. Een kopie hiervan is op 30 december 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.15. Verzoekster heeft de commissie bij brieven van 3 en 4 januari 2026 aanvullende informatie gestuurd. Kopieën hiervan zijn bij brief van 6 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.16. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.17. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 20 januari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het tweede nader voorlopig advies van 12 november 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 januari 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Doorstap en de AV Tand Opstap (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Namens verzoekster is op 23 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een rhinoplastiek in verband met neuspassageklachten en leptosome tension nose bij status na septumcorrectie.

- 2.3. Bij brief van 29 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat een uitwendige neuscorrectie niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut een tweede nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 22 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag voor een rhinoplastiek goed te keuren, en subsidiair dat de ziektekostenverzekeraar de door haar rechtstreeks van de behandelend KNO-arts ontvangen factuur van € 1.500, -- dient te vergoeden.
- 3.2. In haar brief van 26 maart 2025 heeft verzoekster verklaard dat zij sinds haar vroeggeboorte met 25 weken, al kampt met keel-, neus- en oorproblemen. Zij heeft toen namelijk een neussonde gehad. Als kind ervoer zij ernstige ademhalingsproblemen tijdens het douchen als er water in haar neus kwam. Dit was te wijten aan het scheve neusbot. Haar medische voorgeschiedenis bestaat uit verkoudheden en voorhoofdsholteontstekingen. Neussprays verergerden de klachten en boden geen verlichting. Als jongvolwassene verslikte zij zich regelmatig in voedsel, omdat zij onvoldoende kon ademen door haar neus. Iedere nacht heeft zij minstens een uur slaapgebrek door een verstopte neus. Dit uit zich in voortdurende vermoeidheidsklachten. Het reinigen van de neus door middel van stomen en/of snuiten is zonder resultaat door het scheve neusbot.
- 3.3. Vanwege het kaakklemmen krijgt verzoekster botoxinjecties in beide kaken. Dit verhelpt echter de neuspassageklachten niet. Het zuurstoftekort heeft volgens verzoekster geleid tot chronische hoofdpijn en blauwe kringen onder haar ogen. Zij haalt adem door haar mond, waardoor zij altijd een droge mond heeft. Verder heeft zij verklaard dat zwemmen voor haar riskant is, omdat contact met water of chloor ademhalingsproblemen geeft, en daarmee levensbedreigend is. Bij fysieke inspanning, zoals traplopen, is zij snel buiten adem en moet zij moeite doen om voldoende zuurstof in te ademen.
- 3.4. In 2012 heeft verzoekster een operatie gehad waarbij haar neusschelpen zijn verkleind en een botstuk is verwijderd. Deze ingreep bleek echter niet succesvol en bemoeilijkte een volgende operatie in 2024. Toen bleek bij een second opinion dat het neustussenschot moest worden rechtgezet. Die operatie heeft op 10 oktober 2024 plaatsgevonden. Er werd echter geconstateerd dat haar neusbot scheef staat, waardoor de ademhaling belemmerd blijft. Het scheve neusbot veroorzaakt ook asymmetrie in haar bovenlip.

- 3.5. De aangevraagde rhinoplastiek moest het scheve neusbots corrigeren en de neusvleugel openen, zodat zij voldoende zuurstof kan inademen. Deze ingreep is volgens verzoekster niet esthetisch, maar medisch noodzakelijk. Zij heeft hierbij verwezen naar de door haar aangeleverde foto's en het standpunt van het Zorginstituut over neuscorrectie bij een chronische luchtwegblokkade.
- 3.6. Bij e-mailbericht van 20 juni 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard dat de behandelend KNO-arts aan meer dan 60 patiënten het voorstel heeft gedaan om de uitwendige neuscorrectie voor een bedrag van € 1.500,-- uit te voeren. Verzoekster vindt dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten moet vergoeden. Bij e-mailbericht van 23 juni 2025 heeft verzoekster de planning, Diagnose Behandel Combinaties (hierna: DBC's) en het contract aan de commissie gestuurd.
- 3.7. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 juni 2025 naar een e-mailbericht van dezelfde datum van de arts verwezen en verklaard dat een correctie van de vorm van de neus wordt vergoed als sprake is van een aangeboren afwijking. Dat laatste is bij haar het geval.
- 3.8. Bij e-mailbericht van 10 september 2025 heeft verzoekster verklaard dat op 25 juli 2025 een operatie heeft plaatsgevonden. Dit betrof een inwendige neuscorrectie en geen externe rhinoplastiek. Er zijn dan ook geen littekens aan de buitenkant van de neus. Verzoekster heeft een kopie van de aanvraag voor een machtiging van 23 januari 2025 meegestuurd.
- 3.9. Bij e-mailbericht van 30 september 2025 heeft verzoekster verklaard dat zij, voorafgaand aan de operatie op 25 juli 2025, een neusprovocatietest heeft gehad. De uitkomst hiervan was heel erg. Volgens verzoekster is het daarom belangrijk om de uitslagen van de neusprovocatietest van januari 2026 af te wachten.
- 3.10. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 24 december 2025 verklaard dat zij de behandelend KNO-arts heeft gevraagd om een second opinion, omdat één neusvleugel na de uitgevoerde ingreep nog niet genoeg open is.
- 3.11. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 4 januari 2026 twee foto's en een e-mailbericht van haar aan de behandelend KNO-arts inzake de second opinion overgelegd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Ter zitting heeft verzoekster gesteld dat de uitgevoerde operatie medisch noodzakelijk was. De neusprovocatietest en de radiologiebeelden vormen volgens haar een objectieve medische onderbouwing hiervan. Verzoekster twijfelt of het Zorginstituut de radiologiebeelden in het advies van 12 november 2025 heeft betrokken. Het kan volgens verzoekster niet zo zijn dat de ingreep "kostentechnisch wordt gesplitst", terwijl het gaat om één operatie. Verzoekster heeft verder verteld over haar medische voorgeschiedenis en de familiale aangeboren afwijking.
- 3.13. In de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat het opheffen van een functiestoornis ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Daarvan is bij haar sprake. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is in strijd met de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster heeft de factuur van € 1.500,-- betaald, omdat zij vanwege de medische urgentie niet langer kon wachten. In verband met haar verzoek om een second opinion bij de behandelend KNO-arts heeft zij een e-mailbericht van 30 juni 2025, de verwijfsbrief en foto's overgelegd. Zij verzoekt de commissie ook te beslissen dat bij een eventuele aanvullende operatie de zorgkosten door de ziektekostenverzekeraar moeten worden betaald.
- 3.14. Verzoekster heeft verder gesteld dat de opmerking van de ziektekostenverzekeraar over de tegenstrijdigheid in de verklaring van de arts niet terecht is. Zij verwijst hiervoor naar het advies

van het Zorginstituut van 12 november 2025 en citeert hieruit een gedeelte. De behandelend KNO-arts heeft per ongeluk laten staan dat er sprake is van een open interne neusklep.

- 3.15. Daarnaast gevraagd door de commissie, heeft verzoekster toegelicht dat de KNO-arts haar vertelde dat de operatie niet zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar wijst de aanvraag af, omdat hij niet begrijpt dat het gaat om een functionele operatie. Verzoekster begrijpt de discussie over de bedragen van de operatie niet, omdat zij niet weet wat er wel en niet is vergoed aan de zorgaanbieder. Volgens het advies van het Zorginstituut voldoet zij aan vier voorwaarden en dient de factuur van € 1.500,-- van de KNO-arts aan haar te worden vergoed.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 januari 2025 verklaard dat de aangevraagde uitwendige neuscorrectie niet wordt vergoed. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de behandelend KNO-arts onvoldoende heeft gemotiveerd waarom een septumcorrectie niet voldoende is om de klachten op te lossen. De arts heeft meegedeeld dat sprake is van een inwendige neusklepvernauwing en een tension nose. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er te weinig wetenschappelijk bewijs dat de uitwendige neuscorrectie de ademhalingsproblemen bij een inwendige neusklepvernauwing en een tension nose oplost. De behandeling voldoet daarom niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Daarbij is er geen duidelijke afwijking van de vorm van de neus zichtbaar die de ademhalingsklachten kan verklaren. De ziektekostenverzekeraar verwijst voor meer informatie naar de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor een septumcorrectie geen aanvraag nodig is.
- 4.2. Bij brief van 7 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op de medische foto’s weliswaar een scheefstand is te zien, maar niet een duidelijke uitwendige afwijking die de ademhalingsklachten kan veroorzaken. Op de door verzoekster zelfgemaakte foto is meer scheefstand te zien, maar deze foto is verouderd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat – ook al wordt de behandeling niet vergoed – dit niet betekent dat verzoekster de behandeling niet nodig heeft of dat de ziektekostenverzekeraar de klachten niet ernstig genoeg vindt. Het is echter zo dat niet alle behandelingen die medisch gezien nodig zijn, ten laste van de zorgverzekering mogen worden vergoed.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 mei 2025 zijn afwijzing verder toegelicht. Een rhinoplastiek is een uitwendige neuscorrectie en een plastisch chirurgische ingreep. Vergoeding van een rhinoplastiek moet voorafgaand aan de operatie worden aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. De hiertoe ingediende aanvraag is door hem beoordeeld op basis van het recente standpunt van het Zorginstituut over interne neusklepinsufficiëntie. In de aanvraag van 23 januari 2025 heeft de behandelend KNO-arts geschreven “open interne neusklep”. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is het daarom niet aannemelijk dat bij verzoekster sprake is van een interne neusklepinsufficiëntie.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 augustus 2025 verklaard dat verzoekster op 10 oktober 2024 een “interne rhinoplastiek” heeft ondergaan. Op 23 januari 2025 is namens verzoekster een aanvraag voor een in- en uitwendige neuscorrectie ingediend. Verzoekster is erop gewezen dat voor een septumcorrectie geen machtiging is vereist. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verwezen naar de wet- en regelgeving waarop artikel 2.7.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is gebaseerd. Het recht op zorg wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Ook moet op grond van artikel 3.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering sprake zijn van een verzekeringsindicatie in de vorm van een lichamelijke functiestoornis of een verminking. Deze voorwaarden zijn verder uitgewerkt in de

‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard’ van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV-werkwijzer).

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het bij verminking kan gaan om een aangeboren misvorming of een verworven verminking. Op basis van de informatie in het dossier is geconcludeerd dat van verminking in de situatie van verzoekster geen sprake is. Volgens de VAV-werkwijzer komt een interne neusklepcorrectie slechts in uitzonderlijke gevallen voor vergoeding in aanmerking, namelijk als aan 6 cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

1. *Er dient sprake te zijn van een lichamelijke functiestoornis; een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan één jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad en waarvan een verzekerde dagelijkse hinder ondervindt.*

In de aanvraag van 23 januari 2025 is beschreven dat verzoekster ‘rechts minder neuspassage heeft’. Verzoekster heeft in haar brief van 26 maart 2025 aannemelijk gemaakt dat zij door ernstige ademhalingsproblemen sinds haar kinderleeftijd aan deze voorwaarde voldoet;

en

2. *De ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale.*

Verzoekster heeft een NOSE scale van 85, waarmee zij voldoet aan dit criterium voor vergoeding;

en

3. *Er is een duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is.*

Volgens de ziektekostenverzekeraar is het op basis van de aangeleverde foto’s onvoldoende navolgbaar dat sprake is van een uitwendige vormafwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is;

en

4. *Er wordt bij een nasendoscopie/rhinoscopie een passageprobleem gezien en beschreven, dat de passageklachten verklaart en dat veroorzaakt wordt door de bij de uitwendige inspectie geobjectiveerde anatomische afwijking.*

De behandelend arts heeft in de aanvraag niet specifiek de bevindingen bij nasendoscopie/rhinoscopie beschreven. Er wordt beschreven dat het septum mediaan staat en status na concha hypotrofie is. Er wordt een open neusklep en collaps lower lateral cartilages beschreven. Dit komt volgens de ziektekostenverzekeraar, bevestigd in de brief van 26 maart 2025 van verzoekster, neer op een uitwendige neusklepinsufficiëntie. Er wordt geen inwendig passageprobleem beschreven;

en

5. *De afwijking alleen gecorrigeerd kan worden met een operatieve neuscorrectie/rhinoplastiek en niet alleen met een septumcorrectie en/of conchareductie.*

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in de aanvraag enkel een ‘in- en uitwendige neuscorrectie’ is beschreven en dat niet is onderbouwd waarom een septumcorrectie en/of conchareductie onvoldoende zou zijn;

en

6. *De voorgestelde ingreep voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.*
De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de behandelend arts niet heeft beschreven welke techniek hij wil toepassen. Aangezien er sprake is van een uitwendige neusklepinsufficiëntie en een tension nose, voldoet de operatieve behandeling hiervan niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het nieuwe standpunt van het Zorginstituut dat een rhinoplastiek bij een inwendige neusklepinsufficiëntie voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ rechtvaardigt geen vergoeding in de situatie van verzoekster.
- 4.6 Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat uit de nagekomen stukken van verzoekster blijkt dat zij de rhinoplastiek inmiddels heeft ondergaan en daarvoor een factuur van € 1.500,-- heeft ontvangen van de behandelend KNO -arts. Zij heeft op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen voorafgaande schriftelijke toestemming verkregen en heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de uitgevoerde rhinoplastiek. Verder is het de ziektekostenverzekeraar opgevallen dat de arts in de brief van 21 juli 2025 beschrijft dat sprake is van een nauwe inwendige neusklep met een positieve Cottle test. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar strijdig met hetgeen in de aanvraag is beschreven, waarin staat dat sprake is van een “open interne neusklep”. Het is bovendien niet navolgbaar hoe dit in een periode van 6 maanden dusdanig zou kunnen veranderen.
- 4.7 De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 december 2025 verklaard dat, door de tegenstelling in de informatie van de behandelend KNO-arts, de indicatie nog altijd onnavolgbaar is. Op 23 januari 2025 heeft de arts een “open interne neusklep” gezien en op 21 juli 2025 wordt een “nauwe inwendige neusklep” beschreven. Desgevraagd heeft de KNO-arts meegedeeld dat de eerdere vermelding “open interne neusklep” onjuist is. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat op 10 oktober 2024 een operatie heeft plaatsgevonden. Met de gegeven toelichting is het voor hem nog altijd onnavolgbaar dat er kennelijk na 10 oktober 2024 nog sprake was van een open interne neusklep en vervolgens op 21 juli 2025 van een nauwe interne neusklep. De toelichting heeft hooguit de tijdlijn verduidelijkt, maar geeft nog geen verklaring voor de indicatie.
- 4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat er termen door elkaar worden gebruikt. Er is een verschil tussen een open, gesloten, interne en externe neuscorrectie. Het onderscheid inwendige of uitwendige neuscorrectie ziet op de positie van de neusklep. De externe correctie betreft de externe neusklep, onder in de neus. De inwendige correctie betreft de interne neusklep, boven in de neus. Op dit moment is de indicatie niet navolgbaar. Uit de verklaring van de behandelend KNO-arts volgt dat in oktober 2024 sprake was van een open interne neusklep en een korte tijd later was dit veranderd. De verklaring hiervoor ontbreekt. Voor een lichamelijke functiestoornis moet sprake zijn van een (nieuwe) situatie die minimaal een jaar aanwezig is. Na oktober 2024 zou een nieuwe situatie rond de interne neusklep zijn ontstaan.
- 4.9. Met betrekking tot de second opinion heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat als deze aan de voorwaarden van de zorgverzekering voldoet, de kosten hiervan worden vergoed. Als er een behandeling uit voortvloeit, moet deze aan voorwaarden worden getoetst voordat een vergoeding kan worden toegezegd.
- 4.10. Daarnaar gevraagd door de commissie, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat hij van de zorgaanbieder een declaratie heeft ontvangen voor een septumcorrectie. Deze is rechtstreeks vergoed. De kosten van een septumcorrectie zijn € 3.000,--. Een rhinoplastiek – die in combinatie met een septumcorrectie kan worden uitgevoerd – kost € 4.500,--. Dit zijn twee verschillende DBC’s met de daarbij behorende vergoedingen. Het lijkt er dus op dat de behandelend KNO-arts separaat een rhinoplastiek heeft gefactureerd. Dat is namelijk het verschil tussen genoemde bedragen. De scheefstand van het septum, die zichtbaar is op de radiologiebeelden, staat niet ter

discussie. De septumcorrectie is machtigingsvrij en is niet in geschil. Het gaat om de bijkomende correctie van de neus. Er is onvoldoende navolgbaar waarom alleen een septumcorrectie niet voldoende is. Het advies van het Zorginstituut van 12 november 2025 is volgens de ziektekostenverzekeraar op dit punt te kort door de bocht.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 september 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.

Externe neusklepinsufficiëntie

Het positioneren van de LLC betreft de correctie van de externe neusklep. 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 positioneren van de LLC, bedoeld om de insufficiëntie van de externe neusklep van verzoekster te verbeteren, komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Interne neusklepinsufficiëntie

Het vrijmaken en herpositioneren van de UCC 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.

Verzoekster heeft anamnestic al sinds haar geboorte en vroege jeugd last van een belemmerde neuspassage. Conservatieve maatregelen hebben volgens de brief van de KNO-arts van 23 januari 2025 geen effect gehad. Aan de eerste voorwaarde wordt hiermee voldaan.

De NOSE scale ontbreekt in het dossier. Aan de tweede voorwaarde wordt niet voldaan.

De KNO-arts van het WZA vermeldt in de brief van 23 januari 2025 een open interne neusklep en collaps van de uitwendige neusklep. De interne neusklep lijkt in de zes maanden die daarna volgen een verandering te ondergaan; in de brief van de KNO-arts van 21 juli 2025 wordt een vernauwde interne neusklep beschreven. Hoe deze verandering is ontstaan en of dit het gevolg is van een septumdeviatie dan wel benige deviatie wordt niet beschreven. In de laatste brief beschrijft de KNO-arts wel dat de cottle test beiderzijds positief is. Aan de derde voorwaarde wordt echter niet voldaan, aangezien niet duidelijk wordt beschreven of de vernauwde interne neusklep wordt veroorzaakt door een septumdeviatie dan wel een andere benige deviatie.

De KNO-arts van het WZA benoemt in de brief van 21 juli 2025 dat een ‘solitaire septumcorrectie onvoldoende is.’ Argumentatie hiervoor ontbreekt echter in deze brief. Aan de vierde voorwaarde wordt hiermee niet voldaan, omdat onvoldoende onderbouwd is waarom alleen een septumcorrectie onvoldoende is om de klachten van verzoekster te verhelpen.

Het Zorginstituut merkt op dat de machtigingsaanvraag voor de neuscorrectie ontbreekt in dit dossier. Mogelijk is hierin aanvullende informatie beschreven, zoals de NOSE scale en een gedetailleerdere onderbouwing waarom alleen een septumcorrectie onvoldoende is om de klachten van verzoekster te verhelpen.

Nader onderzoek

Aangezien de machtigingsaanvraag voor de neuscorrectie ontbreekt, kan het Zorginstituut niet volledig beoordelen of verzoekster voldoet aan de indicatiecriteria voor correctie van een interne neusklepinsufficiëntie. Om te kunnen vaststellen of de interne neuscorrectie voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt, dient de machtigingsaanvraag (of dienen de machtigingsaanvragen) voor de neuscorrectie aan het dossier te worden toegevoegd.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 5 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Uit de aanvullende informatie blijkt dat de machtigingsaanvraag is ingediend voor een rhinoplastiek. De KNO-arts beschrijft dit als ‘correctie chirurgische behandeling van deformiteiten aan het benign neusskelet met laterale osteotomie, gecombineerd met ingrepen ter correctie van het septum en/of vestibulum nasi’.

Het Zorginstituut merkt op dat de datum van de NOSE-vragenlijst ontbreekt. Daarnaast merkt het Zorginstituut op dat de aangeleverde informatie van de KNO-arts tegenstellingen bevat. In de brief van 23 januari 2025 beschrijft de KNO-arts dat er een open interne neusklep is. In de bijlage van de machtiging vermeldt de KNO-arts dat er sprake is van een nauwe apertura piriformis en dat dit met de operatie verholpen gaat worden. Dit houdt in dat de interne neusklep vernauwd is.

Door het ontbreken van de datum van de NOSE-vragenlijst en de tegenstrijdige informatie over de insufficiëntie van de interne neusklep, kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster voldoet aan de indicatiecriteria voor een correctie van een interne neusklepinsufficiëntie.

Nader onderzoek

Om te kunnen vaststellen of de interne neuscorrectie voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt, moet aanvullende informatie aan het dossier worden toegevoegd over het volgende:

- *Een toelichting van de KNO-arts op de tegenstrijdige informatie over de mate van insufficiëntie van de interne neusklep voorafgaand aan de ingreep;*
- *De datum waarop de NOSE-vragenlijst is afgenomen.*

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”

- 5.3. In het tweede nader voorlopig advies van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Interne neusklepinsufficiëntie

Het vrijmaken en herpositioneren van de UCC 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.

In het voorlopig advies van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut beoordeeld dat aan de eerste voorwaarde van het indicatieprotocol wordt voldaan. Uit de aanvullende informatie van 28 oktober 2025 blijkt dat de NOSE-score 15 is, op een schaal van 0 tot 20. Omgerekend is dit 75 op een schaal van 0 tot 100. Daarnaast heeft de KNO-arts in de aanvullende informatie van 11 november 2025 aangegeven dat de NOSE-vragenlijst is afgenomen op 23 januari 2025. Aan de tweede indicatievoorwaarde wordt voldaan.

In de bijlage bij de machtiging beschrijft de KNO-arts dat ‘de aandoening niet wordt veroorzaakt door het scheve tussenschot; er is vernauwing van het vestibulum nasi door collaps van laterale neuswand en nauwe apertura piriformis.’

Daarnaast heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies van 10 september 2025 beoordeeld dat de cottle test beiderzijds positief is. Aan de derde voorwaarde wordt voldaan.

De KNO-arts beschrijft in de bijlage bij de machtiging dat de neusvleugels verstevigd worden en dat de apertura piriformis verruimd wordt. Dit sluit aan bij de oorzaak van de aandoening, namelijk de collaps van de laterale neuswand en nauwe apertura piriformis. Deze uitleg is voldoende onderbouwing waarom alleen een septumcorrectie onvoldoende is. Aan de vierde voorwaarde wordt voldaan.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden van het indicatieprotocol voor vergoeding van een neuscorrectie bij interne neusklepinsufficiëntie. Hierdoor kan verzoekster aanspraak maken op vergoeding van het vrijmaken en herpositioneren van de UCC ten laste van de basisverzekering.”

- 5.4. In het definitief advies van 22 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) 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.”

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 2.12 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 geneeskundige zorg, waaronder plastische chirurgie, en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ 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.
- 7.2. Namens verzoekster is door de behandelend KNO-arts een machtingsaanvraag ingediend voor een rhinoplastiek. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, waarna verzoekster ervoor heeft gekozen zich toch te laten opereren. Het is de commissie duidelijk dat verzoekster de behandeling wilde ondergaan vanwege de al sinds haar vroegste jeugd bestaande klachten met de neusademhaling, waarvoor zij ook al in oktober 2024 werd geopereerd. De commissie heeft ook begrip voor de wens van verzoekster hiervoor een oplossing te zoeken. Het is echter de taak van de commissie om te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar op basis van de hiervoor geldende wet- en regelgeving gehouden was om de ingediende aanvraag goed te keuren en daarmee de kosten van de intussen op 25 juli 2025 uitgevoerde ingreep te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 7.3. Bij e-mailbericht van 10 september 2025 heeft verzoekster verklaard dat alleen een inwendige neuscorrectie heeft plaatsgevonden. Volgens het operatieverslag heeft de KNO-arts een septumcorrectie, een inwendige én een uitwendige neusklepcorrectie uitgevoerd. Een septumcorrectie is machtigingsvrij en kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de septumcorrectie rechtstreeks is gedeclareerd en dat de kosten hiervan zijn vergoed aan de zorgaanbieder. Over dit onderdeel zijn partijen dus niet (meer) verdeeld.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat voor hem niet duidelijk is waarom in het geval van verzoekster niet met een septumcorrectie kon worden volstaan. Het advies van het Zorginstituut is volgens hem te kort door de bocht op dit punt.
In het tweede nader voorlopig advies van 12 november 2025 schrijft het Zorginstituut hierover: *“De KNO-arts beschrijft in de bijlage bij de machtiging dat de neusvleugels verstevigd worden en dat de apertura piriformis verruimd wordt. Dit sluit aan bij de oorzaak van de aandoening, namelijk de collaps van de laterale neuswand en nauwe apertura piriformis. Deze uitleg is voldoende onderbouwing waarom alleen een septumcorrectie onvoldoende is.”* De commissie acht deze toelichting overtuigend en concludeert dat alleen een septumcorrectie niet tot het beoogde en medisch gezien haalbare resultaat zou hebben geleid. De volgende vraag is die naar de uitgevoerde externe en de interne neusklepcorrectie. De commissie overweegt ten aanzien daarvan als volgt.
- 7.4. Bepalend is allereerst of de externe en interne neusklepcorrectie bij de aandoening van verzoekster voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ als bedoeld in artikel 2.7.1, onderdeel c, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, tweede lid, Bzv. De commissie neemt bij haar beoordeling het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Daaruit volgt dat met de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 7.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle

relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten ‘evidence based medicine’ het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever, zo blijkt uit de jurisprudentie.

Externe neusklepcorrectie

- 7.6. Het Zorginstituut heeft op 15 mei 2025 het standpunt ‘Neusklepcorrectie bij een luchtwegblokkade’ uitgebracht. Daaruit volgt dat een neusklepcorrectie niet kan worden beschouwd als een effectieve chirurgische behandeling bij een ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een externe neusklepinsufficiëntie. De behandeling voldoet daarmee niet aan het wettelijk criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit betekent dat er geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Dit volgt ook uit het voorlopig advies van 10 september 2025 van het Zorginstituut in het onderhavige geschil. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten.

Interne neusklepcorrectie

- 7.7. Uit voornoemd standpunt van 15 mei 2025 blijkt dat een neusklepcorrectie als een effectieve chirurgische behandeling kan worden beschouwd bij een ernstig, chronisch nasale luchtwegblokkade als gevolg van een interne neusklepinsufficiëntie. De behandeling voldoet daarmee aan het wettelijk criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Uit het nader voorlopig advies van 12 november 2025 van het Zorginstituut volgt dat een verzekerde – om aanspraak te maken op een interne neusklepcorrectie – moet voldoen aan de criteria van het indicatieprotocol. Na het advies om nader onderzoek te doen, heeft verzoekster aanvullende informatie overgelegd. Hieruit heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat zij aan alle criteria voldoet en daarmee aanspraak heeft op vergoeding van de interne neusklepcorrectie ten laste van de zorgverzekering. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn conclusie. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden voor de interne neusklepcorrectie de juiste DBC vast te stellen en dat hij eventueel een aanvullende vergoeding aan verzoekster dient te verlenen, indien en voor zover het bijbehorende tarief hoger is dan hetgeen door hem al aan de zorgaanbieder is betaald ter zake de septumcorrectie. De commissie ziet hierin tevens aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Factuur van de behandelend KNO-arts

- 7.8. Verzoekster heeft de commissie subsidiair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de factuur van € 1.500,- van de behandelend KNO-arts te vergoeden. Wat betreft die factuur overweegt de commissie dat deze afkomstig is van de arts en betrekking heeft op een ‘rhinoplastiek voor eigen rekening’. Verzoekster en de KNO-arts zijn deze separate vergoeding volgens verzoekster onderling overeengekomen, naar de commissie aanneemt in de wetenschap dat hiervoor onder de verzekeringsovereenkomst van verzoekster geen dekking bestaat. Waaruit deze heeft bestaan is voor de commissie niet duidelijk, aangezien de verklaring van verzoekster over de uitgevoerde ingreep en het operatieverslag niet met elkaar stroken. Bovendien behoort medisch specialistische zorg te worden gedeclareerd door middel van een Diagnose Behandel Combinatie, waarbij een bepaalde omschrijving past. Dit alles maakt dat niet tot het bestaan van een vergoedingsverplichting voor de ziektekostenverzekeraar kan worden geconcludeerd.

Voor zover verzoekster het bestaan van een betalingsverplichting tegenover de behandelend KNO-arts in dit geding ter discussie wil stellen, geldt dat, gelet op het bepaalde in het Reglement voor het behandelen van klachten door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, de commissie niet bevoegd is te oordelen over geschillen tussen zorgaanbieders en patiënten.

- 7.9. Verzoekster heeft verder naar voren gebracht dat zij om een second opinion heeft gevraagd. Als hieruit kosten van een volgende behandeling voortvloeien, vraagt zij de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar deze moet vergoeden.

De commissie merkt op dat in dit geval niet van een second opinion kan worden gesproken, nu verzoekster zich opnieuw heeft gewend tot de behandelend KNO-arts. Of hiervoor kosten zijn berekend is niet bekend. Als deze ten laste zijn gekomen van verzoekster, ligt het in de eerste plaats op haar weg deze bij de ziektekostenverzekeraar te declareren, en indien dit leidt tot een afwijzing, hem te vragen die beslissing te heroverwegen. Pas daarna kan een beroep worden gedaan op de commissie. Over de vergoeding van mogelijke toekomstige behandelingen kan de commissie, zoals verzoekster ter zitting is voorgehouden, op voorhand geen uitspraak doen. Dit zal moeten worden beoordeeld als het aan de orde is, op basis van de aldan toepasselijke wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar voor de interne neusklepcorrectie de juiste DBC dient vast te stellen en eventueel een aanvullende vergoeding aan verzoekster dient te verlenen, indien en voor zover het bijbehorende tarief hoger is dan hetgeen door hem al aan de zorgaanbieder is betaald ter zake de septumcorrectie;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 4 februari 2026,

B.L.A. van Drunen

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 gehemeltespelen, 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.

Bewijs van einde zorgverzekering

Als de verzekering eindigt, krijg je van De Friesland een 'bewijs van einde zorgverzekering'. Op dit bewijs wordt de volgende informatie vermeld:

- naam, adres, woonplaats en Burgerservicenummer van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- naam, adres, woonplaats van de zorgverzekeraar;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor jou op die dag een eigen risico gold en zo ja met ingang van welke ingangsdatum, voor welk bedrag en de in verband daarmee verleende korting;
- de reden van de beëindiging van de verzekering.

Overname machtiging door nieuwe zorgverzekeraar

Heb je een geldende machtiging en stap je over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de medische beoordeling over en heb je recht op de betreffende zorg volgens de bij jouw nieuwe verzekeraar geldende verzekeringsvoorwaarden.

Heb je een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel [3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf \(wijkverpleging\)](#) en stap je over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de nog geldende toekenningsverklaring over. Ook het aantal uren voor verpleging en verzorging neemt je nieuwe verzekeraar over, volgens de geldende indicatie. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan bij jouw nieuwe zorgverzekeraar anders zijn, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren je daarom de toekenningsverklaring te bewaren zolang deze geldig is. Je nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

De Friesland heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. De Friesland deelt deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van een verandering in de premiegrondslag en de aankondiging hiervan zitten ten minste zeven weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premiegrondslag, kan de verzekeringnemer gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op!

Ook als de wijziging in het nadeel van verzekerde is, kun je als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van een aanpassing in de Zorgverzekeringswet met betrekking tot de inhoud van de verzekering zoals genoemd in hoofdstuk [3. Inhoud van de verzekering](#) van deze voorwaarden.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie, gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Heeft De Friesland binnen één maand na bekendmaking geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6 Onterechte verzekering

Als een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen en achteraf blijkt dat geen verzekeringsplicht heeft bestaan of dat deze inmiddels is geëindigd, dan vervalt de verzekeringsovereenkomst automatisch vanaf het moment van ingang of vanaf het moment waarop de verzekeringsplicht is geëindigd. In dit geval ben je verplicht om de kosten die onterecht zijn vergoed vanaf de datum van beëindiging van de verzekering terug te betalen.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat je van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als je naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan jou echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland jou dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en (bij het ontbreken van een zodanige maatstaf) door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. Je hebt recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of je behoefte hebt aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst, wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. Je hebt geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;
- b. tot 1 januari 2027 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- c. tot 1 januari 2026 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- d. tot 1 januari 2027 hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- e. tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- f. tot 1 januari 2027 blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.15 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

Je hebt recht op een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen). Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking wanneer:
 - de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt en;
 - het aannemelijk is dat de correctie van het bovenooglid de gezichtsveldvermindering oplost en;
 - de gezichtsveldbeperking tot belemmeringen in het dagelijkse functioneren leidt.
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde genderincongruentie, inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie;
- f. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde genderincongruentie. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgender personen verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op de volgende zorg:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, tenzij sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of;
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde genderincongruentie. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgender personen verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen heb je 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.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten. Ook dien je ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medische fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. Je hoeft geen foto's toe te sturen als je een bovenooglidcorrectie aanvraagt.

Wij geven alleen toestemming als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'.

Let op!

Voor het in bezit krijgen van de foto's van de medische fotograaf brengt het ziekenhuis je mogelijk kosten in rekening. Deze kosten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.16 Revalidatie

3.16.1 Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

Je hebt recht op onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, psychologische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, als je een van de volgende aandoeningen hebt:

- a. Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.
- b. Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Je hebt ook recht op medisch specialistische revalidatie zonder dat sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen als je niet-aangeboren hersenletsel hebt en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
- c. Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.