

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C
tegen D en E, beide te F
Zaak : Geneeskundige zorg, tweede cochleair implantaat bij kind van 8 jaar
Zaaknummer : 201301330
Zittingsdatum : 12 februari 2014

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) D, en

2) E, beide te F,

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 ZorgVerzorgd 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 ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 2 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 maart 2012 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 15 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 3 juli 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 17 september 2013 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 januari 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 december 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013149837) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat in het indicatieprotocol 5-18 jarigen van het CI-ON niet wordt ingegaan op de indicatie van verzekerde ANSS (Auditory Neuropathy Spectrum Disorder (ANSO)). Hierbij wordt opgemerkt dat in deze casus nog geen beoordeling heeft plaatsgevonden door een tweede CI-team. Een afschrift van het CVZ-advies is met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 januari 2014 de beoordeling van het CI-team te Utrecht gestuurd. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2014 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Voorts is de informatie op 15 januari 2014 per e-mail aan het CVZ gezonden. Aangezien bleek dat de aanvullende informatie het voorlopig advies van het CVZ had gekruist, heeft de commissie het CVZ per omgaande verzocht mede te delen of de aanvullende informatie tot bijstelling van het voorlopig advies zou kunnen leiden. In reactie hierop heeft het CVZ op 4 februari 2014 (15 januari 2014 is een kennelijke verschrijving) de commissie het gewijzigde voorlopige advies gezonden. Het CVZ concludeert hierin dat verzekerde is aangewezen op een tweede cochleair implantaat. Een afschrift van dit advies is op 4 februari 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Bij brief van 7 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld alsnog tot verstrekking van het tweede cochleair implantaat over te gaan. De ziektekostenverzekeraar geeft de commissie hierbij in overweging om de op 12 februari 2014 geplande hoorzitting uit te stellen in afwachting van een eventuele intrekking van het geschil.
- 3.11. De commissie heeft de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 februari 2014 op 11 februari 2014 per e-mail aan verzoeker gezonden. Tijdens het telefonische contact dat hierop volgde, heeft verzoeker verklaard af te zien van de mogelijkheid tot het geven van een mondelinge toelichting tijdens de hoorzitting. Dit is op 11 februari 2014 telefonisch doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De coördinator CI kinderen van het UMC St Radboud heeft op 30 september 2011 verklaard dat bij verzekerde reeds op jonge leeftijd duidelijk was dat sprake was van een groot hoorverlies op basis van auditieve neuropathie "BERA dec 2004: responsies AD vanaf 90 en AS vanaf 100 dB bij aanwezige OAE's". In januari 2006 zijn hoortoestellen aangemeten. Met de hoortoestellen werden betere drempels behaald (45-60 dB), maar in de praktijk werd geen winst ervaren. Gezien de beperkte resultaten met conventionele hoortoestellen werd de indicatie voor een cochleair implantaat (rechts) gesteld. Hiermee kwamen de gehoordrempels van verzekerde beduidend beter te liggen (rond 25-30 dB) en dit had een positieve invloed op de spraaktaalontwikkeling. Bij het audiometrisch onderzoek op 5 september 2011 bleek dat het gehoor aan de linkerzijde stabiel is gebleven. Hoewel nog steeds sprake is van restgehoor in de lage tonen, blijkt dit

in de praktijk niet bruikbaar te zijn voor verzekerde. Met haar hoortoestel behaalt zij een spraakverstaanscore van 0 percent, zowel bij 70 als bij 80 dB. Het wel kunnen horen van klanken maar het niet kunnen verstaan, past bij de ANSS. Gezien de positieve resultaten met het cochleair implantaat aan het rechteroor en de beperkte reacties met het hoortoestel, is het CI-team van het UMC St Radboud van mening dat een tweede cochleair implantaat een meerwaarde zal hebben voor verzekerde.

- 4.2. Uit het 'Verslag van de evaluatieonderzoeken 3 jaar na cochleaire implantatie' van 31 juli 2012 blijkt dat het dragen van het cochleair implantaat goed gaat. Verzekerde is in staat in een rustige omgeving voldoende informatie uit het spraaksignaal op te pikken. Toch zal verzekerde, ook in stilte, af en toe informatie missen. In rumoer verstaat verzekerde minder goed en is het moeilijker een gesprek te volgen. Het is daarom van belang de luisteromstandigheden voor verzekerde zo optimaal mogelijk te maken, zodat zij voldoende kan horen. De ontwikkeling van de gesproken taal laat op het vlak van de woordenschat en zinsbouw zeer beperkte groei zien. Het vervoegen en verbuigen van woorden (morfologie) heeft zich daarentegen het afgelopen jaar juist goed ontwikkeld, van beneden gemiddeld naar gemiddeld in vergelijking met goedhorende leeftijdsgenootjes. De articulatie en daarmee de verstaanbaarheid blijven een aandachtspunt. Geconcludeerd wordt dat het cochleair implantaat drie jaar na plaatsing een grote meerwaarde heeft voor verzekerde.
- 4.3. Op 17 februari 2009 is bij verzekerde een cochleair implantaat geplaatst aan het rechteroor. Zij was toen 4,4 jaar oud. In haar linkeroor draagt zij nog altijd een hoorapparaat om de gehoorzenuw te blijven stimuleren. Na de plaatsing van het cochleair implantaat zag verzoeker dat verzekerde met sprongen vooruit ging op het gebied van horen en spreken. Inmiddels gaat het zo goed, dat zij in januari 2012 het speciaal onderwijs heeft verruild voor regulier onderwijs. Toch levert dit nog een aantal problemen op. Doordat verzekerde slechts aan één kant hoort, komt er onvoldoende informatie bij haar binnen. Hierdoor komt zij niet goed mee in de klas en is zij snel vermoeid. Passerend verkeer merkt zij te laat op, omdat zij rechts hoort en het verkeer haar links passeert.
- 4.4. Uit de door verzoeker op 10 januari 2014 doorgestuurde verklaring van het tweede CI-team te Utrecht blijkt dat ook dit team positief heeft geadviseerd ten aanzien van de plaatsing van een tweede cochleair implantaat bij verzekerde.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op zorg voor zover de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat de vraag of een verzekerde een bepaalde vorm van zorg nodig heeft, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de heroverweging gesteld dat plaatsing van een tweede cochleair implantaat bij kinderen vanaf vijf jaar niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor kinderen tot vijf jaar is inmiddels gebleken dat deze behandeling wel voldoet aan genoemd criterium.
- 5.3. In de brief van 25 november 2013 aan de commissie stelt de ziektekostenverzekeraar dat het CVZ de voorwaarden vaststelt op grond waarvan aanspraak bestaat op een tweede cochleair implantaat. Alleen kinderen tot 5 jaar oud kunnen onder voorwaarden in aanmerking komen voor een tweede cochleair implantaat. Verzekerde is thans negen jaar oud.
- 5.4. De commissie heeft in een eerder bindend advies bepaald dat kinderen tot acht jaar aanspraak kunnen maken op een tweede cochleair implantaat indien dit wordt geplaatst binnen twee jaar na plaatsing van het eerste cochleair implantaat. Verzekerde voldoet evenmin aan deze criteria.

Als gezegd, is verzekerde thans negen jaar oud. Het eerste cochleair implantaat werd al vier jaar geleden geplaatst.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aanvankelijk de stelling betrokken dat niet is gebleken dat verzekerde voldoet aan de criteria zoals opgesteld door het CI-ON. De 'Richtlijn indicatie bilaterale implantatie voor kinderen van 5 tot en met 18 jaar' vereist dat door twee individuele ter zake kundige multidisciplinaire medische teams op basis van deze richtlijn moet zijn vastgesteld dat het kind voldoet aan de inclusiecriteria. Sindsdien is echter naar voren gekomen dat de situatie van verzekerde wel is getoetst door twee van deze teams en dat aan de hand van de richtlijn door beide positief is geoordeeld. Mede gelet op het voorlopig advies van het CVZ heeft de ziektekostenverzekeraar daarom besloten alsnog tot verstrekking van het tweede cochleair implantaat te zullen overgaan.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 verzekerde aanspraak heeft op een tweede cochleair implantaat, 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 810 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 824 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

U heeft recht op:

-- onderzoek en diagnostiek,

-- behandeling,

(...)"

8.3. Artikel 84.1 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg en luidt:

"De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals farmaceutische zorg (zie artikel 817) en hulpmiddelenzorg (zie artikel 819). Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen

aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.4. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarvoor de verzekerde een indicatie heeft en als sprake is van doelmatige zorg. Deze bepaling luidt:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

- 8.5. De artikelen B4.1, B5 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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.

Geneeskundige 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 februari 2014 is niet langer in geschil dat verzekerde aanspraak heeft op verstrekking van een tweede cochleair implantaat, ten laste van de zorgverzekering.

Hetgeen partijen nog verdeeld houdt is het door verzoeker bepaalde entreegeld in verband met de onderhavige procedure. Gezien de wijze waarop een en ander is verlopen, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Aangezien door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat aanspraak bestaat op een tweede cochleair implantaat ten laste van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering thans geen bespreking.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoeker dient te vergoeden.
- 9.4. 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, en bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 12 februari 2014,

Voorzitter