

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E
tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, tweede cochleair implantaat
Zaaknummer : 2011.00446
Zittingsdatum : 6 juli 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van 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 het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, 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 Basisaanvullende regeling en Regeling extra vergoedingen 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 België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 maart 2010 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 28 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij e-mail van 11 april 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mail van 12 april 2011 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 20 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 april 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 mei 2011 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 juni 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011056043) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat er onvoldoende evidence beschikbaar is voor het aannemen van een meerwaarde van bilaterale CI boven unilaterale CI bij kinderen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 juni 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2011 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 7 juli 2011 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 26 juli 2011 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. Verzoeker stelt dat verzekerde doof is geboren en dat bij hem een cochleair implantaat is geplaatst. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tweede cochleair implantaat ten behoeve van verzekerde, omdat de toegevoegde waarde hiervan in vele West-Europese landen inmiddels bewezen wordt geacht.
- 4.2. Verzoeker wijst op een eerder advies van de commissie waarin een tweede cochleair implantaat werd toegewezen. Verzekerde voldoet aan de voorwaarden die daarbij zijn gesteld. Verzoeker heeft de kosten beperkt door de ingreep in België te laten uitvoeren, en heeft geregeld dat het natraject kosteloos in Nijmegen kan plaatsvinden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat verzekerde voldoet aan de criteria die in een eerder advies van de commissie zijn gesteld. De ziektekostenverzekeraar dient zich hieraan te houden. Het argument van precedentwerking snijdt geen hout.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het plaatsen van een tweede cochleair implantaat niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zoals onder andere blijkt uit een recent advies van het CVZ. De ziektekostenverzekeraar beaamt dat de commissie een eerder advies heeft uitgebracht waarin de kosten van een tweede cochleair implantaat werden toegewezen, doch is het met de argumentatie hiervan oneens omdat, gelet op het CVZ-advies, geen sprake is van een verzekerde prestatie. Verzoeker heeft geen aanspraak op een tweede cochleair implantaat ten behoeve van verzekerde, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ kennelijk de intentie heeft het tweede CI op te nemen in het pakket, maar dat dit nu nog niet het geval is. Op dit moment is de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar handelt derhalve in overeenstemming met de Zvw.
- 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 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 in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
 - 8.3. 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. (...)”
 - 8.4. Artikel 9 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 zorgaanbieder of zorginstelling die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- 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 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“(...) Ook wordt 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.”

8.6. De artikelen 1.2, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.8. 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. De vraag is of het plaatsen van 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 toepas-

sing 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 in zijn advies van 17 juni 2011 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat deze ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Bijzondere omstandigheden

- 9.6. Verzoeker heeft met beroep op een eerder bindend advies (GcZ 9 juni 2010, 2008.01273) aanspraak gemaakt op vergoeding van een tweede cochleair implantaat. Daartoe heeft hij gesteld dat de situatie van verzekerde naadloos aansluit bij de door de commissie beoordeelde situatie.

- 9.7. In voornoemd bindend advies is uitgangspunt dat op grond van artikel 6:248 lid 2 BW een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing is, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.
- 9.8. Ambtshalve is de commissie bekend met het feit dat het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam (hierna: AMC) de afgelopen jaren na plaatsing van een eerste cochleair implantaat een tweede cochleair implantaat heeft geplaatst bij kinderen zonder bruikbaar restgehoor zonder hiervoor extra kosten in rekening te brengen. De kosten van het tweede implantaat worden gedeeltelijk bekostigd uit de vergoeding die het AMC voor het eerste implantaat ontvangt van de ziektekostenverzekeraar; de overige kosten zijn door het AMC uit eigen middelen bekostigd.
- 9.9. De commissie is, mede op grond van het voorgaande, tot het oordeel gekomen dat de onderhavige ingreep in redelijkheid niet onthouden kan worden aan een nader te duiden groep patiënten. In genoemd advies heeft de commissie overwogen dat spraakverstaan in een rumoerige omgeving en richtinghoren van belang zijn voor de ontwikkeling van een kind. Het plaatsen van een tweede cochleair implantaat op jonge leeftijd bij een kind dat doof is, kan hiertoe in belangrijke mate bijdragen. Als uitgangspunt dient te gelden dat een kind jonger dan acht jaar in aanmerking dient te komen voor (vergoeding van de kosten van) een tweede cochleair implantaat, zo (i) plaatsing van het tweede implantaat niet later dan twee jaar na plaatsing van het eerste implantaat geschiedt, en (ii) bij het oor waarvoor het tweede implantaat is bedoeld, sprake is van afwezigheid van restgehoor.
- 9.10. Aangezien verzekerde is geboren op 2 april 2009, en het eerste cochleair implantaat nadien is geplaatst, staat vast dat de plaatsing van het tweede implantaat – op 2 juni 2010 – niet later dan twee jaar na plaatsing van het eerste implantaat is geschied.
- 9.11. Verzoeker heeft gesteld dat verzekerde volledig doof is. Deze stelling is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden, zodat heeft te gelden dat bij verzekerde geen sprake is van restgehoor.
- 9.12. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij de ingreep uit kostenoverwegingen heeft plaatsgevonden in België, en dat het natraject kosteloos in Nijmegen kan plaatsvinden. Hieruit volgt dat de gemaakte kosten niet hoger zijn dan noodzakelijk.
- 9.13. De commissie is van oordeel dat bovengenoemde omstandigheden ertoe leiden dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is artikel 1.2 van de zorgverzekering in de situatie van verzekerde toe te passen.

Conclusie

- 9.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.10 tot en met 9.13.
- 9.15. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies

- 10.1 De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.10 tot en met 9.13.
- 10.2 De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 17 augustus 2011,

Voorzitter