

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen D. te E, vertegenwoordigd door F te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, tweede cochleair implantaat
Zaaknummer : 2011.02085
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

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 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

D te E hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Extra compleet pakket en [naam gevolmachtigde] Tandartskostenverzekering inclusief techniekkosten € 950,-- afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een tweede cochleair implantaat, ten behoeve van verzekerde, te plaatsen in Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 25 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 27 juli 2011 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 4 januari 2012 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 februari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 24 februari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012025401) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzekerde niet voldoet aan de indicatiecriteria voor een tweede cochleair implantaat. Behalve zijn leeftijd – te weten ouder dan vijf jaar – is op basis van de gegevens in het dossier niet overtuigend aangetoond dat bij verzekerde sprake is van zeer ernstige slechthorendheid gedefinieerd als een gecorrigeerd (met hoortoestel) verlies tussen de 70 dB en 90 dB. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 juli 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 augustus 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 augustus 2012 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 27 augustus 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is ter kennisname aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend oorarts heeft op 30 november 2011 met betrekking tot verzekerde het volgende verklaard: *“(..). In antwoord op die vraag kunnen wij u laten weten dat dit restgehoor bijzonder minimaal is waardoor het linker oor als functioneel doof beschouwd dient te worden. Momenteel bedraagt het gemiddelde verlies 85 dBHL zonder hoortoestellen en 58 dBHL met hoortoestellen. (...) Met hoortoestellen zijn er 5 eenvoudige spectrale contrasten (op 20) die [verzekerde] niet herkent, terwijl met CI de score 100% is. Ook het spraakverstaan in stilte vertoont een gemiddelde woordscore van 14% met hoortoestel (maximum = 20%), in vergelijking met 72% met CI (maximum = 80%). Al deze testresultaten tonen manifest dat het linkeroor zelfs met hoortoestellen functioneel doof is. (...)”*
- 4.2. Bij verzekerde is op 26 december 2011 een tweede cochleair implantaat geplaatst, nadat bij hem 20 maanden eerder een eerste cochleair implantaat was aangebracht.
- 4.3. Verzekerde ondervindt in het dagelijks leven problemen met het richtinghoren, hetgeen onder andere bij het deelnemen aan het verkeer verhoogde risico's met zich brengt. Ook is het verstaan van spraak in rumoerige situaties, zoals lessen op school

of tijdens het spelen met andere kinderen, erg moeilijk. Dit is niet bevorderlijk voor zijn intellectuele en sociaal emotionele ontwikkeling. Een tweede cochleair implantaat is voor verzekerde noodzakelijk om een zo goed en normaal mogelijke toekomst te krijgen.

- 4.4. Het tweede cochleair implantaat is evenals het eerste in België geplaatst, omdat de behandelingskosten in België aanzienlijk lager zijn dan in Nederland. De medische behandelingen zijn naar volle tevredenheid verlopen.
- 4.5. Verzekerde voldoet aan de in eerdere bindende adviezen gestelde vereisten, en komt dan ook in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het tweede cochleair implantaat, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.6. Uit een promotieonderzoek van Marloes Sparrenboom, verbonden aan de afdeling Keel-Neus-Oorheelkunde van het UMC St. Radboud te Nijmegen, volgt dat een tweede cochleair implantaat significant bijdraagt aan het beter kunnen verstaan van spraak in rumoerige situaties. Ook kunnen kinderen met een tweede cochleair implantaat de bron van het geluid beter lokaliseren.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het CVZ heeft in een advies van 16 november 2009 medegedeeld dat vooralsnog geen aanspraak bestaat op een tweede cochleair implantaat, ten laste van de zorgverzekering. Aangezien het CVZ de pakketbeheerder is, volgt de ziektekostenverzekeraar het advies.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden over te gaan tot een onverplichte betaling. Als hierin uitzonderingen worden gemaakt, leidt dit tot verplichtingen naar andere verzekerden in soortgelijke situaties.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde niet voldoet aan de criteria die in de update van het CVZ zijn gesteld aan de vergoeding van een tweede cochleair implantaat, omdat hij ouder is dan vijf jaar.
- 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 11 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 ziektekostenverze-

kering.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”

8.4. Artikel 10 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)”*

8.5. Artikel 2.2 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“U hebt 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, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

8.6. De artikelen 2.2, 10 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 3.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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. 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 en diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Op grond van artikel 2.1 lid 3 Bzv heeft een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel 20 van Vo 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. (...)*”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoeker de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep om toestemming heeft gevraagd, dient te worden getoetst aan artikel 20 van Vo 883/2004 en artikel 56 van het Verdrag inzake de werking van de Europese Unie (VWEU). Ook in dat kader is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzekerde hiervoor een indicatie heeft.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de plaatsing van een tweede cochleair implantaat bij de indicatie van verzekerde voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.3. 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.
- 9.4. 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.
- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het implanteren van een tweede cochleair implantaat is door het CVZ in zijn advies van 17 juli 2012 uitgevoerd. Het CVZ komt tot de conclusie dat deze behandeling – bij tweezijdig dove of zeer slechthorende kinderen tot de leeftijd van vijf jaar – zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk.
- 9.6. Verzekerde was ten tijde van de aanvraag ouder dan vijf jaar. Voor de groep tweezijdig dove en zeer slechthorende kinderen tussen de vijf en achttien jaar heeft het CVZ, nu geen bewijs is gevonden en niet meer te verwachten is dat er voor deze groep kinderen nog onderzoeksresultaten beschikbaar gaan komen, geconcludeerd dat het aan de beroepsgroepen is op korte termijn te komen tot een onderbouwd indicatieprotocol op basis van internationaal onderzoek. In eerdere zaken heeft de com-

missie geoordeeld dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden indien het een kind betreft, jonger dan acht jaar. Eén van de in dat verband gehanteerde criteria is de afwezigheid van restgehoor bij het oor waarvoor het tweede implantaat is bedoeld. Volgens het CVZ voldoet verzekerde, los van zijn leeftijd, niet aan de indicatiecriteria voor een tweede cochleair implantaat. Op basis van de gegevens in het dossier is niet overtuigend aangetoond dat sprake is van zeer ernstige slechthorendheid gedefinieerd als een gecorrigeerd (met hoortoestel) verlies tussen de 70 dB en 90 dB. De commissie volgt het advies van het CVZ en maakt de conclusies daarvan tot de hare. In het onderhavige geval bestaat derhalve geen aanspraak op een tweede cochleair implantaat ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een tweede cochleair implantaat, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

Zeist, 12 september 2012,

Voorzitter