

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202502106

### Partijen

A. te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van C te B, hierna te noemen: verzekerde,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 30 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 10 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 februari 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026003433) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 maart 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 april 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 7 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 maart 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 april 2026 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn de kosten van de ten behoeve van verzekerde reeds aangeschafte multifocale meekleurende brillenglazen gedeclareerd.

- 2.3. Bij e-mailbericht van 2 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de brillenglazen niet worden vergoed.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar is om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 9 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### **3. Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen ten behoeve van verzekerde te vergoeden vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 30 december 2025 heeft verzoeker uitgelegd dat hij wil weten welke partij de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen dient te dragen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de door de oogarts voorgeschreven brillenglazen niet als hulpmiddelenzorg vanuit de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Dit in tegenstelling tot eerdere verleende vergoedingen. Volgens de ziektekostenverzekeraar komen de kosten ten laste van het ziekenhuisbudget. De behandelend arts is het hier echter niet mee eens. Volgens deze vallen de brillenglazen wel onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg van de zorgverzekering, omdat het gaat om een medische indicatie die aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet. Verder heeft de arts verklaard dat het ziekenhuis geen budget heeft voor de multifocale meekleurende brillenglazen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat het geschil gaat over de nota van september. Hierop staan zowel de glazen als het montuur. Verzekerde krijgt sinds tien jaar een bril met multifocale meekleurende glazen voorgeschreven van de behandelend medisch specialist. De kosten zijn steeds vergoed vanuit het hulpmiddelenbudget en er is niets veranderd in de regelgeving. De zorgverzekering is bedoeld om functioneren mogelijk te maken en daarom moeten de kosten worden vergoed door de zorgverzekeraar. Zonder multifocale meekleurende brillenglazen kan verzekerde overdag niet zelfstandig naar school fietsen. De behandeling met atropinedruppels maakt dit onmogelijk. Op school heeft verzekerde een multifocale bril nodig om te kunnen lezen. Ook sporten is onmogelijk zonder de brillenglazen. In het voorlopig advies van het Zorginstituut staat dat de regeling in het leven is geroepen om hoge kosten voor ouders te voorkomen als kinderen om medische redenen regelmatig een nieuwe bril moeten. De kosten van monofocale glazen zijn nog wel behapbaar. De speciale glazen drijven de kosten juist op. Om de twee jaar heeft verzekerde een nieuwe bril nodig. De kosten hiervan werden gedeclareerd en ook steeds vergoed. In 2016 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar een doorlopende machtiging ingesteld om te voorkomen dat de declaratie zou worden afgewezen. De regeling is niet veranderd, dus het is onbegrijpelijk dat de kosten nu worden afgewezen.

### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen niet voor vergoeding vanuit de hulpmiddelenzorg in aanmerking komen.

- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 10 februari 2026 toegelicht dat bij verzekerde sprake is van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste  $-6$  dioptrieën. Hiervoor is verzekerde onder behandeling bij een medisch specialist, verbonden aan het Erasmus Medisch Centrum. Op 14 augustus 2025 is een brilrecept uitgeschreven. In voorgaande jaren zijn de kosten van een bril gedeclareerd en vergoed. Voor het jaar 2025 is de declaratie echter afgewezen, omdat is geoordeeld dat de voorgeschreven brillenglazen niet (langer) onder de hulpmiddelenzorg vallen, maar onderdeel zijn van de medisch-specialistische behandeling die wordt bekostigd via de diagnose-behandelcombinatie (DBC) van het ziekenhuis.

De ziektekostenverzekeraar baseert dit standpunt op de geldende wet- en regelgeving en een duiding van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft geoordeeld dat brillen en/of brillenglazen die niet primair worden voorgeschreven ter correctie van de refractieafwijking, maar in het kader van een medisch-specialistische behandeling, onder de afbakening van medisch-specialistische zorg vallen en derhalve via de DBC dienen te worden bekostigd. In dit geval is doorslaggevend dat de voorgeschreven bril niet enkel ziet op algemene visuscorrectie, maar onderdeel vormt van de specialistische behandeling van pathologische myopie, zoals die in het ziekenhuis plaatsvindt. Daarmee is geen sprake van een zelfstandige aanspraak op hulpmiddelenzorg in de zin van artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het voor verzekerde en zijn ouders onbevredigend is dat het ziekenhuis aangeeft de kosten niet via de DBC te kunnen declareren, terwijl de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelt dat de kosten daar thuishoren. Hij heeft hierover opgemerkt dat het oordeel van het Zorginstituut richtinggevend is bij de uitleg en afbakening van verzekerde prestaties. Dit oordeel beoogt juist te voorkomen dat dezelfde zorg via zowel de DBC als de hulpmiddelenzorg wordt bekostigd, hetgeen zou leiden tot dubbele vergoeding en ondoelmatige zorguitgaven. Dat het ziekenhuis in de praktijk aangeeft deze kosten niet binnen de DBC te willen of kunnen verwerken, kan naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet betekenen dat daarmee automatisch een aanspraak op vergoeding vanuit de hulpmiddelenzorg ontstaat.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het niet de bedoeling is dat verzoeker opdraait voor de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen. In de afgelopen jaren is er wel iets veranderd. Door een duiding van het Zorginstituut is de regeling aangevuld. De multifocale meekleurende brillenglazen bij de behandeling met atropinedruppels vallen onder de medisch specialistische zorg en niet onder de hulpmiddelenzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels in een andere maar vergelijkbare casus, een bindend advies van de commissie ontvangen waarin is vastgesteld dat de kosten vallen onder de DBC-zorgproductcode van het ziekenhuis. Er is daarom een nieuwe afspraak gemaakt met het Erasmus Medisch Centrum. Samen met het advies van het Zorginstituut en het bindende advies van de commissie zal opnieuw worden gesproken met het Erasmus Medisch Centrum. Als het Erasmus Medisch Centrum de glazen niet wil bekostigen vanuit de DBC, zal worden gezocht naar een oplossing. Het is in ieder geval niet de bedoeling dat de verzoeker blijft zitten met de kosten.

Verder klopt het dat de brillenglazen niet in de prijsafspraken van de DBC zijn meegenomen. Er zal worden onderzocht of dit alsnog kan gebeuren. Op dit moment bestaat er nog onduidelijkheid. De ziektekostenverzekeraar is eerder ook al naar het Erasmus Medisch Centrum gegaan, maar toen kon geen nieuwe afspraak worden gemaakt. Met het bindende advies in het andere geschil hoopt de ziektekostenverzekeraar het gesprek aan te gaan.

Als het een lang traject zal blijken te zijn, zal worden gekeken naar andere mogelijkheden. Zeker nu is vastgesteld dat sprake is van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar hoopt er eerst uit te komen met het ziekenhuis en zal daarna gaan kijken naar andere oplossingen.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **“Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*Zoals in het juridisch kader aangegeven, vallen brilmonturen nooit onder de basisverzekering. Brillenglazen komen in principe ook voor eigen rekening, maar bij uitzondering, zoals omschreven in artikel 2.13, vierde lid, kunnen brillenglazen in specifieke gevallen wel onder de basisverzekering vallen.*

*Uit de beschikbare documentatie blijkt dat bij verzekerde de refractieafwijking rechts S -7,75 dioptrie is, met een cilinder van -4,5 en links S -7,25 dioptrie met een cilinder van -4,25.*

*Bij het brilrecept is aangegeven dat beide brillenglazen vanwege de atropine voorzien moeten zijn van een leesadditie van + 2,5 (dus multifocale glazen) en dat deze meekleurend moeten zijn.*

#### *Aanspraak multifocale meekleurende glazen*

*Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzekerde onder medisch-specialistische behandeling is in een universitair medisch centrum (UMC) vanwege progressieve myopie. De orthoptist van het UMC heeft een multifocale bril met meekleurende brillenglazen voorgeschreven.*

*Uit de beschikbare informatie blijkt verder dat de brillenglazen meekleurend en multifocaal moeten zijn vanwege de behandeling met atropine. Deze medisch specialistische behandeling heeft als doel de toename van myopie af te remmen.*

*Atropine geeft als bijeffect een verhoogde lichtgevoeligheid en accommodatieproblemen. Door een hoge concentratie atropine oogdruppels worden de pupillen namelijk wijder, met als gevolg hogere gevoeligheid voor licht en verminderde tot afwezige accommodatie (scherp stellen 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 bijwerkingen 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.*

#### *Aanspraak monofocale glazen*

*Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat verzekerde wel voldoet aan de indicatievoorwaarden voor monofocale brillenglazen op grond van artikel 2.13 van de Rzv. In het kader van de afbakening tussen hulpmiddelenzorg en medisch specialistische zorg vallen meekleurende multifocale glazen (of ten minste de meerkosten van deze glazen ten opzichte van monofocale glazen) echter in principe onder medisch-specialistische zorg.*

*Op grond van artikel 2.13, derde lid, van de Rzv dient er bij verzekerden jonger dan achttien jaar sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.*

*Verzekerde voldoet aan de indicatievoorwaarden voor contactlenzen ter correctie van deze refractieafwijking op grond van artikel 2.13, derde lid, onderdeel b. Er is immers sprake van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën. Gezien de eerdere brilvoorschriften en declaraties is het aannemelijk dat voor verzekerde brillenglazen de voorkeur*

*verdiene boven contactlenzen, echter hierover is niets vermeld in de voorliggende stukken. De vraag is, gezien de leeftijd van verzekerde, of dit nog steeds het geval is. Indien dit inderdaad het geval is, bestaat aanspraak op (vergoeding van) brillenglazen voor de myope refractieafwijking van beide ogen op grond van artikel 2.13, vierde lid, onderdeel a van de Rzv.*

*Deze aanspraak vanuit hulpmiddelenzorg betreft monofocale (enkelvoudige, 'min') glazen.*

*Geen advies over DBC*

*Verzoeker geeft in de e-mail van 1 december 2025 aan dat het Zorginstituut heeft geoordeeld dat het onderdeel is van de medische specialistische behandeling en daarom onderdeel is van het ziekenhuis DBC-budget. Ook verweerder stelt zich op het standpunt dat het via de DBC dient te worden bekostigd.*

*Voor de goede orde benadrukt het Zorginstituut dat de enkele beoordeling dat multifocale meekleurende glazen onder de medisch specialistische zorg vallen, niet direct betekent dat de glazen daarmee onder een DBC vergoed kunnen of moeten worden. Een dergelijke beoordeling valt namelijk niet onder de adviestaak van het Zorginstituut. Het Zorginstituut gaat namelijk niet over de inhoud, omvang en het tarief van een DBC. Deze taak is weggelegd voor de Nederlandse Zorgautoriteit.*

*Wel is het Zorginstituut ervan op de hoogte dat vergoeding van brillenglazen, c.q. vergoeding van meerkosten van multifocale meekleurende glazen op dit moment niet in een DBC geregeld is, waardoor deze (meer)kosten naar alle waarschijnlijk voor eigen rekening van verzoeker zullen komen.*

### **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 daarmee niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg. Verzoeker kan namens verzekerde wel aanspraak maken op monofocale brillenglazen ter correctie van de refractieafwijking, omdat verzekerde voldoet aan de indicatievoorwaarden hiervoor.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op multifocale meekleurende brillenglazen ten behoeve van verzekerde vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg."*

- 5.2. In het definitief advies van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.*

*Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*In lijn met het voorlopig advies van 10 maart 2026 benadrukt het Zorginstituut dat hij niet adviseert over de DBC. De enkele beoordeling dat multifocale meekleurende glazen onder de medisch-specialistische zorg vallen, betekent niet direct dat de glazen daarmee onder een DBC vergoed kunnen of moeten worden. Een dergelijke beoordeling valt namelijk niet onder de adviestaak van*

*het Zorginstituut. Het Zorginstituut gaat namelijk niet over de inhoud, omvang en het tarief van een DBC. Deze taak is weggelegd voor de Nederlandse Zorgautoriteit.*

*Het Zorginstituut is ervan op de hoogte dat vergoeding van brillenglazen, c.q. vergoeding van meerkosten van multifocale meekleurende glazen op dit moment niet in een DBC geregeld is, waardoor deze (meer)kosten naar alle waarschijnlijkheid voor eigen rekening van verzoeker zullen komen.”*

## **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 79 van de Algemene regels en Vergoedingen 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 medisch specialistische zorg en hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker heeft gevraagd om vergoeding van de kosten van reeds aangeschafte multifocale meekleurende brillenglazen ten behoeve van verzekerde vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag hiertoe afgewezen. In het onderhavige geschil ligt aan de commissie uitsluitend de vraag ter beantwoording voor of deze afwijzing terecht is geweest. Dit betekent dat de commissie zal beoordelen of aanspraak bestaat op vergoeding van de multifocale meekleurende brillenglazen in het kader van hulpmiddelenzorg, ten laste van de zorgverzekering. De commissie overweegt als volgt.
- 7.3. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie, is uitgewerkt op de pagina's 220 tot en met 222 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering. Het hier gestelde is gebaseerd op artikel 2.6, onderdeel f, in samenhang met artikel 2.13, derde lid, onderdeel a en b, Rzv.
- 7.4. In zijn voorlopig advies van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut toegelicht dat uit de beschikbare informatie blijkt dat verzekerde onder medisch-specialistische behandeling is in een universitair medisch centrum vanwege progressieve myopie. De orthoptist van het ziekenhuis heeft een multifocale bril met meekleurende brillenglazen voorgeschreven. Uit de beschikbare informatie blijkt verder dat de brillenglazen meekleurend en multifocaal moeten zijn vanwege de behandeling met atropine. Deze medisch-specialistische behandeling heeft als doel de toename van myopie af te remmen. Atropine geeft als bijeffect een verhoogde lichtgevoeligheid en accommodatieproblemen. Brillenglazen die donkerder zijn of meekleuren, respectievelijk brillenglazen met een correctie voor dichtbij, compenseren deze bijwerkingen van de atropinebehandeling. Een verhoogde lichtgevoeligheid en verminderde accommodatie als gevolg van bijwerkingen 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. De brillenglazen komen dan ook niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg, zo luidt het advies van het Zorginstituut. In hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, waaronder zijn stelling dat sprake is van een medische indicatie bij verzekerde, ziet de commissie geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en zij neemt dit over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft

op vergoeding van de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen ten laste van de aanspraak hulpmiddelenzorg van de zorgverzekering. Of verzekerde, vanwege de bij hem aanwezige refractieafwijking, wel in aanmerking komt voor monofocale brillenglazen kan in het midden blijven, nu deze niet zijn aangevraagd onderscheidenlijk aangeschaft.

- 7.5. Partijen hebben voorts gesproken over de vergoeding van de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen vanuit de DBC van de medisch-specialistische behandeling met atropine. Aangezien de commissie niet kan treden in de contractuele relatie die verzoeker onderscheidenlijk de ziektekostenverzekeraar met de zorgaanbieder heeft, moet zij hetgeen partijen in dit verband hebben gesteld voor kennisgeving aannemen. De commissie heeft wel goede nota genomen van de toezegging van de ziektekostenverzekeraar om te zoeken naar een oplossing als het Erasmus Medisch Centrum de multifocale meekleurende brillenglazen niet wil bekostigen vanuit de DBC. Het is in ieder geval niet de bedoeling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker blijft zitten met de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen.

*Slotsom*

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2026,

J.J.M. Linders

## **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

---

# 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.

---

## 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.

---

## 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.

## 24. Wij vergoeden doelmatige zorg

### Wij vergoeden alleen de zorg:

#### a. die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard<sup>1</sup> en [Werkwijzers VAGZ/VAV](#).

#### b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

## 25. Let op of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de [Zorgzoeker](#) op onze site. Kiest u dan toch voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden [maximale vergoedingen](#). Hoe wij deze vergoedingen hebben berekend, staat in de overzichten van de maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2025? Dan kunt u de lopende behandeling afmaken bij die zorgverlener. Gaat het om chronische zorg? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg nog gedurende een redelijke overgangperiode, maar maximaal 1 jaar. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het [reglement Zvw-pgb](#).

### Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

## 26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

Voor een aantal zorgsoorten gelden [maximale vergoedingen](#) als u naar een zorgverlener gaat die geen contract met ons heeft. Dat staat in algemene regel 25.

Maar ook bij andere zorgsoorten geldt altijd een maximum voor de vergoeding. Soms bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prijs van zorg. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér. Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en spoedeisende medisch-specialistische zorg in het buitenland bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar [95%](#) van de zorgverleners in Nederland onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

### ● **Bril, (contact)lenzen en ooglaseren**

Ziet u niet scherp meer?

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze**

<b>Basisverzekering</b>	100% bij medische indicatie, uit vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	€ 75 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
<b>Optifit</b>	€ 150 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
<b>Topfit</b>	€ 300 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
<b>Superfit</b>	€ 300 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt brillenglazen en lenzen alleen als u ze op medische indicatie moet gebruiken, bijvoorbeeld omdat u een oogaandoening heeft. Ze vallen dan onder de vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie.

Heeft u geen medische indicatie, maar wel een bril of lenzen nodig vanwege bij- of verziendheid? Of overweegt u ooglaseren?

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- brillenglazen met of zonder montuur
- Prismabril<sup>1</sup>
- contactlenzen, nachtlenzen, torische lenzen
- geïmplanteerde lenzen
- ooglaserbehandeling
- reparatie van de bril

De brillenglazen en lenzen moeten versterkend zijn of een corrigerende werking hebben.

Er geldt een maximale vergoeding per 2 aansluitende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding telt ieder jaar de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min het bedrag dat u vorig jaar vergoed heeft gekregen. U kunt het volledige vergoedingsbedrag alleen gebruiken als u in het vorige jaar geen vergoeding heeft gehad. De maximale bedragen voor de 2 jaren staan bovenaan deze vergoeding.

# Horen, zien en spreken

## Hier kunt u terecht

- bril en contactlenzen: opticien
- ooglaseren en geïmplanteerde lenzen: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>2</sup>)

## Dit wordt niet vergoed

- lenzenvloeistof
- los brilmontuur
- brillenkoker en andere accessoires
- oogmeting (refractiemeting) en oogcontrole, aanmeetkosten en aanpassingskosten
- duikbril
- Floaterlaseren<sup>3</sup>

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor een bril, lenzen en ooglaseren betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Voor een bril, lenzen en ooglaseren geldt geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

### Declareer bij een nieuwe bril montuur en glazen samen

Heeft u een nieuwe bril? Declareer deze dan als één geheel. Een los montuur vergoeden wij namelijk niet.

### Zorg dat rekeninggegevens compleet zijn

Dit moet op de rekening voor een bril of (contact)lenzen staan:

- naam en geboortedatum
- soort brillenglazen of (contact)lenzen
- correctie of sterkte
- gegevens van het montuur
- bedrag van de brillenglazen, (contact)lenzen en het montuur
- als u korting krijgt: voor welke onderdelen die geldt

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

### **Uitleg**

1. Prismabril: Een bril tegen dubbelzien
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Floaterlaseren: Laseren tegen vlekken die u ziet zweven