

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A als wettelijk vertegenwoordiger van F te B, tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, tweede cochleair implantaat
Zaaknummer : 2008.01273
Zittingsdatum : 2 december 2009

1. Partijen

A hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger F te B hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van een tweede cochleair implantaat ten behoeve van verzekerde, te plaatsen in België (hierna: de aanspraak), ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, welke aanspraak bij beslissing van 27 maart 2008 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd(hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgVerzorgd en TandVerzorgd afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 2 vermelde afwijzing gevraagd. Bij brief van 14 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 17 juli 2008 heeft verzoekster 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 oktober 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 november 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 november 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 24 november 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 november 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat nog onvoldoende evidence bestaat voor het aannemen van een meerwaarde van bilaterale implantatie met een cochleair implantaat boven unilaterale implantatie bij kinderen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 november 2009 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 2 december 2009 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Verzoekster heeft tijdens de zitting stukken overgelegd en heeft tevens na de zitting enkele stukken per post naar de commissie gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld op deze stukken te reageren en heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.
- 3.10. Bij brief van 22 december 2009 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de tijdens de hoorzitting door verzoekster overgelegde stukken alsmede de stukken die zij na de hoorzitting per post naar de commissie heeft gestuurd, en van de reacties van de ziektekostenverzekeraar hierop gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 februari 2010 de commissie medegedeeld dat een en ander 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. De behandelend KNO-arts heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "aangeboren slechthorendheid die geëvolueerd is tot doofheid". De behandeling waarop aanspraak wordt gemaakt heeft, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, in 2008 plaatsgevonden.
- 4.2. Verzekerde is in 2003 gediagnosticeerd met doofheid. In 2007 heeft zij in het linker-oor een cochleair implantaat gekregen. In 2008 is zij voor onderzoek terecht gekomen bij de Oorgroep in Antwerpen. De behandelend arts heeft verklaard dat er wereldwijde onderzoeken over bilaterale implantaties zijn die de meerwaarde van twee cochleaire implantaten aantonen. Het effect van de ingreep is beter als deze binnen twee jaar na de eerste implantatie plaatsvindt én bij voorkeur voordat het kind acht jaar oud is.

- 4.3. Er zijn meer onderzoeken te vinden met positieve advisering ten aanzien van bilaterale implantaties dan de ziektekostenverzekeraar zegt te hebben kunnen vinden.
- 4.4. Ter zitting is ter aanvulling aangevoerd, dat bij de expert meeting van het CI-ON van 11 mei 2009 is gebleken dat experts in Nederland overtuigd zijn van de positieve effecten van bilaterale implantatie, dit ondanks het feit dat de voordelen nog niet zijn aangetoond volgens de standaard die het CVZ verlangt. Een hoger niveau van wetenschappelijk bewijs van bilaterale implantatie bij kinderen is echter niet te verwachten, omdat in de ons omringende landen bilaterale implantatie wel wordt vergoed en ouders hun kind dus niet in de controle groep van één cochleair implantaat en één hoortoestel willen hebben. Daardoor is op Europees niveau sprake van rechtsongelijkheid.
- 4.5. Bij verzekerde is sprake van een bewezen meerwaarde. Uit het onderzoek van Via taal is gebleken dat het spraakverstaan door het tweede cochleair implantaat is toegenomen van 80 percent naar 100 percent. Ook het richtinghoren van verzekerde was na een half jaar al in lichte mate aantoonbaar. Hierbij wordt opgemerkt dat onderzoek heeft uitgewezen dat richtinghoren een langere tijd nodig heeft zich te ontwikkelen. Daarnaast zijn de schoolresultaten van verzekerde een stuk beter geworden door de bilaterale implantatie, die tevens de ziektekostenverzekeraar kosten bespaart: verzekerde maakt geen gebruik meer van logopedie. Daarnaast worden kosten bespaard doordat verzekerde nu regulier onderwijs kan volgen, hetgeen een stuk goedkoper is dan regulier onderwijs met gebruik van een 'rugzakje' of speciaal onderwijs.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de ingreep wel bij kinderen die doof zijn geworden na meningitis. Met een dergelijk beleid onderschrijven het CVZ en de ziektekostenverzekeraar impliciet de meerwaarde van deze behandeling.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar het advies van het CVZ van 20 november 2006, dat een tweede cochleair implantaat niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. De behandeling voldoet namelijk niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende objectief onderzoek daarnaar gedaan.
- 5.2. Ten aanzien van eventuele vergoeding wordt het voorbehoud gemaakt dat, mocht toch worden vastgesteld dat deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk én dat een operatie-indicatie bestaat, de gevraagde behandeling slechts wordt vergoed tot het WMG- tarief en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.
- 5.3. Ter zitting is ter aanvulling aangevoerd, dat er begrip is voor de positie van verzoekster en verzekerde, maar dat de dekking van de zorgverzekering door de overheid wordt bepaald. Hierbij geldt onder andere het criterium dat de behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het advies van het CVZ blijkt dat een tweede cochleair implantaat hieraan niet voldoet. Dat deze kosten elders in Europa wel gedekt zouden zijn, komt uit het voornoemde advies niet naar voren. In Duitsland zou dit mogelijk zijn, omdat ziekenhuizen daar meer vrijheid hebben om

zorg onder het eigen budget te verstrekken.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag naar het al dan niet vergoeden van een tweede cochleair implantaat, geplaatst in België, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier 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 B9 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt voor zover hier van belang, als volgt:

“Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
 - behandeling,*
 - materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
 - laboratoriumonderzoek*
 - second opinion.*
- (...)”*

Artikel B9 bevat een regeling omtrent zorg in het buitenland en luidt:

“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*

- recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 7.3. Artikel B4 bepaalt dat de gevraagde zorg dient te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en luidt:

“Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven maar zijn aangeduid als zorg zoals de desbetreffende beroepsgroepen ‘plegen te bieden’. Daarmee wordt de soort zorg aangegeven. Omdat vaak een gedetailleerde omschrijving ontbreekt, geldt er een algemene regel. Die regel houdt in dat de verzekerde zorg mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dat betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere vormen van zorg zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals de farmaceutische zorg en de hulpmiddelenzorg. Ook hiervoor geldt dat de verzekerde zorg mede bepaald wordt door 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 heeft recht op hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

- 7.4. De regeling in de artikelen B4, B9 en B24 van de zorgverzekering is volgens artikel B1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd 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 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.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. In geschil is de vraag of het plaatsen van een tweede cochleair implantaat een behandeling is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 7.8. 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 medi-

sche 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.

- 7.9. 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.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het plaatsen van een tweede cochleair implantaat in gevallen als het onderhavige is door het CVZ in zijn advies van 16 november 2009 uitgevoerd. Het CVZ concludeert dat er ten tijde van de implantatie van het tweede CI bij verzekerde (mei 2008) nog onvoldoende evidence beschikbaar was voor het aannemen van een meerwaarde van een tweede cochleair implantaat, zodat deze behandeling niet als een verzekerde prestatie op grond van de Zvw is te beschouwen. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Bijzondere omstandigheden

- 7.11 Op grond van artikel 6:248, lid 2 BW is een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

- 7.12 De commissie stelt voorop dat spraakverstaan in een rumoerige omgeving en richtinghooren van belang zijn voor de ontwikkeling van een kind. Het plaatsen van een tweede cochleair implantaat op geringe leeftijd bij een kind dat doof is, kan daartoe in belangrijke mate bijdragen.
- 7.13 De commissie is gebleken dat het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam (hierna: AMC) de afgelopen vijf jaar een tweede cochleair implantaat heeft geplaatst bij kinderen, zonder bruikbaar restgehoor, die bij hem het eerste implantaat hebben laten plaatsen, zonder daarvoor 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 worden door het AMC uit eigen middelen bekostigd. Nu het AMC blijkbaar van mening is dat het plaatsen van een tweede cochleair implantaat bij deze groep patiënten aangewezen is, en wel in die mate dat hij bereid is om de kosten daarvan voor eigen rekening te nemen, is de commissie van oordeel dat deze ingreep in redelijkheid niet onthouden kan worden aan deze groep patiënten.
- 7.14 Als uitgangspunt dient naar het oordeel van de commissie te gelden dat een kind jonger dan 8 jaar in aanmerking dient te komen voor vergoeding van de kosten van plaatsing 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, wordt geplaatst sprake is van afwezigheid van restgehoor.
- 7.15 In zijn advies van 16 november 2009 heeft het CVZ gesteld dat de behandelend KNO-arts als diagnose heeft gesteld een aangeboren slechthorendheid die geëvolueerd is tot doofheid. Hieruit concludeert de commissie dat bij verzekerde restgehoor afwezig is. Daarnaast was verzekerde ten tijde van de ingreep nog geen 8 jaar oud en is het tweede implantaat binnen twee jaar na het eerste geplaatst. Deze omstandigheden maken dat verzekerde, gelet op de hiervoor geformuleerde uitgangspunten met recht aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van het tweede implantaat.

Conclusie

- 7.16 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 juni 2010,

Voorzitter