



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem  
Zaak : EU-EER, België, bilaterale tibiaverlenging volgens de Ilizarov-methode, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201702195  
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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artikel 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, 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 VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Goed en VGZ Tand Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bilaterale tibiaverlenging volgens de Ilizarov-methode, uit te voeren in het UZ te Leuven, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 november 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 7 december 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 e-mailbericht van 5 maart 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog - eventueel gedeeltelijk - in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 10 april 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft niet medegedeeld hoe zij wenste te worden gehoord, waarop de commissie een mondelinge zitting heeft gepland. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 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 8 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018018483) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de rechtsvoorganger van het Zorginstituut (het CVZ) in 2009 heeft geoordeeld dat een beenverlenging door middel van de Ilizarov-methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk indien sprake is van hypochondroplasia of achondroplasia. Deze aandoeningen zijn bij verzoekster niet aan de orde. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 mei 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn op uitgenodigd voor de hoorzitting van 6 juni 2018. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster niet verschenen. De ziektekostenverzekeraar is op 6 juni 2018 telefonisch gehoord en daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 7 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut in bedoelde brief verzocht een drietal vragen te beantwoorden. Bij brief van 18 juni 2018 heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Een afschrift van dit advies is op 21 juni 2018 aan partijen gezonden en zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is 21 jaar oud en slechts 1,38 meter lang. Door haar geringe lengte ondervindt zij veel problemen in het dagelijks leven. Deze bestaan niet alleen uit fysieke problemen zoals het niet kunnen behalen van het rijbewijs en te klein zijn voor dagelijkse voorzieningen en faciliteiten, maar ook uit mentale belemmeringen zoals gepest worden, opleiding niet kunnen afronden en het leven in een sociaal isolement. Verzoekster heeft verschillende psychologen bezocht en deze hebben allen vastgesteld dat zij de ideale kandidaat is om in aanmerking te voor een bilaterale tibiaverlenging.
- 4.2. Uiteindelijk heeft verzoekster professor Lammens in het UZ Leuven (België) bezocht. Deze heeft verzoekster onderzocht en geconstateerd dat een bilaterale tibiaverlenging voor zowel haar mentale als fysieke gezondheid het beste is. Een eveneens in het UZ Leuven werkzame psychologe heeft dit bevestigd. Aangezien verzoekster de voorgestelde behandeling onmogelijk zelf kan betalen, heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht een vergoeding te verlenen.
- 4.3. Tot verzoeksters ontsteltenis heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen omdat niet zou zijn voldaan aan de in Nederland geldende richtlijnen. Dit standpunt kan verzoekster niet volgen aangezien een beenverlenging volgens de Ilizarov-methode hier te lande alleen wordt uitgevoerd bij patiënten met een beenlengte verschil en niet bij patiënten die verlenging beiderzijds wensen. Om die reden wil verzoekster de ingreep in België laten uitvoeren. Daar komt bij dat haar situatie erg bijzonder is omdat er weinig mensen zijn die zonder medische diagnose een lichaamslengte van 1.38 meter hebben. Dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat haar lengte

familiair is bepaald, is onjuist aangezien haar broertje van zestien een lichaamslengte heeft van 1.68 meter.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een bilaterale tibiaverlenging door middel van de Ilizarov-methode. Een dergelijke ingreep vormt alleen een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering indien sprake is van de indicatie hypo/achondroplasia. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare (medische) informatie blijkt niet dat bij verzoekster een medische indicatie is vastgesteld voor het feit dat zij klein is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar maakt hieruit op dat de oorzaak van de geringe lichaamslengte familiair is bepaald. Het voorgaande betekent dat de aangevraagde ingreep in de situatie van verzoekster niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en om die reden niet voor vergoeding in aanmerking komt. Psychisch lijden is geen (verzekerings)indicatie en kan dan ook niet leiden tot goedkeuring van de aanvraag.

5.2. Dat een bilaterale tibiaverlenging volgens de Ilizarov-methode, behoudens de indicatie hypo/achondroplasia, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk blijkt ook uit een standpunt van 9 oktober 2009 van het toenmalige College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. Uit dit standpunt volgt dat de methode in Nederland voor diverse - andere - indicaties wordt uitgevoerd en aangeboden. De belangrijkste indicatie is een relevant beenlengte verschil of een rotatie standsafwijking die met een andere methode niet kan worden verholpen en waarvan de functionele hinder en medische complicaties opwegen tegen de ingrijpende en risicovolle ingreep. Ook in de omliggende landen en de Verenigde Staten wordt de Ilizarov-methode slechts bij beperkt aantal indicaties vergoed. Aangezien dit ook in België het geval is, heeft het UZ Leuven, dat overigens door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, expliciet aan de ziektekostenverzekeraar om toestemming voor de behandeling gevraagd.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de onderhavige ingreep al jaren wordt toegepast, echter alleen bij patiënten die functionele beperkingen hebben, bijvoorbeeld bij het lopen. Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt niet dat verzoekster functionele problemen heeft als gevolg van haar geringe lengte. Verder geldt dat onderzoek heeft aangetoond dat de betreffende ingreep bij hypochondroplasia en achondroplasia van meerwaarde kan zijn. Deze aandoeningen heeft verzoekster niet waardoor de ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

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

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"Omschrijving**

*U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.*

*(...)*

**Toestemming**

*U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinatie (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)"*

8.4. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

**"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**

*Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan hebt u voor zorg recht op:*

*- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*

*- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*

*- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*(...)*

**9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland**

*Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website."*

8.5. In artikel 1.2. van de zorgverzekering is geregeld dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap' en dan geldt dat die zorg verzekerd is die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.6. De artikelen 1.2., 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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 dekkingsrubriek 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.

Medisch specialistische zorg, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.*


*(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster wenst naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, te gaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat.


- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of een bilaterale tibiaverlenging volgens de Ilizarov-methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde interventie bij de indicatie waarvoor de interventie in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse ziektekostenverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.
- Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (Population / Patient / Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.
- 9.5. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot een bilaterale tibiaverlenging volgens de Ilizarov-methode is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen en de daarop gebaseerde conclusies zijn in het voorlopig advies van 8 mei 2018 en het definitieve advies van 18 juni 2018 verwoord. De conclusie van het advies is dat een bilaterale tibiaverlenging volgens de Ilizarov-methode alleen bij de indicatie hypo/achondroplasie een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt. Aangezien gesteld noch gebleken is dat deze indicatie bij verzoekster aan de orde is, concludeert het Zorginstituut dat een bilaterale tibiaverlenging in haar situatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Aangezien de zorg




niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, bestaat geen aanspraak op basis van de zorgverzekering en is de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd, met name ten aanzien van de oorzaak van haar geringe lengte en de noodzaak van de voorgestelde ingreep, maakt het voorgaande niet anders.




### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.


### 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, 29 augustus 2018,

H.A.J. Kroon