

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202402182

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 13 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 29 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025010804) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 juni 2025 aan partijen gezonden. Bij brieven van 3 en 15 juli 2025 heeft verzoekster op het advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de reacties van verzoekster van 3 en 15 juli 2025 zijn op 8 augustus 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 juni 2025 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht gemotiveerd te reageren op de punten die verzoekster in haar brief van 15 juli 2025 en ter zitting naar voren heeft gebracht waarom de behandeling volgens haar wél moet worden vergoed. Bij brief van 1 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 september 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij brief van 9 september 2025 heeft verzoekster op het definitief advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster kampte al enige tijd met artroseklachten aan haar linker duim waarvoor in Nederland een trapeziectomie met LR (Ligament Reconstructie) of LRTI (Ligament Reconstruction Tendon Interposition) is geïndiceerd. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij wijze van alternatief verzocht de kosten van een in Turnhout (België) uit te voeren plaatsing van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) te vergoeden. Bij brief van 17 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de ingediende aanvraag beslist.
- 2.3. Op 23 september 2024 heeft verzoekster de behandeling in het AZ Turnhout laten uitvoeren.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 29 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 1 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in België uitgevoerde plaatsing van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) volledig, dan wel op basis van 75% van het bedrag dat de gangbare behandeling in Nederland zou hebben gekost, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster had al geruime tijd last van artrose in haar linker duim. De behandelend handchirurg in Nederland concludeerde dat een operatie verzoekster van haar klachten zou afhelpen. De gebruikte methode zou een trapeziectomie met LR of LRTI worden. Vanwege de bijwerkingen, en omdat de broer van verzoekster kampte met soortgelijke klachten en hieraan in België naar tevredenheid was geopereerd door middel van plaatsing van een totale duimbasisprothese, heeft verzoekster contact opgenomen met het ziekenhuis in Turnhout. Daar kon zij op dezelfde wijze als haar broer worden geopereerd. Deze operatie heeft op 23 september 2024 in Turnhout plaatsgevonden.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de kosten echter af, omdat de behandeling niet zou voldoen aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Verzoekster kan dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet volgen. In de eerste plaats omdat er zowel in Nederland als in het buitenland studies zijn gepubliceerd waaruit blijkt dat patiënten met een prothesebehandeling een betere functionaliteit hebben dan patiënten die een trapeziectomie hebben ondergaan. Ook waren de complicaties bij de patiënten met een prothese veel minder. Genoemde voordelen heeft verzoekster zelf ook ervaren. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte lange tijd op het standpunt heeft gesteld dat de behandeling in Nederland niet wordt aangeboden en vergoed. Verzoekster verwijst in dit verband naar de website en een patiënten folder, waaruit blijkt dat in de Isalaklinieken eenzelfde operatie als die verzoekster in België heeft ondergaan, wordt uitgevoerd.

Gelet op dit feit vindt verzoekster het niet redelijk dat de ziektekostenverzekeraar de volledige kosten (ca. € 2.800,-) afwijst. Het zou volgens haar redelijk zijn als in ieder geval 75% van de kosten van de gangbare behandeling in Nederland wordt vergoed.

- 3.4. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut stelt verzoekster bij brief van 15 juli 2025 dat plaatsing van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) in België, Frankrijk en Groot-Brittannië op uitgebreide schaal wordt toegepast en ook wordt vergoed. Uit dit gegeven blijkt dat de conclusie van het Zorginstituut dat de behandeling nog experimenteel is geen stand kan houden en achterhaald is. Daar komt bij dat plaatsing van een totale duimbasisprothese vele voordelen heeft ten opzichte van een trapeziectomie. Samengevat betreft het de volgende punten:
 1. De patiënttevredenheid is bij beide behandelingen gelijk.
 2. Een duimbasisprothese geeft op kortere termijn betere resultaten wat betreft het functioneren van de duim dan een trapeziectomie. Pas na een half jaar tot één jaar is het functioneren na beide ingrepen vergelijkbaar.
 3. Alle studies laten zien dat een trapeziectomie met meer pijn en ongemak gepaard gaat.
 4. De slagingskansen van beide ingrepen is hoog, bij beide behandelingen is er een kans van 2-3% op ernstige complicaties. Voor het plaatsen van een duimprothese is wel meer ervaring van de behandelend chirurg vereist.
 5. Er wordt al ruim tien jaar gesteld dat gegevens over de langetermijneffecten nodig zijn, maar zolang elke studie opnieuw begint met tellen, komen deze gegevens er niet.
 6. De kosten van een duimbasisprothese zijn lager dan die van een trapeziectomie, zeker als de kosten van de behandelingen fysiotherapie gedurende langere tijd na een trapeziectomie worden meegerekend.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat de techniek en materialen van de volledige duimbasisprothese in de afgelopen jaren sterk zijn verbeterd, wat vanzelfsprekend ook de patiënt ten goede is gekomen. Dit betekent dat plaatsing van een volledige duimbasisprothese intussen zoveel voordelen heeft ten opzichte van de trapeziectomie, dat de stelling van zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut dat een volledige duimbasisprothese niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk' niet meer is vol te houden. De behandeling hoort in landen als België en Frankrijk tot het verzekerde pakket en krijgt zelfs de voorkeur boven een trapeziectomie. Verzoekster heeft gemerkt dat Nederlandse medisch specialisten, uitgezonderd die werkzaam zijn in één ziekenhuis, afkeurend reageren op plaatsing van een totale duimbasisprothese.
- 3.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat in de randomized controlled trial waarnaar de ziektekostenverzekeraar zelf heeft verwezen wordt opgemerkt dat *"Modern designs have demonstrated significant improvements in implant survival rates, with more than 90% exceeding 10 years"*. Gelet op deze conclusie, in combinatie met het feit dat de behandelend arts al 15 jaar naar volle tevredenheid totale duimbasisprothesen plaatst, kan niet worden volgehouden dat de effecten op de langere termijn nog niet bekend zijn. Verzoekster herhaalt dat zij dit standpunt in 2012 misschien had gedeeld, maar sindsdien is de kwaliteit van de prothesen enorm verbeterd. Zij heeft dan ook de overtuiging dat de conclusie van de onderzoekers bij het Zorginstituut sterk is beïnvloed door de zorgverzekeraars.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat klachten van artrose van de duim in Nederland worden behandeld door middel van een trapeziectomie met LR of LRTI. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of de in België uitgevoerde plaatsing van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij carpometacarpale artrose voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. In dat verband heeft hij opgemerkt dat het Zorginstituut in 2012 een rapport heeft uitgebracht waaruit blijkt dat deze behandeling niet aan genoemd criterium voldoet. Verzoekster heeft verwezen naar enkele publicaties waaruit zou blijken dat de ingreep wel

conform de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ is. Hiertoe geldt dat het stuk uit Elsevier een artikel in een tijdschrift betreft en geen publicatie van een randomized controlled trial studie. Daarnaast worden in het artikel niet alleen de positieve kanten beschreven, maar wordt ook gemeld dat het revisiepercentage aanzienlijk is. De conclusie in het artikel is dat op korte termijn positieve resultaten worden behaald, maar dat op de langere termijn complicaties optreden en revisies moeten plaatsvinden.

- 4.2. Omdat het rapport van het Zorginstituut al uit 2012 dateert, heeft de ziektekostenverzekeraar een literatuursearch uitgevoerd. Dit om na te gaan of er recentere publicaties zijn verschenen die aanleiding geven om het standpunt uit 2012 van het Zorginstituut en de aanbeveling van de beroepsgroep in de richtlijn 2015 te herzien. Uit de gevonden resultaten blijkt dat nog onvoldoende is aangetoond dat plaatsing van een volledige prothese te prefereren is boven de gouden standaard. Met name randomized controlled trials van voldoende kwaliteit en een follow up (na 10 jaar) ontbreken. De medisch specialist in de Isalaklinieken heeft een onderzoek gepubliceerd over de effecten van plaatsing van een totale duimbasisprothese. In dit onderzoek wordt bevestigd dat de kracht en de beweging beter is, maar het effect op lange termijn is niet onderzocht. De studie had namelijk maar een follow up van 1 jaar en een beperkte N (steekproefomvang) van 62 personen.

Op basis van het standpunt van het Zorginstituut uit 2012, de aanbeveling van de beroepsgroep in de richtlijn 2015, en de recent door hem uitgevoerde literatuursearch, concludeert de ziektekostenverzekeraar dat plaatsing van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij carpometacarpale artrose geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering is.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij de kosten van de bij verzoekster uitgevoerde plaatsing van een totale duimbasisprothese heeft afgewezen omdat deze ingreep niet voldoet aan het criterium ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. Dit criterium staat vermeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en kent een wettelijke basis (artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering). Dat de conclusie van de ziektekostenverzekeraar juist is blijkt uit het voorlopig advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht. Het feit dat plaatsing van een totale duimbasisprothese mogelijk vele voordelen kent is niet relevant, omdat de effecten op de langere termijn nog onvoldoende zijn onderzocht.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Stand van de wetenschap en praktijk

Om te bepalen of een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij metacarpale artrose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, moet beoordeeld worden of een totale duimbasisprothese, gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiënt in vergelijking met de standaardbehandeling, in dit geval trapeziectomie met LR of LRTI.

Om antwoord op deze vraag te geven heeft het Zorginstituut een literatuuronderzoek verricht, waarbij gezocht is naar vergelijkende studies waarin de uitkomsten van een totale duimbasisprothese zijn vergeleken met de uitkomsten van trapeziectomie met LR of LRTI. Daarnaast is gezocht naar relevante richtlijnen.

(...)

Beoordeling

Er zijn vier RCT's verricht naar de effectiviteit van CMC-1 prothesen in vergelijking met trapeziectomie (met LR of LRTI) bij patiënten met CMC-1 artrose. De studies laten zien dat er op

korte termijn voordeel is van een CMC-1 prothese ten opzichte van trapeziectomie met betrekking tot pijn, functie en kracht, maar dat dit effect met tijd afneemt. Daarnaast worden er meer complicaties beschreven na plaatsing van een CMC-1 prothese, onder andere het falen van de prothese met als gevolg revisie chirurgie. Tevens concluderen de studies dat onderzoek met een langere follow-up nodig is om de effectiviteit en houdbaarheid van de duimbasisprothesen op langere termijn te verifiëren. Dit wordt bevestigd in de vigerende richtlijnen.

Op grond van de huidige beschikbare en beperkte literatuur kan dus niet geconcludeerd worden dat behandeling van CMC1-artrose door middel van een totale prothese op dit moment voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Goed opgezette vergelijkende studies met voldoende lange follow-up termijn zijn nodig om de plaats van CMC1-prothesen in de behandeling van CMC1-artrose te bepalen.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat behandeling van CMC1-artrose door middel van een totale prothese op dit moment niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan hierdoor geen aanspraak maken op vergoeding van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij metacarpale artrose maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

- 5.2. In het definitief advies van 1 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Het Zorginstituut heeft de effectiviteit en veiligheid van een duimbasisprothese in vergelijking met een trapeziectomie onderzocht. Het Zorginstituut heeft daarvoor een literatuuronderzoek verricht, bestaande uit vier relevante studies. De opzet en de resultaten van de studies staan beschreven in het voorlopig advies van 10 juni 2025. Uit het voorlopig advies komt naar voren dat de patiënttevredenheid voor beide ingrepen gelijk is. Ook blijkt dat een duimbasisprothese op de korte termijn betere resultaten geeft op verschillende functietesten en pijnscores, maar dat dit verschil na zes tot twaalf maanden niet meer zichtbaar is. Daartegenover staat dat een duimbasisprothese vaker met ernstige complicaties gepaard gaat, waarvoor revisiechirurgie nodig is. In drie van de vier studies wordt aangegeven dat studies met langere follow-up nodig zijn om te kunnen bepalen of een duimbasisprothese meerwaarde heeft ten opzichte van een trapeziectomie. Hetzelfde wordt in de relevante richtlijnen genoemd.

Het Zorginstituut weegt de voor- en nadelen van de nieuwe behandeling (duimbasisprothese) af tegen die van de bestaande behandeling (trapeziectomie) om te beoordelen of een duimbasisprothese voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In dit geval wegen de relatief kortdurende positieve effecten op pijn en het functioneren van de duim niet op tegen het risico op ernstige complicaties bij een duimprothese. Daarnaast is het onduidelijk wat de effecten op de langere termijn zijn. Het is aan de beroepsgroep en de onderzoekers om deze data te verzamelen en te publiceren. Daarbij merkt het Zorginstituut op dat kosteneffectiviteit geen rol speelt bij de beoordeling of een behandeling aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen dan ook geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg, waaronder ook het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts is hierin het relevante artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees parlement en de Raad van 29 april 2004 (Vo. nr. 883/2004) opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.

In het onderhavige geval heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat de behandeling niet voldoet aan het daarvoor geldende criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Gelet op dit standpunt zal de commissie allereerst beoordelen of plaatsing van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij metacarpale artrose voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee is te beschouwen als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.3. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie met betrekking tot de vraag of plaatsing van een totale duimbasisprothese bij metacarpale artrose voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 (hierna: het rapport) is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.
- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezocht en geselecteerd bewijs op een

transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

1. formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
2. systematische literatuursearch;
3. samenvatten van bewijs’
4. beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
5. van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd en het voorlopig advies van 10 juni 2025 bevat de uitkomst hiervan.
Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat in 2012 door hem een negatief standpunt is uitgebracht met betrekking tot duimbasisprothesen. Op 14 mei 2025 heeft het Zorginstituut in verband met dit geschil aanvullend literatuuronderzoek verricht in Embase, Pubmed en Cochrane Central, voor de periode 2012 tot heden. Uit de gevonden resultaten blijkt dat er vier randomized controlled trials (RCT's) zijn verricht naar de effectiviteit van CMC-1 prothesen in vergelijking met een trapeziectomie (met LR of LRTI) bij patiënten met CMC-1 artrose. De studies laten zien dat er op korte termijn voordeel is van een CMC-1 prothese ten opzichte van een trapeziectomie met betrekking tot pijn, functie en kracht, maar dat dit effect met tijd afneemt. Daarnaast worden er meer complicaties beschreven na plaatsing van een CMC-1 prothese, onder andere het falen van de prothese met als gevolg revisie chirurgie. Tevens concluderen de studies dat onderzoek met een langere follow-up nodig is om de effectiviteit en houdbaarheid van de duimbasisprothesen op langere termijn te verifiëren. Dit wordt bevestigd in de vigerende richtlijnen. Daarmee is er op dit moment onvoldoende bewijs om te kunnen concluderen dat een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij metacarpale artrose voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het Zorginstituut concludeert dat een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij metacarpale artrose geen deel uitmaakt van het basispakket.
- 7.6. De commissie ziet, gelet op de uitvoerige en onderbouwde uiteenzetting door het Zorginstituut in het voorlopig advies van 10 juni 2025 en het definitief advies van 1 september 2025, in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om van de hierin opgenomen conclusie af te wijken. Dat de behandeling in andere landen mogelijk deel uitmaakt van het in die landen geldende verzekerde pakket speelt voor de beoordeling of sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering geen rol. Daarbij is gesteld noch gebleken dat in die landen het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ in gelijke zin als in het kader van de zorgverzekering wordt gehanteerd. Hetzelfde geldt voor de stelling dat de behandeling in Nederland in één ziekenhuis wordt toegepast en vergoed. Verzoekster heeft niet aangetoond dat zorgverzekeraars een vergoeding verlenen voor plaatsing van een duimbasisprothese op grond van op de Zvw gebaseerde verzekeringen. Afgezien daarvan kan een beslissing van één of meer zorgverzekeraars om kosten van zorg te vergoeden die niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ andere zorgverzekeraars niet binden. Positieve ervaringen van individuele patiënten spelen bij de beoordeling aan de hand van voornoemd criterium geen rol. Dit geldt evenzeer voor het kostenaspect en voor de stelling van verzoekster dat een trapeziectomie pijnlijker is dan plaatsing

van een duimbasisprothese. Hetgeen zij heeft gesteld over de lange termijneffecten moet de commissie voor kennisgeving aannemen. Het is aan de beroepsgroep hier onderzoek naar te doen en erover te publiceren. Zodanig onderzoek ontbreekt tot op heden en er is geen reden benoemd waarom het niet zou kunnen plaatsvinden. De conclusie van het Zorginstituut wordt door de commissie dan ook overgenomen. Dit betekent dat plaatsing van een totale duimbasisprothese (CMC1-prothese) bij metacarpale artrose geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van de aanvraag mocht beslissen. Tevens werd verzoekster om diezelfde reden de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht onthouden.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 oktober 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

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.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde 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:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - 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 verslaptte 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;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging 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;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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. (...)*”