

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500856

Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft op 4 augustus 2025 de Ombudsman Zorgverzekeringen telefonisch verzocht zijn dossier over te dragen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie), en de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 8 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 oktober 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Verzoeker heeft, zoals ter zitting is afgesproken, op 29 januari 2026 een aanvullende verklaring van de behandelend internist aan de commissie gestuurd. Deze verklaring is op 30 januari 2026 in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 februari 2026 gereageerd. Een kopie hiervan is dezelfde dag ter informatie aan verzoeker gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende module Spieren & Gewrichten 6 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker is sinds 2007 bekend met diabetes type 1. In verband met hypo unawareness is hij sinds enkele jaren aangewezen op een insulinepomp met continue glucosemonitoring (hierna: CGM). Hij heeft eerst de Tandempomp met Dexcom G6/G7-sensoren gebruikt. In 2025 is deze insulinepomp vervangen door de Medtrum insulinepomp met CGM.

- 2.3. Bij brief van 2 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de insulinepomp met CGM van Medtrum door hem nog niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar niet om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hij heeft zijn klacht bij brief van 11 mei 2025 voorgelegd aan SKGZ, waarna de Ombudsman Zorgverzekeringen de ziektekostenverzekeraar heeft benaderd. Deze heeft bij brief van 31 juli 2025 zijn beslissing heroverwogen.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten moet vergoeden van zes Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren en een TouchCare® Nano transmitter, aan hem geleverd op 26 mei 2025.
- 3.2. Verzoeker is in verband met hypo unawareness bij diabetes type 1 aangewezen op een insulinepomp met CGM. In zijn brief van 11 mei 2025 heeft verzoeker benadrukt dat hij een CGM-systeem nodig heeft. Zo heeft hij bijvoorbeeld in 2024 de politie en een ambulance aan de deur gehad, nadat zijn schoonzus een alarmmelding kreeg dat verzoekers bloedsuikerwaarde zodanig laag was dat daardoor acuut gezondheidsgevaar voor hem dreigde. Zij kon hem vervolgens niet telefonisch bereiken en heeft toen het alarmnummer gebeld. Verzoeker ontwaakte door het bonzen op de deur, net voordat de politie de deur zou openbreken.
- 3.3. In 2025, na zijn eerste insulinepomp vier jaar te hebben gebruikt, was het tijd voor vervanging. Verzoeker heeft toen, naar aanleiding van het speciale insulinepompspreekuur in het ziekenhuis, gekozen voor de Medtrum pomp met CGM. Deze insulinepomp heeft verschillende voordelen ten opzichte van de Dexcom insulinepomp die verzoeker eerst had. Zo is hij niet meer 24/7 verbonden met een draad naar het infuus in zijn buik. Daarnaast hoeft de Medtrum pomp minder te worden opgeladen en geeft deze ook minder plastic afval. De pomp is ook goedkoper. De Medtrum pomp werkt met andere sensoren dan de Dexcom. De sensoren van de Dexcom hebben heel veel storingen, waardoor metingen niet worden doorgegeven. Dit heeft nare gevolgen voor verzoeker.
- 3.4. De Medtrum pomp met CGM is sinds begin 2025 in Nederland op de markt, maar in het buitenland al veel langer. Verzoeker licht toe dat hij – nadat hij zijn voorkeur had doorgegeven - regelmatig contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, de leverancier, de fabrikant en zijn zorgaanbieder. Hij heeft hierbij veel tegenstrijdige informatie gekregen. Zo heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar hem telefonisch verteld dat de insulinepomp niet zou worden vergoed. De leverancier vertelde hem echter dat de insulinepomp wel werd vergoed. Verzoeker heeft ervoor gekozen de kosten van de CGM zelf te dragen totdat de ziektekostenverzekeraar tot inkeer komt. Hij merkt hierbij op dat de kosten van de door hem aangeschafte sensoren lager zijn dan die van de Dexcom. Verzoeker stelt dat de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar erg vaag is. Er wordt verwezen naar de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, maar er wordt niet vermeld waarom niet zou zijn voldaan aan dit criterium. Hij benadrukt dat de Medtrum pomp met CGM is voorgeschreven door de behandelend arts, die hem en zijn medische situatie goed kent. Haar kennis en kunde wordt ongemotiveerd terzijde geschoven door de ziektekostenverzekeraar, die niet op de hoogte is van de medische situatie van verzoeker.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat er ook nog testen hebben plaatsgevonden voordat hij heeft gekozen voor de Medtrum pomp met CGM. Van de behandelend arts heeft verzoeker vernomen dat een andere zorgverzekeraar deze pomp en de bijbehorende sensoren wel vergoedt. Als hij dit eerder had geweten, was hij overgestapt naar die zorgverzekeraar. Verzoeker merkt verder op dat als de ziektekostenverzekeraar hem destijds had

verteld vanaf wanneer hij deze kosten zou gaan vergoeden, hij hiermee rekening had kunnen houden. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft verzoeker bevestigd dat zijn verzoek alleen de vergoeding van één nota – voor drie verpakkingen sensoren en één transmitter – betreft. Verzoeker merkt op dat de ziektekostenverzekeraar de pomp intussen wel heeft vergoed. Hij benadrukt dat de pomp alleen werkt met deze sensoren. Op dit moment moet hierbij ook nog een transmitter worden gebruikt. Deze transmitter gaat één jaar mee. Mogelijk wordt het systeem in de toekomst oplaadbaar waardoor de transmitter overbodig wordt. Verzoeker benadrukt dat de sensoren van de Medtrum pomp met CGM goedkoper zijn en langer meegaan dan die van Dexcom. Over een periode van vier jaren – de periode dat een insulinepomp meegaat – scheelt dit ongeveer € 5.900,--. Verzoeker begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar de duurdere sensoren wel wil vergoeden. Hij merkt hierbij op dat hij met de Medtrum-sensoren ook 40 keer minder hoeft te prikken. Daarnaast gevraagd, heeft verzoeker toegezegd de behandelend arts te vragen om een aanvullende verklaring.

- 3.6. Verzoeker heeft na de hoorzitting een aanvullende verklaring van de behandelend internist, gedateerd 29 januari 2026, aan de commissie gezonden. De behandelend internist heeft het volgende verklaard:

“Bovengenoemde patiënt heeft ons als diabetes-behandelteam geïnformeerd over de lopende procedure bij de SKGZ.

Patiënt is in 2021 op medische gronden (hypoglykemieën en hypo-unawareness), overgegaan van behandeling middels meermaals daags insulinetoediening via insulinepennen naar de insulinepomp met CGM, in zijn geval de Tandem pomp met Dexcom sensoren. In het laatste contractjaar heeft patiënt echter te maken gehad met vele storingen van de Dexcom sensoren. Waarschijnlijk had dit te maken gehad met de overgang van de G6 naar G7 sensoren. Het gevolg was echter dat de diabetes hierbij ontregeld raakte met alle gevolgen van dien.

In 2025 kon patiënt over op een nieuwe insulinepomp. Patiënten van ons ziekenhuis worden bij de keuze van een nieuwe insulinepomp uitvoerig begeleid, onder andere via het pompenspreekuur. Na een zorgvuldige afweging is er toen besloten om voor hem een aanvraag in te dienen voor de Medtrum Nano pomp die het best functioneert i.c.m. de sensoren van Medtrum.

Inmiddels is gebleken dat patiënt met dit systeem zeer stabiele glucosewaarden heeft en een fraaie tijd-in-doelbereik van circa 90%. Bijkomend voordeel is dat de Medtrum sensoren substantieel lager geprijsd zouden zijn dan de Dexcom sensoren zodat ook sprake is van doelmatige zorg.”

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn beslissing van 2 mei 2025 aan verzoeker meegedeeld dat hij de insulinepomp met CGM van Medtrum nog niet vergoedt. Het kan nog enkele maanden kan duren voor is besloten óf hij dit hulpmiddel gaat vergoeden en onder welke voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij de plicht heeft om te beoordelen of de geleverde zorg doelmatig en adequaat is.
- 4.2. In de brief van 31 juli 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij in februari 2025 tweemaal telefonisch contact heeft gehad met verzoeker over de thans in het geding zijnde sensoren en tweemaal via Whatsapp. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat op dat moment nog geen contractafspraken was gemaakt over de Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren en dat ook nog niet zeker was dat deze zou worden gemaakt. Hij merkt hierbij op dat hij niet verplicht is om contractafspraken te maken voor deze sensoren.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 8 oktober 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat de zorgverzekering verzekerden geen absoluut recht geeft op ieder gewenst hulpmiddel naar eigen keuze. De kern is dat de verzekerde recht heeft op een hulpmiddel dat

medisch noodzakelijk is en voldoet aan de redelijkheidseis: de vorm van zorg of dienst waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt op basis van medische criteria en redelijkheid welk hulpmiddel wordt vergoed. Alleen als een specifiek hulpmiddel aantoonbaar noodzakelijk is voor betrokkene, bestaat er recht op dat hulpmiddel. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij contractsvrijheid heeft en dat hij niet verplicht is alle beschikbare merken of varianten van een hulpmiddel in te kopen. De Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren zijn sinds begin 2025 op de markt. De beoordeling van dit hulpmiddel op kwaliteits- en doelmatigheidscriteria en het maken van de contractafspraken met de fabrikant en leverancier hebben ervoor gezorgd dat deze sensoren niet eerder dan per 1 juli 2025 door de ziektekostenverzekeraar zijn gecontracteerd. Hierbij benadrukt hij dat vóór 1 juli 2025 voldoende CGM-sensoren van andere merken waren gecontracteerd. Verzoeker heeft op 26 mei 2025 Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren aangeschaft bij een gecontracteerde leverancier. De leverancier heeft hiervoor een nota uitgeschreven aan verzoeker, die deze ter declaratie heeft ingediend. De vergoeding hiervan is afgewezen. Eerst met ingang van 1 juli 2025 zijn de Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. De op 29 augustus 2025 geleverde sensoren zijn door de leverancier rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en deze zijn door hem vergoed. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding de op 26 mei 2025 geleverde sensoren te vergoeden. Hoewel niet in geschil is dat verzoeker aanspraak heeft op een insulinepomp met CGM, staat niet vast dat verzoeker op medische gronden uitsluitend kan uitkomen met de Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren en niet met andere gelijkwaardige alternatieven.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat niet in geschil is dat verzoeker is aangewezen op CGM met een insulinepomp. Hij begrijpt dat dit voor verzoeker de beste keuze is, maar voor vergoeding moet er een contract zijn of er moet sprake zijn van een medische noodzaak. Een contract was er destijds nog niet. En er is evenmin een onderbouwing van de behandelend arts waaruit blijkt dat verzoeker was aangewezen op deze specifieke sensoren. Er is dus niet gebleken dat hiervoor een medische noodzaak bestond. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat sprake was van een bijzondere situatie, omdat er wel een gecontracteerde leverancier was, maar niet een gecontracteerd hulpmiddel.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 februari 2026 gereageerd op de nagekomen informatie van de behandelend internist. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat in de verklaring niet wordt gesteld of onderbouwd dat er sprake was van een medische noodzaak op grond waarvan verzoeker niet uit kon met een andere pomp of sensoren. De ziektekostenverzekeraar handhaaft daarom zijn standpunt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de op 26 mei 2025 aangeschafte Medtrum-sensoren. Er was op dat moment namelijk geen contract voor deze sensoren afgesloten en er is niet gebleken dat sprake was van een medische noodzaak.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Gelet op de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering is dit artikel ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. Hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel B3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). De aanspraak op een glucosemonitoringssysteem is opgenomen in artikel 4.14.6 van het reglement. Dit artikel vormt een uitwerking van artikel 2.6, onderdeel o, Rzv. Als een glucosemonitoringssysteem, in dit geval CGM, effectief is bij een indicatie van diabetes en voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', kan dit voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de hulpmiddelenzorg. De commissie merkt op dat betrokkene daarnaast redelijkerwijs op het hulpmiddel moet zijn aangewezen en dat dit hulpmiddel in zijn situatie ook doelmatig moet zijn.

- 6.3. Naar de commissie begrijpt, zijn partijen niet langer verdeeld over de aanspraak op een Medtrum insulinepomp. Er is sprake van verzekerde zorg en verzoeker is op het hulpmiddel redelijkerwijs aangewezen. De doelmatigheid vormt geen onderwerp van geschil. Dat ligt anders voor de door verzoeker op 26 mei 2025 voor eigen rekening aangeschafte zes Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren met bijbehorende transmitter. Nadat verzoeker de nota ter declaratie had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie, en ook na heroverweging, vergoeding afgewezen, omdat hij ten tijde van de aanschaf nog geen contractafspraken had gemaakt over dit hulpmiddel. Dergelijke afspraken zijn met ingang van 1 juli 2025 evenwel tot stand gekomen en sindsdien worden de sensoren ten laste van de zorgverzekering vergoed.

De commissie overweegt dat in de relevante voorwaarden van de zorgverzekering en het reglement niet wordt gesproken over contractafspraken over specifieke hulpmiddelen, maar alleen over gecontracteerde dan wel niet-gecontracteerde leveranciers. Verzoeker heeft de Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren met bijbehorende transmitter afgenomen bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier. De Medtrum insulinepomp - die deel uitmaakt van het monitoringssysteem - is eveneens door de gecontracteerde leverancier geleverd en door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoeker heeft ter zitting – onweersproken – gesteld dat de Medtrum insulinepomp alleen (goed) werkt in combinatie met de Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren en bijbehorende transmitter. Bovendien worden de Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren, zoals eerder opgemerkt, vanaf 1 juli 2025 ook door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Tot slot blijkt uit de verklaring van de behandelend internist van 29 januari 2026 dat de sensoren die verzoeker voorheen gebruikte storingsgevoelig waren, met ongewenste effecten tot gevolg.

Onder deze omstandigheden oordeelt de commissie dat het beroep op het ontbreken van contractafspraken hierover verzoeker niet kan worden tegengeworpen en dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de op 26 mei 2025 aangeschafte Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren met bijbehorende transmitter ten onrechte heeft afgewezen. Het verzoek wordt daarom toegewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.4. Aangezien onder 6.3 is geconcludeerd dat het verzoek op grond van de zorgverzekering wordt toegewezen, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking.

Slotsom

6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de op 26 mei 2025 door verzoeker aangeschafte zes Medtrum TouchCare® Nano CGM-sensoren met bijbehorende transmitter moet vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 31 maart 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

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 2.9

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.
7. Fysiotherapie of oefentherapie omvat tevens een valpreventieve beweeginterventie voor personen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.
8. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
9. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
10. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
11. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar.
12. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Hulpmiddelen

B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a. levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b. het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c. 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. 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 Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Selectieve contractering hulpmiddelen

Wilt u weten met welke leveranciers wij speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website.

Let op!

Bestelt u visuele hulpmiddelen (met uitzondering van oogpleisters), diabeteshulpmiddelen, hulpmiddelen voor mobiliteit, hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed of incontinentie- of stomamaterialen niet online of niet bij een leverancier die wij speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze hulpmiddelen hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).

Reglement Hulpmiddelen

4.14.6 Glucose monitor (FGM of RTCGM)

| | Gecontracteerde hulpmiddelen-leverancier | Niet-gecontracteerde hulpmiddelen-leverancier |
|--|--|--|
| Voorwaarden & uitsluitingen | n.v.t. | |
| Voorschrijver | <ul style="list-style-type: none"> Flash Glucose Monitoring systeem: 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; Continue Glucose Monitoringsysteem: Medisch specialist, diabetesverpleegkundige of verpleegkundig specialist die deel uitmaakt van het diabetesteam in het ziekenhuis. | <ul style="list-style-type: none"> Flash Glucose Monitoring systeem: 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; Continue Glucose Monitoringsysteem: Medisch specialist, diabetesverpleegkundige of verpleegkundig specialist die deel uitmaakt van het diabetesteam in het ziekenhuis. |
| Eigendom of bruikleen | Eigendom | |
| Gebruikstermijn | FGM en CGM: éénmaal per 3 jaar 1 reader (indien u géén mobiele telefoon kunt gebruiken of wanneer u een mobiele telefoon gebruikt welke niet compatible is) en voor sensoren is het aantal afhankelijk van de werkingsduur van het type sensor. | |
| Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar/offerte van leverancier nodig | 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. |
| Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier | U kunt terecht bij een gecontracteerde leverancier. Deze voldoet altijd aan de kwaliteitseisen. | Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet een actuele erkenning conform de SEMH erkenningsregeling hebben specifiek voor het onderdeel Diabetes (DISW) |
| Vergoeding | 100% U bent eigen risico verschuldigd. | Maximaal 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. U bent eigen risico verschuldigd. |
| Vervanging/reparatie | 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. |
| Bijzonderheden | 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. | 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. |