

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301911

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de inmiddels bij hem uitgevoerde Resurfacing Hip Arthroplasty (RHA) met plaatsing van een MoM-heupprothese alsnog te vergoeden, hetzij ten laste van de zorgverzekering, hetzij uit coulance. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij de kosten van plaatsing van een MoM-heupprothese niet vergoedt omdat deze ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 1.2. De commissie overweegt dat het Zorginstituut heeft verklaard dat een RHA waarbij een MoM-heupprothese wordt geplaatst niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van deze ingreep ten laste van de zorgverzekering.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 17 juli 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 5 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 oktober 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 19 oktober 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 6 december 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023043459) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie

hiervan is, eveneens op 6 december 2023, aan partijen gestuurd. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op het advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, Variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZZ Zorg voor de Zorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker kampte met ernstige artrose van zijn rechterheup waardoor plaatsing van een conventionele heupprothese was aangewezen. Omdat verzoeker een dergelijke heupprothese niet wilde laten plaatsen, heeft hij zich gewend tot een arts in Gent, België. Deze arts stelde een RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese voor. De betrokken arts heeft hierover op 27 februari 2023 het volgende verklaard:

*"Op 27/02/2023 zie ik deze patiënt, collega arts, met een belangrijke coxartrose van de rechterheup.
De mobiliteit van de heup is sterk beperkt, er is een mankende gang en uitgesproken pijn bij mobilisatie. De pijn en bewegingsbeperking belemmeren in belangrijke mate het normaal functioneren van de patiënt.

De röntgenopname toont een gevorderde artrose met een destructie van het rechter heupgewricht en geoden in de femurkop en acetabulum. Het kraakbeen in het dragend oppervlak is verdwenen.

De mogelijkheid van het plaatsen van een TOTALE HEUPPROTHESE type RESURFACING werd besproken. Gezien de leeftijd en functieverwachtingen als intensief en competitief sporter is een metaal op metaal resurfacing aangewezen. Er is nog een extra mogelijkheid bij revisie en de prothese is in staat om de zware belasting te dragen die jonge patiënten van een prothese verwachten."*

3.3. Verzoeker heeft nadien bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de te Gent, bij hem uit te voeren RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 maart 2023 aan verzoeker meegedeeld dat plaatsing van een MoM-heupprothese geen verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering is, zodat de aanvraag voor vergoeding van de ingreep is afgewezen.

3.4. In de periode van 20 maart 2023 tot en met 23 maart 2023 is verzoeker in Gent opgenomen geweest. Tijdens deze opname is bij verzoeker een RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese uitgevoerd.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 20 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 6 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.
4. Standpunt verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de bij hem uitgevoerde RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese alsnog te vergoeden, hetzij ten laste van de zorgverzekering, hetzij uit coulance.

- 4.2. Verzoeker licht toe dat hij vóór de ingreep kampte met ernstige artrose van zijn rechterheup. De behandelend orthopeed in Nederland stelde een totale heupprothese voor. Omdat verzoeker verwachtte dat dit zijn actieve levensstijl te veel zou beperken, is hij op zoek gegaan naar alternatieve behandelingen. Via een vriend is verzoeker uitgekomen bij de arts in België die de RHA uitvoert, en waarbij een MoM-heupprothese wordt geplaatst. Dit is een veel natuurlijker oplossing dan de conventionele behandeling. Ondanks dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker meedeelde deze ingreep niet te vergoeden, heeft verzoeker ervoor gekozen zich in België te laten opereren en hiervan heeft hij geen spijt.
- 4.3. Verzoeker kan zich met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar om de kosten in het geheel niet te vergoeden niet verenigen. In de eerste plaats blijkt uit informatie uit PubMed, in combinatie met de verklaringen van zijn behandelend arts in België, dat de ingreep mogelijk wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker heeft daarom de indruk dat de kosten door de ziektekostenverzekeraar niet worden vergoed omdat de ingreep niet in Nederland wordt uitgevoerd. Dit vindt verzoeker vreemd, omdat er wel een specifieke indicatie bestaat. Ten tweede stelt verzoeker dat er altijd uitzonderingen mogelijk moeten zijn. Zo is verzoeker nog relatief jong en heeft hij een actieve levensstijl. Gelet op deze omstandigheden zou de ziektekostenverzekeraar niet alleen naar de regels moeten kijken, maar ook maatwerk kunnen leveren. Een voorbeeld van dat laatste zou zijn het toepassen van een coulancevergoeding. Bij toepassing van een dergelijke vergoeding hoeft de ziektekostenverzekeraar niet bang te zijn voor precedentwerking, omdat er maar relatief weinig jonge mensen met een actieve levensstijl zijn die een nieuwe heup nodig hebben. Ten derde voert verzoeker aan dat het volgens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet is toegestaan om helemaal geen vergoeding te verlenen. Het ministerie merkt hierover namelijk het volgende op:

"Als er sprake is van verzekerde zorg, dan heeft de verzekerde het recht zelf een arts te kiezen en moet de zorgverzekeraar daarvoor een vergoeding betalen. Ook voor zorg in het buitenland geldt dat de zorgverzekeraar toetst of sprake is van verzekerde zorg in het geval van een behandeling in het buitenland. De verzekerde moet daarom voorafgaand toestemming aan de verzekeraar vragen om voor een vergoeding van de behandeling en/of het hulpmiddel in aanmerking te kunnen komen."

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 maart 2023 verklaard dat verzoeker hem heeft verzocht de kosten te vergoeden van de te Gent uit te voeren ingreep. Deze ingreep bestond uit een RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op dit verzoek beslist, omdat de betreffende heupprothese niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering mag slechts die zorg worden vergoed, die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn waaruit de effectiviteit van de behandeling blijkt. Gebleken is dat een resurfacing heupprothese niet voldoet aan genoemd criterium en dat de kosten daarom niet vanuit de basisverzekering kunnen worden vergoed. Bij brief van 20 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan toegevoegd dat hij geen reden ziet voor toepassing van een coulancevergoeding.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het advies van 6 december 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Plegen te bieden"

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft - kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd

wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'.

Het plaatsen van een heupprothese is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Inmiddels wordt een MoM-heupprothese echter bijna niet meer gebruikt in Nederland. De NOV-richtlijn 'Totale heupprothese (THP)' van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) is in 2019 herzien. Hierin wordt het eerdere advies van de NOV t.a.v. de toepassing van MoM-heupprothesen (zie onder het kopje stand van de wetenschap en praktijk) gevolgd: in de module 'Operatietechnische aspecten bij THP', in de submodule 'Type lagering' wordt aangegeven dat er een sterk advies is tegen het gebruik van MoM-heupprothesen. Daarom worden in de richtlijn geen studies geïnccludeerd die gaan over MoM-prothesen. Sinds het uitbrengen van het advies in 2012 worden de MoM RHA en THA (total hip arthroplasty) nagenoeg niet meer toegepast in Nederland.

Stand van de wetenschap en praktijk

Om onderdeel te zijn van het pakket van de Zvw moet de zorg voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', dat wil zeggen als effectief kunnen worden beschouwd.

NOV-adviezen en richtlijnen

Op basis van nationaal en internationaal gepubliceerde ervaringen heeft de NOV haar leden in 2012 geadviseerd om per direct geen MoM-prothesen met grote koppen (groter dan 36 mm) en geen MoM-resurfacingprothesen meer te plaatsen. Na[ar] het advies van de NOV mocht plaatsing van deze MoM-prothesen alleen nog gebeuren in het kader van een medisch wetenschappelijk onderzoek. Dit advies is door het Zorginstituut overgenomen en betekende hiermee een verandering in het eerdere standpunt van het Zorginstituut uit 2007.

In 2015 is het advies van de NOV geüpdatet, waarbij nog steeds werd geadviseerd dat uit het oogpunt van patiëntveiligheid de toepassing van alle MoM-heupprothesen met grote koppen (groter dan 36 mm), inclusief de resurfacingprothesen, opgeschort diende te blijven, totdat duidelijk zou worden aangetoond dat het gebruik van deze prothesen (in een bepaalde patiëntengroep) veilig is en op lange termijn de werkzaamheid onomstotelijk is aangetoond. Er bleef uitsluitend ruimte bestaan voor de toepassing van genoemde MoMprothesen binnen de setting van een wetenschappelijk onderzoek.

Volgens de website van de NOV is dit advies nog steeds van kracht. Tevens is de juistheid van dit besluit volgens de NOV recent bevestigd door een in maart 2020 verschenen onderzoek. In dat onderzoek is gekeken naar patiënten met een large head MoM RHA, large head MoM total hip arthroplasty (THA), small head MoM THA en conventionele non-MoM THA. Uit de studie blijkt dat large head MoM THA en RHA slechter presteren dan conventionele non-MoM THA in de Nederlandse populatie. In hun conclusie onderschrijven de onderzoekers dan ook het advies van de NOV om MoM- prothesen niet meer toe te passen. De MoM THA en RHA worden in Nederland nagenoeg niet meer toegepast sinds het advies.

Standpunten Zorginstituut en eerdere adviezen in geschillen

Het Zorginstituut (voorheen CVZ) adviseerde in januari 2012 zorgverzekeraars bij verzekeringsbeslissingen in lijn met het advies van de NOV uit 2012 te handelen. Dit betekende een wijziging van het eerdere standpunt van het Zorginstituut uit 2007.

Sindsdien zijn er in 2013, 2014, 2016 en 2021 meerdere geschillen geweest over de RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese. In die geschillen heeft het Zorginstituut aangegeven dat de heupoperatie (RHA-behandeling) als zodanig nog steeds behoort tot het verzekerde pakket, maar dat de MoM-prothese geen zorg is die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

In een geschil uit 2016 gaat het Zorginstituut ook in op verschillende merken heupprothesen. Opgemerkt wordt dat er verschillende merken MoM-prothesen zijn. Voor de beoordeling van de

stand van de wetenschap en praktijk wordt hier geen onderscheid in gemaakt, ook niet door de NOV.

Toegestuurde literatuur

Verzoeker heeft d.d. 16 november 2023 een wetenschappelijk artikel toegevoegd aan het dossier. Het artikel dat verzoeker aandraagt is van Palazuollo et al. (2023). Het betreft een recente meta-analyse die uit de literatuur 18 artikelen over vergelijkende gerandomiseerde studies tussen RHA en THA. De meta-analyse toont aan dat, bij het systematisch onderzoeken van de diverse gerandomiseerde studies op dit gebied, er nagenoeg geen verschil zit tussen THA en RHA. Alhoewel er geen sprake lijkt van meer her-operaties bij de RHA, is er ook geen meerwaarde van RHA aangetoond bij de functionele uitkomst. Naast dat er geen verschil zit in uitkomsten (en er dus geen meerwaarde wordt aangetoond van RHA boven THA) geven de auteurs aan dat de lange termijn uitkomsten moeten worden afgewacht. Op basis van deze studie ziet het Zorginstituut geen reden om van het huidige Nederlandse advies af te wijken.

Conclusie

RHA waarbij een MoM-heupprothese wordt geplaatst voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een Resurfacing Hip Arthroplasty waarbij een MoM-heupprothese wordt geplaatst maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg, waaronder ook de criteria 'plegen te bieden', en '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.
- 8.2. 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.
Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming voor de uit te voeren ingreep gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 14 maart 2023 geantwoord dat zijns inziens geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat de aangevraagde ingreep niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde zorg en andere diensten is beoogd en overweegt ten aanzien van de reden van afwijzing als volgt.

Zorgverzekering

- 8.3. De bij de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag betreft een inmiddels bij verzoeker uitgevoerde RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese. Verzoeker heeft, gelet op zijn jonge leeftijd en actieve levensstijl, bewust gekozen voor deze ingreep. Hoewel de commissie begrip heeft voor de overwegingen van verzoeker, heeft zij als taak te beoordelen of de aangevraagde behandeling moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit is het geval als wordt voldaan aan de toepasselijke voorwaarden, die zijn gebaseerd op de Zvw en aanverwante regelgeving.
- 8.4. Met betrekking tot medisch specialistische zorg geldt dat sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering als is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 6 december 2023 behoort een RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, Bzv. Wel wordt hierbij opgemerkt dat een MoM-heupprothese in Nederland bijna niet meer wordt gebruikt.
- 8.5. De volgende vraag is of een RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' als bedoeld in artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is, aldus de hoogste civiele rechter, bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.6. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend voor de commissie. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.7. In zijn advies van 6 december 2023 beschrijft het Zorginstituut zijn beoordeling van de vraag of een RHA met plaatsing van een MoM-heupprothese voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut zet uiteen dat de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) op basis van nationaal en internationaal gepubliceerde ervaringen haar leden in 2012 heeft geadviseerd om per direct geen MoM-prothesen met grote koppen (groter dan 36 mm) en geen MoM-resurfacingprothesen meer te plaatsen. In vervolg op het advies van de NOV mocht plaatsing van MoM-prothesen alleen nog gebeuren in het kader van een medisch wetenschappelijk onderzoek. Zowel in 2015 als in 2020 heeft de NOV voornoemd besluit tegen het licht gehouden en beide keren heeft de NOV besloten het besluit niet te herzien. Het Zorginstituut heeft het besluit van de NOV eveneens overgenomen en in eerdere adviezen aan de commissie opgemerkt dat de heupoperatie (RHA-behandeling) als zodanig nog steeds

behoort tot het verzekerde pakket, maar dat de MoM-prothese geen zorg is die voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ook thans ziet het Zorginstituut geen aanleiding anders te adviseren. De door verzoeker overgelegde meta-analyse van Palazuollo et al. (2023) maakt dit niet anders. Hieruit blijkt slechts dat, bij het systematisch onderzoeken van de diverse gerandomiseerde studies op dit gebied, er nagenoeg geen verschil zit tussen THA en RHA. Alhoewel er geen sprake lijkt van meer her-operaties bij de RHA, is er ook geen meerwaarde van RHA aangetoond bij de functionele uitkomst. Naast dat er geen verschil zit in uitkomsten (en er dus geen meerwaarde wordt aangetoond van RHA boven THA) geven de auteurs aan dat de lange termijn uitkomsten moeten worden afgewacht.

- 8.8. Gelet op het voorgaande ziet de commissie in hetgeen verzoeker heeft gesteld geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt zij de hierin opgenomen conclusie over, te weten dat een RHA waarbij een MoM-heupprothese wordt geplaatst niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat de kosten van inmiddels uitgevoerde behandeling niet door de ziektekostenverzekeraar hoeven te worden vergoed omdat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Hieruit volgt tevens dat de gevraagde toestemming op basis van Vo. nr. 883/2004 verzoeker terecht werd onthouden.

Coulance

- 8.9. Verzoeker heeft daarnaast een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Met betrekking hiertoe geldt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in diens beslissing niet treden. De commissie kan slechts dan een vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.
- 8.10. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat het de ziektekostenverzekeraar niet is toegestaan helemaal geen vergoeding te verlenen. Ter onderbouwing hiervan heeft hij een uitspraak van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport geciteerd. De commissie tekent aan dat het citaat begint met de woorden "Als er sprake is van verzekerde zorg...." Hiervoor is vastgesteld dat de door verzoeker ondergane ingreep niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', zodat deze niet behoort tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. In dat geval is - ook - geen gedeeltelijke vergoeding ten laste van die verzekering mogelijk.

Slotsom

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 januari 2024,

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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZZ Basisverzekering, Variant Natura 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.

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.