



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Geneeskundige zorg, testmateriaal voor diabetes, aanvragen machtiging
Zaaknummer : 201601616
Zittingsdatum : 7 december 2016

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 sub o en 2.22 Rzv)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

 tegen

Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

-  2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

-  3.1. Verzoeker dient ieder jaar een machtiging aan te vragen bij de zorgverzekeraar voor het verkrijgen van testmateriaal in verband met diabetes. Hij heeft hierover bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend en verzocht een doorlopende machtiging af te geven. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 4 juli 2016 aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt ter zake te handhaven.
-  3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
-  3.3. Bij e-mailbericht van 18 augustus 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar een doorlopende machtiging dient te verstrekken voor het verkrijgen van testmateriaal in verband met diabetes (hierna: het verzoek).
-  3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
-  3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 november 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 12 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

-  3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
-  3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker is bekend met diabetes type I. In verband met wisselende bloedsuikerwaarden gebruikt hij testmateriaal. Ieder jaar vraagt de leverancier van deze hulpmiddelen, die handelt namens de zorgverzekeraar, om een nieuwe machtiging, waarvoor een onderbouwing nodig is van de behandelend internist. Omdat verzoeker chronische diabetes heeft en daarom doorlopend is aangewezen op testmateriaal, begrijpt hij niet waarom de zorgverzekeraar het nodig acht dat jaarlijks een nieuwe machtiging wordt afgegeven.
-  4.2. De zorgverzekeraar verwijst weliswaar naar afspraken die hij heeft gemaakt met de leverancier, maar verzoeker is hieraan niet gebonden. Hetzelfde geldt voor de 'Richtlijn Zelfcontrole Diabetes'. Deze richtlijn richt zich tot diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners. Verzoeker heeft slechts te maken met zijn eigen behoefte en met hetgeen zijn arts hem voorschrijft. De zorgverzekeraar stelt zonder enige onderbouwing dat meerverbruik van testmateriaal niet chronisch is. Verzoeker heeft echter al jarenlang telkens een machtiging nodig. Het meerverbruik is derhalve van langdurige aard en gebeurt op voorschrift van de behandelend arts. De zorgverzekeraar heeft niet in de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen welk maximum aan testmateriaal wordt gehanteerd, en kan zich daarom ook niet op dit maximum beroepen. Voorts is verzoeker van mening dat het ongepast is dat de zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat iemand tijdelijk wisselende bloedwaarden kan hebben. Verzoeker weet uit eigen ervaring en uit die van bevriende diabetici dat het leven in het teken staat van wisselende bloedwaarden.
-  4.3. De zorgverzekeraar heeft tijdens de procedure bij de commissie de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen 2016' aangehaald. Verzoeker heeft deze voorwaarden niet ontvangen. In het in de brief van de zorgverzekeraar geciteerde gedeelte van het 'Reglement hulpmiddelen 2016' is een gebruiksnorm genoemd met vier categorieën. Het onderscheid tussen de categorieën twee en drie is echter onredelijk. Diabetici die drie of meer injecties per dag gebruiken zijn geen andere diabetici dan degenen die een insulinepomp gebruiken. Vaak gaat het om een keuze van de diabeet. Daarom is het onbegrijpelijk dat in categorie drie meer strips zijn genormeerd dan in categorie twee.
-  4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de onderbouwing van het standpunt van de zorgverzekeraar in de loop van de procedure is gewijzigd. Daarom ligt het in de rede dat het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker wordt vergoed. Verder heeft verzoeker toegelicht dat Mediq nu zijn leverancier is, en dat deze van hem geen machtiging voor het meerverbruik verlangt.
-  4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar maakt met de door hem gecontracteerde leveranciers afspraken over het te verstrekken testmateriaal. Voor verzekerden die drie of meer insuline injecties per dag gebruiken, worden maximaal 400 teststrips per drie maanden verstrekt. Deze aantallen zijn afgeleid van de 'Richtlijn Zelfcontrole Diabetes', die is opgesteld door de beroepsvereniging voor diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners met als aandachtsgebied diabetes (EADV) en de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).
Het kan zijn dat iemand tijdelijk wisselende bloedwaarden heeft, waardoor meer moet worden getest, zodat het verbruik tijdelijk hoger ligt. De diabetesverpleegkundige moet in een dergelijk geval een gemotiveerde aanvraag indienen voor extra testmateriaal. De machtiging die wordt gegeven, geldt voor zes maanden. Alleen als blijkt dat de situatie onveranderd blijft, bijvoorbeeld omdat iemand slecht is in te stellen of last heeft van sterke schommelingen, kan een machtiging worden gegeven tot het einde van het jaar. Een machtiging wordt nooit voor langer dan een jaar verstrekt.
- 5.2. De leverancier heeft de verantwoordelijkheid aan te tonen dat meerverbruik van testmateriaal doelmatig is, en legt een en ander vast in het patiëntendossier. De zorgverzekeraar toetst vervolgens op de maximum- of normaantallen. Indien deze worden overschreden, wordt de leverancier gevraagd om een onderbouwing. Zonder goede onderbouwing wordt het bedrag dat is verbonden aan het hogere verbruik van de leverancier teruggevorderd.
Diabetes is een chronische ziekte, maar dit betekent niet dat het meerverbruik van testmateriaal ook doorlopend noodzakelijk is. Bij de meeste patiënten is dit meerverbruik van tijdelijke aard. In de situatie van verzoeker is een machtiging voor langer dan een jaar niet mogelijk.
- 5.3. De gebruiksnorm voor teststrips is vastgelegd in artikel 4.13 van het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar. Uit het Reglement volgt ook dat meerverbruik alleen is toegestaan als dit medisch gezien noodzakelijk is. Dit reglement maakt deel uit van de voorwaarden van de zorgverzekering. Derhalve is verzoeker met het aangaan van de verzekering gebonden aan de bepalingen van dit reglement. Het gaat derhalve niet om afspraken tussen de zorgverzekeraar en de apotheek.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat de regelgeving een gegeven vormt. De discussie is ontstaan omdat verzoeker chronisch meerverbruik van teststrips heeft. Dit vormt op zich al een uitzondering. In casu is het meerverbruik overigens altijd vergoed. Verzoeker stelt dat hij het toepasselijke reglement niet kent. Dit staat echter op de website van de zorgverzekeraar. Een en ander kan privaatrechtelijk zo worden geregeld, met een verwijzing in de voorwaarden naar de website. Bovendien is de NZa hiermee akkoord.
De landelijke partijen hebben de indeling van diabetici in categorieën bedacht, en de zorgverzekeraar heeft deze indeling overgenomen.
Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar zijn standpunt lopende de procedure heeft gewijzigd, merkt de zorgverzekeraar op dat het niet gaat om een wijziging, maar om een aanvulling van zijn standpunt.

- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden verzoeker een doorlopende machtiging te verstrekken voor het verkrijgen van testmateriaal in verband met diabetes, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 onder het kopje 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 4 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;*
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;*
- c een eventueel reservehulpmiddel.*

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen.

Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden Basisverzekering'. (...)"

- 8.4. Artikel 4.13 van het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"4.13 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

Artikel regeling: 2.6 sub o verder uitgewerkt in 2.22 (...)

Insulinepomp met toebehoren in geval van insulineafhankelijkheid, injectiepenningen, apparatuur om zelf bloed af te nemen:

bloedglucosemeter, inclusief de noodzakelijke teststrips en inclusief eventueel noodzakelijke toebehoren. (...)

Toestemming nodig? *Nee, u kunt direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier.*

Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig (...)

Gebruiksnorm*

** De behandelend arts, praktijk-ondersteuner huisarts of diabetesverpleegkundige van het ziekenhuis bepaalt het gebruik*

- 
- 1 Diabetici die 1 tot 2 insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 100 teststrips per 3 maanden
- 
- 2 Diabetici die 3 of meer insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 400 teststrips per 3 maanden
- 
- 3 Insulinepompgebruikers, kinderen tot 18 jaar en zwangeren krijgen maximaal 1.800 teststrips per jaar
- 4 Zwangerschapsdiabetes 400 teststrips tijdens de duur van de zwangerschap
- Diabetici die zijn uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en geïndiceerd zijn voor instelling op insuline, krijgen eenmalig honderd teststrips in afwachting van de instelling op insuline. (...)"

8.5. Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:



"(...) U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent."

8.6. De artikelen 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, 4 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering en 4.13 van het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel is geregeld in artikel 2.6 sub o Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.22 Rzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Gelet op artikel 4.13 van het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar bestaat aanspraak op maximaal 400 teststrips per drie maanden. De behandelend arts, praktijk-ondersteuner, huisarts of diabetesverpleegkundige bepaalt het gebruik. Met het afsluiten van de zorgverzekering is verzoeker gebonden aan dit reglement.

Verzoeker heeft zich beroepen op onbekendheid met genoemd artikel. Dienaangaande overweegt de commissie aldus. Verzoeker heeft in een eerdere fase van de procedure aangevoerd dat in de voorwaarden van de zorgverzekering geen bepaling is opgenomen omtrent het maximum aantal strips. Kennelijk is verzoeker dus in het bezit van voorwaarden, dan wel heeft hij hiervan kennis genomen via de website van de zorgverzekeraar. Voor zover hij het bepaalde in artikel 4.13 van het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekering hierbij over het hoofd heeft gezien, kan dit de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Uit de stukken volgt dat verzoeker, op voorschrift van zijn behandelend arts, meer teststrips gebruikt dan de in het reglement gestelde norm van 400 teststrips per drie maanden. Hiervoor ontvangt hij een jaarlijkse machtiging van de zorgverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de zorgverzekeraar gehouden is een doorlopende machtiging aan verzoeker te verstrekken. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Gelet op de Nota van toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv is de doelmatigheidstoets voorbehouden aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft dit verwoord in artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Hij mag op basis hiervan beoordelen of een verzekerde is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst. Indien een verzekerde afwijkt van de norm die door de zorgverzekeraar is gesteld, moet aan deze toestemming worden gevraagd. Aangezien de zorgverzekering wordt aangegaan voor de duur van een jaar, ligt het voor de hand dat geen doorlopende machtigingen worden verstrekt. De doelmatigheid kan immers door een opvolgende verzekeraar anders worden beoordeeld. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij al jarenlang een machtiging krijgt voor meerverbruik van testmateriaal, en dat zijn situatie in de toekomst ongewijzigd blijft. Verder heeft hij de ervaring dat dit bij andere diabetici het zelfde is. De zorgverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat diabetes weliswaar een chronische aandoening is, maar dat het bestaan van wisselende bloedsuikerwaarden niet een constante hoeft te zijn. Wat hiervan ook zij, kennelijk kunnen de meeste verzekerden die bekend zijn met diabetes uit met 400 teststrips per drie maanden. Aangezien verzoeker een uitzondering op deze regel is, zijn zijn situatie zou kunnen wijzigen, en de verzekering als gezegd wordt aangegaan voor de duur van een jaar, mag de zorgverzekeraar in het kader van de beoordeling in de doelmatigheid verlangen dat ieder jaar opnieuw een machtiging wordt gevraagd, met een onderbouwing door de behandelend internist van de reden voor het afnemen van een hoger aantal teststrips dan de in het reglement vastgestelde norm.
- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat de zorgverzekeraar lopende de procedure zijn standpunt heeft gewijzigd, zodat het entreegeld van € 37,- aan hem moet worden vergoed. Dienaangaande overweegt de commissie dat de zorgverzekeraar zich in de heroverweging van 4 juli 2016 en de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 10 augustus 2016 bij zijn afwijzing heeft beroepen op de 'Richtlijn Zelfcontrole Diabetes'. In de brief aan de commissie van 28 oktober 2016 worden de relevante artikelen uit de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen 2016' genoemd. Aangezien met betrekking tot het maximum aantal teststrips in het reglement het zelfde is bepaald als in de 'Richtlijn Zelfcontrole Diabetes', betreft de brief van 28 oktober 2016 geen wijziging van het standpunt, maar een uitwerking hiervan dan wel een aanvulling hierop. Om die reden heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van het entreegeld van € 37,-. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

- 9.4. 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 december 2016,

A.I.M. van Mierlo