

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500554

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

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 brief van 23 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 augustus 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 7 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 oktober 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 13 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025024728) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 november 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Op 28 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 29 januari 2026 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 16 februari 2026 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 18 februari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 18 februari 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 november 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 maart 2026 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 ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Benfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Namens verzekerde is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor multifocale meekleurende brillenglazen. Bij e-mailbericht van 8 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de ten behoeve van verzekerde aangevraagde brillenglazen niet worden vergoed.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 14 mei 2024 en 31 juli 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 17 mei 2024 respectievelijk 13 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 13 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 3 maart 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 aangevraagde multifocale meekleurende brillenglazen ten behoeve van verzekerde te vergoeden vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij brief van 20 maart 2025 toegelicht dat bij verzekerde progressieve myopie is vastgesteld. Op dit moment is sprake van -9,25D rechts en -8,5D links. Verzekerde is hiervoor onder behandeling bij een medisch specialist, verbonden aan het Erasmus Medisch Centrum. De progressieve myopie wordt behandeld door middel van atropine oogdruppels 1%. De oogarts heeft geadviseerd een bril te laten aanmeten met multifocale meekleurende glazen. Dit soort glazen compenseert de lichtgevoeligheid en het niet accommoderen, veroorzaakt door de atropine-behandeling. Ondanks dat tussen partijen geen discussie bestaat over de aard, inhoud en omvang van de behandeling, heeft de ziektekostenverzekeraar geweigerd de benodigde multifocale meekleurende brillenglazen te vergoeden. Tegelijkertijd heeft de behandelend arts verklaard dat het ziekenhuis deze brillenglazen noch kan leveren, noch kan registreren en declareren binnen de toepasselijke DBC-zorgproductcode. Verzekerde raakt hierdoor tussen wal en schip. Dit kan niet de bedoeling zijn. Het staat vast dat sprake is van een noodzakelijk hulpmiddel, voortvloeiend uit een medisch specialistische behandeling, maar de desbetreffende zorgkosten komen vooralsnog niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband een beroep gedaan op een brief van het Zorginstituut aan Zorgverzekeraars Nederland, gedateerd 26 oktober 2023. Uit deze brief kan worden opgemaakt dat als bij een minderjarige sprake is van -6D of hoger, en betrokkene – los van de atropinebehandeling – ook is aangewezen op multifocale meekleurende brillenglazen, deze kunnen worden vergoed vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg, ten laste van de zorgverzekering. Als de noodzaak om multifocale meekleurende brillenglazen te gebruiken voortvloeit uit de atropine-behandeling, behoren deze tot de medisch specialistische behandeling en zouden de kosten ervan ten laste moeten komen van het ziekenhuisbudget. In het geval van verzekerde vloeit de noodzaak gebruik te maken van multifocale meekleurende brillenglazen voort uit de atropinebehandeling. Het is echter niet mogelijk gebleken om de benodigde brillenglazen te laten leveren door het ziekenhuis en deze voor rekening van de DBC-zorgproductcode te laten komen.

Wat ook uit de brief van het Zorginstituut blijkt, is dat wordt bevestigd dat multifocale meekleurende brillenglazen bij een atropinebehandeling tegen progressieve myopie een verzekerde prestatie vormen. Het Zorginstituut schrijft immers dat deze zorgkosten ten laste van het ziekenhuisbudget komen. Hieruit kan worden afgeleid dat de kosten in ieder geval niet voor rekening van verzoeker behoren te blijven. Dat de kosten in de praktijk door de ziektekostenverzekeraar vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg dienen te worden vergoed, is voor risico van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker mag in redelijkheid niet de dupe worden van een formele discussie, als de aanspraak op vergoeding in feite vaststaat.

Verder is in de brief van het Zorginstituut vermeld dat artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering aan vergoeding van multifocale meekleurende brillenglazen/lenzen bij een refractieafwijking van -6D en hoger niet in de weg staat. In vervolg hierop stelt het Zorginstituut dat een zorgverzekeraar uit doelmatigheidsoverwegingen ervoor kan kiezen de brillenglazen of lenzen niet te vergoeden, omdat deze door hun kenmerken of eigenschappen duurder zijn. Dit lijkt bij de aanvraag van verzekerde ook het geval te zijn.

Volgens verzoeker mag het in redelijkheid niet zo zijn dat, hoewel vaststaat dat sprake is van een verzekerde prestatie en de ziektekostenverzekeraar de desbetreffende zorgkosten op basis van de Regeling zorgverzekering kan en mag vergoeden als zijnde hulpmiddelenzorg, hij besluit dit om financiële redenen toch niet te doen. Dit tast de maatschappelijke rol van een zorgverzekeraar aan. De stellingname van de ziektekostenverzekeraar is temeer wrang, wetende dat de zorgaanbieder het benodigde hulpmiddel noch kan leveren, noch de kosten ervan ten laste kan brengen van het ziekenhuisbudget. Daarentegen kan de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten wel ten laste brengen van de aanspraak op hulpmiddelenzorg. In het geval van de zorgaanbieder is aldus sprake van onmacht, maar in het geval van de ziektekostenverzekeraar van onwil.

- 3.3. Bij brief van 23 juli 2025 heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende standpunt niet heeft gebaseerd op een formeel, rechtsgeldig advies van het Zorginstituut, maar op een brief aan Zorgverzekeraars Nederland van 23 oktober 2023. Hoewel de ziektekostenverzekeraar handelt in overeenstemming met het beleid zoals beschreven in deze brief, is de vindplaats van dit beleid voor verzoeker onbekend. Het Zorginstituut heeft nimmer een formeel advies hieromtrent gepubliceerd en dus ook geen formeel standpunt ter zake ingenomen. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op dit interne beleidsdocument is dan ook niet gerechtvaardigd.

Voornoemde brief kan niet als vaste, leidende regelgeving worden beschouwd. Als dit document buiten beschouwing wordt gelaten, dient de benodigde zorg te worden aangemerkt als hulpmiddelenzorg die op grond van artikel 2.13 van de Regeling Zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Uit dit artikel en de toelichting hierop is immers af te leiden dat minderjarigen aanspraak kunnen maken op vergoeding van contactlenzen (en - indien dit de voorkeur heeft – brillenglazen) als sprake is van een refractieafwijking van ten minste -6D. Er wordt hierbij niets gesteld over mono- dan wel multifocale brillenglazen of contactlenzen, en het al dan niet meekleuren hiervan. Ook dergelijke brillenglazen en contactlenzen zijn aan te merken als hulpmiddelen ‘ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog’ en als zij – zoals in het geval van verzekerde – een refractieafwijking van minimaal -6D corrigeren en contactlenzen niet de voorkeur hebben, dan is artikel 2.13 van de Regeling Zorgverzekering van toepassing. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar de brieven van de behandelend oogarts van 7 november 2022 en 13 november 2024.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat niet in geschil is dat de kosten van de brillenglazen ten behoeve van verzekerde niet voor zijn rekening behoren te komen. Helaas is dat op dit moment wel het geval. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van hulpmiddelenzorg en dienen de kosten te worden vergoed vanuit de DBC-zorgproductcode. Het ziekenhuis heeft echter aangegeven de brillenglazen niet te kunnen leveren en registreren onder de DBC-zorgproductcode. Dit blijkt onder meer uit de brief van de oogarts van 13 november 2024.

Er is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een brief van het Zorginstituut aan Zorgverzekeraars Nederland waarin een uitleg wordt gegeven over de vergoeding van brillenglazen in het kader van een behandeling met atropine. In het voorlopig advies aan de commissie wordt die uitleg bevestigd. Volgens het Zorginstituut vallen de brillenglazen onder de DBC-zorgproductcode. Alleen lost die vaststelling het probleem van verzoeker niet op. De arts kan de brillenglazen namelijk niet laten leveren of registreren. De toepasselijke DBC-zorgproductcode is niet zo ingericht dat de brillenglazen hieronder kunnen worden geregistreerd. Het is de vraag of de brillenglazen door een derde kunnen worden verstrekt en of de kosten dan kunnen worden geregistreerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de kosten van de brillenglazen verdisconteerd in het DBC-tarief en zou hij dubbel betalen als de brillenglazen ook moeten worden vergoed als hulpmiddelenzorg. Het feit dat het ziekenhuis de brillenglazen niet kan registreren onder de DBC-zorgproductcode, maakt het aannemelijk dat bij het bepalen van het tarief van de DBC-zorgproductcode geen rekening is gehouden met dergelijke brillenglazen. Onder deze omstandigheden ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar om alsnog vergoeding te verlenen voor de brillenglazen.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat een goedkoper alternatief voorhanden is. Dit is in het geval van verzekerde echter niet juist. Monofocale brillenglazen compenseren weliswaar het visusverlies, maar niet de andere klachten. Het is onduidelijk welk goedkoper alternatief de ziektekostenverzekeraar bedoelt.

In zijn voorlopig advies aan de commissie maakt het Zorginstituut gebruik van het rapport van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) van 2012: 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2'. Onderdeel van dit rapport is een stroomschema waarin wordt aangegeven wanneer een hulpmiddel moet worden geregistreerd als medisch specialistische zorg of als hulpmiddelenzorg. Op basis van dit schema zouden de brillenglazen als hulpmiddelenzorg kunnen worden vergoed. De conclusie dat de brillenglazen moeten worden aangemerkt als medisch specialistische zorg lijkt niet in beton gegoten.

De behandeling met atropine is geen keuze. Het oog van verzekerde groeit significant te snel en verzekerde is na behandeling in een regulier ziekenhuis doorverwezen naar het Erasmus Medisch Centrum. De ooggroei is het probleem en niet de minsterkte. Als een oog blijft groeien, veroorzaakt dit schade. Met de atropinebehandeling groeit het oog nog steeds, maar er is wel een klein verschil. Dat kleine verschil is erg belangrijk voor verzekerde. Hij is aangewezen op deze behandeling tot het oog is uitgegroeid. In de toekomst is ook een behandeling met lenzen mogelijk. Hopelijk heeft dat een beter effect.

- 3.5. Bij brief van 16 februari 2026 heeft verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar inmiddels erkent dat de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen niet zijn verdisconteerd in het DBC-tarief. Dit betekent dus ook dat zijn stelling dat sprake zou zijn van een dubbele vergoeding als de multifocale meekleurende brillenglazen worden vergoed als hulpmiddelenzorg, onjuist is. De ziektekostenverzekeraar beroept zich op het advies van het Zorginstituut van 13 november 2025. Uit voornoemd advies blijkt dat het Zorginstituut concludeert dat multifocale meekleurende brillenglazen bij een behandeling met atropine wegens progressieve myopie moeten worden vergoed uit de aanspraak op medisch specialistische zorg, en niet als hulpmiddelenzorg. Echter, dit advies neemt de problematiek niet weg. Zoals reeds eerder is beklemtoond, stelt de betrokken arts dat zij de zorgactiviteit niet eens kán registreren, of de benodigde brillenglazen kan (laten) verstrekken. Zolang sprake is van dit pijnpunt, en nu vaststaat dat de multifocale meekleurende brillenglazen niet in het DBC-tarief zijn verdisconteerd, zou de ziektekostenverzekeraar deze in redelijkheid moeten vergoeden. Het staat immers vast dat: (a) sprake is van een verzekerde prestatie, (b) geen sprake is van een 'dubbele vergoeding' door de ziektekostenverzekeraar, en (c) artikel 2.3 van de Regeling Zorgverzekering de vergoeding van multifocale meekleurende brillenglazen niet uitsluit.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij de onderhavige problematiek enkel met het Erasmus MC ervaart. Impliciet lijkt de ziektekostenverzekeraar hiermee te stellen dat het Erasmus MC er ten onrechte van uitgaat dat zij de kosten niet kan registreren/declareren en de multifocale

meekleurende brillenglazen niet kan verstrekken. Er zou in dat geval dus sprake zijn van fouten of onduidelijkheden in het declaratie-/administratiesysteem. Dit is echter niet aannemelijk. Het Erasmus MC en de ziektekostenverzekeraar hebben deze kwestie en de problematiek immers voorafgaand aan de procedure bij de commissie besproken, waarbij dit aspect ook aan de orde moet zijn gekomen. Tot een oplossing heeft dit gesprek echter niet geleid. Verzoeker gaat dan ook niet ervan uit dat onduidelijkheden over het registreren en declareren de problematiek hebben veroorzaakt, en/of dat deze met een aanpassing hierin kan worden weggenomen. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar niet bewezen dat (en hoe) het voor de zorgverleners wél mogelijk is de verstrekking van de multifocale meekleurende brillenglazen als zorgactiviteit onder de toepasselijke DBC-zorgproductcode te registreren.

Verzoeker heeft verder benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 28 januari 2026 vermeldt dat de multifocale meekleurende brillenglazen "in beginsel bekostigd zouden moeten worden uit de DBC". In beginsel betekent niet 'per definitie' of 'uitsluitend'. Juist in de gegeven omstandigheden, waarin vaststaat dat sprake is van een verzekerde prestatie, zou de ziektekostenverzekeraar de brillenglazen dan, in ieder geval tot een oplossing is bereikt die aansluit bij het advies van het Zorginstituut, of het Zorginstituut het advies heeft aangepast, moeten vergoeden. Het zoeken naar een oplossing ligt bovendien op de weg van de ziektekostenverzekeraar (en de zorgverlener), temeer als hiertoe een wijzigingsverzoek bij de Nederlandse Zorgautoriteit zou moeten worden ingediend.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de multifocale meekleurende glazen in het kader van een atropinebehandeling bij hoge myopie onderdeel zijn van de medisch specialistische behandeling. Deze dienen daarom ten laste van het ziekenhuisbudget te komen. Verder geldt dat in het geval van verzekerde geen vergoeding vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg kan plaatsvinden, omdat de aanleiding voor de noodzaak van de multifocale meekleurende glazen in de medisch specialistische behandeling voor hoge myopie ligt.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 13 augustus 2024 toegelicht dat een aanvraag is ingediend voor vergoeding van multifocale meekleurende brillenglazen. Er is bij verzekerde sprake van een hoge progressieve myopie waarvoor hij met atropine 1% wordt behandeld. Door de atropine is er lichtgevoeligheid en geen accommodatie, en om die reden zijn multifocale meekleurende brillenglazen voorgeschreven. De behandeling van myopie bij kinderen met atropine is een optie om de progressie van de myopie af te remmen. Een dergelijke behandeling kan jaren duren, maar is niet permanent. Door atropine worden de pupillen wijder en wordt het accommoderen minder. De wijde pupillen zorgen voor meer lichtgevoeligheid en door de verminderde accommodatie is het zicht van dichtbij minder goed.
- 4.3. Op 26 oktober 2023 heeft Zorgverzekeraars Nederland een brief van het Zorginstituut ontvangen naar aanleiding van vragen die door zorgverzekeraars zijn gesteld over de vergoeding van multifocale meekleurende brillenglazen in het kader van een behandeling met atropine. De ziektekostenverzekeraar sluit zich hierbij aan. In de brief wordt beschreven dat meekleurende en multifocale lenzen en brillenglazen in het kader van de atropinebehandeling, volgens de afbakeningscriteria van het Zorginstituut vallen onder de aanspraak op medisch specialistische zorg en niet apart worden bekostigd als hulpmiddelenzorg, omdat zij onderdeel zijn van de medisch specialistische behandeling. Daarmee komen de meekleurende en multifocale lenzen en brillenglazen ten laste van het ziekenhuisbudget. Ook blijkt uit de brief dat meekleurende en multifocale lenzen en brillenglazen niet worden gerekend tot de hulpmiddelenzorg als sprake is van meer dan -6D, omdat zij onderdeel zijn en blijven van de medisch specialistische behandeling. Verder wordt door het Zorginstituut toegelicht dat, mocht een verzekerde met een refractieafwijking van -6D en hoger, los van de behandeling met atropine oogdruppels, redelijkerwijs zijn aangewezen op meekleurende en multifocale lenzen en/of brillenglazen, de

kosten hiervan vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg kunnen worden vergoed. In artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering en de toelichting hierop wordt niets gezegd over mono- dan wel multifocale brillenglazen en lenzen. Ook multifocale brillenglazen en lenzen zijn ‘hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog’ en omdat zij – in dit geval – een refractieafwijking van -6D en hoger corrigeren, kan artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering van toepassing zijn.

Er is bij verzekerde sprake van een hoge myopie van -8,5D (OS) en -9,25D (OD). Dit kan een medische indicatie zijn voor vergoeding van brillenglazen vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg. Echter, de meekleurende brillenglazen (voor fotofobie) en de multifocale brillenglazen (voor de accommodatie) vloeien voort uit de medisch specialistische behandeling met atropine. Beide bieden op zichzelf geen compensatie voor de pathologische myopie en in afwezigheid van de atropinebehandeling zou geen noodzaak bestaan voor dit type brillenglazen. Bovendien heeft het Zorginstituut toegelicht dat multifocale meekleurende brillenglazen en lenzen extra eigenschappen hebben ten opzichte van monofocale brillenglazen en lenzen, en daarom waarschijnlijk duurder zullen zijn, waardoor een zorgverzekeraar uit doelmatigheidsoverwegingen ervoor kan kiezen deze niet te vergoeden, met als motivering dat de aanleiding voor de noodzaak van de extra eigenschappen in de medisch specialistische behandeling is gelegen.

4.4. In zijn brief van 24 juni 2025 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er geen zorgactiviteit is waarmee een multifocale bril kan worden geregistreerd. Dit betekent echter niet dat het ziekenhuis niet in staat is om in overeenstemming met de brief van het Zorginstituut verantwoordelijkheid te nemen voor het, al dan niet via derden, afleveren van het hulpmiddel. Het betreft een keuze van het ziekenhuis om dit niet de faciliteren en de kosten niet vanuit de DBC-zorgproductcode te vergoeden.

4.5. Bij brief van 7 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzekerde geen aanspraak kan maken op de brillenglazen in het kader van artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering. Zelfs als voorbij zou worden gegaan aan het feit dat het in dit geval medisch specialistische zorg betreft, bestaat er geen zelfstandige aanspraak op de zorg die hier is beschreven. Uit de medische informatie in het dossier volgt namelijk niet dat verzekerde is aangewezen op multifocale en/of meekleurende glazen, enkel ter behandeling van de progressieve myopie. Gezien het feit dat de meekleurende glazen evident en uitsluitend zijn voorgeschreven in het kader van de atropinebehandeling, geldt daarnaast dat een patiënt met myopie in beginsel uit kan komen met monofocale brilglazen en dat in het dossier geen toelichting is opgenomen waaruit volgt dat dit in de onderhavige situatie anders zou zijn. Daarmee staat ter discussie of is voldaan aan het indicatievereiste als bedoeld in artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering.

Daarnaast geldt, zoals reeds opgemerkt, dat op basis van doelmatigheidsgronden de brillenglazen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Er is immers een goedkoper alternatief voorhanden, waarmee verzekerde in redelijkheid kan uitkomen. Het voorgaande neemt niet weg dat verzoeker terecht opmerkt dat de brillenglazen als onderdeel van een verzekerde prestatie, te weten de atropinebehandeling, worden voorgeschreven. Tegen deze achtergrond begrijpt de ziektekostenverzekeraar de opmerking dat het dan moeilijk te bevatten is dat verzoeker toch met de rekening blijft zitten. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar dan ook contact gezocht met het Erasmus MC om – onder verwijzing naar de duiding van het Zorginstituut – hem te bewegen de kosten van de brillenglazen onder de DBC-zorgproductcode te brengen. Hiertoe blijkt het Erasmus MC echter niet bereid. Sterker nog, in afwijking van hetgeen het Zorginstituut stelt, volhardt het ziekenhuis dat hier sprake is van hulpmiddelenzorg.

Hoewel de ziektekostenverzekeraar een en ander betreurt, ziet hij zich - gelet op de houding van het ziekenhuis – genoodzaakt deze procedure te vervolgen. In de verwachting dat het Zorginstituut in een advies aan de commissie zal bevestigen dat de voorgeschreven zorg medisch specialistische zorg betreft en daarmee voor rekening van het ziekenhuis moet komen. Als de commissie een dergelijk advies overneemt, zou daarmee de onderhavige discussie – die zich

overigens niet beperkt tot dit ziekenhuis of deze verzekerde – worden beslecht. De ziektekostenverzekeraar hecht hier waarde aan, ook gelet op zijn maatschappelijke taak de zorg betaalbaar te houden. Immers, als hier sprake is van medisch specialistische zorg impliceert dit dat de kosten van de brillenglazen zijn verdisconteerd in de (gemiddelde) prijs die voor de DBC-zorgproductcode geldt en die het ziekenhuis in rekening mag brengen. Als de ziektekostenverzekeraar die DBC-zorgproductcode vergoedt én hij daarnaast zou worden “gedwongen” de brillenglazen ook binnen het kader van de hulpmiddelenzorg te voldoen, worden de kosten daarmee feitelijk dubbel vergoed en wordt de zorg onnodig duur.

- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat het Zorginstituut de beheerder van het basispakket is en bepaalt wat hieruit moet worden vergoed. Volgens het Zorginstituut is in dit geval sprake van medisch specialistische zorg en de ziektekostenverzekeraar sluit zich daarbij aan. Het is vreemd dat de arts stelt dat het ziekenhuis de brillenglazen niet kan leveren en registreren. De ziektekostenverzekeraar heeft een aantal klachten in behandeling over de vergoeding van dergelijke brillenglazen, en deze verzekerden worden allemaal behandeld in het Erasmus MC. Bij andere ziekenhuizen lijkt het probleem dus niet te spelen. De ziektekostenverzekeraar betaalt het tarief van de DBC-zorgproductcode aan het ziekenhuis en uit dat budget moeten de brillenglazen worden betaald. Landelijk gezien zijn de brillenglazen verdisconteerd in de van toepassing zijnde DBC-zorgproductcode. De ziektekostenverzekeraar is bereid om, met het bindend advies van de commissie en het advies van het Zorginstituut, in gesprek te gaan met het Erasmus MC om te kijken waar het mis gaat.
- 4.7. In zijn brief van 28 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij steeds heeft aangegeven dat vergoeding van de multifocale en meekleurende brillenglazen vanuit de hulpmiddelenregeling zou leiden tot een dubbele betaling, omdat deze kosten ook al via de DBC-vergoeding worden voldaan. Naar aanleiding van intern overleg met de zorginkoper over de contract- en prijsafspraken met het Erasmus MC is evenwel gebleken dat deze aanname onjuist was. Er is niet gesproken over de aan- of afwezigheid van de vergoeding van multifocale meekleurende brillenglazen in een DBC-zorgproductcode. Dit betekent echter niet dat daarmee automatisch aanspraak bestaat op vergoeding vanuit de hulpmiddelenzorg. In dit verband is het advies van het Zorginstituut van 13 november 2025 van belang. Hierin concludeert het Zorginstituut dat de multifocale meekleurende brillenglazen zijn voorgeschreven in het kader van een medisch-specialistische behandeling (atropinetherapie bij progressieve myopie) en niet ter correctie van de refractieafwijking zelf. Het doel van de glazen is in dit geval het verlichten van lichtgevoeligheid en accommodatieproblemen als gevolg van de behandeling. Het Zorginstituut komt daarom tot de conclusie dat deze brillenglazen niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg, maar onder de afbakening van medisch-specialistische zorg vallen. Daarmee dienen deze kosten in beginsel te worden bekostigd via de DBC-zorgproductcode.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 13 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **“Beoordeling**

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

*Verzekerde is minderjarig en heeft myopie met een refractieafwijking rechts van 9,25 dioptrie en links -8,5 dioptrie. Nu er sprake is van een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën en verzekerde jonger is dan achttien jaar, komt hij in aanmerking voor contactlenzen ter correctie van deze refractieafwijking op grond van artikel 2.13 van de Rzv. Gezien*

de jonge leeftijd is het aannemelijk dat brillenglazen de voorkeur verdienen boven contactlenzen. Verzekerde is dus in beginsel aangewezen op brillenglazen ter correctie van de refractieafwijking.

*Uit de beschikbare informatie blijkt echter dat de voorgeschreven multifocale meekleurende brillenglazen niet als doel hebben de refractieafwijking te corrigeren. Uit de brief van de oogarts van 7 november 2022, blijkt dat de atropineoogdruppels voorgeschreven zijn in het kader van medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Door de atropineoogdruppels worden de pupillen wijder en kunnen de spiertjes rondom de ooglenzen niet meer aanspannen. Dit heeft als gevolg dat verzekerde een hoge gevoeligheid heeft voor licht en niet kan accommoderen. Voor het verlichten van deze problematiek heeft de oogarts een bril met meekleurende glazen en leesadditie (multifocale glazen) voorgeschreven. Het doel van deze brillenglazen is dan ook niet het corrigeren van de refractieafwijking bij verzekerde, maar het verlichten van de bijkomende problematiek van de medisch-specialistische behandeling. In het kader van de afbakening tussen hulpmiddelenzorg en medisch-specialistische zorg dienen de multifocale meekleurende brillenglazen vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg vergoed te worden. De brillenglazen komen dan ook niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.*

*In de brief aan de SKGZ van 7 oktober 2025 geeft verweerder aan dat de multifocale en meekleurende brillenglazen in het kader van een atropinebehandeling volgens de afbakeningscriteria onder medisch-specialistische zorg vallen. Nu verweerder erkent dat verzekerde aanspraak maakt op de brillenglazen vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg heeft het Zorginstituut geen adviestaak in de beoordeling of verzekerde aanspraak maakt op vergoeding van de multifocale meekleurende brillenglazen vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg.*

### **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.*

### **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 3 maart 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 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.”*

## **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 80 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 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 een aanvraag ingediend voor vergoeding van multifocale meekleurende brillenglazen ten behoeve van verzekerde vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen. In het onderhavige geschil ligt aan de commissie uitsluitend de vraag 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 312 tot en met 317 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. Het Zorginstituut heeft in zijn advies aan de commissie van 13 november 2025 toegelicht dat verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van contactlenzen ter correctie van zijn refractieafwijking op grond van artikel 2.13 Rzv. Bij verzekerde is sprake van een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën én verzekerde is jonger dan achttien jaar. Gezien de jonge leeftijd is het aannemelijk dat brillenglazen de voorkeur verdienen boven contactlenzen. Verzekerde is dus in beginsel aangewezen op brillenglazen ter correctie van de refractieafwijking. Uit de beschikbare informatie blijkt echter dat de voorgeschreven multifocale meekleurende brillenglazen niet als doel hebben de refractieafwijking te corrigeren. Uit de brief van de oogarts van 7 november 2022 blijkt dat de atropineoogdruppels voorgeschreven zijn in het kader van medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Het doel van deze brillenglazen is dan ook niet het corrigeren van de refractieafwijking bij verzekerde, maar het verlichten van de bijkomende problematiek van de medisch-specialistische behandeling. In het kader van de afbakening tussen hulpmiddelenzorg en medisch-specialistische zorg dienen de multifocale meekleurende brillenglazen vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg vergoed te worden. 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 verzekerde hierdoor tussen wal en schip belandt, ziet de commissie, hoezeer zij zich dit gevoel van verzekerde kan voorstellen, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt zij dit over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de multifocale meekleurende brillenglazen ten behoeve van verzekerde ten laste van de aanspraak op hulpmiddelenzorg van de zorgverzekering.
- 7.5. De commissie merkt op dat tussen partijen onduidelijkheid bestond over de vraag of de kosten van de multifocale meekleurende brillenglazen zijn meegenomen in de prijsafspraken die door de ziektekostenverzekeraar zijn gemaakt met het Erasmus MC over de medisch specialistische behandeling met atropinedruppels. Bij brief van 28 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar hierover duidelijkheid gegeven door te verklaren dat dit niet het geval is. De commissie kan echter niet treden in de contractuele relatie en de in dat kader gemaakte afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder. Het ligt op de weg van deze partijen te bepalen hoe de prijsafspraken in onderhavige kwestie moeten worden gezien.

*Slotsom*

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

**8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 maart 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.

---

## 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. Soms moet u kijken 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. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de [Zorgzoeker](#) op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2024? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener. 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

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief. 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 medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Voor een aantal vergoedingen gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners onze eigen maximale vergoedingen. Dat staat in algemene regel 25.

### ● Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Als u zonder hulpmiddel niet goed kunt zien, door een ongeluk, ziekte of aandoening.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• U betaalt een eigen bijdrage</li></ul>
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
<b>Topfit</b>	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
<b>Superfit</b>	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen<sup>1</sup> voor hulpmiddelen en de meerkosten voor een pruiк samen.

#### ● Wat u vergoed krijgt

Veel mensen dragen een bril of lenzen in het dagelijks leven omdat ze bijziend of verziend zijn. De basisverzekering vergoedt die niet. Maar een bril of lenzen kunnen ook nodig zijn door een ongeluk, ziekte of aandoening. We noemen dat een medische indicatie. De basisverzekering vergoedt brillen of lenzen dan soms wel.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt **lenzen** als 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- correctie van uw ogen is nodig door een medische aandoening of trauma, en lenzen helpen beter dan brillenglazen voor een scherp zicht of zicht van goede kwaliteit
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft pathologische myopie (vorm van bijziendheid), met een sterkte van ten minste -6

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt **brillenglazen** of **filterglazen** als u jonger bent dan 18 jaar én 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- wij zouden lenzen met medische indicatie vergoeden maar u heeft liever een bril
- u bent aan 1 of beide ogen geopereerd voor een afwijking aan uw lens
- u kijkt scheel omdat u verziend bent (zuivere accommodatieve esotropie)

#### Hier kunt u terecht

- leverancier van brillenglazen of filterglazen en lenzen

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

### Dit wordt niet vergoed

- brillenglazen of filterglazen als u 18 jaar of ouder bent
- brilmonturen

### Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met zien. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (blindengeleidehonden)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#) (aanvullende verzekering)

## • Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen van € 61 per glas, tot maximaal € 122 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 61 per lens, als u deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 61 per te corrigeren oog per kalenderjaar als u de lenzen korter dan 1 jaar kunt gebruiken. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

### Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor brillenglazen of filterglazen en lenzen van uw oogarts.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dit voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

## • Goed om te weten

### Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### Uitleg

1. Eigen bijdragen: Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

### ● Hulpmiddelen bij problemen met zien

Als u zonder hulp niet goed kunt zien.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Wat u vergoed krijgt

Er zijn allerlei hulpmiddelen die u kunnen helpen als u niet goed kunt zien. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende hulpmiddelen:

- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij lezen, schrijven of het gebruik van apparaten voor elektronische communicatie of informatievoorziening
- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij oriëntatie of het om obstakels heenlopen

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

#### Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor problemen met zien

#### Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

#### Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven, zoals een simpele handloep of leesliniaal

#### Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met zien. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren \(aanvullende verzekering\)](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (blindengeleidehond)

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. [Zo werkt het eigen risico](#)

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### • Dit moet u zelf doen

#### **U moet een voorschrift hebben**

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

#### **Soms moet u vooraf toestemming vragen**

Bij 'Details per hulpmiddel' staat of u vooraf toestemming nodig heeft. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

### • Details per hulpmiddel

#### **Bijzondere optische hulpmiddelen, zoals telescoop(bril), (digitale) handloep, loeplamp en lichtloep**

Hulpmiddelen als een standaard bril of lenzen niet meer voldoende helpen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of van een voorschrijver werkzaam bij regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

#### **Ptosisbril of kappenbril**

Hulpmiddel dat u helpt om uw oogleden omhoog te houden of om uw ogen af te sluiten tegen wind, zon, stof, pollen en licht.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

#### **Beeldschermloep**

Hulpmiddel dat documenten vergroot, zodat u deze weer kunt lezen en bekijken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

#### **Tactiel-leesapparatuur en wat daarbij hoort**

Brailleleesregel waardoor u een schrijfmachine of beeldscherm kunt gebruiken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

#### **Grootletterssoftware voor computer**

Software die geschreven tekst vergroot.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

### **Invoer- en uitvoerapparatuur voor bediening van computers**

Hulpmiddel om uw computer te bedienen, zoals een speciaal vergroot toetsenbord.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

### **Spraaksoftware voor mobiele telefoon**

Software die menukeuzes, namen van bellers en teksten omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

### **Memorecorder**

Hulpmiddel dat gesproken tekst opneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

### **Voorleesapparatuur voor geschreven tekst**

Hulpmiddel dat geschreven tekst scant en omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

### **Voorleesapparatuur voor tv-ondertiteling**

Hulpmiddel dat tv-ondertiteling omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

### **Blindentaststok**

Hulpmiddel bij oriëntatie op de weg en om langs obstakels te lopen.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

### ● **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.