



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, heupprothese (MoM), stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201501767  
Zittingsdatum : 20 april 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Beter is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op plaatsing van een metal-on-metal heupprothese (hierna: MOM-heupprothese) uit te voeren in Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 brief van 30 oktober 2015 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 februari 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 februari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 april 2016 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 11 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016019350) 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 aangevraagde MOM-prothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 20 april 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 28 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 3 mei 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Daarnaast gevraagd verklaart het Zorginstituut dat bekend is dat er verschillende merken MOM-prothesen zijn. Voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk wordt hierin echter geen onderscheid gemaakt, ook niet door de NOV.  
Een afschrift van dit advies is op 4 mei 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 6 mei 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is door de huisarts verwezen naar het Anca Medisch Centrum te Gent voor behandeling. In de verwijsbrief van 30 januari 2015 schrijft de huisarts het volgende: *"Graag uw evaluatie en advies cq beleid bij patient met sportgerelateerde impingement klachten van beide heupen obv degeneratieve veranderingen. Reeds advies ingewonnen in Nederland bij verschillende collegae. Wil graag bij een heupvervangende operatie een specifieke methode waarbij de ruime beweeglijkheid gewaarborgd blijft zonder kans op luxatie."*
- 4.2. Door het Anca Medisch Centrum is op 4 mei 2015 het volgende verklaard: *"Op 4/05/2015 zie ik deze patiënt met een belangrijke coxarthrose van de beide heupen. Klinisch en anamnestic is de rechter zijde meest aangetast. Er is nog een beperkte beweeglijkheid van 95° flexie, een lichte flexiecontractuur (-5), een beperkte abductie en adductie (+ 5,5 graden), alsook een beperkte/afwezige exo- en endorotatie (5,5). Op heden gaat het nog maar pas om de schoenen aan te doen en wordt de functie, gezien de leeftijd van de patiënt, toch sterk beperkt. Een heupprothese is hier de enige oplossing. In dit geval is de metaal op metaal resurfacing met behoud van zoveel mogelijk eigen bot, en bij revisie nog de mogelijkheid om een primaire steel te plaatsen, de beste oplossing en het meest aangewezen (jonge leeftijd, arthrose). Een toename van de activiteit na de operatie is toegelaten!!"*  
De kosten van de operatie worden begroot op ongeveer € 9.800,- bij een opname van vijf dagen.

- 4.3. Verzoeker is altijd een actief sporter geweest. Sinds 2012 heeft hij ernstige pijnklachten aan zijn rechterheup. In 2013 is vastgesteld dat zijn rechterheup is versleten. Hij heeft drie verschillende Nederlandse artsen geconsulteerd, maar deze kunnen of willen hem niet helpen. Verzoeker heeft niet alleen last van de fysieke pijn, maar heeft ook mentaal en emotioneel een deuk opgelopen. Hij heeft veel moeite met de huidige situatie nadat hij zijn hele leven gezond en fit is geweest. Ook is hij bang dat hij hierdoor zijn baan en zijn gezin zal verliezen.
- 4.4. Verzoeker heeft in zijn omgeving zestien mensen (zowel binnen als buiten Nederland, en in verschillende leeftijdscategorieën) met een heupprothese (total hip replacement of bilaterale resurfacing). Verzoeker heeft maanden lang research gedaan en heeft met veel mensen gesproken. Hij is tot de conclusie gekomen dat de aangevraagde behandeling voor hem de beste oplossing is. Hij merkt hierbij op dat hij op de hoogte is van de internationale "recall", de aan de operatie verbonden risico's, en over het standpunt van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (hierna: NOV). Verzoeker bestrijdt dat het gaat om een experimentele behandeling. De betreffende techniek wordt namelijk al meer dan 25 jaar toegepast. Bovendien is de behandeling van 2000 tot 2012 in vele ziekenhuizen in Nederland uitgevoerd. Tot april 2013 konden Nederlandse patiënten gewoon in België worden geholpen. Volgens verzoeker hebben de Nederlandse chirurgen gefaald met de bilaterale hip resurfacing, en konden zij het niet meer aanzien dat zoveel patiënten naar België vertrokken. Daarom wordt nu de behandeling in België geboycot.
- 4.5. Verzoeker kan de kosten van de onderhavige behandeling niet zelf dragen. Het bedrag van € 9.800,- is voor een werkende Nederlander niet bijeen te sparen. Hij merkt hierbij op dat bij het uitblijven van deze behandeling zijn kosten voor medische zorg in de toekomst nog veel hoger zullen zijn. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar daarom verzocht om een coulancevergoeding, maar dit verzoek is afgewezen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij voor zichzelf de juiste keuze heeft gemaakt, omdat een total hip replacement (hierna: THR) hem niet gaat helpen. Laatst genoemde prothese gaat maximaal vijftien jaar mee, heeft ook een kans op ontstekingen, heeft een grotere kans op vroegtijdige slijtage of loslating, en een veel grotere kans op dislocatie. Bovendien kan deze prothese slechts één keer worden vervangen. De BHR geeft de mogelijkheid de THR uit te stellen. Er zijn zelfs gevallen bekend van een BHR die al meer dan twintig jaar standhoudt, en nog niet aan vervanging toe is. Als de BHR moet worden vervangen, kan dit met een "BMHR revisie", en daarna kan alsnog een "eerste ongecementeerde totale heup" worden geplaatst. Verzoeker benadrukt dat in Nederland de verkeerde prothesen worden gebruikt, en dat de artsen de benodigde expertise missen. Ten aanzien van de stand van de wetenschap en praktijk merkt verzoeker op dat het probleem zit in de goedkope kopieën. Volgens de FDA is het BHR-systeem goed, maar de DePuy-prothese niet. Daar zijn metaaldeeltjes bij aangetroffen, en er is een recall geweest. Verzoeker merkt voorts op graag aan een onderzoek te willen meedoen, en is zelfs bereid hiervoor een nier af te staan. Hierbij gelden wat hem betreft twee voorwaarden: (i) dr. De Smet moet de ingreep uitvoeren, en (ii) de BHR moet worden gebruikt. Hij voegt hieraan toe dat moet worden getoetst aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Deze behandeling wordt momenteel in België, Frankrijk, Duitsland, Italië en de Verenigde Staten uitgevoerd. In Nederland zijn eerder 8.000 mensen volgens deze methode geopereerd.
- 4.7. Verzoeker heeft bij brief van 6 mei 2016 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. De inhoud van de medische beoordeling is hem heel duidelijk. In voornoemd advies is vermeld dat naar advies van de NOV plaatsing van de MOM-prothesen vooralsnog alleen mag geschieden in het kader van een medisch wetenschappelijk onderzoek. Verzoeker wil binnenkort contact opnemen met het NOV en deze mogelijkheid bespreken. Over de inhoud van de juridische beoordeling van het definitieve advies heeft verzoeker nog vragen. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van zijn verzoek. Ondanks hij dit heel goed wist, vindt verzoeker dit vreselijk.

4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor een MOM-heupprothese. De aanvraag is afgewezen, omdat de MOM-heupprothese niet (meer) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het College voor Zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut) heeft op 15 februari 2007 geoordeeld dat de MOM-heupprothese voor patiënten jonger dan 65 jaar voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk. In deze visie is verandering gekomen na het advies van de NOV van januari 2012. Er zijn namelijk twijfels gerezen over de veiligheid en effectiviteit op de lange termijn. Verder is nog onvoldoende bewezen dat de MOM-heupprothese op de lange termijn meerwaarde heeft ten opzichte van de conventionele heupprothese. De commissie heeft in het bindend advies van 11 maart 2015 (GcZ 2014.01662) geoordeeld dat de MOM-heupprothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.2. Het verzoek om een coulancevergoeding is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Indien voor verzoeker een uitzondering wordt gemaakt, zal de ziektekostenverzekeraar dit ook voor andere verzekerden in een vergelijkbare situatie moeten doen. En dit heeft gevolgen voor de premie.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de prothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, hetgeen is bevestigd door het Zorginstituut. Volgens de NOV moeten alle MOM-prothesen worden afgewezen. Dit geldt zowel voor de heupen als voor de resurfacing.

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 verzoeker aanspraak heeft op plaatsing van een MOM-heupprothese, uit te voeren in Gent, 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. (...)”*

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering betreft zorg in het buitenland, en 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, 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, 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, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.*

*(...)"*

8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg als omschreven in de zorgverzekering, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

8.6. De artikelen 1.2, 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 2 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 en, 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 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"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. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming om naar België, een andere EU-lidstaat, 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. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld, dat het hier geen verzekerde zorg betreft en dat de gevraagde toestemming om die reden is geweigerd.
- 9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of plaatsing van een MOM-heupprothese bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, 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 behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling 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 zorgverzekeraars 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 behandeling in binnen- en buitenland.  
Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blindering, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.4. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.  
Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen

van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot plaatsing van een MOM-heupprothese bij de indicatie van verzoeker is door het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 11 maart 2016 uitgevoerd. In het definitieve advies van 3 mei 2016 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat deze behandeling niet voldoet aan de - internationale - stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en daarmee geen verzekerde prestatie vormt. Het is bekend dat er verschillende merken MOM-prothesen zijn. Voor de beoordeling aan de hand van de stand van de wetenschap en praktijk wordt hierin echter geen onderscheid gemaakt. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare.

9.6. Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat de toestemming op basis van de verordening terecht is geweigerd en dat verzoeker ook op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling. Hetgeen verder door verzoeker is aangevoerd maakt dit niet anders.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Coulance**

9.8. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

#### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 juni 2016,

P.J.J. Vonk