

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500111

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft op 13 maart 2025 de Ombudsman Zorgverzekeringen telefonisch gevraagd om een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Bij brief van eveneens 13 maart 2025 heeft de commissie de inhoud van het telefoongesprek aan hem bevestigd. Op 25 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 20 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 mei 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 21 juli 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025014692) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 juli 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft, daarnaar bij herhaling gevraagd, niet meegedeeld hij hoe wenst te worden gehoord, waarop de commissie een mondelinge zitting heeft gepland. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 september 2025 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 1.5. Partijen zijn bij brief van 28 oktober 2025 digitaal uitgenodigd voor de hoorzitting van 19 november 2025. Verzoeker heeft, na mededeling dat er een bericht voor hem klaar staat, de digitale brief niet geopend. Op 6 november 2025 is telefonisch contact gezocht met verzoeker, maar dit is niet gelukt, waarbij een voicemailbericht is achtergelaten. Bij brief van 6 november 2025 heeft de commissie per post aan verzoeker de uitnodiging voor de hoorzitting gestuurd met het advies van het Zorginstituut als bijlage.
- 1.6. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoeker zonder kennisgeving niet verschenen bij de hoorzitting. Op grond van artikel 13.9 van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen hoort de commissie partijen in elkaars aanwezigheid. Als een partij wel is uitgenodigd, maar niet komt, dan hoort de commissie alleen de andere partij. De ziektekostenverzekeraar is op 19 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt. Deze zijn op 25 november 2025 aan partijen gestuurd.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 december 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 juli 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. In verband met progressieve myopie zijn ten behoeve van verzekerde Menicon Bloom Day contactlenzen aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij brief van 27 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 21 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 10 december 2025 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 is gehouden de aanvraag voor Menicon Bloom Day contactlenzen ten behoeve van verzekerde goed te keuren.
- 3.2. Verzoeker heeft bij brief van 18 januari 2025 verklaard dat verzekerde lijdt aan progressieve myopie. Zij wordt daarvoor behandeld in het Erasmus MC. Verzekerde druppelt dagelijks met atropine en zij draagt een speciale bril of speciale contactlenzen. Het doel van de aangevraagde contactlenzen is het voorkomen van verslechtering van de oogafwijking. Een hoge minsterkte vergroot de risico's op ernstig letsel (blindheid) op latere leeftijd. De behandeling bij het Erasmus MC wordt door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 3.3. Verzoeker verwijst naar de Regeling zorgverzekering waarin is bepaald dat in twee gevallen aanspraak bestaat op lenzen bij kinderen onder de 18 jaren. 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 jaren sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de contactlenzen heeft afgewezen op grond van het bepaalde sub b, maar dat volgens hem de situatie van verzekerde aansluit bij het bepaalde sub a. De behandeling in het Erasmus MC en de medische indicatie van de oogarts voor de aangevraagde contactlenzen vormen hiervan de onderbouwing.

3.4. Verder bevreemdt het verzoeker dat de behandeling in het Erasmus MC wel wordt vergoed, maar een onderdeel van die behandeling – de contactlenzen – niet. Het lijkt hem beter te voorkomen dat de ogen van verzekerde verslechteren, dan dat de zorgkosten in de toekomst toenemen door de risico's die verzekerde nu loopt.

3.5. Verzoeker heeft een prijsopgave van de opticien ten bedrage van € 780,-- overgelegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 januari 2025 verklaard dat verzekerde geen aanspraak heeft op de aangevraagde lenzen. Hij heeft toegelicht dat de voorwaarden voor vergoeding van contactlezen zijn beschreven in de artikelen 2.6, sub f, en 2.13 van de Regeling zorgverzekering. Dit is verder uitgewerkt in de voorwaarden van de zorgverzekering, waaronder het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar.

4.2. In artikel 6.6. van het Reglement Hulpmiddelen is opgenomen dat het hierbij gaat om hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog. Daarnaast moet er sprake zijn van een compensatie voor één van de volgende beperkingen:

- in het lezen, schrijven of gebruik van telecomapparatuur;
- bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.

4.3. Met betrekking tot brilmonturen, brillenglazen, filterglazen, contactlenzen en eenvoudige hulpmiddelen voor het lezen en schrijven is in artikel 6.6. van het Reglement Hulpmiddelen bepaald dat zonder medische indicatie deze hulpmiddelen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Een uitzondering hierop wordt gemaakt voor brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaren. Medische indicaties bij verzekerden tot 18 jaren zijn:

- operatie vanwege lensafwijkingen (zoals cataract of lensluxatie)
- pathologische myopie (bijziendheid) met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat uit de aanvraag blijkt dat bij verzekerde sprake is van progressieve myopie, maar niet van een afwijking van ten minste -6 dioptrieën. Daarnaast wordt niet voldaan aan de andere, hiervoor genoemde medische indicaties.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 20 mei 2025, gericht aan de commissie, nader toegelicht dat de behandelend artsen een medische indicatie voor contactlezen kunnen stellen, maar dat dit niet automatisch tot aanspraak op vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering leidt. Het kan voorkomen dat een arts een hulpmiddel of behandeling het meest gepast acht, maar dat dit voor de aanspraak op vergoeding niet voldoet aan de wet- en regelgeving. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bepaalt welke hulpmiddelen worden opgenomen in de Regeling zorgverzekering en welke voorwaarden daarvoor gelden. Het is hierbij aan de ziektekostenverzekeraar overgelaten om eventuele nadere voorwaarden te stellen. Deze staan beschreven in het Reglement Hulpmiddelen dat deel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering.

4.5. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat volgens artikel 2.13, derde lid, van de Regeling zorgverzekering in het geval van lenzen:

- a. de stoornis het gevolg moet 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 brilglazen, of,
- b. bij verzekerden jonger dan achttien jaren sprake moet zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

Bij medische indicaties voor contactlenzen, zoals bedoeld in artikel 2.13, derde lid, onderdeel a, van de Regeling zorgverzekering, betreft het doorgaans hoge refractieafwijkingen (myopie van -10 dioptrieën en hoger), of een groot verschil in sterkte tussen beide ogen (anisometropie van ten minste 4 dioptrieën) en/of aandoeningen zoals keratoconus.

De beide, onder sub a en b van artikel 2.13, derde lid, van de Regeling zorgverzekering beschreven situaties, zijn niet op verzekerde van toepassing.

- 4.6. Als de contactlenzen worden verstrekt in het kader van de behandeling van een aandoening, kan dit worden gezien als een onlosmakelijk deel van die behandeling bij de behandelend arts. De kosten van de lenzen zijn dan onderdeel van de zogenoemde DBC die het ziekenhuis voor de gehele behandeling bij de ziektekostenverzekeraar in rekening brengt. De kosten van de contactlenzen zijn hierin dan verdisconteerd.
- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, bij afwezigheid van verzoeker, verklaard dat hij zich conformeert aan het advies van het Zorginstituut en verder – bij afwezigheid van verzoeker – geen behoefte heeft aan een inhoudelijke zitting.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 21 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Er is een aanvraag ingediend voor vergoeding van Menicon Bloom Day contactlenzen ten behoeve van verzekerde.

Progressieve myopie

Bij myopie (bijziendheid) is het oog doorgaans langer dan normaal (toegenomen oogas-lengte). Hierdoor valt het brandpunt van de ooglenzen vóór het netvlies, en wordt het beeld van een te bekijken voorwerp dat zich op afstand van het oog bevindt als onscherp waargenomen. Als het voorwerp zich op leesafstand bevindt kan het beeld wel op het netvlies terecht komen en wordt het scherp(er) waargenomen (reden van de benaming ‘bijziendheid’). Door gebruik van een bril met negatieve glazen, oftewel min-glazen, wordt het brandpunt naar achter verplaatst, waardoor het beeld op het netvlies terechtkomt en scherp(er) wordt waargenomen. Er is sprake van een lage myopie bij een brilsterkte tussen –0,5 en –3,0 D (dioptrie), een matige myopie bij een brilsterkte tussen –3,0 en –6,0 D en een hoge myopie bij –6 en sterker. Bij een hoge myopie is er een verhoogde kans op oogheelkundige afwijkingen op latere leeftijd, waaronder netvliesloslating, glaucoom en cataract.

Myopie kan (deels) erfelijk bepaald zijn. Vooral ook leefstijlfactoren spelen een belangrijke rol bij de groei van de lengte-as van het oog en zijn oorzaak van de huidige, in Nederland maar ook wereldwijde forse toename van progressieve myopie. Te lang dichtbij kijken (zoals naar smartphones en tablets) en te weinig tijd buiten doorbrengen op de kinderleeftijd heeft dan ook ernstige gevolgen voor de ogen. Veel dichtbij kijken versterkt de groei van de oogbol (dus toename van de lengte-as). Daglicht is essentieel en remt juist de groei van het oog.

In de behandeling van progressieve myopie is het dan ook essentieel om deze leefstijlfactoren aan te pakken, zoals het toepassen van de 20-20-2-regel en andere praktische maatregelen.

Vanuit de vereniging van oogartsen, het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), is in 2023 gestart met het opstellen van een richtlijn over progressieve myopie op de kinderleeftijd. Deze is nog in ontwikkeling. Een jaar eerder publiceerde het NOG een standpunt (2022). Over dit standpunt geeft het NOG als disclaimer, dat dit kan worden gebruikt om beleid op te baseren, maar dat het geen richtlijn is, en een toekomstige richtlijn kan mogelijk met andere conclusies en aanbevelingen komen die deze huidige (tijdelijke) standpunten deels kunnen verwerpen.

Ook in dit standpunt wordt het belang van leefstijladviezen onderschreven: ‘Bij kinderen moet er een balans zijn tussen activiteiten dichtbij (lezen, tablets etc.) en activiteiten buitenshuis. De 20-20-2 regel en de WHO-richtlijn van minimaal 2 uur per dag buitenspelen zijn hierbij hulpmiddelen’, aldus het NOG. Als behandelopties noemt het NOG verder atropine oogdruppels (waarbij de literatuur geen eenduidig oordeel geeft over de optimale concentratie atropine); brillenglazen voor myopie

controle (waarbij het NOG aangeeft dat er voor deze interventie beperkt wetenschappelijk bewijs beschikbaar is en er ontbreekt lange termijn follow-up); Ortho-K contactlenzen voor 's nachts (waarbij eveneens lange termijn studies ontbreken en waarbij er een risico op infectie bestaat), en multifocale / defocus contactlenzen voor overdag (waarover in dit standpunt een wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt).

Brillenglazen en contactlenzen en de Zvw

Brillenglazen en contactlenzen ter correctie van een stoornis in de visuele functie. Brillenglazen en contactlenzen kunnen vallen onder de aanspraak hulpmiddelenzorg, namelijk artikel 2.13 van de Rzv: 'hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog'. Hiermee wordt bedoeld dat de brillenglazen en contactlenzen de visus corrigeren. In geval van brillenglazen en contactlenzen op sterkte wordt met deze visuscorrectie bedoeld op het corrigeren van de refractieafwijking, dus het beter, scherper kunnen zien. Dit in tegenstelling tot behandeling van een stoornis in de visuele functie.

Brillenglazen en contactlenzen ter behandeling van een oogaandoening

In geval van artikel 2.13 van de Rzv gaat het om corrigeren (in geval van brillenglazen en contactlenzen: visuscorrectie, dus brillenglazen om beter te kunnen zien). Dit moet worden onderscheiden van behandelen (in geval van brillenglazen en contactlenzen: om progressieve myopie tegen te gaan). Als deze hulpmiddelen bedoeld zijn om een aandoening te behandelen, vallen deze immers niet onder de hulpmiddelenzorg maar is er sprake van geneeskundige zorg. Voor deze geneeskundige zorg geldt dat de behandeling moet voldoen aan het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk', en geldt een andersoortige bekostiging, namelijk het dbc-systeem.

Beoordeling situatie verzekerde

Hulpmiddelenzorg

In het voorliggende dossier is vanuit de zorgverleners een brief aanwezig van de oogarts van 10 december 2024 en een prijsopgave van een opticien.

In de brief van december 2024 schrijft de oogarts dat verzekerde bij de meting in januari 2024 de volgende brilsterkte had: rechter glas S -4,0, C -1,25, additie +2,5, en links S -3,75, C -1,25, (lees)additie +2,5. De oogarts geeft aan dat de bril op medische indicatie is en dat vergoeding haar dan ook gerechtvaardigd lijkt. Bij de voorliggende stukken is verder geen informatie van de oogarts over diens behandeling van de myopie of een voorschrift voor contactlenzen.

Volgens de prijsopgave van de opticien van 14 december 2024 gaat het om Menicon Bloom Day contactlenzen (jaarabonnement) van € 780,- met rechts S -4,0, C -1 en links S -3,75, C -1,25, beide zonder (lees)additie.

Uitgaande van de brilsterkte van verzekerde, zoals genoemd in de brief van de oogarts, voldoet zij niet aan de indicaties voor brillenglazen of contactlenzen zoals bedoeld in artikel 2.13 van de Rzv. Volgens artikel 2.13, lid 3, onder b, van de Rzv moet namelijk sprake zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

Ook wordt niet voldaan aan de indicatievoorwaarde genoemd in artikel 2.13, lid 3, onder a, van de Rzv. Hiervoor geldt dat contactlenzen tot een grotere verbetering van de gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus moeten leiden dan brillenglazen. Hiervan is alleen sprake in zeer specifieke situaties, bijvoorbeeld een hoge refractieafwijking (myopie sterker dan -10 D) of een groot verschil (meer dan 4 dioptrie) in sterkte tussen het linker- en rechteroog. In deze situaties geeft een bril, door de gebruikelijke afstand tussen het brillenglas en het oog, een dusdanige beperking van het gezichtsveld, een niet te compenseren verschil in beeldgrootte op de netvlies, of anderszins een vertekening van het beeld, dat contactlenzen aangewezen zijn.

Geneeskundige zorg

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat de Menicon Bloom daglenzen (ook) bedoeld zijn om progressie van de myopie tegen te gaan. Contactlenzen met als doel het behandelen van progressieve myopie vallen niet onder de aanspraak hulpmiddelenzorg, maar zouden mogelijk onder de reikwijdte van geneeskundige zorg (medisch-specialistische zorg) kunnen vallen.

Voor medisch-specialistische zorg geldt dat zorg, dus ook het hulpmiddel, moet voldoen aan het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Verder geldt voor vergoeding van medisch-specialistische zorg het dbc bekostigingssysteem. De kosten voor de verleende zorg betreft het gehele behandeltraject, vanaf de diagnose door de medisch-specialist tot en met eventuele behandeling en bijbehorende nacontrole(s).

Contactlenzen ter behandeling van progressieve myopie zijn op dit moment niet opgenomen in een dergelijk vergoedingssysteem.

Conclusie

Op basis van het voorliggende dossier kan niet opgemaakt worden dat bij verzekerde sprake is van een van de genoemde indicaties uit artikel 2.13 van de Rzv. Verzoeker kan ten behoeve van verzekerde derhalve geen aanspraak maken op de aangevraagde contactlenzen vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan ten behoeve van verzekerde geen aanspraak maken op vergoeding van de aangevraagde myopie remmende brillenglazen op grond van de hulpmiddelenzorg."

- 5.2. In het definitief advies van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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 14 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 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. De zorgverzekering biedt aanspraak op hulpmiddelenzorg op grond van artikel 35 van de verzekeringsvoorwaarden. In artikel 6.6 van het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar zijn de voorwaarden voor aanspraak op contactlenzen verder uitgewerkt.
- 7.3. Uit artikel 6.6 van het Reglement Hulpmiddelen volgt dat de uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie in drie groepen worden verdeeld: brillen, contactlenzen en bijzondere optische hulpmiddelen. Brilmonturen, brillenglazen, filterglazen, contactlenzen en eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven zonder medische indicatie vallen niet onder de

verzekerde prestaties. Contactlenzen vallen onder de verzekerde prestaties voor zover er sprake is van bepaalde medische indicaties. Bij contactlenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren, zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen. Contactlenzen zonder medische indicatie komen niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

- 7.4. In artikel 6.6 van het Reglement Hulpmiddelen is verder onder het kopje ‘bijzonderheden’ bepaald dat bij contactlenzen voor verzekerden van alle leeftijden de stoornis het gevolg moet zijn van een medische aandoening of een trauma. Veel voorkomende medische indicaties bij contactlenzen zijn:
 - Een hoge refractieafwijking (>10 dioptrieën)
 - Grote verschillen (>4 dioptrieën) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie)
 - Sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (>4 dioptrie)
 - Keratoconus en hoornvliestransplantatie
- 7.5. Voorts is bepaald dat aan verzekerden tot 18 jaren die een hiervoor genoemde veel voorkomende indicatie hebben voor lenzen, maar bij wie het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, ter correctie van een stoornis in de visuele functie brillenglazen en filterglazen kunnen worden vergoed. Ook kunnen medische indicaties tot een vergoeding van brillenglazen of filterglazen leiden. Medische indicaties bij verzekerden tot 18 jaren zijn:
 - operatie vanwege lensafwijkingen (zoals cataract of lensluxatie);
 - zuivere accommodatieve estropie;
 - Pathologische myopie (bijziendheid) met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.
- 7.6. De commissie stelt vast dat het voorgaande is gebaseerd op artikel 2.6, onder f, in samenhang met artikel 2.13 Rzv. Ter zake van lenzen is in het derde lid, onder a, van artikel 2.13 Rzv bepaald dat de stoornis het gevolg dient te zijn van een medische aandoening of een trauma, en dat de lenzen tot een grotere verbetering van de gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus moeten leiden dan brillenglazen. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 21 juli 2025, is hiervan alleen sprake in zeer specifieke situaties, bijvoorbeeld een hoge refractieafwijking (myopie sterker dan – 10 dioptrieën) of een groot verschil (meer dan 4 dioptrieën) in sterkte tussen het linker- en rechteroog. In deze situaties geeft een bril, door de gebruikelijke afstand tussen het brillenglas en het oog, een dusdanige beperking van het gezichtsveld, een niet te compenseren verschil in beeldgrootte op de netvliezen, of anderszins een vertekening van het beeld, dat contactlenzen aangewezen zijn. Bij verzekerde is een dergelijke situatie niet aan de orde.
- 7.7. Ten aanzien van het bepaalde in artikel 2.13, derde lid, sub b, Rzv stelt het Zorginstituut dat bij verzekerden jonger dan 18 jaren sprake moet zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën. Uit de brief van 10 december 2024 van de oogarts blijkt dat bij verzekerde sprake is van: S -4,0, C -1,25, additie +2,5, en links S -3,75, C -1,25, (lees)additie +2,5. Volgens de prijsopgave van de opticien van 14 december 2024 gaat het om Menicon Bloom Day contactlenzen (jaarabonnement) van € 780,- met rechts S -4,0, C -1 en links S -3,75, C -1,25, beide zonder (lees)additie. Gelet op deze sterktes voldoet verzekerde niet aan de voorwaarde met betrekking tot de refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën, zo concludeert het Zorginstituut.
- 7.8. In het advies van 21 juli 2025 merkt het Zorginstituut op dat de Menicon Bloom Day contactlenzen in het geval van verzekerde zijn bedoeld om progressie van de myopie tegen te gaan. Contactlenzen ter behandeling van progressieve myopie vallen niet onder aanspraak op hulpmiddelenzorg. De lenzen zouden onder de reikwijdte van de aanspraak op geneeskundige zorg kunnen vallen. Hiervoor geldt dat de zorg, dus ook het hulpmiddel, moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en dat de bekostiging anders plaatsvindt, namelijk via de DBC-systematiek. Contactlenzen ter behandeling van progressieve myopie zijn op dit moment niet opgenomen in een dergelijk vergoedingssysteem, zoals het Zorginstituut heeft overwogen.

- 7.9. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dat over. Dit betekent dat verzekerde op basis van de aanspraak op hulpmiddelenzorg, noch in het kader van de aanspraak op geneeskundige zorg, in aanmerking komt voor de aangevraagde Menicon Bloom Day contactlenzen.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 december 2025,

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

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.

6.6 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

ARTIKEL REGELING ZORGVERZEKERING: 2.6 SUB F, VERDER UITGEWERKT IN 2.13 REGELING ZORGVERZEKERING

Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren en hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;

- a. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
- b. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.

De uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie kunnen globaal in drie groepen worden verdeeld te weten: brillen, contactlenzen en bijzondere optische hulpmiddelen.

Brilmonturen, brillenglazen, filterglazen, contactlenzen en eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven zonder medische indicatie vallen niet onder de te verzekeren prestatie. Een uitzondering hierop wordt gemaakt voor brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar. Onder “bijzonderheden” staan de voorwaarden vermeld. Lenzen vallen onder de te verzekeren prestaties voor zover er sprake is van bepaalde medische indicaties. Bij lenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren; zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen. Lenzen zonder medische indicatie komen niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket.

Lenzen met visuscorrectie indien er sprake is van een medische indicatie of trauma zoals corneale lenzen, scleralenzen en afdekpleisters of bijzondere optische hulpmiddelen zoals telescoopbril, verrekijkerloop, loop of bril zoals ptosisbril en kappenbril.

Aanvraag voorschrijvend behandelaar	1e keer	Herhaling *
	Oogarts	Behandelend arts
Eigendom/buikleen	Afhankelijk van type hulpmiddel	
Eigen risico	Er geldt een eigen risico voor hulpmiddelen die in eigendom zijn verstrekt Er geldt geen eigen risico voor hulpmiddelen die in buikleen zijn verstrekt	
Gebruikstermijn	Afhankelijk van type hulpmiddel	

Lenzen met visuscorrectie indien er sprake is van een medische indicatie of trauma zoals corneale lenzen, scleralenzen en afdekpleisters of bijzondere optische hulpmiddelen zoals telescoopbril, verrekijkerloep, loep of bril zoals ptosisbril en kappenbril.

Bijzonderheden

Bij lenzen voor verzekerden van alle leeftijden:

In het geval van lenzen moet de stoornis het gevolg zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij tenminste uit de aanvraag blijkt, dat de lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen.

Veel voorkomende medische indicaties bij lenzen zijn:

- Een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrie);
- Grote verschillen (>4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (aniso-metropie);
- Sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (>4 dioptrie);
- Keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Bij brilglazen, filterglazen of lenzen voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

Bij verzekerden tot 18 jaar, die hierboven genoemde veel voorkomende indicaties hebben voor lenzen, maar bij wie het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, kunnen ter correctie van een stoornis in de visuele functie brillenglazen en filterglazen worden vergoed. Ook kunnen medische indicaties tot een vergoeding van brillenglazen en filterglazen leiden.

Medische indicaties bij verzekerden jonger dan 18 jaar zijn:

- Operatie vanwege lensafwijkingen (zoals cataract of lensluxatie);
- Zuivere accommodatieve esotropie;
- Pathologische myopie (bijziendheid) met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

De wettelijke eigen bijdrage voor lenzen bij alle leeftijden en brillenglazen bedraagt:

- € 61 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
- € 122 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 61 per kalenderjaar;
- € 61 per brillenglas met een maximum van € 122 per kalenderjaar.

Lenzen met visuscorrectie indien er sprake is van een medische indicatie of trauma zoals corneale lenzen, scleralenzen en afdekpleisters of bijzondere optische hulpmiddelen zoals telescoopbril, verrekijkerloep, loep of bril zoals ptosisbril en kappenbril.

**Bijzonderheden
vervolg**

Indien sprake is van een ptosis- of kappenbril waarin brillenglazen zijn verwerkt met visuscorrectie, dan geldt er een eigen bijdrage zoals bij brillenglazen. Voor bandagelenzen met visuscorrectie geldt een eigen bijdrage zoals bij lenzen.

De zorg omvat niet:

- Het montuur.
- Eenvoudige hand- en standloepen en eenvoudige lees- en schrijfbenodigdheden

Bij reparatie kan worden volstaan met een offerte en toelichting van de leverancier.

** Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijvend behandelaar bij de algemene bepalingen van dit reglement.*

Beeldschermloep

Aanvraag voorschrijvend behandelaar	1e keer *	Herhaling
	Behandelend arts	Offerte en toelichting gecontracteerde leverancier
Eigendom/buikleen	Bruikleen	
Eigen risico	Nee	
Gebruikstermijn	Minimaal 5 jaar	
Bijzonderheden	Leverancier bezit voor deze hulpmiddelen relevant en geldig ISO certificaat. <i>* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijvend behandelaar bij de algemene bepalingen van dit reglement.</i>	

Computerprogrammatuur/software voor grootlettersystemen

Aanvraag voorschrijvend behandelaar	1e keer *	Herhaling
	Behandelend arts	Offerte en toelichting gecontracteerde leverancier
Eigendom/buikleen	Afhankelijk van het type hulpmiddel	
Eigen risico	Er geldt een eigen risico voor hulpmiddelen die in eigendom zijn verstrekt Er geldt geen eigen risico voor hulpmiddelen die in buikleen zijn verstrekt	
Gebruikstermijn	Afhankelijk van het type hulpmiddel	
Bijzonderheden	• Bij reparatie kan worden volstaan met een offerte en toelichting van leverancier. • De zorg omvat niet de computer of tablet. • Leverancier bezit voor deze hulpmiddelen relevant en geldig ISO certificaat. <i>* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijvend behandelaar bij de algemene bepalingen van dit reglement.</i>	

Opname- en voorleesapparatuur, zijnde spraaksoftware voor mobiele telefoons en voorleesapparatuur van daisy-lectuur en TV-ondertiteling (voor zwartdrukinformatie) en brailleleesregel

Aanvraag voorschrijvend behandelaar	1e keer *	Herhaling
	Behandelend arts	Offerte en toelichting gecontracteerde leverancier
Eigendom/buikleen	Afhankelijk van het type hulpmiddel	
Eigen risico	Er geldt een eigen risico voor hulpmiddelen die in eigendom zijn verstrekt Er geldt geen eigen risico voor hulpmiddelen die in buikleen zijn verstrekt	
Gebruikstermijn	5 jaar	
Bijzonderheden	• Hulpmiddelen welke uitsluitend bestemd zijn voor het gebruik op de werkplek of ten behoeve van onderwijs komen niet voor vergoeding in aanmerking. • Leverancier bezit voor deze hulpmiddelen relevant en geldig ISO certificaat. <i>* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijvend behandelaar bij de algemene bepalingen van dit reglement.</i>	

Blindentaststok		
Aanvraag voorschrijvend behandelaar	1e keer *	Herhaling
	Behandelend arts	Offerte en toelichting gecontracteerde leverancier
Eigendom/buikleen	Eigendom	
Eigen risico	Ja	
Gebruikstermijn	Minimaal 3 jaar	
Bijzonderheden	- Hulpmiddelen welke uitsluitend bestemd zijn voor het gebruik op de werkplek of ten behoeve van onderwijs komen niet voor vergoeding in aanmerking. - Leverancier bezit voor deze hulpmiddelen relevant en geldig ISO certificaat. <i>* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijvend behandelaar bij de algemene bepalingen van dit reglement.</i>	

Blindengeleidehond		
Aanvraag voorschrijvend behandelaar	1e keer	Herhaling
	Oogarts en verslag over de praktische indicatie van het opleidingsinstituut	Offerte en toelichting gecontracteerde leverancier
Eigendom/buikleen	Buikleen (de geleidehonden blijven eigendom van het opleidingsinstituut)	
Eigen risico	Nee (zie voor signaalhonden paragraaf 6.3)	
Gebruikstermijn	Afhankelijk van advies van opleidingsinstituut	

Blindengeleidehond

Bijzonderheden

- Indicatie voor blindengeleidehond: de hond levert een substantiële bijdrage aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slecht ziet dat hij hierop is aangewezen.
- Bij de aanvraag is tevens een toelichting van een regionale instelling voor blinden- en slechtzienden noodzakelijk waarin staat vermeld dat niet kan worden volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel. Het opleidingsinstituut voor geleidehonden stelt de praktische indicatie (bijvoorbeeld: kan de verzekerde met de hond omgaan).
- De gebruiker ontvangt op verzoek per kwartaal een tegemoetkoming in de redelijk te achten gebruikskosten met een maximum van € 330. De tegemoetkoming wordt overgemaakt in de maand volgend op het kwartaal waar de vergoeding betrekking op heeft. Deze kosten vallen onder het verplicht eigen risico.
- De hondenschool is geaccrediteerd lid van de International Federation en/ of Guide Dog Schools for the Blind en werkt volgens de richtlijnen van deze organisatie(s).

6.7 Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn

ARTIKEL REGELING ZORGVERZEKERING: 2.6 SUB G

Hulpmiddelen die zich richten op het voorkomen van (erger) letsel als het gevolg van bewustzijnsstoornissen.

Een saturatiemeter in verband met bewustzijnsstoornissen vallen niet onder hulpmiddelenzorg zoals bedoeld in dit Reglement, maar onder de aanspraak op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Kap ter bescherming van de schedel

Aanvraag voorschrijvend behandelaar	1e keer *	Herhaling
	Medisch specialist	Offerte en toelichting gecontracteerde leverancier
Eigendom/buikleen	Eigendom	
Eigen risico	Ja	
Gebruikstermijn	Minimaal 2 jaar	

Artikel 35 Hulpmiddelenzorg

LID 1 REGLEMENT HULPMIDDELEN

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

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

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

LID 2 EIGEN BIJDRAGE

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

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

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

LID 3 VOORWAARDEN

Algemeen

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

Machtiging

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

Verwijzing en voorschrift

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

LID 4 UITSLUITINGEN

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

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

LID 5 ZORG VAN LEVERANCIER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

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

Artikel 36 Ziekenvervoer en logeervergoeding

LID 1 ALGEMEEN

Wij onderscheiden:

- a. ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevoorzieningen (zie lid 2 van dit artikel);
- b. ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi (zie lid 3 van dit artikel);
- c. de vervangende logeervergoeding indien ziekenvervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is (zie lid 4 van dit artikel)

LID 2 ZIEKENVERVOER PER AMBULANCE**LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN ZIEKENVERVOER PER AMBULANCE**

Wij vergoeden het ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand. Is vervoer per ambulance niet mogelijk, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het ziekenvervoer per ambulance moet medisch noodzakelijk zijn waarbij een andere manier van vervoer (per taxi, auto of openbaar vervoer) om medische redenen niet verantwoord is.

Machtiging

Een machtiging is alleen nodig als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u met een ander vervoermiddel vervoerd moet worden. In spoedeisende gevallen is geen machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.