



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen  
Zaak : Medisch specialistische zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie bovenbenen  
Zaaknummer : 201702014  
Zittingsdatum : 6 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tand 75% € 250 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een dermoliepectomie van de bovenbenen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 31 januari 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 april 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 april 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 april 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 9 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018018601) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 mei 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juni 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 juni 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift van het definitieve advies is aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft op 7 februari 2017 verklaard dat verzoekster in 2011 een gastric bypass operatie heeft ondergaan. Na deze operatie is zij veel gewicht verloren en ervaart zij klachten als gevolg van de overtollige huid. De behandelend plastisch chirurg heeft vastgesteld dat verzoekster een vet- en huidoverschot heeft aan de bovenbenen, waardoor zij forse beperkingen ervaart bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en met sporten. Daarnaast klotst de overtollige huid heen en weer, is sprake van smetvorming en schuurt de huid kapot, waardoor open plekken ontstaan. Eveneens is bij verzoekster sprake van een misvorming conform de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Teneinde de klachten van verzoekster te verhelpen, heeft de behandelend plastisch chirurg een dermolipectomie van de bovenbenen geïndiceerd en voor deze ingreep op 14 februari 2017 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Bij het uitblijven van een reactie op de aanvraag, heeft verzoekster op 22 februari, 22 maart, 10 april, 28 april, 22 mei, 9 juni, 29 juni, 14 juli, 18 augustus en 6 september 2017 telefonisch contact gehad met de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar. Alle keren is aan haar medegedeeld dat de aanvraag in behandeling is en dat zij de beslissing moet afwachten. Verzoekster heeft haar onvrede over de gang van zaken telefonisch geuit. Aan haar is meermalen toegezegd dat zij hierover zou worden teruggebeld door een medewerker van de afdeling die de aanvraag beoordeelt. Dit is echter nooit gebeurd.
- 4.3. Niet eerder dan bij brief van 25 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen, omdat de gevraagde informatie, waaronder foto's van de bovenbenen van verzoekster, niet zou zijn ontvangen. Dit laatste betwist verzoekster. Reeds ten tijde van de aanvraag op 14 februari 2017 zijn alle relevante stukken, waaronder de foto's, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De foto's zijn door verzoekster op 21 februari 2017 nogmaals toegezonden en, naar aanleiding van de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar, voor een derde maal op 27 oktober 2017.

- 4.4. Op basis van de informatie die op 27 oktober 2017 aan de ziektekostenverzekeraar is gestuurd, heeft hij besloten verzoekster uit te nodigen voor het spreekuur van zijn adviserend geneeskundige op 6 december 2017. Echter, de operatie was inmiddels gepland op 29 november 2017. De ingreep zou pas één tot anderhalf jaar later kunnen plaatsvinden als deze zou worden verplaatst. De ziektekostenverzekeraar was echter niet bereid het spreekuur eerder te laten plaatsvinden en heeft aan verzoekster medegedeeld dat een spreekuur niet van toegevoegde waarde zou zijn, als de operatie intussen was uitgevoerd. De vertraging van de behandeling van de aanvraag is echter aan de ziektekostenverzekeraar te wijten en daarom kan verzoekster niet worden tegengeworpen dat zij niet kon worden gezien door de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Daarnaast is verzoekster voor de eerdere ingrepen die zij heeft ondergaan, waaronder een borstlift, buikwandcorrectie en full-body lift, nooit voor het spreekuur opgeroepen, terwijl al deze ingrepen zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het bevreemdt verzoekster dat zij nu wel is opgeroepen. Bovendien wordt de adviserend geneeskundige door de ziektekostenverzekeraar betaald en bestaat bij verzoekster dan ook twijfel in hoeverre hij onafhankelijk is.
- 4.6. Volgens de VAGZ-werkwijzer is vergoeding mogelijk indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, bijvoorbeeld moeilijk lopen door een bewegingsbeperking als gevolg van de forse omvang van de benen. Dit is bij verzoekster aan de orde. Tevens komt de behandeling voor vergoeding in aanmerking bij een score 3 op de Pittsburgh Rating Scale. Ook hiervan is bij verzoekster sprake. Tevens heeft verzoekster veel last van smetten. Hiervoor zijn zalven verstrekt, maar deze leiden niet tot het gewenste resultaat. Het dragen van strakke broeken is echter ook geen blijven oplossing. Dit heeft tot gevolg dat de huid wordt afgekneld, pijnklachten ontstaan en de maag in het gedrag komt. Als zij geen strakke broeken draagt ontstaan echter smetplekken en schuurt de kleding tegen de huid, waardoor huidirritatie ontstaat.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar enerzijds heeft verklaard dat de door haar ingezonden foto's van onvoldoende kwaliteit waren, maar anderzijds op grond van deze foto's toch is besloten de aanvraag af te wijzen. Daarnaast benadrukt verzoekster nogmaals dat uit de stukken in het dossier duidelijk naar voren komt dat zij een ernstige bewegingsbeperking heeft en op grond daarvan de gevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking dient te komen.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard, waaronder een dermolipectomie van de bovenbenen, indien sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Van verminking is zelden sprake. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet in dit kader worden gedacht aan een bewegingsbeperking vanwege de forse omvang van de benen. Slechts in uitzonderlijke gevallen kan worden aangenomen dat een lichamelijke functiestoornis bestaat. Er is doorgaans geen vergoeding mogelijk bij forse bovenbenen, met eventueel kapot schuren van de benen, omdat het kapot schuren van de huid in het algemeen te voorkomen is door het dragen van broeken. Ook is geen vergoeding mogelijk bij algehele adipositas of bij een correctie om zuiver cosmetische redenen.
- 5.2. Op 14 februari 2017 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een dermolipectomie van de bovenbenen. Op 21 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster en de behandelend plastisch chirurg geïnformeerd dat meer informatie nodig is om de aanvraag te kunnen beoordelen en is aan hen verzocht binnen drie weken foto's van de benen van verzoekster in te sturen. Op dit verzoek heeft de ziektekostenverzekeraar geen reactie mogen ontvangen. Bij brief van 25 oktober 2017 is de aanvraag om die reden afgewezen.

- 5.3. Verzoekster heeft vervolgens contact opgenomen en aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij het niet eens is met de afwijzende beslissing. Aan haar is verzocht de gevraagde foto's alsnog in te zenden. Aan dit verzoek is op 31 oktober 2017 voldaan. Aan de hand van de foto's was het niet mogelijk te bepalen of sprake was van een ernstige bewegingsbeperking of van een misvorming gelijk aan Pittsburgh Rating Scale graad 3. Om dit te kunnen vaststellen is verzoekster uitgenodigd voor het spreekuur van de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar op 6 december 2017. In het telefoongesprek van 9 november 2017 heeft verzoekster kenbaar gemaakt dat de operatie al stond ingepland op 29 november 2017 en dat zij deze niet wilde verzetten. Het was echter ook niet mogelijk het spreekuur op een eerder tijdstip te laten plaatsvinden. Aan verzoekster is medegedeeld dat een beoordeling op basis van de situatie na de ingreep geen zin heeft en dat dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing handhaaft. Dit is op 21 november 2017 schriftelijk aan verzoekster bevestigd.
- 5.4. Op basis van de aanvraag en de foto's bestaat geen aanspraak op een dermolipectomie van de bovenbenen. Hoewel de behandelend plastisch chirurg op de aanvraag vermeldt dat sprake is van een misvorming conform Pittsburg Rating Scale graad 3, blijkt dit niet uit de foto's. Daarnaast is door hem niet omschreven hoe de beperkingen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en het sporten zich manifesteren en is niet nader gespecificeerd waardoor de overige klachten zijn ontstaan. Indien de beschreven functiestoornissen niet anderszins zijn op te lossen, bijvoorbeeld met corrigerende kleding, ligt het op de weg van de behandelend plastisch chirurg of van verzoekster dit nader te onderbouwen. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is nog een afschrift van het operatieverslag opgevraagd teneinde te beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op een dermolipectomie van de bovenbenen. Uit het operatieverslag blijkt echter niet dat sprake was van verminking, smetten of een functiestoornis, zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- 5.5. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij een dermolipectomie heeft ondergaan en geen liposuctie. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat ten behoeve van verzoekster zowel een aanvraag voor liposuctie als voor een dermolipectomie is aangevraagd. Beide aanvragen zijn afgewezen. Verder volgt uit het operatieverslag dat er uitgebreide liposculptuur heeft plaatsgevonden en per been 1500cc aan vet is verwijderd. Er is slechts 140 gram weefsel verwijderd door middel van dermolipectomie.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij betwist dat verzoekster veelvuldig telefonisch contact met hem heeft opgenomen. Uit de controle van de administratie blijkt dat op of rond de door verzoekster genoemde data geen contactmomenten zijn geregistreerd. Hoewel de ziektekostenverzekeraar niet uitsluit dat dit een keer kan voorkomen, acht hij het niet aannemelijk dat geen enkel gesprek is geregistreerd. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat niet reeds sprake is van een bewegingsbeperking als een verzekerde een forse omvang heeft van de bovenbenen. Er moet daadwerkelijk sprake zijn van beperkingen bij bijvoorbeeld het lopen. Gelet op het feit dat verzoekster nog kan sporten en ADL-activiteiten kan uitvoeren, kan in deze situatie niet worden gesproken van een ernstige bewegingsbeperking.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op pagina 8 tot en met 54 van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 37 e.v. van de zorgverzekering is opgenomen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"U heeft recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard als het gaat om correctie van:*

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- *verminderingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, (...)"*

8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn, als onderdeel van medisch-specialistische zorg, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1. Rzv.

8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op een dermoliplectomie van de bovenbenen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld op pagina 37 e.v. van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband in de eerste plaats worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Een voorbeeld hiervan is het moeilijk kunnen lopen door de forse omvang van de benen. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen kan worden aangenomen dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in deze zin. De commissie overweegt dat de belemmeringen die verzoekster ervaart bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en het sporten onvoldoende zijn geconcretiseerd om te kunnen beoordelen of deze van dien aard zijn dat zij zijn aan te merken als een ernstige bewegingsbeperking zoals bedoeld in de zorgverzekering. Verder overweegt de commissie dat het kapot schuren van de huid op een andere wijze kan worden tegengegaan, door bijvoorbeeld het dragen van (corrigerende) kleding. De bestaande klachten leiden daarom niet tot een ernstige bewegingsbeperking.
- 9.3. Verder kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Dit zijn door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooiën die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster in verband met smetten onder behandeling is of is geweest van een dermatoloog. Daarom kan niet worden gesproken van 'onbehandelbaar' smetten.
- 9.4. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het geval van verzoeker geen sprake.
- 9.5. In het advies van 9 mei 2018 wordt het voorgaande door het Zorginstituut bevestigd. Daarnaast wordt opgemerkt dat de Pittsburgh Rating Scale als hulpmiddel kan worden gebruikt bij de beoordeling van de aanvraag van bijvoorbeeld een lower body lift. In andere lichaamsgebieden, zoals die gebieden van een upper bodylift of bij een dermoliplectomie van de bovenbenen, is niet per definitie sprake van verminking bij een huidsurplus gelijk aan Pittsburgh Rating Scale graad 3. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft zoals bedoeld in de zorgverzekering.
- 9.6. Ten aanzien van de behandeling van de aanvraag, in het bijzonder met betrekking tot de duur van de afhandeling en de uitnodiging voor het spreekuur van de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar, overweegt de commissie het volgende. Van de ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat hij een aanvraag tijdig behandelt en betrokkene schriftelijk op de hoogte stelt van de afhandeling. In de onderhavige situatie lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing eerder dan op 25 oktober 2017 aan verzoekster kenbaar te maken, zeker gelet op de bij die gelegenheid vermelde afwijzingsgrond.

Hieraan kan evenwel niet de conclusie worden verbonden dat de aanspraak moet worden toegewezen. dan wel dat verzoekster er van mocht uitgaan dat de aanvraag was goedgekeurd. Hetgeen verzoekster heeft opgemerkt over de onafhankelijkheid van de adviserend geneeskundige neemt de commissie ter kennisgeving aan. Kennelijk zijn eerder plastisch chirurgische behandelingen aangevraagd en zijn deze - waarschijnlijk na beoordeling door de adviserend geneeskundige - zonder meer akkoord bevonden door de ziektekostenverzekeraar. De suggestie van verzoekster is verder niet onderbouwd en lijkt, gezien de historie, iedere grond te missen.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juli 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester