

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202501473

### Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 5 september 2025 een zaak voorgelegd aan SKGZ. Op 5 november 2025 heeft een gesprek plaatsgevonden met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen, waarin is afgesproken dat de bemiddeling wordt overgeslagen en dat verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Namens de commissie is verzoeker gevraagd het klachtgeld te voldoen en aanvullende informatie te sturen. Op 11 november 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 12 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 januari 2026 aan verzoeker gezonden.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 januari 2026 respectievelijk 16 januari 2026 verklaard niet te willen worden gehoord. Verzoeker heeft bij die gelegenheid aanvullende stukken overgelegd, die dezelfde dag in kopie ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Ook de door verzoeker op 28 en 29 januari 2026 aan de commissie gezonden berichten zijn in kopie ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 10 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026001206) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 februari 2026 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 12 februari 2026 respectievelijk 26 februari 2026 op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Bij bericht van 27 februari 2026 heeft verzoeker een reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar gegeven.

- 1.5. De nagekomen stukken zijn op 27 februari 2026 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 12 maart 2026 in kopie aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft op 12 maart 2026 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Superfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker is sinds 2013 onder controle van een orthopeed in Nederland. In 2025 kwam deze orthopeed met een aanbeveling voor een totale heupprothese. Verzoeker heeft zich hierop gewend tot een arts in Heidelberg, Duitsland. Deze stelde een operatie voor met behulp van een zogenoemde Ceramic-on-Ceramic heupprothese (hierna: CoC-heupprothese). Verzoeker heeft hiervoor een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 13 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde operatie niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 15 augustus 2025, 21 augustus 2025 en 27 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 5 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat als een Ceramic-on-Polyethyleen implantaat (hierna: CoP-implantaat) wordt geplaatst, een vergoeding mogelijk is van maximaal € 8.194,01.
- 2.6. Verzoeker is van 10 september 2025 tot en met 15 september 2025 opgenomen in de kliniek in Heidelberg, waar op 11 september 2025 een CoC-heupprothese is geplaatst. De kosten van deze ingreep bedroegen € 17.745,44.
- 2.7. Bij brief van 10 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alle kosten die verband houden met het in Heidelberg plaatsen van een CoC-heupprothese, ten bedrage van totaal 19.176,10, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en ook de wettelijke rente hierover vanaf begin september 2025 tot de dag der algehele voldoening.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in een ongedateerde brief, gericht aan SKGZ, toegelicht dat hij van de behandelend orthopedisch chirurg het advies heeft gekregen om een totale heupprothese te laten plaatsen in verband met ernstige heupslijtage. Na zorgvuldige afweging is gekozen voor een

ongecementeerde heupprothese van het type Excia T (BBraun Aesculap) met een Plasmafit Evolution-cup voorzien van een keramiek-op-keramiek lagering van het type Biolox Delta (4e generatie). De operatie waarbij deze prothese is geplaatst, is uitgevoerd op 11 september 2025 in een kliniek in Heidelberg. Voor deze behandeling heeft verzoeker begin augustus 2025 toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, waarbij in de voorwaarden is bepaald dat een vrije keuze van kliniek bestaat in binnen- en buitenland. Voor zorg in Duitsland worden tot tweemaal de gebruikelijke kosten in Nederland vergoed. Verder dekt deze verzekering onder andere (deels) de kosten voor een comfortabele opname zoals een eenpersoonskamer tot een maximum per dag, reiskosten, en hotel- en parkeerkosten voor een eventueel meereizende partner. Voorwaarde voor vergoeding van een behandeling in het buitenland is een vooraf bij de ziektekostenverzekeraar aangevraagde (en verleende toestemming). De gevraagde machtiging is geweigerd met als reden dat een CoC-heupprothese volgens de ziektekostenverzekeraar niet zou vallen onder de ‘stand van wetenschap en praktijk’, De medische indicatie, het behandelplan en de locatie/kliniek/behandelend arts zijn niet betwist; de weigering berust uitsluitend op het materiaal van de lagering.

- 3.3. Op grond van artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering wordt de inhoud en omvang van verzekerde zorg bepaald door de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en door de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De Hoge Raad heeft bevestigd dat dit één geïntegreerde maatstaf is: zowel internationale wetenschappelijke evidence als de acceptatie in de (internationale) medische praktijk (o.a. ‘plegen te bieden’) zijn bepalend. (o.a. HR 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het Zorginstituut heeft in 2023 de definitie van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ verduidelijkt. De NOV-richtlijn Totale Heupprothese (2019) van de beroepsgroep van Nederlandse Orthopeden staat positief tegenover de CoC-heupprothese. Hoewel haar standaard aanbeveling richting CoxP gaat, vermeldt de richtlijn in haar overwegingen direct na de standaardaanbeveling:
- *“In certain circumstances (younger non-obese patients, head size  $\geq 32$ mm) ceramic-on-ceramic might also be a good choice”.*
- De CoC-heupprothese scoort volgens de Nederlandse beroepsgroep dus op alle dimensies beter (wear rate results) of gelijk in vergelijking met CoxP, met uitzondering van het fractuurrisico. Hieruit volgt dat de voordelen van de CoC-heupprothese door de beroepsgroep worden erkend, en de lagering als een goede keuze wordt gezien bij jongere, niet-obese patiënten met een kopmaat  $\geq 32$  mm. Dit zelfs al 6 jaar vóór het verschijnen van de nieuwe data over het verminderde fractuurrisico. Nergens in dit document wordt vermeld dat een CoC-heupprothese categorisch geen goede oplossing zou zijn of zou moeten worden vermeden.
- 3.4. Dat orthopeden in Nederland (en daarbuiten) de toepassing van CoC lagering voor sommige patiënten ondersteunen en actief toepassen blijkt ook uit de LROI (Landelijk Register Orthopedische Interventies). Dit laat zien dat er in Nederland de afgelopen 10 jaren (en al langer daarvoor) jaarlijks ongeveer 1.000-1.500 CoC-heupprothesen zijn geplaatst. Dit komt neer op een aandeel van 5% van alle primaire Totale Heup Prothesen (THP) over de afgelopen 10 jaren. Daarmee is het niet de meest voorkomende THP-behandeling, maar wel één met een significant volume, die bovendien een stabiel en structureel onderdeel vormt van het Nederlandse scala aan mogelijke heupprothese behandelingen, ondanks de iets hogere kosten. Landen om ons heen laten eenzelfde beeld zien. In Duitsland in 2022: 7,5%. In het Verenigd Koninkrijk werden in 2020 4,8% van alle ongecementeerde heupprothesen met een CoC lagering uitgevoerd. Bij navraag aan het bestuur van de patiëntenvereniging *Vereniging Afwijkende Heupontwikkeling (VAH)* blijkt ook dat voor zover zij weten CoC-heupprothesen gewoon worden toegepast (en vergoed) in Nederland. Dit alles bevestigt dat CoC-lagering breed erkend en toegepast wordt, niet alleen in Nederland maar ook in landen met een vergelijkbaar hoogstaand orthopedisch zorgsysteem. Aan de voorwaarde ‘plegen te bieden’, die mede in een internationale

context dient te worden bekeken voor de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, lijkt dan ook ruimschoots voldaan.

- 3.5. Dat veel orthopeden regelmatig voor een CoC-heupprothese kiezen, is goed verklaarbaar vanuit de materiaaleigenschappen: keramiek is het hardste en meest slijtvaste materiaal, waardoor de prothese een langere, verwachte levensduur heeft ten opzichte van andere beschikbare lageringen.

Mede dankzij het succes van de heupprothese in de laatste decennia, worden deze namelijk steeds vaker geplaatst bij jongere patiënten. Hoe jonger de patiënt, hoe meer de levensduur van de prothese een belangrijke factor wordt. Revisie operaties zijn namelijk belastend voor de patiënt, technisch ingewikkeld (hogere kans op complicaties) en ook kostbaar. Bovendien kunnen revisie operaties niet onbeperkt worden uitgevoerd. Duurzaamheid is dus een zeer relevant criterium. Behalve hard/slijtvast is keramiek biologisch inert, wat betekent dat het nauwelijks of geen ongewenste reacties in het menselijke lichaam veroorzaakt. In vergelijking met metalen of polyethyleen componenten komen er bij keramiek vrijwel geen ionen of slijtagedeeltes vrij die een ontstekingsreactie of botafbraak (osteolyse) kunnen uitlokken, wat op termijn kan leiden tot loslaten. In een speciaal onderzoek uit 2022 naar THP in jongere patiënten schrijven de Franse auteurs Viricel et al;

- “ *The ceramic-ceramic bearing couple considered the reference standard for younger patients.....*”

Ook in het Verenigd Koninkrijk worden CoC-heupprothesen met name toegepast bij jongere patiënten. Het register in het Verenigd Koninkrijk laat zien dat de gemiddelde leeftijd bij plaatsing van een (ongecementeerde) CoC-heupprothese 58,6 jaar is, ten opzichte van een gemiddelde leeftijd van 64,1 voor de totale populatie. Het toepassen van CoC-heupprothesen bij met name jongere patiënten sluit ook goed aan bij de eerder aangehaalde aanbeveling in de Nederlandse Richtlijn voor jongere, niet obese patiënten.

- 3.6. Er is een breed arsenaal aan wetenschappelijke publicaties, een aantal daarvan ook uit Nederland, die de voordelen van CoC-heupprothesen (langere levensduur, op termijn minder revisies mede daardoor, bio inert / lagere infectiekansen) onderschrijven.
- 3.7. Verzoeker is 50 jaar oud (jong voor een heupprothese) en leidt ondanks zijn heupbeperking een actief en sportief leven, waardoor duurzaamheid van de THP van belang is. Ook heeft hij een onderliggende auto-immuunziekte, waardoor zijn afweer tegen infecties is verminderd. Volgens zijn behandelend arts is het aannemelijk dat hij hierdoor een verhoogd risico op infecties heeft, ook in de prothese. Aangezien volgens zijn arts, en ook Van Loon et al. (2023), het infectierisico bij een CoC-heupprothese op de lange termijn lager is dan bij CoPE, is dit voor zijn persoonlijke situatie een belangrijke factor. Daarmee vormt het ook een belangrijke contextfactor in de zin van het beoordelingskader van het Zorginstituut (2023).
- 3.8. Ondanks het feit dat er al decennialang CoC-heupprothesen worden geplaatst in Nederland, zijn er voor zover verzoeker kan achterhalen geen procedures gevoerd bij SKGZ of rechtbanken tussen verzekerden en zorgverzekeraars over de vraag of de CoC-heupprothese als niet-verzekerde zorg is aangemerkt dan wel niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Hieruit mag worden geconcludeerd dat de gangbare opvatting van zorgverzekeraars (al jaren) is (geweest) dat dit verzekerde basiszorg betreft, die als zodanig dus voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar in een recente procedure bij SKGZ (zaaknummer 202402131, juli 2024) ingestemd met vergoeding van een CoC-heupprothese. Daarin werd niet aangevoerd dat de prothese buiten de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ valt. Sindsdien (2024) is er geen wezenlijk nieuw bewijs verschenen dat een koerswijziging op dit punt zou rechtvaardigen. De ziektekostenverzekeraar lijkt dus geen consistente koers te varen ten aanzien van dit onderwerp (of zelfs het consistent uitvragen van deze informatie), wat leidt tot ongelijke behandeling van verzekerden.

3.9. Gebaseerd op het voorgaande is verzoeker van mening dat:

A: de gekozen behandeling (CoC-heupprothese, Biolox Delta 4e generatie) ruimschoots aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ voldoet:

- De wetenschappelijke literatuur uit binnen- en buitenland beschrijft uitgebreid de voordelen van CoC lageringen, met name duurzaamheid - erg van belang voor jonge patiënten.
- Er zijn geen recente wetenschappelijke artikelen te vinden in binnen- of buitenland die pertinent tegen het gebruik zijn van CoC-heupprothesen en dit categorisch afraden.
- De (inter)nationale praktijk kent jarenlange structurele en significante toepassing van duizenden CoC-prothesen per jaar.
- Ook de Nederlandse orthopedische beroepsgroep erkent de CoC-heupprothese als goede optie in de toolbox van de arts, met name voor jongere patiënten.
- Het (althans voor zover verzoeker bekend) ontbreken van jurisprudentie en SKGZ-dossiers in combinatie met de duizenden geplaatste prothesen per jaar, levert bewijs van het de facto vergoeden door de Nederlandse zorgverzekeraars van deze behandeling, waaruit blijkt dat deze behandeling impliciet of expliciet ook volgens de zorgverzekeraars behoort tot de basiszorg en voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.
- Het bestuur van de patiëntenvereniging VAH is niet bekend met enige publicatie of discussie die het niet langer vergoeden van CoC-heupprothesen zou inleiden.

B: De ziektekostenverzekeraar zich onvoldoende inspant om zijn verzekerden gelijk te behandelen. De aanspraak op zorg is immers wettelijk uniform, dus zorgverzekeraars dienen zich in te spannen om de uitvoering van de hun opgelegde taken (waaronder het verlenen van goedkeuring tot vergoeding) zo in te richten dat deze uniformiteit is gewaarborgd. De willekeur die de ziektekostenverzekeraar ten toon spreidt in zijn machtigingsprocedure leidt tot verschillende uitkomsten in gelijke gevallen, waarmee hij handelt in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel.

C: gezien de casuïstiek van verzoekers individuele geval: jong, actief, maar met een onderliggende immuunsysteem aandoening, hij (op basis van de mening van zijn arts) naar redelijkheid op de CoC-heupprothese is aangewezen.

3.10. Verzoeker vraagt de commissie daarom te besluiten dat:

- CoC lagering van een THP voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee deel uitmaakt van de in Nederland verzekerde zorg. Dit mede om precedentwerking te creëren voor andere heuppatiënten in de toekomst;
- de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem de kosten van het plaatsen van een CoC-heupprothese en alle daaraan gerelateerde kosten te vergoeden, voor zover deze zijn gedekt onder de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze kosten omvatten de opname, operatie en bijkomende kosten revalidatie, comfort vergoeding, hotelkosten meereizende partner, en reiskosten. Het bedrag dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar vraagt te vergoeden bedraagt totaal € 19.176,10, verhoogd met de wettelijke rente wegens het onterecht voorschieten van dit bedrag vanaf begin september tot het moment van volledige voldoening door de ziektekostenverzekeraar.

3.11. Bij bericht van 15 januari 2026 heeft verzoeker herhaald dat een jarenlange traditie bestaat van toepassing van CoC-heupprothesen in binnen- en buitenland. Het gaat om zorg die is verankerd in de Nederlandse en internationale praktijk. CoC-heupprothesen hebben – zoals ruimschoots wetenschappelijk is bewezen – minder tot geen slijtage, en daardoor een langere verwachte levensduur. Dit is met name van belang voor jongere, actieve patiënten. De richtlijn van de Nederlandse orthopeden laat expliciet ruimte voor deze prothesen in bepaalde gevallen, namelijk waar het betreft jonge, niet obese patiënten. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld metal-on-metal prothesen, die expliciet worden afgeraden. Relevante wetenschappelijke artikelen geven in geen enkel geval een negatief advies ten aanzien van de CoC-heupprothesen. Daarentegen noemen zij de verbeterde 4<sup>e</sup> generatie keramiek waarbij minder nadelen bestaan van breuk en nog steeds het grotere voordeel van een langere levensduur. Gelet op het gelijkheidsbeginsel dient verzoeker

dezelfde rechten te hebben als alle (tien)duizenden patiënten die in de afgelopen jaren in Nederland een CoC-heupprothese hebben ontvangen. Aangezien mag worden aangenomen dat in deze gevallen de kosten werden gedekt door de zorgverzekering, voldeden de prothesen kennelijk aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De ziektekostenverzekeraar gaat volledig voorbij aan de jarenlange praktijk van plaatsing van CoC-heupprothesen en aan het gelijkheidsbeginsel. Hij leest wetenschappelijke artikelen selectief en lijkt eigen conclusies te trekken, die anders zijn dan die van de wetenschappers en de beroepsgroep. De ziektekostenverzekeraar gaat volledig voorbij aan de duidelijke voordelen van het gebruik van CoC-heupprothesen.

- 3.12. Bij bericht van 12 februari 2026 heeft verzoeker meegedeeld het eens te zijn met het advies van het Zorginstituut. Bij bericht van 27 februari 2026 heeft verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar zich enkel blijft richten op het verschil in de tweejarige revisieratio, en voorbijgaat aan de langere levensduur van CoC-heupprothesen. De totale kosten van de prothese worden immers niet gemeten over de eerste 2 jaren, maar over de gehele levensduur, die veel langer is.
- 3.13. Bij bericht van 12 maart 2026 heeft verzoeker benadrukt dat er weliswaar een licht verhoogd revisierisico lijkt te zijn na 2 jaren, maar dat op de lange termijn de levensverwachting van een CoC-heupprothese juist beter is, en dus de revisieratio lager. Het is dan ook te verwachten dat de totale kosten voor een patiënt met deze prothese uiteindelijk lager liggen.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde ingreep waarbij een CoC-heupprothese is geplaatst. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 15 augustus 2025 aangevoerd dat in artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering is bepaald: *“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”*. Wat in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg en diensten geldt, is enkel toepasbaar wanneer de maatstaf ‘stand van de wetenschap en praktijk’ ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat op deze maatstaf kan worden getoetst en dat is bepaald dat de CoC-heupprothese niet voldoet aan deze ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De ziektekostenverzekeraar past bij het toetsen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ het document ‘Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van het Zorginstituut toe. Daarbij is van belang dat via internationaal wetenschappelijk onderzoek wordt vastgesteld of een behandeling voldoende effectief is. Daarmee vervallen de argumenten dat het gebruikelijke zorg betreft en dat medisch specialisten deze techniek ondersteunen. Wanneer zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, mag een zorgverzekeraar hiervoor geen vergoeding verlenen.
- 4.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht hoe tot het oordeel is gekomen dat de behandeling niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ voldoet. In overeenstemming met de Nederlandse richtlijn ‘Totale Heupprothese (THP)’ wordt bij voorkeur een metalen of keramische kop en een cross-linked polyethyleen kom gebruikt (MoxP, CoxP). Het is dus niet gebruikelijk een andere combinatie te kiezen. Daarnaast is eerder een beoordeling aan de hand van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ op dit onderwerp gedaan, met de volgende conclusies:  
*“De Ceramic-on-Ceramic (CoC) lagering bij totale heupprothesen betreft een technische variant op heuplageringen die tot de stand van wetenschap en praktijk behoren. Er zijn redenen om aan te nemen dat de effectiviteit van CoC (wezenlijk) anders is dan de effectiviteit van de interventie waar het een technische variant op is. Uit beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk middels het beschikbare wetenschappelijke bewijs blijkt dat ten gevolge van een hoger prothese*

*fractuur en hoger cup revisie risico er sprake is van een mindere effectiviteit (uitgedrukt in fractuur-risico en kans op cuprevisie binnen 2 jaar) van de technische variant (CoC) ten opzichte van de gouden standaard (CoP)”.*

Op grond van bovenstaande conclusies is er geen aanspraak vanuit de zorgverzekering voor een CoC-heupprothese.

- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 12 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat eerder is gerefereerd aan de Nederlandse richtlijn 'Totale heupprothese (THP)', die voor het laatst is beoordeeld in 2019. Dit impliceert dat alle relevante wetenschappelijke artikelen van vóór 2019 zijn bekeken. De richtlijn houdt zich bezig met drie “problemen/uitdagingen” als het gaat om THP's te weten: dislocatie of ontwrichting van de geplaatste prothese onderdelen, slijtage van de materialen, en korte termijn/ lange termijn overleving van de prothese. Op grond van wetenschappelijke literatuur komt de richtlijn tot de volgende aanbevelingen. Onder kopje 4.1 'Type lagering': Gebruik bij voorkeur een metalen of keramische kop en een cross-linked polyethyleen kom (metal-on-cross-linked polyethylene = MoxP of ceramic-on-cross-linked polyethylene = CoxP). In de overwegingen staat verder het volgende: *“Summarising the available evidence, it can be said that metal-on-conventional-polyethylene carries a higher risk of revision than all other couplings (metal-on-cross linked-polyethylene, ceramic-on-conventional-polyethylene, ceramic-on-cross-linked-polyethylene, ceramic-on-ceramic). Because ceramic-on-ceramic shows lowest volumetric wear, it allows the use of large femoral heads diminishing the risk of dislocation in the young and active age group. In some studies however, survivorship of this coupling seems to be compromised through ceramic fractures and chipping of the older designs. Because of the more wear-resistant properties of cross-linked polyethylene (compared to conventional polyethylene), thinner cross-linked polyethylene is possible, also allowing larger femoral head components. Consequently, the use of these improved polyethylenes has a similar advantage as ceramic liners in terms of reducing dislocation risk. In some cases of ceramic-on-ceramic couplings, patients may complain of squeaking. Although there is no evidence of any relation with wear or higher fracture risk, this may be a cause for revision because of the annoying sound. The combination of ceramic or metal on cross-linked polyethylene seems to be the most safe, durable and costeffective, although there is no clear evidence of its superiority over ceramic-onconventional polyethylene in long-term follow-up studies of good quality. In certain circumstances (younger non-obese patients, head size  $\geq 32\text{mm}$ ) ceramic-on-ceramic might also be a good choice.”* Hieruit wordt geconcludeerd dat de CoxP en MoxP de meest veilige, duurzame en kosteneffectieve lagering betreffen. Met betrekking tot de slotoverweging (CoC in bepaalde patiëntgroep): deze overweging is gebaseerd op uitkomsten van PICO 3 van kopje 4.1 (ceramic insert [CoC] versus ceramic-onpolyethylene [CoxP]), dat laat zien dat uitkomsten op revisie risico (lage kwaliteit van bewijs), dislocatie (lage kwaliteit van bewijs) en osteolyse (matig kwaliteit van bewijs) hetzelfde zijn, maar de CoC-prothese minder kans op slijtage (matige kwaliteit van bewijs) en tegelijk een 4-6 keer hoger risico op keramische fracturen (matige kwaliteit van bewijs) geeft.
- 4.4. Verzoeker refereert aan de Landelijke Registratie Orthopedische Interventies (LROI), een register voor orthopedische interventies die in Nederland zijn uitgevoerd. In 2022 is er een wetenschappelijk artikel door Van Loon et al. met gegevens van deze database gepubliceerd. Hierin werd het risico op cuprevisie na een THP vergeleken tussen 12.535 CoC- en 20.919 CoP-prothesen, met als conclusie: *“Dit onderzoek laat een hoger risico op cuprevisie binnen 2 jaar zien van CoC ongecementeerde THP's, ten opzichte van CoPE ongecementeerde THP's, met meer revisies voor loslating. Deze bleken voornamelijk aseptisch. Mogelijk neemt de stijfheid van het implantaat toe door CoC-articulatie, waardoor grotere krachten op het botprothese-oppervlak komen. Dit kan de ingroei van bot op de prothese verstoren, waardoor de cup kan verplaatsen en loslaten. Deze informatie kan behandelaars helpen te bepalen welke articulatie voor welke patiënt het meest geschikt is.”* Omdat er meer revisies in de eerste 2 jaar nodig zijn bij CoC (zie van Loon et al., 2022) is de conclusie dat er geen verschil is in overleving van de prothesen vertekend. Immers, alleen die patiënten die niet de vroegtijdige ( $\leq 2$  jaar) noodzakelijke revisie hebben

ondergaan, doen mee in de overlevingsanalyse. Een jaar later (2023) verscheen het proefschrift 'The press-fit acetabular component: fixation and bearing surfaces' van Van Loon, waaruit hoofdstukken 6, 7 en 8 relevant zijn voor het beantwoorden van het huidige vraagstuk van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Hoofdstuk 6 is een systematische review en meta-analyse naar revisie in het algemeen (dus korte termijn en lange termijn samengenomen) in CoC versus CoP lagering in THP arthroplastiek, bestaande uit gepubliceerde studies tot en met juli 2021. Er werden 12 RCT's, 3 non-randomized vergelijkende studies en 2 registerstudies geïnccludeerd met in totaal 38.772 THP (waarvan 10.909 CoP en 27.863 CoC). Uitkomsten: geen significante verschillen, behoudens een lagere overall revisie in CoP dan CoC in de registerstudies, met een Hazard ratio van 0.71 [95% confidence-interval: 0.53 – 0.99; zeer lage kwaliteit van bewijs]. Praktische implicatie: zeer lage kwaliteit van bewijs op basis waarvan geen duidelijke voorkeur kan worden uitgesproken en meer vergelijkende lange-termijn studies zijn nodig. Hoofdstuk 7 is een 10-jaars follow-up studie van een cohort met 315 CoC THP naar oorzaken en risicofactoren voor aseptische loslating. De resultaten lieten een onacceptabel (voornamelijk vroegtijdig: binnen 2 à 3 jaar) hoog percentage cuprevisie als gevolg van aseptische loslating zien (15.2%), mogelijk veroorzaakt door een probleem met osseointegratie. Hoofdstuk 8 bevat de uitkomsten van het LROI artikel uit 2022 (een aanvulling op het preliminaire artikel uit 2019) dat hierboven reeds is genoemd, en waaruit bleek dat het risico op cuprevisie binnen 2 jaren bij CoC significant hoger ligt dan bij CoPE. Daarnaast werd een trend gezien dat er een toename was in CoPE plaatsing en een afname in CoC plaatsing. Waar de richtlijn uit 2019 nog ruimte biedt om CoC te overwegen in een selecte patiëntgroep, laten de resultaten van meer recente wetenschappelijke publicaties van Van Loon et al. deze ruimte dus niet meer. Gezien verzoeker ook de bovengenoemde artikelen van Van Loon et al. citeert, lijkt er een discrepantie in de interpretatie van de resultaten. Tot slot haalt verzoeker een artikel van Ko et al. uit 2025 aan, waarin de incidentie van ceramische breuken werd vergeleken in 9.280 derde versus vierde generatie CoC THP uit 2 tertiaire centra. Ze vonden een afname in kopfracturen, maar niet in liner fracturen (cup fracturen), in de vierde versus derde generatie CoC. Dit betreft dus enkel een vergelijking binnen 2 soorten CoC THP's, en er wordt geen vergelijking gemaakt met CoxP. Ook was de kwaliteit van bewijs van deze studie laag (III, quasi-experimentele studie). Een verdere literatuursearch naar eventuele nieuwe wetenschappelijke studies die dateren van na juli 2021 (en dus na de systematische review en meta-analyse van Van Loon), en die de meest recente conclusies van Van Loon uit 2022 en 2023 mogelijk anders zou hebben gemaakt, leidt niet tot een andere conclusie.

- 4.5. Onder medeneming van alle beschikbare wetenschappelijke literatuur, concludeert de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dat THP met CoC niet voldoet aan de 'stand van wetenschap en praktijk', gezien het feit dat het risico op een prothesefractuur en cuprevisie hoger is dan met de gebruikelijke combinatie (zijnde CoxP en MoxP) en het daarmee een minder veilige, duurzame en kosteneffectieve lagering betreft. De ziektekostenverzekeraar zou in een eerdere SKGZ-zaak akkoord zijn gegaan met vergoeding van een COC-prothese. Zoals eerder gecommuniceerd is dat onjuist. Het onderwerp van die zaak was niet de vraag of het plaatsen van een CoC-prothese al dan niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Tijdens de zitting bleek dat sprake was van plaatsing van keramiek op keramiek, hetgeen vooraf niet bekend was. De zaak zag uitsluitend op de additionele vergoeding. Dit sluit aan bij de bestaande praktijk waarin orthopeden CoC-prothesen toepassen die vooraf niet zijn opgenomen in de machtiging. Aan dat feit kunnen geen rechten worden ontleend.
- 4.6. Bij brief van 26 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 10 februari 2026 schrijft dat het verhoogde revisierisico van de CoC-heupprothesen ten opzichte van de CoP-heupprothesen klinisch niet relevant is. Deze conclusie is gebaseerd op het verschil in absoluut risico (0,67% versus 0,44%: +0,23%). Het relatieve risico bedraagt echter 1,52: patiënten met een CoC-heupprothese hebben 50% meer kans op een revisie binnen 2 jaren na plaatsing dan patiënten met een CoP-prothese. In Nederland zijn er in 2024 totaal 46.949 heupoperaties uitgevoerd, waarvan minimaal 37.136 totale heupprothesen (THP,

bron: pdf-lroi-report-2025-3). Dit zou voorkombare extra revisies binnen 2 jaren betekenen. Gebaseerd op DBC 131999052 met een gemiddelde verkoopprijs in OpenDIS-data van € 10.570,-- per keer, komt dit neer op bijna € 900.000,-- aan voorkombare kosten. Hieruit concludeert de ziektekostenverzekeraar dat deze prothesen niet gelijkwaardig zijn aan elkaar in termen van doelmatigheid, en is hij van mening dat dit verschil wel klinisch relevant is.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

### Achtergrond

*Bij heupartrose is er sprake van slijtage aan het kraakbeen in het heupgewricht, wat leidt tot pijn, stijfheid en verminderde mobiliteit. Bij milde klachten kan volstaan worden met fysiotherapie en pijnstilling. Wanneer de klachten toenemen kan het heupgewricht vervangen worden door een totale heupprothese, die bestaat uit een kop en een kom. De nieuwe kop en kom kunnen van verschillende materialen gemaakt worden. In Nederland wordt bij patiënten jonger dan 55 jaar oud voornamelijk gebruik gemaakt van ceramic-on-polyethyleen prothesen (48.2% in de periode 2007-2017). Hierbij is de kop van ceramisch materiaal gemaakt en de kom van polyethyleen (kunststof). Andere mogelijkheden zijn onder andere ceramic-on-ceramic (13,7%), metal-on-metal, metal-on-polyethyleen en zirconium-on-polyethyleen. Metal-on-metal heupprothesen worden tegenwoordig vrijwel niet meer gebruikt, omdat er metaaldeeltjes vrijkomen door de wrijving van de metalen kop op de metalen kom. Daarnaast hebben ze een evident kortere levensduur.*

*Complicaties die kunnen voorkomen na een heupoperatie zijn onder andere: infectie, nabloeding, luxatie (heup uit de kom), trombosebeen, loslaten van de prothese, peri-prothetische breuk (een breuk van het bot bij de prothese), en debris wear (slijtage). Het laatstgenoemde betreft het vrijkomen van slijtagedeeltjes waardoor de structuren rondom de prothese aangetast worden (osteolyse), wat kan leiden tot loslating van de prothese.*

### Literatuur

*Voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk staat in dit geschil ter discussie of een CoC prothese even goed, of beter, is dan de meest gebruikte CoP-prothese. Op 23 januari 2026 heeft het Zorginstituut een literatuursearch uitgevoerd in Embase, Pubmed en Cochrane Central. Er werden 75 artikelen gevonden. Deze artikelen zijn gescreend op titel en abstract, waarbij 55 artikelen geëxcludeerd werden. In totaal werden 20 studies geïncludeerd: 10 systematische reviews en 10 RCT's.*

*Een systematische review waarin CoC en CoP prothesen met elkaar vergeleken worden, die door zowel verzoeker als verweerder is aangedragen, is geschreven door van Loon et al, 2022.8 In deze systematische review zijn twaalf RCT's, 3 niet-gerandomiseerde vergelijkende studies en 2 registry studies geïncludeerd met in totaal 10.909 CoP procedures en 27.863 CoC procedures. Gemiddelde follow-up duur was 5,5 jaar (1.0-16.5 jaar). In de RCT's en niet-gerandomiseerde vergelijkende studies werd geen verschil gevonden met betrekking tot het aantal revisies. In de twee registry studies werd een lager risico op revisie gevonden voor de CoP groep vergeleken met de CoC groep.*

*Geen verschillen tussen CoC en CoP werden gevonden voor infectierisico, loslating of dislocatie van de prothese, en het risico op peri-prothetische fractures. De onderzoekers concluderen dat de resultaten van CoC en CoP vergelijkbaar zijn en dat beide behandelingen geschikt lijken te zijn.*

*Een andere systematische review met meta-analyse, die zich focust op de functionele uitkomst, is van Wu et al., 2024. In deze systematische review zijn 10 studies geïncludeerd (grotendeels overeenkomend met de geïncludeerde studies bij van Loon et al. 2022): 1 RCT, 7 prospectief gerandomiseerde studies en 2 retrospectieve studies met in totaal 906 CoP en 1192 CoC procedures. De follow-up duur was 2 tot 15 jaar. Uit de gepoolde analyse komen geen significante verschillen met betrekking tot revisies en postoperatieve complicaties (dislocatie, infectie, debris wear, osteolyse of diep-veneuze trombose). De postoperatieve functie werd beoordeeld met de Harris Hip Score (waarbij hogere score beter is), die hoger was voor de CoC prothese. De gemiddelde leeftijd in de CoP groep was echter vier jaar hoger dan in de CoC groep, wat mogelijk van invloed is geweest op het verschil in functionele uitkomst.*

*Uit de search van het Zorginstituut kwamen daarnaast twee geïncludeerde studies naar voren, die na bovenstaande systematische reviews zijn gepubliceerd. Deze worden hieronder beschreven. Van Loon et al. 2023 beschrijft een analyse over cup revisie binnen twee jaar na plaatsing van CoC of CoP, met data verkregen uit de 'Landelijke Registratie Orthopedische Interventies'. De drie meest gebruikte cups met ceramische of polyethyleen lagering (12.535 CoC en 20.919 CoP) in de periode 2007-2019 zijn onderzocht. Cup revisie vond significant vaker plaats bij CoC prothesen (0.67% (CI 0.54-0.81) versus 0.44% (CI 0.54-0,81)). Er werd gecorrigeerd voor confounders (verstoringe variabelen), waarna het significante verschil in cup revisie bleef bestaan. De reden voor cup revisie berustte significant vaker op aseptische cup loslating in de CoC groep.*

*De onderzoekers geven aan dat aseptische cup loslating vaker voorkomt bij oudere patiënten, aangezien lagere botdichtheid de kans op cup loslating kan vergroten. De auteurs benoemen dat CoC bij jongere patiënten overwogen kan worden en dat aanvullend onderzoek hiernaar nodig is. Lange termijn kosteffectiviteitsanalyse is tevens noodzakelijk, gezien de prothesen bij jonge patiënten lang mee moeten gaan. De kosten van vroege cup revisies worden mogelijk verevend op de lange termijn.*

*Door Kim et al. 2025 is een kleine RCT uitgevoerd. Tweehonderdvijftig patiënten met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar (31-65 jaar) ondergingen een bilaterale totale heupvervanging met een CoC prothese (3e generatie) aan de ene kant, en een CoP prothese aan de andere kant. De gemiddelde follow-up duur was 25,5 jaar (range 20-30 jaar). Revisie van het acetabulaire component vond plaats bij 2.8% van de CoC prothesen en 2.4% van de CoP prothesen.*

*Revisie van het femorale component vond plaats bij 3,2% bij de CoC prothesen en 2.4% van de CoP prothesen. Wear was 0.041 mm/jaar voor de CoP prothese. Voor de CoC prothese was geen wear. Osteolyse kwam voor beide prothesen niet voor bij het acetabulum of bij het femur. De onderzoekers concluderen dat voor beide prothesen er een excellente lange termijn functie is.*

*Aangezien bij verzoeker sprake is van een auto-immuunziekte met daarbij een hogere kans op infectie, is ook nagegaan of de lagering invloed heeft op het aantal peri-prothetische heup infecties.*

*Een systematische review van Hexter et al. 2018 beschrijft een vergelijking in peri-prothetische heupinfecties tussen MoP, CoP en CoC prothesen. In de systematische review werden 17 RCT's en zes observationele studies geïncludeerd. De incidentie van peri-prothetische infecties was: MoP 0,85%, CoP 0,38%, CoC 0,53%. Een meta-analyse is uitgevoerd waarbij geen significant verschil gevonden werd met betrekking tot risico op infectie tussen verschillende lageringen.*

#### Richtlijnen

*In de NOV-richtlijn Totale Heupprothese (2019) van de beroepsgroep Nederlandse Orthopaedische Vereniging wordt de volgende aanbeveling gedaan: "Preferably use a metal or*

*ceramic head and a cross-linked polyethylene cup.” “In certain circumstances (younger non-obese patients, head size  $\geq 32\text{mm}$ ) ceramic-on-ceramic might also be a good choice.”*

#### **Beoordeling**

*Op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek concludeert het Zorginstituut dat CoC prothesen gelijkwaardig zijn aan CoP prothesen. De CoC prothese wordt in Nederland ook al toegepast. In de periode van 2007-2017 werd bij 13,7% van de patiënten die een totale heupprothese kregen een CoC prothese geplaatst. Daarnaast wordt in de NOV-richtlijn Totale Heupprothese beschreven dat een CoC prothese onder bepaalde omstandigheden, te weten jonge niet-obese patiënten, ook een goede keuze is. Verzoeker is een jonge man van 50 jaar oud en valt dus onder deze aanbeveling.*

*Hoewel het aantal revisies voor CoC prothesen binnen twee jaar na plaatsing statistisch significant hoger is dan bij CoP prothesen, respectievelijk 0.67 vs 0.44%, is dit niet klinisch relevant. Op de overige vlakken (o.a. infectie, osteolyse, luxatie) zijn de prothesen gelijkwaardig aan elkaar. Daarmee voldoet de CoC prothese bij heupartrose aan de stand van wetenschap en praktijk.*

#### **Conclusie**

*Op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek concludeert het Zorginstituut dat een CoC prothese bij heupartrose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

#### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een CoC prothese bij heupartrose maakt onderdeel uit van het basispakket.”*

- 5.2. In het definitief advies van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Verweerder geeft in zijn brief van 26 februari 2026 aan dat het verschil in revisierisico tussen de CoP heupprothese en CoC heupprothese wel klinisch relevant is. Als onderbouwing geeft verweerder aan dat het een absoluut risico van 0,67 voor CoP prothese versus 0,44 voor CoC prothese betreft, dus slechts +0,23%, maar dat dit wel een relatief risico is van 1,52. Vervolgens heeft verweerder een berekening gemaakt van de kosten die dit met zich meebrengt, namelijk 85 extra revisies binnen twee jaar met een gemiddelde verkoopprijs van € 10.570 per keer. Verweerder concludeert dat dit bijna € 900.000 aan voorkombare kosten zijn. De prothesen zijn daarmee niet gelijkwaardig aan elkaar in termen van doelmatigheid, aldus verweerder.*

#### **Revisierisico**

*Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 10 februari 2026 de effectiviteit van de CoC prothese met de CoP prothese vergeleken bij de groep patiënten met coxartrose, waarbij gunstige en ongunstige effecten zijn meegenomen en gewogen. Op basis van de geraadpleegde literatuur werden voor deze patiëntengroep geen klinisch relevante verschillen (voor o.a. infectie, osteolyse en luxatie) gevonden tussen beide prothesen. Wat betreft revisies laten verschillende studies verschillende resultaten zien. De grootste studie laat een klein verschil ten nadele van CoC prothesen zien. Dit verschil is vanwege het groot aantal onderzochte patiënten dan wel statistisch significant, maar het is een dusdanig klein verschil (de toename van het risico op deze complicatie is 0,23%, dat wil zeggen een kans van ongeveer 1 op 400) dat het niet als een klinisch relevant verschil beschouwd kan worden. Zodoende zijn de prothesen gelijkwaardig aan elkaar en daarmee voldoet de CoC prothese aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

### **Kostenberekening**

*Het Zorginstituut merkt ten slotte op dat bij bepaling van de stand van de wetenschap en praktijk het Zorginstituut zich beperkt tot argumenten die betrekking hebben op de relatieve effectiviteit. Voor een vergoedingsbesluit kunnen evenwel ook de andere pakketcriteria (noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) van belang zijn. Deze worden echter niet meegewogen in de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.*

*Wel merkt het Zorginstituut op dat de richtlijn adviseert om bij “jonge, niet-obese patiënten” een CoC-prothese te overwegen. De door verweerder berekende kosten zijn daarmee ruim overschat, omdat verweerder bij de kostenberekening uitgaat van het aantal geplaatste totale heupprothesen bij alle patiënten in Nederland.*

*Uit het voorgaande volgt dat uit de aanvullende stukken geen feiten of omstandigheden naar voren komen die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies daarmee 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 79 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, en de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr.987/2009, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is naar Duitsland gegaan om daar zorg af te nemen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming 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. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de behandeling niet overeenkomstig de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zou zijn, zodat niet is voldaan aan voorwaarde (i). De commissie merkt op dat het niet de bedoeling van de verordening is het verzekerde pakket uit te breiden. Dit betekent dat de voorwaarde dat zorg als de onderhavige overeenkomstig de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ moet zijn, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv, ook in een buitenslandsituatie voor de toepassing van de verordening onverkort geldt. Daarom zal eerst worden getoetst aan deze voorwaarde van de zorgverzekering.

## Zorgverzekering

- 7.4. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie beoordelen of het gebruik van CoC-heupprothesen bij de indicatie van verzoeker (heupartrose) voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover 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 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.

- 7.5. 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 het op systematische wijze gezochte en geselecteerde 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 de 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.

- 7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een CoC-heupprothese bij heupartrose. Het voorlopig advies van 10 februari 2026 bevat de uitkomst hiervan. Dit advies is nader uitgelegd en bevestigd in het definitief advies van 10 maart 2026. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat plaatsing van een CoC-heupprothese bij de gegeven indicatie voldoet aan het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Het Zorginstituut overweegt voorts in zijn beoordeling dat verzoeker onder de aanbeveling in de NOV-richtlijn Totale Heupprothese voor een COC prothese valt.

De commissie ziet in hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd geen reden van het advies af te wijken. Het Zorginstituut heeft toegelicht dat waar het gaat om onder andere infectie, osteolyse, en luxatie CoC-heupprothesen en CoP-heupprothesen gelijkwaardig zijn aan elkaar.

Wat betreft revisies laten verschillende studies verschillende resultaten zien. De grootste studie laat een klein verschil ten nadele van CoC-heupprothesen zien. Dit verschil is vanwege het groot aantal onderzochte patiënten dan wel statistisch significant, maar het is een dusdanig klein verschil (de toename van het risico op deze complicatie is 0,23%, dat wil zeggen een kans van ongeveer 1 op 400) dat het niet als een klinisch relevant verschil kan worden beschouwd. Het Zorginstituut tekent in dat verband nog aan dat de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte kostenberekening niet juist is, omdat hij hierbij uitgaat van *alle* in Nederland uitgevoerde THR's. De commissie voegt hieraan toe dat een CoC-heupprothese volgens de richtlijnen alleen is te overwegen bij jonge, niet obese patiënten, zoals verzoeker, en dat deze patiënten binnen de door de ziektekostenverzekeraar genoemde groep maar een klein aandeel hebben.

De commissie neemt het advies van het Zorginstituut daarom over. Dit leidt ertoe dat verzoeker aanspraak heeft op de in Heidelberg uitgevoerde behandeling waarbij een CoC-heupprothese is geplaatst, ten laste van de zorgverzekering.

- 7.7. Voor zover het gaat om de hoogte van de te verlenen vergoeding geldt dat verzoeker voorafgaand aan zijn vertrek naar Duitsland toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Gezien hetgeen hiervoor is overwogen, had de ziektekostenverzekeraar de aanvraag niet mogen afwijzen op de grond dat de zorg niet in overeenstemming is met de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Door de ziektekostenverzekeraar is niet aangevoerd dat de zorg op het moment van aanvraag niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Nu dit niet is gebeurd, kan hierop achteraf geen beroep worden gedaan en daarom is de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 26 in samenhang met artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009, gehouden te onderzoeken wat het tarief is dat in Duitsland voor deze zorg wordt vergoed vanuit de daar geldende sociale ziektekostenverzekering. Voor zover dit tarief lager is dan het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief, waarop verzoeker gelet op artikel 26 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak heeft, komt verzoeker in aanmerking voor aanvulling tot dat tarief.
- 7.8. Verzoeker heeft voorts vergoeding gevorderd van de kosten van revalidatie. Naar de commissie begrijpt betreft het hierbij kosten van 'physiotherapy', vooraf begroot op totaal € 1.250,--. Op grond van bladzijde 124 van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2025' van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling aanspraak op fysiotherapie bij aandoeningen zoals genoemd op de 'Lijst chronische fysiotherapie'. Een en ander sluit aan bij artikel 2.6, tweede lid, in combinatie met Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Hierin is onder andere onder d, 5<sup>o</sup> genoemd een status na opname in een ziekenhuis. Onduidelijk is hoeveel behandelingen fysiotherapie verzoeker heeft ondergaan. Mochten deze het aantal van 20 overschrijden, dan heeft hij vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling aanspraak op vergoeding volgens eerder genoemde verzekeringsvoorwaarde, ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekering kent ook de mogelijkheid van vergoeding van medisch-specialistische revalidatie. Een en ander is opgenomen op pagina 135 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. De voorwaarden voor vergoeding zijn hier verder uitgewerkt. Of verzoeker hieraan voldoet kan op basis van de in het dossier aanwezige informatie niet worden beoordeeld. Daarom houdt de commissie het ervoor dat door hem uitsluitend enkelvoudige fysiotherapie is genoten.
- 7.9. De zorgverzekering kent dekking voor de kosten van zittend ziekenvervoer, zo blijkt uit bladzijde 240 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Aanspraak bestaat indien betrokkene behoort tot één van de in de bepaling genoemde groepen van patiënten dan wel voldoet aan de voorwaarden van de zogenoemde hardheidsclausule. In de situatie van verzoeker is het een noch het ander het geval. Bovendien blijkt uit het artikel dat voor vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer voor het ziekenvervoer toestemming moet worden gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. Ook aan deze voorwaarde is niet voldaan.

### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.10. Ingevolge het bepaalde op bladzijde 251 en verder van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat bij zorg in een ander EU/EER-land aanspraak op tweemaal het bedrag dat vanuit de zorgverzekering zou worden vergoed. De enige voorwaarde die hierbij geldt is dat het gaat om verzekerde zorg onder de zorgverzekering. Hieraan is, gelet op het voorgaande, in de situatie van verzoeker voldaan. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat geen recht bestaat op een hogere vergoeding dan de voor de ingreep gemaakte kosten.
- 7.11. Voor zover het gaat om de eerste 20 behandelingen fysiotherapie geldt dat de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor dekking biedt, waarbij een beperking van toepassing is bij behandelingen die worden gegeven door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. Deze beperking verschilt per verrichting.
- 7.12. Op bladzijde 70 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op € 2.500,-- voor extra comfort bij een ziekenhuisopname. Daarbij gaat het onder andere om verblijf op een eenpersoonskamer en een 'comfortpakket'. Uit de factuur volgt in ieder geval dat door verzoeker € 1.000,-- moest worden betaald voor een *single bed room* (€ 200,00 per day). Verzoeker heeft aanspraak op vergoeding van dit bedrag, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.13. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor hotelkosten van de meereizende partner of andere reiskosten.

### *Wettelijke rente*

- 7.14. Verzoeker heeft tot slot aanspraak gemaakt op de wettelijke rente over het door hem gevorderde bedrag, en wel vanaf begin september 2025 tot de dag der algehele voldoening. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat – gelet op hetgeen hiervoor is overwogen – een groot deel van de kosten die verzoeker heeft gemaakt ten onrechte niet door de ziektekostenverzekeraar aan hem is vergoed. Het toekennen van wettelijke rente is evenwel een vorm van schadevergoeding. Artikel 21.3 van het reglement van de commissie bepaalt dat geen andere vergoedingen kunnen worden toegekend dan de onder 21.2 sub b bedoelde kosten. De wettelijke rente valt daaronder niet.
- 7.15. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar ook het in het kader van deze procedure betaalde klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

### *Slotsom*

- 7.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 8. Bindend advies

### 8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar, op grond van de verordening en de uitvoeringsverordening, aan verzoeker de kosten van het plaatsen van de CoC-heupprothese na tarifiering moet vergoeden tot het volgens het Duitse sociale ziektekostenverzekeringsstelsel geldende tarief. Voor zover aan de orde aan te vullen tot het Nederlandse marktconforme tarief op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Als de vergoeding op grond van de verordening en de uitvoeringsverordening onderscheidenlijk de zorgverzekering niet kostendekkend is, heeft verzoeker vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op tweemaal het Nederlandse marktconforme tarief, doch nooit meer dan de werkelijke kosten;
- (ii) de kosten van fysiotherapie moeten worden vergoed vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling vanuit de zorgverzekering, en voor zover het de eerste 20 behandelingen betreft ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, met inachtneming van de toepasselijke beperkingen in de verzekeringsvoorwaarden;
- (iii) verzoeker ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op € 1.000,-- in verband met het verblijf gedurende vijf dagen op een éénpersoonskamer;
- (iv) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;
- (v) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 7 mei 2026,

L. Ritzema

## **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. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

## ● Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

### ● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland</li><li>• 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>De meeste ziekenhuiszorg</p>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist<sup>1</sup>. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Behandeling in een zbc<sup>2</sup> of eigen praktijk vergoeden wij alleen als de verantwoordelijk behandelaar een medisch specialist is. Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een verpleegkundig specialist of een physician assistant<sup>3</sup> zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg<sup>4</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de Ziekenhuisopname.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>2</sup>)
- een eigen praktijk

#### **Zorgverlener zonder contract**

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen<sup>5</sup> in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

# Ziekenhuis en medisch specialist

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan. De aanvullende verzekeringen soms wel.

## Andere vergoedingen

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Bijvoorbeeld:

- Medisch-specialistische revalidatie
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandelingen / Ivf

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde.

Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>6</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook uw verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>7</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor de volgende behandelingen moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> staan
- 2 uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben
- 3 behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL staat
- 4 behandeling met ooggeneesmiddelen die op ons Overzicht ooggeneesmiddelen staan, als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben

Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Ziekenhuis en medisch specialist

### Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

### Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

### WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

### Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland.

#### Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriatr, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik
5. Ziekenhuizen: Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

## ● Ziekenhuisopname

Soms is een opname in het ziekenhuis nodig om beter te worden.

### ● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland</li><li>• 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. 3 jaar
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	Geen vergoeding
<b>Superfit</b>	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
<b>Zorgplan</b>	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

### ● Dit krijgt u vergoed

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagopname<sup>1</sup>. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist<sup>2</sup> of de kaakchirurg<sup>3</sup> in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- Paramedische zorg<sup>4</sup>
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms is opname in het ziekenhuis niet meer nodig. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als uw eigen huis te ver weg is. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De vergoeding hiervoor is maximaal € 91 per dag.

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan hebben een vergoeding om uw verblijf comfortabeler te maken. Die staat bij Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort.

### Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>5</sup>)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

# Ziekenhuis en medisch specialist

Als u zonder verpleging of zorg in de buurt van het ziekenhuis moet verblijven:

- logeerkamer bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

## Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen<sup>6</sup> in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

## Andere vergoedingen

Er zijn nog andere soorten zorg waarvoor u kunt worden opgenomen. Daarom staan deze apart vermeld:

- [Opname voor geneeskundige ggz](#)
- [Eerstelijns verblijf](#)
- [Medisch-specialistische revalidatie](#)
- [Geriatrische revalidatie](#)
- [Zintuiglijk gehandicaptenzorg](#)

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>7</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>8</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming vragen als u wordt opgenomen voor de volgende behandelingen of onderzoeken:

- 1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>9</sup> staan
- 2 uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als wij met uw zorgverlener geen contract hebben
- 3 behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons [Overzicht toestemmingsvrije instellingen](#) voor CCL staat
- 4 behandeling met ooggeneesmiddelen die op ons [Overzicht ooggeneesmiddelen](#) staan, als wij met uw zorgverlener geen contract hebben

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## Ziekenhuis en medisch specialist

### Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

### Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

### Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Voor een geplande opname in het buitenland moet u bijvoorbeeld vooraf toestemming van ons hebben.

#### Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
3. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Ziekenhuizen: Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken
7. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
8. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
9. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

---

# 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 2.4

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 verslakte 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 gehemertespleten, 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. (...)”

## 24. Wij vergoeden doelmatige zorg

### Wij vergoeden alleen de zorg:

#### a. die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard<sup>1</sup> en [Werkwijzers VAGZ/VAV](#).

#### b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

## 25. Let op of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de [Zorgzoeker](#) op onze site. Kiest u dan toch voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden [maximale vergoedingen](#). Hoe wij deze vergoedingen hebben berekend, staat in de overzichten van de maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2025? Dan kunt u de lopende behandeling afmaken bij die zorgverlener. Gaat het om chronische zorg? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg nog gedurende een redelijke overgangperiode, maar maximaal 1 jaar. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het [reglement Zvw-pgb](#).

### Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

## 26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

Voor een aantal zorgsoorten gelden [maximale vergoedingen](#) als u naar een zorgverlener gaat die geen contract met ons heeft. Dat staat in algemene regel 25.

Maar ook bij andere zorgsoorten geldt altijd een maximum voor de vergoeding. Soms bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prijs van zorg. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér. Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en spoedeisende medisch-specialistische zorg in het buitenland bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar [95%](#) van de zorgverleners in Nederland onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.