

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202401429

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster.

en

NV Zorgverzekeraar UMC te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 25 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 10 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 december 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij twee brieven van 18 december 2024 heeft verzoekster, onder toezending van nadere informatie, aanvullend gereageerd. Deze stukken zijn op 20 december 2025 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024044279) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 januari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Op 17 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 18 maart 2025 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 20 april 2025 heeft verzoekster gereageerd. Een afschrift hiervan is op 24 april 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 24 april 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 januari 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie vragen gesteld. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 mei 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering UMC Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen UMC Extra Zorg 3 en UMC Extra Tand 2 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 17 mei 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor FreeStyle Libre 3 (hierna: FSL 3) pads.
- 2.3. Bij brief van 22 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde zorg niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 23 mei 2024 en 5 juli 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de FSL 3 pads te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. In haar brief van 23 mei 2024 aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster toegelicht dat haar maag medio 2002 is verwijderd in verband met erfelijke maagkanker. De langetermijngevolgen van een totale maagresectie zijn grotendeels vergelijkbaar met die van een bariatrische ingreep. Verzoekster heeft last van dumping met hypoglykemieën. Haar insuline-afgifte is ongereguleerd. Inmiddels heeft verzoekster vijf grote insulten en tientallen kleine absences gehad. Verzoekster voelt de hypoglykemieën niet aankomen. Hierdoor kan zij insulten en andere wegrakingen niet voorkomen. Door het gebruik van de FSL 3 pads zijn de hypoglykemieën beter te ondervangen en kunnen insulten worden voorkomen. Uit de beschikbare literatuur blijkt dat hypoglykemieën na een totale maagresectie onvoorspelbaar zijn. Zij gaan niet gepaard met voorafgaande duidelijke klachten en worden daardoor onderschat. Ook ontstaan ze zowel postprandiaal als in een nuchtere toestand. In de literatuur wordt ervoor gepleit om na een totale maagresectie bij diegenen die een hypoglycemia unawareness hebben een continue lange termijn evaluatie te verrichten. De meest betrouwbare methode hiervoor is het gebruik van FSL 3 pads.
- 3.3. In haar brief van 5 juli 2024 aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster aangevoerd dat aan alle voorwaarden is voldaan, met uitzondering van de voorwaarde dat zij behoort tot een van de in de wet genoemde doelgroepen. Ondanks dat verzoekster daartoe niet behoort, heeft zij een gegronde medische reden om aanspraak te kunnen maken op de FSL 3 pads. De aandoening van verzoekster is nog zeldzamer dan die van de doelgroepen met diabetes mellitus. Na ieder eetmoment maakt zij een overdosis aan insuline aan, te vergelijken met vele doseringen insuline die een persoon met diabetes mellitus injecteert. Dit leidt tot meerdere glucosedalingen, soms tot < 2 mmol/L per dag. Zij stelt in dit verband dat haar aandoening zodanig zeldzaam is dat deze logischerwijs nooit in een standaardlijst zal staan. De gebruikelijke maatregelen, zoals het volgen

van een dieet en doelgerichte medicatie, hebben niet tot verbetering geleid.

- 3.4. In haar brief van 25 juli 2024 aan de commissie heeft verzoekster gesteld dat een verzekerde met diabetes mellitus bij zogenoemde hypoglycemia unawareness aanspraak heeft op continue interstitiële glucosemeting, zoals door middel van de FSL 3 pads. Verzoekster heeft eveneens hypoglycemia unawareness, maar door een andere, zeldzame aandoening. Door verzoekster zijn verschillende wetenschappelijke artikelen overgelegd waaruit blijkt dat het voor haar belangrijk is om in aanmerking te komen voor de FSL 3 pads.

Verzoekster maakt bijna dagelijks hypoglykemieën door. In dit verband heeft verzoekster een aantal scans overgelegd van de FSL 3 pads die zij heeft gebruikt. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de FSL 3 pads bij haar indicatie in andere landen wel worden vergoed.

- 3.5. In haar e-mailbericht(en) van 18 december 2024 heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in 2021 een advies heeft uitgebracht. Deze casus is niet zonder meer vergelijkbaar met haar situatie. Verzoekster heeft een erfelijke vorm van maagkanker gehad en heeft 22 jaar geleden haar maag moeten laten verwijderen. Dit is zeer zeldzaam. In Nederland is er maar een beperkt aantal patiënten met een vergelijkbare situatie.

Verzoekster heeft toegelicht dat het beschikbare wetenschappelijke materiaal vooral is gebaseerd op patiënten na een bariatrische ingreep. Al deze patiënten hebben nog een (deel) van de maag en vaak ook een pylorus. De klachten zijn maar gedeeltelijk vergelijkbaar. Daarnaast is dit een patiëntengroep met initieel al een leefstijlprobleem. Verder heeft verzoekster diverse wetenschappelijke artikelen overgelegd.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij medisch specialist is, namelijk MDL-arts. Zij heeft als specialisatie oncologie, meer specifiek de zeldzame CDH1-mutatie. Zelf is verzoekster bekend met deze mutatie. Zij leeft sinds 2002 zonder maag na een volledige maagresectie. Verzoekster heeft een dubbelrol. Zij heeft haar aandoening ontdekt en beschreven in 2002. Zij is de expert wereldwijd en ziet patiënten met deze aandoening uit de hele wereld. Verzoekster heeft benadrukt dat de status na een totale maagresectie niet vergelijkbaar is met een situatie na een bariatrische ingreep. Echter, de beschikbare literatuur is voornamelijk uit de bariatrie. Dit betreft immers grote groepen personen. Wetenschappelijke literatuur voor een kleine groep patiënten, zoals de groep CDH1-patiënten, is amper te verkrijgen. Echter, N=1 studies komen wel steeds vaker voor. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat er na bariatrie altijd een stuk maag aanwezig is. Dit heeft invloed op de regulatie. Daarbij komt dat personen die bariatrie ondergaan er doorgaans een andere leefstijl op na houden. Ook dit is van invloed. Dit alles maakt dat de effecten na een totale maagresectie groter zijn dan na bariatrie. Verder heeft zij toegelicht dat een persoon met dumping klachten ervaart. Als sprake is van hypoglycemia unawareness merkt betrokkene echter niets.

Het Zorginstituut heeft ten onrechte gesteld dat verzoekster de FSL 3 pads heeft aangeschaft. Zij heeft drie FSL 3 pads van een collega internist-endocrinoloog gekregen, die haar mede begeleidt, met als doel om te onderzoeken of (1) de FSL 3 pad de hypoglykemieën zou opvangen en (2) verzoekster deze zou voelen. De FSL 3 pads zijn niet te koop op de vrije markt. Later heeft verzoekster twee FSL 3 pads in Spanje aangeschaft voor een bedrag van € 125,- per stuk. Aangezien het gebruik van de FSL 3 pads het beoogde effect had, maar verzoekster geen diabetes heeft, is een aanvraag ingediend voor de FSL 3 pads. De aanvraag is gedaan samen met een collega van verzoekster die expert is op het gebied van diabetes. Hiermee is in het geval van verzoekster een indicatie gesteld.

Volgens verzoekster gaat het om een uitzonderlijke situatie waarvoor geen DBC-zorgproductcode bestaat. Om die reden is gevraagd om een uitzondering toe te kennen voor deze indicatie. Verzoekster heeft in de database gezocht naar DBC-zorgproductcodes voor hypoglycemia unawareness. Er bestaan twee DBC-zorgproductcodes voor comateuze mensen, twee voor kinderen en een voor diabetes. Volgens de ziektekostenverzekeraar moeten de kosten mogelijk

worden vergoed vanuit de spaarpot van het ziekenhuis, terwijl de spaarpot van de ziektekostenverzekeraar vele malen groter is.

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch gevraagd hoe zij een aanvraag kon indienen. Haar werd verteld dat hiervoor het ‘formulier Hulpmiddelen’ moet worden gebruikt. Dit heeft verzoekster ook gedaan. Hierop zijn meerdere afwijzingen gevolgd, die achteraf gezien te maken hadden met het feit dat niet het juiste formulier is gebruikt. Deze conclusie had al eerder kunnen worden getrokken. In dat geval had verzoekster de aanvraag via de juiste weg ingediend. Ondanks diverse schriftelijke en telefonische contacten, is verzoekster hier niet op gewezen. Volgens verzoekster bestaat uit medisch oogpunt geen bezwaar om tot de gevraagde vergoeding over te gaan. De indicatie is gesteld en de reden voor monitoring is evident aanwezig.

Volgens verzoekster bestaan ook uit kosten oogpunt geen noemenswaardige bezwaren tegen vergoeding. Ter onderbouwing hiervan heeft zij toegelicht dat er in Nederland 100 personen zijn die de zorg in kwestie nodig hebben. Deze groep zal groeien, maar omdat een maagresectie tegenwoordig iets kan worden uitgesteld, zal die groei niet hard gaan. Een FSL 3 pad kost € 65,--, maar kan door prijsafspraken met de fabrikant goedkoper worden verkregen. Als wordt uitgegaan van € 65,-- per FSL 3 pad, bedragen de kosten voor 100 personen € 138.000,-- per jaar. Dit komt neer op een gemiddelde van € 13.800,-- per zorgverzekeraar. Het gaat dus om relatief lage zorgkosten, waarmee ook andere medische kosten worden bespaard en jonge personen als werkende in de maatschappij kunnen worden behouden. Verzoekster heeft hierbij opgemerkt dat de actuele waarde van een QALY – een gewonnen gezond levensjaar – € 80.000,-- bedraagt.

- 3.7. In haar brief van 20 april 2025 heeft verzoekster toegelicht dat haar verzoek gaat over het vergoeden van FSL 3 pads, vanwege hypoglycemia unawareness. Op telefonisch verkregen advies van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een aanvraagformulier voor hulpmiddelen ingevuld, omdat de medewerker geen beter alternatief wist voor het verzoek. Ondanks dat dit meerdere malen aan de ziektekostenverzekeraar is uitgelegd, spreekt de ziektekostenverzekeraar steeds over vergoeding van hulpmiddelenzorg.

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar andere aandoeningen benoemd. Echter, verzoekster heeft geen andere aandoening, maar een aandoening die bekend is, zij het voornamelijk bij personen met diabetes mellitus. De FSL 3 pads worden gebruikt om tijdig een daling van de (interstitiële) glucosewaarden tot onder de normale ondergrens te herkennen om een diepe hypoglycemie te kunnen voorkomen. Daarbij behoort het dan niet uit te maken wat de diepe hypoglycemie veroorzaakt. Met de pads wordt diabetes mellitus niet behandeld.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het waarborgen van een gelijke behandeling van alle verzekerden een van zijn belangrijkste taken is. In het geval van verzoekster wordt daaraan niet voldaan. Immers, de belangrijkste indicatie voor vergoeding van de FSL 3 pads is ‘hypoglycemia unawareness’, ongeacht waardoor die wordt veroorzaakt. De ziektekostenverzekeraar gaat hiermee dus aan zijn eigen principes voorbij.

In zijn brief van 17 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de indicatie voor de inzet van rt-CGM niet afwijst. Verzoekster heeft aangevoerd dat als de indicatie volledig wordt erkend en het gelijkheidsbeginsel voorschrijft dat alle patiënten met hypoglycemia unawareness hetzelfde behoren te worden behandeld, niets de ziektekostenverzekeraar in de weg staat om de FSL 3 pads ook voor patiënten als verzoekster te vergoeden.

Volgens de ziektekostenverzekeraar dient de vergoeding van de FSL 3 pads via medisch specialistische zorg en dus via het ziekenhuis te worden geregeld. Om medisch specialistische zorg vergoed te krijgen is een DBC nodig waar de zorg onder valt. De ziektekostenverzekeraar heeft aangegeven dat hij niet weet onder welke DBC-zorgproductcode dit zou moeten vallen. Het is niet zo dat het ziekenhuis “reservepotjes” heeft om dit soort zorg te vergoeden. De potjes die ziekenhuizen aanleggen zijn voor onverzekerden. De beste oplossing zou zijn dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding baseert op een DBC-zorgproductcode die er het meest op lijkt.

De ziektekostenverzekeraar heeft steeds verwezen naar de regelgeving. Verzoekster heeft echter gevraagd om een uitzondering te maken op de regelgeving, voor de kleine groep personen met haar aandoening.

Verder heeft verzoekster herhaald dat het gaat om naar schatting 100 personen, die een kostenpost zouden opleveren voor tien zorgverzekeraars van € 140.000,- per jaar, ergo gemiddeld € 14.000,- per zorgverzekeraar. Voor dit soort gevallen hebben zorgverzekeraars reservepotjes.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde Flash Glucose Monitoring (FGM) ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 10 december 2024 toegelicht dat in artikel 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat hulpmiddelen en verbandmiddelen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn, zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen zijn nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. In artikel 2.6, sub o, van de Regeling zorgverzekering is de aanspraak op uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel geregeld.

Voor de vergoeding van FGM zijn door het Zorginstituut duidelijke criteria opgesteld in de standpunten uit 2018 en 2019. Het Zorginstituut heeft in zijn meest recente standpunt d.d. 10 december 2019 de criteria voor vergoeding van FGM verruimd, waardoor de inzet van FGM ook kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering voor mensen met diabetes mellitus type 1 en 2 met een intensief insulineschema. Naar aanleiding van dit standpunt komen de volgende indicatiegroepen thans in aanmerking voor vergoeding van FGM: (1) patiënten met diabetes type 1 (kinderen en volwassenen al dan niet zwangeren), (2) patiënten met diabetes type 2 met een intensief insulineschema (dit betreffen niet alle type 2 patiënten), (3) zwangeren met bestaande diabetes type 2 ongeacht insulinegebruik en (4) vrouwen met bestaande diabetes type 2 met zwangerschapswens, ongeacht insulinegebruik. Dit is in vergelijkbare zin bepaald in het Reglement hulpmiddelen.

- 4.2. In het geval van verzoekster is sprake van een zeldzame aandoening, waardoor zij een maagresectie heeft moeten ondergaan en nu zonder maag leeft. Als gevolg hiervan heeft verzoekster hypoglykemieën die zij niet waarneemt en maakt zij insuluten door. Verzoekster voldoet hiermee echter niet aan de criteria, gesteld aan bovenstaande patiëntengroepen. Op basis van het standpunt van het Zorginstituut is er voor verzoekster vanuit de zorgverzekering dan ook geen vergoedingsmogelijkheid voor FGM. Dat er geen aanspraak is op vergoeding van FGM buiten de door het Zorginstituut aangewezen patiëntengroepen, wordt bevestigd in een bindend advies van de commissie van 3 februari 2021 (SKGZ202001123). In deze casus ging het om iemand die, evenals verzoekster, kampte met te lage bloedsuikerwaarden, hypo-unawareness en insuluten en ook niet voldeed aan de voorwaarden voor vergoeding van FGM. Bij de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van FGM in het desbetreffende geval is mede het advies van het Zorginstituut betrokken, dat op 9 december 2020 is uitgebracht. Het Zorginstituut heeft in zijn advies geconcludeerd dat hypoglykemie, indien veroorzaakt door een onbekende oorzaak of een mogelijke relatie met bariatrische chirurgie, geen indicatie vormt waarvoor op basis van wetenschappelijk onderzoek een positief standpunt kan worden ingenomen. Het standpunt van het Zorginstituut uit 2018 en 2019 geeft helder aan welke indicatiegroepen wel in aanmerking komen voor vergoeding van FGM. Hypoglykemie, zoals beschreven, valt hier niet onder. Op basis van dit advies heeft de commissie besloten dat in deze situatie geen aanspraak bestaat op vergoeding van FGM ten laste van de zorgverzekering. In haar brief van 23 mei 2024 heeft verzoekster gesteld dat de lange termijn gevolgen van haar aandoening grotendeels overeenkomen met die na een bariatrische ingreep. Tevens geeft zij aan dat er mogelijk een nog niet nader bekende factor een rol speelt in de onvoorspelbare hypoglykemieën die zij ervaart. Deze argumenten zijn vergelijkbaar met de hiervoor genoemde casus, waarover advies is gegeven door

het Zorginstituut en waarbij geen recht op vergoeding is vastgesteld. Op basis van deze argumenten kan verzoekster niet worden ingedeeld onder de door het Zorginstituut vastgestelde indicatiegroepen. Hierdoor bestaat er in haar geval geen recht op vergoeding van FGM.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij niet de indicatie voor inzet van FGM bij verzoekster afwijst, maar wel de vergoeding hiervan vanuit de hulpmiddelenzorg. Inzet van sensortechnologie bij andere aandoeningen dan diabetes mellitus wordt namelijk niet vergoed vanuit hulpmiddelenzorg. Dit is ook vermeld op de website van het Zorginstituut onder 'Hulpmiddelen bij diabetes (Zvw)'. Hieruit blijkt dat wanneer glucose monitoring systemen worden ingezet bij andere aandoeningen, zoals glycogeenstapelziekte (GSD), deze vallen onder de aanspraak op medisch specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar ontvangt regelmatig verzoeken om vergoeding van sensortechnologie voor aandoeningen anders dan diabetes mellitus. Veel van deze verzoeken zijn gebaseerd op het argument dat sprake zou zijn van een uitzonderlijke situatie. Deze verzoeken worden alle op dezelfde wijze behandeld, namelijk conform de richtlijnen van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft duidelijke criteria vastgesteld voor de vergoeding van sensortechnologie, met name FGM, vanuit de hulpmiddelenzorg. Deze criteria zijn zorgvuldig ontwikkeld om ervoor te zorgen dat vergoedingen consistent, rechtvaardig en gebaseerd op wetenschappelijk bewijs worden toegekend. Wanneer de ziektekostenverzekeraar afwijkt van deze criteria, en coulantie toepast in individuele gevallen, ontstaat het risico van ongelijke behandeling van verzekerden. Dit zou niet eerlijk zijn ten opzichte van andere verzekerden die zich in vergelijkbare 'uitzonderlijke' situaties bevinden en ook geen vergoeding ontvangen. De ziektekostenverzekeraar ontkent niet dat het gebruik van FGM van toegevoegde waarde is voor verzoekster. Indien de behandelend medisch-specialist dat ook vindt, dan is het aan deze om te regelen dat verzoekster vanuit ziekenhuisgelden (de DBC) de inzet van FGM vergoed krijgt.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het hulpmiddel specifiek is ontwikkeld voor monitoring van glucosewaarden bij diabetes. Het valt onder de aanspraak hulpmiddelenzorg zoals bedoeld in de wetgeving. Voor vergoeding van hulpmiddelenzorg gelden strikte voorwaarden. Voor aanspraak op de FSL 3 pads moet sprake zijn van diabetes. Aangezien verzoekster geen diabetes heeft, voldoet zij niet aan de geldende voorwaarden. Dit blijkt ook uit het advies dat het Zorginstituut in deze en eerdere zaken heeft uitgebracht. Verzoekster is er mee bekend dat zij niet voldoet aan de indicatievoorwaarden en daarom geen recht heeft op vergoeding van de FSL 3 pads. Zij vraagt om een uitzondering. De ziektekostenverzekeraar gaat in dit geval niet over tot het maken van een uitzondering. Een van zijn belangrijkste taken is het waarborgen van gelijke behandeling van alle verzekerden. Als de ziektekostenverzekeraar een uitzondering maakt voor verzoekster, moet mogelijk ook voor anderen een uitzondering worden gemaakt. Dit zal uiteindelijk leiden tot een ondermijning van het vergoedingsbeleid. De ziektekostenverzekeraar erkent de ernst van de medische situatie. Toch is het van belang dat de ziektekostenverzekeraar de regels consistent blijft toepassen. Mogelijk kunnen de FSL 3 pads worden vergoed vanuit medisch specialistische zorg. Hiervoor is een onderbouwing van de behandelend arts nodig. Verzoekster wordt aangemoedigd dit met haar behandelend arts te bespreken. Het gaat in dat geval om een hulpmiddel dat wordt ingezet in het kader van een medisch specialistische behandeling en niet in het kader van diabetes. Dit dient te worden geregeld door de medisch specialist. Voor de behandeling kan in dat geval een DBC-zorgproductcode worden geopend en daaruit kan het hulpmiddel worden bekostigd. De ziektekostenverzekeraar heeft nogmaals benadrukt dat hij het Zorginstituut volgt. Volgens het Zorginstituut moet sprake zijn van diabetes om aanspraak te kunnen maken op een hulpmiddel zoals bedoeld in artikel 2.6, onderdeel o, van de Regeling zorgverzekering. Op de website van het Zorginstituut is te lezen dat FSL 3-sensoren bij andere aandoeningen kunnen worden bekostigd vanuit de medisch specialistische zorg. Bij vergoeding vanuit de hulpmiddelenzorg moet, als gezegd, sprake zijn van diabetes.

- 4.5. In zijn brief van 17 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de vergoeding van glucosemonitoringsystemen, zoals de rt-CGM, door hem wordt afgehandeld als deze onder hulpmiddelenzorg vallen. Echter, indien deze systemen worden ingezet bij andere aandoeningen, zoals in de situatie van verzoekster, vallen zij onder medisch specialistische zorg. In dat geval dient de vergoeding te worden geregeld via het ziekenhuis, onder supervisie van de behandelend medisch specialist.

In de situatie van verzoekster ontstaat echter een complicatie, omdat de FSL 3 pads van de rt-CGM geen apart declarabel product vormen en er geen passende DBC-zorgproductcode bestaat voor haar specifieke aandoening. Een tijdens de hoorzitting voorgestelde oplossing was derhalve om de vergoeding te regelen via een bestaande DBC-zorgproductcode voor een behandeling die verzoekster reeds ondergaat in het ziekenhuis. Een concreet en gedetailleerd stappenplan hiervoor kan door de ziektekostenverzekeraar niet worden aangeleverd.

De ziektekostenverzekeraar heeft nogmaals benadrukt dat hij de indicatie voor de inzet van de rt-CGM niet afwijst. Dit geldt wel voor de vergoeding hiervan vanuit de hulpmiddelenzorg. Dat rt-CGM voor verzoekster van grote waarde is, wordt door de ziektekostenverzekeraar erkend. Echter, het is de verantwoordelijkheid van de medisch specialist in het ziekenhuis om te regelen dat verzoekster de FSL 3 pads vergoed krijgt. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de regelgeving zoals beschreven door het Zorginstituut.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Juridisch kader

Polisvoorwaarden

In artikel 36 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op hulpmiddelenzorg omschreven met verwijzing naar de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het Reglement Hulpmiddelen, behorende bij de zorgverzekering. In het Reglement staat onder welke voorwaarden glucosemonitoringsystemen voor vergoeding in aanmerking komen.

Toepasselijke regelgeving

In artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv is de aanspraak op 'uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel' geregeld. Zoals blijkt uit de Toelichting betreft de functiegerichte omschrijving in artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv diabeteshulpmiddelen.

Real time Glucose monitoring

De volgende groepen kunnen voor rt-CGM in aanmerking komen:

- Kinderen met diabetes type 1;*
- Volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaardcontrole blijvend hoog HbA1c >8% of >64 mmol/mol);*
- Patiënten met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemieën en/of die ongevoelig zijn om hypoglykemie waar te nemen ('hypoglycemia unawareness');*
- Zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2);*
- Vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en type 2).*

Flash Glucose Monitoring

De volgende groepen kunnen voor FGM in aanmerking komen:

- Patiënten met diabetes type 1 (kinderen en volwassenen en al dan niet zwangeren);*
- Patiënten met diabetes type 2 met een intensief insulineschema;*
- Zwangere vrouwen met diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben;*

- Vrouwen met een zwangerschapswens met een preconceptionele diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben.

Uitwisselbaarheid FGM en rt-CGM

FGM is destijds op de markt gebracht als technische variant van rtCGM. Inmiddels is FGM steeds verder naar rt-CGM toegroeid. Het verschil tussen rt-CGM en FGM is steeds kleiner geworden. De nieuwe generaties FGM hebben bijvoorbeeld een alarm, net als rt CGM. Rt-CGM en FGM zijn hierdoor uitwisselbaar geworden wat betreft de functionaliteiten.

Er zijn signalen dat de prijzen van FGM en rt-CGM ook steeds verder naar elkaar toegroeien, maar er zijn nog steeds verschillen. FGM en rt-CGM zijn niet vanzelfsprekend uitwisselbaar. Dit is afhankelijk van de prijs. Als rt-CGM even duur is als FGM of zelfs goedkoper, zijn rt-CGM en FGM uitwisselbaar. Maar als rtCGM duurder is dan FGM, moet worden gekeken of de verzekerde valt onder een van de vijf genoemde indicaties voor rt-CGM.

Hiervoor is een functioneringsgerichte indicatie van de behandelend arts noodzakelijk. Aan de hand van een functioneringsgerichte indicatie moet worden gekeken of een individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een sensor en, zo ja, welke dan (merk en type). Het is aan de zorgverzekeraars om te beoordelen welk hulpmiddel (rt-CGM of FGM) voor de individuele verzekerde het meest passend en doelmatig is.

De betrokken partijen hebben kwaliteitscriteria opgesteld voor optimale en doelmatige inzet van FGM en CGM. Zij zijn nu bezig om deze criteria aan te passen aan de huidige situatie.

Stand van de wetenschap en praktijk

In artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als ‘verantwoorde en adequate zorg’.

Het criterium ‘stand van wetenschap en praktijk’ heeft tot doel het basispakket te beperken tot die vormen van zorg waarvan op de effectiviteit mag worden vertrouwd. Het is in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of de zorg voldoet aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

Redelijkerwijs aangewezen op

Nadat is vastgesteld dat een zorgvorm als een verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde op de prestatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Doelmatigheid

Als de zorgverzekeraar in de polis heeft opgenomen dat de zorg doelmatig of niet onnodig duur mag zijn, dan kan de zorgverzekeraar de vergoeding op deze grond afwijzen wanneer vergoeding gevraagd wordt voor een hulpmiddel terwijl een goedkoper maar adequaat alternatief hulpmiddel voorhanden is. Het Zorginstituut is niet bevoegd te adviseren over de doelmatigheid.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Hulpmiddelenzorg

De glucosemonitorsystemen FGM en rt-CGM zijn ontwikkeld voor glucosemonitoring bij diabetes.

In dit geschil wordt gesproken over de vergoeding van FGM, maar FSL 3 is een doorontwikkeling van FGM die een rt-CGM is.

Uit het voorliggende dossier blijkt dat bij verzoekster sprake is van een dumpingsyndroom met ernstige hypoglykemieën en ongevoeligheid om hypoglykemie waar te nemen (hypoglycemia unawareness) na een totale maagresectie.

Verzoekster heeft echter geen diabetes en voldoet daarmee niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van rt-CGM of FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Geneeskundige zorg (medisch-specialistische zorg)

Als glucosemonitoringsystemen geïndiceerd zijn bij andere aandoeningen dan diabetes, zoals glycogeenstapelingsziekten, kunnen deze vallen onder de aanspraak medisch-specialistische zorg.

Verweerder stelt dat de indicatie voor FSL 3 (en daarmee rt-CGM) bij verzoekster niet in geschil is. Verweerder geeft aan dat als de behandelend internist een glucosesensor bij verzoekster geïndiceerd acht, verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding vanuit de medisch specialistische zorg.

Conclusie

Uit het voorliggende dossier blijkt niet dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van rt-CGM of FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Als de behandelend internist een glucosesensor bij verzoekster geïndiceerd acht, kan zij mogelijk aanspraak maken op vergoeding vanuit de medisch-specialistische zorg.

Advies

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van rt-CGM of FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.”

- 5.2. In het definitief advies van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Hoorzittingsverslag en aanvullende informatie

Het Zorginstituut heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen, de tijdens de hoorzitting voorgedragen pleitnota van verzoekster en de na de hoorzitting ontvangen stukken van partijen.

In aanvulling op de pleitnota geeft verzoekster tijdens de hoorzitting aan, zoals blijkt uit het hoorzittingsverslag, dat zij heeft gevraagd om vergoeding van de FSL3 pads. Verzoekster geeft aan dat zij een dubbelrol heeft en zij deze procedure mede voert als vertegenwoordiger van de hele patiëntengroep. Volgens verzoekster zou het uitgangspunt moeten zijn dat artsen en verzekeraars samen zorgen voor betrouwbare en veilige zorg.

Verweerder geeft aan dat voor de aanspraak op de gevraagde pads vanuit de hulpmiddelenzorg sprake moet zijn van diabetes. Verweerder is niet bereid om in dit geschil een uitzondering te maken en geeft aan dat verzoekster ermee bekend is dat zij niet voldoet aan de geldende indicatievoorwaarden. Volgens verweerder kunnen de pads mogelijk worden vergoed vanuit medisch-specialistische zorg in het kader van behandeling, mits de behandelend arts van verzoekster dit kan onderbouwen.

Verzoekster geeft aan dat, voor zover zij heeft kunnen nagaan, er geen DBC-zorgproductcode is die in haar situatie van toepassing is. Hierover geeft verweerder aan dat de pads bij andere

aandoeningen wel vergoed kunnen worden vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg en intern na te vragen over de mogelijkheid van vergoeding van de pads uit een DBC-zorgproductcode.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het advies van het Zorginstituut betreft de vraag of verzoekster in aanmerking kan komen voor FSL 3 pads vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Het Zorginstituut begrijpt dat FSL 3 (rt-CGM) ook functioneert zonder FSL 3 pads en dat deze pads kennelijk zijn bedoeld als bescherming van de sensor.

Aanspraak artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv

‘Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes’ zijn, zoals blijkt uit de wettekst van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv, beperkt tot de behandeling van diabetes. Ook in de Toelichting bij artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv staat expliciet dat de functiegerichte omschrijving betreft diabeteshulpmiddelen.

De gevraagde FSL 3 pads kunnen om die reden niet vallen onder de functiegerichte aanspraak van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv.

DBC-zorgproductcode

In de pleitnota geeft verzoekster aan dat zij drie pads heeft gekregen van de collega internist endocrinoloog die haar in deze situatie mede heeft begeleid.

Verzoekster geeft aan de FSL 3 pads niet te koop zijn op de vrije markt en zij deze pads in Spanje heeft kunnen kopen. Omdat het effect was zoals beoogd en verzoekster geen diabetes heeft, heeft zij met haar endocrinoloog een verzoek gedaan om de pads vergoed te kunnen krijgen, aldus verzoekster. Verzoekster geeft aan dat juist omdat voor haar uitzonderlijke situatie geen DBC-zorgproductcode bestaat, zij het verzoek heeft gedaan een uitzondering toe te kennen voor haar indicatie.

In de brief van 17 maart 2025, na de hoorzitting, geeft verweerder aan dat als glucose monitoringsystemen zoals rt-CGM ingezet worden bij andere aandoeningen dan diabetes, deze vallen onder medisch-specialistische zorg. In dat geval dient de vergoeding te worden geregeld via het ziekenhuis, onder supervisie van de behandelend medisch-specialist, aldus verweerder. Volgens verweerder ontstaat een complexe situatie in het geval van verzoekster als er geen passende DBC-zorgproductcode bestaat voor haar specifieke aandoening. Een tijdens de hoorzitting voorgestelde oplossing was derhalve om de vergoeding te regelen via een bestaande DBC-zorgproductcode voor een behandeling die verzoekster reeds ondergaat in het ziekenhuis. Verweerder geeft echter aan dat de medisch adviseur een concreet en gedetailleerd stappenplan niet kan aanleveren. Wel benadrukt de medisch adviseur van verweerder dat zij de indicatie voor inzet van rt-CGM niet afwijzen, maar dat zij de vergoeding vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg afwijzen. Verweerder geeft aan dat zij erkennen dat rt-CGM voor verzoekster van grote waarde is, maar dat de medisch-specialist in het ziekenhuis verantwoordelijk is om te regelen dat verzoekster de gevraagde pads vergoed kan krijgen.

Overwegingen Zorginstituut

Het geschil ziet niet op de vergoeding van de FSL 3 pads vanuit de medisch specialistische zorg aangezien verweerder aangeeft dat enkel vergoeding vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg afgewezen wordt. Het Zorginstituut heeft dan ook niet beoordeeld of verzoekster aanspraak kan maken op de pads vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg.

Nu verweerder aangeeft dat vergoeding van de pads vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg mogelijk is, is het voorliggend dat verweerder in overleg treedt met het betrokken ziekenhuis over een passend DBC-zorgproduct.

Conclusie en advies

De functiegerichte aanspraak van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv is beperkt tot de behandeling van diabetes. Hierdoor kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van de aangevraagde FSL 3 pads vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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.
- 7.2. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor vergoeding van FSL 3 pads. De commissie stelt vast dat het in dit geschil, zoals het Zorginstituut in het advies van 30 januari 2025 constateert, gaat om een vorm van real time Continue Glucose Monitoring (hierna rt-CGM). Verder tekent de commissie aan dat de aanvraag is gedaan in het kader van hulpmiddelenzorg en dat zij bij haar beoordeling is gebonden aan deze aanvraag. Dat verzoekster, zoals door haar gesteld, op advies van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gebruik heeft gemaakt van het (foutieve, aldus verzoekster) formulier ‘Hulpmiddelenzorg’, maakt dit niet anders.
- 7.3. De zorgverzekering biedt onder andere aanspraak op hulpmiddelenzorg en dit is geregeld in artikel 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen 2024 van de ziektekostenverzekeraar (hierna: ‘het reglement’). De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel is vermeld op pagina's 20 en 21 van het reglement. Hetgeen hier is beschreven vormt een uitwerking van de artikelen 2.9 Bzv en 2.6, onderdeel o, Rzv. Tussen partijen is niet in geschil dat rt-CGM, zoals de FSL 3, een verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering en dat de door verzoekster aangevraagde pads hiervan deel uitmaken.
- 7.4. Voor de aanspraak op rt-CGM gelden voorwaarden. Op pagina 21 van het reglement is opgenomen dat een verzekerde hiervoor in aanmerking komt als hij behoort tot een van de volgende groepen: (1) kinderen met diabetes type 1, (2) volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaardcontrole blijvend hoog HbA1c >8% of >64 mmol/mol, (3) volwassenen met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemieën en/of die ongevoelig zijn om hypoglykemie waar te nemen ('hypoglycemia unawareness'), (4) zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2) en (5) vrouwen met een zwangerschapswens bij preconceptionele diabetes (type 1 en type 2). Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet kampt met diabetes mellitus type 1 of 2 en daarmee niet voldoet aan de in het reglement genoemde voorwaarden. Ook het Zorginstituut

concludeert in het voorlopig advies van 30 januari 2025 dat verzoekster niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van rt-CGM of FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg. In het definitief advies van 28 mei 2025 aan de commissie bevestigt het Zorginstituut dat de functiegerichte aanspraak van artikel 2.6, onderdeel o, Rzv is beperkt tot de behandeling van diabetes en dat niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van de aangevraagde FSL 3 pads. .

- 7.5. Volgens verzoekster bestaat desondanks aanspraak op het gevraagde, omdat zij hypoglycemia unawareness bij een zeldzame aandoening (status na volledige maagresectie vanwege maagkanker) heeft. Zij heeft gevraagd om een uitzondering op de regelgeving. Hoewel de commissie begrip heeft voor de wens van verzoekster om de FSL 3 pads te gebruiken, kan zij haar hierin niet volgen. Uitgangspunt is dat van de door de wetgever dwingendrechtelijk voorgeschreven dekking van de zorgverzekering, nader ingevuld door de pakketbeheerder, slechts bij uitzondering kan worden afgeweken. In het zogenoemde Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679) heeft de Hoge Raad in dit verband een aantal criteria benoemd op basis waarvan in uitzonderlijke omstandigheden afwijking aan de orde kan zijn. Dat aan deze criteria is voldaan is door verzoekster niet gesteld of anderszins gebleken. Dat bij verzoekster sprake is van een zeldzame situatie is daarvoor onvoldoende.
- 7.6. Volgens verzoekster leidt de afwijzing van de aanvraag tot schending van het gelijkheidsbeginsel, omdat patiënten die FSL 3 pads gebruiken vanwege hypoglycemia unawareness veroorzaakt door diabetes deze pads wel vergoed krijgen. Daarnaast heeft zij aangevoerd dat met de vergoeding van de FSL 3 pads (zorg)kosten worden bespaard. Van schending van het gelijkheidsbeginsel, zoals door verzoekster gesteld, is naar het oordeel van de commissie geen sprake. Rechtsongelijkheid is met name aan de orde als identieke gevallen ongelijk worden behandeld. De door verzoekster genoemde situatie, namelijk de patiënt die bekend is met hypoglycemia unawareness veroorzaakt door diabetes, is per definitie niet gelijk aan de situatie van de patiënt die geen diabetes heeft, maar bekend is met hypoglycemia unawareness veroorzaakt door een andere aandoening (bijvoorbeeld status na volledige maagresectie vanwege maagkanker). De stelling van verzoekster dat de oorzaak van de hypoglycemia unawareness voor de vraag of de FSL 3 pads als hulpmiddel voor vergoeding uit de zorgverzekering in aanmerking komen niet van belang is, wordt door de commissie niet gevolgd. Zoals hiervoor is overwogen en door het Zorginstituut wordt geconcludeerd is de aanspraak immers door de wetgever beperkt tot de in artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv genoemde indicaties, waaraan verzoekster niet voldoet. Verder geldt dat de zorgverzekering niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie, namelijk de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg. De commissie ziet daarom in de stelling van verzoekster geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de FSL 3 pads vanuit de hulpmiddelenzorg ten laste van de zorgverzekering.
- 7.7. Of het gevraagde eventueel voor vergoeding in aanmerking kan komen als onderdeel van de aanspraak op medisch specialistische zorg – in dat geval vanuit een DBC-zorgproduct en daarmee feitelijk uit de bij de DBC behorende bekostiging – vormt geen onderwerp van dit geschil. aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij vergoeding van de FSL 3 pads vanuit medisch specialistische zorg ten laste van de zorgverzekering niet afwijst. Het Zorginstituut heeft dan ook niet beoordeeld of verzoekster op basis hiervan eventueel aanspraak kan maken op de FSL 3 pads. Hetgeen partijen hierover hebben gesteld moet in het kader van de beoordeling daarom in het midden blijven. De commissie kan het Zorginstituut overigens volgen in zijn overweging dat, nu de ziektekostenverzekeraar aangeeft dat hij vergoeding van de FSL 3 pads vanuit de aanspraak op medisch-specialistische zorg niet afwijst, het voorliggend is dat de ziektekostenverzekeraar in overleg treedt met het betrokken ziekenhuis over een passend DBC-zorgproduct.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juli 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- (...)

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De UMC Eigen Keuze is een combinatieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) of recht op zorg (natura) zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor restitutie heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Voor natura heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft 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, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Voor Verpleging en verzorging (artikel 14) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (artikel 25 en 37) maakt u gebruik van zorg in natura. Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Let op

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten). Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen (restitutie)

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor (eerste) aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Hulpmiddelenzorg niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten en betreft het een hulpmiddel dat u op basis van het Reglement hulpmiddelen in bruikleen krijgt? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U heeft in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/ bruikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
toebehoren bij het zwachtelen	eigendom	SEMH-erkenning DISW-w	behandelend arts, physician assistant of verpleegkundig specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en herhaling.	Bijzonderheden Zwachtelen is een voortraject tot therapeutisch elastische kousen. Voor behandeling gedurende 2 maanden heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) maximaal 4 zwachtels, een rol hechtleister en eventueel buisverband en polstermate- riaal.
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in het hematologisch systeem (artikel 2.6 onderdeel n Regeling zorgverzekering)						
zelfmeetapparatuur en toebehoren voor bloedstollings-tijden	bruikleen	trombosedienst	behandelend arts	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (artikel 2.6 onderdeel o Regeling zorgverzekering), zoals:						
bloedglucosemeter, insulinepen, prikpen, teststrips en lancetten	eigendom	SEMH-erkenning DISW-d	behandelend arts of diabetesverpleeg- kundige	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf.	Normgebruik Het maximaal aantal te vergoeden teststrips en lancetten is gebaseerd op de EADV (V&VN)-richtlijn en het voorschrift. Maximum aantal - nagenoeg uitbehandeld met orale middelen: eenmalig 100 lancetten en 100 strips - 1 insulinepen per insulinesoort, 1 reservepen per 36 maanden.
Flash Glucose Monitoring (FGM, zoals de FreeStyle Libre)	eigendom	SEMH-erkenning DISW-d	behandelend arts dia- betes verpleegkundige of verpleegkundig specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf.	Bijzonderheden U heeft recht op Flash Glucose Monitoring (FGM) als u behoort tot een van de volgende groepen: - Verzekerden met diabetes type 1 met een intensief insuli- neschema - Verzekerden met diabetes type 2 met een intensief insuli- neschema. - Zwangere vrouwen met bestaande diabetes die insuline gebruiken (geen zwangerschapsdiabetes) - Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben en insuline gebruiken. Een intensief insulineschema is 4 of meer keer per dag insuline injecteren of een insulinepomp gebruiken. FGM is een alternatief voor het meten van glucosewaarden met Real Time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM). Als u gebruikt van FGM heeft u daarnaast recht op maximaal 200 strips en lancetten per jaar als normgebruik voor diabe- testmateriaal.
injectiespuiten en injectiepen met toebehoren voor insulinetherapie	eigendom	apotheek of SEMH-erken- ning DISW-d	behandelend arts of diabetes verpleeg- kundige	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/ bruikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
draagbare, uitwendige insuliepompen	bruikleen	SEMH-erkenning DISW-d	behandelend medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Gebruikstermijn U kunt de insuliepomp minimaal 4 jaar gebruiken. Bijzonderheden U heeft geen recht op een reserve insuliepomp. U heeft wel recht op een vakantieleenpomp.
Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM)	eigendom	SEMH-erkenning DISW-d	behandelend medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Bijzonderheden U heeft recht op Real Time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM) als u behoort tot een van de volgende groepen: - Kinderen met diabetes type 1. - Volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaardcontrole blijvend hoog HbA1c >8% of >64 mmol/mol). - Volwassenen met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemieën en/of die ongevoelig zijn om hypoglykemie waar te nemen ('hypoglycemia unawareness'). - Zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2). - Vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en type 2).
toebehoren bij insuliepompen (infusie-sets, niet voorgevulde ampullen/reservoirs, canule, katheter, inbrengsysteem, adapter, etc.)	eigendom	SEMH-erkenning DISW-d	behandelend medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	Bijzonderheden De insuliepomp wordt gebruiksklaar (inclusief batterijen) geleverd. U heeft geen recht op vervanging van de batterijen. Normgebruik - 1 infusieset per 3 dagen
bloedketonenmeter en ketonen teststrips	eigendom	SEMH-erkenning DISW-d	behandelend medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
Draagbare, uitwendige infuuspompen (artikel 2.22 Regeling zorgverzekering), zoals:						
draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren	bruikleen		behandelend arts	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (artikel 2.24 Regeling zorgverzekering)						
niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren	eigendom		behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist of diëtist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	
uitwendige voedingspompen met toebehoren	bruikleen		behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist of diëtist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	