

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Hulpmiddelen, glucose-monitoring bij REAL-Time insulinepomp
Zaaknummer : 2008.00372
Zittingsdatum : 9 juli 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.00372 (hulpmiddelen, glucose-monitoring bij REAL-Time insulinepomp).

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 en 2.20 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 2 oktober 2007 inzake de afwijzing tot verstrekking van een glucose-monitoring systeem voor de REAL-Time insulinepomp.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd verzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verzoeker was tevens aanvullend verzekerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.2. Verzoeker lijdt aan diabetes mellitus type 1 en is niet in staat om hypoglycaemieën aan te voelen en tijdig actie te ondernemen. De behandelend internist van verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose, bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan voor verstrekking van een glucose-monitoring systeem voor de REAL-Time insulinepomp, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 28 november 2007 en 17 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 februari 2008 heeft verzoeker de Ombudsman Zorgverzekeringen verzocht te bemiddelen in de zijn kwestie met de zorgverzekeraar. Bij brief van 11 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld geen reden te zien om verzoeker tegemoet te komen en het eerder ingenomen standpunt te herzien.
- 3.5. Bij brief van 4 april 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de

aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 26 mei 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 mei 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij brief van 30 mei 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 13 juni 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker om verstrekking van het aangevraagde glucose-monitoring systeem af te wijzen omdat het niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 juni 2008 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 juli 2008 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de hoorzitting heeft deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 juli 2008 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het verslag 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij al veertien jaar aan diabetes mellitus lijdt en dat hypoglycaëmieën een groot deel van zijn dagelijks leven beheersen. Door de hypoglycaëmieën raakt verzoeker regelmatig buiten bewustzijn. Dit levert veel stress op voor hem en de mensen in zijn omgeving. In de periode van juni t/m augustus 2007 heeft hij meegewerkt aan een proef, waarbij op zijn insulinepomp een sensor is aangesloten. Deze sensor gaf hem een waarschuwing in het geval hij een te laag of te hoog bloedsuikergehalte had. Verzoeker stelt dat hij gedurende deze proefperiode geen enkele maal hulp nodig heeft gehad vanwege een te lage bloedsuikergehalte en dat hij veel stabiel was. Bovendien test hij normaal gesproken zijn bloedsuiker tienmaal per dag. Tijdens de proefperiode was dit slechts driemaal per dag nodig. Niet alleen is zijn gezondheid vooruit gegaan tijdens de proefperiode, maar ook financieel gezien is een glucose-monitoring systeem zeer gunstig, daar verzoeker veel minder teststrips nodig heeft. De gebruikelijke manier van testen met teststrips is volgens verzoeker niet adequaat en doelmatig. Gezien zijn situatie is verzoeker juist van mening dat het glucose-monitoring systeem uit coulance aan hem verstrekt zou moeten worden.
- 4.2. Daarbij voert verzoeker aan dat inmiddels een aantal mensen het glucose-monitoring systeem van andere zorgverzekeraars wel vergoed krijgt.
- 4.3. Volgens de behandelend internist is de frequentie van de hypoglycaëmieën bij verzoeker zeer hoog en het aanvoelen ervan bij verzoeker sterk verminderd. Daarom

zou hij naar de mening van de internist in aanmerking komen voor een glucose-monitoring systeem voor zijn insulinepomp.

4.4. Ter zitting is door verzoeker gepleit voor een coulancevergoeding door de zorgverzekeraar.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hulpmiddelen die als verzekerde prestatie voor verstrekking in aanmerking komen, limitatief zijn opgenomen in de zorgverzekering en de regelgeving. Dit betekent dat alleen de daarin vermelde hulpmiddelen verstrekt kunnen worden. Het door verzoeker aangevraagde glucose-monitoring systeem is niet opgenomen in de zorgverzekering, respectievelijk de onderliggende regelgeving en daarom is het niet mogelijk dit hulpmiddel te verstrekken.

5.2. Tevens stelt de zorgverzekeraar dat het glucose-monitoring systeem niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en de praktijk en derhalve geen gebruikelijke zorg betreft. Ook daarom kan dit hulpmiddel niet verstrekt worden aan verzoeker.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker niet in een dussdanige situatie verkeert dat een coulancevergoeding tot de mogelijkheden behoort.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering. Ook is de commissie niet bevoegd ten aanzien van het coulancebeleid van de zorgverzekeraar.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op hulpmiddelenzorg, waartoe ook hulpmiddelen voor diabetes behoren, is geregeld in artikel 8.9 van de zorgverzekering. Lid 1 van dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, dat hulpmiddelenzorg de bij Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen omvat.

7.2. Artikel 8.9 van de zorgverzekering vindt volgens artikel 2 van de zorgverzekering zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

7.3. 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. Waar het gaat om hulpmiddelenzorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en nader uitgewerkt in de artikelen 2.6 en 2.20 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 7.4. In artikel 2.1 lid 2 Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.5. In artikel 2.9 Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat, waarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg.
- 7.6. In artikel 2.6 lid 1 onderdeel n Rzv is geregeld dat aanspraak bestaat op vergoeding van hulpmiddelen bij diabetes als omschreven in artikel 2.20. Lid 1 van laatstgenoemd artikel bepaalt vervolgens dat:

“Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 onderdeel n omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:

- a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en daarbij behorende lancetten;*
- b. bloedglucosemeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;*
- c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 6, van deze regeling.”*

- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of het door verzoeker aangevraagde glucose-monitoring systeem een verzekerde prestatie betreft en als zodanig voor verstrekking in aanmerking komt.
- 7.9. De commissie stelt vast dat het door verzoeker aangevraagde glucose-monitoring systeem geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, nu dit hulpmiddel niet is opgenomen in de limitatieve opsomming van hulpmiddelen in de Rzv, waarnaar de zorgverzekering verwijst.
- 7.10. Afgezien van dit laatste doet zich de vraag voor of het aangevraagde glucose-monitoring systeem voldoet aan het criterium dat de gevraagde verstrekking is conform de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare benadering volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is in het 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 behandeling bij het gevraagde hulpmiddel 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 op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht 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.

Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is – 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 aangetroffen worden, wordt bewijs 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 betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling

- 7.11. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het glucose-monitoring systeem voor de REAL-Time insulinepomp is door het CVZ in zijn advies van 25 oktober 2007, waarnaar hij in zijn in dit geschil uitgebrachte advies verwijst, uitgevoerd. Het CVZ komt op basis van dat onderzoek tot de conclusie dat nog onvoldoende evidence aanwezig is inzake de meerwaarde van continue (bloed)glucose-monitoring met behulp van implanteerbare sensoren. Dit leidt voor het CVZ tot de eindconclusie dat het aangevraagde glucose-monitoring systeem niet is conform de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie deelt die conclusie, neemt deze over en maakt deze daarmee tot de hare.
- 7.12. Wat betreft de stelling van verzoeker dat het glucose-monitoring systeem, gezien zijn situatie, uit coulance vergoed zou moeten worden, merkt de commissie het volgende op. Zorgverzekeraars zijn vrij coulancevergoedingen zelf vorm te geven aangezien de inhoud daarvan, anders dan voor de zorgverzekeringen, niet wettelijk is bepaald. De commissie is niet bevoegd te oordelen over het coulancebeleid, ongeacht de vraag of dit coulancebeleid wordt gevoerd op basis van de zorgverzekering of op basis van de aanvullende verzekeringen. Dit zou slechts anders kunnen zijn indien de zorgverzekeraar met betrekking tot de vergoeding of verstrekking van hulpmiddelen bij diabetes als de onderhavige een beleid zou voeren waarbij in gevallen die gelijk zijn aan het onderhavige uit coulance of andere overwegingen wel glucose-monitoring systemen zouden worden vergoed of verstrekt. Dat door de zorgverzekeraar zodanig beleid wordt gevoerd is gesteld noch gebleken.

- 7.13. Dat in een aantal gevallen andere zorgverzekeraars het hulpmiddel wel hebben vergoed, maakt het vorenstaande – nog daargelaten dat verzoeker zijn stelling feitelijk ook op geen enkele wijze heeft onderbouwd – niet anders.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 juli 2008,

Voorzitter