

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202600250

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 9 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 4 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 mei 2026 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 8 mei 2026 gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Bij brief van 10 juni 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026010099) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 juni 2026 aan partijen gestuurd. Bij e-mailbericht van eveneens 18 juni 2026 heeft verzoeker op het voorlopig advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 16 september 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 juni 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 september 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3, Verzekering Eigen Risico en GarantTandVerzorgd 750 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Verzoeker is gediagnosticeerd met Delayed Sleep Phase Syndrome (DSPS). Een onderdeel van de behandeling van deze aandoening is lichttherapie, en in dat kader heeft verzoeker op 11 november 2021 onder meer een AYOprom lichttherapiebril aangeschaft. De hiermee gemoeide kosten (totaal € 314,45) heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft per e-mailbericht aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 13 januari 2026 om heroverweging van de afwijzende beslissing van de lichttherapiebril gevraagd. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 10 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
 - (i) de kosten van de door hem aangeschafte AYOprom lichttherapiebril te vergoeden; en
 - (ii) ook in de toekomst de kosten van een voor hem noodzakelijke lichttherapiebril te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij is gediagnosticeerd met DSPS, een neurologische slaapstoornis. Als gevolg hiervan ervaart verzoeker verschillende beperkingen, zoals moeite met in- en door slapen, vroeg wakker worden, slaperig zijn overdag, vermoeidheid en last van rusteloze benen. Als onderdeel van de behandeling heeft de behandelend neuroloog lichttherapie voorgeschreven, zoals blijkt uit de overgelegde verklaring van 11 januari 2026. Hierin wordt verklaard dat verzoeker in de ochtend, én zo nodig gedurende latere momenten op de dag, gebaat is bij lichttherapie. Dit laatste maakt een stationaire daglichtlamp niet geschikt en daarom is verzoeker aangewezen op een draagbare lichttherapiebril. Omdat de AYOprom lichttherapiebril de enige lichttherapiebril is die ook geschikt is voor bril dragers heeft verzoeker deze op 11 november 2021 aangeschaft. Waar verzekerden die niet bril dragend zijn uit kunnen met een stationaire daglichtlamp en deze ook vergoed krijgen, zijn verzekerden die bril dragend zijn aangewezen op de AYOprom lichttherapiebril voor eigen rekening. Bril dragers worden in feite dus financieel benadeeld. Sinds de aanschaf merkt verzoeker overigens een enorme verbetering, hetgeen ook door zijn neuroloog wordt bevestigd. Zo voelt verzoeker zich energiever, kan hij zich beter focussen, is zijn slaapritme stabiel, en heeft hij minder slaapaanvallen.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van de aangeschafte lichttherapiebril afgewezen met als reden dat lichttherapie alleen wordt vergoed bij ernstige huidaandoeningen en uitsluitend wanneer de behandeling in een ziekenhuis plaatsvindt. Verzoeker erkent dat de ziektekostenverzekeraar hiermee strikt de voorwaarden volgt en dat hij hieraan niet voldoet. De klacht is dan ook niet zozeer dat de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden onjuist toepast, maar dat de voorwaarden niet voorzien in lichttherapie bij aandoeningen zoals DSPS. Dit terwijl lichttherapie bij neurologische aandoeningen zoals DSPS bewezen effectief is. Met andere woorden: strikte toepassing van de voorwaarden leidt in de situatie van verzoeker tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit omdat: (i) er een bevestigde medische noodzaak bestaat, (ii) de therapeutische werking vergelijkbaar is met die van een stationaire daglamp, (iii) er geen alternatief beschikbaar is voor de AYOprom, (iv) de AYOprom lichttherapiebril bewezen effectief is, en (v) de kosten van de AYOprom bril vergelijkbaar zijn met die

van een stationaire daglamp. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar heeft gezocht naar een mogelijkheid om de lichttherapiebril op een andere wijze te vergoeden, toont naar de mening van verzoeker aan dat ook hij van mening is dat de bril een medisch noodzakelijke voorziening is. Artikel 2.1.1. van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap is bij de beoordeling van essentieel belang. Dit vanwege het feit dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat alleen stationaire lampen voor vergoeding in aanmerking komen. Als eerder opgemerkt, worden daarmee verzekerden die brildragend zijn achtergesteld en discrimineert de ziektekostenverzekeraar deze groep.

- 3.4. Verder stelt verzoeker dat het hem niet alleen gaat om vergoeding van de kosten van de in 2021 aangeschaft bril, maar ook om vergoeding van de kosten van een in de toekomst aan te schaffen vervangend exemplaar. Een lichttherapiebril is namelijk net als andere brillen aan slijtage onderhevig. Het is onredelijk en inefficiënt om van verzoeker te verlangen dat hij bij elke vervanging (ongeveer om de 5 jaar) een procedure als de onderhavige dient te voeren om vergoeding te krijgen. Een principiële uitspraak van de commissie zou niet alleen voor verzoeker een duurzame oplossing bieden, maar ook een precedent scheppen voor andere verzekerden in een vergelijkbare situatie. Dit voorkomt toekomstige geschillen en biedt duidelijkheid voor zowel verzekerden als zorgverzekeraars.
- 3.5. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de conclusie bestrijdt dat hulpmiddelen bij slaapstoornissen niet zijn opgenomen in de Rzv. De reden van het niet opnemen is dat ten tijde van het ontstaan van deze regelgeving de technologie nog niet bestond. Daarom moet de commissie niet naar de letter, maar naar de geest van de regeling oordelen. De beoordeling door de commissie dient dan ook veel meer te zien op de reikwijdte van de regelgeving. Hiertoe geldt dat het Zorginstituut onder meer benoemt dat de AYOPro lichttherapiebril een lifestyle/wellness product is. Fabrikanten plaatsen dergelijke disclaimers om regulatoire en aansprakelijkheidsredenen. In de situatie van verzoeker is de lichttherapiebril echter allesbehalve een lifestyleproduct, maar een medisch noodzakelijk hulpmiddel om beter te kunnen slapen. Gelezen het advies van Zorginstituut vraagt verzoeker de commissie ook te kijken naar de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. Op grond van deze gedragscode dient de ziektekostenverzekeraar redelijk en billijk te handelen.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij als gevolg van DSPS niet alleen in de avond- en nachturen, maar ook overdag beperkingen ondervindt. Deze beperkingen uiten zich onder meer in vermoeidheidsklachten gedurende de dag, waardoor hij halverwege de dag rust moet nemen. Het gebruik van lichttherapie vermindert deze klachten aantoonbaar. Lichttherapie kan worden toegepast met behulp van een statische daglichtlamp, maar een dergelijke lamp kent belangrijke praktische bezwaren. De lamp is groot en zwaar, waardoor deze moeilijk kan worden meegenomen. Daarnaast is aansluiting op het elektriciteitsnet vereist, hetgeen niet in iedere situatie mogelijk of wenselijk is.
 Als alternatief maakt verzoeker gebruik van de AYOPro-lichttherapiebril. Deze bril onderscheidt zich doordat hij als enige variant over een reguliere bril kan worden gedragen en daarmee de praktische beperkingen van een statische daglichtlamp wegneemt. Het bevrijdt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van lichttherapie en van een statische daglichtlamp wél vergoedt, terwijl de kosten van de AYOPro-lichttherapiebril voor eigen rekening blijven. Dit onderscheid lijkt uitsluitend te zijn gebaseerd op het feit dat de AYOPro een mobiel hulpmiddel betreft. Dat is opmerkelijk, nu de werking van beide hulpmiddelen identiek is, terwijl de AYOPro juist beter aansluit bij de behoefte van verzoeker om ook overdag effectief lichttherapie toe te passen.
 Verzoeker heeft zich in dit verband beroepen op de hardheidsclausule alsmede op de maatstaven van redelijkheid en billijkheid. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar geweigerd de kosten van de AYOPro-lichttherapiebril te vergoeden. Voor zover de ziektekostenverzekeraar vreest voor precedentwerking, kan dit argument naar de mening van verzoeker niet slagen. Slechts een zeer

beperkte groep verzekerden met DSPS ervaart ook overdag zodanige beperkingen dat zij voor een adequate behandeling zijn aangewezen op lichttherapie in mobiele vorm.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van een lichttherapiebril. Voor zover een dergelijke bril moet worden beschouwd als een reguliere bril geldt dat de zorgverzekering hiervoor geen dekking biedt. Alleen bijzondere optische hulpmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking en een lichttherapiebril kan hier niet toe worden gerekend. Bij verzekerden met ernstige huidaandoeningen (zoals psoriasis of vitiligo) kan aanspraak bestaan op lichttherapie, maar verzoeker kampt niet met een dergelijke aandoening. Daarnaast valt de losse bril voor thuisgebruik niet onder de aanspraak. Al met al kunnen de kosten van een lichttherapiebril niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 4.2. Omdat de zorgverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, en de ziektekostenverzekeraar de situatie van verzoeker wel begrijpt, heeft hij gezocht naar andere mogelijkheden om de kosten te kunnen vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze in zijn brief van 9 februari 2026 uiteengezet, waarbij kan worden gedacht aan het aanvragen van Bijzondere Bijstand of het opvoeren van de kosten als aftrekpost bij de aangifte Inkomstenbelasting.
- 4.3. Voor zover verzoeker de commissie vraagt het verzoek toe te wijzen om daarmee een precedent te scheppen, acht de ziektekostenverzekeraar dat ongewenst. Dit omdat de zorgverzekering geen dekking kent voor een lichttherapiebril en het zorgverzekeraars niet is toegestaan om meer of minder te vergoeden dan op grond van de geldende wet- en regelgeving is toegestaan.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd dat uitsluitend de in wet- en regelgeving omschreven bijzondere optische hulpmiddelen ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. De toepasselijke regelgeving voorziet niet in een aanspraak op hulpmiddelen die zijn gericht op de behandeling of ondersteuning van stoornissen in de slaapfunctie. Dit betekent dat niet alleen de AYopro-lichttherapiebril, maar ook statische daglichtlampen buiten de dekking van de zorgverzekering vallen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij opgemerkt dat het hem niet duidelijk is waarop verzoeker de stelling baseert dat statische daglichtlampen wel door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat voor dergelijke hulpmiddelen geen verzekerde aanspraak. Ten aanzien van het beroep van verzoeker op coulance heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hiervoor geen aanleiding bestaat. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat een ruime toepassing van coulance in deze situatie niet verenigbaar is met een consistente uitvoering van de zorgverzekering. Gelet op het aanzienlijke aantal verzekerden dat eveneens kampt met aandoeningen of beperkingen die samenhangen met de slaapfunctie, heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat geen sprake is van zodanige bijzondere omstandigheden dat afwijking van het geldende vergoedingsbeleid gerechtvaardigd is. Om die reden is het verzoek om vergoeding op coulancebasis afgewezen.

5. Advies Zorginstituut

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

“Beoordeling

Hulpmiddelen in de basisverzekering zijn geregeld in de Rzv. De hulpmiddelen in deze regeling zijn functiegericht omschreven, met gebruikmaking van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Hulpmiddelen bij stoornissen in de functie ‘slaap’ (ICF-classificatie: b134 Slaap) zijn niet in de Rzv opgenomen. Zowel de AYOpro als een stationaire daglichtlamp vallen dan ook niet onder hulpmiddelenzorg in de basisverzekering.

Vragen van verzoeker en reactie Zorginstituut

1. Valt een draagbare daglichtlamp (zoals de AYOpro) onder dezelfde aanspraak als een stationaire daglichtlamp bij DSPS?

Zoals hiervoor beoordeeld, vallen zowel de AYOpro als een stationaire daglichtlamp niet onder de vergoeding van de basisverzekering. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen hulpmiddelen in hun aanvullende verzekering op te nemen. De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich echter tot de basisverzekering.

Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat verweerder in de voorliggende stukken aangeeft dat de basisverzekering lichttherapie vergoedt bij ernstige huidaandoeningen. Het gaat dan echter niet om een daglichtlamp, maar om UVlichttherapie. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Verder geldt dat deze zorg niet valt onder hulpmiddelenzorg (artikel 2.6 Rzv), maar onder medisch-specialistische zorg.

2. Is het onderscheid tussen een stationaire en draagbare daglichtlamp medisch relevant voor de beoordeling van de vergoedingsaanspraak?

Het antwoord op deze vraag is hiervoor reeds gegeven.

3. Voldoet de AYOpro aan de pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid) voor vergoeding uit de basisverzekering?

De vraag of de AYOpro voldoet aan de pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid) valt buiten de beoordeling van dit geschil. Het Zorginstituut beoordeelt in geschillen niet of een hulpmiddel in aanmerking zou moeten komen voor opname in het verzekerde pakket. Het Zorginstituut beoordeelt in geschillen uitsluitend of een hulpmiddel al dan niet in het basispakket zit, en zo ja, of een verzekerde op grond van de basisverzekering aanspraak heeft op vergoeding van het hulpmiddel.

Indien het gewenst is dat een (nieuw) hulpmiddel in het basispakket instroomt, dient de zorg te voldoen aan de pakketcriteria.

Doorgaans is daarvoor een onderbouwde aanvraag nodig vanuit de bij de aandoening betrokken beroepsgroep(en), met documentatie waaruit de effectiviteit blijkt (‘voldoet het hulpmiddel aan het Zvw-criterium de stand van de wetenschap en praktijk’) en onderbouwing ten aanzien van de andere pakketcriteria.

4. Is het redelijk en billijk dat een patiënt met DSPS die een bril draagt — en voor wie een stationaire lamp geen gelijkwaardig alternatief is — geen vergoeding ontvangt voor het enige voor hem werkende hulpmiddel?

Zoals gezegd is het advies van het Zorginstituut beperkt tot een beoordeling van de aanspraak op grond van de basisverzekering. Het Zorginstituut kan niet adviseren over de redelijkheid en billijkheid.

Conclusie

Een AYOpro lichttherapiebril maakt geen onderdeel uit van het basispakket.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een AYOpro lichttherapiebril maakt geen onderdeel uit van het basispakket en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking.”

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 A.17 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 zorgverzekeringen (Bzv) en de Regeling zorgverzekeringen (Rzv) over hulpmiddelenzorg, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW), zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie stelt voorop dat zij begrip heeft voor de situatie waarin verzoeker zich bevindt en zijn wens om de beschikking te hebben over de AYopro lichttherapiebril. Dit neemt niet weg dat de taak van de commissie is om te beoordelen of het betreffende hulpmiddel voor vergoeding in aanmerking komt op basis van de zorgverzekering.
- 7.3. Op grond van het bepaalde op de pagina's 32 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op hulpmiddelenzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander nader uitgewerkt in het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2021'. De hierin door de ziektekostenverzekeraar beschreven aanspraak op hulpmiddelen is gebaseerd op artikel 2.6 Rzv en nader uitgewerkt in de artikelen 2.8 tot en met 2.29 Rzv.
Hulpmiddelenzorg is, anders dan andere vormen van zorg, functiegericht omschreven, waarbij gebruik is gemaakt van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Het Zorginstituut merkt in het voorlopig advies van 10 juni 2026 op dat hulpmiddelen bij stoornissen in de functie 'slaap' (ICF-classificatie: b134 Slaap) niet in de Rzv zijn opgenomen. Dit betekent dat zowel de door verzoeker gevraagde AYopro lichttherapiebril als de door hem genoemde stationaire daglichtlamp geen verzekerde prestatie vormen op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, aldus het Zorginstituut. In het kader van medisch specialistische zorg kan een verzekerde met een ernstige huidaandoening onder voorwaarden wel in aanmerking komen voor UV-lichttherapie, maar die situatie is hier niet aan de orde.
- 7.4. Gelet op de door de wetgever aan het Zorginstituut toegekende rol van pakketbeheerder en adviseur van de commissie in verstrekkingengeschillen, ziet de commissie in hetgeen door verzoeker is aangevoerd - met name zijn stelling dat ten tijde van de totstandkoming van de Rzv de techniek nog niet zo ver was gevorderd - geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De Rzv is immers geen statische regeling; hulpmiddelen die voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' kunnen op elk moment instromen in het verzekerde pakket. Voor de AYopro lichttherapiebril is dit tot op heden echter niet gebeurd. Dit betekent dat, volgens de voorwaarden van de zorgverzekering, geen aanspraak bestaat op vergoeding van dit hulpmiddel.
- 7.5. Verzoeker heeft, onder verwijzing naar de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap, betoogd dat de ziektekostenverzekeraar redelijk en billijk moet handelen. De commissie merkt hierover op dat die enkele vermelding geen aanspraken in afwijking van de wet- en regelgeving of de hierop gebaseerde (verzekerings)overeenkomst kan doen ontstaan. Dit kan wel het geval zijn op grond van de artikelen 6:2 en 6:248 BW. Zo is in laatstgenoemd artikel bepaald dat in geval van een overeenkomst zoals hier aan de orde, de tussen partijen gemaakte afspraken kunnen worden

aangevuld of opzijgezet. Het laatste kan zich voordoen als toepassing van hetgeen zij zijn overeengekomen leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De Hoge Raad heeft zich, in het licht van de zorgverzekering, hierover uitgelaten in het zogenoemde Bosentan-arrest. In dat kader kan de weigering van vergoeding van zorg die niet in het verzekerde pakket is opgenomen, onder bijzondere omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn. In het arrest zijn hiervoor bepaalde voorwaarden geformuleerd, waaronder die dat de verwachting moet zijn dat de in het geding zijnde zorg – in het arrest ging het om een geneesmiddel – in het verzekerde pakket zal worden opgenomen. De commissie stelt vast dat in ieder geval aan deze voorwaarde in het onderhavige geval niet is voldaan.

Voor zover verzoeker met zijn verwijzing naar de gedragscode heeft willen stellen dat de ziektekostenverzekeraar hem een onverplichte vergoeding zou moeten verlenen, merkt de commissie op dat een dergelijke coulancevergoeding een vergoeding uit welwillendheid is, en dat het aan de ziektekostenverzekeraar is zijn beleid op dit punt te bepalen. De commissie kan daar niet in treden, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dat is alleen gesteld, doch niet gebleken.

Toekomstige vergoeding

- 7.6. Voorts heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een toekomstige vervanging van de AYopro lichttherapiebril te vergoeden. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat, nog daargelaten dat het hulpmiddel thans geen verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering, zij over de vergoeding in geval van vervanging in de toekomst geen uitspraak kan doen. Iedere aanvraag dient te worden beoordeeld aan de hand van de op dat moment geldende wet- en regelgeving, de alsdan van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden, en de feitelijke omstandigheden ten tijde van de aanvraag.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

geen vergoeding. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed als onderdeel van ketenzorg of als de podotherapeut u naar de pedicure doorverwijst.

Verwijzing gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

U heeft alleen recht op gecombineerde leefstijlinterventie als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft.

Verwijzing Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patientengroepen

U heeft alleen recht op zorg voor Specifieke Patientengroepen als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.

Let op:

- Het verplicht eigen risico is van toepassing op Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen.
- Na 6 maanden zorg moet er toestemming aangevraagd worden voor een verlenging van zorg in het geval van:
 - Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten
 - Zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten / mensen met niet aangeboren hersenletsel

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt 1 van deze zorgaanbieders kiezen. Via de zoekterm Huisartsenzorg, GZSP of Eerstelijns Diagnostiek vindt u op menzis.nl/zorgvinder een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst voor de desbetreffende zorg hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een nietgecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

'Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel'. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op menzis.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. Menzis heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. Als u voor een hulpmiddel naar een door Menzis niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van Menzis nodig is. Het kan hierbij gaan om een re verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Menzis voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of Menzis u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Menzis.

Let op

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeld u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met Menzis geen overeenkomst heeft.
- Als u een exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van Menzis nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw verpleegkundig specialist een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelenaanvraagformulier vindt u op znformulieren.nl. Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als Menzis maar 1 leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan Menzis de

toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan Menzis de kosten hiervan op u verhalen.

Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet-klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

In-vitrofertilisatie (IVF)

IVF en ICSI zijn vruchtbaarheidsbehandelingen. In vitro fertilisatie (IVF) betekent ‘in glas bevruchting’ en wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. ICSI staat voor intracytoplasmatische spermainjectie. De bevruchting van de vrouwelijke eikel door een mannelijke zaadcel vindt bij deze behandelingen kunstmatig plaats. IVF-behandeling heeft in het kader van stepped care een eigen plaats. Bij de keuze van de behandeling wordt rekening gehouden met de effectiviteit, de intensiteit van deze behandeling voor paren, de risico's en de kosten.

Welke zorg

Waar u precies recht op heeft, hangt af van uw leeftijd. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40.

Jonger dan 38 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1^e en 2^e poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3^e poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

38 jaar tot en met 42 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.