

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van erfgename van de heer C, vertegenwoordigd door de heer D te E, tegen F te G en H te I

Zaak : Singapore, geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, behandeling myelofibrose met ruxolitinib, second opinion

Zaaknummer : 2012.02208

Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

---

## 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van erfgename van de heer C, hierna te noemen: erflater, vertegenwoordigd door de heer D te E,

tegen

1) F te G, en

2) H te I,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflater 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 erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van erflater bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis twee sterren is niet in geschil, en blijft om die reden verder onbesproken.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Erflater heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling met ruxolitinib, uitgevoerd te Singapore (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Erflater heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater 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. Erflater is op 24 oktober 2012 overleden.

3.5. Bij brief van 7 februari 2013 heeft verzoekster 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
  - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2013 aan verzoekster gezonden.
  - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juli 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
  - 3.9. Bij brief van 19 april 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 juni 2013 (zaaknummer 2013054378) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. Er kan op basis van het dossier geen medisch zorginhoudelijk oordeel worden gegeven. Het is niet duidelijk waarom een behandeling conform de geldende behandelrichtlijn niet is opgevolgd en waarom moest worden uitgeweken naar een experimentele behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juni 2013 aan partijen gezonden.
  - 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juli 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.11. Bij brief van 19 juli 2013 heeft de commissie het CVZ 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. Bij brief van 10 september 2013 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Uit het verslag van de hoorzitting blijkt dat erflater destijds er zelf voor heeft gekozen om de experimentele behandeling te ondergaan in Singapore. Op het moment dat erflater deze behandeling onderging was ruxolitinib (Jakavi®) geen geregistreerd geneesmiddel dat door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is aangewezen. Ruxolitinib is geen verzekerde prestatie, zodat de met de behandeling gepaard gaande kosten niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Erflater was bekend met myelofibrose. In Nederland is hij hiervoor behandeld met medicatie, die niet het gewenste effect had. Na een beenmergonderzoek bleek dat erflater in aanmerking kwam voor stamceltransplantatie. Via internet vonden erflater en verzoekster de mogelijkheid in plaats daarvan een behandeling te laten uitvoeren met ruxolitinib. Erflater kon echter niet deelnemen aan de in Nederland lopende trial vanwege de in zijn geval aanwezige mogelijkheid van stamceltransplantatie. Later

bleek de hoeveelheid blasten in zijn bloed te hoog en is geen stamceltransplantatie uitgevoerd.

- 4.2. Erflater heeft de huisarts verzocht om een verwijzing naar een arts in Singapore. De arts aldaar heeft een second opinion uitgevoerd, en raadde hem aan niet over te gaan tot stamceltransplantatie, maar te kiezen voor een behandeling met ruxolitinib. Erflater heeft hierop de keuze gemaakt voor de behandeling in Singapore.
- 4.3. Uit een publicatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde blijkt dat ruxolitinib werkelijk een bijdrage kan leveren in de behandeling van myelofibrose. In de Verenigde Staten wordt het middel vergoed. Een en ander wijst erop dat deze behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarom ten laste van de zorgverzekering dient te worden vergoed.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de gezondheidstoestand van erflater na het gebruik van ruxolitinib sterk verbeterde. De hematoloog in Rotterdam had een zeer infauste prognose gegeven. Derhalve had erflater reden om het gebruik van het middel te continueren. Doordat de ziektekostenverzekeraar weigerde tot vergoeding over te gaan, liepen de kosten van het gebruik van ruxolitinib erg hoog op. In oktober 2012 waren deze niet meer op te brengen, en is de behandeling met het middel gestaakt. Vrij snel daarna ontstond een blastencrisis. In de daarna ontstane situatie is door de ziektekostenverzekeraar inadequaat gehandeld. Verzoekster stelt dat sprake was van een zeer bijzondere situatie. Het CVZ heeft nader onderzoek geadviseerd, en dit impliceert dat de ziektekostenverzekeraar te weinig specifiek naar de situatie van erflater heeft gekeken. Er is een te algemene beoordeling uitgevoerd. Verzoekster wenst vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling, en excuses van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De behandeling met ruxolitinib verkeert in de onderzoeksfase. Zolang er nog trials lopen mogen de kosten van deze behandeling niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De behandeling is (nog) niet volgens de stand van de wetenschap en praktijk en daarom geen verzekerde zorg. Een en ander blijkt uit een search van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De publicatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het feit dat de behandeling in de Verenigde Staten wel wordt vergoed, brengen hierin geen verandering.
- 5.2. De behandeling kan niet worden vergoed als een second opinion, omdat deze niet als zodanig is te duiden. Uit de verklaring van de huisarts blijkt niet dat het om een second opinion gaat. Bovendien gaat de patiënt na een second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling. Dit is in de situatie van erflater niet gebeurd.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen informatie is ontvangen van het ziekenhuis in Rotterdam. Het door erflater gebruikte middel bevond zich destijds nog in de onderzoeksfase. Op 13 juni 2013 is door het CVZ geadviseerd het middel niet op te nemen in het GVS. Het is de ziektekostenver-

zekeraar niet toegestaan het verzekerde pakket uit te breiden. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat diverse contacten met erflater en verzoekster hebben plaatsgevonden, waarbij hen uitleg is gegeven.

5.4. 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 zorgverzekering 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op 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. (...)*

*Voorwaarde*

*U moet zijn doorverwezen door een huisarts (...) of een andere medisch specialist. (...)"*

8.4. Artikel 6 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering regelt de aanspraak op een second opinion en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van een second opinion. Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een*

*tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts worden gevraagd.*

*Voorwaarden*

- U moet zijn doorverwezen door uw behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.*
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van u, zoals deze al besproken is met de eerste behandelaar.*
- U dient met de second opinion terug te keren naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.*
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.”*

8.5. Artikel 23 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg.*

*Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:*

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten (...)*

*Wij vergoeden de kosten voor terhandstelling, advies en begeleiding van:*

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten.*
- de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;*
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft. Dit zijn geneesmiddelen die:*
  - door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;*
  - volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of*
  - volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;*
  - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

*(...)”*

8.6. Artikel 19 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“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 [zorgverzekering] 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. (...)*”

- 8.7. De artikelen 4, 6 en 23 van de “Aanspraken” en 19 van de “Algemene voorwaarden” 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).
- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en artikel 2.5 en bijlage 1 en 2 Rzv.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. Erflater heeft in Singapore een behandeling met ruxolitinib ondergaan. De vraag is allereerst of hij hiervoor een indicatie had. Uit de door verzoekster overgelegde stukken is niet op te maken wat het precieze ziektebeeld van erflater was bij aanvang van de behandeling. De behandelend arts heeft verklaard dat sprake was van myeloproliferatieve aandoening die is getransformeerd naar een blastencrisis. Uit het voorlopige CVZ-advies van 24 juni 2013 blijkt dat behandeling van secundaire myelofibrose ten gevolge van essentiële trombocytose met carbasalaat, hydroxycarbamide en anagrelide gebruikelijk is. Voorts past bij de behandeling van secundair myelofibrose post essentiële trombocytose, een stamceltransplantatie. Een en ander volgt uit de richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Hematologie.
- 9.2. Verzoeker is, als gezegd, behandeld met ruxolitinib. Ten tijde van de onderhavige behandeling was dit middel, zoals blijkt uit het definitieve CVZ-advies, niet opgenomen in Bijlage 1 Rzv, de lijst van door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, waarnaar artikel 23 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering en het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement

Farmaceutische Zorg verwijzen. Gelet op het CVZ-advies is de behandeling met ruxolitinib niet conform de geldende behandelrichtlijn.

- 9.3. Het CVZ heeft de vraag opgeworpen waarom van de behandelrichtlijn is afgeweken en is gekozen voor een experimentele behandeling. Naar ter zitting is gebleken was dit niet een beslissing van de behandelend arts, maar van erflater en verzoekster. De commissie concludeert dat de behandeling met ruxolitinib niet was geïndiceerd en daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 9.4. Bovendien beschikte erflater niet over een geldige verwijzing van de huisarts of medisch specialist, zodat tevens niet is voldaan aan artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering.
- 9.5. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 6 van de “Aanspraken”, dekking voor een second opinion. Een vereiste hiervoor is dat met het resultaat van de second opinion wordt teruggegaan naar de behandelend arts, tenzij dit niet kan worden gevergd. In het onderhavige geval is dit laatste niet aannemelijk gemaakt. Erflater is direct behandeld in Singapore. Hij is met de onderzoeksresultaten van de arts in Singapore niet teruggegaan naar zijn arts in Nederland. Ook is niet gebleken dat de behandelend arts in Nederland de behandeling heeft overgedragen aan de arts in Singapore. Onder de gegeven omstandigheden kan niet worden gesproken van een second opinion zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten, ten laste van de zorgverzekering.

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

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

#### **Conclusie**

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

Zeist, 9 oktober 2013,

Voorzitter