

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500689

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A., en
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 14 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 22 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 september 2025 aan de commissie meegedeeld dat hij alsnog de kosten van de Freestyle Libre 2 aan verzoeker wil vergoeden. Daarom is verzoeker bij brief van 22 september 2025 gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoeker heeft op 3 oktober 2025 geantwoord dat het geschil niet is opgelost en dat hij de procedure wil voortzetten.
- 1.4. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025020287) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 oktober 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2025 door één van de leden van de commissie gehoord. De beslissing wordt echter genomen door drie commissieleden. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan de andere twee commissieleden en ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota's van partijen zijn op 26 november 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 oktober 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 11 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut een toelichting gegeven naar aanleiding van een stelling die de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting naar voren heeft gebracht. Een kopie van het definitieve advies is op 12 december 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid

hebben gekregen om binnen drie weken op het advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft – na verkregen uitstel – bij brief van 15 januari 2026 gereageerd op het definitieve advies. Een kopie hiervan is op 26 januari 2026 ter informatie aan verzoeker gezonden.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

2.2. Bij brief van 3 maart 2025 heeft de behandelend internist-endocrinoloog over verzoeker verklaard:

“Bovengenoemde patiënt (polisnummer [nummer]) wordt gecontroleerd op onze polikliniek Interne Geneeskunde ivm een diabetes mellitus type 3c. Middels continue subcutane insuline behandeling met een Medtrum Pomp in combinatie met een Free Style Libre sensor is momenteel sprake van een fraaie metabole regulatie getuige het HbA1c van 44 en een Time in Range van 90%. Vanwege regelmatige nachtelijke hypo's welke patiënt frequent niet gewaar wordt is er een medische indicatie voor een sensor gestuurde insulinepomp. Aangezien patiënt echter geen type 1 diabetes heeft voldoet hij niet aan de huidige vergoedingscriteria. Patiënt heeft reeds contact met u opgenomen waarbij er zou zijn aangegeven dat DSW altijd bereid is om naar de patiënt te kijken en de mogelijkheden, en dan niet primair naar de regels. Zodoende vraag [ik] u bij deze om coulance in het beoordelen van dit verzoek voor de heer [naam verzoeker], om in aanmerking te komen voor een sensor gestuurde insuline pomp.”

2.3. Bij brief van 28 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor real time continue glucosemonitoring (rt-CGM) in verband met diabetes type 3c wordt afgewezen. Daarnaast wordt de vergoeding voor de FGM (flash glucosemonitoring)-sensoren, waarvan de kosten sinds begin 2024 rechtstreeks door de leverancier bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd, met ingang van 1 juni 2025 beëindigd.

2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.6. Bij brief van 11 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat hij aanspraak heeft op rt-CGM ten laste van de zorgverzekering.

3.2. In het verzoek om heroverweging van 31 maart 2025 heeft verzoeker toegelicht dat hij diabetes type 3c heeft. Deze vrij onbekende vorm van diabetes is een zeer radicale variant van diabetes type 1. Bij type 1 werkt de pancreas niet naar behoren. Bij type 3c werkt de pancreas helemaal niet meer, of is deze afwezig. Type 3c is niet alleen een zeldzame vorm van diabetes, maar ook de meest heftige. Dit type diabetes is vaak gerelateerd aan alvleesklierkanker, maar bij verzoeker is de oorzaak een andere, te weten necrotiserende pancreatitis.

Als gevolg van diabetes type 3c heeft verzoeker zeer snel wisselende bloedglucosewaarden. Het managen hiervan kost hem zeer veel tijd en vormt een immense belasting voor zijn welzijn. Ondanks dat heeft hij vaak hypo's (te lage bloedglucosewaarden), zowel overdag als 's nachts. Volgens de app, behorende bij de door verzoeker gebruikte Freestyle Libre bloedglucosemeter, waren er 24 hypo's in 90 dagen. Deze hypo's kunnen erg gevaarlijk zijn, bijvoorbeeld doordat verzoeker tijdens een hypo niet of onvoldoende bewust is van het verkeer om hem heen. Verzoeker gebruikt thans een insulinepomp van Medtrum in combinatie met FGM. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om rt-CGM die past bij zijn insulinepomp. Dit zou ervoor zorgen dat beter kan worden geanticipeerd op verhogingen en verlagingen van de bloedglucosewaarden, zonder dat verzoeker zelf talloze keren per uur hiernaar moet kijken. Het zou hem extra rust geven, en zijn leven verbeteren. De kosten van rt-CGM zijn, zo heeft verzoeker begrepen, vergelijkbaar met die van FGM.

De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor rt-CGM afgewezen, omdat diabetes type 3c geen diabetes type 1 is. Dit is een formeel afwijzingscriterium. Het heeft jaren geduurd voordat het gebruik van rt-CGM van Medtrum in Nederland werd goedgekeurd, terwijl patiënten in andere landen er al langer naar tevredenheid gebruik van kunnen maken.

Verzoeker benadrukt dat de diabetes type 3c een grote impact heeft op zijn leven. Daarom wil hij iedere vorm van aantoonbaar werkende innovatie met beide handen aangrijpen. De rt-CGM van Medtrum zou hem kunnen helpen, beter dan de huidige FGM (Freestyle Libre 2). Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om de rt-CGM, desnoods tijdelijk, te vergoeden. Tijdelijk, om proefondervindelijk te ervaren of het hulpmiddel in de praktijk daadwerkelijk beter werkt dan FGM. Hij is bereid de resultaten daarvan voor de ziektekostenverzekeraar bij te houden, zodat in de toekomst misschien meer mensen met diabetes type 3c geholpen kunnen worden. Als de resultaten na bijvoorbeeld 6 maanden toch tegenvallen, zou hij kunnen terugvallen op FGM. Verzoeker merkt op dat als rt-CGM inderdaad behulpzaam kan zijn, en niet exorbitant veel meer kost dan het huidige hulpmiddel, hiertegen geen bezwaar zou moeten zijn. Zeker als hierdoor de levenskwaliteit verbetert en de risico's op andere ziekten als gevolg van diabetes zijn te beperken. Verzoeker heeft eerder telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij zijn situatie heeft uitgelegd. De betreffende medewerker heeft hem toen verteld dat de ziektekostenverzekeraar niet primair kijkt naar cijfers en formele gronden, maar naar mensen. En dat altijd wordt gekeken naar hulpmiddelen die de zorgen van patiënten beter uit handen kunnen nemen. Dit gaf verzoeker hoop.

- 3.3. In het klachtenformulier van 14 april 2025 heeft verzoeker toegelicht dat hij diabetes 3c heeft als gevolg van het volledig afsterven van zijn pancreas. Hij maakt dus helemaal geen insuline aan en ook geen glucagon. Ook heeft hij geen enzymen om zijn eten te verteren. In aanvulling hierop heeft verzoeker op 14 mei 2025 gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de wet onjuist interpreteert. Het kan volgens hem namelijk nooit de bedoeling zijn geweest van de wetgever dat in een geval als het zijne bloedglucosemeters niet worden vergoed.

Verzoeker legt uit dat bij een volledig niet meer werkende pancreas sprake is van diabetes type 1b, en in een aantal gevallen van diabetes type 3c. Het laatste moet individueel beoordeeld worden. Het eindresultaat is bij deze twee typen gelijk, namelijk dat er geen insuline en geen glucagon wordt aangemaakt. Het grootste risico op korte termijn betreft het niet aanmaken van glucagon, omdat er meer, sneller en zwaardere hypo's kunnen ontstaan. Verzoeker verklaart dat hij de hypo's overdag vaak nog wel opmerkt. Meestal kan hij dan zelf nog handelen, en vaak is er iemand in de buurt die kan helpen. 's Nachts merkt hij de hypo's vaak niet op, maar wordt hij meestal wakker van het alarm van de Freestyle Libre 2. En anders is zijn huisgenoot in de buurt om hem wakker te maken, omdat het alarm ook op de andere telefoon hoorbaar is. Helaas ging het onlangs niet goed. Verzoeker heeft het alarm toen niet gehoord en zijn huisgenoot was niet aanwezig om hem te waarschuwen. Uit de app blijkt dat het hypo rond 3:00 uur 's nachts was begonnen en verzoeker werd pas rond 5:30 uur wakker. Gelukkig kon hij toen direct handelen. Verzoeker heeft de grafiek van die dag overgelegd.

Verzoeker benadrukt dat de Freestyle Libre een zeer bruikbare tool is om suikerspiegelschommelingen te monitoren. De sensor communiceert echter niet met zijn insulinepomp, waardoor hij altijd zelf moet handelen. Dat lukt meestal, omdat het alarm wordt opgemerkt. Een hybrid closed loop CGM-sensor communiceert daarentegen met de insulinepomp en regelt dat (extra) insuline wordt toegediend, verminderd of stopgezet. Hiermee worden de grote schommelingen teruggebracht. Daarnaast zal het verzoekers leven makkelijker maken, doordat hij dat niet meer ieder uur een kwartier bezig is met 'bijsturen' van zijn bloedsuikerwaarden.

De ziektekostenverzekeraar heeft de Freestyle Libre 2 sensoren enige tijd vergoed, maar is hier met ingang van 1 juni 2025 mee gestopt. Hierdoor wordt verzoeker afhankelijk van vingerprikken. Hij heeft echter binnen een uur enorme wisselingen in zijn suikerwaarden. Daarom zal hij per uur meerdere keren moeten prikken. Dit is niet haalbaar. Het grootste risico is echter dat er geen alarm meer is op het moment dat zijn bloedglucosewaarde te laag is. Ook zal verzoeker hierdoor bijvoorbeeld niet meer kunnen autorijden of werken. Daarnaast zijn grote gezondheidsrisico's op korte termijn niet uit te sluiten.

Verzoeker merkt op dat de juiste hulpmiddelen goed werken en dat de kosten niet buitenproportioneel hoog zijn. Een Freestyle Libre 2 sensor kost ongeveer € 65,-- en heeft een gebruiksduur van 14 dagen. Een hybrid closed loop CGM-sensor van Medtrum kost tussen € 100,-- en € 125,-- euro per 2 stuks. De gebruiksduur varieert van 10 tot 14 dagen per sensor. Op jaarbasis kost de Freestyle Libre 2 dus ongeveer € 1.600,--. De hybrid closed loop CGM kost op jaarbasis ongeveer tussen € 1.300,-- en € 2.250,-- afhankelijk van gebruiksduur en leverancier.

- 3.4. Verzoeker heeft bij bericht van 3 juni 2025 aan de commissie meegedeeld dat de fabrikant voor hem zeven Freestyle Libre 2 sensoren heeft geleverd aan het ziekenhuis. Dus zowel de fabrikant als het ziekenhuis ondersteunt de noodzaak voor het hulpmiddel. Verzoeker is hiermee weer een paar maanden geholpen.
- 3.5. Verzoeker heeft, in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 19 september 2025, op 3 oktober 2025 aan de commissie meegedeeld dat het geschil niet is opgelost, en dat hij de procedure wil voortzetten. Verzoeker merkt hierbij op dat hij graag een bindend advies wil om zo de wet te verduidelijken. Hij merkt op dat sommige zorgverzekeraars de verschillende subtypen diabetes onder de typen 1 en 2 zullen vatten, terwijl anderen dit niet doen. Dit kan leiden tot willekeur. Daarnaast wil de ziektekostenverzekeraar aan hem de Freestyle Libre 2 vergoeden, terwijl de behandelend arts een noodzaak ziet voor rt-CGM die communiceert met zijn insulinepomp.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop toegelicht dat de vraag die voorligt of de wetgeving op dit punt voldoende duidelijk is. Verzoeker vraagt de commissie het voorlopige advies van het Zorginstituut over te nemen, en de wetgeving te verduidelijken zodat deze niet meer interpretabel is. Anders kan een zorgverzekeraar verkeerde conclusies trekken. Het Zorginstituut heeft wel goed nuances aangebracht. Patiënten zijn geholpen met de jurisprudentie. Verzoeker heeft benadrukt dat zijn leven afhangt van goede hulpmiddelen. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar hem een week eerder heeft toegezegd dat de rt-CGM aan hem wordt vergoed.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op het aangevraagde hulpmiddel. Hij heeft hiertoe in de brief van 28 maart 2025 en de heroverweging van 14 april 2025 aangevoerd dat de indicatie van verzoeker, diabetes type 3c, volgens het standpunt van het Zorginstituut niet onder de groepsriteria valt waarvoor rt-CGM vergoed mag worden vanuit hulpmiddelenzorg. Daarnaast valt diabetes type 3c niet onder de doelgroep voor FGM volgens het standpunt van het Zorginstituut. Gezien de medische indicatie en de supervisie van de

specialist, zou de aanvraag voor rt-CGM en de vergoeding van FGM onder de aanspraak op medische specialistische zorg kunnen vallen.

- 4.2. In de brief van 22 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij met de gecontracteerde leverancier van de sensoren de afspraak heeft dat deze de indicatiestelling mag beoordelen. Bij een positieve indicatiestelling mag de leverancier de sensoren leveren en rechtstreeks declareren. Dit is ook bij verzoeker gebeurd. Er is echter feitelijk geen geldige indicatie voor vergoeding van de FGM-sensoren. Het direct stopzetten van de vergoeding zou echter gevolgen kunnen hebben. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen de vergoeding met ingang van de latere datum van 1 juni 2025 te beëindigen. Dit gaf verzoeker de gelegenheid om met zijn behandelaar en de leverancier de nodige aanpassingen te maken. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat verzoeker wordt behandeld door een medisch specialist en onder diens supervisie staat. Zoals eerder opgemerkt, zou vergoeding van de sensoren binnen de DBC kunnen vallen. Dit zou betekenen dat er door de ziektekostenverzekeraar al een vergoeding is verleend voor de totale behandeling.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 september 2025, gericht aan de commissie, meegedeeld dat hij bij het standpunt blijft dat het ziekenhuis de kosten van de rt-CGM voor de behandeling van diabetes type 3c moet betalen. De ziektekostenverzekeraar wil echter niet dat verzoeker de dupe wordt van de discussie die hierover nog met het ziekenhuis gaat voeren. Daarom zal hij de FGM-sensoren ook na 1 juni 2025 aan verzoeker vergoeden.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het niet vaak voorkomt dat hij het bij aanvang van een hoorzitting al eens is met de verzoeker. Hier is dat wel het geval: de standpunten komen grotendeels overeen. De ziektekostenverzekeraar is echter van mening dat het voorlopige advies van het Zorginstituut van 15 oktober 2025 niet in lijn is met de lijn die het Zorginstituut eerder volgde en hetgeen het Zorginstituut heeft gepubliceerd op zijn website. Dit leidt tot verwarring over de vraag of de rt-CGM in een situatie als die van verzoeker valt onder hulpmiddelenzorg of onder medisch specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar dacht correct te hebben gehandeld op grond van het standpunt dat het Zorginstituut eerder had ingenomen (2023011745). De huidige werkwijze kan leiden tot ongelijkheid in de manier waarop de verschillende zorgverzekeraars hiermee omgaan, en dus tot ongelijkheid tussen verzekerden met deze indicatie. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat aanspraak bestaat op het onderhavige hulpmiddel en dat dit ook is erkend, maar dat dit slecht is gecommuniceerd. Ook de medische noodzaak is erkend. Alleen is het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat het via de aanspraak op medisch-specialistische zorg, dus uit de DBC, moet worden vergoed.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 januari 2026 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de argumenten, die hij ter zitting naar voren heeft gebracht, door het Zorginstituut onvoldoende zijn meegewogen in diens definitieve advies. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het voorlopige en definitieve advies van het Zorginstituut in het onderhavige geschil afwijkt van het eerder door het Zorginstituut ingenomen standpunt. Dit advies van het Zorginstituut zou ertoe leiden dat alle diabetespatiënten met type 1 en type 2 - ongeacht de groep, zoals eerder aangegeven bij de limitatieve lijst - aanspraak kunnen maken op een glucosemonitorsysteem vanuit hulpmiddelenzorg. Daarnaast zouden ook patiënten met andere typen diabetes ook aanspraak hebben op een glucosemonitorsysteem ten laste van hulpmiddelenzorg. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat bij de kleinere patiëntengroepen per definitie sprake is van minder wetenschappelijk bewijs dat een glucosemonitorsysteem effectief is. Zolang de term 'diabetes' in het definitieve advies van het Zorginstituut van 11 december 2025 niet duidelijk is omschreven, blijft het voor deze groepen onduidelijk of zij recht hebben op een vergoeding en of deze valt onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg of medisch specialistische zorg. Daarnaast verwondert het de

ziektekostenverzekeraar dat “nu de term 'diabetes' worden genoemd, zonder de nuance te maken van de specifieke groep die door het Zorginstituut zelf eerder als effectief bewezen zijn aangemerkt.” De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat het nodig is om de huidige kaders te verduidelijken en meer expliciet te benoemen. Door eenduidige richtlijnen op te stellen, worden interpretatieverschillen voorkomen,

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 15 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De vraag in geschil is of rt-CGM bij diabetes type 3c voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg. De SKGZ verzoekt het Zorginstituut in het advies ook toe te lichten of bij de totstandkoming van het standpunt in 2010 over FGM/rt-CGM, en/of de latere evaluaties hiervan, ook diabetes type 3c is meegewogen.

Diabetes mellitus type 3c is diabetes die ontstaat door ziekte van het pancreas (ziekte van de alvleesklier, vooral chronische pancreatitis) of na resectie (verwijdering) van het pancreas. Hierdoor is zowel de productie van insuline en glucagon (endocriene pancreas dysfunctie) als ook van spijsverteringsenzymen (exocriene pancreas dysfunctie) verminderd. Diabetes type 3c wordt vaak niet herkend en voor type 1 of type 2 aangezien. De ernst van de diabetes is afhankelijk van de mate van de schade of de grootte van de resectie van het pancreas. De symptomen kunnen variëren van milde tot labiele diabetes (brittle diabetes) met sterke glucosevariabiliteit en hypoglykemiën door afwezigheid van (de contraregulatie door) glucagon. De behandeling varieert van leefstijladviezen, orale antidiabetica tot insuline.

Uit de voorliggende informatie in het dossier blijkt dat verzoeker geen diabetes type 1 of 2 heeft, maar een zeldzamere vorm van diabetes, namelijk type 3c. Hij wordt hiervoor behandeld met een insulinepomp, waarbij hij herhaaldelijk nachtelijke hypoglykemiën heeft die hij frequent niet waarneemt (hypoglycemia unawareness). Verzoeker heeft een vergelijkbaar ziektebeeld als bij diabetes type 1.

Zoals blijkt uit het juridisch kader, is de aanspraak in artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv functiegereguleerder omschreven. De aanspraak is niet beperkt tot een bepaald type diabetes. Als een glucosemonitorsysteem, in dit geval rt-CGM, effectief is bij een indicatie van diabetes en voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’, kan deze voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de hulpmiddelenzorg.

Bij de standpunten in 2010 over rt-CGM en de latere evaluaties van FGM is beoordeeld of rt-CGM en FGM effectief is bij bepaalde typen diabetes. Aan de hand daarvan zijn specifieke vergoedingsvoorwaarden voor diabetes type 1 of 2 opgesteld. Voor diabetes type 3c heeft het Zorginstituut in het kader van deze standpunten niet beoordeeld of een rt-CGM of FGM effectief is en voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’, omdat het veel zeldzamer is dan type 1 en 2.

Het is in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of een glucose-monitorsysteem voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en een verzekerde erop is aangewezen. Dit is hier echter niet in geschil. Verweerder stelt namelijk in het dossier dat verzoeker een medische indicatie heeft voor een rt-CGM met frequente hypo’s waar geen

bewustzijn van is. Volgens verweerder zou vergoeding vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg kunnen plaatsvinden, omdat verzoeker niet aan vergoedingsindicaties van diabetes type 1 of 2 voldoet en onder behandeling is van een medisch specialist. Zoals het Zorginstituut hierboven aangeeft, kan ingeval van diabetes type 3c ook aanspraak bestaan vanuit de hulpmiddelenzorg.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat rt-CGM bij diabetes type 3c voor vergoeding in aanmerking kan komen vanuit de hulpmiddelenzorg, als is voldaan aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en de verzekerde hier redelijkerwijs op is aangewezen. In dit geval is echter niet in geschil of rt-CGM bij diabetes type 3c aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ voldoet, noch of verzoeker hier redelijkerwijs op is aangewezen.”

- 5.2. In het definitief advies van 11 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“U merkt op dat verweerder ter zitting heeft gesteld dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 15 oktober 2025 een ander standpunt heeft ingenomen dan in een eerder advies uit 2023, over de vraag of een rt-CGM bij diabetes type 3c onder de aanspraak hulpmiddelenzorg valt of onder de aanspraak medisch-specialistische zorg. Partijen willen hierover duidelijkheid.

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 15 oktober 2025 aangegeven dat de functiegerichte aanspraak in artikel 2.6, onderdeel o, van de Regeling zorgverzekering (Rzv) diabetes hulpmiddelen betreft. Deze aanspraak is niet beperkt tot een bepaald type diabetes. Als een glucosemonitorsysteem, zoals rt-CGM, bij een indicatie van diabetes voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en de verzekerde hier redelijkerwijs op is aangewezen, kan deze voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de hulpmiddelenzorg.

In het eerdere advies waar verweerder naar verwijst, had de verzekerde echter geen diabetes. Daardoor was de functiegerichte aanspraak uit artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv niet van toepassing. Om die reden heeft het Zorginstituut in dat geschil beoordeeld of de verzekerde aanspraak kan maken op een FGM op grond van de aanspraak medisch-specialistische zorg.

Kortom, bij diabetes kan een glucosemonitoringssysteem worden vergoed vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg, mits wordt voldaan aan de toepasselijke criteria. Bij een andere indicatie dan diabetes is de functiegerichte aanspraak in artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv niet van toepassing. In die gevallen moet worden beoordeeld of vergoeding mogelijk is vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel is opgenomen in artikel 6.14 van het reglement. Dit artikel vormt een uitwerking van artikel 2.6, onderdeel o, Rzv. Zoals wordt toegelicht in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 15 oktober 2025, en het definitieve advies van 11 december 2025, is de aanspraak in het Rzv functiegericht omschreven en is deze niet beperkt tot een bepaald type diabetes. Als een glucosemonitorsysteem, in dit geval rt-CGM, effectief is bij een indicatie van diabetes en voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', kan deze voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de hulpmiddelenzorg. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut. De commissie merkt op dat betrokkene daarnaast redelijkerwijs op het hulpmiddel moet zijn aangewezen en dat dit hulpmiddel in zijn situatie ook doelmatig moet zijn.

- 7.3. Door de ziektekostenverzekeraar is niet gesteld dat de aangevraagde rt-CGM bij de indicatie diabetes type 3c niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en/of dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op dit hulpmiddel. De commissie neemt om die reden als vaststaand aan dat aan deze voorwaarden is voldaan. De volgende vraag die moet worden beantwoord, is of de aangevraagde rt-CGM in de situatie van verzoeker doelmatig is. Verzoeker heeft uitgebreid gemotiveerd waarom hij van mening is dat de aangevraagde rt-CGM in zijn situatie doelmatige zorg betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet bestreden, maar heeft zelfs erkend dat verzoeker is aangewezen op dit hulpmiddel doordat hij het inmiddels aan verzoeker vergoed. De commissie concludeert dat verzoeker in aanmerking komt voor de aangevraagde rt-CGM vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.4. Aangezien het verzoek op grond van de zorgverzekering wordt toegewezen, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering thans geen bespreking meer.

Entreegeld

- 7.5. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar als de in het ongelijk gestelde partij gehouden is het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker aanspraak heeft op de aangevraagde rt-CGM ten laste van de zorgverzekering, vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 26 februari 2026,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering