

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B als wettelijk vertegenwoordiger van E tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, tweede cochleair implantaat
Zaaknummer : 2012.00314
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger E hierna te noemen: verzekerde

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Uitgebreide Aanvullende verzekering en Tand Beter Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op plaatsing van een tweede cochleair implantaat ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Met het klachtenformulier van 2 februari 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 (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 april 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 mei 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 mei 2012 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 24 april 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 2012056017) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat is gebleken dat bilaterale cochleaire implantatie bewezen effectief is voor tweezijdig dove en zeer slechthorende kinderen tot de leeftijd van vijf jaar, en het daarmee voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk bij deze groep kinderen. Verzekerde was in januari 2012 drie jaar oud, prelinguaal tweezijdig doof geboren en heeft aantoonbaar geen baat bij een hoortoestel op het linkeroor. Verzekerde voldoet daarom aan de indicatiecriteria voor een tweede cochleair implantaat.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 juli 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren, maar hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts heeft in zijn brief van 25 oktober 2011 verklaard dat bij verzekerde sprake is van aangeboren doofheid beiderzijds, waarvan de oorzaak onbekend is. Sinds 6 mei 2010 draagt verzekerde een cochleair implantaat aan het rechteroor. Haar gesproken taalontwikkeling is sindsdien op gang gekomen. Bij het audiometrisch onderzoek op 21 oktober 2011 is gebleken dat verzekerde rechts goede dremfels heeft rond 20-35 dB. "Met insert phone waren er voor het linker oor geen reacties meetbaar op de hoogste stimulusintensiteit." Verzekerde draagt daarom al lange tijd geen hoortoestel meer op het linkeroor. Een cochleair implantaat op het linkeroor zou de hoorbaarheid van geluiden terugbrengen tot een (sub)normaal niveau en, gezien de ervaringen met het cochleair implantaat op het rechteroor, het spraakverstaan met dit oor op termijn mogelijk maken. Verder zal het dragen van een tweede cochleair implantaat de integratie van geluid tussen beide oren mogelijk maken.
- 4.2. Verzekerde (geboren in 2009) heeft dankzij het aanwezige cochleair implantaat een positieve vooruitgang heeft geboekt. Aangezien verzekerde drie jaar oud is en nog volop in ontwikkeling is, is het belangrijk dat zij nu een tweede cochleair implantaat krijgt.
- 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. Er is nog onvoldoende bewijs dat het plaatsen van een tweede cochleair implantaat bij kinderen doelmatig is. Er is daarom geen sprake van verzekerde zorg. Dit is be-

vestigd door het CVZ. In het geval van verzekerde is geen sprake van een medische noodzaak of bijzondere medische omstandigheid om hiervan af te wijken.

5.2. De ziektekostenverzekeraar is het principieel oneens met de wijze van motiveren van enkele eerder door de commissie uitgebrachte bindende adviezen betreffende het tweede cochleair implantaat. De grenzen van de wettelijk gereguleerde zorgverzekering zijn duidelijk omschreven en de conclusie is dat het aanbrengen van een tweede cochleair implantaat geen verzekerde prestatie is. Het is opmerkelijk dat de commissie op grond van redelijkheid en billijkheid tot de conclusie komt dat het verzoek tot vergoeding dient te worden toegewezen, ook al is er geen sprake van een verzekerde prestatie. Het is opvallend dat de commissie kiest voor de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid met overwegingen die bij uitstek thuishoren bij de vaststelling van de overeenkomst. De commissie verwijst namelijk naar de positieve bevindingen in het AMC waar de afgelopen vijf jaar ook een tweede cochleair implantaat is geplaatst bij kinderen zonder bruikbaar restgehoor. Nu het AMC blijkbaar van mening is dat het plaatsen van een tweede cochleair implantaat bij die groep kinderen aangewezen is, is de commissie van mening dat deze behandeling niet onthouden kan worden aan deze groep patiënten. Dergelijke factoren horen hun plaats te vinden bij de uitleg en toepassing van de stand van de wetenschap en praktijk en dus bij de vaststelling van de omvang van de verzekeringsdekking.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzekerde aanspraak heeft op een tweede cochleair implantaat ten laste van de zorgverzekering.

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 11 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 13 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.
(...)”*

- 8.3. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm worden mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook worden de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en 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.
- 8.4. De artikelen 1.2 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. In artikel 2.1 Bzv is bepaald 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 het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.6. 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

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag is of een tweede cochleair implantaat bij de indicatie van verzekerde 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, 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 het plaatsen van een tweede cochleair implantaat is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 17 juli 2012 verwoord. De conclusies van het advies zijn dat deze zorg – bij tweezijdig dove of zeer slechthorende kinderen tot de leeftijd van vijf jaar – voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, en dat verzekerde een indicatie heeft voor deze zorg. De commissie neemt deze conclusies over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. Nu sprake is van een verzekerde prestatie en verzekerde een indicatie heeft voor de onderhavige zorg, heeft zij aanspraak op de gevraagde ingreep.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter