

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A en B, als wettelijk vertegenwoordigers van F tegen C en E beide te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg; continue real time sensor
Zaaknummer : 2009.02543
Zittingsdatum : 10 maart 2010

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 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.20 en bijlage 3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A en B hierna te noemen: verzoekers, in hun hoedanigheid van F, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 17 december 2008 een “continue real time sensor” (hierna: de aanspraak) ten behoeve van verzekerde niet te vergoeden.

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 Basisverzekering (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 AV Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 17 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 9 november 2009 hebben verzoekers 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 verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 30 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2010 aan verzoekers gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 8 januari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 7 januari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010003189) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het toepassen van deze behandeling van diabetes niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarom geen te verzekeren prestatie is op grond van de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 februari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 maart 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 23 maart 2010 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de ter zitting overgelegde stukken gezonden, alsmede van het artikel over CGM dat verzoekers na de hoorzitting hebben toegestuurd, met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 26 maart 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 verzoekers
 - 4.1. De behandelend kinderarts heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "diabetes mellitus en ernstige astma".
 - 4.2. Verzoekers stellen, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde, door haar chronische astma - ondanks gedegen medische begeleiding - niet erin slaagt de gemiddelde bloedsuikers op een aanvaardbaar niveau te houden. Meting van de bloedsuikers met behulp van een continue real time sensor zou voor haar de beste manier zijn om tot een lagere gemiddelde bloedsuiker te komen. Doordat verzekerde ter stabilisering van haar astma regelmatig prednisonkuren moet ondergaan, is het reguleren van haar bloedsuikers nagenoeg onmogelijk. Tijdens de laatste kuur diende verzekerde haar insulinepomp op 500 percent te zetten; zonder continue real time sensor is deze handelwijze levensgevaarlijk. Verzoekers zijn van mening dat voor verzekerde dient te worden afgeweken van de gebruikelijke vergoedingsregels, omdat zij kampt met twee chronische aandoeningen, te weten diabetes mellitus en moeilijk behandelbare astma.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoekers betoogd dat hier sprake is van een unieke situatie, omdat de combinatie van ernstige astma en diabetes in Nederland maar bij drie tot vijf

personen voorkomt. Omdat de doelgroep te klein is wordt niet of nauwelijks onderzoek gedaan. Beide ziektes beïnvloeden elkaar nadelig; de astma is ontspoord toen de diabetes er bij kwam. Het grote probleem is dat het gebruik van Prednison een nadelig effect heeft op het insulinegebruik. Verzekerde ondergaat ca. vijf maal per jaar een Prednisonkuur.

- 4.4. De insulinepomp is door de ziektekostenverzekeraar vergoed, verzoekers hebben zelf de meetapparatuur aangeschaft. De benodigde sensoren kosten € 48,- per stuk en gaan gemiddeld drie dagen mee.

- 4.5. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het gebruik van een Paradigm real time systeem (insulinepomp met sensoren) geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is deze zorg niet aan te merken als verzekerde prestatie.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat voortsnog de meerwaarde van de gevraagde voorziening niet is aangetoond. Hierbij wordt opgemerkt dat het CVZ inmiddels wel bezig is met een nieuw onderzoek, maar de uitkomst hiervan is nog niet bekend. De behandelend specialist zou de benodigde sensoren echter wel onder de door het ziekenhuis berekende DBC kunnen laten vallen.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 het niet vergoeden van een continue real time sensor 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. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. Voor enkele zorgsoorten, waaronder hulpmiddelenzorg, geldt een natura-aanspraak. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 8 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt voor zover hier van belang, als volgt:

“Hulpmiddelenzorg omvat functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, aangewezen bij de Regeling zorgverzekering. (...)”

- 8.3. In artikel 7.1 van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de verzekerde 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.
- 8.4. De artikelen 7 en 30 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1 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 (vergoeding van de kosten van) de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 en 2.20 en bijlage 3 Rzv.
- 8.6. 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. Bij de beoordeling van het standpunt van de ziekteverzekeraar dat het gebruik van een continue real time sensor niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering 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.

- 9.2. 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.
- 9.3. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de continue real time sensor in gevallen als het onderhavige is door het CVZ in zijn advies van 5 februari 2010 uitgevoerd. De conclusie hiervan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De commissie is gebleken dat in de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak is opgenomen voor vergoeding van een continue real time sensor.

Werking privaatrecht

- 9.5. Verzoekers doen (mede) een beroep op verstrekking respectievelijk vergoeding op grond van de uitzonderlijke situatie van verzekerde, te weten de aanwezigheid van twee chronische ziekten: diabetes mellitus en moeilijk behandelbare astma. Door de ziektekostenverzekeraar is de stelling van verzoekers dat de uitzonderlijke situatie van verzekerde in Nederland zich slechts in maximaal vijf gevallen voordoet en dat zulks betekent dat onderzoek naar deze combinatie van ziektebeelden niet of nauwelijks plaatsvindt, niet weersproken. Evenmin is door de ziektekostenverzekeraar de stelling van verzoekers weersproken dat in de perioden dat verzoekster een Prednisonkuur dient te ondergaan het reguleren van het niveau van de bloedsuiker nagenoeg onmogelijk is en dat de benodigde hoeveelheden insuline zonder meting door middel van een continue real time sensor levensgevaarlijk kan zijn. Gelet op de zeer uitzonderlijke situatie waarin verzekerde door de combinatie van ernstige astma en diabetes verkeert is de commissie van oordeel dat verzekerde althans gedurende de Prednisonkuren die zij moet ondergaan dient te beschikken over de sensoren, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.6. Voor zover het voornoemde beroep van verzoekers voor het overige dient te worden opgevat als een beroep op coulance, merkt de commissie op dat zij niet kan treden in vragen omtrent coulancevergoedingen, omdat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen op de wijze zoals in overweging 9.5 bepaald en dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers een bedrag van € 37,-- dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze zoals in overweging 9.5 bepaald.

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

Zeist, 26 mei 2010,

Voorzitter