

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E beide te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg; CGM Startpakket met sensoren voor continue glucosemeting
Zaaknummer : 2009.02654
Zittingsdatum : 7 april 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.20 en bijlage 3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 5 maart 2009 het verzoek de kosten van een CGM Startpakket met tien extra sensoren te vergoeden (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Topfit 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 5 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de onder 2 omschreven aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 4 december 2009 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 ad € 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 17 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 24 februari 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 25 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010030128) 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 26 maart 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 april 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 8 april 2010 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 bij brief van 12 april 2010 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend internist-endocrinoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Insulineafhankelijke diabetes mellitus. Uitermate adequate patiënte waarbij ondanks goed ziekte-inzicht sprake blijft van wisselende glucose-waarden, met afwisselend hypoglycemieën en hyperglycemieën". Verzekerde krijgt voor haar diabetes continue insulinetherapie met een pomp.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij in het tijdschrift van de Diabetes Vereniging Nederland heeft gelezen dat ziektekostenverzekeraars met enige regelmaat het aangevraagde CGM Startpakket vergoeden. Zij wil ook in aanmerking komen voor de vergoeding van dit CGM Startpakket met de sensoren. Verzoekster wil aan de hand van de metingen de pompinstellingen steeds bijstellen, waardoor haar HBA1c na een jaar gedaald zal zijn en de nare gevolgen van een slechte diabetesregulering zoveel mogelijk beperkt kunnen blijven.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt, dat zij de adviezen van de artsen nauwgezet opvolgt, maar desondanks lukt het niet haar bloedglucose op orde te krijgen. Verzoekster is ervan overtuigd dat de sensoren haar zullen helpen haar bloedglucose op een redelijk niveau te houden, waardoor de kans op gezondheidsschade op de langere termijn wordt gereduceerd. Dit zal ook een kostenbesparing voor de toekomst op-

leveren.

4.4. Verzoekster komt 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 sensoren voor een continue glucosemeting 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 de sensoren geen verzekerde prestatie zijn op grond van de zorgverzekering. Substitutie is op grond van de zorgverzekering niet mogelijk.

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 vergoeden van de kosten van het CGM Startpakket met tien extra sensoren voor continue glucosemeting, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van deel B van de zorgverzekering. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 18:

“Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, opgenomen.”

- 8.3. In artikel 2, lid 3 van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op vergoeding van kosten krachtens de zorgverzekering naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.4. De artikelen 2 lid 3 en 18 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).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 e.v. Rzv, waarbij in dit verband met name artikel 2.20 en bijlage 3 Rzv relevant zijn.
In artikel 2.1 lid 2 Bzv is bepaald dat de inhoud en de omvang van de vormen van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 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
- 9.1. Gelet op de onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. De commissie overweegt dat het geschil zich toespitst op de vraag of de behandeling met sensoren voor continue glucosemeting voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij de beantwoording van de bovenstaande vraag 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.

- 9.4. 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.
- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de behandeling met behulp van sensoren voor continue glucosemeting in een situatie als de onderhavige is door het CVZ in zijn advies van 25 maart 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.6. Ten aanzien van de stelling van verzoekster, dat het gebruik van de sensoren voor continue glucosemeting in de toekomst de nare gevolgen van een slechte diabetesregulering zo veel mogelijk kan beperken, hetgeen de ziektekostenverzekeraar een besparing oplevert, overweegt de commissie als volgt. Een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel en alleen worden toegewezen als de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is. Dit laatste betekent dat bij de beoordeling van het geschil geen ruimte is voor de vraag of de gewenste behandeling in de toekomst een mogelijke beperking van de klachten en daaruit voortvloeiende besparing voor de ziektekostenverzekeraar oplevert.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De zorgverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 april 2010,

Voorzitter