

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
C, tegen D te E en F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, tweede cochleair implantaat
Zaaknummer : 2011.02569
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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

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

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk 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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter AF WENb-WWb Polis drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tweede cochleair implantaat (hierna: de aanspraak). Bij e-mail van 2 februari 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 brief van 7 november 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 e-mail van 11 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 van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 augustus 2012 medegedeeld eveneens mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 maart 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 2012046551) 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 is in januari 2012 twee jaar oud, ernstig bilateraal slechthorend 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.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 augustus 2012 in persoon 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 augustus 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend KNO-arts heeft ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard: *“Zeer ernstige bilaterale slechthorendheid beiderzijds. Succesvolle cochleaire implantatie rechts. Geen meerwaarde van een hoortoestel op het linkeroor (...). De audiometrische testen, herhaald in 2011, tonen dat er geen stimuleerbaar restgehoor in het linkeroor aanwezig is, een hoortoestel links is dus ontoereikend. (...)”*
- 4.2. Verzoeker voert aan dat verzekerde voldoet aan de criteria zoals gesteld in eerdere bindende adviezen van de commissie. Om die reden heeft verzekerde aanspraak op een tweede cochleair implantaat.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat verzekerde voldoet aan de criteria die eerder door de commissie zijn gesteld. Ook uit het CVZ-advies volgt dat er een indicatie

is.

- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Volgens het CVZ is het tweede cochleair implantaat niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie. Daarom bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op een tweede cochleair implantaat.
 - 5.2. Op 21 december 2011 is mevrouw M. Sparreboom van het UMC St. Radboud gepromoveerd op een onderzoek waaruit blijkt dat een tweede cochleair implantaat bij kinderen bijdraagt aan het beter kunnen verstaan van spraak in rumoerige situaties. Verder kunnen de kinderen de bron van geluid beter lokaliseren en melden de ouders dat hun kinderen ook in het dagelijks leven extra baat hebben bij een tweede cochleair implantaat. De meerwaarde van het tweede cochleair implantaat is echter met dit promotieonderzoek niet wetenschappelijk aangetoond.
 - 5.3. Op 21 april 2011 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, naar aanleiding van Kamervragen over het niet vergoeden van het tweede cochleair implantaat bij jonge kinderen, geantwoord dat het aan het CVZ – als pakketbeheerder – is te beoordelen of de kosten van het tweede cochleair implantaat opwegen tegen de voordelen zoals het beter horen en het verminderen van de kans op het oplopen van een taalachterstand. Het CVZ heeft in zijn pakketadvies van 2011 voorgesteld een vergelijkend onderzoek door voorwaardelijke financiering mogelijk te maken. De minister heeft echter anders besloten.
 - 5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering geeft geen aanspraak op de gevraagde behandeling.
 - 5.5. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen ten onrechte geoordeeld dat voor een bepaalde groep verzekerden op grond van artikel 6:248, lid 2 BW aanspraak bestaat op een tweede cochleair implantaat. Dit artikel biedt de rechter – en dus ook de commissie – niet de ruimte de redelijkheid van de contractuele bepaling op zichzelf te beoordelen. Een contractuele bepaling mag niet opzij worden gezet op de enkele grond dat deze voor één van de partijen te bezwaarlijk wordt geacht. In de formulering ‘naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar’ ligt besloten dat de rechter de beperkende werking terughoudend moet toepassen. Dit geldt in het bijzonder wanneer het gaat om dwingendrechtelijke bepalingen, waarvan bij overeenkomst niet mag worden afgeweken. De bepalingen in de Zvw en het Bzv moeten daarmee op één lijn worden gesteld, aangezien de verzekerde prestaties de wettelijke regeling niet te boven mogen gaan, op straffe van het verloren gaan van het karakter van de zorgverzekering.
 - 5.6. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat de commissie niet bevoegd is “een algemene regel te formuleren die ten gunste van verzekerde in plaats van de contractuele bepaling worden gesteld”. Evenmin is sprake van onvoorziene omstandigheden of van een geval waarvoor de contractuele bepaling niet bedoeld kan zijn. Het medisch-wetenschappelijk oordeel van het CVZ, dat ook door de commissie wordt gevolgd, houdt in dat in gevallen waarbij de meerwaarde van een tweede cochleair implantaat niet is aangetoond, geen sprake is van verzekerde zorg. Wanneer is vastge-

steld dat een bepaalde behandeling geen verzekerde zorg is, zoals hier het geval, is het niet toegestaan deze zorg met een beroep op de redelijkheid en billijkheid toch onder de verzekeringsdekking te brengen.

- 5.7. Gezien het voorgaande komen, bij toewijzing van het gevraagde, de kosten hiervan voor rekening van de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar. De plaatsing van een tweede cochleair implantaat betreft een zeer kostbare behandeling waarvan de totale kosten voor de ziektekostenverzekeraar en de overige zorgverzekeraars van het concern waartoe deze behoort, in de honderdduizenden en mogelijk miljoenen euro's kunnen lopen, zonder dat hier een premiebetaling van de verzekerden tegenover staat.
- 5.8. Uit het Reglement van de commissie volgt dat de commissie bij de beoordeling van een geschil dient uit te gaan van hetgeen in de wet, de verzekeringsovereenkomst en de jurisprudentie is bepaald. Zoals bovenstaand is bepleit, voldoet een tweede cochleair implantaat hieraan niet. Het is dan ook niet aan de commissie om buiten haar bevoegdheid toch te beslissen dat een ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot vergoeding van een tweede cochleair implantaat. Mede omdat de commissie hiermee beslist over de besteding van de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar. Daartoe is de commissie niet bevoegd.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij geen moeite heeft met het door het CVZ uitgebrachte advies. De ziektekostenverzekeraar heeft wel moeite met de eerder door de commissie uitgebrachte bindende adviezen betreffende de toewijzing van het tweede cochleair implantaat.
- 5.10. 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 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 onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op dagbehandeling in een ziekenhuis en ziekenhuisopname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. (...)"

- 8.4. Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.5. De artikelen 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en 2.4 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).

- 8.6. 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 of 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.

- 8.7. 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, ligt ter beoordeling voor de vraag 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.
- 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, 29 augustus 2012,

Voorzitter