

# BINDEND ADVIES

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301153

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van FreeStyle Libre 3 sensoren te vergoeden. Hierdoor kan zij, in combinatie met de YpsoPump insulinepomp, gebruik maken van het Hybride Closed Loop systeem. De kosten van de sensoren zijn vergelijkbaar met de huidige FreeStyle Libre 2 sensoren.  
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat bij gebruik van de FreeStyle Libre 3 sensoren sprake is van Continue Glucose Monitoring. In dat kader zijn vijf patiëntengroepen aangewezen die hierop aanspraak hebben. Verzoekster behoort hiertoe niet.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de FreeStyle Libre 3 sensoren ten laste van de zorgverzekering. Weliswaar behoort zij niet tot de vijf patiëntengroepen, maar het Zorginstituut heeft in zijn advies van 25 oktober 2023 geconcludeerd dat in het geval de kosten van de FreeStyle Libre 2 en de FreeStyle Libre 3 gelijk zijn, en verzoekster is aangewezen op een insulinepomp, hij geen grondslag ziet om vast te houden aan voornoemde vijf patiëntengroepen. Dat verzoekster is aangewezen op een insulinepomp staat niet ter discussie. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat uit de Z-index is gebleken dat de kosten van de FreeStyle Libre 2 en de FreeStyle Libre 3 gelijk zijn. Dit is door de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd weersproken.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 mei 2023 en klachtenformulier van 5 mei 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 mei 2023, 23 juni 2023 en 11 juli 2023 stuurde zij de commissie aanvullende informatie. Het dossier was op 12 juli 2023 gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 29 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 29 augustus 2023, aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 25 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023036227) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 oktober 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft op 21 november 2023 schriftelijk gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 augustus 2023. Een kopie van deze reactie is op 22 november 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 november 2023 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie verzocht of hij bepaalde vertrouwelijke gegevens alleen aan de commissie kan overleggen, zonder dat verzoekster hiervan een kopie krijgt. Nadien heeft hij verklaard dat hij deze gegevens sowieso niet mag aanleveren, zodat zijn verzoek vervalst.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennismaken van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 december 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 25 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 17 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft hierbij nog enkele aanvullende opmerkingen gemaakt. Een kopie van dit definitieve advies is op 18 januari 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop binnen tien dagen schriftelijk te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand \*\* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 27 april 2023 via de website van de ziektekostenverzekeraar een - door de ziektekostenverzekeraar als bijlage 3 bij zijn brief aan de commissie van 29 augustus 2023 overgelegde - klacht ingediend over het niet vergoeden van de FreeStyle Libre 3 sensoren. De ziektekostenverzekeraar heeft de ontvangst diezelfde dag per e-mail bevestigd. Op 28 april 2023 heeft verzoekster aanvullende informatie gestuurd. Bij brief van 3 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist naar aanleiding van de ingediende klacht.
- 3.3. Bij brief van 25 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3.4. Bij brief van 17 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

#### 4. Standpunt verzoekster

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van FreeStyle Libre 3 sensoren te vergoeden.

4.2. In dat verband heeft zij, in haar hiervoor onder 3.2 genoemde klacht van 27 april 2023, toegelicht dat zij gebruik maakt van een YpsoPump insulinepomp. Voordeel hiervan is het Hybride Closed Loop systeem (hierna: HCL), hierop neerkomend dat de FreeStyle Libre 3 communiceert met de insulinepomp. Om daarvan gebruik te kunnen maken zijn FreeStyle Libre 3 sensoren vereist. De huidige FreeStyle Libre 2 sensoren zijn hiervoor niet geschikt. De diabetesregulatie met de FreeStyle Libre 2 gaat momenteel redelijk goed, maar kost verzoekster veel tijd, energie en nachtrust. Continue Glucose Monitoring (i.e. FreeStyle Libre 3) zal leiden tot verbetering van de kwaliteit van leven. Bovendien treedt voor de ziektekostenverzekeraar op de langere termijn een besparing op. Als er minder complicaties optreden, kunnen hoge zorgkosten worden vermeden. In haar brief van 4 mei 2023 licht verzoekster toe dat het Zorginstituut Flash Glucose Monitoring (FreeStyle Libre 1) in 2019 heeft geduid als effectieve en kosteneffectieve interventie bij personen met diabetes mellitus type 1 en type 2 met een intensief insulineschema. Sindsdien zijn er twee nieuwe generaties van de FreeStyle Libre ontwikkeld, de 2 en de 3. Beide sensoren werken grotendeels hetzelfde: een bluetooth signaal stuurt de glucosewaarde naar een ontvanger (smartphone). Bij de FreeStyle Libre 2 dient men een extra handeling te verrichten om de glucosewaarde te kunnen zien (het zogenoemde 'flashen' van de sensor door middel van NFC technologie). Bij de FreeStyle Libre 3 wordt de waarde direct weergegeven op de telefoon. Dit maakt het makkelijker om de glucosewaarde te zien en daarop te handelen. De FreeStyle Libre 3 met de Continue Glucose Monitoring is effectiever dan, of minimaal even effectief als, de FreeStyle Libre 1 en 2, waar het betreft Flash Glucose Monitoring. Voorheen bestond tussen beide een groot verschil in prijs, maar inmiddels staat de FreeStyle Libre 3 geregistreerd op de Z-Index voor precies dezelfde prijs als de FreeStyle Libre 2 (€ 1.469,26). Dit bedrag ligt onder het bedrag waarvoor de FreeStyle Libre 1 destijds als kosteneffectief is geduid ten opzichte van de vingerprik (€ 1.560,-).

De ziektekostenverzekeraar lijkt in zijn standpunt te verwijzen naar opgestelde regels over de basisverzekering. Op de website van het Zorginstituut is echter het volgende te lezen:

##### *"Eisen aan een hulpmiddel*

*Het is in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of een (nieuw) hulpmiddel voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komt. Dit heet ook wel of een hulpmiddel 'onder de functiegerichte aanspraak valt'. Dit is geregeld in paragraaf 1.4. Hulpmiddelenzorg van de Regeling zorgverzekering (artikelen 2.6 tot en met 2.29). Ook is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of een (nieuw) hulpmiddel voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Met andere woorden of het hulpmiddel bewezen effectief is."*

Zowel de FreeStyle Libre 2 als de FreeStyle Libre 3 is na de duiding door het Zorginstituut in 2019 op de Nederlandse markt verschenen. Beide wijken af van de originele FreeStyle Libre 1 Flash Glucose Monitoring en kunnen, aldus verzoekster, dan ook - apart - functiegericht worden beoordeeld. De verwijzing naar de regels rondom Continue Glucose Monitoring voor een andere functiegerichte aanspraak is niet juist.

Daarbij laat de wetenschap zien dat gebruik van een HCL-systeem de beste behandelmethodede is voor het behalen van glucosestreefwaarden en kwaliteit van leven. Met haar huidige insulinepomp, in combinatie met de FreeStyle Libre 3 sensoren kan verzoekster een HCL-systeem vormen.

Verzoekster verwijst ter onderbouwing naar een brief van de Diabetes Vereniging Nederland aan de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 juni 2023.

- 4.3. In haar reactie van 21 november 2023 merkt verzoekster op dat het niet waar is dat de ziektekostenverzekeraar, zoals deze heeft verklaard, de Continue Glucose Monitoring alleen vergoedt aan de vijf aangewezen groepen. Verzekerden die onder behandeling zijn bij behandelcentrum Diabeter krijgen de Continue Glucose Monitoring ook op andere gronden vergoed. Verzoekster verwijst hiervoor naar de informatie op de website van Diabeter. Verder merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk alleen heeft verwezen naar een eerdere beoordeling door het Zorginstituut. Het is echter aan de ziektekostenverzekeraar om deze beoordeling te verrichten. Daarnaast heeft het Zorginstituut zijn standpunt ingenomen op basis van verouderde informatie. Sinds het in 2021 ingenomen standpunt zijn veel nieuwe publicaties verschenen. Verzoekster stelt dat de publicaties laten zien dat het gebruik van een geautomatiseerde, sensorgekoppelde insulinepomp voor veel betere uitkomsten zorgt dan een insulinepomp die wordt gebruikt met een losse sensor (FGM/CGM). Daarnaast geeft de internationale consensus aan dat deze 'Automated Insuline Delivery' voor iedereen met diabetes type 1 moet worden overwogen.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat haar insulinepomp begin 2023 een update heeft gehad, waardoor deze geschikt is gemaakt voor het creëren van een HCL-systeem met de FreeStyle Libre 3. De behandelend arts wil de FreeStyle Libre 3 echter niet voorschrijven aan verzoekster, omdat zij niet behoort tot de vijf categorieën. Verzoekster benadrukt dat de FreeStyle Libre 3 doelmatig is. Een goede regulering van de bloedsuikerwaarde voorkomt complicaties en dus ook zorgkosten. Uit onderzoek is bovendien gebleken dat het gebruik van een sensor-gekoppelde insulinepomp zorgt voor veel betere uitkomsten dan een insulinepomp met een aparte sensor. Het Zorginstituut heeft in het voorlopige advies opgemerkt dat er geen grondslag is om vast te houden aan de vijf categorieën in het geval de prijs van de FreeStyle Libre 2 en FreeStyle Libre 3 gelijk is. Hierbij merkt het Zorginstituut op dat dan wel moet vaststaan dat verzoekster een insulinepomp gebruikt. Verzoekster heeft de insulinepomp jaren geleden, in overleg met de internist, ontvangen en deze wordt ook vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Aangezien de FreeStyle Libre 3 minimaal even effectief is als de FreeStyle Libre 2, en de kosten nagenoeg gelijk zijn, ziet verzoekster geen bezwaar tegen vergoeding hiervan. Verzoekster heeft al 33 jaar diabetes type 1 en heeft er altijd alles aan gedaan en voor gelaten om haar bloedwaarden goed te houden. De FreeStyle Libre 3 zou haar hierbij goed kunnen ondersteunen, zodat zij niet meer de hele dag bezig hoeft te zijn met haar diabetes. Ook kan zij dan 's nachts doorslapen. Haar kwaliteit van leven zou dus verbeteren. Het is voor haar frustrerend dat er nu een hulpmiddel is dat haar kan helpen, en dat zij dit niet krijgt maar iemand anders wel, bijvoorbeeld mensen die onder behandeling zijn bij Diabeter en jongeren die het hulpmiddel mogen behouden nadat zij 18 jaar zijn geworden.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 mei 2023 gesteld dat bij de FreeStyle Libre 3 sensoren sprake is van Continue Glucose Monitoring. Er zijn vijf patiëntengroepen geduid die hierop aanspraak hebben. Verzoekster behoort niet tot één van deze groepen. Zij komt wel in aanmerking voor Flash Glucose Monitoring. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om voor verzoekster een uitzondering te maken door de FreeStyle Libre 3 sensoren toch te vergoeden. Op dit punt zijn de verzekeringsvoorwaarden voor alle verzekerden gelijk.
- 5.2. In de brief van 29 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster de FreeStyle Libre 3 voor eigen rekening heeft aangeschaft. De arts heeft het systeem van de real time Continue Glucose Monitoring niet voorgeschreven. De ziektekostenverzekeraar stelt zich daarom (subsidiar) op het standpunt dat hij niet tot vergoeding is gehouden omdat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van de

zorgverzekering en van het Reglement hulpmiddelen, in het bijzonder artikel 4.13 waaruit volgt dat een aanvraag en motivering van de arts nodig is. Dat voor de FreeStyle Libre 2 en de FreeStyle Libre 3 dezelfde prijs wordt gehanteerd in de Z-index betekent volgens de ziektekostenverzekeraar niet dat de FreeStyle Libre 3 hiermee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, bevestigd dat het ontbreken van de verwijzing door de behandelend arts eerst in zijn reactie aan de commissie van 29 augustus 2023 is vermeld. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat bij de beoordeling of sprake kan zijn van verstrekking wordt gekeken naar drie criteria: 'plegen te bieden', 'stand van de wetenschap en praktijk', en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' de zorg. Deze stappen moeten eerst worden doorlopen. En in het geval niet wordt voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk, wordt niet toegekomen aan de derde stap. Op dit moment voldoet de FreeStyle Libre 3 in de situatie van verzoekster niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- De Z-indexprijzen zijn voor de ziektekostenverzekeraar richtprijzen. Aan de hand hiervan wordt beleid gemaakt. Daarnaast bestaan er prijzen die in ZN (Zorgverzekeraars Nederland)-verband zijn uit onderhandeld, maar over deze prijzen mag de ziektekostenverzekeraar geen informatie delen.
- Ten aanzien van het vergoeden van de FreeStyle Libre 3 aan patiënten van Diabeter verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de website van de betreffende zorgaanbieder. Hierop is vermeld dat de met de ziektekostenverzekeraar gesloten overeenkomst geen verandering in de behandeling meebrengt, dat er eisen voor de vergoeding gelden (de vijf categorieën) en dat niet iedereen een sensor krijgt.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 25 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

### **"Beoordeling**

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

*De vraag in geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van FSL 3 sensoren ten laste van de basisverzekering.*

*Uit het dossier blijkt dat verzoekster diabetes heeft en dat zij in verband met de glucoseregulatie gebruik wenst te maken van een HCL. Hierbij geeft verzoekster in het dossier aan dat rt-CGM vereist is om gebruik te kunnen maken van de voordelen van HCL en dat dit met behulp van FSL 2 niet mogelijk is. Door een betere regulatie is er minder kans op complicaties in de toekomst en daar kan dure zorg mee worden voorkomen, aldus verzoekster.*

*Overigens geeft verzoekster aan dat vergoeding van FSL 3 geen extra kosten met zich meebrengt voor verweerder, aangezien de prijs overeenkomt met de prijs van FSL 2.*

*Verweerder voert aan dat verzoekster niet voldoet aan de specifiek gestelde indicatievoorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding van rt-CGM. Bovendien voert verweerder aan dat een aanvraag van de behandelend arts ontbreekt, zoals vereist is in het Reglement Hulpmiddelen.*

### Overwegingen Zorginstituut

*Uit het dossier kan opgemaakt worden dat verweerder de indicatie voor rt-CGM ter discussie stelt, maar niet de indicatie voor FGM. Het Zorginstituut constateert dat de ontwikkelingen binnen de sensortechnologie snel gaan. FGM groeit snel toe naar een rt-CGM.*

Uit het dossier blijkt ook dat verzoekster gebruik maakt van een insulinepomp. De vergoeding van de pomp is niet in geschil. Het is voor het Zorginstituut niet duidelijk of verweerder van oordeel is dat verzoekster een indicatie heeft voor de pomp.

Wanneer rt-CGM en FGM even duur zijn en verzoekster is volgens verweerder aangewezen op de insulinepomp, ziet het Zorginstituut geen grondslag voor verweerder om vast te houden aan de vijf indicaties waarvoor het Zorginstituut heeft vastgesteld dat rt-CGM voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Dit wordt anders wanneer ook ter discussie zou staan dat verzoekster op de insulinepomp is aangewezen.

Voor het geval FSL 2 en FSL 3 niet even duur zijn, merkt het Zorginstituut op dat in het dossier geen aanvraagbrief of andere onderbouwing aanwezig is van een behandelend arts, waaruit blijkt dat verzoekster een indicatie heeft voor FSL 3. Hierdoor is niet vast te stellen dat FSL 3 bij verzoekster van meerwaarde kan zijn bij de behandeling van haar diabetes.

Het Zorginstituut heeft vernomen dat partijen bezig zijn met de actualisatie van het consensusdocument uit 2020 over de inzet van welke sensortechnologie wanneer en bij wie van meerwaarde kan zijn bij de behandeling van diabetespatiënten. Verweerder moet deze actualisatie meenemen bij de definitieve beoordeling van dit geschil.

### Conclusie

Op grond van het voorliggende dossier concludeert het Zorginstituut dat als rt-CGM en FGM even duur zijn en verzoekster is aangewezen op de insulinepomp er geen grondslag is om vast te houden aan de huidige indicaties van rt-CGM. Indien rt-CGM en FGM niet even duur zijn, merkt het Zorginstituut op dat in het dossier geen informatie aanwezig is van een behandelend arts, waaruit blijkt dat verzoekster een indicatie heeft voor FSL 3. Gezien deze informatie ontbreekt is niet vast te stellen dat rt-CGM bij verzoekster van meerwaarde kan zijn bij de behandeling van haar diabetes.

### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Uit het voorliggende dossier kan niet opgemaakt worden dat verzoekster in aanmerking komt voor vergoeding van rt-CGM ten laste van de basisverzekering.

Het is belangrijk dat er duidelijkheid komt over de inzet van welke sensortechnologie wanneer en bij wie van meerwaarde kan zijn bij de behandeling van diabetespatiënten. Gelet hierop dient verweerder de actualisatie van het consensusdocument uit 2020 mee te nemen bij de definitieve beoordeling van dit geschil."

- 6.2. In het definitief advies van 17 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Indien rt-CGM en FGM niet even duur zijn, merkte het Zorginstituut in het voorlopig advies op dat in het dossier geen informatie aanwezig is van een behandelend arts, waaruit blijkt dat verzoekster een indicatie heeft voor FSL 3. Het Zorginstituut concludeerde dan ook dat, gezien deze informatie ontbreekt, niet is vast te stellen dat rt-CGM bij verzoekster van meerwaarde kan zijn bij de behandeling van haar diabetes.

Zoals uit hoorzittingsverslag blijkt, blijft verweerder bij het standpunt dat verzoekster niet voldoet aan de indicatiecriteria voor rt-CGM. Ook blijkt daaruit dat de behandelend arts geen FSL 3 voorschrijft, omdat verzoekster niet voldoet aan de indicatiecriteria. Overigens is uit het verslag van de hoorzitting nu duidelijk op te maken dat de indicatie voor een insulinepomp niet ter discussie staat. Gezien een indicatie voor FGM al niet ter discussie stond, geldt nog steeds dat als FGM (FSL 2) en rt-CGM (FSL 3) even duur zijn, er geen grondslag is om vast te houden aan de huidige indicaties van rt-CGM. FGM en rt-CGM groeien immers naar elkaar toe.

Indien rt-CGM en FGM niet even duur zijn, dan moet des te meer een onderbouwing van de behandelend arts worden gegeven waarom verzoekster is aangewezen op rt-CGM. Een onderbouwing van de behandelend arts ontbreekt echter.

*Het Zorginstituut concludeert dat er uit het hoorzittingsverslag en de daaraan toegevoegde pleitnota geen feiten of omstandigheden naar voren komen die aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies van 25 oktober 2023 derhalve als definitief beschouwen."*

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de stand van de wetenschap en praktijk, het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', en over hulpmiddelenzorg, meer specifiek uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies.  
Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 8.2. De commissie overweegt dat het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de bijbehorende sensoren vallen onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg als bedoeld in artikel B.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). In artikel 4.13 van het reglement wordt onderscheid gemaakt tussen Flash Glucose Monitoring en Continue Glucose Monitoring.
- 8.3. Het Zorginstituut heeft eerder het standpunt ingenomen dat alleen aanspraak bestaat op (real time) Continue Glucose Monitoring ten laste van de zorgverzekering bij de volgende patiëntengroepen:
  - 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)
 De commissie stelt vast dat verzoekster niet tot een van de genoemde patiëntengroepen behoort.
- 8.4. Het Zorginstituut merkt in zijn advies van 25 oktober 2023 op dat aanspraak bestaat op (real time) Continue Glucose Monitoring in het geval van de vijf patiëntengroepen, zoals genoemd in 8.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet behoort tot deze patiëntengroepen. Daarom zou zij niet redelijkerwijs zijn aangewezen op het gevraagde en derhalve geen aanspraak hebben op de FreeStyle Libre 3 sensoren.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 25 oktober 2023 echter ook toegelicht, en in het definitieve advies van 17 januari 2024 bevestigd, dat de (real time) Continue Glucose Monitoring en Flash Glucose Monitoring steeds meer naar elkaar toegroeien. Het Zorginstituut concludeert tegen die achtergrond dat in het geval de (real time) Continue Glucose Monitoring en Flash Glucose Monitoring even duur zijn en verzoekster volgens de ziektekostenverzekeraar is



aangewezen op de insulinepomp, hij geen grondslag ziet voor de ziektekostenverzekeraar om vast te houden aan voornoemde vijf patiëntengroepen.

- 8.6. De indicatie voor de insulinepomp is niet in geschil. Er is dus sprake van een intensieve insuliner therapie en daardoor komt verzoekster in aanmerking voor vergoeding van de FreeStyle Libre 2. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat uit de Z-index blijkt dat de kosten van de FreeStyle Libre 2 en de FreeStyle Libre 3 gelijk zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet gemotiveerd weersproken. Het betoog van de ziektekostenverzekeraar dat de Z-index alleen een richtlijn is voor de prijs en dat de werkelijke prijs tot stand komt door onderhandelingen hierover in ZN-verband, waarover de ziektekostenverzekeraar geen inhoudelijke informatie kan delen, maakt dit niet anders.
- De commissie merkt op dat een aanvraag voor een FreeStyle Libre 3 op grond van het reglement moet worden ingediend door de behandelend arts en dat dit niet is gebeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat verzoekster niet behoort tot de eerder genoemde patiëntengroepen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich pas in deze procedure erop beroepen dat een door de arts ingediende aanvraag ontbreekt en dit kan verzoekster daarom in redelijkheid niet worden tegengeworpen. Dit geldt te meer nu verzoekster - onweersproken - heeft gesteld dat haar arts ook geen aanvraag voor de FreeStyle Libre 3 wilde indienen, juist omdat zij niet behoort tot eerder genoemde patiëntengroepen.
- 8.7. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de FreeStyle Libre 3 sensoren ten laste van de zorgverzekering.

*Slotsom*

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de FreeStyle Libre 3 sensoren ten laste van de zorgverzekering;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 16 februari 2024,

A.I.M. van Mierlo



### **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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

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

## Compressieapparatuur

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
<b>Bruikleen of eigendom</b>	In bruikleen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• compressie-apparatuur</li> <li>• elektrisch aangedreven aantrek hulpen</li> </ul> In eigendom: <ul style="list-style-type: none"> <li>• therapeutische elastische kousen</li> <li>• manchetten bij compressieapparatuur</li> </ul>	In eigendom
<b>Toestemming nodig?</b>	Ja, voor compressieapparatuur moet u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver bij ons indienen. Dit kan de leverancier ook namens u doen. Ja, voor de elektrisch aangedreven aan/ uittrek hulpen moet de leverancier de aanvraag, de motivatie van de voorschrijver, het protocol en de offerte bij ons indienen. Nee, voor elastische kousen met toebehoren kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig. De gecontracteerde leverancier bepaalt of een aan- en/of uittrek hulp nodig is en zo ja, welk type.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
<b>Voorschrijver</b>	Behandelend arts	
<b>Gebruikstermijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimaal 5 jaar voor de apparatuur</li> <li>• Minimaal 2 jaar voor de manchetten en toebehoren</li> <li>• Minimaal 12 maanden voor de kousen</li> <li>• U heeft recht op minimaal 2 (paar) kousen per 12 maanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimaal 5 jaar voor de apparatuur</li> <li>• Minimaal 2 jaar voor de manchetten en toebehoren</li> <li>• Minimaal 12 maanden voor de kousen</li> <li>• U heeft recht op 2 (paar) kousen per 12 maanden</li> </ul>
<b>Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?</b>	Voor de compressieapparatuur en de elektrisch aangedreven aantrek hulpen heeft u toestemming nodig van ons. Voor de elastische kousen kunt u direct contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.
<b>Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?</b>	Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt.	Ja, u bent eigen risico verschuldigd.
<b>Vergoeding</b>	100%	Maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
<b>Bijzonderheden</b>		Therapeutische kousen vergoeden wij alleen, als de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de Stichting Erkenningsregeling Medisch Hulpmiddelenbedrijf (SEMH) op basis van de erkenningsregelingen voor Leveranciers van Therapeutisch elastische kousen (TEK).

## 4.13 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

Artikel regeling: 2.6 sub o

### Let op!

De hulpmiddelenzorg uit dit artikel is functiegericht omschreven.

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

**Insulinepomp met toebehoren in geval van insulineafhankelijkheid, injectiepenen, ketonen teststrips, apparatuur om zelf bloed af te nemen:**

Bloedglucosemeter, inclusief de noodzakelijke teststrips en inclusief eventueel noodzakelijke toebehoren

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
<b>Bruikleen of eigendom</b>	In bruikleen: insulinepomp In eigendom: <ul style="list-style-type: none"> <li>• injectiepenen</li> <li>• toebehoren insulinepomp</li> <li>• apparatuur om zelf bloed af te nemen</li> <li>• teststrips</li> <li>• ketonen teststrips</li> <li>• Flash Glucose Monitoringsysteem</li> <li>• Continue Glucose Monitoringsysteem</li> </ul>	In eigendom
<b>Toestemming nodig?</b>	Nee, u kunt direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
<b>Voorschrijver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisch specialist: draagbare uitwendige insulinepomp</li> <li>• Specialist, huisarts, praktijkondersteuner huisarts of diabetesverpleegkundige: onder andere prikapparaat, lancetten, bloedglucosemeter en bijbehorende teststrip.</li> <li>• Medisch specialist, diabetesverpleegkundige of verpleegkundig specialist die deel uitmaakt van het diabetesteam in het ziekenhuis of de huisarts die deel uitmaakt van een diabetesteam in de 1e lijn met POH/praktijkverpleegkundige/diabetesverpleegkundige: Flash Glucose Monitoring systeem</li> <li>• Medisch specialist, diabetesverpleegkundige of verpleegkundig specialist die deel uitmaakt van het diabetesteam in het ziekenhuis: Continue Glucose Monitoringsysteem</li> </ul> De voorschrijver maakt samen met u gebruik van de keuzehulp bloedglucosemeters.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisch specialist: draagbare uitwendige insulinepomp</li> </ul> Specialist, huisarts, praktijkondersteuner huisarts of diabetesverpleegkundige: onder andere prikapparaat, lancetten, bloedglucosemeter en bijbehorende teststrip. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisch specialist, diabetesverpleegkundige of verpleegkundig specialist die deel uitmaakt van het diabetesteam in het ziekenhuis of de huisarts die deel uitmaakt van een diabetesteam in de 1e lijn met POH/praktijkverpleegkundige/diabetesverpleegkundige: Flash Glucose Monitoring systeem</li> <li>• Medisch specialist, diabetesverpleegkundige of verpleegkundig specialist die deel uitmaakt van het diabetesteam in het ziekenhuis: Continue Glucose Monitoringsysteem</li> </ul> De voorschrijver maakt samen met u gebruik van de keuzehulp bloedglucosemeters.
<b>Gebruikstermijn</b>	Een bloedglucosemeter wordt 1x per 3 jaar vergoed. Per 3 jaar wordt 1 insulinepen per insulinesoort vergoed. Per merk wordt 1 reservepen vergoed.	
<b>Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?</b>	U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.
<b>Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?</b>	Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt.	
<b>Vergoeding</b>	100%	Maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
<b>Uitsluiting</b>	Teststrips worden niet vergoed als u het medicijn Byetta of Victoza gebruikt.	
<b>Bijzonderheden</b>	De FGM en de CGM worden verstrekt op basis van het geldende aanvraagformulier vergoeding FGM en/of CGM van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), inclusief bijbehorende toelichtingen en aanwijzingen. Het aanvraagformulier en de toelichting en aanwijzingen kunt u vinden op de website van Zorgverzekeraars Nederland of bij ons opvragen. Bloedglucosemeters moeten voldoen aan de eisen uit het Consensusdocument Kwaliteitscriteria Standaard bloedglucosemeting. Bloedglucosemeters die nieuw verstrekt worden, moeten voldoen aan ISO 19157: 2013 én door TuV Rheinland goedgekeurd zijn.	
<b>Gebruiksnorm</b>	De behandelend arts, praktijk-ondersteuner huisarts of diabetesverpleegkundige van het ziekenhuis bepaalt het gebruik. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetici die 1 tot 2 insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 100 teststrips per 3 maanden</li> <li>2. Diabetici die 3 of meer insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 400 teststrips per 3 maanden</li> <li>3. Insulinepompgebruikers, kinderen tot 18 jaar en zwangeren krijgen maximaal 1.800 teststrips per jaar</li> <li>4. Zwangerschapsdiabetes 400 teststrips tijdens de duur van de zwangerschap</li> </ol> Diabetici die zijn uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en geïndiceerd zijn voor instelling op insuline, krijgen eenmalig honderd teststrips in afwachting van de instelling op insuline. Flash Glucose Monitoring systeem: eenmalig 1 reader (indien u géén mobiele telefoon kunt gebruiken of wanneer u een mobiele telefoon gebruikt welke niet compatible is) en 1 maal per 14 dagen een sensor.	

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Hulpmiddelen

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- een eventueel reservehulpmiddel.

### Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel [A.2.1 Recht op zorg](#).

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel [B.28](#).

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

---

## **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.