

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, septorhinoplastiek bij een neusklepinsufficiëntie / neusklepstenose, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202101636

Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 11 augustus 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 16 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 29 september 2021 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld zijn standpunt kenbaar te maken. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie geen reactie ontvangen. Daarom heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 1 november 2021 nogmaals gevraagd naar zijn standpunt, en wel binnen tien dagen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 november 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 november 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 december 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021043514) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 december 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Bij e-mailbericht van 22 februari 2022 heeft verzoekster op de aantekeningen gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere informatie over te leggen, meer specifiek enkele door haar genoemde wetenschappelijke publicaties. Bij e-mailberichten van 9 februari 2022 heeft verzoekster de commissie de gevraagde informatie doen toekomen. Kopieën hiervan zijn op 14 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 21 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van zijn reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de reacties van 9 februari 2022, 21 februari 2022 en 22 februari 2022 zijn op 23 februari 2022 aan het Zorginstituut gezonden. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies

aandacht te besteden aan de stelling van verzoekster dat er KNO-artsen zijn die goede resultaten behalen met de onderhavige ingreep, én dat de commissie in dat kader graag ziet dat het Zorginstituut zelf een onderzoek instelt naar de stand van de wetenschap en de praktijk, waarbij ook de internationale literatuur wordt betrokken. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut verzocht duidelijkheid te verschaffen over wat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde revisie van de VAV Werkwijzer precies inhoudt.

In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brieven van 24 maart 2022 en 1 april 2022 een definitief advies uitgebracht. Kopieën hiervan zijn aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 6 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Plus Module (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft in 2019 een succesvolle operatie ondergaan om een groot gat in haar neusseptum te sluiten. Zij heeft thans veel last van een chronische neusverstopping. Deze verstopping wordt veroorzaakt door een erg nauwe neusklep aan beide kanten. Om de klachten te verhelpen heeft de behandelend KNO-arts voorgesteld een in- en uitwendige neuscorrectie (septorhinoplastiek) uit te voeren, waarbij een stukje van het kraakbeen vanuit het oor wordt geïmplant in de klepregio. Verzoekster is hiermee akkoord gegaan, waarna de KNO-arts namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend. Op 21 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de inwendige neuscorrectie wordt goedgekeurd. De uitwendige neuscorrectie is daarentegen afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd, onder meer door middel van herhaalde aanvragen in april en december 2020. Onder andere op 12 juni 2021, 14 en 18 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing voor de uitwendige neuscorrectie handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 17 december 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Er is geen beoordeling van het Zorginstituut nodig want adviserend geneeskundigen van de zorgverzekeraars zijn in gezamenlijkheid en na zorgvuldig onderzoek tot een eensluidend oordeel zijn gekomen in de Werkgroep Plastische Chirurgie van de VAV. Het Zorginstituut merkt wel een aantal dingen op.

Verzoekster heeft een ernstige chronische neusobstructie, die inmiddels langer dan een jaar bestaat op basis van een neusklepstenose. Op basis van het aanvraagformulier voor vergoeding heeft zij een NOSE score van $(17 \times 5) = 85/100$, hetgeen overeenkomt met ernstige obstructie volgens de classificatie van Lipan en Most. De foto's in het dossier zijn van matige kwaliteit, maar suggereren een scheefstaand neusseptum naar rechts. Er is geen sprake van verminking.*

Volgens de behandelend KNO-arts is er duidelijke wetenschappelijke onderbouwing voor deze ingreep. Verzoekster verwijst in het SKGZ formulier naar literatuur in de bijlage, maar deze is niet meegestuurd. Verder heeft verzoekster over de wetenschappelijke onderbouwing van de rhinoplastiek bij neusobstructie contact opgenomen met Neus.nl, een website met informatie voor patiënten over neusheelkunde. De KNO-artsen van Neus.nl geven ook aan dat de wetenschappelijke onderbouwing van lage kwaliteit is:

'Enige probleem is dat er geen goed onderzoek naar gedaan is. Er zijn diverse onderzoeken, maar dat is veel 'how I do it'. Ook geven ze aan dat er hierover overleg is geweest tussen de KNO-artsen en de zorgverzekeraars.

Volgens verweerder voldoet de rhinoplastiek bij een neusklepinsufficiëntie / neusklepstenose echter niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hij baseert zich op uitgebreid systematisch literatuuronderzoek. Op basis van de beschikbare studies kan niet worden vastgesteld of de behandeling effectief is omdat de beschikbare literatuur van zeer lage kwaliteit is.

Verweerder heeft zijn onderbouwing gebaseerd op het systematisch literatuuronderzoek van de Werkgroep Plastische Chirurgie van de VAV, die de voorwaarden voor vergoeding van plastisch-chirurgische behandelingen in de VAV wijzer opstelt. Deze werkgroep is het afgelopen jaar bezig geweest met de herziening van het hoofdstuk over de neuscorrectie / rhinoplastiek. Het Zorginstituut was als toehoorder betrokken. Binnenkort zal een nieuwe versie gepubliceerd worden. Voor de herziening heeft de werkgroep de effectiviteit van de rhinoplastiek beoordeeld en overleg gehad met de Nederlandse Vereniging voor KNO. De werkgroep heeft op basis van hetzelfde systematisch literatuuronderzoek geconcludeerd dat verschillende technieken zoals correctie van aanzuigende neusvleugels en het plaatsen van spreaders en alar batters (kraakbeentransplantaties) niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien adviserend geneeskundigen van de zorgverzekeraars in gezamenlijkheid en na zorgvuldig onderzoek tot een eensluidend oordeel zijn gekomen in de werkgroep, is geen beoordeling van het Zorginstituut nodig.

Conclusie

Rhinoplastiek voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij een neusklepstenose."

- 3.5. Bij brief van 24 maart 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitief advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Uit het voorlopig advies wordt niet duidelijk waar dat overleg betrekking op had (zag dit op deze specifieke correcties om de neus doorgankelijkheid te verbeteren?)."

De VAV-werkgroep heeft een beoordeling gedaan voor de herziening van het hoofdstuk van de VAV-werkwijzer over de neuscorrectie/rhinoplastiek. Hiervoor is met systematisch literatuuronderzoek onderzocht of de rhinoplastiek bij neusklepinsufficiëntie inclusief kraakbeentransplantaties in de neusklepregio leidt tot een betere neuspassage dan niet opereren (zie systematische literatuuronderzoek van de zorgverzekeraar in het geschil). Voor de herziening heeft de VAV-werkgroep overleg gehad met de vereniging van KNO-artsen over de voorgenomen aanpassingen van de VAV-werkwijzer. De KNO-artsen hebben goede ervaringen met de rhinoplastiek, maar erkennen dat het beschikbare onderzoek naar de rhinoplastiek van zeer lage kwaliteit is. Dat blijkt ook uit de reactie van de KNO-artsen van Neus.nl.

"Volgens verzekerde zijn er KNO-artsen die goede resultaten behalen met de ingreep en wordt deze ook op vele plaatsen in het land toegepast. De commissie hecht er om die reden aan dat het Zorginstituut zelf een onderzoek instelt naar de stand van de wetenschap en praktijk, waarbij ook de internationale literatuur wordt betrokken."

Het Zorginstituut was toehoorder tijdens de bijeenkomsten voor de herziening van het hoofdstuk. De adviserende geneeskundigen van de zorgverzekeraars in de VAV-werkgroep hebben gezamenlijk en zorgvuldig het beoordelingsproces doorlopen. Het Zorginstituut zal daarom niet zelf een beoordeling doen van de stand van de wetenschap en praktijk. Hiermee bevordert het Zorginstituut de eenduidige uitleg tussen zorgverzekeraars waarbij de aard, de inhoud en de omvang van de prestaties worden betrokken.

"Verder is door het Zorginstituut in het voorlopig advies en door Zilveren Kruis ter zitting gesteld dat de VAV-werkwijzer een revisie krijgt. Kunt u in het definitief advies ingaan op wat deze revisie

inhoudt, en wat dit betekent voor deze concrete zorgvraag, rekening houdend met het moment van aanvragen en met het feit dat de ingreep door een KNO-arts wordt verricht.”

Het herziene hoofdstuk wordt binnenkort gepubliceerd. De belangrijkste wijziging is dat naast de eerdergenoemde voorwaarden voor vergoeding de voorgestelde ingreep dient te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De nieuwe voorwaarden gaan in op het moment dat de herziening van het hoofdstuk wordt gepubliceerd. Op dit moment is het voor ons onbekend wanneer de publicatie hiervan zal plaatsvinden.

“[naam gemachtigde] heeft in zijn verzoek aan de commissie naar documentatie verwezen. Na afloop van de hoorzitting heeft hij nog nadere vindplaatsen hiervan vermeld. Heeft het Zorginstituut deze documentatie bij de advisering betrokken?”

Het Zorginstituut heeft de documentatie bekeken en komt tot de conclusie dat de aangeleverde documenten geen nieuwe inzichten opleveren en geen redenen vormen om het medisch advies te herzien.”

- 3.6. Bij brief van 1 april 2022 heeft het Zorginstituut, in aanvulling op het eerder uitgebrachte definitief advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

“Het Zorginstituut heeft in haar brief van d.d. 24 maart 2022 opgemerkt dat er zelf geen beoordeling wordt gedaan naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk omdat het de eenduidige uitleg tussen zorgverzekeraars waarbij de aard, inhoud en omvang worden betrokken. Dit laatste is niet juist. De juiste reden is dat in casu de zorgverzekeraars deze interventie-indicatiecombinatie hebben geduid. Het Zorginstituut was toevoorder tijdens de bijeenkomsten voor de herziening van het hoofdstuk. De adviserende geneeskundigen van de zorgverzekeraars in de VAV-werkgroep hebben gezamenlijk en zorgvuldig het beoordelingsproces doorlopen. Een duiding in de vorm van een standpunt van het Zorginstituut is om die reden niet meer aan de orde.

Daarnaast wil het Zorginstituut ook opmerken dat de revisie van het hoofdstuk in de VAV-werkwijzer zal worden gepubliceerd. De revisie laat onverlet dat alle zorg moet voldoen aan het wettelijk criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ alvorens voor vergoeding dan wel verstrekking ten laste van de basisverzekering in aanmerking te komen. De voorwaarden voor vergoeding van behandelingen van plastisch chirurgische aard zoals vermeld in artikel 2.4, eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering zijn nader uitgewerkt in de VAV-werkwijzer. Behalve aan de voorwaarden zoals gesteld in deze werkwijzer, moet de zorg krachtens artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt ook al uit de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering. In het gereviseerde hoofdstuk van de VAV werkwijzer is dit nogmaals benadrukt door expliciet te vermelden dat de zorg ook moet voldoen aan dit criterium. De gevraagde ingreep voldeed op het moment van aanvragen noch ten tijde van het opstellen van de revisie aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking. Het feit dat de ingreep door een KNO-arts wordt verricht doet daar niet aan af.

De wetenschappelijke vereniging van KNO-artsen erkent bovendien ook dat het beschikbare onderzoek naar de ingreep van zeer lage kwaliteit is.”

4. Geschil
- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de uitwendige neuscorrectie, onderdeel van de aangevraagde septorhinoplastiek, alsnog moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij sinds een jaar erg veel last heeft van een chronisch verstopte neus. Volgens de behandelde KNO-arts wordt dit veroorzaakt door te nauwe neuskleppen, hetgeen kan worden verholpen door middel van een in- en uitwendige neuscorrectie. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvraag deels afgewezen omdat de ingreep niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet volgen. Dit omdat volgens de VAV Werkwijzer een septorhinoplastiek kan worden vergoed in geval van een slecht werkende neusklep. Ook aan de overige, in de VAV Werkwijzer genoemde uitzonderingen wordt voldaan. Een en ander wordt bevestigd door de KNO-arts. Volgens deze arts is er wetenschappelijke onderbouwing dat de aangevraagde in- en uitwendige neuscorrectie de enige oplossing voor het probleem van verzoekster vormt.
- 6.3. Verzoekster heeft ter zitting toegelicht dat een septorhinoplastiek volgens de door haar aangehaalde VAV Werkwijzer voor vergoeding in aanmerking komt bij chronisch sterk verminderde doorgankelijkheid en als de situatie langer duurt dan een jaar. Verder moet zijn voldaan aan een bepaalde score in het neusdeel. En er zou een afwijking moeten zijn, onder andere een interne of externe neusklepinsufficiëntie. Aan al deze voorwaarden wordt voldaan, maar de ziektekostenverzekeraar blijft herhalen dat de ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Met betrekking hiertoe geldt dat uit verschillende literatuuronderzoeken blijkt dat de behandeling vaak tot goede resultaten leidt. Van deze onderzoeken wordt echter gezegd dat het gaat om onderzoeken van een te lage kwaliteit of van te kleine studies. Volgens het platform voor KNO-artsen, Neus.nu, is dit logisch omdat het moeilijk is deze onderzoeken dubbel blind uit te voeren. Wat gemeten wordt, komt bij lange na niet overeen met wat patiënten ervaren. Volgens verzoekster staat in artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering dat als geen sprake is van voldoende wetenschappelijke studies, er moet worden gekeken naar wat in het betrokken vakgebied wordt uitgevoerd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 24 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat in dit advies wordt vermeld dat de belangrijkste wijziging in de VAV Werkwijzer is dat, naast de eerdergenoemde voorwaarden voor vergoeding, de voorgestelde ingreep dient te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Volgens het Zorginstituut gaan deze nieuwe voorwaarden in op het moment dat de herziening van het hoofdstuk wordt gepubliceerd. Het laatste kan de ziektekostenverzekeraar niet volgen. Dit omdat allereerst moet worden beoordeeld of het gaat om zorg zoals plastisch-chirurgen die plegen te bieden, of die een KNO-arts pleegt te bieden. Verder moet de ingreep voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is een onderzoek gedaan, waarbij ook het Zorginstituut betrokken is geweest. De uitkomst van dit onderzoek is dat de aangevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit staat ook in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 17 december 2021. In het aanvullend advies van het Zorginstituut van 1 april 2022 lijkt het Zorginstituut het eerder ingenomen standpunt te nuanceren door te vermelden dat de revisie

van het hoofdstuk onverlet laat dat alle zorg moet voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van wetenschap en praktijk' alvorens voor vergoeding dan wel verstrekking ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen.

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een inwendige neuscorrectie voor vergoeding in aanmerking komt. Dit is een machtigingsvrije ingreep. Een uitwendige neuscorrectie betreft een behandeling van plastisch-chirurgische aard, die slechts in zeer beperkte gevallen wordt vergoed. Verzoekster vraagt de neuscorrectie aan vanwege een insufficiënte externe neusklep. Een (septo)rhinoplastiek voldoet bij deze indicatie niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is te weinig wetenschappelijk bewijs, dat deze behandeling de ademhalingsproblemen oplost. Daarom zijn geen conclusies te trekken ten aanzien van de effectiviteit en de veiligheid op de langere termijn, en is de aanvraag afgewezen.

Overwegingen commissie

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft onder andere gerefereerd aan het criterium 'plegen te bieden'. Door hem is evenwel niet gesteld dat de onderhavige behandeling hieraan niet voldoet, zodat de commissie dit punt verder laat rusten. Daarentegen is door de ziektekostenverzekeraar wel het standpunt ingenomen dat de door verzoekster gewenste ingreep, te weten een (septo)rhinoplastiek bij een neusklepinsufficiëntie/neusklepstenose, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.1.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Alvorens eventueel toe te komen aan de vraag of verzoekster voor deze ingreep een (verzekerings)indicatie heeft, zal moeten worden beoordeeld of aan voornoemd criterium is voldaan. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. De hierna volgende beoordeling betreft zowel de aangevraagde septorhinoplastiek als de behandeling die resteert na het uitvoeren van de inmiddels akkoord bevonden inwendige neuscorrectie, de rhinoplastiek, bij de hiervoor genoemde indicatie.
- 6.7. 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.
- 6.8. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een 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 voor de commissie. 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.
- 6.9. In het advies van 17 december 2021 en de vervolgcorrespondentie van 24 maart 2022 en 1 april 2022 overweegt het Zorginstituut met betrekking tot een (septo)rhinoplastiek bij een neusklepinsufficiëntie / neusklepstenose dat zijnerzijds geen separate beoordeling (meer) nodig is omdat de adviserend geneeskundigen van de zorgverzekeraars in gezamenlijkheid en na zorgvuldig onderzoek tot een eensluidend oordeel zijn gekomen in de Werkgroep Plastische Chirurgie van de VAV. De Werkgroep Plastische Chirurgie van de VAV heeft na onderzoek geconcludeerd dat verschillende technieken, zoals correctie van aanzuigende neusvleugels en

het plaatsen van spreaders en alar battens (kraakbeentransplantaties), niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut neemt die conclusie over en adviseert tot afwijzing van het verzoek.

- 6.10. Verzoekster heeft aangevoerd dat, nu studies van voldoende niveau ontbreken, in het kader van de beoordeling aan de hand van de stand van de wetenschap en praktijk ook moet worden gekeken naar wat in het betrokken vakgebied wordt uitgevoerd. Hierbij verwijst zij naar artikel A.2.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.1, tweede lid, Bzv en die bepaling vermeldt dat als wetenschappelijke literatuur ontbreekt, er moet worden gekeken naar wat in het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. In dat verband geldt volgens verzoekster dat een rhinoplastiek bij een neusklepstenose door meerdere medisch specialisten al veelvuldig met succes is toegepast.
- Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' alleen geldt als de andere norm ('de stand van de wetenschap en praktijk') niet van toepassing is. Dit is het geval als (medisch) wetenschappelijke bewijsvoering geen enkele rol speelt respectievelijk kan spelen bij de vraag of de zorg of dienst in staat is te doen wat deze beoogt te doen. Dit geldt voor zittend ziekenvervoer en voor zogenoemde welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Tot op heden heeft het Zorginstituut geen andere zorg(vormen) geïdentificeerd ten aanzien waarvan ook geconcludeerd zou moeten worden dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' van toepassing is. Het voorgaande betekent dat de verwijzing van verzoekster naar artikel 2.1, tweede lid, Bzv en de hierop gebaseerde polisbepaling niet opgaat en daarom door de commissie wordt gepasseerd. De door verzoekster overgelegde (wetenschappelijke) literatuur is bij het Zorginstituut bekend. Deze geeft geen aanleiding af te wijken van het voorlopige advies. De commissie volgt daarom het advies van het Zorginstituut en oordeelt dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Als gezegd, betreft dit oordeel de aangevraagde septorhinoplastiek en de eventueel - na de inwendige neuscorrectie - uit te voeren rhinoplastiek.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 mei 2022,

M.T.C. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4

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

(...)

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

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij 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;

(...)

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 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.

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 A.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: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

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.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a een gewapend conflict;
- b een burgeroorlog;
- c een opstand;
- d binnenlandse onlusten;
- e oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griepvrij, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b griepvrij;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.



Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:
a kiezen van de donor;
b operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
c onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

a zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
b vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
c vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Verblifskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

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.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

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. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 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;
- c de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d verlamde of verslakte 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 transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (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.31.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.27 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (27.1) en geriatrische revalidatie (27.2).

27.1 Medisch 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.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;

2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;

b eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject;

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

27.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

