



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Hulpmiddelenzorg, continue glucosemonitoring (CGM), FreeStyle Libre, sensoren, terugwerkende kracht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201900175

Zittingsdatum : 6 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (L. Ritzema)

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 9 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 29 juli 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 30 augustus 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019039291) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 2 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 november 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van dit definitieve advies is bij het bindend advies gevoegd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten verzekering VGZ Tand Beter is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is bekend met diabetes mellitus type 1 en de ziekte van Addison. Op 1 oktober 2018 heeft de behandelend internist-endocrinoloog namens verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 5 en 19 november 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem is afgewezen.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 18 december 2018 en 10 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. De behandelend internist-endocrinoloog heeft bij brief van 1 oktober 2018 over verzoekster verklaard: *“Zij heeft een diabetes type 1 die zeer moeizaam te reguleren is, o.a. doordat zij ook de ziekte van Addison heeft, en ook door een complicatie van de diabetes: namelijk vertraagde maagontlediging. Zij gebruikt reeds de FSL op eigen kosten sinds voorjaar 2017, heeft dus eerder al uitgebreide educatie over FGM ontvangen, is uitgebreid en herhaaldelijk geëduceerd t.a.v. diabeteszelfmanagement door diëtiste en diabetesverpleegkundige waarbij zij zich aan de voorgestelde adviezen houdt. Het gebruik van de FSL heeft geleid tot evident minder schommelingen in haar suikers en veel minder hypo's. Het HbA1c voor start van de FSL schommelde rond de 67-68 mmol/l. Omdat zij al de FSL gebruikt zijn de HbA1c-waarden van de afgelopen 4 kwartalen niet bepalend voor of zij voor vergoeding in aanmerking komt, daar deze waarden MET gebruik van de FSL zijn. Ten tijde van het gebruik van de FSL zijn deze waarden:
27/10/2017: 66.
21/1/2018: 63
15/5/2018: 55
18/9/2018: 62”*
- 3.6. Bij brief van 30 augustus 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *“Uit het dossier blijkt dat de glucosewaarde van verzoekster één keer 62 is en daarmee niet voldoet aan het criterium van vier achtereenvolgende kwartalen >8% of >64 mmol/mol. Ook één waarde van de drie daaraan voorafgaande kwartalen is 63. Conclusie is dat bij verzoekster niet is gebleken dat sprake is van een blijvend hoog HbA1c >8% of >64 mmol/mol. Op dit moment behoort verzoekster inderdaad niet tot een van de vier indicatiegroepen waarvan is vastgesteld dat FGM voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Vooralsnog is, zoals hierboven aangegeven, (nog) niet bekend bij welke andere indicaties, bijvoorbeeld comorbiditeit zoals [waar] bij verzoekster sprake van is, of andere situatie(s) de FGM een mogelijke meerwaarde heeft ten opzichte van vingerprikken bij overige diabetes type 1 patiënten.”*
4. Geschil
- 4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar haar alsnog, met terugwerkende kracht vanaf 27 november 2017, de kosten van de sensoren van de FreeStyle Libre moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
5. Bevoegdheid van de commissie
- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de zorgverzekering en artikel 7.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
6. Beoordeling
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over *“uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel”* zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoekster stelt dat zij binnen één van de door het Zorginstituut vastgestelde categorieën valt die in aanmerking komen voor vergoeding van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem, te weten de categorie: 'Volwassenen met diabetes type 1 die slecht zijn in te stellen en die kampen met gemiddeld hoge bloedsuikerwaarden (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c: >8% of >64 mmol/mol)'. Verzoekster heeft naar haar zeggen een blijvend hoog HbA1c. Dat zij in één kwartaal net niet boven een waarde van 64 HbA1c zat, vindt zij niet relevant. Zij heeft tijdens de hoorzitting toegelicht dat dit werd veroorzaakt door de vele hypo's die zij in die periode had. Uit haar HbA1c-waardes kan worden afgeleid dat deze waardes blijvend hoog waren vóór het gebruik van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem. Dit wordt bevestigd door de brief van de behandelend internist-endocrinoloog van 1 oktober 2018. Een strikte toepassing, in haar geval, van de richtlijn betreffende 'een verhoogd HbA1c gedurende vier achtereenvolgende kwartalen' vindt verzoekster uiterst onredelijk. Hierbij merkt verzoekster op dat uit het standpunt van het Zorginstituut niet blijkt dat sprake moet zijn van vier achtereenvolgende kwartalen. Er wordt alleen gesproken van een blijvend hoog HbA1c.

Gelet op haar complexe ziektebeeld is het gebruik van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem voor verzoekster noodzakelijk. Dit ziektebeeld brengt veel uitdagingen met zich. Zo heeft het gebruik van corticosteroiden vanwege de ziekte van Addison invloed op de bloedsuikerwaarden. Verzoekster doet er alles aan om haar HbA1c waardes zo laag mogelijk te houden, aangezien dit beter is voor haar gesteldheid.

Anders dan door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, blijkt uit de gestelde voorwaarden niet dat voor verstrekking van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem geen gebruik mag worden gemaakt van een insulinepomp met een rt-CGM-functie.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag aanvankelijk afgewezen, omdat verzoekster gebruik maakt van een insulinepomp met een rt-CGM functie.

In de eerste heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat voornoemde afwijzingsgrond onjuist is. Verzoekster heeft desondanks geen aanspraak op de aangevraagde sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Er bestaat alleen aanspraak op dit hulpmiddel in geval van een blijvend hoog HbA1c. Dit is het geval als vóór de inzet van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem sprake was van vier achtereenvolgende kwartalen met een HbA1c-waarde van méér dan 64 mmol/mol. Verzoekster had vóór de inzet van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem een HbA1c van respectievelijk 62, 67, 68 en 68 mmol/mol per kwartaal. Dit betekent dat zij in één van de vier voorafgaande kwartalen niet aan de gestelde voorwaarden voldeed.

In de brief van 25 juli 2019 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat hij in de eerste beslissing niet heeft bedoeld te zeggen dat de aanvraag was afgewezen omdat verzoekster gebruik maakt van een insulinepomp met een rt-CGM functie. Dit was slechts algemene informatie die niet specifiek voor verzoekster geldt.

6.4. De commissie overweegt dat het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de bijbehorende sensoren vallen onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg als bedoeld in artikel 4 van de zorgverzekering. De indicatie hiervoor wordt gesteld door de behandelend medisch specialist. In artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg waarop betrokkene redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen.

6.5. Het Zorginstituut heeft het standpunt ingenomen dat alleen bij bepaalde indicaties aanspraak bestaat op het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem ten laste van de zorgverzekering. De indicaties zijn:

1. Kinderen met diabetes type 1.
2. Volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol)).
3. Zwangere vrouwen met diabetes type 1 en 2 (geen zwangerschapsdiabetes).
4. Vrouwen met diabetes types I en II die een zwangerschapswens hebben.

- 6.6. Verzoekster is volwassen. Zij heeft diabetes type 1. Haar HbA1c was in de periode van oktober 2017 tot en met september 2018 achtereenvolgens 66, 63, 55 en 62 mmol/mol. Dit was met het gebruik van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Voordat zij het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem ging gebruiken, had verzoekster waarden van 68, 68, 67 en 62 mmol/mol. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 30 augustus 2019 geconcludeerd dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Het is niet gebleken dat verzoekster, voordat zij het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem ging gebruiken, een blijvend hoog HbA1c had. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Er is geen reden hiervan af te wijken. Daarom heeft verzoekster geen aanspraak op het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en dus ook niet op de aangevraagde bijbehorende sensoren.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem of de bijbehorende sensoren. Het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden ingewilligd.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie beslist dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem.

Zeist, 20 november 2019,

L. Ritzema

| Omschrijving hulpmiddel | Eigendom/buikleen | Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen | Verwijzing door | Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder | Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder | Anderere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden |
|--|-------------------|--|---|--|--|---|
| Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (artikel 2.6 onderdeel o Regeling zorgverzekering), zoals: | | | | | | |
| bloedglucosemeter, insulinepen, prikpen, teststrips en lancetten | eigendom | apothek of S.E.M.H.-gecertificeerd medisch speciaalzaak (DISW-d) | behandelend arts of diabetesverpleegkundige | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf. | Normgebruik Per insuline injectie wordt 1 lancet en 1 teststrip verstrekt. Bij moeilijk instelbare diabetes kunnen op voorschrift van de behandelend arts een voorgeschreven hoger aantal strips en lancetten worden verstrekt. Maximum aantal - nagenoeg uitbehandeld met orale middelen: eenmalig 100 lancetten en 100 strips; - 1 insulinepen per insulinesoort, 1 reservepen per 36 maanden. |
| injectiespuiten en injectiepen met toebehoren voor insulinetherapie | eigendom | apothek of S.E.M.H.-gecertificeerd medisch speciaalzaak (DISW-d) | behandelend arts | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | |
| draagbare, uitwendige insulinepompen | bruikleen | S.E.M.H.-gecertificeerd medisch speciaalzaak (DISW-d) | behandelend medisch specialist | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie. | Bijzonderheden U hebt geen recht op een reserve insulinepomp. U hebt wel recht op een vakantieleenpomp. |
| toebehoren bij insulinepompen (infusiesets, niet voorgevulde ampullen/reservoirs, canule, katheter, inbrengsysteem, adapter, etc.) | bruikleen | S.E.M.H.-gecertificeerd medisch speciaalzaak (DISW-d) | behandelend medisch specialist | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging. | Bijzonderheden Batterijen worden zonder kosten bij de toebehoren geleverd. Normgebruik - 1 infusieset per 3 dagen |
| Draagbare, uitwendige infuuspompen (artikel 2.22 Regeling zorgverzekering), zoals: | | | | | | |
| draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren | bruikleen | | behandelend arts | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie. | |
| Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (artikel 2.24 Regeling zorgverzekering) | | | | | | |
| niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren | eigendom | | behandelend arts | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging. | |
| uitwendige voedingspompen met toebehoren | bruikleen | | behandelend arts | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie. | |
| uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding | eigendom | | behandelend arts | Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging. | |
| Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken (artikel 2.6 onderdeel s Regeling zorgverzekering), zoals: | | | | | | |
| spraakvervangende hulpmiddelen | bruikleen | | behandelend arts, logopedist of ergotherapeut | Ja, u hebt voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn. | Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie. | |

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan de door uw arts of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Dieetproducten (geen vergoeding)

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

IncontinentieZorgService voor vrouwen

Met deze service kunt u, onder begeleiding van een continëntieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u op: www.incontinentiezorgservice.nl. Vervolgens kunt u gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continëntieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig hebt. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 37. Verblijf

Omschrijving

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 14.1), medisch specialistische zorg (artikelen 15 tot en met 22), gespecialiseerde GGZ (artikel 25) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 31 en artikel 32) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 10 Zvw

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 Zvw

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.

2.1, derde lid, Bzv

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.

Artikel 2.9 Bzv

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 2.6 Rzv

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;

(...)