

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en OMW DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW
Ziektekostenverzekeraar N.V. beide te Schiedam

Zaak : Hulpmiddelenzorg, medisch-specialistische zorg, FSL-sensoren,
hypoglycemieën en dumping syndroom

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en
2.9 Bzv, 2.1 en 2.6, onderdeel o, Rzv, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202201900

Zittingsdatum : 24 mei 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeraar N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 10 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 februari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 3 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 maart 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 28 maart 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023011745) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 maart 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 mei 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 1 juni 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 28 maart 2023 aanpassing behoeft. Daarbij heeft de commissie aanvullende vragen gesteld. Bij brief van 13 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juli 2023 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Op 11 augustus 2023 heeft verzoekster gereageerd door de commissie een verklaring van de behandelend internist, gedateerd 8 augustus 2023, te sturen. Een kopie hiervan is op 15 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 11 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. De commissie heeft verzoekster herhaaldelijk gevraagd of het geschil met de brief van 11 september 2023 is opgelost. Verzoekster heeft hier niet schriftelijk op gereageerd. Op 16 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een kopie van dit e-mailbericht is op 17 oktober 2023 aan verzoekster gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV- Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Bij verzoekster is in het verleden een gastric bypass uitgevoerd. Sinds deze ingreep is verzoekster bekend met het dumping syndroom. Hierbij heeft zij hypoglycemieën. De behandelend internist/ endocrinoloog heeft haar geadviseerd gebruik te maken van flash glucosemonitoring en heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van FSL-sensoren.
- 3.3. Bij brief van 15 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de FSL-sensoren is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 28 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 13 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de FSL-sensoren te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar rekening dient te houden met de bijzondere positie waarin zij verkeert. Om aanspraak te kunnen maken op FSL-sensoren moet bij een verzekerde diabetes mellitus type 1 of in sommige gevallen diabetes mellitus type 2 zijn vastgesteld. Bij verzoekster kan weliswaar geen van deze vormen van diabetes mellitus worden vastgesteld, maar zij ervaart wel de kenmerken van deze ziekte. Hoewel verzoekster niet voldoet aan de geldende voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op FSL-sensoren, meent zij dat voor haar situatie door de ziektekostenverzekeraar een uitzondering moet worden gemaakt.
- 4.3. Op dit moment kan verzoekster niet goed functioneren in het dagelijks leven. Zij heeft regelmatig hypoglycemieën. Verzoekster kan niet alleen zijn, omdat zij in een hypoglycemische coma kan raken. Als zij beschikt over de FSL-sensoren kan 80% van de hypoglycemieën worden voorkomen. Ook heeft verzoekster te maken gekregen met ernstige woedeaanvallen waarbij zij moest worden afgevoerd met een ambulance.
- 4.4. Het gebruik van FSL-sensoren is de enige mogelijkheid om de situatie van verzoekster te verbeteren. Weliswaar kan zij medicatie gebruiken om de klachten te verminderen, maar van deze medicatie ervaart zij bijwerkingen, zoals buikpijn en hartritmestoornissen. Verzoekster heeft alle beschikbare medicatie reeds geprobeerd.
- 4.5. Verder voert verzoekster aan dat het vergoeden van de FSL-sensoren goedkoper is dan het vergoeden van de kosten die zij thans maakt. De huidige situatie leidt namelijk tot verschillende klachten waardoor verzoekster naar het ziekenhuis en de psycholoog moet gaan. Als verzoekster de FSL-sensoren vergoed krijgt, zullen de andere zorgkosten die zij maakt afnemen.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat zij weliswaar geen diabetes type 1 of 2 heeft, maar dat haar symptomen hetzelfde zijn. Zij heeft toegelicht dat haar situatie zodanig heftig is dat zij geen leefbaar leven meer heeft. Zij wordt vaak agressief. Het komt regelmatig voor dat zij door de politie uit huis moet worden gehaald en met een ambulance moet worden afgevoerd. Hieraan heeft verzoekster flinke trauma's overgehouden. Als zij iets eet, stijgt haar bloedsuikerspiegel hard. De insulineaanmaak komt te laat op gang en blijft te lang doorwerken. Ook als haar

bloedsuikerspiegel weer normaal is, blijft haar lichaam insuline aanmaken. Dit veroorzaakt ernstige hypo's. Als verzoekster een hypo heeft zonder dat iemand in de buurt is, kan zij komen te overlijden. Zij komt bijna elke dag in een levensbedreigende situatie terecht. Verzoekster is niet altijd op tijd met prikken, omdat haar bloedsuikerspiegel zo snel schommelt. Daarnaast kan zij niet 20 of 30 keer per dag in haar vinger prikken.

Verzoekster heeft verschillende rapporten overgelegd, waaruit blijkt hoe vaak zij een hypo heeft en hoe snel dit gebeurt. Deze rapporten zijn gemaakt met een FSL-sensor. Soms is verzoekster financieel in de mogelijkheid om een FSL-sensor aan te schaffen, zodat zij haar bloedsuikerspiegel real time kan bijhouden.

De huidige situatie kost de ziektekostenverzekeraar meer geld, namelijk de kosten voor ambulances, ziekenhuisopnames, bezoeken aan de huisarts en behandeling door een psycholoog. Deze kosten kunnen gedeeltelijk worden voorkomen met de gevraagde FSL-sensoren.

Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken

- 4.7. Verzoekster heeft nadien een verklaring van haar behandelend internist van 8 augustus 2023 overgelegd waarin wordt opgemerkt:

"Hierbij verzoek ik u een FreeStyle Libre sensor te vergoeden voor bovengenoemde patiënte. Zij heeft last van invaliderende hypoglycemieën bij het dumping syndroom postbariatrie. Dieetadviezen zijn in deze altijd de eerste stap, maar zij bleek niet veel te kunnen verbeteren in haar dieet, acarbose is dan de tweede stap, helaas verdraagt zij dit slecht en heeft daarbij veel last van buikpijn en diarree. Octreotide s.c. 3dd zou een derde stap kunnen zijn maar ook daar zien we vaak dezelfde bijwerkingen zoals buikpijn en diarree, aangezien patiënte daar al heel snel last van heeft durf ik dit middel niet te starten bij haar en ook levert dit veel belasting op voor patiënte (3dds spuiten) en ook geen zekerheid tot resultaat."

Ik verzoek u haar een FreeStyle Libre sensor te vergoeden waarbij de signalen die het apparaatje geeft haar kunnen helpen om vroegtijdig (voordat zij een hypoglycemisch coma ontwikkelt) een hypoglycemie op te sporen en hiernaar te kunnen handelen door snelle en langzame koolhydraten tot zich te nemen. Dit apparaatje heeft zij al meerdere malen gebruikt en geeft wel het gewenste resultaat."

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de FSL-sensoren. Hiertoe moet namelijk zijn voldaan aan de voorwaarden die zijn opgesteld door de wetgever. De voorwaarden van de zorgverzekering inzake hulpmiddelenzorg zijn hierop gebaseerd.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband toegelicht dat in artikel 2.6, onderdeel o, Rzv is bepaald dat onder hulpmiddelenzorg tevens uitwendige hulpmiddelen vallen, 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. Deze bepaling is nader uitgewerkt in artikel 6.14 van het Reglement Hulpmiddelen 2022 (hierna: het Reglement).
- 5.3. De aangevraagde FSL-sensoren worden gebruikt bij de zogenoemde flash glucosemonitoring. Op grond van artikel 6.14 van het Reglement gelden voorwaarden voor vergoeding van Flash Glucose Monitors (hierna: 'FGM'). In dit artikel is opgenomen dat uit het door de verwijzer ingevulde aanvraagformulier FGM moet volgen dat de verzekerde behoort tot één van de volgende vier groepen: verzekerden met diabetes mellitus type 1 (kinderen en volwassenen al dan niet zwanger), verzekerden met diabetes mellitus type 2 met een intensief insulineschema (dit betreffen niet alle diabetes type 2 patiënten), zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben of vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben.

- 5.4. Uit de aanvraag blijkt dat verzoekster last heeft van invaliderende hypoglycemieën bij het dumping syndroom postbariatrie. In dat geval zijn dieetadviezen de eerste stap, maar hier bleek niet veel verbetering in mogelijk. Het gebruik van acarbose is dan de tweede stap, maar verzoekster verdraagt dit middel slecht en zij krijgt hierbij last van buikpijn. Uit de aangeleverde informatie blijkt niet dat bij verzoekster sprake is van diabetes mellitus. Zij behoort daarmee niet tot één van de in het Reglement vermelde groepen. De FSL-sensoren komen daarom in haar geval niet voor vergoeding in aanmerking onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg zoals bedoeld in artikel 2.6, onderdeel o, Rzv en artikel 6.14 van het Reglement.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald, waarbij hij heeft toegelicht dat het niet volstaat dat wordt voldaan aan de indicatievoorwaarden voor aanspraak op het aangevraagde hulpmiddel. Daarnaast is een plan aan de hand van behandeldoelen nodig, waaruit blijkt dat FGM bijdraagt aan het behalen van die behandeldoelen op basis van het vermogen tot zelfmanagement. In de situatie van verzoekster wordt niet voldaan aan de indicatievoorwaarden én is het gebruik van FSL-sensoren niet effectief zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Volgens het Zorginstituut is het gebruik van FGM namelijk alleen bij de vier genoemde indicaties bewezen effectief. Volgens de ziektekostenverzekeraar komt het dumping syndroom regelmatig voor na een bariatrische ingreep. Uit het door hem uitgevoerde literatuuronderzoek blijkt niet dat in het geval van dumping syndroom na een bariatrische ingreep gebruik moet worden gemaakt van diabeteshulpmiddelen, zoals flash glucosemonitoring. Het aangevraagde hulpmiddel is niet geschikt voor het boogde gebruik. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.6. In zijn brief van 11 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij het definitieve advies van het Zorginstituut en de aanvullende verklaring van de behandelend internist heeft voorgelegd aan zijn adviserend geneeskundige en adviserend paramedici. Zij hebben geconcludeerd dat, met de aanvullende onderbouwing, de inzet van flash glucosemonitoring in dit specifieke geval als een effectief middel kan worden beschouwd ter ondersteuning. Verzoekster komt dus in aanmerking voor vergoeding van de FSL-sensoren. Omdat sprake is van een hulpmiddel dat is ingezet in het ziekenhuis tijdens en voor de behandeling van een specifieke aandoening, vallen de kosten van het hulpmiddel onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij naar aanleiding van deze uitkomst contact zal opnemen met het ziekenhuis om het voorgaande voor te leggen en de bekostiging te bespreken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 28 maart 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

Met de standpunten van het Zorginstituut komen de volgende indicatiegroepen in aanmerking voor vergoeding van FGM:

- *Patiënten met diabetes type 1 met een intensief insulineschema (kinderen en volwassenen, al dan niet zwanger);*
- *Patiënten met diabetes type 2 met een intensief insulineschema (dit zijn niet alle type 2-patiënten);*
- *Zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 2, ongeacht hun insulinegebruik;*
- *Vrouwen met bestaande diabetes type 2 met een zwangerschapswens, ongeacht hun insulinegebruik.*

Het Zorginstituut heeft beoordeeld dat alleen voor de hierboven beschreven groepen de FGM kan worden gezien als een effectieve interventie bij genoemde indicatie en daarmee voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Verder zal voor iedere verzekerde moeten worden nagegaan of FGM in zijn/haar geval bijdraagt aan het behalen van de behandeldoelen op basis van zijn/haar vermogen tot zelfmanagement. Ook gelden er door de beroepsgroep opgestelde kwaliteitscriteria voor gepast gebruik.

Met het dumpingsyndroom met hypoglykemie postbariatrie waar bij verzoekster sprake van is, wordt niet voldaan aan de indicatievoorwaarden waarbij de FGM geldt als 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Conclusie

Verzoekster valt niet onder een van de indicatiegroepen die voor vergoeding van FGM in aanmerking komt.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op FGM ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 13 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Hulpmiddelenzorg

FGM is destijds ontwikkeld voor glucose monitoring bij de behandeling van diabetes mellitus. Zoals in het juridisch kader is vermeld, betreft de functiegerichte omschrijving in artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv diabeteshulpmiddelen. Uit het hoorzittingsverslag blijkt dat niet ter discussie staat dat verzoekster geen diabetes type 1 of 2 heeft. Het Zorginstituut merkt op dat verzoekster dan ook geen aanspraak kan maken op FGM op grond van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv.

Geneeskundige zorg (medisch-specialistische zorg)

FMG bij frequente hypoglykemieën in het kader van dumpingklachten

FGM is in het verleden door het Zorginstituut beoordeeld voor de indicatie diabetes mellitus.

Uit deze beoordeling bleek dat FGM bij bepaalde groepen diabetespatiënten onder bepaalde voorwaarden als voldoende bewezen effectieve zorg beschouwd kan worden. Deze aanspraak op FGM is geregeld vanuit de hulpmiddelenzorg. Het feit dat FGM bij diabetes in bepaalde groepen en onder specifieke voorwaarden als voldoende bewezen effectief is beoordeeld, betekent niet automatisch dat FGM bij andere indicaties, zoals dumpingklachten, niet effectief is. Indien een patiënt onder controle is van een medisch specialist, zou FGM op grond van de prestatie medisch-specialistische zorg uit de basisverzekering vergoed kunnen worden, mits effectief.

Het dumpingsyndroom komt frequent voor na maagchirurgie. Bij dumpingklachten komt voedsel door afwezigheid van (een deel van) de maag versneld in de dunne darm. Er zijn vroege en late dumpingklachten. Bij late dumpingklachten (anderhalf tot twee uur na de maaltijd) is de insulineproductie niet meer goed afgestemd op de glucosespiegel. Suikers worden versneld opgenomen maar de insuline wordt pas geproduceerd als de glucose al uit de bloedbaan is.

Hierdoor treedt hypoglykemie op. Hypoglykemie kan gepaard gaan met honger, zweten, onrust/ gedragsverandering en flauwvallen. Dit zijn dezelfde klachten als bij een hypoglykemie in het kader van diabetes mellitus. In de specialistenrichtlijn 'Chirurgische behandeling van obesitas' wordt aangegeven dat bij een gastric bypass (late) dumping en de hierbij optredende hypoglykemieën optreedt bij 70% van de geopereerde patiënten. Meestal zijn de glucosedalingen goed te behandelen met dieetadviezen en/of medicatie. In zeldzame gevallen komt een patiënt

met dumpingklachten niet uit met de normale dieetadviezen en/of medicatie en persisteren de frequente hypoglykemieën.

In het eerder genoemde standpunt met betrekking tot FGM bij de indicatie diabetes mellitus van 2019, werd een cruciale uitkomst beschreven die betrekking heeft op het optreden van hypoglykemie. Deze uitkomst betrof het aantal episodes van hypoglykemie per 24 uur. In het standpunt werd een RCT geanalyseerd van een groep van 163 volwassenen met een goed gereguleerde diabetes mellitus type 1 met een meerdaags insulineschema. Geconcludeerd werd dat het gemiddeld aantal hypoglykemieën (glucose <3,9 mmol/l) in 24 uur na zes maanden in de interventiegroep (FGM, 82 patiënten) gemiddeld afnam van 1,81 (SD 0,90) tot 1,32 (SD 0,81), en in de controlegroep (standaard glucose pikken, 81 patiënten) van 1,67 (SD 0,80) naar 1,69 (SD 0,83). Het gemiddelde verschil was -0,37 (95% BI -0,58 tot -0,16), een relatieve afname van 21%. Geconcludeerd werd dat FGM ten opzichte van de vingerprik kan resulteren in een klinisch relevante verlaging van het gemiddeld aantal episodes van hypoglykemie in 24 uur. Bij frequente glucosedalingen in het kader van het dumpingsyndroom sluit de situatie het beste aan bij diabetes mellitus type 1 waarbij glucosedalingen frequent optreden. Op basis van bovengenoemde resultaten is het aannemelijk dat ook in deze situatie FGM leidt tot een afname in het aantal hypoglykemieën.

Concluderend wordt FGM beschouwd als effectieve zorg bij patiënten met diabetes mellitus met een intensief insulineschema. In zeldzame gevallen treden bij patiënten met dumpingklachten frequente en ernstige hypoglykemieën op, gelijkend op de hypoglykemieën bij diabetes mellitus, ondanks dieet- en medicatieadviezen. Als patiënten daarnaast niet merken dat er een hypoglykemie optreedt (hypoglycemia unawareness), treden ernstige beperkingen op in het dagelijks leven en kunnen zelfs levensbedreigende situaties ontstaan. Het Zorginstituut is van mening, in de lijn van het standpunt over FGM uit 2019, dat in dergelijke ernstige gevallen van patiënten met een dumpingsyndroom met onbehandelbare hypoglykemieën die een patiënt niet voelt aankomen, verondersteld mag worden dat FGM ook effectief is en bijdraagt aan zelfmanagement, net als bij diabetespatiënten met frequente hypoglykemieën.

FGM bij verzoekster

Verzoekster is gediagnosticeerd met het dumpingsyndroom dat is ontstaan nadat zij maagchirurgie heeft ondergaan. Bij haar gaat dit gepaard met zeer frequente hypoglykemieën die zij niet voelt aankomen. Verzoekster en behandelaar geven aan dat dieetadviezen en medicatie geen oplossing bieden aan de glucose variabiliteit. Ter ondersteuning van de ernst van de situatie, heeft verzoekster in het dossier zeven dagregistraties aangeleverd over de periode van 7 augustus tot 9 oktober 2022. De metingen waren volgens verzoekster verricht met een zelf aangeschafte FGM. Bij een glucose onder 4,2 mmol/l kreeg verzoekster een melding (de rode lijn in de grafieken). Op de dagregistraties zijn één tot 10 (mediaan drie) kortere of langere episodes (tot wel 6 uur durend) per 24 uur geregistreerd waarbij glucose < 4,2 mmol/l was. Vaak traden de hypo's gedurende de nacht op.

Op basis van de nadere informatie uit het hoorzittingsverslag en de glucose dagcurves uit het oorspronkelijke dossier, stelt het Zorginstituut vast dat bij verzoekster sprake is van frequente en langdurende hypoglykemieën en deze vinden veelal plaats in de nacht. Aangezien verzoekster tevens last heeft van 'hypoglycemia unawareness' kunnen levensbedreigende situaties ontstaan. Een proactief glucose monitoringstelsel zoals FGM kan een passende, effectieve oplossing bieden voor verzoekster. De behandelend internist-endocrinoloog geeft dit aan, maar dient beter te onderbouwen waarom verzoekster niet uitkomt met medicatie of aanpassing van het dieet, en daardoor aangewezen is op een glucose monitoringstelsel zoals FGM.

Conclusie

Uitgaande van het hoorzittingsverslag en het voorliggende dossier kan verzoekster geen aanspraak maken op vergoeding van een glucose monitoringstelsel op grond van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv (hulpmiddelenzorg).

Mogelijk bestaat wel aanspraak op een glucose monitoringsysteem op grond van de prestatie medisch-specialistische zorg. Van belang is dat de internist-endocrinoloog nader onderbouwt waarom verzoekster niet uitkomt met medicatie of aanpassing van het dieet, maar juist aangewezen is op een glucose monitoringsysteem zoals FGM.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een glucose monitoringsysteem vanuit de hulpmiddelenzorg.

Om aanspraak te maken op een glucose monitoringsysteem vanuit de medisch specialistische zorg moet uit nadere onderbouwing van de behandelend internist-endocrinoloog blijken dat verzoekster, gezien de ernst van haar situatie, enkel uit kan komen met een glucose monitoringsysteem zoals FGM."

7. **Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. **Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, medisch-specialistische zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de gevraagde FSL-sensoren te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, echter niet in het kader van hulpmiddelenzorg zoals bedoeld in artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 6.14 van het Reglement, maar als medisch specialistische zorg. Hiermee is het materiële belang dat verzoekster had bij haar verzoek vervallen. Verzoekster is gevraagd om een schriftelijke reactie, maar deze is uitgebleven. Om die reden ziet de commissie geen grond thans nog een inhoudelijke beoordeling van de aanspraak in het kader van de hulpmiddelenzorg uit te voeren.
- 8.3. Gelet op de gang van zaken - meer in het bijzonder dat een oplossing is bereikt tussen partijen tijdens de onderhavige procedure - ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 8.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie stelt vast dat verzoekster aanspraak heeft op de gevraagde FSL-sensoren ten laste van de zorgverzekering en beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 13 november 2023,

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.9

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

ARTIKEL 35 HULPMIDDELENZORG

LID 1 REGLEMENT HULPMIDDELEN

De overheid heeft een aantal hulpmiddelen aangewezen die voor vergoeding in aanmerking komen. Niet alle (categorieën) hulpmiddelen worden vergoed. Wij hebben de aangewezen hulpmiddelen die wij volgens de zorgverzekering vergoeden, opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. In dit Reglement staan:

- a. de nadere voorwaarden om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
- b. de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- c. de hoogte van de eigen bijdrage en een eventueel van toepassing zijnde wettelijke maximumvergoeding;
- d. de hulpmiddelen die in eigendom of bruikleen worden verstrekt;
- e. de verplichtingen die u heeft ten aanzien van het aan u in eigendom of bruikleen verstrekte hulpmiddel.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

LID 2 EIGEN BIJDRAGE

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage. Zie daartoe het Reglement Hulpmiddelen.

Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, betaalt u de eigen bijdrage rechtstreeks aan deze leverancier, tenzij wij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders bepalen.

Neemt u het hulpmiddel af van een leverancier met wie wij voor het hulpmiddel geen overeenkomst hebben gesloten, dan houden wij deze eigen bijdrage in op de vergoeding.

LID 3 VOORWAARDEN

Algemeen

- a. Voor de vergoeding van een hulpmiddel moet aan alle voorwaarden zijn voldaan zoals genoemd in de polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen.
- b. Voor vergoeding van verbandmiddelen moet er tevens sprake zijn van een ernstige aandoening, waarbij u op een langdurige behandeling met deze verbandmiddelen bent aangewezen, ook wel chronische wondzorg genoemd.

Machtiging

Voor welke hulpmiddelen u een machtiging moet aanvragen staat beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. Bij gecontracteerde leveranciers is het mogelijk dat zij, in samenspraak met u, de machtiging voor u bij ons aanvragen. Indien wij geen overeenkomst hebben met de leverancier, bent u zelf verantwoordelijk voor het aanvragen van de machtiging. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing en voorschrift

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een verwijzing en/of voorschrift nodig is en wie deze afgeeft.

**LID 4 UITSLUITINGEN**

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- a. kosten die boven de wettelijke maximumvergoeding uitkomen. U vindt de maximumbedragen in het Reglement Hulpmiddelen;
- b. kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu's en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dit expliciet in het Reglement Hulpmiddelen staat;
- c. hulpmiddelen die bekostigd worden op grond van de Wlz, Wmo 2015, WIA of hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat vanuit de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

LID 5 ZORG VAN LEVERANCIER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een leverancier gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

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.