

Betreft: Bredere vergoeding CGM

Zijne Excellentie,
Geachte prof. dr. Kuipers,

Dank voor uw reactie op onze brief betreffende bredere vergoeding CGM en de aandacht waarmee deze is geschreven.

U onderschrijft het belang van de inzet van technologie in uw brief en geeft daarbij aan dat de dynamische ontwikkelingen om een waakzaam oog vragen betreffende de noodzaak en meerwaarde van deze technologie. Daarbij refereert u aan de recent uitgebrachte richtlijn van internisten, en een situatie waarin de functionaliteiten van verschillende systemen op elkaar lijken.

Gezien de, door u benoemde, dynamische ontwikkelingen en de vele bezorgde signalen die wij krijgen vanuit onze achterban en van zorgverleners, brengen wij u middels deze brief graag op de hoogte van de nieuwste wetenschap en enkele zorgen die wij hebben.

Noodzaak

De noodzaak blijft onverminderd groot. Mensen met diabetes type 1 overlijden 13 jaar eerder, aldus Nivel¹. Een meerderheid van de mensen haalt zijn behandelstreefdoel niet². En veel mensen gaan gebukt onder 'diabetes distress'³; emotionele problemen, angsten en uitputting die gepaard gaan met diabetesmanagement. Allemaal zaken die grotendeels voorkomen kunnen worden met de inzet van passende zorg in de vorm van diabetestechologie.

Nieuw wetenschappelijk bewijs & richtlijn

Graag vragen wij uw aandacht voor het volgende. De richtlijn van de internisten, waar u ook aan refereert, is gebaseerd op een meta-studie die is gepubliceerd in 2020. De meest recente studie in deze meta-studie is gepubliceerd in 2018, inmiddels 4 jaar geleden. De meest recente studie die kijkt naar Hybrid Closed Loop systemen stamt zelfs uit 2015. Deze richtlijn doet geen recht aan de dynamische ontwikkelingen van de diabetestechologie.

Inmiddels zijn er vele nieuwe studies gepubliceerd, deze zijn gebundeld in overzichten door het Diabetes Fonds⁴.

Hierin staan ook nieuwe publicaties die voldoen aan de zoekcriteria voor de betreffende richtlijn. Wij hebben dit overzicht eerder aan het Zorginstituut verstuurd, maar het is ons niet duidelijk in hoeverre het Zorginstituut hiernaar gekeken heeft.

¹ Nivel: *Mensen met diabetes type 1 overlijden 13 jaar eerder; complicaties tijdig aanpakken kan kwaliteit van leven verhogen*: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/mensen-met-diabetes-type-1-overlijden-13-jaar-eerder-complicaties-tijdig-aanpakken-kan>

² Zorginzicht: *Openbare Data 2019 - % mensen met diabetes met een laatst gemeten HbA1C <58 mmol/L* <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-ziekenhuizen-en-zelfstandige-behandelcentra---medisch-specialistische-zorg>

³ Diabetes Miles: *Lijst met artikelen over Diabetes Distress*: <https://diabetesmiles.org.au/journal-articles/>

⁴ Diabetes Fonds: *Brede sensorvergoeding, bewijzen vanuit onderzoek (maart 2022)* <https://www.diabetestype1.nl/artikel/brede-sensorvergoeding-de-bewijzen-vanuit-onderzoek>

Methode van beoordelen wetenschap

Wij vinden de methodes waarop wetenschap over Medische Technologie beoordeeld wordt niet passend. Zo worden in de richtlijnontwikkeling bijvoorbeeld alleen RCT's geïnccludeerd, terwijl medische technologie zich juist bij diabetes in de complexiteit van real life omstandigheden kan bewijzen. Ook kan onderzoek vaak niet geblindeerd uitgevoerd worden, omdat medische technologie nu eenmaal niet te verhullen is en gebruikt moet worden. Het Engelse NICE heeft de GRADE systematiek in hun onlangs verschenen richtlijn over rtCGM daarom aangepast op de technologische (on)mogelijkheden⁵, iets wat we in Nederland vooralsnog niet doen.

Functionaliteit van de systemen

U schetst een situatie waarin de functionaliteiten van verschillende systemen op elkaar lijken. Naar onze mening is deze situatie reeds aangebroken. Immers het enige verschil tussen de systemen is de (kunstmatige) handeling om de sensordata te zien te krijgen. Er zijn rtCGM systemen met dezelfde kostprijs als FGM systemen die momenteel niet vergoed kunnen worden voor een brede groep mensen. Wij zijn daarom van mening dat dit het moment is om de indicatiecriteria te verruimen en het aan de zorgaanbieders over te laten om diabetestechologie, zoals rtCGM en Hybride Closed Loop systemen, doelmatig voor te schrijven.

Wij danken u hartelijk voor uw aandacht en vragen u met deze nieuwe informatie de situatie nogmaals te overwegen.

Uiteraard zijn wij zeer graag bereid een en ander aan u toe te lichten. U kunt contact opnemen met Orietta Koster, oprichter Sensorvergoeding.nl en Ties Obers, beleidsmedewerker Diabetesvereniging Nederland. Onderaan de brief vindt u hun contactgegevens.

Hoogachtend,

Mr. drs. Edith Mulder
Directeur Diabetesvereniging Nederland

Mw. Orietta Koster
Oprichter Sensorvergoeding.nl

Mw. drs. Diena Halbertsma
Algemeen directeur Diabetes Fonds

Mw. Ingrid Wiechers
Directeur Stichting JDRF Nederland

Dhr. Peter van Delft
Algemeen directeur Diabeter

Mw. Anne Jacobs
Voorzitter Stichting ééndiabetes

Dr. Henk-Jan Aanstoot
Kinderarts en Diabetoloog Diabeter

Mw. Floor Dijkgraaf
Directeur Stichting DON

Dhr. Bas van de Goor
Directeur Bas van de Goor Foundation

Dhr. Cas de Heus
Voorzitter Diabetes+

⁵ NICE: Guideline NG17, Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management, p. 36
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng17/documents/evidence-review>

Contactpersonen:

Orietta Koster
Oprichter Sensorvergoeding.nl
p/a Blaak 6
3011TA Rotterdam
info@sensorvergoeding.nl
06-11344630

Ties Obers
Beleidsmedewerker Diabetesvereniging Nederland
Fokkerstraat 17
3833LD Leusden
t.obers@dvn.nl
06-82750811

