

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, Paradigm Real Time® continue glucosemeting, sensoren
Zaaknummer : 2010.01377
Zittingsdatum : 1 december 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 sub n en 2.20 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op Paradigm Real Time® continue glucosemeting (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor een machtiging gegeven. Bij brief van 14 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de machtiging werd stopgezet. Bij brief van 11 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de machtiging alsnog wordt voortgezet tot en met 31 december 2010.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de beëindiging van de vergoeding met ingang van 1 januari 2011, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt 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 14 augustus 2010 heeft verzoeker 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, de aanvullende ziektekostenverzekering of op basis van de afgegeven machtiging (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 oktober 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 oktober 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 22 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010128487) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie van verzoeker voor continue glucosemeting, aangezien het standpunt van het CVZ met ingang van 13 oktober 2010 is gewijzigd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 november 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De door verzoeker overgelegde verklaring van de internist is naar de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de vraag te onderzoeken of verzoeker een indicatie heeft voor de sensoren onder de voorwaarden van het herziene CVZ-advies. Bij brief van 23 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat verzoeker tot de groep patiënten behoort die in aanmerking komt voor de continue glucosemeting met sensoren, en dat de daaraan verbonden kosten vallen onder de medisch specialistische zorg.
- 3.11. Bij brief van 7 januari 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 12 januari 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat de machtiging zonder beperkingen of aanvullende voorwaarden geldt voor onbepaalde tijd. De machtiging maakt deel uit van de contractafspraken met de ziektekostenverzekeraar. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de reden voor het afgeven van de machtiging, namelijk kostenoverwegingen, niet meer aan de orde is, is onjuist. Bij de berekening van de ziektekostenverzekeraar is geen rekening gehouden met de reële gebruikskosten van verzoeker. Als gevolg van het plotseling ingenomen standpunt van de ziektekostenverzekeraar was hij tijdelijk verstoken van de CGM. Dit heeft tot grote medische problemen geleid, omdat verzoeker

niet in staat was de CGM op korte termijn op eigen kosten te bestellen. In die tijd diende verzoeker extra controles uit te voeren, hetgeen heeft geleid tot extra bestellingen van bloedglucosestrips. De kosten van de continue glucosemeting bedragen € 46,-- per sensor en € 350,-- per minilink. De sensor gaat zes dagen mee, en de minilink een jaar. De kosten bedragen daarom jaarlijks $365/6 \times € 46 + € 350 = € 3.148,33$, en niet de door de ziektekostenverzekeraar genoemde veel hogere bedragen. Door het gebruik van dit systeem zijn dagelijks achttien teststrips minder nodig, hetgeen leidt tot een besparing van $365 \times 18 \times € 0,63 = € 4.139,10$. In totaal bespaart de ziektekostenverzekeraar daarom € 990,77 per jaar.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij voldoet aan de in het CVZ-advies genoemde voorwaarden voor vergoeding van de sensoren. Hij tekent hierbij aan dat het ziekenhuis niet de voorzieningen heeft om de sensoren te betalen. Volgens de medisch specialist die verzoeker heeft geraadpleegd, is de DBC-structuur niet geschikt voor de vergoeding van sensoren.

- 4.3. Verzoeker 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 dat de machtiging coulancehalve is afgegeven en dat hij deze daarom mag intrekken. Daarbij is een redelijke overgangstermijn getroffen. Bovendien is de machtiging destijds uit kostenoverwegingen afgegeven. De sensoren blijken echter achteraf niet goedkoper te zijn dan de teststrips. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat verzoeker gedurende een periode meer testmateriaal nodig had. Uit telefonische informatie van Medtronic blijkt dat de kosten van een doos sensoren van tien stuks € 457,60 bedragen. Medtronic meldde dat over de periode 4 december 2008 tot en met 21 mei 2010 vier maal een aantal dozen sensoren is geleverd, in totaal 130 stuks. De totale kosten van de sensoren bedroegen in zes maanden daarom € 5.948,--. De vergoeding voor de alternatieve teststrips ligt vele malen lager.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker naar verwachting een indicatie heeft volgens het herziene CVZ-advies. De ziektekostenverzekeraar is in onderhandeling met de ziekenhuizen ter vaststelling van de tarieven. Verzoeker zal conform de toezegging tot het einde van het jaar vergoeding van de sensoren ontvangen. Voor de periode daarna moet de indicatie nog worden onderzocht.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet- gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie) verstrekt [de ziektekostenverzekeraar] in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] kunt u vinden welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt. (...)”

Het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] regelt dat aanspraak bestaat op:

“draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren”

- 8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. De aanspraak op hulpmiddelen bij diabetes is geregeld in de artikelen 2.6 sub n en 2.20 Rzv.
- 8.5. 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. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar in vervolg op de hoorzitting de commissie medegedeeld dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden voor de Paradigm Real Time® continue glucosemeting zoals gesteld in het CVZ-advies van 13 oktober 2010, zodat hij na de genoemde datum voor het gevraagde in aanmerking komt, ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

9.2. De commissie stelt vast dat niet langer een geschil bestaat over de vergoeding van de Paradigm Real Time® continue glucosemeting na 13 oktober 2010 ten laste van de zorgverzekering.

10. Het bindend advies

10.1. Gelet op het vorenoverwogene dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van de Paradigm Real Time® continue glucosemeting na 13 oktober 2010 ten laste van de zorgverzekering aan verzoeker te vergoeden.

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

Zeist, 2 februari 2011,

Voorzitter