



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, continue glucose monitoring (CGM)
Zaaknummer : 201701637
Zittingsdatum : 20 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016-2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, 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 Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was in 2016 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Univé Extra Zorgpolis Beter en in 2017 de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Univé Tand Beter Pakket (2016) en Tand Beter (2017) zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op sensoren voor de continue glucose monitoring (CGM) (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 16 januari 2016 en 26 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing 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 7 februari 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de sensoren ten behoeve van de CGM te vergoeden, 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 is in de gelegenheid gesteld zijn standpunt kenbaar te maken. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten dit te doen binnen de daartoe door de commissie gestelde termijn.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 22 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018020296) de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, waarbij deze rekening dient te houden met de indicatie uitbreiding per 7 juni 2017. Op basis daarvan dient de ziektekostenverzekeraar na te gaan of verzoeker naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op CGM. De commissie heeft besloten het advies op te volgen en heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 23 mei 2018 opdracht tot het nader onderzoek gegeven. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is per gelijke post aan partijen gezonden. De ziektekostenkostenverzekeraar heeft geen nader onderzoek verricht.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 juni 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld een meer recenter verklaring van zijn behandelend arts over te leggen waarin deze duidelijk uitlegt of bij verzoeker sprake is van een indicatie voor CGM. Bij brief van 3 juli 2018 heeft verzoeker de gevraagde verklaring overgelegd. Een afschrift van deze verklaring is op 5 juli 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 17 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 18 juli 2018 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Bij brief van 18 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 augustus 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het voorlopig advies. Wel merkt de medisch adviseur van het Zorginstituut op dat hij ook uit de aantekeningen van de hoorzitting en de nadien overgelegde stukken niet kan opmaken of verzoeker voldoet aan de indicatiecriteria voor CGM. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is op 10 augustus 2018 ter kennisname aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend medisch specialist heeft op 6 september 2016 over verzoeker verklaard: *"In een aantal brieven heb ik u aangegeven dat wij te maken hebben met iemand met type 1 diabetes mellitus die een geïmplanteerde insulinepomp heeft. [Verzoeker] moet frequent controleren en heeft desondanks bij een goed in de gaten houden van zijn leefstijl onverklaarbare wisselende glucose met waarden tussen veel te laag en veel te hoog. Hij heeft deze lage waarden ook niet in de gaten, kortom hij heeft een hypoglycemia unawareness. Iets wat voor deze man en zijn omgeving buitengewoon vervelend is. Bovendien kan dit een potentieel gevaar zijn als hij aan het verkeer deelneemt en op het moment dat hij in een auto rijdt. Bij een hypoglycemie zou hij andere weggebruikers kunnen beschadigen. Mijn laatste brief aangaande deze situatie dateert van 7 oktober 2014. We zijn inmiddels bijna 2 jaar verder en ik zou wederom er op willen aandringen om voor deze man een continue glucoseregistratie te vergoeden. Ik realiseer mij dat iedere keer weer*

het argument wordt gegeven dat wij dit vanuit het ziekenhuis moeten vergoeden. Zolang echter door zorgverzekeraars een dusdanige schamele toewijzing wordt gedaan van de mogelijkheden voor een dergelijk buitengewoon belangrijk hulpmiddel voor mensen zoals [verzoeker] zijn wij niet in staat de gepaste zorg te leveren aan mensen die dit nodig hebben. Schuift u dus niet af op de ziekenhuizen, dit is gewoon een kwestie van te weinig budget ter beschikking stellen voor een essentieel onderdeel van de begeleiding van [verzoeker].

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verschillende gronden aangevoerd ter onderbouwing van zijn standpunt dat de door verzoeker ingediende declaraties niet voor vergoeding in aanmerking komen. In dit kader wijst verzoeker op het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 16 december 2014 (ECLI:NL:GHAMS:2014:5549), waaruit blijkt dat het een verzekeraar niet vrij staat steeds nieuwe dekkingsverweren aan te voeren. Verzoeker merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar in de eerste plaats heeft besloten de ingediende declaratie voor de sensoren niet te vergoeden, omdat hij zich niet tot een gecontracteerde leverancier heeft gewend. Verzoeker heeft zich vervolgens tot een gecontracteerde leverancier gewend en aldaar de sensoren aangeschaft. Toen bleek echter dat niet de juiste afwijgrond was gehanteerd.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft zich vervolgens namelijk er opberopen dat de CGM en de sensoren enkel voor vergoeding in aanmerking komen als een medisch specialist hiervoor een indicatie stelt, de CGM en de sensoren door het ziekenhuis worden verstrekt en de kosten hiervan door middel van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) door het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd. Het ziekenhuis heeft aan verzoeker evenwel medegedeeld dat het budget op is. Dit doet vermoeden dat het budget dat door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis werd verstrekt niet toereikend was. Toch bestaat ook dan aanspraak op de CGM en de sensoren ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen aanspraak kan worden gemaakt op de 'losse' verstrekking van sensoren. Aangezien de ziektekostenverzekeraar eerder de 'losse' sensoren die verzoeker had aangeschaft heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering, is deze stelling van de ziektekostenverzekeraar kennelijk onjuist. Overigens is de ziektekostenverzekeraar ook op deze standpunten teruggekomen. Het ziekenhuis beweerde namelijk dat verzoeker zich niet aan de afspraken hield die horen bij het gebruik van de CGM en dat hij om die reden hiervoor niet langer in aanmerking kwam. Dit laatste is door verzoeker betwist en betreft bovendien iets tussen hem en het ziekenhuis, zodat dit voor de ziektekostenverzekeraar hoe dan ook geen reden kan zijn het verzoek af te wijzen.
- 4.4. Verder merkt verzoeker op dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar, dat de CGM in het kader van medisch-specialistische zorg wordt verstrekt, in lijn is met het standpunt dat het College voor zorgverzekeringen op 1 november 2010 heeft uitgebracht. Hierin wordt gesteld dat de CGM voor drie patiëntengroepen onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg valt, te weten kinderen met diabetes type 1, zwangere vrouwen met bestaande diabetes, en volwassenen met een slecht ingestelde diabetes type 1, waarbij ondanks de standaard controle sprake is van een blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol). In het jaar dat het CVZ zijn standpunt heeft uitgebracht heeft de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) een indicatieprotocol gepubliceerd voor vergoeding van CGM. Dit indicatieprotocol is opgenomen als bijlage bij het CVZ-standpunt. Om na te gaan of het CVZ-standpunt in de praktijk wordt gevolgd, inclusief geprotocolleerde indicatiestelling en toepassing van CGM waarvoor het NDF-protocol is aangeraden, is nadien in opdracht van het Zorginstituut een evaluatie uitgevoerd. De bevindingen van deze evaluatie zijn op 6 juli 2016 gepubliceerd in het rapport 'Evaluatie Standpunt Continue Glucose Monitoring'. Uit het rapport blijkt dat het CVZ-standpunt leidend is voor de vergoeding van CGM, maar dat in de praktijk ook het NDF-indicatieprotocol wordt toegepast. Indicaties waarvoor in de praktijk wel CGM wordt toegekend, hoewel deze niet zijn opgenomen in het CVZ-standpunt, zijn met name hypoglycaemie, hypo-unawareness, langdurige onvoldoende glucose-regulatie en zwangerschapswens bij vrouwen met bestaande diabetes. Uit het rapport blijkt tevens dat alle zorgverzekeraars van mening zijn dat als de medische onderbouwing laat zien dat een patiënt baat heeft bij CGM-behandeling en alle andere behandelingsmethoden niet tot

het gewenste resultaat leiden, ruimere inzet van CGM een reële optie is. In lastige gevallen gaan medisch specialisten en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek. Zorgverzekeraars hebben ook specifiek benoemd dat voor bepaalde omstandigheden of doelgroepen een coulanceregeling kan worden toegepast.

- 4.5. Verzoeker is bekend met hypo-unawareness en de behandelend medisch specialist heeft onderbouwd dat verzoeker baat heeft bij de CGM-behandeling. Hij voldoet daarmee aan de criteria die zijn opgenomen in het NDF-indicatieprotocol. Niets staat de ziektekostenverzekeraar eraan in de weg om conform dit protocol te handelen en de sensoren te vergoeden. Het is verzoeker niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar contact heeft opgenomen met de behandelend medisch specialist, zoals wordt beschreven in het aangehaalde rapport. Evenmin is door de ziektekostenverzekeraar onderbouwd wat zijn coulanceregeling inhoudt en waarom verzoeker hieraan niet voldoet.
- 4.6. Op 22 januari 2018 heeft de Wetenschappelijke Adviesraad positief geadviseerd over de vergoeding van Flash Glucose Monitoring (FGM) voor diabetespatiënten die in aanmerking komen voor real time CGM. Er zijn hierbij vijf indicatiegroepen benoemd. De vijfde indicatiegroep betreft: 'type I-patiënten met herhaalde ernstige hypoglykemieën en/of die zelf niet kunnen waarnemen'. Verzoeker heeft deze indicatie. Echter, omdat de FGM geen alarm geeft bij een hypo of hyper is dit hulpmiddel voor verzoeker niet toereikend. Hij is dan ook aangewezen op CGM met de bijbehorende sensoren.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzoeker stelt dat er ook andere criteria dan de HbA1c-waarde kunnen worden gehanteerd om te beoordelen of een verzekerde is aangewezen op CGM. Voor zover deze waarde van toepassing is, wordt daarover door verzoeker opgemerkt dat deze bij hem sterk varieert en dat daarmee vast staat dat hij voldoet aan de voorwaarden. Dit betekent ook dat verzoeker voldoet aan de in het NDF-indicatieprotocol gestelde criteria. Daarnaast heeft hij veel trainingen en cursussen gevolgd. Verder betwist verzoeker dat hij niet heeft meegewerkt aan het uitlezen van de CGM. De periodieke controles hebben eerst in het ziekenhuis plaatsgevonden. Vervolgens heeft verzoeker de mogelijkheid gekregen de gegevens thuis uit te lezen op zijn computer. Desgevraagd verklaart verzoeker dat hij bereid is zijn behandelend arts te laten bevestigen dat hij een indicatie heeft voor CGM en dat deze uitsluitend vanwege een budgettair probleem van het ziekenhuis niet aan hem wordt verstrekt.
- 4.8. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker een verklaring van zijn behandelend internist-endocrinoloog overgelegd waarin deze het volgende verklaart: *"Bij deze mijn antwoorden op boven gestelde vragen. Ik heb overigens geen verzoek van Univé ontvangen om informatie te verlenen aan hen.*
Ad 1
Ja, meneer [naam verzoeker] heeft DM 1 en is ernstig hypo-unaware, zoals de daarvoor gestelde criteria zijn
Dhr heeft diverse 'hypo-cursussen ' doorlopen'
Ad 2
De brief van collega Bilo, is nog steeds van toepassing op zijn situatie
Ad 3
Het budget-aspect speelt nog steeds een rol. Niet iedereen die een cgm zou moeten krijgen kunnen wij met cgm behandelen.
In 2017/2018 is ons budget wel verruimd."
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op CGM en de bijbehorende sensoren indien door de medisch specialist wordt vastgesteld dat hiervoor een indicatie aanwezig is. Vervolgens kunnen de CGM en de sensoren worden verstrekt door het ziekenhuis en worden gedeclareerd

door middel van een DBC. De behandelend medisch specialist heeft vastgesteld dat verzoeker geen indicatie (meer) heeft voor CGM. Om die reden komen de CGM en de bijbehorende sensoren niet (meer) voor vergoeding in aanmerking.

- 5.2. In het verleden heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een verkeerde verwachting gewekt, door hem mede te delen dat hij zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder moest wenden om aanspraak te kunnen maken op de sensoren voor de CGM. Op 12 april 2016 is telefonisch contact opgenomen met verzoeker en is aan hem uitgelegd waarom de sensoren niet voor vergoeding in aanmerking komen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoeker tegemoet te komen door de kosten van de sensoren die vóór 12 april 2016 zijn aangeschaft te vergoeden. Sensoren die zijn aangeschaft na deze datum komen niet voor vergoeding in aanmerking, ook niet uit coulance.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de onderhavige situatie artikel 15 van de zorgverzekering, welk artikel ziet op medisch specialistische zorg, van toepassing is. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het Zorginstituut de indicaties heeft aangewezen op grond waarvan aanspraak bestaat op CGM. Het is aan de behandelend arts te beoordelen of één van deze indicaties bij verzoeker aanwezig is. Uit de stukken in het dossier volgt dat verzoeker niet langer aanspraak kon maken op CGM, omdat hij niet meewerkte aan het uitlezen van de gegevens van de CGM. Mocht evenwel komen vast te staan dat verzoeker geen aanspraak kan maken op CGM in verband met budgettaire problemen van het ziekenhuis, dan zal dit worden opgenomen met de afdeling Zorginkoop.
- 5.4. In reactie op de door verzoeker na afloop van de hoorzitting overgelegde verklaring stelt de ziektekostenverzekeraar dat uit deze verklaring blijkt dat de behandelend internist-endocrinoloog een aantal aan hem voorgelegde vragen heeft beantwoord. Uit de verklaring komt niet naar voren welke vragen aan de arts zijn gesteld. Indien verzoeker verder van mening is dat hij voldoet aan de (indicatie)criteria die zijn gesteld door het Zorginstituut geldt dat hij aanspraak heeft op CGM. Deze CGM verstrekking valt dan onder de DBC en daarmee onder het budget van het ziekenhuis. CGM is geen aparte verstrekking onder de zorgverzekering.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016-2017) is de commissie 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. Artikel 1.2 van de zorgverzekering (2016) regelt het recht op vergoeding van kosten van zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent

aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

8.3. Artikel 1.2 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

8.4. 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 37 van de zorgverzekering (2016) en 11 tot en met 39 van de zorgverzekering (2017).

8.5. Artikel 15 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"

8.6. Artikel 15 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

8.7. De artikelen 1.2 en 15 van de zorgverzekering (2016-2017) zijn volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering (2016-2017) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In artikel 2.1, derde lid Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.9. 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 ziektekostenverzekeraar 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. Op grond van artikel 15 van de zorgverzekering (2016-2017) bestaat aanspraak op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarbij behorende hulpmiddelen. Tussen partijen is niet in geschil dat de verstrekking van CGM en de daarbij behorende sensoren onder deze aanspraak valt indien hiervoor een indicatie is gesteld door de behandelend medische specialist. Vervolgens kunnen de kosten van de betreffende zorg door het ziekenhuis worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar door middel van een DBC.
- 9.2. Uit het voorgaande volgt dat CGM en de bijbehorende sensoren, die in het kader van een medisch specialistische behandeling worden verstrekt, niet als zelfstandige aanspraak - met name in het kader van hulpmiddelenzorg - voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. In dat geval zou immers sprake zijn van een dubbele verstrekking, aangezien de ziektekostenverzekeraar de DBC moet vergoeden aan het ziekenhuis - waarbij de kosten van het hulpmiddel reeds zijn begrepen in het tarief - en de kosten van het afzonderlijke hulpmiddel (nogmaals) aan verzoeker. Bepalend is derhalve of de behandelend medisch specialist bij verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft gesteld.
- 9.3. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij een (medische) indicatie heeft en heeft daarbij verwezen naar de verklaring van zijn behandelend arts en het NDF-indicatieprotocol. Voorts heeft verzoeker gesteld dat de zorg hem door het ziekenhuis niet kan worden geleverd, omdat het ziekenhuis hiervoor een (te) beperkt budget heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat de behandelend arts heeft beoordeeld dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie (meer) heeft en dat hij om die reden niet in aanmerking komt voor vergoeding van CGM en de bijbehorende sensoren. In vervolg op de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld een meer recente verklaring van zijn behandelend internist-endocrinoloog over te leggen waarin deze duidelijk uitlegt of bij verzoeker sprake is van een (verzekerings)indicatie voor CGM. Verzoeker heeft hierop een stuk overgelegd waarin door de betrokken arts kennelijk antwoord wordt gegeven op een aantal, door hem gestelde vragen. Uit deze antwoorden blijkt dat verzoeker een medische indicatie heeft - te weten hypo-unawareness - maar niet dat hij naar het oordeel van de arts op CGM is aangewezen. Dat verzoeker uitsluitend om budgettaire redenen niet voor CGM in aanmerking komt, lijkt gelet op de verklaring niet waarschijnlijk, aangezien de arts stelt dat het budget in 2017/2018 is verruimd. Hieruit volgt dat, nu door het ziekenhuis geen DBC ter zake is geopend, aan deze beslissing andere dan budgettaire redenen ten grondslag liggen. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat deze redenen de (verzekerings)indicatie betreffen. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt over een zodanige indicatie te beschikken, zoals overigens ook valt af te leiden uit het definitief advies van het Zorginstituut van 9 augustus 2018.
- 9.4. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat hij er redelijkerwijs op mocht vertrouwen dat de sensoren voor vergoeding in aanmerking zouden komen, indien hij zich zou wenden tot een gecontracteerde leverancier, overweegt de commissie het volgende. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens het telefoongesprek op 12 april 2016 aan verzoeker medegedeeld dat de eerder aan hem verstrekte informatie onjuist was. De ziektekostenverzekeraar heeft om die reden besloten de kosten van de sensoren die verzoeker tot die tijd had aangeschaft te vergoeden. Op grond van bedoeld telefoongesprek - waarvan de inhoud door verzoeker niet is bestreden - mocht hij er niet op vertrouwen dat de sensoren ook na 12 april 2016 voor vergoeding in aanmerking zouden komen, zodat van een gerechtvaardigd vertrouwen in die zin geen sprake is. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name met betrekking tot de wisselende afwijsgredes, maakt de uitkomst niet anders. Vast staat immers dat de oorspronkelijke afwijsgredes al gelegen was in het ontbreken van een (verzekerings)indicatie en dat dit verzoeker ook toen al is medegedeeld.

 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

 **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 29 augustus 2018,

 H.A.J. Kroon