

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501370

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 7 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie hiervan is op 8 oktober 2025 aan verzoekster gezonden. Bij brief van 27 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 oktober 2025 aan verzoekster gezonden.
- 1.3. Bij brief van 19 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025026058) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 november 2025 aan partijen gestuurd.
- 1.4. Op 1 december 2025 heeft verzoekster een bericht aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 4 december 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van het nagekomen stuk zijn op 6 januari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 november 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie nadere vragen gesteld. Bij brief van 19 januari 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 januari 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Vervolgens hebben partijen gecorrespondeerd over de stand van zaken aangaande een mogelijke minnelijke regeling.
- 1.7. Bij e-mailbericht van 29 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat hij overeenstemming heeft bereikt over een structurele oplossing. Een kopie van dit e-mailbericht is aan verzoekster gezonden met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Op

14 augustus 2026 heeft verzoekster aan de commissie laten weten dat dit niet het geval is. Een kopie van dit bericht is op 18 augustus 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZbewuZt Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen BewuZt Fysio Goed, BewuZt Tandongevallen, en BewuZt Buitenland (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Op 14 oktober 2024 is door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een FreeStyle Libre (hierna: FSL). Bij brief van 24 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Op 20 juni 2025 is opnieuw een aanvraag ingediend voor een FSL. Bij brief van 1 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat deze aanvraag is afgewezen.
- 2.5. Bij brief van 19 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 19 januari 2026 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 aan haar de aangevraagde FSL te vergoeden vanuit de hulpmiddelenzorg.
- 3.2. In de brieven van 5 november 2024 aan de ziektekostenverzekeraar en van 4 augustus 2025 aan de commissie, heeft verzoekster toegelicht dat zij in december 2020 de diagnose slokdarmkanker heeft gekregen. Zij is toen gestart met chemo/radiatie, maar kreeg een Covid-19 besmetting. De chemotherapie heeft zij hierdoor niet kunnen afmaken. De radiotherapie is wel afgerond. In 2021 is de slokdarm verwijderd en een buismaag aangelegd. Verzoekster ging op dat moment nog steeds achteruit. Haar bloedsuikers waren laag en zij moest verschillende soorten medicatie proberen. Vanwege het uitblijven van resultaat en de meerdere keren per dag terugkerende hypoklachten heeft verzoekster een DOPA-PET-scan gehad. Hieruit bleek een beeld van diffuse nesidioblastose. Dit is een zeldzame aandoening met maar één patiënt per jaar. Bij deze aandoening produceren de bètacellen in de eilandjes van Langerhans continu overmatig insuline. Dit leidt tot ernstig lage bloedsuikers, lager dan 2,5mmol/l, en hypo-unawareness waarbij de snelle daling van de bloedsuikers niet wordt gevoeld. De medicatie met dioxide en pasireotide verhoogt het risico op ontregeling. Verzoekster is gestart met pasireotide om haar bloedsuikerwaarden omhoog te krijgen. De diëtist is gedurende dit traject betrokken geweest voor voedingsadvies. In september 2022 is verzoekster overgegaan op sondevoeding. Hiermee namen de hypo's af, kreeg zij meer energie, en nam haar gewicht toe. Verzoekster kan nu kleine hoeveelheden eten. Dit heeft voor haar een grote meerwaarde. Na een second opinion kreeg verzoekster het advies om over te gaan op Flash Glucose Monitoring (hierna: FGM). Vanwege haar hypo-unawareness is het zaak dat in voorkomend geval tijdig wordt gehandeld. Daarnaast krijgt zij met FGM meer inzicht in de effecten van het eten, sporten, wandelen, fietsen en stress, en kan zij de gegevens delen met haar

behandelaar. Met FGM krijgt zij ook meer bewegingsvrijheid en kwaliteit van leven. Verzoekster wacht tot er nieuwe medicatie voor haar beschikbaar is. Tot die tijd moet zij omgaan met de hypo's. Het traject van verzoekster is eenzaam en medisch specialisten weten geen oplossing te vinden. Het monitoren van haar bloedsuikers is voor haar van essentieel belang, omdat een standaard bloedglucosemeting door middel van een vingerprik voor verzoekster niet toereikend is. Zij ervaart dalingen van de bloedsuikerwaarden, maar haar lichaam geeft geen waarschuwingssignalen. Bij real time Continue Glucosemonitoring (rt-CGM) wordt een real time alarm gegeven en kan direct worden ingegrepen. Volgens verzoekster bevestigen haar behandelaars (endocrinoloog, verpleegkundig specialist MDL, chirurgen en diëtist) dat rt-CGM het enige hulpmiddel is dat voor haar effectief is om haar aandoening onder controle te houden.

- 3.3. Verzoekster stelt dat zij aanspraak heeft op rt-CGM omdat deze zorg rationeel, doelmatig en medisch noodzakelijk is. Het betreft niet per definitie een diabetes hulpmiddel, want met medische onderbouwing is rt-CGM ook inzetbaar bij andere endocriene stoornissen. Er is bij verzoekster sprake van een uitzonderlijke medische indicatie. Zij voldoet aan de criteria voor zinnige en noodzakelijk zorg. De aandoening komt zelden voor en valt buiten de standaard protocollen, die op diabetes mellitus zijn gericht. Door de beleidsregels worden ernstig zieke patiënten uitgesloten, omdat zij niet in een standaard hokje passen. De commissie dient bij haar beoordeling rekening te houden met de medische ernst en het acute risico van de aandoening, en de veiligheid en kwaliteit van leven van verzoekster.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij een unieke aandoening heeft waarvoor geen protocol bestaat. Zij moet de hele dag dealen met deze aandoening. Dit vraagt de nodige alertheid en strengheid op het dieet. Op dit moment maakt verzoekster gebruik van de FSL type 2. Als het alarm van de FSL afgaat, moet zij reageren. Zij doet haar best om in goede conditie te blijven, maar dit lukt niet. Zij moet drie trappen af om bij haar fiets te komen. Het komt vaak voor dat zij vervolgens niet meer in staat is iets te ondernemen. Dan gaat zij weer terug naar huis en probeert zij het later opnieuw. Verzoekster betaalt de FSL op dit moment zelf. Een sensor kost € 67,-- en kan ongeveer veertien dagen worden gebruikt. De sensoren worden direct bij de leverancier gekocht. Uit het patiëntendossier blijkt dat er contact is geweest tussen de behandelend arts en de ziektekostenverzekeraar. De behandelend arts heeft uitgelegd dat de FSL niet onder een DBC valt, omdat het gaat om een unieke aandoening, die niet is opgenomen in een DBC. De arts wil ook geen verkeerde DBC gebruiken om het hulpmiddel wel vergoed te krijgen.
- 3.5. Bij bericht van 14 augustus 2026 heeft verzoekster verklaard dat zij de nota's van de FSL kan indienen bij de ziektekostenverzekeraar en dat deze dan worden vergoed. De vergoeding via het ziekenhuis is echter nog niet geregeld, terwijl dit wel de afspraak was. De behandelend endocrinoloog is inmiddels alweer twee maanden beschikbaar en blijkt niet op de hoogte van de gemaakte afspraak.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak kan maken op FGM. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat zij niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering. In de heroverweging van 10 december 2024 stelt de ziektekostenverzekeraar dat de inzet van sensortechnologie bij andere aandoeningen dan diabetes mellitus niet onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg valt, maar onder die op medisch specialistische zorg. De sensortechnologie wordt dan ingezet ter ondersteuning van de behandeling van een andere aandoening dan diabetes mellitus.
- 4.2. In de brief van 7 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In het 'Reglement hulpmiddelen 2024' zijn nadere voorwaarden gesteld. Op pagina 20 van het reglement

is de vergoeding van FGM geregeld. Volgens het reglement wordt dit hulpmiddel alleen vanuit de basisverzekering vergoed bij diabetes mellitus. Andere indicaties worden niet beschreven in het reglement. Op de website van het Zorginstituut staat dat bij inzet voor andere aandoeningen dan diabetes mellitus, het hulpmiddel onderdeel is van de aanspraak op medisch specialistische zorg. Dit betekent dat de kosten vanuit een DBC door het ziekenhuis moeten worden vergoed als verzoekster redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.

- 4.3. In de brief van 27 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard contact te hebben opgenomen met de behandelend arts. De ziektekostenverzekeraar erkent dat bij verzoekster een medische indicatie bestaat voor de inzet van een FSL. Bekostiging hiervan via de DBC-systematiek wordt in de praktijk door ziekenhuizen evenwel niet als optie beschouwd, met name vanwege het ontbreken van een separate prestatie hiervoor. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of vergoeding mogelijk is via alternatieve routes, maar dit bleek helaas niet het geval.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag is afgewezen, omdat FGM, zoals de FSL type 2, alleen voor vergoeding in aanmerking komt bij de door het Zorginstituut genoemde indicaties. Deze indicaties zijn beperkt tot diabetes. Dit volgt ook uit de voorwaarden van de zorgverzekering en het bijbehorende reglement. Het Zorginstituut heeft een en ander bevestigd in zijn voorlopig advies. De commissie heeft hierover ook eerder bindende adviezen uitgebracht (SKGZ202401429, 2022001123). Het ging in deze zaken niet over dezelfde aandoening, maar wel over hypoglycemia unawareness zonder diabetes.
 De ziektekostenverzekeraar ontkent niet dat een medische indicatie bestaat voor het gebruik van de FSL. Bij andere aandoeningen dan diabetes kan het gebruik van de FSL onderdeel zijn van de medisch specialistische behandeling. De FSL moet dan worden bekostigd vanuit de DBC-systematiek.
 De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de behandelend arts om uit te leggen dat de FSL moet worden vergoed vanuit de DBC. Dat het ziekenhuis die mogelijkheid niet wil benutten, betekent niet dat de wettelijke kaders voor hulpmiddelenzorg moeten worden opgerekt. De ziektekostenverzekeraar ziet voorts geen mogelijkheid tot vergoeding uit coulance. Coulance is aan de orde als er geen reguliere vergoedingsmogelijkheid bestaat en er zwaarwegende redenen zijn om een (tijdelijke) uitzondering te maken. Omdat in dit geval een vergoedingsmogelijkheid aanwezig is, namelijk vergoeding vanuit de DBC, ziet de zorgverzekeraar geen reden voor een coulancevergoeding. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar regelmatig aanvragen krijgt voor vergoeding van diabetes hulpmiddelen van verzekerden zonder diabetes. Hij kan niet alleen voor verzoekster een uitzondering maken.
 De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat er een DBC is voor de aandoening zelf en de nazorg, maar geen aparte prestatie voor het hulpmiddel. Het DBC-tarief wordt geacht alle kosten, inclusief hulpmiddelen, geneesmiddelen, etc. te dekken. De FSL zou daarom moeten worden bekostigd door het ziekenhuis vanuit de DBC. Bij een DBC niet staat welk geneesmiddel of hulpmiddel hiervan deel van uitmaakt. Het is een combinatie van wat in gemiddelde situaties wordt gebruikt. Als de beroepsgroep niet uitkomt met een bepaalde DBC, kan een wijzigingsverzoek worden gedaan bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Het is overigens de vraag of de NZa overgaat tot wijziging, omdat hier sprake is van een unieke situatie.
 De ziektekostenverzekeraar is nog steeds bereid om met de behandelend arts in gesprek te gaan, maar dit heeft tot op heden niets opgeleverd. De behandelend arts is blijkbaar niet op de hoogte van de systematiek. De ziektekostenverzekeraar heeft geprobeerd deze uit te leggen, maar vervolgens ligt het op de weg van verzoekster om zich opnieuw tot de arts te wenden. Als deze niet wil overgaan tot installeren en vergoeden, dan is het aan de afdeling Zorginkoop van de ziektekostenverzekeraar om te onderzoeken of de zorgaanbieder in kwestie kan worden aangesproken op nakoming van de contracten. Daarbij bestaat wel de mogelijkheid dat dit geen onderdeel vormt van de contracten. Verzoekster mag niet de dupe worden van een discussie tussen de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar zal daarom

proberen het probleem op te lossen. Hij wil eerst een bindend advies ontvangen om daarna het gesprek aan te gaan met de arts.

- 4.5. Bij e-mailbericht van 29 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij inmiddels overeenstemming heeft bereikt met het ziekenhuis over een structurele oplossing. De FSL zal in de toekomst via het ziekenhuis worden geleverd. De uitvoering hiervan laat echter nog even op zich wachten, omdat de behandelend arts niet beschikbaar is. Het is daarom nog niet duidelijk wanneer hiermee kan worden gestart. Tot het moment waarop de levering via het ziekenhuis is gerealiseerd, zal de ziektekostenverzekeraar de door verzoekster gemaakte kosten voor de FSL vergoeden op basis van de facturen die zij bij de ziektekostenverzekeraar indient.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Hulpmiddelenzorg

In dit geschil wordt gesproken over de vergoeding van een Freestyle Libre (FSL). Dit kan zowel een FGM (FSL 1 en FSL 2) als rt-CGM (FSL 2 plus en FSL 3) zijn. De glucosemonitoringsystemen FGM en rt-CGM zijn allebei ontwikkeld voor glucosemonitoring bij diabetes.

Zowel een rt-CGM als een FGM kunnen alleen voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg als bij een verzekerde sprake is van diabetes. Uit de brief van de behandelaren van verzoekster, gedateerd op 19 juni 2025, blijkt dat bij verzoekster sprake is van ernstige hypoglykemieën en hypoglycemia unawareness bij nesidioblastose na een buismaagreconstructie. Hiermee voldoet verzoekster niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een rt-CGM of een FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Geneeskundige zorg (medisch-specialistische zorg)

Als glucosemonitoringsystemen geïndiceerd zijn bij andere aandoeningen dan diabetes, kunnen deze mogelijk vallen onder de aanspraak medisch specialistische zorg. Hiervoor geldt dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat de verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg. Dit is echter niet in geschil.

In de brief van 27 oktober 2025 geeft verweerder aan dat bij verzoekster een medische indicatie bestaat voor de inzet van de betreffende technologie (FGM of rt-CGM). Hierbij geeft verweerder aan dat een passende bekostigingsmogelijkheid ontbreekt. Het ziekenhuis wil het hulpmiddel niet vanuit de DBC vergoeden, omdat een separate prestatie ontbreekt. Het Zorginstituut kan niet adviseren over de bekostiging, aangezien de adviestaak van het Zorginstituut enkel ziet op de aanspraak. De bekostiging zou echter niet aan de aanspraak in de weg moeten staan.

Conclusie

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

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van rt-CGM of FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg."

- 5.2. In het definitief advies van 19 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U verzoekt in uw begeleidende brief aan het Zorginstituut om in het definitief advies op de volgende drie vragen in te gaan:

- *In dit geval gaat het om twee aandoeningen, namelijk de verwijdering slokdarm, aanleggen buismaagconstructie én een te hoge β productie in de alvleesklier. Zijn deze aandoeningen gerelateerd of gaat het om aparte aandoeningen waarvoor een aparte zorgvraag bestaat?*
- *Als er sprake is van een aparte zorgvraag, zijn er dan ook aparte DBC's en zo ja welke?*
- *Ongeacht of er sprake is van één of meerdere zorgvragen behoort de FSL tot de nazorg ongeacht of dit in de DBC is vermeld als prestatie?*

Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet adviseert het Zorginstituut over de aanspraak op zorg. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat er geen geschil is over de aanspraak op de Freestyle Libre vanuit de medisch-specialistische zorg. Uw vragen zien niet op de aanspraak en hebben betrekking op de bekostiging van de zorg. Het behoort niet tot de wettelijke taak van het Zorginstituut om hierover te adviseren.”

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, medisch specialistische zorg, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’, 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. Volgens de vaste lijn van de commissie vervalt door het indienen van een nieuwe aanvraag de voorgaande. In dit geval dateert de laatste aanvraag voor een FSL van 20 juni 2025. Deze is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, maar er is niet gebleken dat door verzoekster om heroverweging van die beslissing is gevraagd of dat deze heeft plaatsgevonden. De commissie zal daarom voor de beoordeling de eerdere aanvraag van 14 oktober 2024 als uitgangspunt nemen. Met betrekking tot deze aanvraag geldt, zoals ook het Zorginstituut in het voorlopig advies van 19 november 2025 constateert, dat het bij een FSL om zowel FGM als rt-CGM kan gaan. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij gebruik maakt van een FSL type 2. Deze is via een app-update functioneel om te zetten naar rt-CGM.
- Verder tekent de commissie aan dat de aanvraag van 14 oktober 2024 is gedaan in het kader van hulpmiddelenzorg en dat zij hieraan is gebonden bij haar beoordeling. In geschil is immers of de betreffende aanvraag voor een hulpmiddel terecht werd afgewezen.

- 7.3. De zorgverzekering biedt onder andere aanspraak op hulpmiddelenzorg. 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 hulpmiddelen bij diabetes 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 zowel FGM als rt-CGM in het kader van de behandeling van diabetes mellitus voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en – als onderdeel van de aanspraak op hulpmiddelenzorg - een verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering.
- 7.4. Aan de verstrekking of vergoeding van het hulpmiddel zijn nadere voorwaarden verbonden. Zo is op pagina 34 van het reglement opgenomen dat een verzekerde in aanmerking komt voor FGM als hij behoort tot een van de volgende groepen: (1) verzekerden met diabetes type I met een intensief insulineschema, (2) verzekerden met diabetes type 2 met een intensief insulineschema, (3) zwangere vrouwen met bestaande diabetes die insuline gebruiken (geen zwangerschapsdiabetes) en (4) vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben en insuline gebruiken. Op pagina 35 van het reglement is opgenomen dat een verzekerde in aanmerking komt voor rt-CGM 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 een preconceptionele diabetes (type 1 en 2).
- 7.5. Het staat vast dat verzoekster niet kampt met diabetes mellitus en daarmee noch voldoet aan de in het reglement genoemde voorwaarden voor FGM noch aan die voor rt-CGM. Ook het Zorginstituut komt in het voorlopig advies van 19 november 2025 tot de conclusie dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van FGM of rt-CGM vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg van de zorgverzekering. Daarmee is de afwijzing van de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden terecht.
- 7.6. Volgens verzoekster bestaat desondanks aanspraak op de gevraagde FSL, omdat zij hypoglycemia unawareness heeft bij een zeldzame aandoening (diffuse nesidioblastose). Zij heeft gevraagd voor haar een uitzondering te maken. Volgens verzoekster dient de commissie rekening te houden met de medische ernst en het acute risico van de aandoening en de veiligheid en kwaliteit van leven. Hoewel de commissie begrip heeft voor de wens van verzoekster om de FSL 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 hoge uitzondering kan worden afgeweken. Het enkele gegeven dat bij verzoekster sprake is van een uiterst zeldzame situatie is daarvoor onvoldoende.
- 7.7. De vraag of de FSL moet worden vergoed als onderdeel van de aanspraak op medisch specialistische zorg – in dat geval vanuit een DBC-zorgproduct en daarmee feitelijk ten laste van de zorgaanbieder – kan door de commissie niet worden beantwoord. Uitgangspunt is dat hulpmiddelen die onderdeel zijn van een medisch specialistische behandeling vallen onder de aanspraak op medisch specialistische zorg. De vergoeding van diabetes hulpmiddelen vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg vormt een uitzondering op deze hoofdregel. Vergoeding vanuit het DBC-zorgproduct is daarom in beginsel mogelijk. Of de FSL in het kader van de aanspraak op medisch specialistische zorg kan worden vergoed is ter beoordeling van de zorgaanbieder.
- 7.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 29 mei 2026 verklaard dat hij overeenstemming heeft bereikt met het ziekenhuis over een structurele oplossing. De FSL zal in de toekomst via het ziekenhuis worden geleverd. Tot het moment waarop de levering via het ziekenhuis is gerealiseerd, zal de ziektekostenverzekeraar de door verzoekster gemaakte kosten

voor de FSL vergoeden op basis van de facturen die zij indient. Bij bericht van 14 augustus 2026 heeft verzoekster bevestigd dat de kosten van de FSL steeds door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed op basis van de door haar ingediende facturen. Hoewel geen onderdeel van het aan de commissie voorgelegde verzoek, dat immers betrekking had op de afgewezen aanvraag in het kader van hulpmiddelenzorg, kan worden geconstateerd dat het probleem van verzoekster hiermee feitelijk is opgelost. Of de behandelend arts al dan niet op de hoogte is van de tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar gemaakte afspraak over de levering van het hulpmiddel via het ziekenhuis, en wanneer dit zijn beslag krijgt, is vervolgens niet relevant.

Slotsom

7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2026,

L. Ritzema

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.

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 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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

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. Andere hulpmiddelen ontvangt u 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 deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Let op

Wij hebben voor een aantal hulpmiddelen met een select aantal zorgaanbieders contracten gesloten. Het gaat om absorberend incontinentiemateriaal, hoorhulpmiddelen en personenalarmering. Op onze website vindt u met welke zorgaanbieder(s) wij een contract hebben gesloten. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij specifiek voor VGZbewuZ Basis geen contract hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen.

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 het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 60% 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 zorgaanbie- der 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 hechtpleister 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 bloedstollingstijden	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 gebruikmaakt van FGM heeft u daarnaast recht op maximaal 200 strips en lancetten per jaar als normgebruik voor diabe- testestmateriaal.
injectiespuiten en injectiepenen 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 insulinepompen	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 insulinepomp minimaal 4 jaar gebruiken. Bijzonderheden U heeft geen recht op een reserve insulinepomp. 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 insulinepompen (infusiesets, 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 insulinepomp 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.	