

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302806

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker.

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 21 januari 2024, die door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) eerst op 22 februari 2024 is ontvangen, de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 maart 2024 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 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 april 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024015425) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 november 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 3 januari 2025 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is, eveneens op 3 januari 2025, aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Op 21 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 3 februari 2025 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 4 februari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 4 februari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 oktober 2024 aanpassing behoeft. Op 5 februari 2025 heeft de commissie een aanvullend stuk, te weten een brief van 6 maart 2024 van de behandelend internist van verzoeker aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 17 februari 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 februari 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 20 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Bij brief van 9 maart 2025 heeft verzoeker op het definitief advies van het Zorginstituut gereageerd. Kopieën zijn op 12 maart 2025 aan de respectieve wederpartijen gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de PZP Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren PZP (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is bekend met diabetes mellitus type 1, met als gevolg diabetische retinopathie nabij de macula. Op 8 maart 2023 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor real time Continue Glucose Monitoring (hierna: rt-CGM), namelijk de FreeStyle Libre 3 (hierna: FSL 3).
- 2.3. Bij brief van 17 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen akkoordverklaring krijgt voor rt-CGM.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 17 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is rt-CGM, namelijk de FSL 3, te vergoeden.
- 3.2. Bij ongedateerde brieven heeft verzoeker aangevoerd dat hij is gediagnosticeerd met diabetes mellitus type 1, met als gevolg diabetische retinopathie op een uiterst kwetsbare plek, namelijk nabij de macula. Behandeling door middel van ooginjecties heeft niet het gewenste effect gehad. Als medisch advies heeft verzoeker meegekregen dat hij moet streven naar lage cholesterolwaarden, zijn bloeddruk binnen de gewenste bandbreedte moet houden, en zijn glucosewaarden zo stabiel mogelijk. Verzoeker krijgt het echter niet voor elkaar om zijn glucosewaarden, ook qua HbA1c waarde, stabiel te houden. De schommelingen hierin zijn schadelijk voor zijn oog.
Momenteel maakt verzoeker gebruik van Flash Glucose Monitoring (hierna: FGM). Echter, met rt-CGM kan hij de schommelingen in zijn glucosewaarden beter terugdringen. Voor eenieder is een goede oogfunctie belangrijk. In het geval van verzoeker geldt dat het, vanwege de zorg voor zijn zoon die een hersenstamtumor heeft, extra belangrijk is goede ogen te hebben.
Weliswaar voldoet verzoeker niet aan de geldende indicatievoorwaarden voor de aanspraak op rt-CGM, maar dit zou niet moeten leiden tot afwijzing van zijn aanvraag. Het gebruik van rt-CGM geeft namelijk betere behandelresultaten. Daarnaast zijn de kosten van rt-CGM niet hoger dan die van FGM. Ook zal een betere glucoseregulatie zorgkosten in de toekomst voorkomen. Verder heeft verzoeker nog aangevoerd dat rt-CGM beter past bij de doelstellingen van de Green Deal Zorg 2019 dan de zorg die hij nu vergoed krijgt. Bij rt-CGM wordt 41% minder plastic en 43% minder verpakkingsmateriaal verbruikt dan bij FGM.
- 3.3. In zijn brief van 21 januari 2024 heeft verzoeker opgemerkt dat rt-CGM volgens de ziektekostenverzekeraar niet kan worden vergoed uit coulance, omdat dit zou leiden tot een grote precedentwerking. Dit is volgens verzoeker evenwel geen feit. Zeker niet als een individuele overeenkomst wordt opgesteld tussen hem en de ziektekostenverzekeraar. Mocht het toch tot een grote precedentwerking komen, dan is een grote groep patiënten daarmee gebaat, en dat tegen dezelfde kosten. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een landelijke discussie speelt rondom glucosesensoren. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar geen informatie gegeven over welke discussie dit betreft en hoe deze verzoeker persoonlijk raakt.
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte aangevoerd dat het gebruik van rt-CGM niet leidt tot andere effecten dan FGM. Volgens de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar

worden de schommelingen in de bloedsuikerspiegel niet teruggedrongen door gebruik van rt-CGM of FGM. Het feitelijk terugdringen vloeit immers voort uit het toedienen van insuline. Volgens verzoeker is dit evenwel maar gedeeltelijk waar. Bij zowel rt-CGM als FGM is het toedienen van insuline nodig. Echter, bij rt-CGM wordt continu gemeten, zonder handeling van de patiënt. Bij FGM wordt alleen gemeten na een handeling van de patiënt. Bij rt-CGM is de verwachting dat veel frequenter insuline wordt toegediend. Verzoeker heeft hierbij verwezen naar een wetenschappelijk onderzoek over rt-CGM en FGM. Uit onderzoek van Haskova (2020) blijkt dat tijden in hypoglykemie (< 3.9 mmol/l) en time-in-range (TIR) bij rt-CGM beter waren dan bij FGM. Uit onderzoek van Visser (2021/2023) blijkt eveneens dat de TIR beter was bij de rt-CGM dan bij de FGM. Daarnaast was de score op de HbA1c waarde ook in het voordeel van de rt-CGM. Kortom, deze wetenschappelijke resultaten ondersteunen de stelling dat rt-CGM leidt tot betere gezondheidseffecten dan FGM.

Verder heeft verzoeker gewezen op een krantenartikel waarin wordt beschreven dat een andere zorgverzekeraar door het Zorginstituut in het ongelijk werd gesteld aangaande het niet vergoeden van rt-CGM aan een verzekerde die niet aan de voorwaarden voor vergoeding hiervan voldeed.

- 3.4. Ter verdere onderbouwing van zijn stellingen heeft verzoeker op 20 maart 2024 een verklaring van zijn behandelend internist van 5 maart 2024 overgelegd, waarin het volgende is opgenomen:

"(...)

[Verzoeker] is onder behandeling in verband met diabetes mellitus type 1 sinds 2010 en wordt behandeld met een intensief insuline schema.

Hij heeft een exsudatieve diabetische retinopathie met dot exsudaten (maculabedreigend) waarvoor hij onder behandeling is bij de oogheekunde.

We streven naar een strikte glucose regulatie zonder hypo's en met een lage glucose variabiliteit. Dit is van zeer groot belang voor voorkomen van progressie van complicaties waaronder de retinopathie.

Hij voldoet echter niet aan de huidige vergoedingscriteria voor een free style libre 3, zoals een slechte gereguleerde diabetes met een HbA1C > 64 mmol/mol en hypo-unawareness.

Naar onze mening komt hij wel in aanmerking voor vergoeding van een free style libre 3.

De free style libre 3 is een RT-CGM die continu realtime de glucose waarden meet en elke minuut stuurt naar de smartphone. De realtime glucose alarmen waarschuwen hem onmiddellijk bij een hypoglykemie en hyperglykemie zodat de regulatie aangepast kan worden.

Wetenschappelijk onderzoek heeft duidelijk vastgesteld dat een intensieve behandeling en monitoring geassocieerd is met vermindering van progressie van microvasculaire complicaties, ook van een diabetische retinopathie (N Engl J Med 1993 Jul 29; 329(5): 304-9, J Intern Med 1991 Aug; 230(2):101-8).

Daarnaast wordt geadviseerd om te streven naar intensieve monitoring bij patiënten met een hoger risico op hypo's, die aanwijzingen hebben voor een diabetische retinopathie ter voorkoming van hypo's, omdat hypo's progressie kunnen geven van een diabetische retinopathie en andere micro- en macrovasculaire complicaties (Endocr Pract 2021 Jun; 27(6): 505-537), Endocr Prac 2022 Oct; 28(10): 923-1049). Zoals het geval is bij [verzoeker].

Uit onderzoek blijkt dat een RT-CGM ten opzichte van een flash glucose meting met een free style libre 2 leidt tot 7-8% meer tijd binnen bereik, bijna de helft minder hypoglykemieën dankzij het voorspellend laag alarm, veel minder extreme hypo's ($< 3,0$ mmol/l), 30-54% minder tijd in hypoglykemie gedurende de nacht bij mensen met normale hypo awareness en 40% minder tijd in hypoglykemie tijdens fysieke inspanning en een kwart minder erna.

Wij achten de diagnostische waarde van de RT-CGM boven een flash glucose meting voor [verzoeker] aangetoond (J Diab Science and Technology.2021;15(1):91-97, J Diabetes Sci Technol; 13(4):614-26, Diabetes Care;42:400-405, J Clin Endocrinol Metab.;103(3):1224-1232, Diabetes Care; 43(12):3016-3023, Current Medical Research and Opinion 21(9): 1477-1483 Diabetes Fonds (2020).

*Wetenschappelijke onderbouwing voor de noodzaak om RT-CGM in te zetten en te vergoeden als standaard behandeling: Lancet. 2021 Jun 12;397(10291):2275-2283).
(...)"*

- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij op dit moment 26 eenheden langwerkende insuline per dag gebruikt om het basisniveau op orde te houden. Daarnaast gebruikt hij 20 tot 25 eenheden snelwerkende insuline om de pieken op te vangen die worden veroorzaakt door eten, drinken, stress en beweging. Het nabootsen van de werking van een alvleesklier is een enorme opgave en daar horen schommelingen in de bloedsuikerspiegel bij.

Op dit moment gebruikt verzoeker een FSL 2 met alarmfunctie. Dit heeft geholpen in het terugdringen van de hoogte van de schommelingen. Door de alarmfunctie groeit de FSL 2 naar de FSL 3 toe, maar de voorkeur gaat uit naar de FSL 3. Het systeem geeft continue informatie over de suikerwaarden door aan de smartphone. Met de FSL 3 kunnen de waarden direct worden gecontroleerd op de smartphone. Er hoeft geen flashbeweging te worden gemaakt. Het niet hoeven flashen is, gelet op de aard van de werkzaamheden van verzoeker, een groot voordeel.

Volgens het Zorginstituut ontbreekt een onderbouwing van de internist waaruit volgt dat er een indicatie is voor rt-CGM. Echter, de internist ziet het gebruik van rt-CGM als wetenschappelijk onderbouwd en noodzakelijk. Verzoeker heeft toegelicht dat de 'mean absolute relative distance' (hierna: MARD) een indicator is voor de nauwkeurigheid van de sensoren. FGM heeft een MARD-waarde van 9,2% en rt-CGM van 7,5%. Hoe lager het percentage, hoe nauwkeuriger de meting, waarbij een MARD-waarde van 8% geldt als de 'heilige graal'.

De FSL 3 is een nauwkeuriger apparaat en levert daarmee een directe meerwaarde op voor de gezondheid. Meer nauwkeurige metingen leiden tot minder schommelingen, omdat de hoeveelheid geïnjecteerde insuline beter is afgestemd op de werkelijke behoefte. Daarmee wordt de kans op verdere diabetes retinopathie kleiner.

Ook geldt dat het gebruik van de FSL 3 beter past bij de doelstellingen van de Green Deal Zorg 2019. Het zorgt voor minder verpakkingsmateriaal en er hoeft geen chip te worden geproduceerd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar een ondertekenaar is van de Green Deal, zou dit voor hem relevant moeten zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft steeds wisselend gecommuniceerd. Hierdoor is het onduidelijk waaruit zijn coulancebeleid bestaat. Uit hetgeen de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 12 december 2023 heeft verklaard, kan worden opgemaakt dat hij de persoonlijke situatie van een verzekerde meeweegt bij iedere aanvraag. Een half jaar later stelt de ziektekostenverzekeraar daarentegen dat het ondoenlijk is om de persoonlijke situatie van een verzekerde mee te nemen in de beoordeling. Ook begreep de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie dat verzoeker veel baat zou hebben bij gebruik van de FSL 3, maar dit werd later afgezwakt. Ten aanzien van de kosten werd in eerste instantie verklaard dat de FSL 2 en FSL 3 even duur zijn. Vervolgens is de ziektekostenverzekeraar hierop teruggekomen en heeft hij meegedeeld dat deze opmerking niet juist was. De consumentenprijzen zijn echter gelijk en dit is de enige informatie waarover een verzekerde beschikt. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de inkoopprijzen niet gelijk en kunnen de prijzen in de toekomst ook veranderen, maar dit kan een consument niet controleren.

Verzoeker heeft verder benadrukt dat hij de voorkeur geeft aan de FSL 3, omdat de sensoren beter en nauwkeuriger zijn. Dit staat los van de alarmfunctie van beide systemen.

Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij bij het gebruik van de FSL 2 moet blijven flashen. De waardes worden niet automatisch doorgegeven.

Daarnaast heeft verzoeker verklaard dat hij begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar met handen en voeten is gebonden. Hij heeft vertrouwen in de commissie en stemt ermee in dat de commissie kennisneemt van informatie over de prijsafspraken die de ziektekostenverzekeraar heeft gemaakt en dat zij deze informatie gebruikt bij de beoordeling van het verzoek, zonder dat hij hier zelf kennis van hoeft te nemen.

- 3.6. In zijn brieven van 3 februari 2025 en 9 maart 2025 heeft verzoeker verklaard dat zijn huidige monitoringssysteem, te weten de FSL 2, inmiddels is geüpdatet. Hierdoor hoeft hij minder vaak handmatig te flashen. In een aantal gevallen meet de FSL 2 echter niet en moet toch handmatig worden geflashed. Verzoeker wil daarom nog steeds gebruik maken van de FSL 3. Dit systeem meet continu.

Verzoeker heeft voorts herhaald dat hij gebruik wil maken van sensoren die zo accuraat mogelijk zijn. FSL 3-sensoren, omdat deze nauwkeuriger zijn dan de sensoren van de FSL 2. Hij heeft hierbij opgemerkt dat het bij de MARD-score niet gaat om een verschil tussen 9,1% en 7,9%, maar om een verschil tussen 9,2% en 7,5%. Hoe nauwkeuriger de meting, hoe beter de insulinebehoefte kan worden afgestemd. Dit voorkomt zeer negatieve complicaties. De MARD-score van het door de ziektekostenverzekeraar genoemde alternatief, namelijk de DexcomOne+ (8,7%), is niet te vergelijken met de FSL 3 (7,5%).

Verzoeker heeft verder aangevoerd dat enkel het benoemen van een kortingspercentage niet voldoende is om te kunnen beoordelen of er een prijsverschil bestaat tussen de FSL 2 en de FSL 3 en zo ja, of dit prijsverschil voldoende is om het ontbreken van prijsgelijkheid als argument in te brengen.

Tot slot heeft verzoeker een alternatieve oplossing aangeboden, namelijk dat hij het prijsverschil tussen de FSL 2 en de FSL 3 zelf betaalt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat rt-CGM in het geval van verzoeker niet wordt vergoed.

Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 8 augustus 2023 toegelicht dat in de voorwaarden van de zorgverzekering omschreven staat voor welke zorg een verzekerde verzekerd is en onder welke voorwaarden de zorg wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar mag een hulpmiddel alleen vergoeden als een verzekerde daarop aanspraak heeft volgens het Reglement Hulpmiddelen (hierna: het reglement). In artikel B.17.19 van het reglement staat dat rt-CGM voor vergoeding in aanmerking komt voor: (i) kinderen onder de 18 jaar met diabetes type 1, (ii) volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijven hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol)), (iii) zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 1 en type 2 of patiënten met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness). Deze voorwaarden zijn gebaseerd op een standpunt van het Zorginstituut. Verzoeker heeft verklaard niet te voldoen aan deze voorwaarden en heeft daarom om een coulancevergoeding gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten geen onverplichte vergoeding te verlenen. Bij een bijzondere individuele zorgvraag wordt gekeken of sprake is van een zeer uitzonderlijke situatie. Bij verzoeker gaat het om schommelende glucosewaarden in combinatie met diabetes retinopathie bij de macula. Deze situatie geldt helaas voor veel patiënten met diabetes en is dus toepasbaar op een grote groep. Hierdoor kan niet worden gesproken van een uitzonderlijke situatie. Als de ziektekostenverzekeraar voor verzoeker een uitzondering maakt, moet hij dit voor de hele groep doen. Vanuit het kader van rechtsgelijkheid naar andere verzekerden is het niet mogelijk om slechts in één geval een uitzondering te maken. De ziektekostenverzekeraar moet bij de uitvoering van de wet- en regelgeving rekening houden met mogelijke precedentwerking en gelijke behandeling. Daarbij komt dat rt-CGM, maar ook FGM, er feitelijk niet voor zorgt dat schommelingen in de glucosewaarde worden teruggedrongen. Zowel FGM als rt-CGM brengt de glucosewaarde en eventuele veranderingen hierin in beeld. Het terugdringen van de schommeling(en) komt voort uit een handeling die door de patiënt wordt ondernomen, bijvoorbeeld het toedienen van insuline of door iets te eten. De glucosewaarde kan ook worden herleid met FGM door middel van flashen. Daarnaast kunnen eventuele dalingen of stijgingen van de glucosewaarde worden aangegeven door het alarm van FGM. Weliswaar is rt-CGM bijna gelijk geprijsd met FGM, maar dit betekent niet dat deze hulpmiddelen onder dezelfde voorwaarden worden ingezet. Voor FGM gelden andere voorwaarden dan voor rt-CGM.

4.2. In zijn brief van 8 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij kennis heeft genomen van het bindend advies van de commissie waarnaar verzoeker heeft verwezen. In dit bindend advies werd meegewogen dat het Zorginstituut aangaf dat de FSL 2 en 3 qua functionaliteiten naar elkaar toegroeien. Dat is weliswaar zo, maar de ziektekostenverzekeraar kan niet volgen dat daardoor ook aanspraak bestaat op de FSL 3, die kan worden ingezet als rt-CGM. Het Zorginstituut heeft zelf nadrukkelijk de vijf patiëntengroepen vastgesteld die in aanmerking komen voor rt-CGM. Een belangrijke kanttekening bij dit bindend advies is dat het mede is gestoeld op de veronderstelling dat de prijzen van de FSL 2 en 3 nagenoeg gelijk zijn. Die onjuiste veronderstelling is abusievelijk overgenomen in de brief van 8 augustus 2023. De gelijke prijzen, zoals ook vermeld in het bindend advies, hebben betrekking op de zogenoemde particuliere consumentenprijzen van de Z-index. Deze prijzen worden in de praktijk bijna niet betaald door zorgverzekeraars. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar

overeenkomsten gesloten met zorgaanbieders over de levering van de FSL 2 en 3. De prijzen die de ziektekostenverzekeraar hiervoor betaalt lopen nog steeds uiteen. Ook als de prijzen op enig moment wel gelijk zouden zijn, ziet de ziektekostenverzekeraar geen houvast om de FSL 3 te vergoeden enkel op grond van prijsgelijkheid. Onder meer omdat deze prijsafspraken kunnen wijzigen. Dat de feitelijke inkoopprijs voor beide niet gelijk is, plus de realiteit dat de prijzen kunnen wijzigen, zijn voor de ziektekostenverzekeraar extra redenen om het aangevraagde hulpmiddel niet te vergoeden buiten de categorieën waarvoor het Zorginstituut heeft bepaald een zorginhoudelijke meerwaarde te zien voor de inzet van de FSL 3. Als het Zorginstituut daartoe aanleiding ziet, kunnen de vergoedingscriteria op enig moment worden aangepast. Voorstelbaar is echter dat daarmee voorzichtig wordt omgegaan, nu de totale patiëntengroep die mogelijk gebruik wil maken van rt-CGM zeer groot is. Alsook dat het een kostenimpact heeft. Het is aan het Zorginstituut om aan te geven voor welke patiëntengroepen hij een bijzondere meerwaarde ziet voor rt-CGM en hiermee voor de FSL 3. Dit heeft het Zorginstituut eerder gedaan met de opname van de huidige vijf patiëntengroepen. De situatie van verzoeker valt hier niet onder.

4.3. In zijn brief van 5 maart 2024 heeft de behandelend internist-endocrinoloog de meerwaarde van de FSL 3 voor verzoeker toegelicht. Volgens de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar bevat deze verklaring geen relevante nieuwe informatie voor de aanvraag. Verder heeft de paramedisch adviseur nog verklaard dat de alarminstellingen voor de FSL 2 en 3 gelijk zijn en op dezelfde punten alarmeren. Dat mogelijk een bepaalde meerwaarde bestaat voor het gebruik van de FSL 3, maakt niet dat dit zonder meer kan worden aangemerkt als verzekerde zorg. Ten aanzien van het verzoek om coultance heeft de ziektekostenverzekeraar nog opgemerkt dat coultance wordt overwogen als sprake is van een ernstige medische situatie zonder goed behandelalternatief, en waarbij de vergoeding medisch gezien kan worden teruggebracht naar een individueel geval of een kleine groep patiënten. Medisch gezien is de FSL 2 een adequaat behandelalternatief. Dat verzoeker jong is en moet zorgen voor een ernstig ziek kind is invoelbaar. Het is medisch gezien echter geen individuele bijzondere casus, anders dan die van de vele andere diabetespatiënten die - in bepaalde mate - meerwaarde zouden kunnen ervaren bij gebruik van de FSL 3. Naar de meerwaarde kan goed onderzoek worden gedaan en het is aan het Zorginstituut om daarin keuzes te maken.

4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij, los van het prijsgelijkheidscriterium dat het Zorginstituut heeft toegelicht in zijn advies aan de commissie, geen andere voorwaarden ziet dan die eerder door het Zorginstituut zijn vastgesteld. Bij de beoordeling van de aanvraag is de ziektekostenverzekeraar gebonden aan deze voorwaarden. Als het Zorginstituut vindt dat rt-CGM voor andere patiëntengroepen voor vergoeding in aanmerking komt, is het aan hem om hierover een ander standpunt in te nemen. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of de FSL 3 voor vergoeding in aanmerking komt vanuit coultance. Hij kijkt in dat verband naar de persoonlijke situatie, maar hierbij moet een nuance worden gemaakt. Er wordt namelijk gekeken naar de persoonlijke medische situatie. Het is niet mogelijk om de persoonlijke levenssfeer van een verzekerde mee te wegen. Het komt maar zelden voor dat rt-CGM uit coultance wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de stelling van verzoeker dat het niet hoeven flashen voor hem van toegevoegde waarde is. In de meeste gevallen is FGM evenwel adequaat. Volgens het Zorginstituut zijn FGM en rt-CGM uitwisselbaar als rt-CGM even duur of zelfs goedkoper is dan FGM, en is in dat geval een onderbouwing voor rt-CGM van de behandelend arts niet noodzakelijk. Over de prijzen van diabetes hulpmiddelen zijn landelijke afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn onder strikte geheimhouding gemaakt. De informatie kan mogelijk op een vertrouwelijke manier met de commissie worden gedeeld. Voor de ziektekostenverzekeraar is de FSL 2 goedkoper dan de FSL 3. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit de verklaring van de behandelend internist dat de belangrijkste reden dat de FSL 3 is aangevraagd, is omdat deze continue realtime waarden meet en elke minuut informatie stuurt naar de smartphone van de gebruiker. De internist spreekt niet over de kwaliteit van de sensoren of een andere reden op basis waarvan de FSL3 nodig is. In het laatste kwartaal van 2024 is de FSL 2 geüpdatet en is deze functie ook beschikbaar geworden bij de FSL 2. Deze informatie is terug te vinden op de website van de fabrikant. Op dit punt heeft de FSL 3 dus geen meerwaarde meer ten opzichte van de FSL 2. Op het moment dat verzoeker met de FSL 2 niet meer hoeft te flashen, is het aan de internist om te onderbouwen waarom de FSL 3 in zijn geval nodig is. De meerwaarde van de FSL 3 voor verzoeker zit hem nu alleen nog in de mogelijk betere kwaliteit van de sensoren. Daarnaast kan de FSL 3 worden gekoppeld aan een insulinepomp.

Hierop is verzoeker echter niet aangewezen.

- 4.5. In zijn brief van 21 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij zijn zorginkopers heeft gevraagd welke informatie kan worden gedeeld over de prijs, gelet op de aanwezige geheimhoudingsverklaringen over de exacte korting. De zorginkopers hebben verklaard dat de FSL 2 en FSL 3 gelijk zijn geprijsd volgens de AIP-tarieflijsten. Het kortingspercentage op de FSL 2 is evenwel hoger, waardoor deze altijd goedkoper is dan de FSL 3.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar is hiermee voldoende verduidelijkt dat er ten aanzien van de FSL 3 geen sprake is van uitwisselbaarheid op basis van het gelijk geprijsd zijn. Hoeveel goedkoper de FSL 2 precies is, maakt hierbij niet uit. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij met deze informatie heeft beoogd een balans te vinden tussen duidelijkheid bieden aan verzoeker en de commissie én zijn taak als zorgverzekeraar om de zorg betaalbaar te houden. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij hoopt dat de commissie hem hierin kan volgen, gelet op de bijzondere geheimhouding die in dit geval is bedongen vanuit de fabrikant en de financiële implicaties gelet op de grootte van de patiëntengroep als dit anders wordt gezien. Dat de FSL 3 duurder is, is logisch gelet op de belangrijke extra functie van koppelbaarheid met een insulinepomp, en de iets kleinere en iets gevoeligere sensoren.
- De ziektekostenverzekeraar heeft ook gekeken naar de gevoeligheid van de sensor. Hij heeft in dit verband herhaald dat de behandelend arts in zijn schriftelijke verklaring over de meerwaarde van de FSL 3 voor de verzoeker juist de continue metingen zonder te hoeven flashen aangaf. De gevoeligheid van de sensoren lijkt niet voorop te hebben gestaan.
- Naast dat de sensoren van de FSL 2 naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar adequaat zijn, zou het aan het Zorginstituut zijn om daar anders een inhoudelijke afweging in te maken. Dit betreft immers feitelijk een algemene beoordeling van het pakket en het Zorginstituut heeft eerder al inhoudelijke indicatiecriteria opgesteld.
- De fabrikant heeft desgevraagd bevestigd dat de update voor continue metingen zonder flashen bij de FSL 2 voor iedere gebruiker beschikbaar moet zijn.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op een alternatieve CGM, namelijk de DexcomOne+. Deze CGM is – in tegenstelling tot de FSL 3 – wel goedkoper en daarmee conform het standpunt van het Zorginstituut uitwisselbaar met FGM.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Op basis van het dossier is op te maken dat verzoeker een indicatie heeft voor FGM en dat de indicatie voor rt-CGM ter discussie staat. De vraag in geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde FSL 3 sensoren (rt-CGM) ten laste van de basisverzekering.

Uit het dossier volgt dat bij verzoeker sprake is van diabetes met diabetische retinopathie en dat hij gebruik maakt van FGM in de vorm van FSL 2 om zijn glucoses te monitoren. Verzoeker gebruikt insuline, maar de dosering is – op basis van de voorliggende informatie – niet bekend.

Verzoeker geeft in het dossier aan dat hij wil overstappen op rt-CGM in de vorm van FSL 3. Volgens verzoeker is sprake van een acceptabel HbA1c, maar hij wil met een FSL 3 glucoseschommelingen verminderen omdat deze schadelijk kunnen zijn voor zijn diabetische retinopathie. Verzoeker geeft aan dat zijn oogfunctie belangrijk is, omdat hij voor zijn ernstige zieke negenjarige zoon met een hersenstamtumor zorgt.

Omdat verzoeker zelf aangeeft dat hij niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van rt-CGM, heeft hij bij verweerder gevraagd om FSL 3 te vergoeden vanuit coulance. Verzoeker voert aan dat FSL 2 en FSL 3 even duur zijn en dat rt-CGM, ten opzichte van FGM, beter is voor het milieu vanwege

minder gebruik van plastic en verpakkingsmateriaal. Ook voert hij aan dat FSL 3 tot betere behandelresultaten leidt dan FSL 2. Hij geeft aan dat vaker gereageerd kan worden met een insulinetoediening, omdat FSL 3 continu meet. Verzoeker onderbouwt de betere uitkomsten van rt-CGM in vergelijking met FGM met resultaten van twee publicaties.

Verweerder wijst de vergoeding vanuit coulance af, omdat geen sprake zou zijn van een uitzonderlijke medische situatie. Verweerder geeft aan dat vergoeding kan leiden tot precedentwerking en rechtsongelijkheid en dat daarbij ook een landelijke discussie speelt omtrent de vergoeding van sensoren.

Daarnaast geeft verweerder aan dat het terugdringen van glucoseschommelingen niet tot stand komt door rt-CGM of FGM, maar door handelingen (zoals insuline toedienen of iets eten) naar aanleiding van metingen van glucosewaarden door glucosesensoren. Verweerder geeft aan dat FSL 2 ook door flashen de glucosewaarden kan doorgeven en bij glucosestijgingen of -dalingen alarmeren.

Verder geeft verweerder aan dat [de] consumentenprijzen van beide sensoren weliswaar bijna gelijk zijn, maar dat dit niet betekent dat de sensoren onder dezelfde voorwaarden ingezet kunnen worden. Vervolgens geeft verweerder aan dat de prijzen die zorgverzekeraars betalen voor beide sensoren uiteen liggen en dat de prijsafspraken kunnen wijzigen. FSL 3 moet daarom alleen worden vergoed bij de vijf patiëntengroepen, waarbij een duidelijke meerwaarde van rt-CGM is aangetoond, aldus verweerder.

Overwegingen Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft in een eerder advies aan de SKGZ geconstateerd dat de ontwikkelingen binnen de sensortechnologie snel gaan. FGM is een minimale technische variant van rt-CGM, die door technische doorontwikkeling naar rt-CGM is toegegroeid. De nieuwere varianten FGM (zoals FSL 2) hebben een alarm gekregen. Hierdoor zijn FGM en rt-CGM op functionaliteiten uitwisselbaar geworden met vergelijkbare effecten op het behalen van behandeldoelen. Ook zijn varianten (FSL 2b en 3) op de markt gekomen die continu glucoses meten en verbonden kunnen worden met insuliepompen en daarmee rt-CGM zijn geworden. Daarnaast is de prijs van rt-CGM en FGM dichterbij elkaar komen te liggen. De prijs van FSL 3 (rt-CGM) zou inmiddels even duur zijn als FSL 2 (FGM) op basis van de Z-index.

Verzekerde stelt dat FSL 3 (rt-CGM) leidt tot betere behandelresultaten dan FSL 2 (FGM). Hij verwijst naar de publicaties van Haskova et al. (2020)⁷ en Visser et al. (2021). Het gaat om twee gerandomiseerde studies (respectievelijk CORRIDA en ALERTT1) waarin de effectiviteit van rt-CGM met alarmen werd vergeleken met FGM zonder alarmen bij patiënten met diabetes type 1 na respectievelijk vier weken en zes maanden gebruik. Beide studies lieten na gebruik van rt-CGM een verbetering van de glucoseregulatie zien in vergelijking met gebruik van FGM. De effectiviteit van rt-CGM in deze studies kan echter worden verklaard doordat bij rt-CGM alarmen voor lage en hoge glucose grenswaarden werden ingesteld en niet bij FGM vanwege afwezigheid van een alarm. Hierdoor konden gebruikers met rt-CGM direct reageren op glucoses buiten de grenswaarden. FSL 2 (FGM) heeft net als FSL 3 (rt-CGM) alarmeringsfunctionaliteit en zal daarom vergelijkbare effecten hebben op de glucoseregulatie.

Verweerder geeft in het dossier aan dat de behandelend internist-endocrinoloog in zijn brief van 5 maart 2024 de meerwaarde van FSL 3 voor verzoeker zou hebben toegelicht en dat hieruit geen relevante nieuwe informatie blijkt voor de vergoedingsvraag.

Het Zorginstituut merkt hierbij op dat het voorliggende dossier geen medische correspondentie bevat. Er is geen onderbouwing van de behandelend internist in het dossier aanwezig waaruit volgt dat verzoeker een indicatie zou hebben voor rt-CGM.

Zoals ook blijkt uit het eerder genoemde advies aan de SKGZ, zijn rt-CGM en FGM uitwisselbaar als CGM even duur als of zelfs goedkoper is dan FGM. Een onderbouwing voor rt-CGM door de behandelend arts is in dat geval niet noodzakelijk.

Echter, als rt-CGM duurder is dan FGM, zijn deze systemen niet vanzelfsprekend uitwisselbaar. Zorgverzekeraars hebben dan de ruimte om op grond van doelmatigheid af te wijzen. Dat is alleen anders als de verzekerde valt onder één van de vijf indicaties voor rt-CGM, zoals uiteengezet in het juridisch kader.

Hiervoor is onderbouwing door de behandelend arts wél noodzakelijk.

Doelmatige zorginkoop is in beginsel voorbehouden aan de individuele zorgverzekeraars. De prijs van een hulpmiddel volgens de Z-index (indicatieve prijs) kan verschillen van de prijs waarvoor het hulpmiddel wordt ingekocht door de verschillende zorgverzekeraars. Voor beoordeling van de financiële doelmatigheid van een hulpmiddel zou dan ook niet de prijs volgens de Z-index bepalend moeten zijn, maar de werkelijke inkoopprijs door de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut heeft hier echter verder geen taak in en kan dan ook niet adviseren over de doelmatigheid.

Conclusie

Uit het voorliggende dossier ontbreekt een onderbouwde indicatie voor rt-CGM.

Er kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een indicatie heeft voor de aangevraagde rt-CGM. FGM kan alleen door rt-CGM worden vervangen mits dit doelmatig is.

Advies

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

5.2. In het definitief advies van 17 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag in geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde FSL 3 sensoren (rt-CGM) ten laste van de basisverzekering.

Brief van 5 maart 2024 van de internist

Verzoeker geeft in zijn schrijven van 3 januari 2025 aan dat een brief van de behandelend internist aanwezig is die zijn medische situatie uiteenzet en uitlegt waarom hij in aanmerking zou moeten komen voor FSL 3. Het Zorginstituut heeft de bedoelde brief eerder niet in het oorspronkelijke dossier van de SKGZ ontvangen.

In de brief van 5 maart 2024 vermeldt de internist dat verzoeker sinds 2020 bekend is met diabetes mellitus type 1 en wordt behandeld met een intensief insulineschema. Hij heeft een exsudatieve maculabedreigende retinopathie, waarvoor gestreefd wordt naar een goede glucoseregulatie zonder hypoglykemieën, aldus de internist. De internist geeft in de brief aan dat verzoeker niet voldoet aan de huidige vergoedingscriteria voor FSL 3, maar dat hij wel hiervoor in aanmerking zou moeten komen.

De internist schrijft dat intensieve behandeling van diabetes mellitus is geassocieerd met vermindering van de progressie van diabetische retinopathie. Hypoglykemieën kunnen progressie van diabetische retinopathie en andere microen macrovasculaire complicatie veroorzaken. Bij aanwijzingen voor retinopathie en een hoger risico op hypoglykemieën, zoals bij verzoeker, wordt geadviseerd om intensief te monitoren. De internist verwijst naar wetenschappelijke publicaties en Amerikaanse diabetes richtlijnen.

Verder geeft de internist aan dat de diagnostische waarde van rt-CGM ten opzichte van FGM is aangetoond. Volgens de internist blijkt uit onderzoek dat rtCGM leidt tot 7-8% meer tijd binnen bereik (time in range), bijna de helft minder hypoglykemieën, minder ernstige hypoglykemieën (<3,0 mmol/l), minder tijd in hypoglykemie (30-54% time below range) gedurende de nacht bij normale hypoglykemie awareness en minder tijd in hypoglykemie tijdens inspanning en minder erna (respectievelijk 40% en 25%). De internist baseert zich op een document van het Diabetes Fonds over de meerwaarde van rt-CGM. Daarnaast verwijst de internist naar andere verschillende wetenschappelijke publicaties.

Aanvullend schrijven van partijen

Verzoeker geeft aan dat FSL 3 nauwkeuriger glucoses kan meten dan FSL 2, aangezien de mean absolute relative difference (MARD) van FSL 3 lager is dan die van FSL 2 (7,5% vs. 9,2%). MARD geeft aan hoe nauwkeurig een sensor is: hoe lager het percentage, hoe nauwkeuriger. Volgens verzoeker leidt hierdoor rt-CGM tot minder glucoseschommelingen, omdat de insulinedosering beter is gedoseerd. Hierdoor is de kans op diabetische retinopathie kleiner, aldus verzoeker.

Verweerder geeft aan dat sinds november 2024 gefaseerd een update voor FSL 2 sensoren beschikbaar is gekomen, waardoor deze ook continue glucoses kan meten en flashen niet meer nodig is. FSL 2 verschilt nog van FSL 3, omdat FSL 2 in tegenstelling tot FSL 3 niet gekoppeld kan worden aan een insulinepomp, maar dat is voor verzoeker ook niet relevant.

Daarnaast geeft verweerder aan dat de MARD waarde van FSL 3 lager is dan die van FSL 2 (7,9% vs. 9,1%), en daarmee is FSL 3 nauwkeuriger. Voor alle diabetespatiënten die FGM gebruiken geldt echter dat zij een sensor met een hogere MARD gebruiken. De inkoop prijs van FSL 3 is hoger dan FSL 2 waardoor verzoeker geen aanspraak kan maken op FSL 3, aldus verweerder. Verweerder biedt aan een andere rt-CGM te vergoeden, Dexcom Oneplus, omdat deze goedkoper is dan FSL 2.

Na updaten meet FSL 2 van verzoeker continu glucoses, maar af en toe moet verzoeker nog flashen. Verzoeker blijft bij zijn verzoek voor vergoeding van FSL 3, omdat deze zijn glucoses wel continu meet en ook nauwkeuriger is dan FSL 2. Ook de Dexcom Oneplus (rt-CGM) is minder nauwkeurig dan FSL 3 (MARD 8,7%). Verzoeker stelt dat hij bereid is om de meerkosten voor FSL 3 ten opzichte van FSL 2 voor eigen rekening te nemen als de rest wordt vergoed.

Overwegingen Zorginstituut

Volgens de internist is de meerwaarde van rt-CGM ten opzichte van FGM aangetoond. In het document van het Diabetes Fonds en de brief van de internist wordt verwezen naar verschillende observationele studies. Het gaat om een studie die heeft laten zien dat patiënten met diabetes mellitus type 1 na introductie van rt-CGM een betere glucoseregulatie hadden na 12 en 24 maanden. In andere observationele studies hadden diabetespatiënten die behandeld werden met een intensief insulineschema of een insulinepomp minder hypo- en hyperglykemieën bij gebruik van rt-CGM met ingestelde alarmen, in vergelijking met rt-CGM zonder ingestelde alarmen. Ook wordt een observationele studie aangehaald waarin patiënten met diabetes mellitus type 1 een verbetering van de glucoseregulatie hadden na overzetten van FGM zonder alarmen naar rt-CGM met alarmen na zes maanden. Daarnaast wordt verwezen naar de gerandomiseerde ALERT1 studie, die verzoeker ook heeft aangedragen. In deze studie was de glucoseregulatie bij patiënten met diabetes type 1 met rt-CGM met alarmen beter na zes maanden vergeleken met FGM zonder alarmen.

Zoals eerder vermeld in het voorlopig advies is FGM (i.c. de FSL 2) qua functionaliteiten naar rt-CGM toegegroeid en heeft inmiddels ook een alarmfunctie. Na de laatste update kan FSL 2 ook continu glucoses meten.

In geen van de aangehaalde studies werd rt-CGM met alarmen vergeleken met FGM met alarmen. Naar verwachting zal de effectiviteit van rt-CGM en de huidige FGM echter vergelijkbaar zijn.

Uit de brief van de internist blijkt dat verzoeker niet voldoet aan een van de vijf indicaties voor rt-CGM. FGM is uitwisselbaar met rt-CGM, mits dit doelmatig is. Volgens verweerder komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding van de aangevraagde rt-CGM (FSL 3) vanwege de hogere inkoop prijs.

Verzoeker kan echter wel de Dexcom Oneplus vergoed krijgen, omdat deze rt-CGM goedkoper en dus doelmatig is.

Vanwege de lagere MARD wil verzoeker echter aanspraak maken op FSL 3. MARD wordt het meest gebruikt om de meetnauwkeurigheid van een glucosesensor te bepalen. De methode is gebaseerd op een vergelijking tussen metingen van een glucose monitoringsysteem en een in het laboratorium uitgevoerde standaardreferentiemethode. In de literatuur wordt wel gesproken van een goede technische accuratesse van rt-CGM bij een MARD van lager dan 10%. Hoewel FSL 3 een lagere MARD heeft dan FSL 2 en Dexcom Oneplus, gaat het om relatief kleine verschillen (respectievelijk 7,5% vs. 9,2% vs. 8,7%) en zijn deze alle drie te beschouwen als betrouwbare glucosesensoren. Het is aan verweerder om te bepalen welk hulpmiddel doelmatig is in de situatie van verzoeker.

Conclusie en advies

Uit het hoorzittingsverslag en de aanvullende informatie kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een indicatie heeft voor de aangevraagde rt-CGM. FGM kan door rt-CGM worden vervangen mits dit doelmatig is."

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 A.22. 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 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. Hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel B.17. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel is opgenomen in artikel B.17.19. van het reglement. Dit artikel vormt een uitwerking van artikel 2.6, onderdeel o, Rzv. Het door verzoeker aangevraagde hulpmiddel, te weten de FSL 3, betreft rt-CGM en is een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De volgende vraag is of verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen.

7.3. Om aanspraak te kunnen maken op rt-CGM geldt op grond van voornoemd artikel B.17.19. van het reglement dat betrokkene moet behoren tot één van de volgende groepen patiënten:

- kinderen onder de 18 jaar met diabetes type 1;
- volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (> 8% of > 64 mmol/mol));
- zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 of type 2);
- vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en type 2);
- patiënten met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness).

7.4. Het Zorginstituut merkt in zijn advies van 31 oktober 2024 op dat basis van het voorliggende dossier een onderbouwde indicatie voor rt-CGM ontbreekt. FGM kan alleen door rt-CGM worden vervangen mits dit doelmatig is. Verder heeft het Zorginstituut toegelicht dat FGM en rt-CGM uitwisselbaar zijn als rt-CGM even duur of zelfs goedkoper is dan FGM. Een onderbouwing voor rt-CGM door een behandelend arts is in dat geval niet noodzakelijk. Echter, als rt-CGM duurder is dan FGM, zijn deze systemen niet

vanzelfsprekend uitwisselbaar en is een onderbouwing van de behandelend arts wel noodzakelijk. In zijn definitief advies van 17 februari 2025 verklaart het Zorginstituut kennis te hebben genomen van de brief van de behandelend internist van 5 maart 2024, het hoorzittingsverslag en de nagekomen informatie. Het Zorginstituut komt op basis hiervan tot de conclusie dat verzoeker geen indicatie heeft voor rt-CGM. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Het Zorginstituut heeft verder herhaald dat FGM (de FSL 2) kan worden vervangen door rt-CGM (de FSL 3) mits dit doelmatig is. De commissie overweegt ter zake dat de wetgever heeft bepaald dat doelmatigheid niet het onderwerp van wetgeving is, maar dat partijen hierover in de verzekeringsovereenkomst afspraken kunnen maken. In dit geval is dat gebeurd in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Waar het gaat om de functionaliteit heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat sinds de laatste update van de FSL 2 de systemen uitwisselbaar zijn geworden. Verzoeker heeft dit bestreden, in die zin dat volgens hem de MARD-waarde bij de FSL 3 lager is. Het Zorginstituut heeft hierover opgemerkt dat in de literatuur wel wordt gesproken van een goede technische accuratesse van rt-CGM bij een MARD van lager dan 10%. Hoewel FSL 3 een lagere MARD heeft dan FSL 2 en Dexcom One+, gaat het om relatief kleine verschillen (respectievelijk 7,5% vs. 9,2% vs. 8,7%) en zijn deze alle drie te beschouwen als betrouwbare glucosesensoren. Een ander voordeel van de FSL 3 ten opzichte van de FSL 2, te weten het gebruik in combinatie met een insulinepomp, speelt bij verzoeker geen rol. Volgens het Zorginstituut is het aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen welk hulpmiddel doelmatig is in de situatie van verzoeker.

7.5. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat de kosten van rt-CGM niet hoger zijn dan die van FGM. Hierbij heeft hij verwezen naar de consumentenprijzen van de Z-index. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden, waarbij hij heeft toegelicht dat de consumentenprijzen van de Z-index voor de FSL 3 onderscheidenlijk de FSL 2 weliswaar gelijk zijn, maar dat deze prijzen niet overeenkomen met hetgeen feitelijk door hem wordt betaald, omdat hij bij de inkoop een grotere korting op de FSL 2 is overeengekomen. Daarmee is de FSL 2 het meest doelmatige hulpmiddel.

De commissie overweegt dat zij op het punt van de doelmatigheid slechts een beperkte toets kan uitvoeren. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven toelichting moet de FSL 2 in het geval van verzoeker als het meest doelmatige hulpmiddel worden beschouwd.

7.6. Verzoeker heeft een duidelijke voorkeur uitgesproken voor rt-CGM. In dat verband heeft de ziektekostenverzekeraar hem het aanbod gedaan van een DexcomOne+. De commissie begrijpt dat de inkoopprijs van dit hulpmiddel zodanig is dat het als doelmatig kan worden aangemerkt, waarbij nogmaals erop wordt gewezen dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op rt-CGM. Om hem moverende redenen heeft verzoeker het aanbod verworpen. De commissie zal in die beslissing niet treden en concludeert dat verzoeker met de FSL 2 – na de laatste update – beschikt over een adequaat functionerend hulpmiddel.

7.7. In de procedure heeft verzoeker aangeboden het verschil in prijs tussen de FSL 2 en de FSL 3 zelf te betalen. De commissie merkt hierover in algemene zin op dat de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving niet voorzien in de mogelijkheid van substitutie. Hieraan kan nog worden toegevoegd dat indien dit anders zou zijn, met name de doelmatigheidsbeoordeling zinledig zou worden en daarnaast de door de wetgever aan de zorgverzekeraars toebedachte regierol binnen het stelsel sterk aan belang zou inboeten. Wie over de financiële middelen beschikt zou dan immers, met bijbetaling, de keuze kunnen maken voor de door de zorgverzekeraar niet-ingekochte – duurdere - variant, met voorbijgaan van eventuele zorginhoudelijke overwegingen van de zorgverzekeraar bij de inkoop. Het aanbod tot bijbetaling kan daarom niet leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 april 2025,

H.A.J. Kroon

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

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;
- (...)

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.

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.

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar gestelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de

vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl onder Farmacie, dieetpreparaten.

Buiten de artsverklaring is er ook altijd een mogelijkheid om een individuele akkoordverklaring aan te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:

- kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u heeft en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators en aangepast eetgerei.
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4. Sommige hulpmiddelen die onder uw zorg-

verzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze website of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorzieningen van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daarvoor begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daarop toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling heeft u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.