

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, cochleair implantaat, tinnitus
Zaaknummer : 2009.02596
Zittingsdatum : 8 september 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 8 oktober 2009 de aanvraag voor een cochleair implantaat (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand Compleet – welke uitsluitend ziet op de kosten van tandheelkundige zorg en die daarom in het vervolg onbesproken kan blijven – en [naam ziektekostenverzekeraar] Comfortpolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt 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 4 februari 2010 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 maart 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden.
- 3.8. Bij brief van 11 maart 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010039207) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een cochleair implantaat bij de indicatie van verzoeker geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarom geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 31 augustus 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 8 september 2010 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 september 2010 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 1 oktober 2010 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het advies te reageren. Bij e-mail van 6 oktober 2010 heeft verzoeker verzocht om uitstel voor het geven van een reactie in verband met een nog te maken audiogram. Een afschrift daarvan heeft de commissie op 23 november 2010 bereikt. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld op het stuk te reageren, hetgeen bij brief van 27 december 2010 is geschied. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij kampt met 100 percent doofheid links en tinnitus. Als hij een hoortoestel draagt, wordt "de herrie" onderdrukt. In bed moet hij het hoortoestel echter uit doen teneinde dit niet te beschadigen. Een cochleair implantaat zou uitkomst bieden, maar die behandeling is volgens de ziektekostenverzekeraar experimenteel. Verzoeker bestrijdt dit, stellende dat de behandeling ook in Nederland wordt uitgevoerd. Hij voegt hier aan toe dat het schermen met het argument van het experimentele karakter van de behandeling tot gevolg heeft dat de behandeling altijd experimenteel blijft. Verzoeker benadrukt dat een cochleair implantaat voor hem van levensbelang is. Hij vermoedt dat de afwijzing louter op financiële overwegingen is gebaseerd.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat met een cochleair implantaat de tinnitus met 50 percent kan worden verminderd. De tinnitus is bij verzoeker zo hevig, dat hij niet meer naar bijeenkomsten kan gaan waarbij meerdere mensen aanwezig zijn, zoals verjaardagen. Gelet op het CVZ-advies kan verzoeker in ieder geval

ook in aanmerking komen voor een cochleair implantaat vanwege tweezijdige doofheid. Uit het overgelegde audiogram blijkt dat hiervan bij verzoeker sprake is.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wet- en regelgeving, dat de behandeling van tinnitus door het plaatsen van een cochleair implantaat niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is. Andere oplossingen zijn mogelijk, zoals een CIC (complete in the ear)-hoortoestel – dat ook 's nachts kan worden gedragen – of een tinnitusmaskeerder voor gebruik gedurende de nacht. Verzoeker zal deze alternatieven met zijn behandelend arts moeten bespreken.

5.2. In zijn brief van 27 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar nog aangevoerd dat het cochleair implantaat is aangevraagd in verband met tinnitus, en niet vanwege ernstige slechthorendheid. Over deze laatste indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar zich (nog) niet uitgelaten en dit kan daarom geen onderwerp vormen van de onderhavige procedure.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 verzoeker aanspraak heeft op een cochleair implantaat ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.

Artikel 2 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat. Voor zover hier van belang, luidt het artikel:

"Omschrijving

Medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de

met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening

Medisch specialist in een ziekenhuis

Prestatie

vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

(...)”

Artikel 7, lid 1 onder a van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk, en bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen 7, lid 1 onder a van de ‘Algemene voorwaarden’ en 2 van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4, lid 1 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 8.4. 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. 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 de praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, dient in de eerste plaats te worden nagegaan of de onderhavige behandeling is aan te merken als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. In dat verband komt de vraag op of de plaatsing van een cochleair implantaat in de situatie dat sprake is van eenzijdige doofheid en tinnitus conform de stand van de wetenschap en de praktijk is.
- 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, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. 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.

- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de plaatsing van een cochleair implantaat is door het CVZ in zijn advies van 30 augustus 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan, te weten dat de behandeling in geval van eenzijdige doofheid en tinnitus niet voldoet aan het criterium van de stand van wetenschap en praktijk, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.5. Verzoeker heeft, naar aanleiding van het CVZ-advies, een audiogram overgelegd, teneinde te bewijzen dat bij hem sprake is van tweezijdige doofheid, hetgeen een indicatie zou kunnen zijn voor een cochleair implantaat. Aangezien het cochleair implantaat niet op basis van deze indicatie, doch op basis van de indicatie eenzijdige doofheid en tinnitus is aangevraagd, zal een nieuwe aanvraag, voorzien van de noodzakelijke informatie, door de KNO-arts bij de ziektekostenverzekeraar moeten worden ingediend. De ziektekostenverzekeraar kan vervolgens beoordelen of verzoeker op basis van deze nieuwe indicatie aanspraak heeft op een cochleair implantaat. Vooralsnog is de commissie, bij ontbreken van een afwijzing en een heroverweging door de ziektekostenverzekeraar, niet bevoegd hierover een uitspraak te doen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De commissie stelt vast dat in de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking is opgenomen voor de onderhavige behandeling, zodat deze verder onbesproken kan blijven.

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, 19 januari 2011,

Voorzitter