

**Deel A:**Beslisboom om te bepalen of er wel of niet aanspraak is op FGM óf op RT-CGM<sup>1</sup>**Is er sprake van één van de volgende indicaties (voor RT-CGM of FGM)?**

- Kinderen <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 en 2)
- Vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en 2)
- Patiënten met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness)

JA

NEE

Is er sprake van patiënten met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness)?

Er is geen aanspraak op FGM of rt-CGM

JA

NEE

Er is mogelijk aanspraak op RT-CGM<sup>1</sup>. Er is geen aanspraak op FGM.

Is er sprake van intensieve insuline therapie middels MDI óf insulinepomp?

NEE

Er is geen aanspraak op FGM of rt-CGM

JA

Er dient een keuze gemaakt te worden tussen FGM (ga naar deel B) en RT-CGM. Deze dient het best passend te zijn op de individuele zorgvraag van de patiënt.

## Deel B:

Er is mogelijk aanspraak op FGM – graag onderstaand formulier volledig invullen.

### Gegevens verzekerde

Naam (incl. voorletter(s))

Postcode en adres

Geboortedatum

Telefoonnummer

Polisnummer

### Voorschrijver

Naam behandelaar

AGB code

Telefoonnummer

Datum aanvraag

- De voorschrijver verklaart dat:
- de beslisboom om te bepalen of er wel of niet aanspraak is op FGM óf rt-CGM is doorlopen;
  - verzekerde niet lijdt aan hypo-unawareness;
  - verzekerde een educatie programma heeft/gaat doorlopen met als doel het juiste gebruik van de FGM;
  - verzekerde met het diabetesbehandelteam een behandeldoel heeft afgesproken;
  - verzekerde behoort tot één van de volgende 4 categorieën (invullen wat van toepassing is)

### Indicaties<sup>2</sup>

1. kinderen (tot 18 jaar) met diabetes type 1
- 
2. volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (> 8% of > 64mmol/mol))<sup>3</sup>
- laboratoriumuitslagen HbA1c van 4 kwartalen voor de aanvraag, te weten:  
1<sup>e</sup> kwartaal \_\_\_\_\_ mmol/mol  
2<sup>e</sup> kwartaal \_\_\_\_\_ mmol/mol  
3<sup>e</sup> kwartaal \_\_\_\_\_ mmol/mol  
4<sup>e</sup> kwartaal \_\_\_\_\_ mmol/mol
- 
3. zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2)
- Datum á terme: \_\_\_\_\_  
(vergoeding sensoren gedurende de zwangerschap + tot 3 maanden na uitgerekende datum)
- 
4. vrouwen met zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en type 2)
- NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging.

2 FGM behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (ZVW) voor verzekerden met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemie en/of die ongevoelig zijn om hypoglykemie waar te nemen (hypoglycemia unawareness).

3 Onder blijvend hoog wordt verstaan 4 achtereenvolgende kwartalen >8% of >64mmol/mol. Wanneer iemand al gebruik maakt van FGM vragen wij om de HbA1c labwaarden van 4 achtereenvolgende kwartalen aan te leveren van vóór de start met FGM. Daarnaast gaan wij ervan uit dat conservatieve maatregelen om te komen tot een lager HbA1c reeds optimaal zijn ingezet.

## Benodigde middelen

Reader

Sensoren  1 sensor per 2 weken

Teststrips  50 teststrips per kwartaal

## Handtekening voorschrijver

De zorgverlener verklaart dat hij/zij zorgvuldig om gaat met de (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag en neemt de volgende verplichtingen in acht:

- Ik heb namens de verzekerde alle gegevens voor de machtigingsaanvraag correct en volledig ingevuld.
- Verzekerde (of diens vertegenwoordiger) kent de inhoud van deze aanvraag, geeft mij de volmacht voor het indienen ervan en stemt uitdrukkelijk toe dat zijn/haar (medische) persoonsgegevens aan de gecontracteerde leverancier of zorgverzekeraar worden verzonden.
- De verzekerde (of diens vertegenwoordiger) geeft mij ook uitdrukkelijke toestemming om aanvullende informatie over deze aanvraag op verzoek van (de medisch adviseur van) de zorgverzekeraar te verstrekken aan de zorgverzekeraar, mits noodzakelijk voor de beoordeling van de aanvraag.
- De (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag worden uitsluitend gebruikt voor afhandeling van de aanvraag en uitsluitend bewaard zolang als noodzakelijk is.
- Ik verklaar dat de verzekerde weet dat verzwijging van belangrijke feiten, of onjuiste/onvolledige invulling van het formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding kan vervallen.
- Daarnaast weet ik dat de bewijslast voor de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde op mij rust.

Is alles correct en volledig ingevuld? Stuur dan het Aanvraagformulier Flash Glucose Monitoringssysteem per e-mail naar [medischadvies@besured.nl](mailto:medischadvies@besured.nl). Per post mag ook:

## FAQ

### 1. Waarom wordt er gebruik gemaakt van een beslisboom?

De beslisboom geeft duidelijkheid over de interpretatie van de aanspraak m.b.t. FGM en rt-CGM.

### 2. Wat is de herkomst van de 5 indicaties?

Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) stelt in zogeheten standpunten vast welke zorg tot het basispakket behoort, de zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht standpunten van het ZiNL te volgen. De 5 genoemde indicaties in de beslisboom worden bepaald door het ZiNL en staan genoemd in het standpunt Flash Glucose Monitoring (FGM). De inhoud van het standpunt van het ZiNL is verwerkt in de gehanteerde beslisboom.

### 3. Waarom wordt 64 mmol/mol gehanteerd als criterium?

We volgen het standpunt van het ZiNL waarbij 64mmol/mol als criterium is vastgesteld conform stand van de wetenschap en praktijk. Verder verwijzen wij naar het NDF document: "indicatiecriteria voor vergoeding van Real Time- Continue Glucose Monitoring (RT-CGM)" (Amersfoort, 20 april 2010)

### 4. Wat wordt er bedoeld met MDI in de beslisboom?

MDI is een afkorting voor Multiple Daily Injections. De NKV (Nederlandse vereniging voor Kinderartsen) heeft aangegeven dat dit neerkomt op minimaal 3x per dag injecteren.

### 5. Op basis waarvan dient een keuze gemaakt te worden tussen FGM en RT-CGM?

Het diabetesbehandelteam dient in overleg met de verzekerde een doelmatige keuze te maken tussen FGM en RT-CGM. Deze keuze dient het best passend te zijn op de individuele zorgvraag van de patiënt.

### 6. Waarom moet de AGB-code ingevuld worden?

Het is voor de verzekeraar noodzakelijk om terug te kunnen vinden wie de voorschrijver is om er zeker van te zijn dat de juiste zorgprofessional heeft voorgeschreven.

### 7. Waarom wordt zelfmanagement niet afzonderlijk meegenomen?

Het ZiNL vindt het belangrijk dat de zorgverlener een goede inschatting maakt of de patiënt in staat is tot zelfmanagement met FGM. Daarom is het belangrijk dat de zorgverlener alle patiënten en verzorgers, die voldoende in staat geacht worden tot zelfmanagement, educatie geeft over het gebruik van FGM en over hoe de behandelstrategie afgestemd moet worden op FGM-waarden. Zelfmanagement is daarmee onderdeel van het educatieprogramma.

### 8. Waarom wordt er geen uitzondering gemaakt voor kinderen onder de vier jaar?

Binnen de hulpmiddelenzorg is er sprake van een functioneringsgerichte aanspraak. Dat houdt in dat het functioneel omschreven standpunt van ZiNL wordt aangehouden, waarbij kinderen tot 18 jaar in aanmerking komen voor flash glucose monitoring. De FreeStyle Libre (FSL), een flash glucose monitor, is niet getest bij kinderen onder de 4 jaar. Om deze reden geldt voor dit apparaat een beperking voor kinderen onder de 4. Deze beperking geldt echter niet voor eventuele toekomstige andere flash glucose monitors en daarom is deze beperking niet opgenomen in het aanvraagformulier flash glucose monitoring.

### 9. Waarom is het nodig om de laatste vier kwartalen HbA1c in te vullen?

Als zorgverzekeraars moeten we de aanspraak kunnen toetsen. Om te kunnen beoordelen of er sprake is van een blijvend hoog HbA1c > 8% of > 64 mmol is het noodzakelijk om de HbA1c-labwaarden van 4 achtereenvolgende kwartalen voor de aanvraag aan te leveren.

Wanneer iemand al gebruik maakt van FGM vragen wij om de HbA1c labwaarden van 4 achtereenvolgende kwartalen aan te leveren van vóór de start met FGM.

## FAQ (vervolg)

Door gedurende een jaar voorafgaand aan de aanvraag naar de gemeten HbA1C waarden te kijken kan er geconcludeerd worden of er sprake is van een blijvend hoog HbA1c. We gaan er daarnaast van uit dat voorafgaand aan de aanvraag zorgvuldig onderzoek gedaan is naar de factoren die maken dat het HbA1c hoog blijft en dat alle maatregelen die reeds genomen zijn om tot een lager HbA1c te komen geëxpliciteerd en geëvalueerd zijn. Pas dan kan er sprake zijn van het criterium 'ondanks standaard controle'. Voorbeelden van maatregelen zijn het gedurende ten minste 3 maanden minimaal 4 maal per dag meten van de bloedglucose, het aanpassen van de leefstijl, een volledig "wizard" ingestelde insulinepomp en diagnostisch sensorgebruik.

Het is dus belangrijk dat zorgvuldig onderzoek gedaan wordt naar de factoren die maken dat het HbA1c hoog blijft vóór er over wordt gegaan op sensor technologie.

### 10. Mag de informatie over de laatste 4 kwartalen HbA1c wel toegevoegd worden volgens de privacywetgeving?

Ja dit mag. Zorgverzekeraars hebben namelijk in het kader van hun zorgplicht een medeverantwoordelijkheid voor het verkrijgen van verantwoorde, kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars moeten daarbij (kunnen) controleren of de zorgaanbieder verzekerde zorg heeft geleverd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) controleert op zijn beurt of zorgverzekeraars hierbij volgens de wet handelen. De controle door de zorgverzekeraar is aan strenge regels gebonden, waardoor de privacy van verzekerden wordt gewaarborgd.

In het kader van de controle voor verstrekking mag je alleen over gegevens beschikken voor zover noodzakelijk om tot de indicatiestelling te komen. Verzekeraars mogen op grond van de Zvw uitsluitend tot vergoeding overgaan indien sprake is van verzekerde zorg. Dit betekent dat er niet alleen gekeken moet worden of er sprake is van verzekerde zorg maar ook of de verzekerde gezien de aard, inhoud, omvang van de klacht aangewezen is op deze zorg.

Nu de vraag "hoe kan dat vastgesteld worden?" De Zvw kent het "doen plegen" principe. Hierdoor wordt aangesloten bij de aard van behandeling zoals gebruikelijk binnen de beroepsgroep en wordt dus ook de norm van de beroepsgroep aangehouden (die is maatgevend).

### 11. Over welke periode moeten de kwartalen HbA1c toegevoegd als ik zelf een FGM heb aangeschaft?

Wanneer iemand al gebruik maakt van FGM vragen wij om de HbA1c-labwaarden van 4 achtereenvolgende kwartalen aan te leveren van vóór de start met FGM.

### 12. Wanneer wordt het formulier weer geëvalueerd?

Het aanvraagformulier zal opnieuw geëvalueerd worden nadat het consensusdocument rt-CGM/FGM van de NDF gereed is.

### 13. Wat als na jaar inzet van FGM blijkt, met meten 3 maandelijks HbA1c, dat FGM geen meerwaarde heeft opgeleverd tov glucose meten met vingerprik?

Dan is inzet van de FGM niet langer doelmatig en kan FGM niet langer verstrekt worden.

*Stopcriteria hiervoor zijn op 11 december 2018 uitgevraagd bij zorgprofessionals en zullen verwerkt worden door zorgverzekeraars zodra deze zijn ontvangen.*

## FAQ (vervolg)

### 14. Benodigde middelen; de patiënt heeft meer glucose teststrips nodig, het formulier geeft hiertoe geen ruimte. Wat moet ik doen?

Er kan op het formulier gemotiveerd worden waarom en hoeveel er meer moet worden gebruikt dan de fabrikant stelt.

*Abbot:*

*U moet een vingerpriktest met een bloedglucosemeter uitvoeren tijdens periodes van snel veranderende glucosespiegels, wanneer de interstitiële glucosegehalten een onnauwkeurige weergave kunnen zijn van de bloedglucosespiegels, als het systeem hypoglykemie of dreigende hypoglykemie meldt of als symptomen niet kloppen met de metingen van het systeem.*

*Om een volledig glycemisch beeld te verkrijgen, moet de sensor ten minste éénmaal per 8 uur worden gescand.*

Uit praktijkervaring blijkt dat een gemiddeld gebruik van 50 test strips per kwartaal, bij ervaren volwassen gebruikers van de FGM, voldoende is.

### 15. Ik voldoe niet aan de indicatiecriteria maar wil wel aanspraak maken op vergoeding, wat kan ik doen?

Indien verzekerde niet voldoet aan de indicatiecriteria voor het verkrijgen van FGM maar het diabetesbehandelteam van mening is dat er een medische reden is om wel gebruik te maken van FGM, dan kan deze uitzondering schriftelijk inclusief moverende redentatie ingediend worden bij de zorgverzekeraar. Het is aan de individuele zorgverzekeraar om te besluiten of er op vergoeding wordt overgegaan.

### 16. Ik ben het niet eens met afwijzing die ik ontvangen heb, wat kan ik doen?

Elke zorgverzekeraar heeft een eigen geschillenprocedure (klachten procedure). Voor meer informatie over het indienen van een geschil/klacht, kijkt u op de website van uw zorgverzekeraar of neemt u telefonisch contact op. In de procedure kan gevraagd worden naar een uitgebreidere medische motivatie van uw zorgverlener.