

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501272

## Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C. te B., hierna te noemen: verzekerde,

en

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

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 26 november 2025 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat zij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Op dezelfde dag heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat schriftelijk aan verzoekster is bevestigd. Op 27 november 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 28 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 januari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026002481) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 31 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 7 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Gemeentepakket Compleet (hierna: de aanvullende

ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzekerde is bekend met pathologische myopie met een sterkte aan het rechteroog van S -6.25D en C -0.50D en aan het linkeroog van S -5.00D en C -2.00D. Verzoekster heeft namens verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een bril met multifocale meekleurende brillenglazen met een leesadditie van +2.50D.
- 2.3. Bij brief van 18 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 31 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 7 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### **3. Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de multifocale meekleurende brillenglazen ten behoeve van verzekerde, haar minderjarige zoon, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 31 juli 2025 aangevoerd dat zij van mening is dat verzekerde aanspraak heeft op vergoeding, en wel op basis van artikel 2.13, derde lid, sub b, in samenhang met het vierde lid, sub a, van de Regeling zorgverzekering. Hij heeft een brilsterkte van meer dan -6D en gebruikt op voorschrift van de oogarts het geneesmiddel atropine. Dit heeft tot gevolg dat hij gebruik moet maken van multifocale meekleurende brillenglazen. Deze zijn noodzakelijk om zijn zicht op een verantwoord niveau te brengen en het dagelijks functioneren op school en thuis voor hem mogelijk te maken. De ziektekostenverzekeraar verwijst terug naar de zorgaanbieder, maar deze heeft verklaard enkel brilrecepten uit te schrijven en geen brillenglazen te kunnen vergoeden. Als verzekerde niet de visuele hulpmiddelen krijgt waaraan hij medisch gezien behoefte heeft, leidt dit tot beperkingen in zijn ontwikkeling en dagelijks functioneren.
- 3.3. Verzoekster heeft de bril met multifocale meekleurende glazen op 18 augustus 2025 aangeschaft bij een opticien. De kosten hiervan bedroegen € 444,-. Hoewel de ziektekostenverzekeraar een deel van deze kosten uit coulance heeft vergoed, wil verzoekster vastgelegd zien dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering was gehouden.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat verzekerde atropinedruppels gebruikt om te zorgen dat zijn ogen niet verder achteruitgaan. Deze druppels vervangen niet de bril die hij nodig heeft om te kunnen zien. Hij zit al op een sterkte van meer dan -7. De druppels zorgen ervoor dat de achteruitgang van de ogen geremd wordt, maar hoeveel invloed dit precies heeft weten zij niet. Hij kan door de druppels geen zonlicht verdragen en ook niet dichtbij kijken, dus de meekleurende multifocale glazen zijn noodzakelijk om te kunnen functioneren. Er kunnen zich in de toekomst allerlei oogziektes voordoen, waaronder netvliesloslating. Zolang zijn ogen niet volgroeid zijn, houdt verzekerde deze druppels, dus in ieder geval tot zijn 18e jaar. Iedereen wijst

naar elkaar. De ziektekostenverzekeraar wijst naar het ziekenhuis en het ziekenhuis wijst weer terug.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzekerde geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangeschafte bril met multifocale meekleurende glazen. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 22 oktober 2025 aangevoerd dat aanspraak bestaat op brillenglazen bij een bijzondere, medische reden. Hierbij geldt een eigen bijdrage van € 64,- per brillenglas. Een bijzondere, medische reden kan bijvoorbeeld zijn:

- een oogafwijking van minstens -6D als er grote kans is op oogproblemen (myopie);
- scheelzien;
- een oogoperatie vanwege een lensafwijking.

Er is geen recht op vergoeding bij de volgende situaties:

- een oogafwijking van minstens +6D (geen grote kans op myopie);
- multifocale en/of meekleurende glazen door een behandeling van de ogen met atropinedruppels. Deze glazen zijn onderdeel van de behandeling door een medisch specialist of oogarts en worden door het ziekenhuis betaald.

4.2. Verzekerde ondergaat een behandeling van de ogen met atropinedruppels. De kosten van multifocale en/of meekleurende glazen die hiermee verband houden dienen door de zorgaanbieder te worden betaald. Er is dus geen sprake van een afwijzing van de kosten door de ziektekostenverzekeraar. Omdat de verwachting is gewekt dat de kosten zouden worden vergoed, is de ziektekostenverzekeraar bereid de aangeschafte brillenglazen onder aftrek van de toepasselijke eigen bijdrage te vergoeden.

4.3. In zijn brief aan de commissie van 28 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de vergoeding van brillenglazen vanuit de zorgverzekering zeer beperkt is. In principe blijven de kosten hiervan voor eigen rekening, slechts bij uitzondering is vergoeding mogelijk. De aangeleverde (medische) informatie en de motivatie zijn zorgvuldig beoordeeld. De brillenglazen (multifocaal en meekleurend) worden aangevraagd wegens de (tijdelijke) behandeling met atropinedruppels. De atropinedruppels verwijderen de pupillen waardoor deze gevoeliger zijn voor licht en minder goed kunnen accommoderen. Dit type glazen is dus (tijdelijk) nodig als onderdeel van een medisch-specialistische behandeling. Momenteel is de vergoeding van brillenglazen ter behandeling van progressieve myopie niet opgenomen in het DBC-bekostigingssysteem, waardoor de brillenglazen niet worden vergoed vanuit medisch-specialistische zorg. Zoals het Zorginstituut in het onderliggende advies bij een bindend advies van 31 oktober 2025 van de commissie heeft meegedeeld, kan de beroepsgroep - indien noodzakelijk en gewenst - een wijzigingsverzoek indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, zodat deze zorg wordt opgenomen in een DBC. Er moet dan wel zijn aangetoond dat de zorg (brillenglazen ter behandeling van progressieve myopie) voldoet aan het criterium van de 'stand van wetenschap en praktijk'. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat het dragen van de multifocale meekleurende brillenglazen meerwaarde heeft voor verzekerde, maar op basis van de aangeleverde informatie alsmede de onderbouwing bij de vergoedingsaanvraag, is het niet mogelijk deze ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Uit coulance is eenmalig en onverplicht een bedrag van € 316,- betaald ter vergoeding van de brillenglazen. Verzekerde komt niet in aanmerking voor vergoeding van multifocale meekleurende brillenglazen vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg, nu deze worden gebruikt in combinatie met een behandeling met atropinedruppels. Om die reden dienen de glazen te vallen onder medisch-specialistische zorg.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij begrijpt dat het dragen van meekleurende glazen een meerwaarde heeft. In principe komen deze kosten voor eigen rekening, omdat meekleurende glazen niet vallen onder artikel 2.13 Rzv. Vanuit dit artikel bestaat aanspraak op monofocale glazen bij myopie van -6D of meer. Aan dit criterium is voldaan, zodat aanspraak bestaat op monofocale glazen. Maar verzekerde heeft meekleurende multifocale glazen nodig in verband met een hogere lichtgevoeligheid en accommodatieproblemen vanwege een tijdelijke behandeling door de medisch specialist. De vergoeding zou daarom onder de DBC moeten vallen. Dit volgt ook uit het advies van het Zorginstituut. Een vergoeding voor de bril valt onder hulpmiddelenzorg als het wordt voorgeschreven in de eerste lijn. Als het wordt voorgeschreven door een specialist bij een medisch specialistische behandeling, zou het vergoed moeten worden binnen de desbetreffende DBC. In de behandeling van de Bergman kliniek is nog niet een vergoeding voor meekleurende en multifocale glazen in verband met atropinedruppels opgenomen. Dit zou onderdeel moeten worden van de DBC. Daarvoor is nodig dat eerst is onderzocht of het gaat om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Samen met de beroepsgroep en NOG wordt een verzoek ingediend tot aanpassing van de DBC. De ziektekostenverzekeraar kan de beroepsgroep aanwijzingen geven om de DBC aan te passen, maar verder kan hij dit niet regelen. Voor nu is op grond van coulance een vergoeding voor de bril gegeven.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Aanspraak multifocale meekleurende glazen*

*Uit de beschikbare informatie blijkt dat de multifocale meekleurende brillenglazen worden voorgeschreven in het kader van verhoogde lichtgevoeligheid en accommodatieproblemen als gevolg van een medisch-specialistische behandeling.*

*Verzekerde is onder medisch-specialistische behandeling in een ZBC vanwege progressieve myopie. De behandeling aldaar bestaat uit het toedienen van atropinedruppels, met als doel de toename van myopie af te remmen. De orthoptist van het ZBC heeft in het kader hiervan meekleurende brillenglazen met een leesadditie van S + 2,5 (dus bifocale/multifocale glazen) voorgeschreven.*

*Welke dosis atropine wordt toegediend is niet bij de voorliggende gegevens vermeld. Ook is niet vermeld in hoeverre leefregels worden toegepast om de toename van myopie af te remmen.*

*Uit het feit dat meekleurende glazen en een leesadditie zijn voorgeschreven, maakt het Zorginstituut op dat de atropineconcentratie dusdanig hoog is dat de oogdruppels bijeffecten geven op de pupilgrootte en accommodatie. Door een hoge concentratie atropine oogdruppels worden de pupillen namelijk wijder, met als gevolg hogere gevoeligheid voor licht en verminderde tot afwezige accommodatie (scherpstellen dichtbij). Brillenglazen die donkerder zijn of meekleuren, respectievelijk brillenglazen met een correctie voor dichtbij (leesadditie, dus bi- of multifocale glazen) compenseren deze bijwerkingen van de atropinebehandeling.*

*Een verhoogde lichtgevoeligheid en verminderde accommodatie als gevolg van een medisch-specialistische behandeling vormen geen indicatie voor verstrekking van meekleurende glazen en/of toevoeging van een leesadditie (multifocaal glas) vanuit de hulpmiddelenzorg op grond van artikel 2.13 van de Rzv.*

*Voor beide ogen voldoet verzekerde aan de indicatievoorwaarden voor contactlenzen ter correctie van deze refractieafwijking op grond van artikel 2.13, 3e lid, onderdeel b. Er is immers sprake van*

*pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën. Gezien de jonge leeftijd is het aannemelijk dat brillenglazen de voorkeur verdienen boven contactlenzen. De behandelend orthoptist geeft aan dat een bril inderdaad de voorkeur heeft, en er is dan ook aanspraak op (vergoeding van) brillenglazen voor de myopie refractieafwijking van beide ogen op grond van artikel 2.13, vierde lid, onderdeel a van de Rzv. De aanspraak vanuit hulpmiddelenzorg betreft monofocale (enkelvoudige, ‘min’) glazen.”*

(....)

### **Conclusie**

*Uit de beschikbare informatie blijkt dat de multifocale meekleurende brillenglazen worden voorgeschreven in het kader van verhoogde lichtgevoeligheid en accommodatieproblemen als gevolg van een medisch-specialistische behandeling.*

*De multifocale meekleurende brillenglazen komen dan ook niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.*

*Verzoekster kan namens verzekerde wel aanspraak maken op monofocale brillenglazen ter correctie van de refractieafwijking, nu verzekerde voldoet aan de indicatievoorwaarden hiervoor.”*

## **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 10 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, waaronder hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie, 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*

- 7.2. Op grond van artikel 2.6 Rzv bestaat aanspraak op hulpmiddelen en verbandmiddelen. In artikel 2.13 Rzv is de aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie verder uitgewerkt. Op basis van het derde lid, onder b, van dit artikel bestaat bij verzekerden jonger dan achttien jaar aanspraak op lenzen als sprake is van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën. Als aan voornoemde voorwaarde is voldaan, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, bestaat op grond van het vierde lid, onder a, voor verzekerden jonger dan achttien jaar aanspraak op brillenglazen in plaats van lenzen. Het voorgaande is overgenomen in artikel 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen 2025 van de ziektekostenverzekeraar.
- 7.3. In het voorlopig advies aan de commissie van 26 februari 2026 overweegt het Zorginstituut dat verzekerde onder medisch-specialistische behandeling in een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) is vanwege progressieve myopie. De behandeling aldaar bestaat uit het toedienen van atropinedruppels, met als doel de toename van myopie af te remmen. De orthoptist van het ZBC heeft in het kader hiervan meekleurende brillenglazen met een leesadditie van S + 2,5 (dus bifocale/multifocale glazen) voorgeschreven.

- 7.4. Uit het feit dat meekleurende glazen en een leesadditie zijn voorgeschreven, maakt het Zorginstituut op dat de atropineconcentratie dusdanig hoog is dat de oogdruppels bijeffecten geven op de pupilgrootte en accommodatie. Door een hoge concentratie atropine oogdruppels worden de pupillen namelijk wijder, met als gevolg hogere gevoeligheid voor licht en verminderde tot afwezige accommodatie (scherpstellen dichtbij). Brillenglazen die donkerder zijn of meekleuren, respectievelijk brillenglazen met een correctie voor dichtbij (leesadditie, dus bi- of multifocale glazen) compenseren deze bijwerkingen van de atropinebehandeling. Een verhoogde lichtgevoeligheid en verminderde accommodatie als gevolg van een medisch-specialistische behandeling vormen geen indicatie voor verstrekking van meekleurende glazen en/of toevoeging van een leesadditie (multifocaal glas) vanuit de hulpmiddelenzorg op grond van artikel 2.13 van de Rzv. Geadviseerd wordt tot afwijzing van het verzoek.
- 7.5. Deze overweging van het Zorginstituut betekent dat op grond van artikel 2.13, vierde lid, onder a, in samenhang met artikel 2.13, derde lid, onder b, geen aanspraak bestaat op de multifocale meekleurende brillenglazen, zoals verzoekster stelt. Ook in de stelling van verzoekster dat de multifocale meekleurende brillenglazen noodzakelijk zijn om het zicht van verzekerde op een verantwoord niveau te brengen en het dagelijks functioneren op school en thuis voor hem mogelijk te maken, ziet de commissie geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en zij neemt dit daarom over. Dit betekent dat verzekerde geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen ten laste van de aanspraak hulpmiddelenzorg van de zorgverzekering.
- 7.6. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen onverplicht te vergoeden, onder inhouding van het bedrag dat als eigen bijdrage verschuldigd zou zijn geweest indien de glazen wel onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg waren gevallen (2 X € 64,-). Hetgeen partijen hebben gesteld over de aanspraak op medisch-specialistische zorg kan daarom verder onbesproken blijven, nog daargelaten dat de commissie niet kan treden in de contractuele relatie die verzoekster onderscheidenlijk de ziektekostenverzekeraar met de zorgaanbieder heeft.

*Slotsom*

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 april 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

## **Informatie voor partijen**

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

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

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- (...)

### Artikel 2.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:
  - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;
  - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;
    - 1°. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
    - 2°. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
  - a. brillenglazen of filterglazen;
  - b. brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen;
  - c. eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.
3. In het geval van lenzen dient:
  - a. de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen, of
  - b. bij verzekerden jonger dan achttien jaar sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste  $-6$  dioptrieën.
4. In afwijking van het tweede lid, onderdeel a, omvat de zorg brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot achttien jaar, indien:
  - a. er sprake is van indicatie voor lenzen als bedoeld in het derde lid, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft,
  - b. de verzekerde aan een of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking, of
  - c. de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie.
5. Voor blindengeleidehonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 261 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is $2 \times € 152 = € 304$ per dag Af: eigen bijdrage is $2 \times € 21,50 = € 43$ per dag Totaal: $€ 304 - € 43 = € 261$ per dag  Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 261 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 549,41 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,40 per uur.
<b>Medische noodzaak</b>	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

## Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist  
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 januari 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvoelstoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
- c. Van 1 oktober 2017 tot 1 juli 2025 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
- d. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

#### **Dit is niet verzekerd**

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

#### **Let op**

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Integrale geboortezorg**

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

#### **Toestemming**

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

### Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde: Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO: Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
- Chirurgie: Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
- Dermatologie Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
- Gynaecologie: Vulvaire en vaginale afwijkingen
- Plastische chirurgie: Zie artikel [21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie](#).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

### Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

## Artikel 17. Revalidatie

### 17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.

Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben op Interdisciplinaire MSR-behandeling als bij u sprake is van:

- Problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen veroorzaakt door een aandoening in het bewegingsapparaat of een neurologische aandoening;
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt problemen in het bewegingsvermogen;
- Problemen van het bewegingsvermogen en de mogelijkheid om te bewegen beperkt of afwezig is;
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) als het hersenletsel leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.