



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : Geneeskundige zorg, MoM-heupprothese, stand van de wetenschap en praktijk, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201600125
Zittingsdatum : 26 oktober 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen



ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een Metal-on-Metal (hierna: MoM)-heupprothese (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 19 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 12 april 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).



3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.

- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 25 oktober 2016 telefonisch medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. Bij brief van 8 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016103177) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een 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 en de zorgverzekeraar zijn op 26 oktober 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.10. Bij brief van 28 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoeker gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota van verzoeker aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota van verzoeker geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker is in 2015 geopereerd aan zijn *rechterheup*, waarbij een MoM-prothese is geplaatst van het type Birmingham Hip Resurfacing (BHR). Voorafgaand aan deze ingreep had verzoeker zich verdiept in het plaatsen van een 'sportheup'. Hierbij is hij tot de ontdekking gekomen dat een zorgaanbieder in het kader van de medisch wetenschappelijke studie "BHR2014", prothesen van het type BHR plaatst. Op 2 juni 2015 is verzoeker op consult geweest bij de orthopedisch chirurg van voornoemde zorgaanbieder. Deze heeft verzoeker onderzocht en geoordeeld dat hij behoort tot de doelgroep voor deelname aan voornoemde studie. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar en gevraagd of de kosten van de betreffende ingreep worden vergoed. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat hij op de hoogte is van de medisch wetenschappelijke studie "BHR2014", en dat andere zorgverzekeraars de ingreep vergoeden. De zorgverzekeraar was echter nog in overleg over het goedkeuringsproces voor het plaatsen van een MoM-heupprothese in het kader van het medisch wetenschappelijk onderzoek. Op 11 juni 2015 is aan verzoeker telefonisch medegedeeld dat de kosten van de ingreep worden vergoed. Tijdens dit gesprek heeft de zorgverzekeraar geen specifieke voorwaarden gesteld, wél is opgemerkt dat het goedkeuringsproces nog niet was afgerond. Omdat de zorgverzekeraar verzoeker hierop niet wilde laten wachten, is coulancehalve besloten een akkoordverklaring te verlenen. Op 27 juni 2015 is de operatie succesvol uitgevoerd.
- 
- 4.2. In september 2015 heeft verzoeker wederom telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Hij heeft ditmaal gevraagd of recht bestaat op vergoeding van de kosten van het laten plaatsen van een BHR prothese in zijn *linkerheup*. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de eerder geplaatste rechter BHR prothese is vergoed op basis van coulance. Verzoeker dient een verwijsbrief van de huisarts en een medische verklaring van de zorgaanbieder over te leggen. Verzoeker heeft hieraan gehoor gegeven, waarop de zorgverzekeraar hem heeft verteld dat geen recht bestaat op vergoeding van de BHR prothese voor de linkerheup; verzoeker kan echter wél een aanvraag indienen, die na ontvangst wordt voorgelegd aan de medisch adviseur.
- 
- 4.3. Verzoeker heeft hierop een aanvraag ingediend en daarbij vermeld dat het de BHR prothese betreft en dat wordt deelgenomen aan de medisch wetenschappelijke studie "BHR2014". Hij ontving van de zorgverzekeraar vervolgens het bericht dat vanuit de zorgverzekering geen recht bestaat op



vergoeding van de kosten van het plaatsen van een MoM-heupprothese. De zorgverzekeraar maakt voor de beoordeling hiervan gebruik van de richtlijn van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de uitspraken van het Zorginstituut Nederland en de bindende adviezen van de commissie. De NOV heeft de volgende voorwaarden gesteld om in aanmerking te komen voor het plaatsen van een MoM-heupprothese:

- 
- 
- Jonge patiënt
 - Ruime ervaring van de operateur
 - Grote heupkop > 50mm
 - Plaatsing in studieverband

De situatie van verzoeker voldoet weliswaar aan voornoemde voorwaarden, maar de zorgverzekeraar vergoedt naar zijn zeggen geen kosten in het kader van studies en trials.

- 
- 4.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar verzocht zijn standpunt te heroverwegen in verband met een inconsistent beleid. De zorgverzekeraar heeft verzoeker geantwoord dat hij het ingenomen standpunt handhaaft. De verleende toestemming voor de *rechter* BHR prothese was achteraf niet correct. Omdat de zorgverzekeraar verzoeker reeds had toegezegd de kosten te vergoeden, is besloten hem op basis van coulance toestemming te verlenen voor de betreffende ingreep. Verzoeker stelt dat het standpunt van de zorgverzekeraar is gebaseerd op onjuiste feiten. De gedane toezegging kan niet hebben geleid tot een coulancevergoeding aangezien beide mededelingen op 11 juni 2015 hebben plaatsgevonden.
- 
- 4.5. Verzoeker voert aan dat hij belang heeft bij het hebben van twee dezelfde heupprothesen. De anatomie van de heup bij de BHR prothese blijft namelijk grotendeels behouden. Bij een reguliere heupprothese kunnen er veranderingen optreden in de lengte van het been, de stand van het been, de beweeglijkheid van het been en het gevoel in het been. Indien verzoeker twee verschillende heupprothesen krijgt, is hij bang voor eventuele complicaties en andere negatieve gevolgen. Met deze angst wil hij niet leven. Verder merkt verzoeker op dat de stand van de wetenschap en praktijk niet is gewijzigd na de eerste ingreep. Verzoeker stelt voorts dat geen beroep kan worden gedaan op de twee door de zorgverzekeraar aangehaalde uitspraken van de commissie. Verzoeker heeft namelijk een gerechtvaardigd belang bij het hebben van twee dezelfde heupprothesen. Dit belang dient voorrang te krijgen op het belang van de zorgverzekeraar om uitsluitend de verzekerde prestaties in ogenschouw te nemen.
- 
- 4.6. Verzoeker stelt dat hij, op basis van de vergoeding voor de *rechter* BHR prothese, erop mocht vertrouwen dat ook recht zou bestaan op vergoeding van de linker BHR prothese. De zorgverzekeraar heeft de *rechter* BHR prothese weliswaar op basis van coulance vergoed, maar hij heeft nagelaten verzoeker erop te attenderen dat de mogelijkheid aanwezig kan zijn dat een *linker* BHR prothese, onder gelijke omstandigheden, niet wordt vergoed. Indien verzoeker hierover was geïnformeerd had hij wellicht een andere keuze gemaakt of was hij zich er in ieder geval van bewust geweest dat geen recht zou kunnen bestaan op vergoeding van de *linker* BHR prothese.
- 
- 4.7. De zorgverzekeraar stelt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten in het kader van een studie of een trial. Verzoeker voert met betrekking hiertoe aan dat de zorgaanbieder de kosten draagt die verband houden met het wetenschappelijk onderzoek. De zorgverzekeraar dient enkel de kosten van een 'reguliere' heupoperatie te vergoeden. In de richtlijn van de NOV is opgenomen dat plaatsing van een MoM-prothese in het kader van een medisch wetenschappelijke studie is geoorloofd. Het argument dat sprake is van een studie is niet voldoende om de afwijzing te rechtvaardigen. Andere zorgverzekeraars vergoeden de onderhavige ingreep wél. Hieruit leidt verzoeker af dat een zorgverzekeraar bevoegd is een vergoeding toe te kennen. Aangezien er tussen het plaatsen van de *rechter* BHR prothese en de aanvraag voor een *linker* BHR prothese geen wijzigingen zijn opgetreden in de wet- en de regelgeving, valt niet in te zien waarom de zorgverzekeraar geen gebruik maakt van zijn bevoegdheid de ingreep te vergoeden. Daarbij staat op de website van de zorgverzekeraar dat hij kijkt naar wat wél kan in plaats van naar wat niét kan. Voorts

heeft de zorgverzekeraar de volgende kernwaarden: 'klant centraal' en 'ideeën en initiatieven stimuleren'. Verzoeker maakt daaruit op dat de zorgverzekeraar bereid is een overeenkomst te sluiten met de betreffende zorgaanbieder, zoals andere zorgverzekeraars dit ook hebben gedaan. De zorgverzekeraar weigert dit echter.

4.8. Verzoeker is van mening dat de *linker* BHR prothese voor vergoeding in aanmerking dient te komen. Indien dit toch anders mocht zijn, dient de zorgverzekeraar in ieder geval de kosten van een reguliere heupprothese te vergoeden.

4.9. Verder is verzoeker ontevreden over het feit dat de zorgverzekeraar niet heeft geantwoord op een aantal van zijn vragen. Met name op de vragen die zijn gesteld in zijn e-mailbericht van 24 december 2015.

4.10. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut is vermeld dat de aanspraak op vergoeding "ook" wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het bindend advies van de commissie (GcZ 201501767) van 8 juni 2016 volgt dat de inhoud en omvang van zorg "mede" wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Een andere maatstaf is "*hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg*". Ten aanzien van de BHR lopen de meningen van de diverse specialisten echter uiteen.

Verzoeker benadrukt dat hij er belang bij heeft om twee dezelfde heupprothesen te krijgen. De BHR biedt twee grote voordelen ten opzichte van totale heupprothesen, namelijk een zeer beperkte kans op luxatie en door het behoud van de eigen heupkop bestaat een extra mogelijkheid tot vervanging.

Verzoeker is ervan overtuigd dat de problemen met eerdere MoM-prothesen niet spelen bij de onderhavige operatie. De voornaamste oorzaken van die problemen waren namelijk de slechte productserie van DePuy (die niet zal worden gebruikt), en de fouten die gemaakt zijn bij de plaatsing van de betreffende prothesen door onervaren orthopeden.

Verzoeker merkt op dat mogelijk eind 2015 verwarring is ontstaan door een e-mailbericht van 14 november 2015 van de behandelend arts aan de zorgverzekeraar, waarin wordt gesteld dat de zorgaanbieder het onderzoek financiert. Verzoeker heeft echter al in zijn e-mailbericht van 4 december 2015 aan de zorgverzekeraar medegedeeld dat de zorgaanbieder alleen de extra kosten ter zake van het wetenschappelijk onderzoek financiert, waarbij de zorgverzekeraar de 'normale kosten' van de operatie voor zijn rekening neemt.

Volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar zijn de resultaten van de studies ter zake van de onderhavige ingreep nog niet erg hoopgevend. Hiermee gaat hij voorbij aan het feit dat deze operatie vanaf 15 februari 2007 een aantal jaren wél voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook de genoemde tienjaars overlevingskans van 99 percent uit de medische onderbouwing is zeker hoopgevend.

Verzoeker merkt op dat - in tegenstelling tot de zorgverzekeraar stelt - hem niet bekend is van de problemen die er zijn geweest bij de vergoeding van zijn eerste heupoperatie. Ook de zorgaanbieder is hiermee niet bekend.

Verzoeker heeft de naam genoemd van iemand die twee verschillende heupprothesen heeft. Bij deze persoon is hierdoor duidelijk sprake van gedeelde levensvreugde, aldus verzoeker.

Verzoeker merkt op dat er weinig mensen zullen zijn, die jonger zijn dan 60 jaar, die één BHR hebben en die voor de andere zijde ook een BHR aanvragen. Daarom is de kans op precedentwerking beperkt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De BHR heupprothese is een MoM-heupprothese. De MoM-prothese voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en behoort daarom niet tot de verzekerde zorg. De website van de NOV vermeldt dat de MoM-heupprothese alleen mag worden toegepast binnen de setting van een wetenschappelijk onderzoek. De NOV stelt daarbij dat nog steeds twijfel bestaat over

de veiligheid van een MoM-prothese. Volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar bestaat geen recht op vergoeding van de kosten in het kader van studies en trials, daar zijn andere financieringsstromen voor, zoals een ziekenhuisbudget. Ziekenhuizen vragen verzekeraars soms om mee te werken aan studies, omdat deze nodig zijn om de medische wetenschap vooruit te helpen. Een verzekeraar is hiertoe niet verplicht. De zorgverzekeraar heeft er niet voor gekozen om mee te werken aan de studie van het Orthopedium.

- 5.2. Verzoeker vindt het belangrijk is dat hij twee dezelfde heupen krijgt. Hij is bang voor complicaties en negatieve gevolgen van het hebben van twee verschillende soorten heupen. Echter, ook bij twee dezelfde kunstheupen kan na de ingreep blijken dat de lengte van de benen niet helemaal gelijk is en dat de stand van het been en de beweeglijkheid en het gevoel zijn veranderd. Daarnaast heeft iedere operatie een kans op complicaties. Dit hangt niet samen met de plaatsing van twee verschillende kunstheupen. Ook wanneer eenzelfde heup wordt geplaatst, kunnen zich complicaties voordoen.

Het is niet mogelijk de kosten van een 'gewone' heupoperatie te vergoeden. De declaratie die het ziekenhuis stuurt heeft geen betrekking op verzekerde zorg. De zorgverzekering is een verzekering op grond van de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar wordt gecontroleerd op het correct uitvoeren van de zorgverzekering. Wanneer hierbij wordt 'gerommeld' met declaraties heeft dat grote gevolgen voor de zorgverzekeraar.

- 5.3. Per abuis heeft de zorgverzekeraar destijds toestemming verleend voor het plaatsen van een BHR heupprothese voor de *rechterzijde*. Wegens deze onterechte toezegging heeft de zorgverzekeraar besloten de daarmee gemoeide kosten te vergoeden op basis van coulance.

Op 14 september belde verzoeker opnieuw naar de zorgverzekeraar, omdat hij ook geholpen moest worden aan zijn *linkerheup*. Verzoeker wilde hiervoor weer naar het Orthopedium. De zorgverzekeraar heeft hem duidelijk verteld dat de kosten van de *rechterheup* uit coulance zijn vergoed, en dat het geen zin had om een aanvraag in te dienen.

Verzoeker vindt dat de zorgverzekeraar hem hadden moeten informeren dat de coulancevergoeding, die hij heeft ontvangen voor eerste heupoperatie, niet voor een tweede heupoperatie zou gelden. Verzoeker wist echter hoeveel problemen er zijn geweest bij de vergoeding van zijn eerste heupoperatie. Het lijkt de zorgverzekeraar voor de hand liggend dat juist bij eenzelfde ingreep de verzekerde informeert hoe het zit met de vergoeding.

Het gaat om twee afzonderlijke ingrepen. Wanneer iemand een nieuwe heup nodig heeft, is het niet automatisch zo dat er ook een tweede nieuwe heup nodig is. Wanneer verzoeker had kenbaar gemaakt dat dit speelde, had de zorgverzekeraar hem hierover zeker geïnformeerd.

Het feit dat de prothese aan de *rechterheup* goed bevalt, is niet van invloed op de beslissing voor de vergoeding van de kosten van de operatie van zijn *linkerheup*. Er is nu eenmaal geen sprake van verzekerde zorg.

- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij - gezien het advies van het Zorginstituut - ervan uitgaat dat de stand van de wetenschap en praktijk niet in het geding is. Wat de zorgverzekeraar verbaast, is dat partijen hier zitten. De medisch adviseur heeft destijds geschreven dat de behandeling alleen wordt vergoed in het kader van onderzoek. De behandelend arts heeft geantwoord: "*De schoen wringt niet meer*" en licht toe dat de zorgaanbieder de kosten gaat vergoeden. Eerder vroeg de behandelend arts de zorgverzekeraar de kosten van de BHR weer te vergoeden. De arts wist op dat moment dus dat het geen verzekerde zorg betreft. Verzoeker was op dat moment aanwezig bij de arts. De zorgverzekeraar heeft de eerste keer de kosten uit coulance vergoed, juist omdat verzoeker een goede klant is.

Nadat hierover enige tijd onduidelijkheid had bestaan, is vanaf 22 juni 2015 besloten de kosten van MoM-prothesen niet meer te vergoeden. Dat standpunt blijft gehandhaafd. Als de kosten hiervan zouden worden vergoed, komen de kosten voor rekening van de zorgverzekeraar, en komt dit terug in de premie.

In reactie op de vraag of sprake is van gewekt vertrouwen, aangezien de andere prothese wel is vergoed, antwoordt de zorgverzekeraar ontkennend. Destijds is telefonisch medegedeeld dat het een coulancevergoeding betrof.

Volgens de medisch adviseur is geen beletsel als iemand twee verschillende prothesen heeft.

Ten aanzien van het gestelde over het vergoeden van de kosten van de plaatsing van een 'gewone' heupprothese door de ziektekostenverzekeraar, waarbij de meerkosten voor rekening van de zorgaanbieder komen, merkt de zorgverzekeraar op dat dit substitutie is, en dat dit niet is toegestaan.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

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

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Deel B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch-specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch-specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. (...)"

8.4. Artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering luidt:

"Grondslag van de Basisverzekering

(...)

lid 3

De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)"

8.5. De artikelen 2 van 'Deel A' en 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch-specialistische 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 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 of diensten.

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

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op de door partijen ingenomen standpunten, is de vraag die als eerste ter beantwoording voorligt of plaatsing van een MoM-heupprothese van het type BHR voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering.

- 9.2. Bij de beantwoording van voornoemde 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-bases 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 artikel 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 onderzoeksoptzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. 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.



9.4. Het Zorginstituut heeft in zijn (voorlopig) advies van 22 augustus 2016 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat plaatsing van een MoM-heupprothese van het type BHR niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt zij tot de hare.



9.5. Het argument van verzoeker dat andere verzekeraars een BHR prothese in het kader van de medisch wetenschappelijke studie 'BHR2014' bij de betreffende zorgaanbieder wél vergoeden, maakt het voorgaande niet anders. Een en ander valt buiten het bestek van dit geschil, aangezien de betreffende vergoeding in bedoelde gevallen niet is gebaseerd op een verzekering op basis van de Zvw. De beslissing al dan niet bij te dragen aan de financiering van het wetenschappelijk onderzoek is aan de zorgverzekeraar en kan niet via de onderhavige procedure worden afgedwongen.



9.6. Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat verzoeker op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling.

Gewekt vertrouwen



9.7. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij erop heeft mogen vertrouwen dat de onderhavige ingreep wordt vergoed. Deze stelling baseert hij op de eerdere vergoeding van een MoM-prothese kort daarvoor. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.



9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de toestemming voor de *rechter* BHR prothese achteraf gezien onterecht werd verleend. Om die reden heeft de zorgverzekeraar besloten de kosten aan verzoeker te vergoeden op basis van coulance. Verzoeker was hiervan op de hoogte zodat zijn stelling dat sprake is van inconsistent beleid van de zorgverzekeraar geen doel treft. Het al dan niet toekennen van een onverplichte vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de zorgverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken. Aangetekend zij nog dat de uitkomst van de beoordeling aan de hand van het criterium stand van de wetenschap en praktijk in de tijd onderhevig kan zijn aan veranderingen. Zo kan het zijn dat er behandelingen in het verzekerde pakket komen die hun nut en veiligheid hebben bewezen. Het is echter ook mogelijk dat bepaalde behandelingen uit het verzekerde pakket verdwijnen omdat is gebleken dat deze niet veilig zijn. Een vergoeding van een ingreep in het (recente) verleden bindt de zorgverzekeraar niet voor de toekomst.



Substitutie



9.9. Verzoeker heeft voorts gesteld dat indien vergoeding van de *linker* BHR prothese niet mogelijk is, de zorgverzekeraar dan een vergoeding dient te verlenen op basis van een reguliere heupprothese. De commissie merkt hierover op dat de zorgverzekering geen mogelijkheid biedt van substitutie, in die zin dat kosten van niet-verzekerde zorg worden vergoed op basis van de aanspraak op vergoeding van wel verzekerde zorg, zodat dit argument niet kan leiden tot vergoeding van de onderhavige behandeling.



Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd - met name zijn belang bij het hebben van twee dezelfde heupprothesen - maakt de uitkomst niet anders.



Conclusie



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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 december 2016,

A.I.M. van Mierlo