

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, tweede cochleaire implantaat
Zaaknummer : 2007.02293
Zittingsdatum : 1 oktober 2008

Zaak: 2007.2293, geneeskundige zorg, tweede cochleaire implantaat

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 januari 2007 het plaatsen van een tweede cochleaire implantaat, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgActief polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) .

3.2. De behandelend KNO-arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "status na cochleair implantaat linkeroor, ernstige, progressieve slechthorendheid aan het rechteroor" . De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van de door hem gewenste zorg bestaande uit "een tweede cochleaire implantaat ten behoeve van het rechteroor" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 30 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken ge-

voegd.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 24 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 februari 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 26 september 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 18 september 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk onvoldoende bewijs is voor de meerwaarde van een tweede cochleaire implantaat. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 september 2008 per e-mail aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 1 oktober 2008 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Bij brief van 2 oktober 2008 is de zorgverzekeraar een kopie van het beredeneerde verslag van de hoorzitting toegezonden.
- 3.10. Bij brief van 2 oktober 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 7 oktober 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd .
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar onvoldoende heeft gemotiveerd waarom een tweede cochleaire implantaat voor verzoekster onvoldoende doelmatig wordt geacht.
- 4.2. Verzoekster stelt op grond van de brief van haar behandelend KNO-arts van 26 september 2007, dat een tweede cochleaire implantaat voor het rechteroor medisch is geïndiceerd, omdat daarmee een substantiële verbetering van het gehoor en het spraakverstaan zal worden bereikt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat een tweede cochleair implantaat haar minder invalideert dan thans het geval is.
Voorts geeft zij aan dat niet zij maar haar arts over een tweede cochleair implantaat is begonnen .
- 4.4. Verzoekster geeft verder aan dat twee van haar lotgenoten wel een tweede cochleair implantaat van hun zorgverzekeraar vergoed hebben gekregen.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een tweede cochleaire implantaat uitsluitend in heel bijzondere omstandigheden voor verstrekking ten laste van de zorgverzekering kunnen komen. In de situatie van verzoekster is daarvan geen sprake.
- 5.2. Door de behandelend KNO-arts van verzoekster is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat met een tweede cochleaire implantaat een substantiële verbetering van het gehoor en het spraakverstaan zal worden bereikt.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Aanspraken Basisverzekering' zorgverzekering. Artikel 1 van de 'Aanspraken Basisverzekering' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging, waaronder medisch specialistische zorg, bestaat. Voor zover relevant, wordt hier geregeld:

"U heeft bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg. (. . .)

U heeft aanspraak op:

- *verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- *medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- *de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

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

(. . .)

Voorwaarden:

(. . .)

- *U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken. "*

- 7.2. De regeling in de artikel 1 van de 'Aanspraken Basisverzekering' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in

voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder .

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden 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.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op de implantatie van een tweede cochleaire implantaat ten laste van de zorgverzekering.
- 7.6. De vraag die in dat kader allereerst moet worden beantwoord is of een tweede cochleaire implantaat voor een ernstig slechthorende postlinguale volwassene, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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 .
- 7.8. 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.

- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een tweede cochleaire implantaat in de situatie van verzoekster is door het CVZ in zijn advies van 18 september 2008 uitgevoerd. Dit onderzoek heeft het CVZ, mede op grond van de haar bij de stukken gevoegde, zeer recente achtergrond rapportage van 23 augustus 2008, geleid tot de volgende samenvattende overwegingen met conclusie:

"Op basis van de beperkte omvang van de beschikbare evidence in de literatuur (beperkte aantallen patiënten, verschillen in audiologische testen, verschillen in uitkomstmaten, verschillen in grenswaarden, het ontbreken van studies naar reallife uitkomstmaten, het ontbreken van onderbouwde indicatiecriteria), kan nog steeds niet worden aangegeven in welke gevallen (onder volwassenen) implantatie van een tweede cochleaire implantaat (een) effectieve behandeling is.

De mate van verbetering van de gehoorsfunctie bij bilaterale implantatie van een cochleair implantaat boven unilaterale cochleair implantaat is in het algemeen beperkt en in het individuele geval onvoldoende onvoorspelbaar.

Het ontbreekt nog aan robuuste evidence om te kunnen oordelen dat zeer slechthorende volwassenen zijn aangewezen op bilaterale cochleaire implantaten ten laste van de zorgverzekering. „

- 7.10. De commissie ziet geen aanleiding deze conclusie niet over te nemen, en maakt deze conclusie derhalve tot de hare. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat het plaatsen van een tweede cochleaire implantaat bij, gelijk verzoekster, ernstig slechthorende postlinguale volwassenen niet dient te worden beschouwd als zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.11. Voor zover verzoekster stelt dat twee lotgenoten wel een tweede cochleair implantaat van hun zorgverzekeraar vergoed hebben gekregen oordeelt de commissie als volgt. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar van verzoekster een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regel-

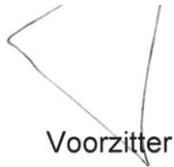
geving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat - zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is - niet baten .

7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af .

Zeist, 5 november 2008,


Voorzitter