

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, continue glucose monitoring
Zaaknummer : 2011.01672
Zittingsdatum : 4 april 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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af KPN Polis 4 sterren en Beter Af Tandarts Polis 1 ster afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op continue glucose monitoring (CGM) met behulp van sensoren (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 20 juli en 8 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 5 december 2011 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 20 februari respectievelijk 3 maart 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 februari 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 8 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012021026) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat CGM bij hypoglycaemie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt. Een afschrift van het CVZ-advies is op 13 maart 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. De internist-endocrinoloog heeft op 5 juli 2010 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van continue glucosemonitoring ten behoeve van verzoekster, die bijna twintig jaar bekend is met diabetes mellitus type 1 en volgens een insulineschema viermaal daags wordt behandeld. Voorheen heeft verzoekster haar diabetes goed weten te reguleren. Thans heeft zij echter een “buitengewoon ernstige ‘hypoglycemia unawareness’, die leidt tot een verslechterde instelling van de diabetes”.
 - 4.2. Verzoekster heeft in het verleden meermalen hypoglykemische insulden gehad waarvoor zij – indien deze op straat plaatsvonden – hulp heeft gehad van ambulancepersoneel. Thuis kon haar echtgenoot haar helpen, aangezien deze insulden meestal 's-nachts plaatsvonden. Op 10 september 2008 heeft verzoekster een insult gehad terwijl zij thuis was met haar drie kleine kinderen. Zij is na ongeveer anderhalf uur bewusteloos op de vloer gevonden door haar zus. Sindsdien heeft verzoekster steeds vaker te maken gekregen met situaties waarin zij niet in staat was zelf te handelen.
 - 4.3. Door de continue glucose monitoring worden voornoemde situaties voorkomen, aangezien verzoekster hierdoor tijdig wordt gewaarschuwd en naar behoren kan handelen. Zij kan nu weer een normaal leven leiden. Ook kan het gebruik van zelfcontrolestrips worden verminderd. Hierdoor worden de ziektekostenverzekeraar kosten bespaard.
 - 4.4. Het ziekenhuis heeft verzoekster medegedeeld dat er in geval van een doorlopende poliklinische behandeling geen DBC is waarin de onderhavige kosten zijn opgenomen. Daarom kan het ziekenhuis de kosten niet op zich nemen en valt verzoekster tussen wal en schip. Het ziekenhuis heeft haar desondanks een glucosemonitor in bruikleen gegeven. Verzoekster bekostigt de benodigde sensoren zelf.

4.5. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft categorieën van patiënten vastgesteld die in aanmerking zouden moeten komen voor continue glucose monitoring. Verzoekster voldoet aan deze eisen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze categorieën echter maar beperkt overgenomen.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het CVZ heeft op 1 november 2010 een pakketadvies uitgebracht. Hierin wordt gesteld dat de continue glucose monitoring voor drie patiëntengroepen onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg valt, te weten kinderen met diabetes type 1, zwangere vrouwen met bestaande diabetes, en volwassenen met een slecht ingestelde diabetes type 1, waarbij ondanks de standaard controle sprake is van een blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol). Geen van deze situaties is bij verzoekster aan de orde.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft met het ziekenhuis een overeenkomst gesloten over continue glucose monitoring. Indien aan de eisen betreffende indicatiestelling wordt voldaan, kan het ziekenhuis de DBC met daarbij een opslag voor de sensoren bij de ziektekostenverzekeraar declareren.

5.3. 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 'algemene voorwaarden' 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 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op poliklinische medisch-specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

- ☐ *medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
 - ☐ *de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*
- (...)”*

- 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 zorgverzekering 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. Artikel 2.4 van de ‘algemene voorwaarden’ en artikel 4 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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. 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. Het CVZ is in zijn advies van 1 november 2010 tot de conclusie gekomen dat continue glucose monitoring voor enkele specifiek genoemde groepen patiënten zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Het betreft:
- kinderen met diabetes type 1;
 - volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of > 64 mmol/mol));
 - zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2).
- 9.2. Niet gebleken is dat verzoekster behoort tot één van de door het CVZ aangewezen groepen patiënten, zodat zij geen aanspraak heeft op de continue glucose monitoring en de daarbij behorende sensoren, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Voor zover verzoekster stelt dat de kosten van continue glucose monitoring op jaarbasis veel lager zijn dan de kosten van ambulancezorg na een insult, geldt dat bij de

beoordeling van een verzoek tot vergoeding of verstrekking enkel een rol speelt of de gewenste zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Voor substitutie van zorg, in die zin dat zorg wordt vergoed die niet is gedekt, ter voorkoming van te maken kosten voor zorg die wél is gedekt, is onder de huidige regelgeving geen mogelijkheid opgenomen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2012,

Voorzitter