

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en D te F
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, bloedglucosemeter en diabetes testmateriaal
Zaaknummer	: 2009.00015
Zittingsdatum	: 17 juni 2009

Zaak: 2009.00015 (Hulpmiddelenzorg, bloedglucosemeter, diabetes testmateriaal)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 en 2.20 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

C en D te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 7 november en 22 december 2008 de aanvraag voor een bloedglucosemeter en diabetes testmateriaal af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus en Tandarts afgesloten, waarvan de laatste in het vervolg buiten beschouwing blijft (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend internist heeft aanvankelijk bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "recidiverende hypoglycaemieën". Naar aanleiding van deze diagnose heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van "glucosestrips". Kort daarop is vanuit de Polikliniek Diabeteszorg van het Albert Schweitzer-ziekenhuis door de diabetesverpleegkundige een aanvraag gedaan voor een bloedglucosemeter, lancetten en stripjes. Een derde aanvraag volgde op 4 november 2008. Als diagnose wordt vermeld: "Dumping syndroom na B2 maagresectie i.v.b.m. GIST. Nu regelmatig hypo's." Verzocht werd om verstrekking van een glucosemeter. Op basis van de verschillende aanvragen kan worden geconcludeerd dat deze betrekking hebben op een bloedglucosemeter en diabetes testmateriaal, te verstrekken ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 7 november en 22 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat diens aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medege-

deeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 10 maart 2009 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, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 27 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 mei 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld, dan wel diabetes die nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en waarbij behandeling met insuline wordt overwogen. Verzoeker heeft geen indicatie voor het gevraagde. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 mei 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 18 juni 2009 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 25 juni 2009 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij weliswaar niet kampt met diabetes, maar dat de verschijnselen identiek zijn. Zo heeft ook hij ernstige hypo's. De laagst gemeten waarde is 1,9. Verzoeker is inmiddels arbeidsongeschikt bevonden.

- 4.2. Met behulp van de bloedglucosemeter en het testmateriaal kan verzoeker hypo's ondervangen en kan hij na een hypo controleren of hij zich weer onder de mensen kan begeven. De aangevraagde hulpmiddelen maken het leven voor hem weer leefbaar.
- 4.3. Het bevreemdt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar het dure geneesmiddel Sandostatine® – ter behandeling van sterke schommelingen in het bloedsuikergehalte – wel vergoedt, maar de hulpmiddelen voor de signalering daarvan niet. Uit de bijsluiter bij het geneesmiddel blijkt de noodzaak van een regelmatige controle op de bloedsuikers. Het kan volgens verzoeker niet zo zijn dat hij zich daartoe meermalen per dag bij zijn huisarts moet vervoegen.
- 4.4. Verzoeker vermeldt dat er nog circa 200 patiënten zijn met vergelijkbare verschijnselen. Slechts 2 percent daarvan kampt met hypoglycemieën. Hij meent dat ook voor hen een oplossing moet worden gevonden en beroept zich op de redelijkheid en billijkheid.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker nog aangevoerd dat hij van het ziekenhuis meetapparatuur ter beschikking heeft gekregen en dat het verzoeker thans alleen nog om de vergoeding van de staafjes gaat.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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, en onder verwijzing naar het Reglement Hulpmiddelen, dat alleen aanspraak bestaat op een bloedglucosemeter en testmateriaal als sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld of indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en de behandeling met insuline wordt overwogen. Van geen van beide gevallen is bij verzoeker sprake.
- 5.2. Er zijn andere patiëntengroepen voor wie het raadzaam is de bloedglucosewaarden regelmatig te controleren, doch ook voor hen geldt dat zij geen aanspraak kunnen maken op een bloedglucosemeter of diabetes testmateriaal. Indien verzoeker daarvoor wel in aanmerking zou komen, zou dit leiden tot een ongewenst precedent.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat indien regelmatig testen bij het middel Sandostatine® noodzakelijk is, dit op eigen rekening plaats dient te vinden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op een bloedglucosemeter en diabetestestmateriaal ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. Genoemd artikel bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“lid 1

Aanspraak bestaat op verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via de internetsite van de zorgverzekeraar en wordt u desgevraagd toegezonden.”

Het Reglement Hulpmiddelen luidt, voor zover in dit kader van belang, aldus:

“3.14 Hulpmiddelen bij diabetes als bedoeld in artikel 2.20 van de Regeling

3.14.1 Diabetesmaterialen (artikel 2.20 lid 1 sub a en b)

Omschrijving aanspraak

1. U kunt aanspraak maken op:

- a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
- b. bloedglucosetestmeter, indien u aangewezen bent op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips.

De aanspraak omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering indien u redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

Voorwaarden aanspraak

2. *De aanspraak bestaat alleen wanneer er 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.*

(...)”

- 7.3. Artikel 33 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 7.4. 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 en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 en 2.20 Rzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoeker niet voldoet aan de in artikel 3.14.1 van het Reglement Hulpmiddelen opgenomen indicatie-eisen. Dat zijn behandelend medisch-specialisten en de diabetes verpleegkundige verstrekking van de onderhavige hulpmiddelen noodzakelijk achten, maakt het voorgaande niet anders. Een medische indicatie levert namelijk niet per definitie ook een verzekeringsindicatie op. Nu de glucosemeter zelf door het ziekenhuis ter beschikking wordt gesteld, is de vergoeding hiervan niet langer in geschil.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het de zorgverzekering betreft, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Voor zover in dit kader relevant, is in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering het volgende opgenomen:

“5.18. Teststrips diabetespatiënten

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover deze van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. u bent diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline;*
- b. (...)*

- 7.9 Nu verzoeker geen diabetespatiënt is, voldoet hij niet aan de in artikel 5.18. gestelde voorwaarden. Dat hij in belangrijke mate dezelfde symptomen heeft als een diabetespatiënt, namelijk in de vorm van hypo's, maakt dit niet anders.
- 7.10 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het betrekking heeft op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.

Werking privaatrecht

- 7.11 Verzoeker heeft gesteld dat naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid de aanspraak dient te worden toegewezen. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt. Verzoeker kampt met een aandoening waarin de polis, waar het gaat om de hulpmiddelenzorg, niet voorziet. Dat deze aandoening ernstig is, valt mede op te maken uit het feit dat het ziekenhuis waar verzoeker wordt behandeld de meetapparatuur ter beschikking heeft gesteld. Dit onderdeel van het geschil kan om die reden verder buiten beschouwing blijven. Zoals door verzoeker is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet, althans onvoldoende is bestreden, gebruikt verzoeker gemiddeld drie teststrips per week. De kosten hiervan bedragen circa € 1,-- per strip. Verzoeker heeft aannemelijk gemaakt dat het hem voorgeschreven geneesmiddel Sandostatine teneinde zijn werking te hebben moet worden toegediend als sprake is van een stabiel bloedsuikergehalte. Het controleren daarvan met behulp van de meetapparatuur en de teststrips kan daartoe aangewezen zijn. Onder de gegeven omstandigheden is de commissie van oordeel dat naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid overeenkomstig artikel 6: 248 lid 1 BW de ziektekostenverzekeraar de kosten van de

noodzakelijke teststrips dient te vergoeden, waarbij de commissie vooralsnog uitgaat van een gemiddeld gebruik op jaarbasis van drie teststrips per week.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het bepaalde onder overweging 7.11. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 15 juli 2009,

Voorzitter