



Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D te E en F te G  
Zaak : Buitenland, VS, geneeskundige zorg, PRP injecties, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201301156  
Zittingsdatum : 17 december 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter))

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

- 1) D te E, en
  - 2) F te G,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van PRP-injecties (Platelet Rich Plasma) die bij hem zijn toegediend tijdens zijn verblijf in de Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. De kosten van de consulten van de medisch specialist en de huisarts zijn wel (deels) vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 15 oktober 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 januari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 maart 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 december 2013 heeft de commissie het toenmalige College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2013158341) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het toepassen van plaatjesrijke plasma ter behandeling van een acuut enkelletsel niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 oktober 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Verzoeker is op 17 december 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Naar aanleiding van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar gezien of in de onderhavige situatie ruimte is voor een coulancevergoeding. Bij brief van 17 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld niet over te gaan tot een vergoeding op basis van coulance. Een afschrift van deze brief is op 22 december 2014 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Bij brief van 22 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 15 januari 2015 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker verbleef van 20 oktober 2012 tot en met 24 januari 2013 in de Verenigde Staten. Op 19 december 2012 heeft hij zich in verband met een enkelblessure gewend tot de South Florida Foot & Ankle Specialist. Door deze zorgaanbieder is hij behandeld door middel van het toedienen van PRP-injecties. Verzoeker heeft op 19 december 2012 geprobeerd telefonisch contact op te nemen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar, maar deze was op dat moment niet bereikbaar.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aangetoond dat de behandeling met PRP-injecties niet beter werkt dan de gebruikelijke behandelmethode. In het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde artikel van de heer J. Cals worden de resultaten van beide methodes na 24 weken vergeleken. Verzoeker betoogt evenwel dat hij juist op zeer korte termijn geheel mobiel was door de PRP-injecties. In het kader van voornoemd onderzoek zijn de resultaten op korte termijn niet getoetst. Bovendien toont dit onderzoek aan dat de resultaten op lange termijn vergelijkbaar zijn en dat de PRP-injecties dus geen slechter resultaat geven.

- 4.3. Verzoeker benadrukt dat de behandeling met de PRP-injecties een zeer grote kostenbesparing heeft opgeleverd. De standaardbehandeling zou minstens drie weken hebben geduurd, waarvan de kosten door het ziekenhuis zouden zijn gefactureerd. In dat geval zouden de totale kosten aanzienlijk hoger zijn geweest.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat op 18 december 2012 in het ziekenhuis is vastgesteld dat zijn enkel ernstig beschadigd was en dat er twee behandelmogelijkheden waren: een operatie of behandeling met PRP-injecties. De operatie zou \$ 30.000,- kosten en de PRP-injecties \$ 12.000,-. Bovendien zou het herstel met de PRP-injecties veel sneller verlopen. Verzoeker heeft eerst meerdere keren geprobeerd de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar te bellen, maar dat is niet gelukt. Vervolgens heeft hij zijn ouders gebeld. Deze hebben toegezegd de kosten te zullen voorschieten en samen hebben zij gekozen voor de behandeling met PRP-injecties. Verzoeker vindt het vreemd dat de behandeling met PRP-injecties in Nederland niet worden erkend en in de VS wel. Verzoeker merkt op dat de onderhavige kwestie al twee jaar loopt. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen aanspraak bestaat op de PRP-injecties, maar komt niet met een voorstel (bijvoorbeeld om de kosten te delen).
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De door verzoeker ondergane behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is geen sprake van verzekerde zorg en komen de kosten van deze behandeling niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Verzoeker stelt dat de kosten van de standaardbehandeling hoger zouden zijn geweest. Als hiervan sprake was geweest, zouden de betreffende kosten (gedeeltelijk) voor vergoeding in aanmerking zijn gekomen. Deze behandeling heeft evenwel niet plaatsgevonden. De zorgverzekering biedt geen ruimte voor substitutie van niet genoten reguliere zorg.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker voorafgaand aan de behandeling geen toestemming verleend. Verzoeker heeft verklaard dat de alarmcentrale op 19 december 2012 niet bereikbaar was. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat verzoeker in de dagen daarna niet heeft geprobeerd nogmaals contact op te nemen met de alarmcentrale of de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar niet de mogelijkheid gehad verzoeker erop te attenderen dat alleen de kosten van reguliere zorg voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor een deel van de gedeclareerde kosten een DBC is vastgesteld, waarvoor een vergoeding van € 381,71 is verleend. Dit bedrag is ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aangevuld met een bedrag van € 146,97. Daarnaast is een huisartsenconsult vergoed. De kosten die betrekking hebben op de PRP-injecties zijn niet vergoed. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat alleen in zeer uitzonderlijke situaties kan worden overgegaan tot een coulancevergoeding. Desgevraagd zegt de ziektekostenverzekeraar toe de onderhavige kwestie te zullen voorleggen aan zijn coulancecommissie en de commissie over de uitkomst hiervan te informeren.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 december 2014 medegedeeld niet over te gaan tot een vergoeding op basis van coulance.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op poliklinische medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van:*

*- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;  
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.*

*(...)"*

8.3. Artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

*19.2 Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:*

*– wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*

*– het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*

*– wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

*(...)"*

8.4. Artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg - als in de zorgverzekering omschreven - mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.5. De artikelen 2.4 en 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1, lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.  
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

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

8.8. In artikel 24.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op spoedeisende zorg in het buitenland, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van de Beter Af Polis aanspraak hebben op spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.*

*De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:*

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;*
  - ziekenhuisopname en operatie;*
  - door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;*
- (...)*

*Voorwaarden*

*De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de Beter Af Polis zouden zijn vergoed.*

*(...)*

*aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. De onderhavige zorg is genoten in de Verenigde Staten. Het betreft hier geen EU/EER-staat of verdragsland, zodat de hoogte van de vergoeding wordt bepaald door artikel 19.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Ook in dat kader is, mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, de eerste vraag die ter beantwoording



voorligt of de behandeling met PRP-injecties bij een verzwikte enkel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blindering, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.


Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.



- 9.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 21 oktober 2014 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat de behandeling van een verzwikte enkel met PRP-injecties zoals bij verzoeker is toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering.

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




- 9.4. Op grond van artikel 24 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland. Hierbij is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding indien deze kosten - als zij in Nederland waren zijn gemaakt - ten laste van de zorgverzekering zouden zijn vergoed. Zoals in 9.3 is overwogen, bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige

 zorg. Daarom bestaat ingevolge artikel 24 van de aanvullende ziektekostenverzekering evenmin aanspraak ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### **Werking privaatrecht**

-  9.5. Verzoeker heeft gesteld dat hij op 19 december 2013 heeft geprobeerd telefonisch contact op te nemen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar, maar dat deze niet bereikbaar was. Het enkele feit dat de alarmcentrale op dat moment niet bereikbaar was, doet aan de toepasselijkheid van de verzekeringsvoorwaarden niet af, en kan niet ertoe leiden dat de kosten van de onderhavige behandeling in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden moeten worden vergoed.
- 

### **Conclusie**

-  9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
-  10. Het bindend advies
-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 28 januari 2015,

 Voorzitter













